

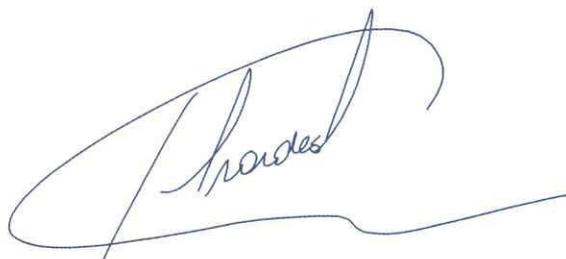
Aviso nº 2004-GP/TCU

Brasília, 8 de dezembro de 2014.

Senhor Presidente,

Com meus cordiais cumprimentos, encaminho a Vossa Excelência o Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde 2014), originário do Levantamento de Auditoria realizado com vistas a traçar diagnóstico da área de saúde no Brasil, objeto do processo nº TC-032.624/2013-1, apreciado pelo Plenário deste Tribunal por meio do Acórdão nº 693/2014.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'João Nardes', is written over a large, stylized blue oval graphic.

JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Presidente

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Federal DEVANIR RIBEIRO
Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização
Câmara dos Deputados
Brasília – DF



fisc

Saúde



República Federativa do Brasil
Tribunal de Contas da União

Ministros

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

Ministros-Substitutos

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

Ministério Público junto ao TCU

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



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Relatório Sistêmico de Fiscalização

Saúde

© Copyright 2014, Tribunal de Contas de União
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

<www.tcu.gov.br>

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



Apresentação

Ao longo de sua história centenária, o Tribunal de Contas da União vem se aprimorando continuamente no sentido de oferecer melhores serviços ao Estado brasileiro e à sociedade. Anualmente, dezenas de trabalhos relevantes são julgados, avaliando o uso regular do dinheiro público.

Nos últimos anos, o TCU sentiu a necessidade de um novo produto que oferecesse uma visão mais sistêmica das funções de governo para o Congresso Nacional, para os gestores de políticas públicas, para a comunidade acadêmica e para o cidadão brasileiro. A partir do incremento da especialização do TCU por funções de governo, foi possível, em 2013, elaborar a primeira série de relatórios sistêmicos de fiscalização que permitem:

- retratar a situação financeira e orçamentária do tema analisado;
- apontar os principais problemas da função na visão do TCU;
- acompanhar problemas mais complexos, apresentando ano a ano a evolução do assunto até que eles sejam resolvidos.

Nessa linha, os relatórios sistêmicos foram estruturados com o objetivo de subsidiar principalmente os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional. A iniciativa vem reforçar a diretriz de concentrar a atuação do Tribunal em áreas consideradas mais relevantes para a sociedade.

Amplia-se, dessa forma, a publicidade de dados e informações, que poderão orientar a adoção de medidas de aprimoramento da gestão e do desempenho da administração pública. Ao apresentar anualmente a evolução de questões relevantes para a melhoria dos resultados da administração pública, o TCU contribui para a eliminação dos gargalos que dificultam as ações governamentais e para a solução dos grandes problemas nacionais.

JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Presidente



Sumário

Lista de Siglas	7
Lista de Figuras	10
Lista de Gráficos	11
Lista de Tabelas.....	15
Introdução	17
Dados orçamentários e financeiros da Saúde	19
Execução Orçamentária e Gasto Tributário	20
Blocos de Financiamento	24
Aplicação Mínima em Ações e Serviços de Saúde	25
Despesas realizadas nas principais subfunções	27
Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	28
Subfunção 301 – Atenção Básica	29
Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico	30
Avaliação do sistema de saúde por indicadores	31
Modelo de Avaliação	31
Resultados	33
Situação de Saúde	33
Esperança de Vida ao Nascer.....	33
Mortalidade por Grupos de Causas.....	35
Mortalidade Prematura	36
Mortalidade por Doenças Cardiovasculares	39
Mortalidade por Neoplasias.....	41
Mortalidade por Causas Externas	43
Mortalidade Infantil	45
Prevalência de Diabetes.....	46
Incidência e Mortalidade por Aids.....	47
Determinantes da Saúde	49
Consumo de Tabaco	49
Consumo de Álcool	51
Desempenho do Sistema de Saúde	52
Consultas Médicas	52
Internações Hospitalares	53
Percentual de Partos Cesáreos.....	55
Câncer de Mama – Mamografia e Mortalidade	56

Programas de Vacinação	58
Preço-Fábrica de Medicamentos	59
Estrutura do Sistema de Saúde	60
Médicos.....	60
Leitos Hospitalares	62
Equipamentos de Diagnóstico.....	63
Financiamento	65
Cobertura dos Planos de Saúde Privados e Gasto Tributário	67
Tema em destaque do ano: Assistência Hospitalar no SUS	69
Visão geral	69
Assistência hospitalar.....	69
Rede hospitalar do Sistema Único de Saúde	70
Serviços hospitalares	73
Emergência.....	73
Internação	79
Recursos humanos	89
Medicamentos e insumos	99
Equipamentos	110
Estrutura física e apoio	115
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	118
Sistemas informatizados	118
Resultados	119
Grandes temas acompanhados pelo TCU	123
Cartão SUS	126
Atenção Básica	130
Ressarcimento ao SUS	137
Medicamentos.....	142
Farmácia Básica.....	142
Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos	144
Hemobrás	147
Oncologia	150
Mamografias	153
Trabalhos recentes na área da saúde	158
Medicamentos.....	158
Segunda Porta do SUS.....	165
Terceirização de ações e serviços públicos de saúde	168
Falta de tempestividade na aplicação de recursos da saúde em municípios do estado do Rio Grande do Sul - RS.....	171
Conclusão.....	174
Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler.....	177
I - Introdução.....	177

II – Estrutura do Relatório Sistemico de Fiscalização da Saúde	177
III – Dados orçamentários e financeiros da Saúde	178
IV – Avaliação do sistema de saúde por meio de indicadores	179
4.1. Bloco da situação de saúde	181
4.2. Bloco dos determinantes de saúde	183
4.3. Bloco do desempenho do sistema de saúde	185
4.4. Bloco da estrutura do sistema de saúde	186
4.5. Conclusões sobre os indicadores	187
V – Tema em destaque: a assistência hospitalar no âmbito do SUS	188
5.1. Superlotação das emergências hospitalares	189
5.2. Quantidade de leitos hospitalares	191
5.3. Taxa de ocupação hospitalar e tempo médio de internação	193
5.4. Recursos humanos	194
5.5. Medicamentos e outros insumos	197
5.6. A judicialização da saúde	200
5.7. Equipamentos	201
5.8. Estrutura física dos hospitais	202
5.9. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	203
5.10. Sistemas informatizados	204
5.11. Informações complementares encaminhadas pelo Ministério da Saúde	204
5.12. Síntese dos resultados do levantamento realizado nos hospitais	205
VI - Grandes temas acompanhados pelo TCU	206
6.1. Cartão SUS	207
6.2. Atenção Básica	210
6.3 Ressarcimento ao SUS	213
6.4. Medicamentos	216
6.5. Hemobrás	219
6.6. Oncologia	221
6.7. Mamografias	223
VII - Trabalhos recentes na área da saúde	226
7.1. Área de medicamentos	226
VIII - Conclusão	235
Declaração de Voto - Ministro Raimundo Carreiro	238
Acórdão nº 693/2014-TCU-Plenário	240
Referências Bibliográficas	242
Anexo I - Notas	245

Lista de Siglas

AGU	Advocacia-Geral da União
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANOp	Auditoria Operacional
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APS	Atenção Primária à Saúde
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAP	Coefficiente de Adequação de Preços
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CF88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CME	Central de Material Esterilizado
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Cre MEC	Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
Cre MSP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRM-DF	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
DAB	Departamento de Atenção Básica
Datasus	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EAC	Equipe de Agentes Comunitários
ESF	Equipe de Saúde da Família

FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FOC	Fiscalização de Orientação Centralizada
GM	Gabinete de Ministro
Hemobrás	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IDF	Federação Internacional de Diabetes <i>International Diabetes Federation</i>
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inca	Instituto Nacional do Câncer
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISAB	Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica
LFB	Laboratoire Français Du Fractionnement et des Biotechnologies
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OFSS	Orçamento Fiscal e da Seguridade Social
OI	Orçamento de Investimento das Empresas Estatais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva das Ações
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
PNI	Programa Nacional de Imunizações
Proadess	Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
Provab	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
Ripsa	Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
Sammed	Sistema de Acompanhamento do Mercado de Medicamentos
SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SDD	Sistema de Desembolso Direto
Secex	Secretaria de Controle Externo
SecexSaúde	Secretaria de Controle Externo da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
Siasg	Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais
SIB	Sistema de Informações de Beneficiários da ANS
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCE	Tomada de Contas Especial
TCU	Tribunal de Contas da União
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TI	Tecnologia da Informação
TMP	Tempo Médio de Permanência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico



Lista de Figuras

Figura 1:	Representação gráfica do modelo de avaliação proposto no levantamento.....	32
Figura 2:	Leitos por mil habitantes por unidade federada.....	82



Lista de Gráficos

Gráfico 1:	Função Saúde - Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências Valores liquidados (2002-2013)	20
Gráfico 2:	Função Saúde - Percentual de Execução Orçamentária por Modalidade de Aplicação (empenhado) (2008-2012)	20
Gráfico 3:	Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) nas subfunções típicas (2008-2012)	22
Gráfico 4:	Atenção Básica - transferências per capita por região (2009-2012)	23
Gráfico 5:	Repasse financeiros por bloco de financiamento (2012 e 2013)	24
Gráfico 6:	Função Saúde - despesa realizada nas principais subfunções (2013)	28
Gráfico 7:	Esperança de Vida ao Nascer – Estados	34
Gráfico 8:	Esperança de vida ao nascer (anos) OCDE (2010)	35
Gráfico 9:	Óbitos por grupos de causas (2010)	36
Gráfico 10:	Evolução do nº de óbitos por grupos de causas	36
Gráfico 11:	APVP por 100. ntes (2010)	37
Gráfico 12:	APVP por grupos de causas de mortes (2010)	38
Gráfico 13:	APVP por 100.000 habitantes Estados (2010)	38
Gráfico 14:	APVP por grupos de causas - % - Estados (2010)	39
Gráfico 15:	Taxa de Mortalidade das Doenças Cerebrovasculares (2010)	40
Gráfico 16:	Taxa de Mortalidade das Doenças Isquêmicas do Coração (2010)	40
Gráfico 17:	Evolução da Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas	40
Gráfico 19:	Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Estados (2010)	41
Gráfico 20:	Mortalidade por Doenças Cardiovasculares por Subgrupos (2010)	41
Gráfico 21:	Taxa de Mortalidade por Neoplasias - OCDE (2010)	42
Gráfico 22:	Taxa de Mortalidade por Neoplasias - Estados (2010)	42
Gráfico 23:	Evolução da Taxa de Mortalidade por Causas Externas - Estados	43
Gráfico 24:	Evolução da Taxa de Mortalidade por Causas Externas - OCDE	43
Gráfico 25:	Taxa de Mortalidade por Causas Externas - OCDE (2010)	44
Gráfico 26:	Taxa de Mortalidade por Causas Externas - Estados (2010)	44
Gráfico 27:	Taxa de Mortalidade por Homicídios - Estados (2010)	44

Gráfico 28: Evolução do Número de Óbitos por Subgrupos de Causas Externas - Brasil	45
Gráfico 29: Taxa de Mortalidade Infantil - OCDE (2010)	45
Gráfico 30: Taxa de Mortalidade Infantil - Estados (2010)	46
Gráfico 31: Taxa de Prevalência de Diabetes - Adultos entre 20 e 79 anos (2012)	46
Gráfico 32: Taxa de Prevalência de Diabetes - Adultos com 35 anos ou mais - Capitais (2010)	47
Gráfico 33: Taxa de Incidência de Aids - OCDE (2010)	48
Gráfico 34: Taxa de Incidência de Aids - Estados (2010)	48
Gráfico 35: Evolução da Taxa de Incidência de Aids - OCDE	49
Gráfico 36: Evolução da Taxa de Incidência de Aids - Estados	49
Gráfico 37: Evolução da Proporção de Novos Casos de Aids por Região	49
Gráfico 38: Evolução da Taxa de Mortalidade por Aids - Estados	49
Gráfico 39: Prevalência do consumo diário de tabaco (%) - OMS (2011)	50
Gráfico 40: Prevalência de fumantes atuais (%) – Capitais (2010).....	50
Gráfico 41: Consumo de Álcool - Litros per capita - OCDE (2010)	51
Gráfico 42: Prevalência do Consumo Abusivo de Álcool - 18 anos ou mais - Capitais (2010)	51
Gráfico 43: Consultas Médicas por Habitante - OCDE (2010)	52
Gráfico 44: Consultas médicas no SUS por habitante - Estados (2010)	53
Gráfico 45: Internações hospitalares no SUS por 1.000 habitantes – Estados (2010).....	54
Gráfico 46: Internações Hospitalares por 1.000 habitantes – OCDE (2010)	54
Gráfico 47: Consultas médicas por habitante (2010).....	54
Gráfico 48: Internações hospitalares por 1.000 habitantes (2010).....	54
Gráfico 49: Percentual de Partos Cesáreos – OCDE (2010)	55
Gráfico 50: Evolução da Taxa de Cesarianas no SUS.....	56
Gráfico 51: Percentual de Partos Cesáreos – Estados (2010).....	56
Gráfico 52: Mulheres (50-69 anos) que realizaram mamografia nos dois anos anteriores - Capitais (2011)	57
Gráfico 53: Mulheres (50-69 anos) que realizaram mamografia nos dois anos anteriores – OCDE (2010).....	57
Gráfico 54: Mortalidade por câncer de mama entre as mulheres - OCDE (2010)	57
Gráfico 55: Cobertura de Vacinação Infantil para Difteria, Tétano e Coqueluche (2010)	58
Gráfico 56: Cobertura de Vacinação Infantil para Sarampo (2010)	58
Gráfico 57: Cobertura de Vacinação contra Influenza em Idosos (2010).....	59

Gráfico 58: Trastuzumabe Herceptin 440mg	59
Gráfico 59: Adalimumabe Humira 40mg	59
Gráfico 60: Infliximabe Remicade 10mg/ml	60
Gráfico 61: Mesilato Imatinibe Glivec 400mg	60
Gráfico 62: Etanercepte Enbrel 50mg	60
Gráfico 63: Rituximabe Mabthera 10mg/ml	60
Gráfico 64: Médicos por 1.000 Habitantes Estados (2013)	61
Gráfico 65: Médicos por 1.000 Habitantes OCDE (2011).....	61
Gráfico 66: Médicos por 1.000 Habitantes Capital x Interior (2013)	62
Gráfico 67: Postos de Trabalho Médicos Ocupados por 1.000 Habitantes - Públicos x Privados (2011)	62
Gráfico 68: Leitos Hospitalares por 1.000 Habitantes - Estados (2013).....	63
Gráfico 69: Leitos Hospitalares por 1.000 Habitantes - OCDE (2010)	63
Gráfico 70: Mamógrafos por milhão de habitantes - OCDE (2010)	64
Gráfico 71: Tomógrafos Computadorizados por milhão de habitantes - OCDE (2010)	64
Gráfico 72: Equipamentos de Ressonância Magnética por milhão de habitantes - OCDE (2010)	64
Gráfico 73: Mamógrafos por milhão de habitantes - Estados (2013).....	65
Gráfico 74: Tomógrafos Computadorizados por milhão de habitantes - Estados (2013)....	65
Gráfico 75: Equipamentos de Ressonância Magnética por milhão de habitantes - Estados (2010).....	65
Gráfico 76: Gasto Total em Saúde per capita em R\$ - Público e Privado (2011)	66
Gráfico 77: Gasto Total em Saúde em relação ao PIB - % (2011)	67
Gráfico 78: Evolução do gasto público com saúde por esfera de governo - R\$ milhões	67
Gráfico 79: Evolução do gasto total em saúde per capita em R\$	67
Gráfico 80: Gasto público das três esferas de governo em saúde per capita por estado	67
Gráfico 81: Cobertura dos planos de saúde privados (2012)	68
Gráfico 82: Evolução do Gasto Tributário Federal na Função Saúde - R\$ bilhões	68
Gráfico 83: Quantidade de hospitais gerais,especializados e dia existentes no Brasil, por tipo de prestador.....	71
Gráfico 84: Principais prestadores do SUS em relação aos hospitais gerais e especializados	72
Gráfico 86: Evolução da produção de consultas SUS - por tipo	77
Gráfico 87: Leitos hospitalares por mil habitantes – comparativo Brasil x Países Europeus.....	80

Gráfico 89: Oferta do número de leitos SUS	81
Gráfico 90: Avaliação dos gestores dos hospitais visitados quanto à quantidade de profissionais da unidade em relação à demanda	91
Gráfico 91: Avaliação dos hospitais visitados quanto à frequência com que ocorrem restrições na realização de procedimentos em função da falta de medicamentos e insumos	100
Gráfico 92: Evolução dos gastos federais com medicamentos e insumos para cumprimento de decisões judiciais (2005-2011)	110
Gráfico 93: Quantidade de hospitais visitados que declararam a existência de problemas relacionados à ausência ou à deficiência de contratos de manutenção dos equipamentos de alto custo por região	113
Gráfico 94: Quantidade de hospitais por região em que os gestores afirmaram não possuir local adequado para a guarda de cadáveres	117
Gráfico 95: Cumprimento das normas de controle de infecção pelos profissionais segundo a percepção dos gestores das unidades visitadas	118
Gráfico 96: Evolução do número de equipes de Saúde da Família	135
Gráfico 97: Evolução do número de equipes de Agentes Comunitários de Saúde	135
Gráfico 98: Evolução do número de equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família	135
Gráfico 100: Evolução do percentual da população assegurada por planos privados de saúde	137
Gráfico 100: Evolução da quantidade de AIHs cobradas (por vencimento)	140
Gráfico 101: Evolução do valor de AIHs cobradas (por vencimento – R\$ milhões)	140
Gráfico 102: Evolução das receitas realizadas (total arrecadado – R\$ milhões)	140
Gráfico 103: Evolução da inscrição em Dívida Ativa (quantidade AIH enviada)	141
Gráfico 104: Evolução da Inscrição em Dívida Ativa (valor total enviado – R\$ milhões)	141
Gráfico 105: Comparação Internacional de Preços-Fábrica: Trastuzumabe – Herceptin 440mg (preço unitário em R\$)	145
Gráfico 106: Comparação do preço-fábrica registrado pela CMED e do preço-fábrica médio internacional com preços de aquisições cadastradas no BPS e no Siasg	146
Gráfico 107: Média de exames por mamógrafos	154



Lista de Tabelas

Tabela 1:	Função Saúde - Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências Valores liquidados (2002-2013)	19
Tabela 2:	Valores liquidados (OFSS+RPNP), Despesa realizada (OI) e Gasto Tributário (2008 a 2012)	21
Tabela 3:	Função Saúde - execução orçamentária (2012 e 2013)	23
Tabela 4:	Apuração do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde	25
Tabela 5:	Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde - cálculo do limite	25
Tabela 6:	Valores Inscritos em Restos a Pagar e Aplicação do Mínimo em Saúde (2011)	26
Tabela 7:	Função Saúde - orçamento não executado (2008-2012)	27
Tabela 8:	Função Saúde - despesa realizada nas principais subfunções (2012 e 2013)....	27
Tabela 9:	Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 302 (2012 e 2013)	28
Tabela 10:	Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 301 (2012 e 2013)	29
Tabela 11:	Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 303 (2012 e 2013)	30
Tabela 12:	Número de estabelecimentos que prestam atendimento de internação no SUS	71
Tabela 13:	Evolução do número de internações hospitalares SUS por região	72
Tabela 14:	Número de internações hospitalares SUS por esfera jurídica (2013)	73
Tabela 15:	Evolução no número de leitos	81
Tabela 16:	Leitos por mil habitantes por região	82
Tabela 17:	Leitos existentes, disponíveis e indisponíveis para uso nos hospitais visitados	85
Tabela 18:	Motivos apontados pelos hospitais visitados para o bloqueio de leitos	86
Tabela 19:	Taxa de ocupação média nas unidades visitadas	87
Tabela 20:	Quantidade de leitos indisponíveis por falta de profissionais nos hospitais visitados	92
Tabela 21:	Grandes temas acompanhados pelo TCU - execução financeira	125

Tabela 22:	Hemobrás - orçamento autorizado (2012 e 2013).....	125
Tabela 23:	Valor total dos gastos diretos realizados no âmbito da Ação Orçamentária 6.152 – Cartão Nacional de Saúde.....	128
Tabela 24:	Principais achados da Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Básica.....	132
Tabela 25:	Cobertura de atendimento da demanda brasileira por hemoderivados.....	148
Tabela 26:	Gastos por modalidade terapêutica oncológica.....	150
Tabela 27:	Cobertura assistencial dos mamógrafos	155
Tabela 28:	Aplicação do Mínimo em Saúde (% dos impostos estaduais) – Estados (2006-2012).....	172



Introdução

Por determinação da Presidência do Tribunal de Contas da União, acolhendo sugestão do Ministro Raimundo Carreiro efetuada na Sessão Plenária de 24/4/2013, iniciou-se a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas, visando aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas.

Essa iniciativa reforça uma atuação do Tribunal cada vez mais focada em temas considerados relevantes, a qual decorre de um processo que vem sendo construído com sucesso pelas últimas gestões. Nesse sentido, foram criadas as secretarias especializadas em obras públicas, desestatização e pessoal e, no início de 2013, foi promovida a reestruturação da Secretaria-Geral de Controle Externo, tendo sido criadas novas unidades especializadas em áreas estratégicas ainda não contempladas, como saúde, educação, meio ambiente etc.

Conforme exposto pelo Presidente do TCU, Ministro Augusto Nardes, essa especialização, além de fornecer maior identidade às secretarias de controle e fiscalização, conferirá um maior foco de atuação e favorecerá a produção de relatórios setoriais sistêmicos. Tais relatórios permitirão identificar as situações de risco e relevância, bem como orientar a adoção de medidas que possibilitem aprimorar os instrumentos de governança, gestão e desempenho da administração pública.

O Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde decorre de um levantamento de escopo amplo, alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas de maiores risco e relevância. Além disso, constitui um instrumento que pretende fornecer ao Congresso Nacional informações de modo estruturado sobre a situação da saúde no Brasil e os principais trabalhos do TCU na área.

O Relatório em tela traz a visão do Tribunal acerca da matéria e busca ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados para, além do Congresso Nacional, destinatário principal deste trabalho, os gestores públicos das três esferas de governo, demais órgãos de controle, conselhos de saúde, acadêmicos, organismos nacionais e internacionais, Poder Judiciário, Ministério Público. Enfim, pretende-se que este trabalho seja divulgado para todos aqueles que direta ou indiretamente estão afetos à área, a fim de que as informações aqui oferecidas sirvam de subsídio para as respectivas atuações. Em última instância, busca-se difundir tais informações para toda a sociedade brasileira, com o intuito de facilitar o exercício do controle social.

Cabe ressaltar que não se trata de diagnóstico completo da situação da saúde do País, mas da compilação de trabalhos realizados pelo Tribunal em temas de grande relevância na área da saúde, alguns deles executados especialmente para este relatório.

O Relatório Sistêmico está estruturado em cinco capítulos:

- 1) Dados orçamentários e financeiros da saúde;
- 2) Avaliação do sistema de saúde por indicadores;
- 3) Tema em destaque no ano - Assistência Hospitalar no SUS;
- 4) Grandes temas acompanhados pelo TCU;
- 5) Trabalhos recentes na área da saúde.

O primeiro capítulo – Dados orçamentários e financeiros da saúde – contém análise da execução orçamentária e do gasto tributário da Função Saúde, dos blocos de financiamento, da aplicação mínima em ações e serviços de saúde e das despesas realizadas nas principais subfunções.

O capítulo seguinte – Avaliação do sistema de saúde por indicadores – apresenta os resultados do relatório de levantamento objeto do TC 013.625/2013-6. Esse processo foi autuado com a finalidade de desenvolver modelo de avaliação do sistema de saúde no Brasil para compor o Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde, tendo sido identificados os aspectos a serem avaliados e os indicadores que devem compor tal avaliação. Com vistas a subsidiar a construção de um modelo de avaliação próprio do TCU, foram analisados diferentes modelos de avaliação existentes no mundo, os quais são adotados por instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Banco Mundial, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e o próprio Ministério da Saúde (MS).

O capítulo Tema em destaque no ano - Assistência Hospitalar no SUS foi escolhido em razão de sua relevância social e da alta materialidade dos gastos. Para fornecer diagnóstico abrangente dos principais problemas relacionados a esse tema, foram realizados levantamentos de auditoria pelas secretarias do TCU nos 26 estados e no DF, cujo resultado consolidado (TC 026.797/2013-5) é apresentado nesse capítulo. Foram visitados 116 hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil. Além da análise documental, foram realizadas entrevistas com gestores das unidades visitadas e de secretarias municipais e estaduais de saúde e com representantes dos Ministérios Públicos Federal e estaduais, das Defensorias Públicas e de conselhos profissionais, entre outros. Após breve visão geral sobre a assistência hospitalar, são apresentados os principais problemas levantados nas seguintes áreas: serviços hospitalares (emergência e internação); recursos humanos; medicamentos e insumos; equipamentos; estrutura física e apoio; comissão de controle de infecção hospitalar; sistemas informatizados.

O quarto capítulo – Grandes temas acompanhados pelo TCU – mostra que nos últimos anos o Tribunal de Contas da União realizou vários trabalhos para avaliar as deficiências e as oportunidades de melhoria da prestação de serviços de saúde à população. Nesse capítulo, são apresentadas questões para as quais o Tribunal expediu recomendações ou determinações visando contribuir para o aprimoramento da saúde pública. Cabe destacar que, em vista da relevância para a sociedade brasileira e da persistência de falhas que precisam ser sanadas, tais questões permanecem em acompanhamento pelo TCU. Os grandes temas selecionados são: não implantação efetiva do Cartão Nacional de Saúde; o fato de a Atenção Básica ainda não ter logrado cumprir plenamente sua função de ordenadora do SUS; deficiência do ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde; debilidade na regulação dos preços de medicamentos e nos correspondentes procedimentos de aquisição; e dificuldade no acesso aos serviços de oncologia e atrasos na implementação da Hemobrás.

No último capítulo – Trabalhos recentes na área da saúde – são apresentados os últimos trabalhos realizados pelo Tribunal, selecionados com base nos critérios de relevância social do tema, alta materialidade e impacto social dos respectivos resultados. Foram relacionadas as auditorias cujos objetos estão descritos a seguir: aquisição de medicamentos no DF (com débito potencial de cerca de R\$ 56 milhões) e em Goiás (débito aproximado de R\$ 36 milhões); Programa de Medicamentos Excepcionais nos Estados da Paraíba, Sergipe e Mato Grosso; aquisição de medicamentos por meio de emenda parlamentar nos Estados do Paraná e São Paulo; aquisição de insumos hospitalares no Estado de São Paulo. Essa auditoria foi realizada em decorrência da “Operação Parasitas”; Segunda Porta do SUS; terceirização de ações e serviços públicos de saúde.

Dados orçamentários e financeiros da Saúde

Neste capítulo são apresentados os dados consolidados da execução do orçamento da saúde até o exercício de 2012. Com relação ao exercício de 2013, são apresentadas informações relativas ao Orçamento da União e à respectiva execução.

O financiamento das ações e dos serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a União a principal financiadora. Os recursos são transferidos para os fundos estaduais e municipais de maneira regular e automática, conforme os compromissos e as metas pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão. Atualmente, há seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; - Vigilância em Saúde; Gestão do SUS; e Investimentos em Saúde. Compete aos municípios gerir e executar as ações e os serviços de saúde, em especial as ações relacionadas com a Atenção Básica.

A seguir são apresentados dados relativos à execução orçamentária da União na Função Saúde (aplicação direta e transferências), no período de 2002 a 2013.

**Tabela 1: Função Saúde - Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências
Valores liquidados (2002-2013)**

Ano	Transferidos a estados e DF	Transferidos a municípios	Outras transferências (exterior, instituições privadas sem fins lucrativos)	Aplicações diretas	TOTAL
2002	2.987.704.713,00	9.338.188.635,00	454.293.405,00	11.678.767.558,00	24.458.954.311,00
2003	4.436.069.070,00	10.168.118.661,00	417.996.529,00	11.345.690.336,00	26.367.874.596,00
2004	7.170.842.610,00	12.839.786.647,00	864.843.849,00	11.391.895.587,00	32.267.368.693,00
2005	8.764.014.913,00	13.974.760.708,00	804.467.985,00	11.972.414.909,00	35.515.658.515,00
2006	10.463.340.158,00	15.979.842.260,00	910.784.696,00	11.480.364.274,00	38.834.331.388,00
2007	11.122.265.335,00	19.593.080.721,00	843.918.474,00	11.704.650.270,00	43.263.914.800,00
2008	12.778.792.875,00	21.632.522.192,00	788.938.539,00	12.305.350.823,00	47.505.604.429,00
2009	14.785.281.892,00	24.176.261.552,00	807.718.073,00	15.195.248.951,00	54.964.510.468,00
2010	15.276.564.858,00	27.124.604.188,00	718.020.587,68	16.348.537.327,00	59.467.726.960,68
2011	14.794.948.693,00	33.879.081.074,00	912.017.347,00	21.279.168.003,00	70.865.215.117,00
2012	15.257.066.126,17	34.865.465.438,00	671.968.071,00	21.107.628.289,00	71.902.127.924,17
2013	15.494.985.938,91	36.745.096.908,31	1.529.462.027,82	23.512.730.841,72	77.282.275.716,76

Fonte: Siga Brasil, LOA - Despesa Execução - por UO (atualização em 31/1/2014)

Gráfico 1: Função Saúde – Execução Orçamentária da União – aplicação direta e transferências Valores liquidados (2002-2013)

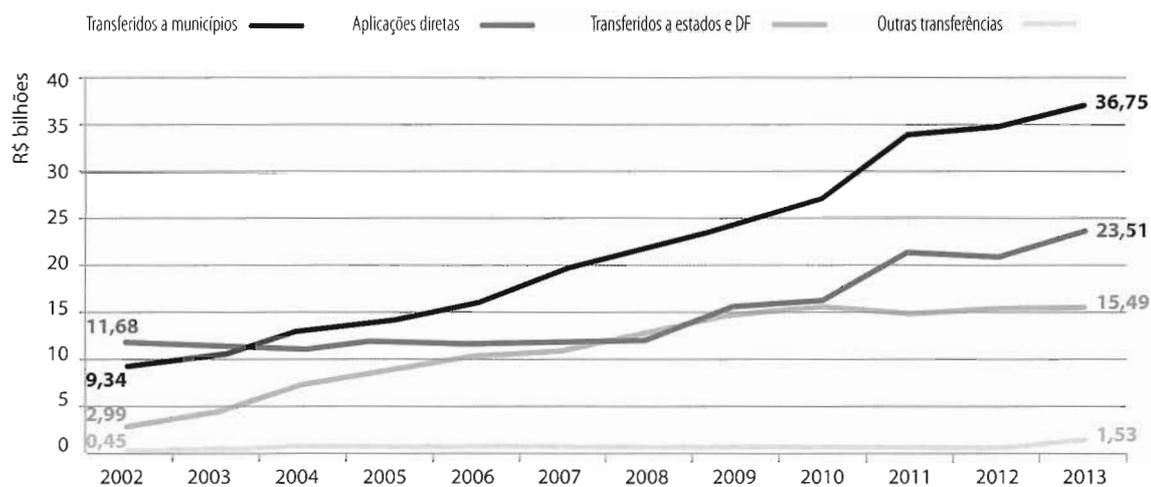
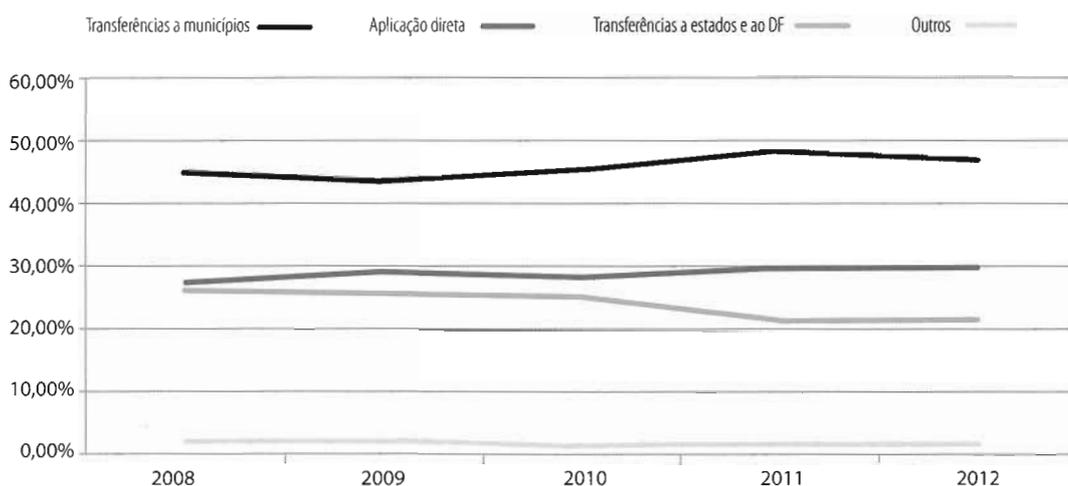


Gráfico 2: Função Saúde – Percentual de Execução Orçamentária por Modalidade de Aplicação (empenhado) (2008-2012)



Fonte: Siga Brasil

Execução Orçamentária e Gasto Tributário

Conforme registrado nas contas de governo do exercício 2012, os valores liquidados no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social (OFSS) do próprio exercício e dos restos a pagar não processados inscritos em exercícios anteriores, em valores absolutos e em percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), relativos à Função Saúde, apresentam tendência de crescimento, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 2: Valores liquidados (OFSS+RPNP). Despesa realizada (OI) e Gasto Tributário (2008 a 2012)

R\$ milhões

Função Saúde		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
		Valor	%PIB ¹	Valor	%PIB ¹								
OFSS	No exercício ²	44.553	1,47	49.733	1,54	55.787	1,48	63.966	1,54	71.617	1,63	285.655	1,54
	RPNP ³	4.115	0,14	5.022	0,16	7.137	0,19	4.744	0,11	5.719	0,13	26.737	0,14
OI4		7	0,00	8	0,00	17	0,00	67	0,00	77	0,00	175	0,00
Gasto Tributário ⁵		14.558	0,48	14.378	0,44	15.192	0,40	16.488	0,40	18.048	0,41	78.664	0,42
Total		63.233	2,09	69.141	2,13	78.133	2,07	85.264	2,06	95.461	2,17	391.231	2,10

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN), Secretaria Receita Federal (SRF), Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Dest), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Siafi.

1 Percentuais calculados em relação ao PIB em cada exercício, e ao acumulado do período na coluna "Total".

2 Valores liquidados no ano relativos ao orçamento do próprio exercício.

3 Valores liquidados no ano relativos a restos a pagar não processados inscritos em exercícios anteriores.

4 Orçamento de Investimento das Estatais - Despesa realizada no exercício.

5 Valores estimados de renúncia de receitas relativa a benefícios tributários concedidos.

Os gastos totais com a Função Saúde, considerando-se a dotação autorizada para o Ministério da Saúde menos o valor destinado à Previdência de Inativos e Pensionistas da União (Programa 0089), aumentaram, em valores nominais, de R\$ 52,9 bilhões em 2008 para R\$ 89,1 bilhões em 2012. A proporção dos gastos em Saúde em relação ao PIB¹ aumentou de 1,74% em 2008 para 2,02% em 2012.

Para o exercício de 2013, a despesa aprovada na Lei Orçamentária Anual (LOA) para o Ministério da Saúde, acrescida dos respectivos créditos adicionais, foi da ordem de R\$ 100,9 bilhões. Desse total, R\$ 7,2 bilhões destinavam-se à Previdência de Inativos e Pensionistas da União e R\$ 11,0 bilhões referem-se ao Programa de Gestão e Manutenção do Ministério da Saúde.

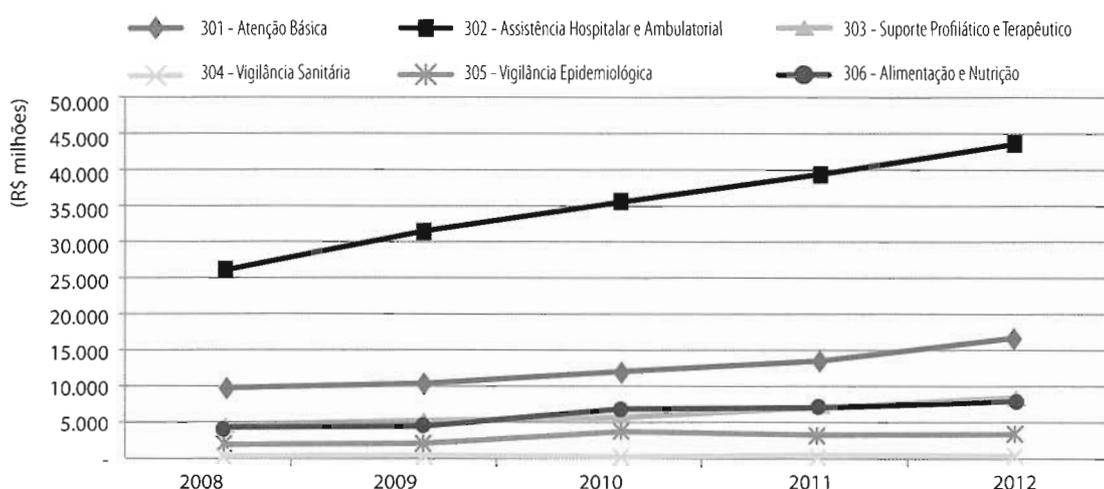
A execução do valor previsto no Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais (OI), aproximadamente R\$ 77 milhões em 2012, diz respeito à estruturação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) e ao suprimento de sangue e hemoderivados para o SUS.

Em 2012, a função Saúde foi responsável por 12,36% do gasto tributário federal. Houve incremento de aproximadamente R\$ 1,56 bilhões entre 2011 e 2012, correspondendo a 9,4% de aumento nesse período. Do total de R\$ 18,04 bilhões relacionados aos gastos tributários em 2012, 48,5% referem-se a despesas médicas do IRPF, 17,3% referem-se à assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados (IRPJ), 17% referem-se a medicamentos, 13,3% referem-se a entidades sem fins lucrativos – Assistência Social e 3,7% referem-se a produtos químicos e farmacêuticos.

Vale destacar o aumento do gasto tributário relacionado a despesas médicas do IRPF, que passou de R\$ 7,71 bilhões em 2011 para R\$ 8,75 bilhões em 2012 – crescimento de 13,4% no período. Já os gastos relacionados a entidades sem fins lucrativos – Assistência Social e Medicamentos foram 6,3% maiores. O gasto relativo a medicamentos passou de R\$ 2,89 bilhões em 2011 para R\$ 3,07 bilhões em 2012, enquanto o dispêndio relacionado às entidades sem fins lucrativos – Assistência Social passou de R\$ 2,25 bilhões em 2011 para R\$ 2,4 bilhões em 2012.

O Gráfico 3 a seguir reflete a evolução da disponibilização de recursos para a função Saúde e a execução orçamentária nas subfunções típicas em 2012. Os dados para 2013 não foram inseridos no gráfico, pois não estavam disponíveis até o momento da conclusão deste relatório.

Gráfico 3: Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) nas subfunções típicas (2008-2012)



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN), Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Dest) e consultas ao Siafi.
Obs.: no âmbito do OI - Despesa realizada e no OFSS - Valores liquidados no ano, considerou-se o orçamento do próprio exercício e os restos a pagar não processados inscritos em exercícios anteriores.

Os gastos relativos à subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial aumentaram 65% entre 2008 e 2012. Por outro lado, a participação dessa subfunção nos gastos totais da função Saúde decaiu de 58% em 2009 para 54% em 2012.

Os dispêndios relativos à subfunção Atenção Básica cresceram 70% entre 2008 e 2012. Em virtude disso, sua participação nos gastos totais da função Saúde retornou ao patamar de 21%. Essa subfunção foi a única cuja participação cresceu em 2012.

Em 2013, a previsão orçamentária para a Subfunção 301 - Atenção Básica continuou crescendo: a dotação autorizada atingiu R\$ 18,2 bilhões (5,2% superior a 2012), dos quais R\$ 11,2 bilhões foram transferidos para os municípios até 27/11/2013, conforme dados constantes do Portal da Transparência.

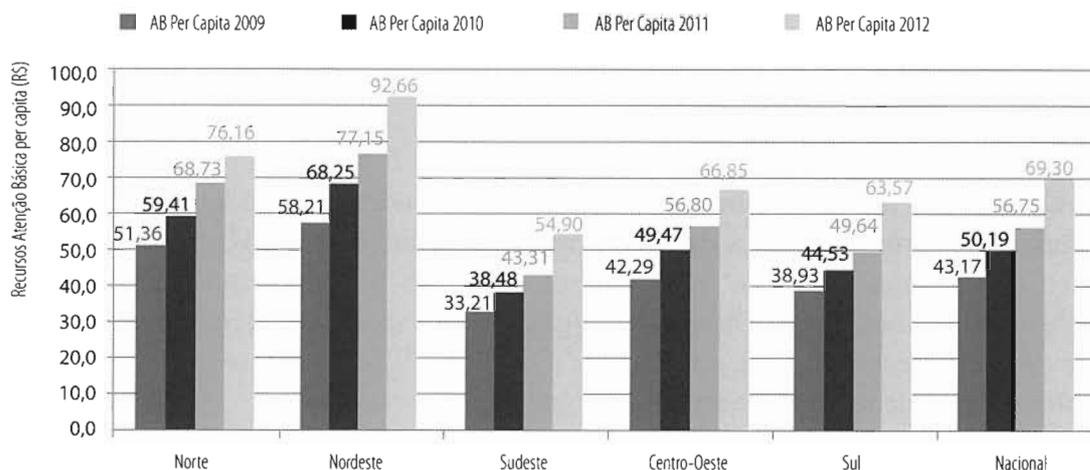
Em 2012, a dotação das ações executadas em Atenção Básica foi de cerca de R\$ 17,3 bilhões, 31% superior à dotação do ano de 2011 (R\$ 13,2 bilhões). Desses R\$ 17,3 bilhões, foram executados R\$ 14,4 bilhões, dos quais cerca de 95% foram distribuídos entre o Piso de Atenção Básica - PAB Variável (62%) e o PAB Fixo (33%). Isso indica que o gestor federal está priorizando o financiamento da estratégia Saúde da Família.

As despesas na Atenção Básica são, em sua maioria, realizadas por meio de transferências a municípios. A partir de 2008, quando foram organizados os blocos de financiamento (Portaria nº 204/2007), o montante envolvido nessa modalidade de aplicação passou de R\$ 7,9 bilhões para R\$ 13,3 bilhões, em 2012. Os valores transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para municípios mostram que, apesar da criação de inúmeras estratégias financiadas no âmbito do PAB Variável, cerca de 91% dos recursos abrangeram as estratégias do Programa Saúde da Família (41%), Agentes Comunitários de Saúde (33%), Saúde Bucal (9%) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (8%).

As transferências realizadas pelo bloco de financiamento da Atenção Básica, observado o regime de caixa, elevaram-se de R\$ 8,3 bilhões em 2009 para R\$ 13,3 bilhões em 2012, enquanto aquelas do bloco de financiamento de Investimento na Rede de Serviços de Saúde (que inclui investimentos na Atenção Básica e nos demais níveis de atenção à saúde) tiveram um incremento de R\$ 53 milhões para R\$ 1,1 bilhão.

Em termos regionais, verificou-se uma variação nos recursos transferidos para a Atenção Básica, entre 2009 e 2012, de 48% na Região Norte, cujos recursos *per capita* passaram de R\$ 51,36 para R\$ 76,16; 59% na Região Nordeste, de R\$ 58,21 para R\$ 92,66; de 65% na Região Sudeste, de R\$ 33,21 para R\$ 54,90; de 58% na Região Centro-Oeste, de R\$ 42,29 para R\$ 66,85; e de 63% na Região Sul, de R\$ 38,93 para R\$ 63,57.

Gráfico 4: Atenção Básica - transferências per capita por região (2009-2012)



Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Segundo os dados apresentados, a Região Nordeste mantém os maiores valores *per capita*, seguida da Região Norte, enquanto a Região Sudeste segue em último.

A dotação da subfunção Alimentação e Nutrição teve aumento de 101% entre 2008 e 2012, período no qual sua participação nos gastos totais da função oscilou entre 4% e 6%. A dotação com o menor crescimento foi a da Vigilância Sanitária (aproximadamente 2%). A participação dos gastos dessa subfunção nos dispêndios totais da função Saúde vem caindo desde 2008, quando foi de 0,6%, tendo chegado a apenas 0,36% em 2012. Verificou-se também que os gastos em Vigilância Epidemiológica cresceram 8% entre 2011 e 2012, o que significou a reversão da queda observada entre 2010 e 2011.

Cabe destacar que as subfunções Alimentação e Nutrição, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica trabalham em conjunto, desenvolvendo ações voltadas para a atenção primária em saúde e contribuindo para a melhoria da saúde da população complementarmente à Atenção Básica.

A tabela a seguir demonstra a execução orçamentária da Função Saúde em 2012 e 2013.

Tabela 3: Função Saúde - execução orçamentária (2012 e 2013)

R\$ milhões

Saúde OFSS	Dotação Atualizada	Empenho	% ¹	Liquidado	% ¹	Pago	% ¹	RPNP ²	% ¹
2012	89.015	79.917	90%	71.617	80%	71.380	80%	8.300	9%
2013 (até 23/11)	93.651	76.112	81%	65.927	70%	65.482	70%	-	-

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN), Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (Dest) e Siafi.

¹ Percentuais calculados em relação à dotação atualizada

² Restos a pagar não processados inscritos ao final do exercício.

Cabe destacar que, em 2012, 90% da dotação constante do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social para a Função Saúde foram empenhados, 80,2% foram liquidados e pagos e 9,3% foram inscritos em restos a pagar não processados (RPNP). Dos R\$ 89.015 milhões previstos na dotação sob comento, R\$ 2,66 bilhões se referem a recursos destinados à aplicação direta, R\$ 3,19 bilhões a transferências fundo a fundo para os municípios e R\$ 1,75 bilhões a transferências fundo a fundo para os estados e o Distrito Federal. Além disso, R\$ 430 milhões referem-se a recursos inscritos em RPNP destinados a transferências a instituições privadas sem fins lucrativos.

Blocos de Financiamento

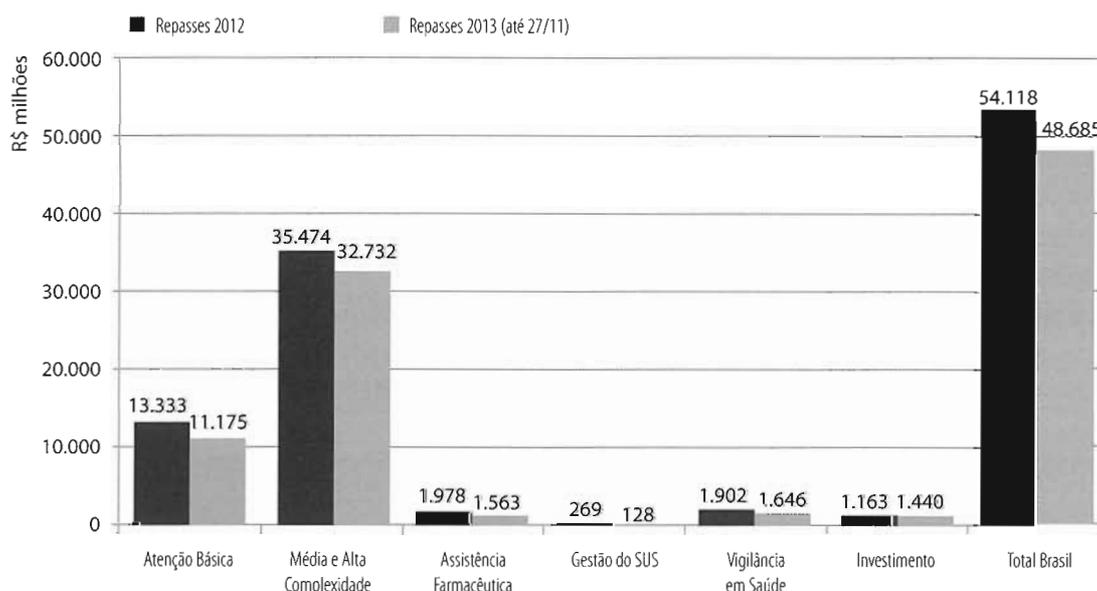
Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. A Portaria GM/MS nº 204/2007, estabeleceu os seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS. Posteriormente, a Portaria nº GM/MS 837/2009 acrescentou o bloco investimentos na rede de serviços de saúde.

O bloco da média e alta complexidade é constituído por dois componentes: Limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC; e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Em 2012, as transferências de recursos federais do SUS para a média e alta complexidade representaram R\$ 35,4 bilhões.

Os valores dos repasses financeiros para estados, DF e municípios, nos exercícios de 2012 e 2013 (até 27/11/2013), por bloco de financiamento, constam do gráfico a seguir.

Gráfico 5: Repasses financeiros por bloco de financiamento (2012 e 2013)



Aplicação Mínima em Ações e Serviços de Saúde

A Emenda Constitucional nº 29/2000 obriga todos os entes federativos a aplicar um percentual mínimo anual dos recursos financeiros públicos no custeio da assistência à saúde. A Lei Complementar 141/2012 define que a União deve aplicar, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Segue abaixo tabela com os detalhes dos montantes de recursos financeiros aplicados no Setor Saúde pela União, em conformidade com o preconizado no art. 5º da Lei Complementar 141/2012. Como os dados para o exercício de 2013 ainda não estão disponíveis, apresentam-se os de 2012.

Tabela 4: Apuração do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Discriminação das Despesas	Despesas Empenhadas (R\$ milhões)
Despesas com saúde em 2012	86.816
(-) Encargos Previdenciários	(6.738)
(-) Juros e Encargos da Dívida	(3)
(-) Amortização da Dívida	(1)
(-) Despesas custeadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0
Total	80.073

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) de novembro e dezembro de 2012, p. 56.

Tabela 5: Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde - cálculo do limite

Discriminação das Despesas	Despesas Empenhadas (R\$ milhões)
1. Despesas Empenhadas com Saúde em 2011	72.356
2. Variação Nominal do PIB em 2011 (%)	9,89%
3. Valor Mínimo obrigatório para gastos em saúde em 2012	79.512
4. Despesas Empenhadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2012	80.073
5. Variação % da Aplicação	10,67%

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária de novembro e dezembro de 2012, p. 56.

Em cumprimento ao disposto constitucionalmente, o Ministério da Saúde executou R\$ 72,35 bilhões e R\$ 80,07 bilhões no custeio da saúde nos exercícios de 2011 e 2012, respectivamente. Verifica-se que houve um incremento de 10,67% no orçamento da saúde em 2012. Considerando o que dispõe o art. 5º da Lei Complementar nº 141/2012 e que a variação nominal do PIB foi de 9,89% em relação ao exercício anterior, conclui-se que a União empenhou recursos suficientes para cumprir a regra de aplicação mínima de recursos no Setor Saúde.

Entretanto, cabe tecer algumas considerações acerca dos valores incluídos em Restos a Pagar. Nos termos do art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012, as parcelas correspondentes a cancelamentos ou prescrições de restos a pagar deverão necessariamente ser aplicadas em ações ou serviços públicos de saúde, sem prejuízo do valor definido como mínimo para o exercício.

O valor mínimo que deveria ser aplicado pela União nas ações e nos serviços de saúde no exercício de 2011 foi R\$ 72,12 bilhões, de acordo com os critérios estabelecidos pela legislação. Contudo, consta do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO (bimestre novembro e dezembro/2012) que as Despesas Empenhadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2011 perfizeram o total de R\$ 72,35 bilhões, tendo sido inscritos em Restos a Pagar R\$ 8,42 bilhões, dos quais R\$ 512 milhões foram cancelados, R\$ 5,26 bilhões foram pagos e R\$ 2,65 bilhões estão no status de Restos a Pagar não Processados a Pagar em 2013.

Tabela 6: Valores Inscritos em Restos a Pagar e Aplicação do Mínimo em Saúde (2011)

Inscrição em Restos a Pagar referente às Ações e Serviços Públicos de Saúde (R\$ milhões)	
1. Valores Inscritos em Restos a Pagar em 31.12.2011	8.426
2. (-) Restos a Pagar Cancelados em 2012	(512)
3. (=) Diferença	7.913
4. (-) Valores Pagos em 2012	5.264
5. (=) Valores não pagos até dezembro de 2012	2.649
Despesas Empenhadas e Valor Mínimo de Gastos em Saúde (R\$ milhões)	
6. Despesas Empenhadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2011	72.356
7. (-) Valor Mínimo para gastos em Saúde em 2011	(72.128)
8. (=) Excesso sobre o Valor Mínimo em 2011	228
9. (-) Restos a Pagar cancelados até dezembro de 2012	(512)
10. (=) Superávit de gastos em Saúde em 2011	(284)

Desse modo, embora o Ministério da Saúde tenha empenhado valor suficiente no exercício de 2011 para cumprir o dispositivo constitucional, destaca-se que R\$ 512 milhões não foram efetivamente aplicados em ações e serviços de saúde prestados à população até 31/12/2012. Por outro lado, as despesas empenhadas em 2012 tiveram um excesso de R\$ 561 milhões, o que seria suficiente para suprir o valor não cumprido de 2011, de acordo com a regra estabelecida pela Lei Complementar 141/2012.

Do total empenhado em 2012, R\$ 8,3 bilhões foram inscritos em restos a pagar não processados. Cabe destacar que o cancelamento de parcela superior a R\$ 560 milhões desses restos a pagar poderá resultar em descumprimento da regra do mínimo. O art. 24 da Lei Complementar 141/2012 estabelece que, caso ocorra o cancelamento ou a prescrição desses restos a pagar, os valores correspondentes deverão ser efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente. Tal situação deve ser acompanhada pelo TCU, para evitar que os empenhos relacionados à dotação de compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, postergando indefinidamente o cumprimento da regra do mínimo.

Por fim, considerando o teor dos artigos 3º e 4º da Lei Complementar 141/2012, cabe analisar o objeto das despesas incluídas pelo Ministério da Saúde na definição do valor total aplicado em ações e serviços de saúde. Ao detalhar as rubricas que compuseram o total aplicado, o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) informou o valor de

R\$ 1,45 bilhão relativo a saneamento básico urbano, embora as disposições da Lei Complementar nº 141/2012 apenas autorizem a inclusão de despesas relativas ao saneamento de domicílios ou pequenas comunidades, distritos indígenas e quilombolas. Há ainda outras controvérsias acerca da definição de ações e serviços de saúde, que foram objeto de Consulta² encaminhada ao TCU pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, a qual ainda se encontra em exame nesta Corte de Contas.

Ademais, entre 2008 e 2012, R\$ 20,4 bilhões, em valores atualizados, deixaram de ser aplicados na Função Saúde, em relação ao que foi previsto nos orçamentos da União, sendo R\$ 9,6 bilhões somente em 2012. A tabela seguinte apresenta os valores orçamentários não executados nesse período.

Tabela 7: Função Saúde - orçamento não executado (2008-2012)

R\$ milhões

Ano	Orçamento Autorizado	Executado (empenhado)	Diferença (valor não aplicado)	IPCA* (%)	IPCA Acumulado (índice)	Diferença Atualizada (valores não aplicados)
2008	56.736,42	54.111,77	-2.624,64	5,90	1.3187	-3.461,12
2009	64.328,37	62.908,26	-1.420,11	4,31	1.2452	-1.768,32
2010	69.790,94	67.327,78	-2.463,16	5,91	1.1938	-2.940,52
2011	80.873,97	78.536,90	-2.337,07	6,50	1.1271	-2.634,11
2012	95.903,83	86.806,27	-9.097,56	5,84	1.0584	-9.628,85
Total	367.633,53	349.690,98	-17.942,55			-20.432,92

Fonte: Siga Brasil e (*) Banco Central - Indicadores Econômicos.

Despesas realizadas nas principais subfunções

Na tabela a seguir, são apresentados os valores executados nas principais subfunções associadas à Função Saúde.

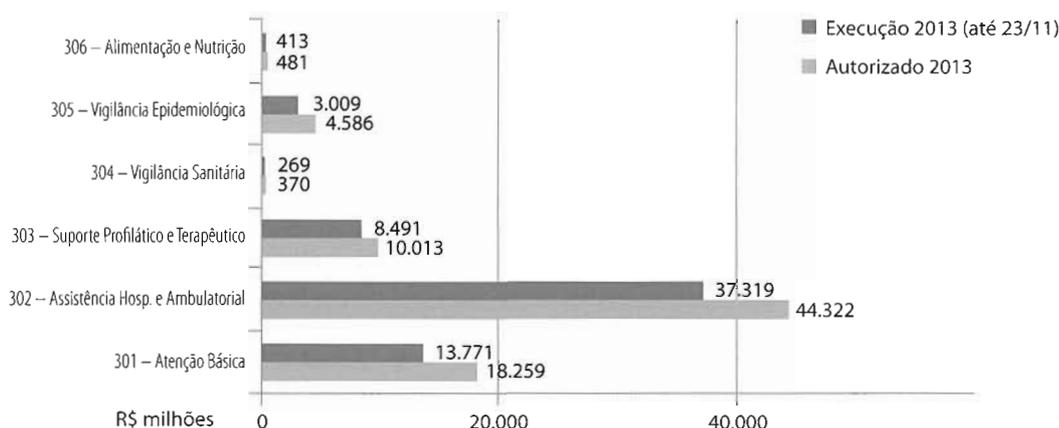
Tabela 8: Função Saúde - despesa realizada nas principais subfunções (2012 e 2013)

R\$ milhões

Subfunção	2012	2013	
	Despesa Executada	Dotação (Autorizada)	Despesa Executada (Empenhada até 23/11/2013)
301 - Atenção Básica	14.462,08	18.259,04	13.771,21
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	39.294,34	44.321,99	37.319,04
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	8.648,45	10.013,48	8.490,71
304 - Vigilância Sanitária	332,87	369,80	269,34
305 - Vigilância Epidemiológica	3.722,04	4.585,81	3.009,38
306 - Alimentação e Nutrição	385,82	481,16	413,46

As três subfunções de maior materialidade foram a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302)”, a “Atenção Básica (301)” e o “Suporte Profilático e Terapêutico (303)”, que juntas corresponderam a 78% dos valores executados na Função Saúde em 2012. A seguir, são apresentados os principais resultados referentes a essas três subfunções naquele ano e até 23/11/2013.

Gráfico 6: Função Saúde - despesa realizada nas principais subfunções (2013)



Fonte: Siga Brasil.

Subfunção 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial

A subfunção 302 abrange as ações destinadas à cobertura de despesas relativas a internações hospitalares e ao tratamento ambulatorial, incluindo exames de laboratório necessários ao diagnóstico e tratamento de doenças. Tais despesas podem ter sido feitas por órgãos da administração federal ou com base em contratos e convênios celebrados com pessoas ou entidades privadas ou pertencentes a outros níveis de governo. Esses dispêndios representaram 49% dos gastos totais da Função Saúde em 2012, sendo que 87% desse montante foram executados por estados ou municípios. Em 2013, a dotação autorizada foi R\$ 44,3 bilhões e as despesas realizadas alcançaram R\$ 37,3 bilhões até 23 de novembro daquele ano.

Tabela 9: Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 302 (2012 e 2013)

R\$ milhões

Ação	Despesa Executada	
	2012	2013 (até 23/11)
Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (8585)	34.095,45	33.630,08
Atenção à Saúde nos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde (6127) e Hospitais Universitários (20G8)	1.171,87	232,24
Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde (8535)	831,30	434,96
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 (8761)	830,09	756,39
Assistência Médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolvimento de atividades educacionais e de pesquisa no campo da Saúde - Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais (6148)	716,32	683,53

Ação	Despesa Executada	
	2012	2013 (até 23/11)
Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia – INCA (8758)	279,70	286,61
Implantação, Construção e Ampliação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA (12L4)	264,21	63,38
Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia – INTO (8759)	231,99	224,86
Outros (8933, 20AC, 8755, 20R4, 8721, 20B0, 125H, 20SP, 3869, 4324, 7833, 6175, 8739, 8752, 20QI)	873,29	1.006,97
Total	39.294,34	37.319,02

Fonte: Siga Brasil.

Cabe destacar a execução orçamentária da Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, cujas despesas até 23/11/2013 correspondiam a mais de 90% do total da Subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Subfunção 301 – Atenção Básica

A subfunção 301 abrange as ações desenvolvidas para atender as demandas básicas de saúde, tais como divulgação de medidas de higiene, acompanhamento domiciliar das condições de saúde da população de baixa renda e outras medidas e ações preventivas ou curativas. Em 2012, esta subfunção foi responsável pela aplicação de 18% dos recursos da função, sendo que 96% dos recursos em tela foram transferidos para estados e municípios. Para o exercício de 2013, a dotação autorizada foi R\$ 18,2 bilhões. Até 23/11/2013, foram realizadas despesas no total de R\$ 13,7 bilhões.

Dentre as ações orçamentárias relacionadas a essa subfunção destacam-se as seguintes: Piso de Atenção Básica, construção e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Saúde Bucal e expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 10: Valores liquidados (DFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 301 (2012 e 2013)

R\$ milhões

Ação	Despesa Executada	
	2012	2013 (até 23/11)
Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família (20AD) e Fixo (8577)	12.550,15	12.147,10
Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde (8581)	684,87	417,85
Construção e Ampliação de Unidades Básicas de Saúde – UBS (12L5)	556,29	537,83
Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes (2004)	342,78	344,73
Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada (8730)	171,95	197,18
Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (8573)	94,57	49,44
Outros (6181, 20K5, 20B1, 6178, 6188, 6233, 8762, 8527, 20CW, 8215)	61,39	77,05
Total	14.462,08	13.771,18

Fonte: Siga Brasil

Subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico

A subfunção 303, que abrange as ações voltadas para produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral, representou 10,8% dos gastos totais da função Saúde em 2012, dos quais 30% dos valores foram realizados com recursos transferidos para estados e municípios. Para 2013, a dotação autorizada alcançou R\$ 10 bilhões. Até 23/11/2013, as despesas realizadas atingiram R\$ 8,4 bilhões.

Tabela 11: Valores liquidados (OFSS + RPNP) e Despesa realizada (OI) na Subfunção 303 (2012 e 2013)

R\$ milhões

Ação	Despesa Executada	
	2012	2013 (até 23/11)
Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (4705)	4.082,14	4.325,83
Manutenção e Funcionamento das Farmácias Populares (8415)	1.498,35	0
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde (20AE)	1.077,44	1.155,94
Atendimento à População com Medicamentos para Tratamento dos Portadores de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis (4370)	820,43	736,64
Atenção aos Pacientes Portadores de Doenças Hematológicas (4295)	515,60	403,30
Participação da União no capital social - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Hemobrás (09LP)	200,00	0
Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos (4368)	113,45	111,19
Outros (2E47, 2522, 6516, 8636, 7690, 20AH, 20AI, 20K3, 20YR, 20YS)	340,96	1.757,78
Total	8.648,45	8.490,68

Fonte: Siga Brasil



Avaliação do sistema de saúde por indicadores

Indicadores permitem medir e avaliar aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou resultado de uma intervenção na realidade (BRASIL, 2010). A principal finalidade dos indicadores é traduzir determinado aspecto de uma realidade dada (situação social) ou construída (ação do governo), de modo a permitir sua observação e avaliação.

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma avaliação do sistema de saúde brasileiro por meio de indicadores. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), Sistema de Saúde é o conjunto de:

Todas as organizações, instituições e recursos que são empregados na produção de ações de saúde. Uma ação de saúde é definida como qualquer esforço, na atenção à saúde individual, no fornecimento de serviços públicos de saúde ou nas iniciativas intersetoriais, cujo propósito fundamental é a melhora da saúde.

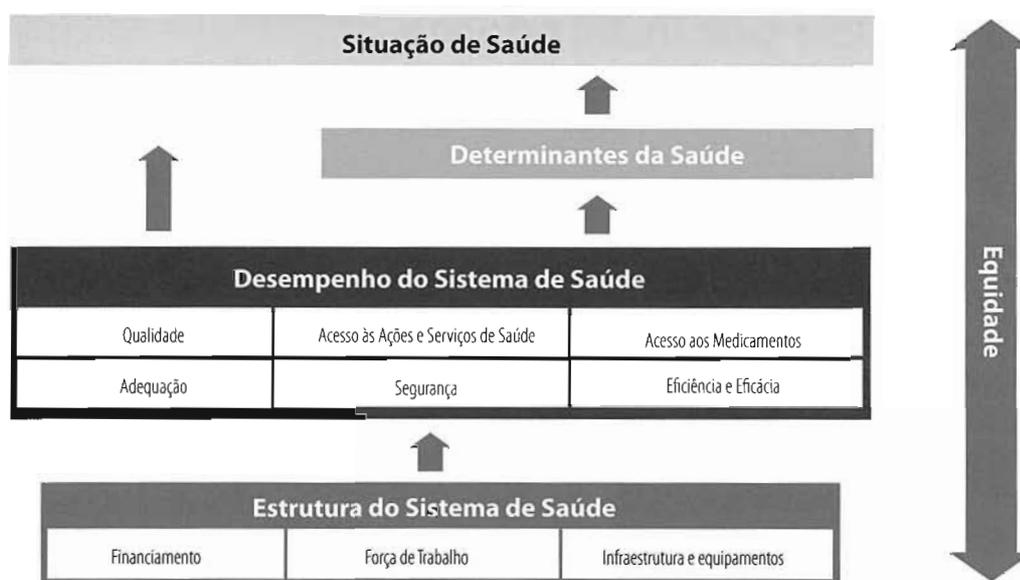
Por conseguinte, a presente avaliação não tem como objeto apenas o Sistema Único de Saúde (SUS), que constitui o sistema público, analisa-se também o sistema privado, constituído na sua maior parte pelos planos de saúde privados e pela saúde suplementar.

Modelo de Avaliação

Avaliar um sistema de saúde é uma tarefa complexa, tendo em vista os diversos aspectos que podem ser considerados. Diferentes modelos de avaliação foram propostos por instituições como a OMS, o Banco Mundial, o Ministério da Saúde e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). O modelo do “*Health Care Quality Indicators Project*” da OCDE foi escolhido, pela Secex Saúde, como arcabouço para o modelo de avaliação desenvolvido pelo TCU, tendo em vista a possibilidade de comparação internacional do sistema brasileiro com o de outros países. Segundo a OCDE, “o objetivo de longo prazo do projeto é desenvolver indicadores que reflitam um quadro robusto da qualidade da atenção à saúde, que possa ser relatado de forma confiável entre os países com dados comparáveis” (KELLEY e HURST, 2006).

Algumas adaptações foram feitas no modelo da OCDE com o objetivo de aproximá-lo da realidade brasileira. A Figura 1 abaixo representa o quadro conceitual do modelo adotado pela unidade técnica:

Figura 1: Representação gráfica do modelo de avaliação proposto no levantamento



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

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

Já o bloco dos determinantes da saúde tem como objetivo demonstrar os fatores que influenciam a saúde da população. A Lei Complementar 141/2012 excluiu do conceito de gasto em saúde as políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos. Dessa forma, optou-se por avaliar os indicadores relacionados apenas com os determinantes comportamentais.

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

O bloco da estrutura do sistema de saúde avalia a disponibilidade de recursos financeiros, humanos ou tecnológicos para que esse sistema possa bem desempenhar suas funções.

Os indicadores que compõem a presente avaliação foram selecionados a partir de sua relevância para o sistema de saúde brasileiro, da confiabilidade dos dados e da possibilidade de estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos no Brasil com os de outros países.

Infelizmente, alguns indicadores importantes não puderam ser calculados, tendo em vista problemas relacionados com a disponibilidade ou confiabilidade dos dados. Cita-se o caso do Tempo de Espera por procedimentos médicos, como cirurgias e consultas. Tal indicador demonstraria quanto tempo os brasileiros precisam esperar para poder ter acesso a determinado serviço de saúde. Porém, no Brasil, não existem dados disponíveis que permitam o cálculo deste indicador, apesar de ele ser calculado em outros países. Também existem problemas graves decorrentes da subnotificação de óbitos. Por exemplo, em alguns estados, existem informações acerca de apenas 50% dos óbitos que ocorreram em determinado ano.

Resultados

A partir da análise dos indicadores selecionados, a Secex Saúde afirmou que:

- a) o sistema de saúde brasileiro tem melhorado de forma significativa nos últimos anos. Afinal, verificou-se o aumento da expectativa de vida, a redução de indicadores de mortalidade, o maior acesso às ações e serviços de saúde e o crescimento dos gastos públicos;
- b) contudo, nosso país ainda se encontra distante dos padrões observados nos países desenvolvidos que integram a OCDE;
- c) o maior problema do sistema de saúde no Brasil é a desigualdade entre as regiões do país. Enquanto alguns estados apresentam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, a performance de outros está mais próxima do desempenho dos países africanos. Isso pode ser observado, por exemplo, na esperança de vida ao nascer, que varia de 68 a 76 anos entre os estados. A quantidade de médicos em cada unidade federada também varia muito, indo de 0,71 até 4,09 médicos por 1.000 habitantes.

Em seguida, a unidade técnica destacou alguns indicadores considerados relevantes:

- a) entre 1990 e 2010, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil de 48,8 para 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos;
- b) o Programa Nacional de Imunização contribuiu significativamente para essa melhora, pois atingiu coberturas de vacinação infantil próximas a 100%;
- c) por outro lado, o país apresenta a maior taxa de incidência de Aids entre 35 países cujos dados foram analisados pela OCDE. No Brasil, são registrados 17,4 novos casos para cada 100.000 habitantes, enquanto nos países membros daquela Organização essa taxa é de 1,4. Ademais, ao longo da década de 2000, na maioria dos países essa taxa declinou, enquanto no nosso país ela permaneceu praticamente constante;
- d) o Brasil apresenta a maior proporção de partos cesáreos entre 23 países, principalmente no âmbito do SUS, no qual cresceu de 24% em 2000 para 40% em 2012.

Situação de Saúde

Esperança de Vida ao Nascer

Em 2011, a esperança de vida do brasileiro era de 74,08 anos, o que demonstra a continuidade da tendência de crescimento significativo desse indicador. Afinal, em 1940, essa expectativa era de 44,9 anos. Em 1991, ela passou para 66,9 anos e em 2001 atingiu 70,7 anos. Cabe salientar que a esperança de vida ao nascer no mundo em 2011 era de 70 anos, tendo sido de 64 anos em 1991.

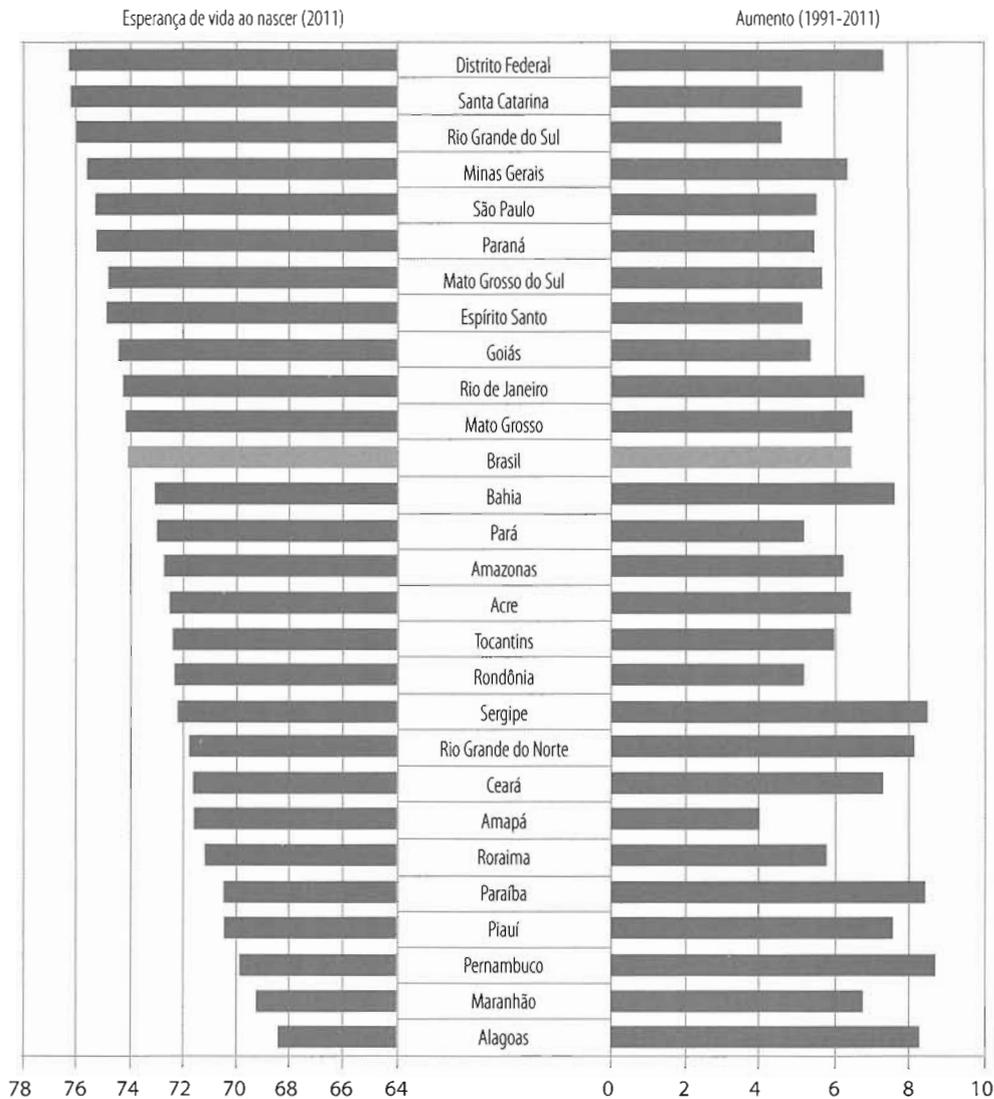
A esperança de vida dos brasileiros apresenta uma ampla desigualdade entre as unidades da Federação. Assim, o Distrito Federal e Santa Catarina apresentam esperança de vida acima de 76 anos, próxima da média dos países da OCDE, que é de 79,5 anos. Já Alagoas apresenta a pior esperança de vida (68,4 anos), quase uma década a menos. Por outro

lado, cabe ponderar que Alagoas foi o estado que apresentou o maior crescimento entre 2001 e 2011, tendo sido constatado um ganho de 4,5 anos nesse período. Considerando a variação desde 1991, Alagoas apresentou o terceiro maior crescimento, de 8,3 anos. Nessas duas décadas, Pernambuco teve um crescimento de 8,7 anos e a Paraíba de 8,4.

O menor crescimento na esperança de vida nestes vinte anos foi registrado no Amapá (4,0 anos), principalmente em função do fraco desempenho observado na década de 1990, quando foi constatado um crescimento de apenas 1,2 anos. O segundo menor crescimento desde 1990 foi do Rio Grande do Sul, de 4,6 anos, mas ainda assim o estado possuía em 2010 a terceira maior taxa.

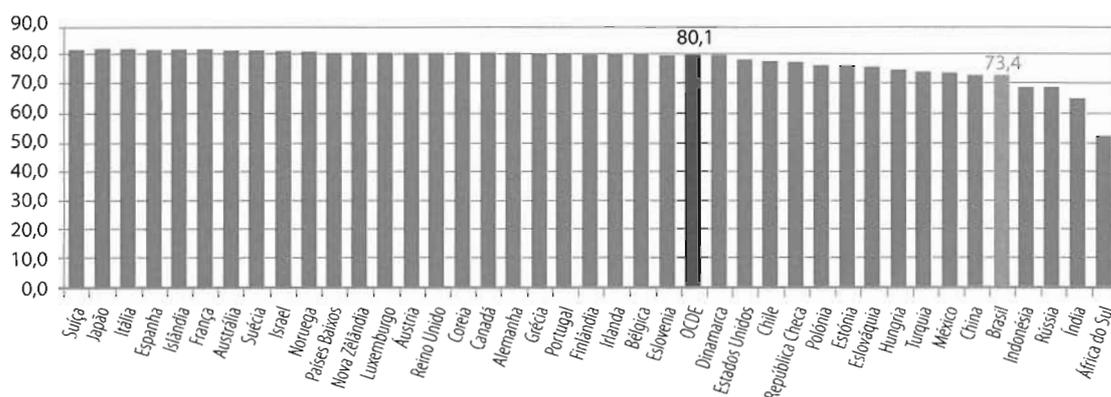
A diferença na esperança de vida entre homens e mulheres, que em 1991 era de sete anos, manteve-se no mesmo patamar em 2011. Tal fato não segue a tendência observada em estudos realizados nos países da OCDE, onde se observou uma redução na diferença entre os sexos, explicada pela maior aproximação verificada nos comportamentos de risco e pelas menores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares entre os homens.

Gráfico 7: Esperança de Vida ao Nascer – Estados



Fonte: IBGE, 2012.

Gráfico 8: Esperança de vida ao nascer (anos) OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013

Mortalidade por Grupos de Causas

O Ministério da Saúde classifica as causas dos óbitos em sete grupos. O primeiro corresponde às doenças do aparelho circulatório. Segundo a OMS, essas doenças são a maior causa de mortes no mundo, tendo provocado o falecimento de 17 milhões de pessoas em 2011, o que equivaleu a mais de 30% do total de óbitos registrados naquele ano (55 milhões de falecimentos). Dentre essas doenças, que afetam o sistema circulatório (vasos sanguíneos e coração), destacam-se o enfarte de miocárdio, a arritmia e o acidente vascular cerebral – AVC.

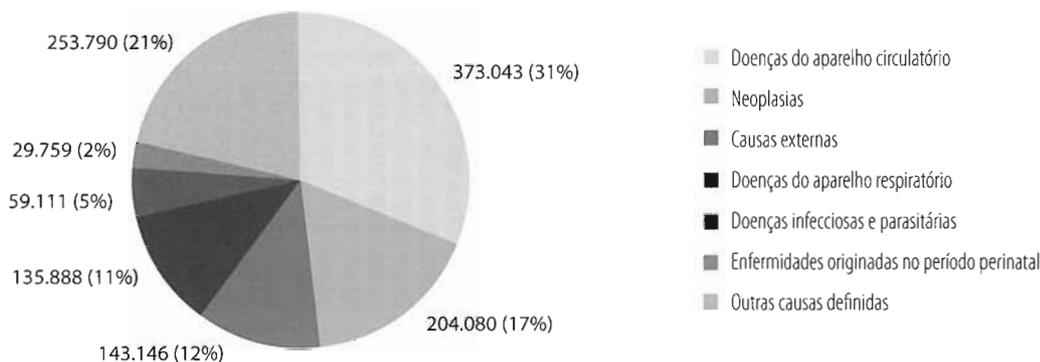
No Brasil, em 2010, as doenças do aparelho circulatório foram a *causa mortis* mais frequente, tendo sido responsáveis por 326.371 óbitos, o que equivale a 31% do total de falecimentos ocorridos naquele ano. Entre 2000 e 2010, o número de óbitos causados por essas doenças cresceu 9%.

O segundo grupo corresponde às neoplasias, que foram a segunda *causa mortis* mais frequente em 2010 (204.080 óbitos). Cabe registrar que, entre 2000 e 2010, essas doenças apresentaram o maior crescimento entre as causas de falecimentos (um incremento de 33%).

O terceiro grupo se refere às causas externas, que incluem homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e afogamentos. Elas foram a terceira maior *causa mortis* em 2010 (143.146), tendo experimentado um crescimento de 21% na década de 2000. Segundo o IBGE (2010), esse incremento é típico de países que experimentaram um rápido processo de urbanização sem a devida contrapartida de políticas públicas voltadas, particularmente, para a segurança e o bem-estar dos indivíduos que vivem nas cidades.

O quarto grupo compreende as doenças do aparelho respiratório, cujos quantitativos de óbitos cresceram 16% entre 2000 e 2010, tendo atingido 135.888 casos no final desse período. O quinto grupo reúne as doenças infecciosas e parasitárias, cuja incidência fatal sofreu uma redução de 8% na década de 2000, tendo sido responsáveis por 59.111 óbitos em 2010. O sexto grupo se refere às afecções originadas no período perinatal, cabendo destacar que o número de óbitos causados por elas experimentou a maior queda entre 2000 e 2010, uma redução de 50%. Por fim, o sétimo grupo contém as demais causas definidas.

Gráfico 9: Óbitos por grupos de causas (2010)

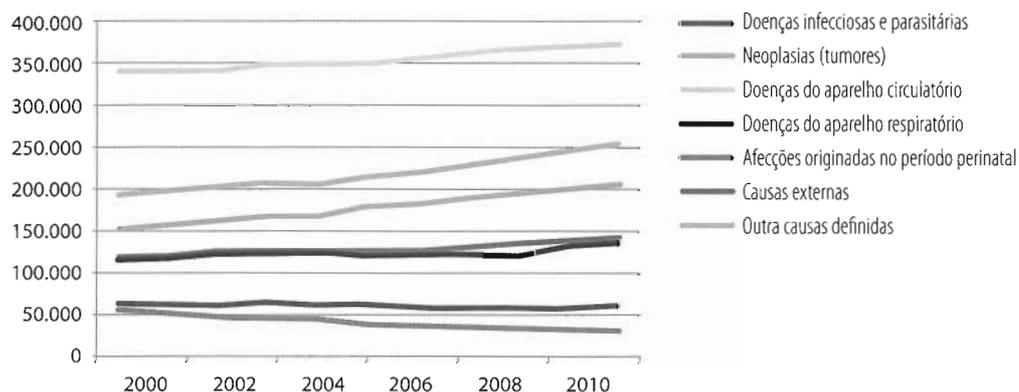


Fonte: Fiocruz, correção, 2011.

Grupos de Causas	Óbitos em 2010	Participação
Doenças infecciosas e parasitárias	59.111	5%
Neoplasias	204.080	17%
Doenças do aparelho circulatório	373.043	31%
Doenças do aparelho respiratório	135.888	11%
Afecções originadas no período perinatal	29.759	2%
Causas externas	143.146	12%
Demais causas	253.790	21%
Total	1.198.817	100%

Fonte: Fiocruz, correção, 2011.

Gráfico 10: Evolução do nº de óbitos por grupos de causas



Fonte: Fiocruz, correção, 2011.

Mortalidade Prematura

O conceito de mortalidade prematura confere maior importância aos óbitos que ocorrem nas faixas etárias mais novas e à quantidade de anos que a pessoa poderia ter vivido. Visando definir essa quantidade, utiliza-se o indicador “Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)”, que é obtido pela multiplicação do número de óbitos de cada faixa etária pela quantidade de anos restantes até os 70 anos.

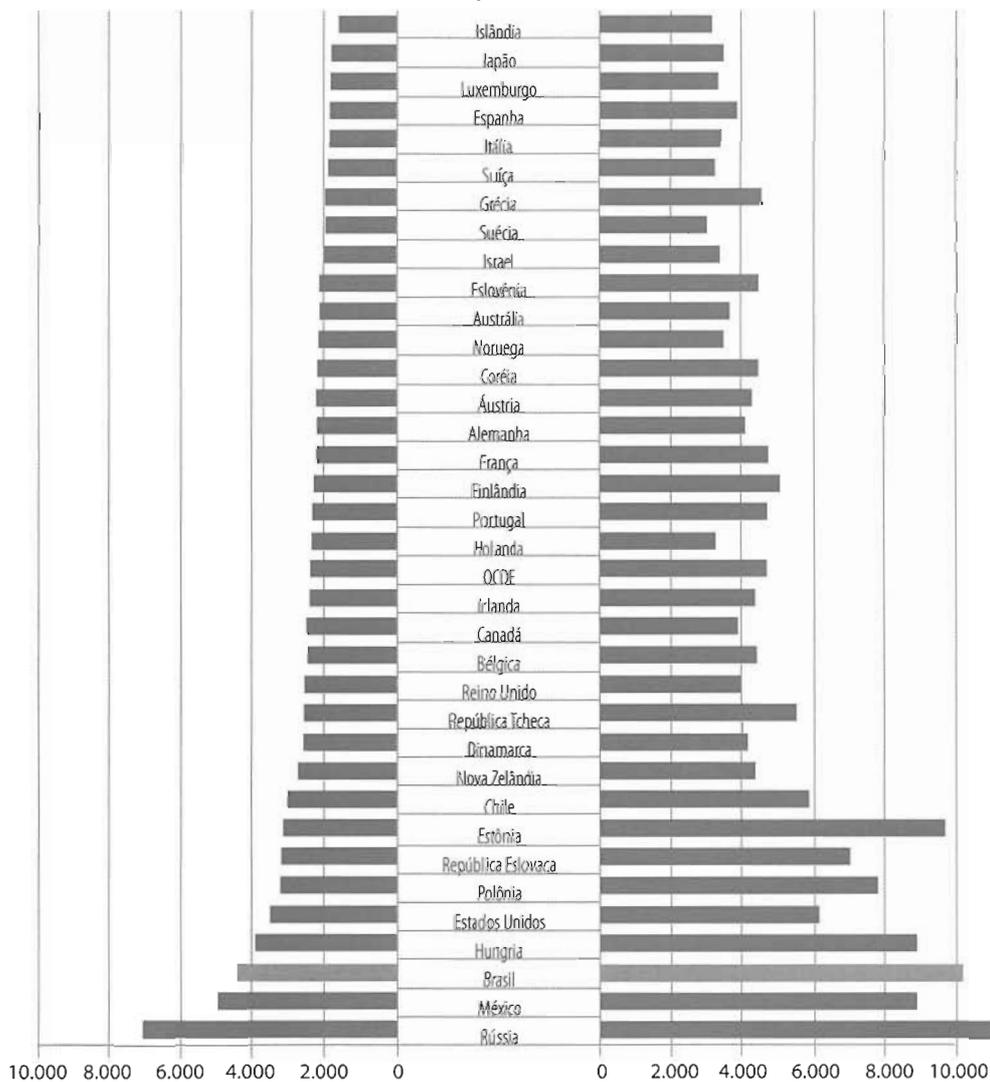
Em 2010, o Brasil teve um total de 7.253 anos perdidos por 100.000 habitantes, com uma perda de 10.153 anos entre os homens e 4.434 entre as mulheres. Tal valor superou o correspondente aos países da OCDE, que foi de 4.689 para os homens e 2.419 para as mulheres.

Verificou-se que esse indicador apresenta grandes variações quando calculado para as unidades federadas. Santa Catarina apresentou o menor APVP, de 5.255, enquanto no Maranhão esse indicador registrou quase o dobro desse valor, 10.366.

As diferenças também são marcantes entre os gêneros. Assim, por exemplo, Alagoas apresentou o maior APVP para homens no país, de 15.203, enquanto o indicador para as mulheres foi de 5.388, uma diferença de quase dez anos. Já o Maranhão registrou o maior APVP feminino (7.224), equivalente a 53% do masculino (13.630).

As causas externas foram responsáveis pela maior perda de anos potenciais de vida, 39% do total de APVP, mesmo não sendo a principal causa de óbitos. Isso ocorre porque as causas externas preponderam nos óbitos registrados nas faixas etárias mais novas, enquanto as doenças do aparelho circulatório se concentram nas faixas etárias mais velhas. Entre os estados, as causas externas foram responsáveis por 30% dos APVP em São Paulo, enquanto no Amapá representaram quase 60% do total de APVP.

Gráfico 11: APVP por 100.000 habitantes (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013; IBGE, 2010.

Gráfico 12: APVP por grupos de causas de mortes (2010)

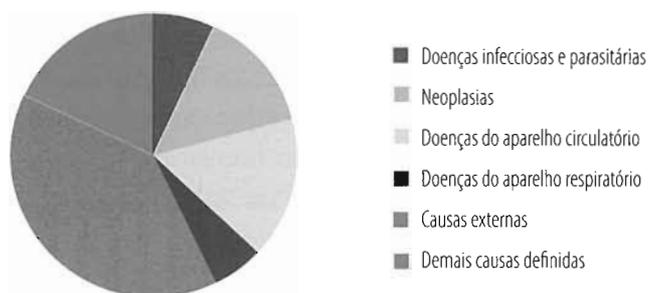
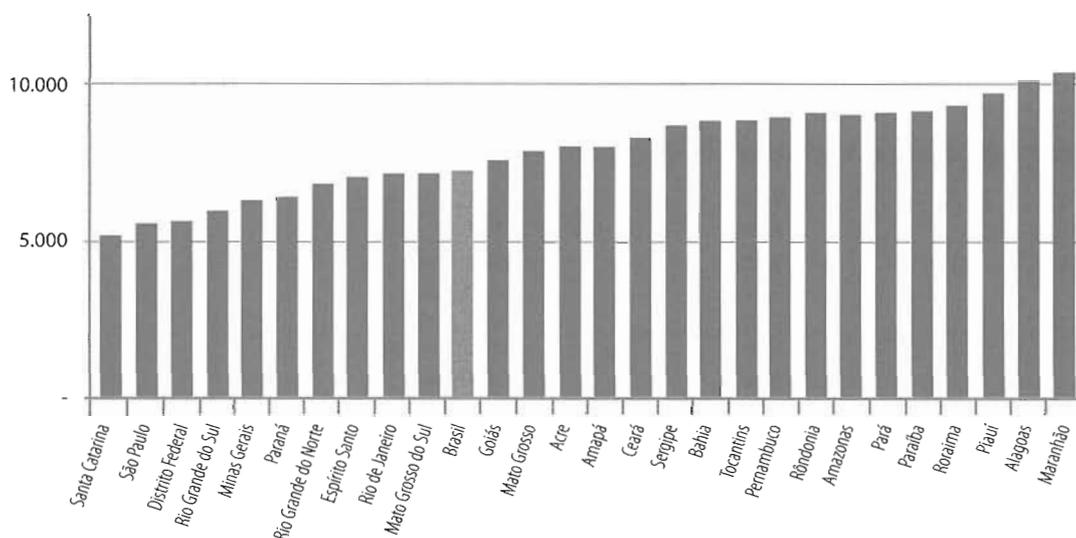


Gráfico 13: APVP por 100.000 habitantes Estados (2010)

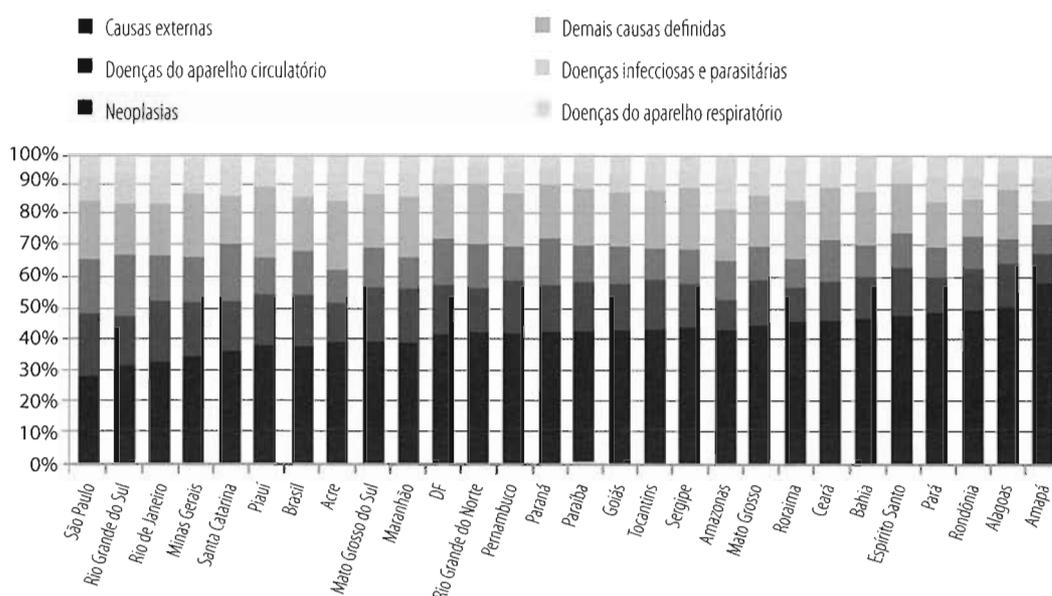


Fonte: IBGE, 2010.

Grupos de Causas	APVP 100.000 habitantes	Participação no total de APVP
Doenças infecciosas e parasitárias	461	7%
Neoplasias	896	14%
Doenças do aparelho circulatório	1.043	16%
Doenças do aparelho respiratório	378	6%
Causas externas	2.490	39%
Demais causas definidas	1.138	18%
Total	6.406	100%

Fonte: Fiocruz, correção, 2011.

Gráfico 14: APVP por grupos de causas - % - Estados (2010)



Fonte: Fiocruz, correção, 2011.

Mortalidade por Doenças Cardiovasculares

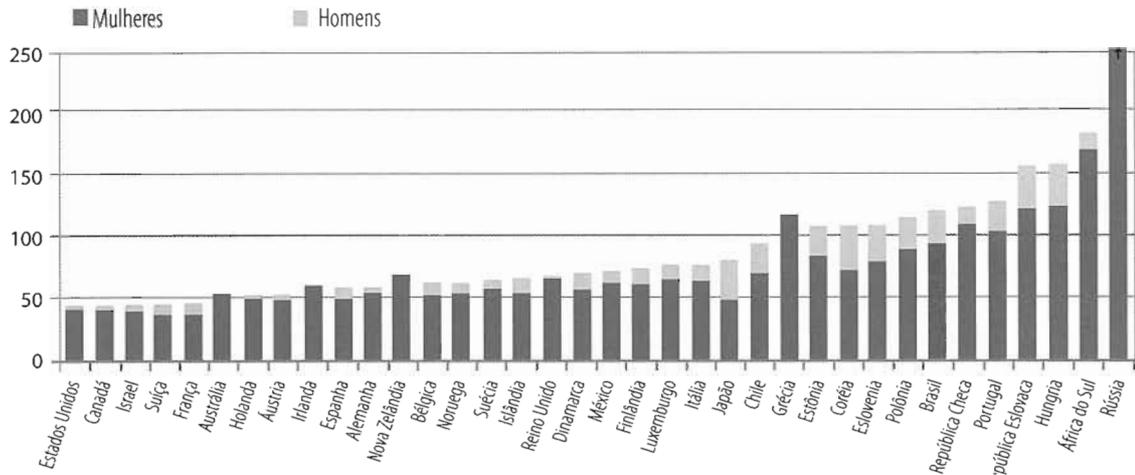
As doenças do aparelho circulatório são divididas em três subgrupos: isquêmicas do coração (infarto), cerebrovasculares (AVC) e as demais. Cada um representa aproximadamente 33% do total de óbitos causados pelas moléstias integrantes desse grupo de doenças.

O Brasil, comparado com os países cujos dados são acompanhados pela OCDE, apresenta uma baixa taxa de mortalidade por doenças isquêmicas e uma alta taxa devido às doenças cerebrovasculares. Nos estados, a maior taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares é encontrada em Pernambuco (242 óbitos por 100.000 habitantes do sexo masculino) e a menor no Amapá (127 falecimentos para cada 100.000 mulheres).

No Brasil, a diferença entre as taxas de mortalidade dos sexos masculino e feminino é uma das menores: a taxa feminina equivale a 61% da masculina. Nos demais países, a taxa das mulheres corresponde a 54% daquela verificada entre os homens. Entre os membros da OCDE, a menor diferença está na República Eslovaca, em que a taxa feminina representa 69% da masculina, e a maior na França, onde a feminina corresponde a 38% da masculina.

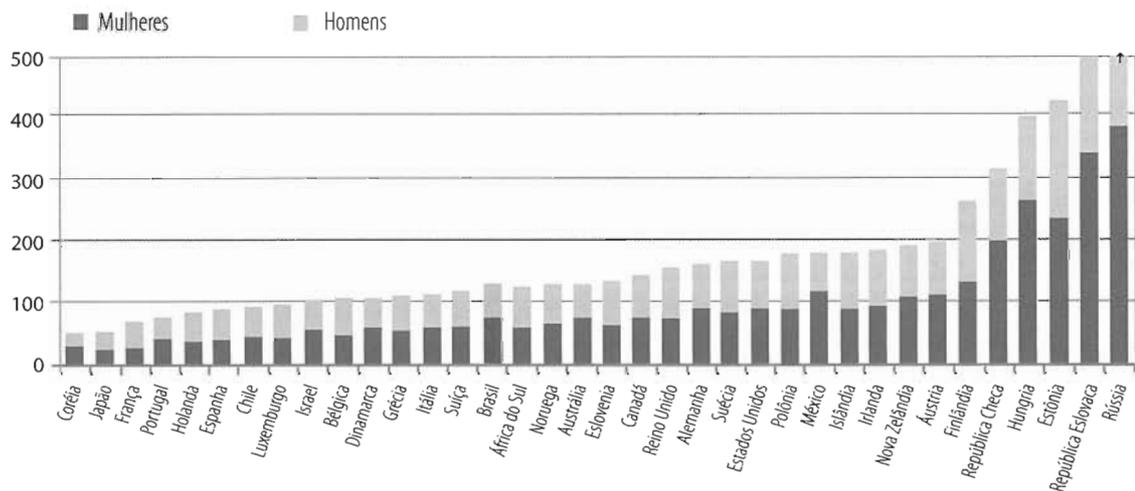
A mortalidade devido a doenças isquêmicas e ao AVC diminuiu em quase todos os países desde 1980. Segundo a OCDE (2011), a redução da mortalidade pode ser atribuída, pelo menos em parte, a uma diminuição constatada nos fatores de risco, como o tabagismo e a hipertensão. O aperfeiçoamento do tratamento médico do derrame também tem aumentado as taxas de sobrevivência.

Gráfico 15: Taxa de Mortalidade das Doenças Cerebrovasculares (2010)



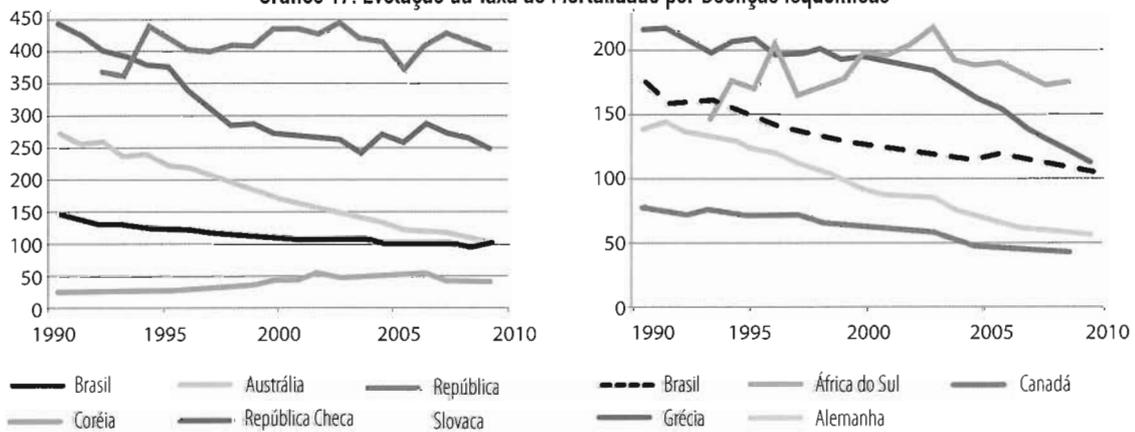
Fonte: OCDE Health Data 2013 - online database
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 16: Taxa de Mortalidade das Doenças Isquêmicas do Coração (2010)



Fonte: OCDE Health Data 2013 - online database
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 17: Evolução da Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas



Fonte: OCDE Health Data 2013 - online database
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Fonte: OCDE Health Data 2013 - online database
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 19: Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Estados (2010)

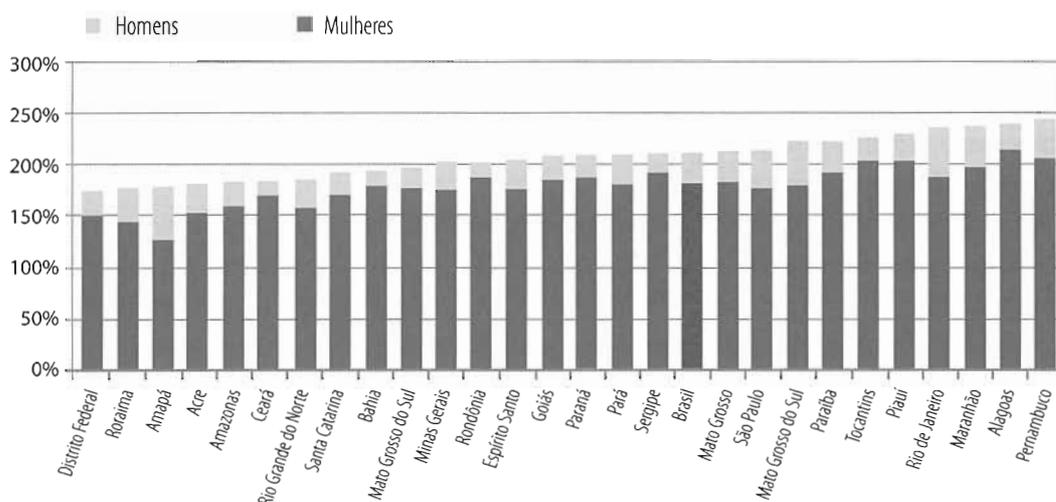


Gráfico 20: Mortalidade por Doenças Cardiovasculares por Subgrupos (2010)



Doença do Aparelho Circulatório	Óbitos	Taxa por 100.000 hab.
Doenças isquêmicas do coração	99.955	52
Doenças cerebrovasculares	99.732	52
Demais doenças do ap. circulatório	126.684	66
Total	326.371	171

Fonte: RIPS-IBD, 2011.

Mortalidade por Neoplasias

As neoplasias são a segunda maior causa de mortalidade no Brasil. Porém, nosso país ainda apresenta uma taxa de mortalidade abaixo daquela constatada nos demais países estudados pela OCDE (o Brasil tem uma taxa de mortalidade maior apenas que a do México).

A unidade da Federação que apresentou as maiores taxas de mortalidade por neoplasias foi o Rio Grande do Sul, com 113 óbitos por 100.000 habitantes entre as mulheres e 157 entre os homens. Já Tocantins apresentou as menores taxas: 85 para as mulheres e 80 para os homens.

A taxa de mortalidade por neoplasias no Brasil manteve-se praticamente constante ao longo da década de 2000, tendo variado de 102 para 107 óbitos por 100.000 habitantes. Entre as 27 unidades da Federação, em dezesseis houve diminuição dessa taxa. As maiores reduções ocorreram no Acre (-17%), no Amazonas (-16%) e no Rio de Janeiro (-14%). Entre os outros onze estados em que houve aumento da taxa, destacam-se Pernambuco (+41%), Tocantins (+21%) e Roraima (+13%).

A localização mais comum das neoplasias no Brasil é o pulmão, responsável por 12% dos óbitos por neoplasias em 2010. Segundo a OCDE (2011), o fumo de tabaco é a principal fator de risco do câncer de pulmão. Em 1990, a localização de maior peso nos óbitos era o estômago. Porém, até 2010, esse tipo de câncer apresentou um aumento de 40%, enquanto os óbitos ocasionados pelo câncer de pulmão cresceram 116%. As localizações que apresentaram o maior aumento proporcional do número de óbitos entre 1990 e 2010 foram o câncer de próstata, com 221%, e o câncer colorretal, com 188%.

Gráfico 21: Taxa de Mortalidade por Neoplasias - OCDE (2010)

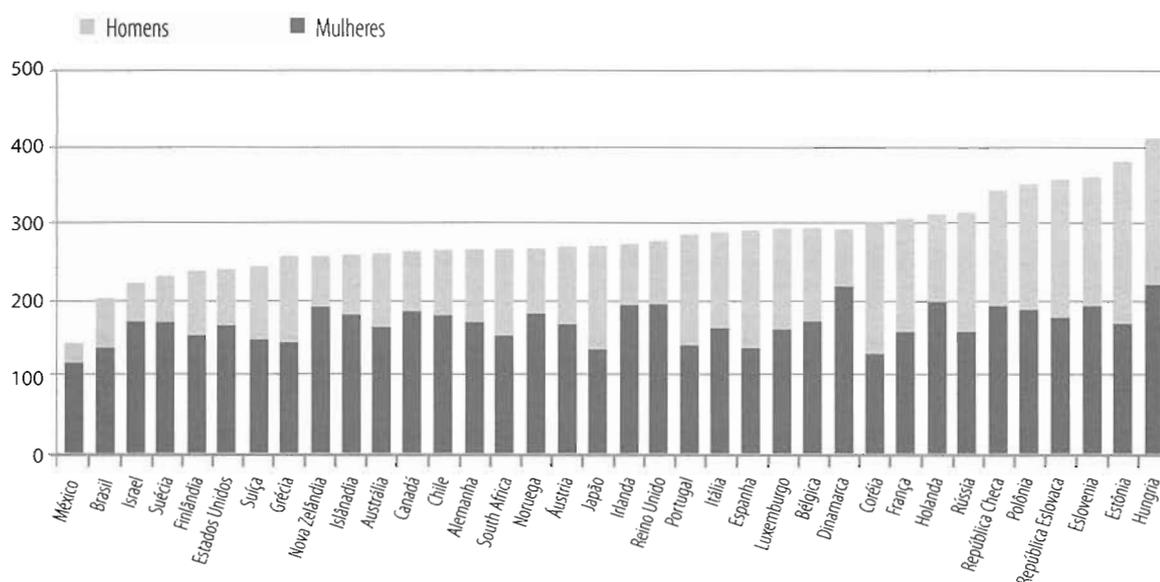
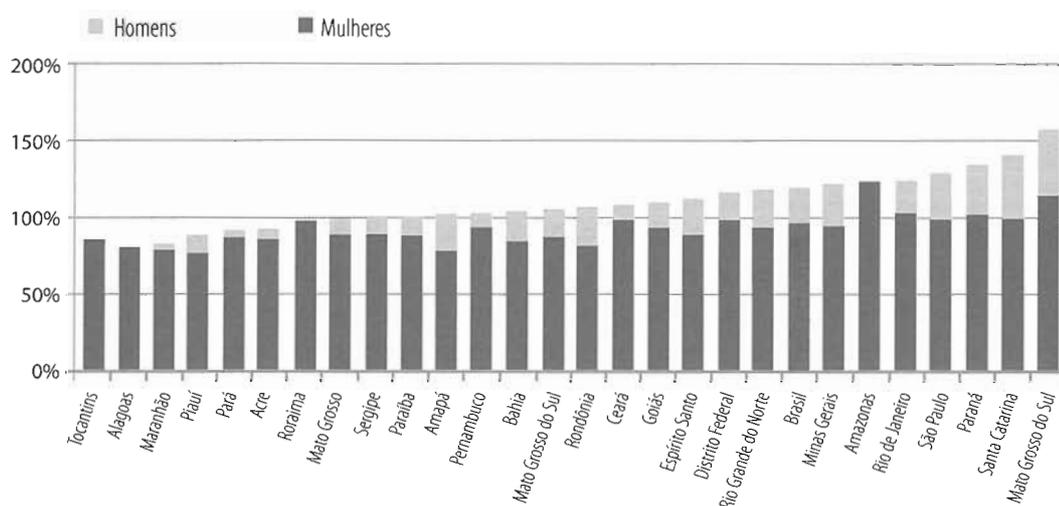


Gráfico 22: Taxa de Mortalidade por Neoplasias - Estados (2010)



Mortalidade por Causas Externas

As causas externas são o terceiro grupo de causas mais relevantes no Brasil. Este grupo é dividido em alguns subgrupos, entre os quais os mais importantes são os homicídios, acidentes de trânsito e suicídios. Na comparação com os países que possuem dados na OCDE, o Brasil apresenta uma taxa de mortalidade por causas externas elevada (a terceira maior taxa entre 34 países). Porém, observa-se que a taxa é mais elevada apenas para os homens, enquanto a feminina é semelhante à média dos demais países.

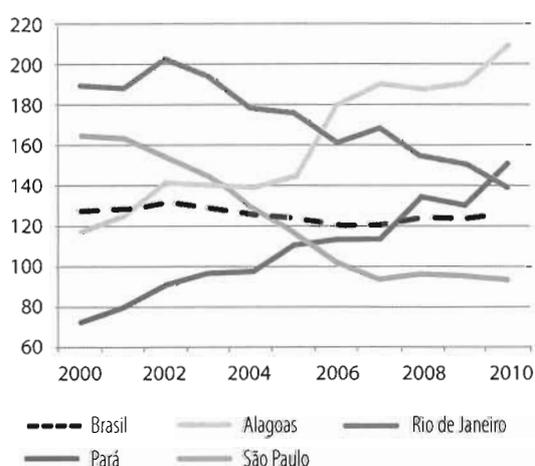
Dentre os países cujos indicadores foram analisados pela OCDE, somente a África do Sul não apresentou redução nessa taxa entre 1990 e 2010. A média da diminuição observada nesse indicador foi de 32%, enquanto no Brasil houve uma diminuição de 13%.

No que concerne à distribuição geográfica das causas externas, São Paulo apresentou a menor taxa de mortalidade entre os homens em 2010 (94 óbitos por 100.000 habitantes) e Alagoas apresentou a maior mortalidade (209 óbitos). Entre as mulheres, a menor taxa foi observada no Maranhão, com 19 óbitos, e a maior no Espírito Santo e em Roraima, com 37 óbitos.

Além da grande diferença entre os estados observada em 2010, cabe destacar a evolução da taxa de mortalidade ao longo da década de 2000. Dos 27 estados, houve redução dessa taxa em 11 deles. As maiores diminuições foram observadas em São Paulo (43%), Rio de Janeiro (26%) e Roraima (26%), enquanto em outros estados a taxa praticamente dobrou de magnitude, como no Pará (110%), no Maranhão (95%) e na Paraíba (81%).

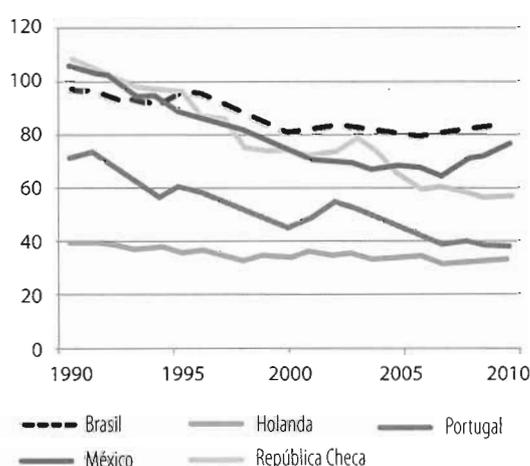
Os homicídios tiveram o maior impacto no crescimento da taxa de mortalidade no país, pois apresentaram um crescimento de 66% no número de óbitos entre 1990 e 2010. Nesse período, sua participação no total de causas externas passou de 32% para 37%. Porém, o crescimento do número de homicídios não foi uniforme no país. Na região Sudeste, a taxa de mortalidade passou de 29,44 para 35,29 óbitos por 100.000 habitantes entre 1990 e 2000 e atingiu 20,56 em 2010. Já as regiões Norte e Nordeste apresentaram um crescimento constante da taxa entre 1990 e 2010: de 24,35 para 38,5 e de 17,74 para 35,37, respectivamente.

Gráfico 23: Evolução da Taxa de Mortalidade por Causas Externas - Estados



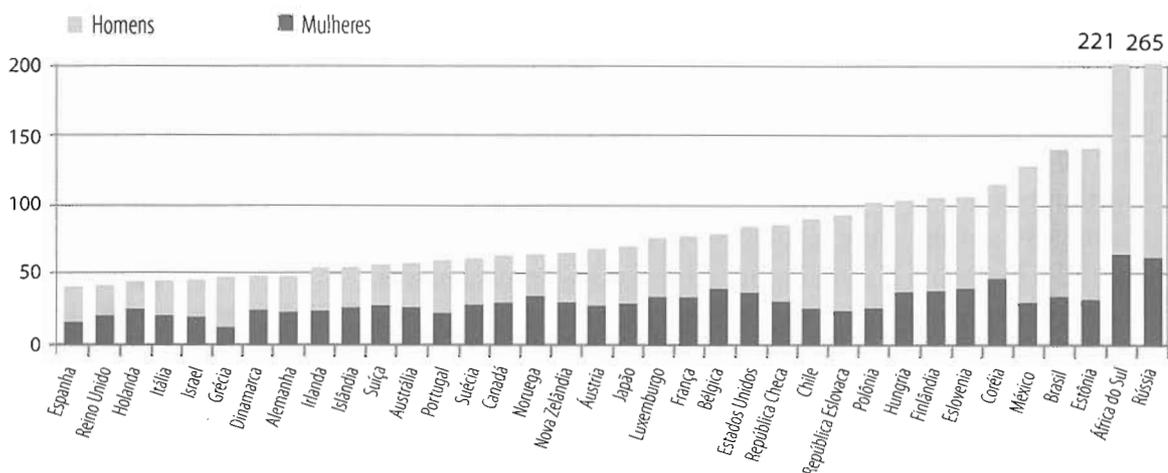
Fonte: Fiocruz, correção, 2011.
Taxa padronizada pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 24: Evolução da Taxa de Mortalidade por Causas Externas - OCDE



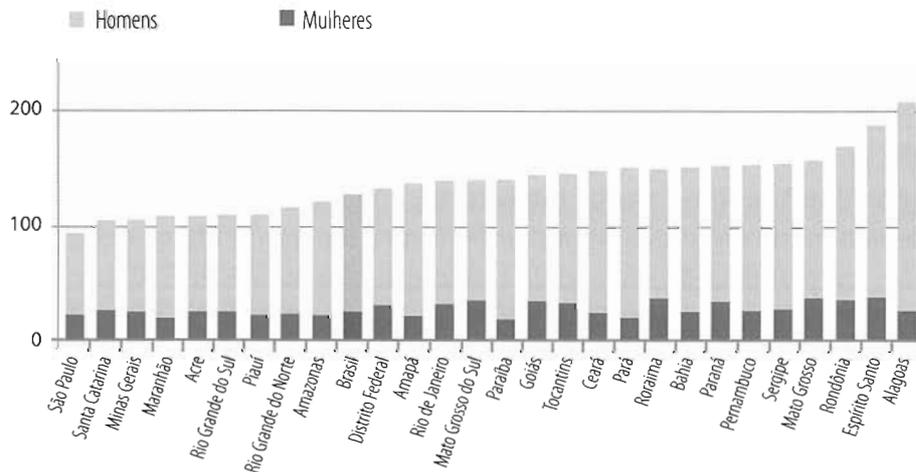
Fonte: OCDE Health Data 2013.
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 25: Taxa de Mortalidade por Causas Externas - OCDE (2010)



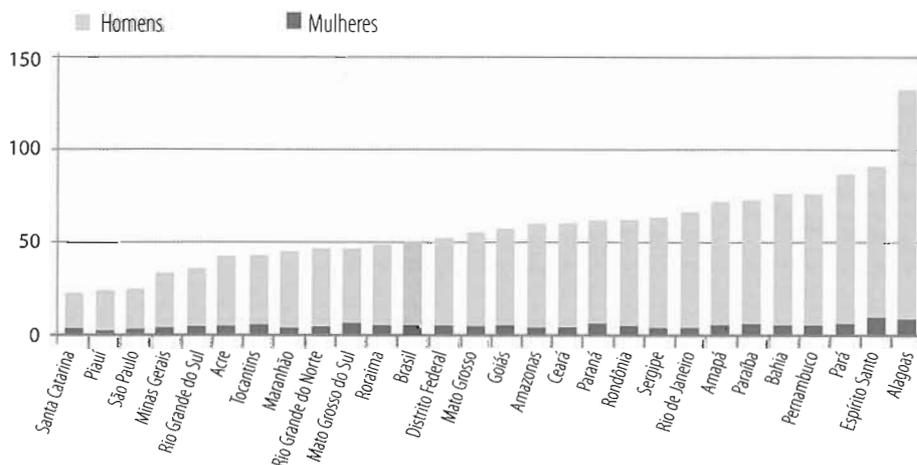
Fonte: OCDE Health Data 2013.
Taxas padronizadas pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 26: Taxa de Mortalidade por Causas Externas - Estados (2010)



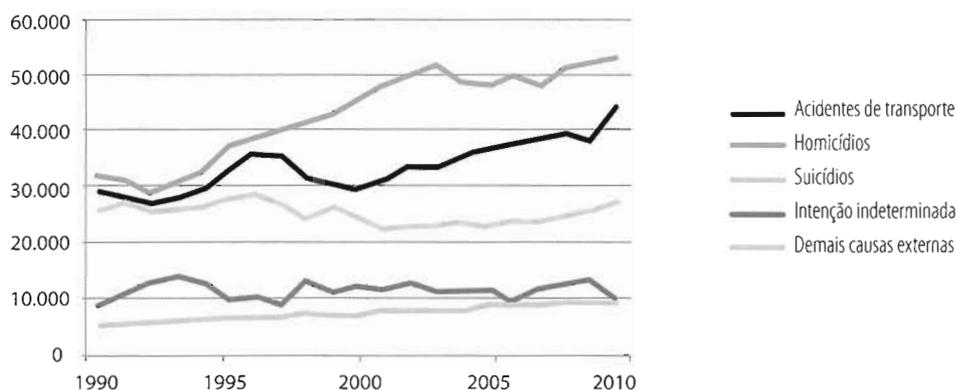
Fonte: Fiocruz, correção, 2011.
Taxa padronizada pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 27: Taxa de Mortalidade por Homicídios - Estados (2010)



Fonte: Fiocruz, correção, 2011.
Taxa padronizada pela idade por 100.000 habitantes

Gráfico 28: Evolução do Número de Óbitos por Subgrupos de Causas Externas - Brasil



Fonte: Ripsa-IDB, 2011.

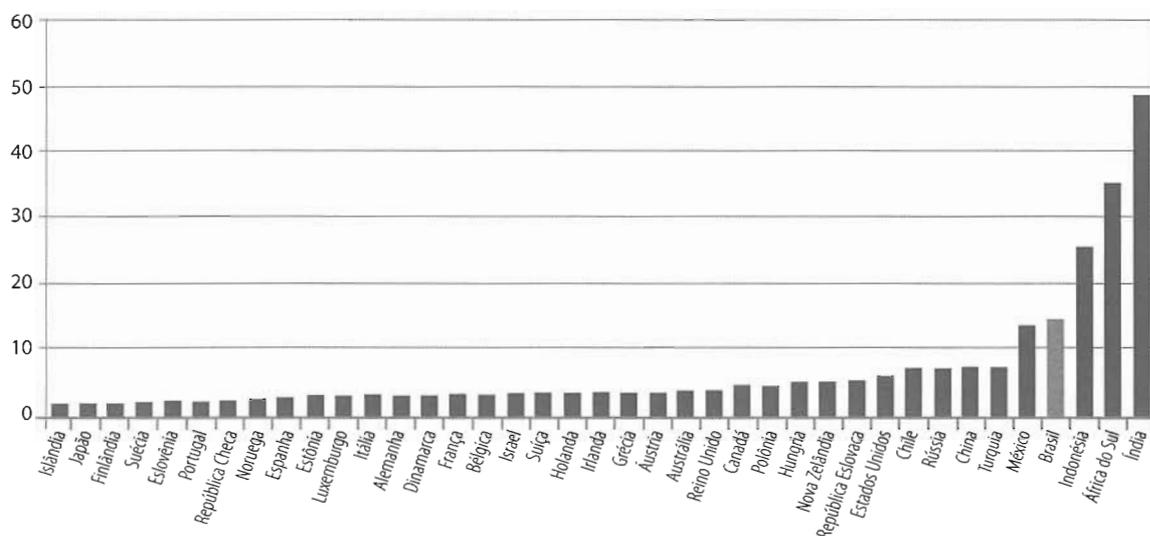
Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças de até um ano de idade em relação a 1.000 nascidos vivos. Dos 39 países cujos dados foram analisados pela OCDE, o Brasil apresentou a quarta maior taxa: 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2010. A título de comparação, cabe destacar que apenas cinco países apresentaram taxa maior do que 10,0 e 25 apresentaram taxa menor do que 5,0.

Em 1990, o país também apresentava a quarta maior taxa de mortalidade infantil entre os 39 países, com 48,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Nestes 20 anos, o país registrou uma redução anual média de 3,5% na taxa de mortalidade, a sétima maior entre os 39 países, cuja média foi de 2,77%. A maior redução foi conseguida pela Turquia (de 51,5 para 7,8).

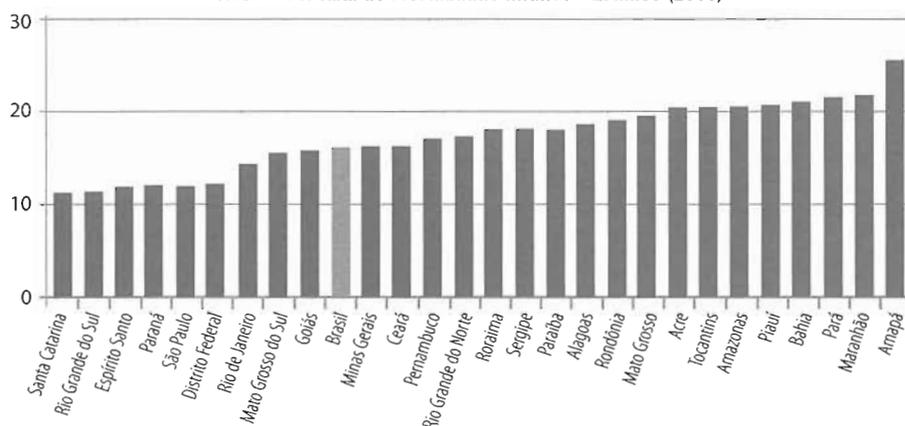
Entre os estados, Santa Catarina apresentou a menor taxa de mortalidade infantil em 2010 (11,18) e o Amapá registrou a maior (25,41). Observou-se uma grande desigualdade entre as regiões do país: a Região Sul apresentou uma taxa de 11,58, o Sudeste de 13,43, o Centro-Oeste de 15,93, o Nordeste de 19,09 e o Norte de 20,97.

Gráfico 29: Taxa de Mortalidade Infantil - OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data 2013.

Gráfico 30: Taxa de Mortalidade Infantil - Estados (2010)



Fonte: Ripsa-IDB, 2010.

Prevalência de Diabetes

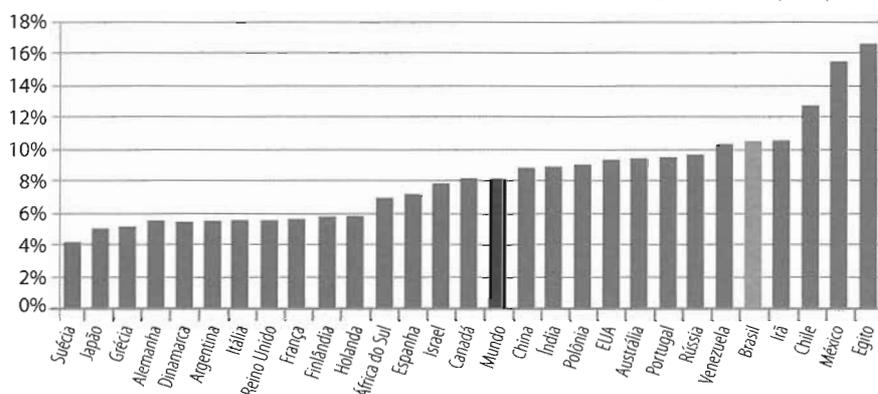
A diabetes é uma doença crônica, caracterizada por altos níveis de glicose no sangue. Pessoas com diabetes não diagnosticada ou controlada adequadamente apresentam maiores riscos de desenvolver doenças cardiovasculares. A diabetes tem crescido em todo o mundo, tendo adquirido proporções epidêmicas.

Segundo a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil apresenta o quarto maior número de diabéticos no mundo: 13,4 milhões de pessoas já foram diagnosticadas com a doença e estima-se que existam 6,1 milhões de pessoas ainda não diagnosticadas. A prevalência da diabetes no país atingiria 10,52% nos adultos entre 20 e 79 anos, o que seria a 165ª maior taxa entre 216 países. Aduz-se que a taxa mundial é de 8,2%.

Cumprir destacar que pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em todas as capitais, no ano de 2010, apontou uma taxa de prevalência próxima àquela acima mencionada (9,9%). Naquela ocasião, Cuiabá apresentou a maior taxa (11,9%) e Salvador a menor (6,9%).

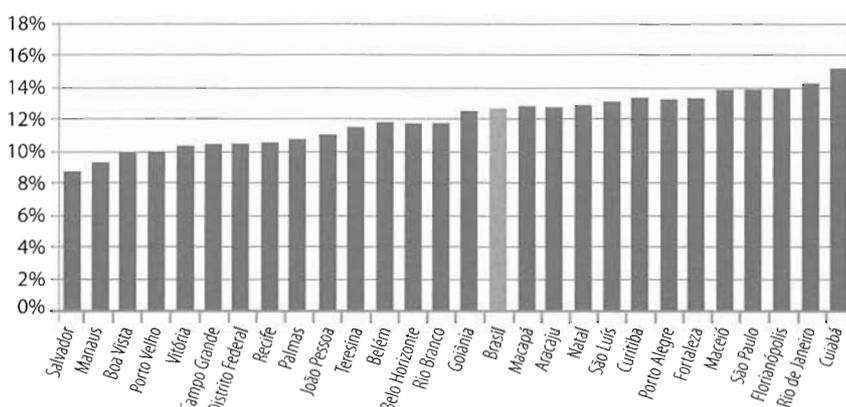
A taxa de mortalidade por diabetes é um dado que apresenta uma significativa subnotificação no país, pois, quando associada à outra causa no óbito, é desconsiderada pelas estatísticas nacionais, que registram apenas a causa básica da morte. Em 2010, essa taxa foi de 28,8 óbitos para cada 100.000 habitantes.

Gráfico 31: Taxa de Prevalência de Diabetes - Adultos entre 20 e 79 anos (2012)



Fonte: Diabetes Atlas, 2013 - IDF. Taxas padronizadas pela idade.

Gráfico 32: Taxa de Prevalência de Diabetes – Adultos com 35 anos ou mais – Capitais (2010)



Fonte: RIPSÁ-IDB, 2011, dados declarados à inquérito telefônico Vigitel, não padronizados pela idade.

Incidência e Mortalidade por Aids

A incidência de Aids refere-se ao número de novos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença do sistema imunológico humano causada pelo vírus HIV, a cada 100.000 habitantes. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 35,3 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, sendo 600.000 no Brasil.

A década de 2000 assistiu a uma significativa redução da incidência de Aids no mundo: em 2012, estimou-se que teriam ocorrido 2,3 milhões de novas infecções pelo HIV, número esse que foi 33% menor do que os 3,4 milhões estimados em 2001. Porém, o Brasil não se enquadra nessa tendência, pois apresentou crescimento do número de novos casos de 31.064 para 34.217 nesse mesmo período.

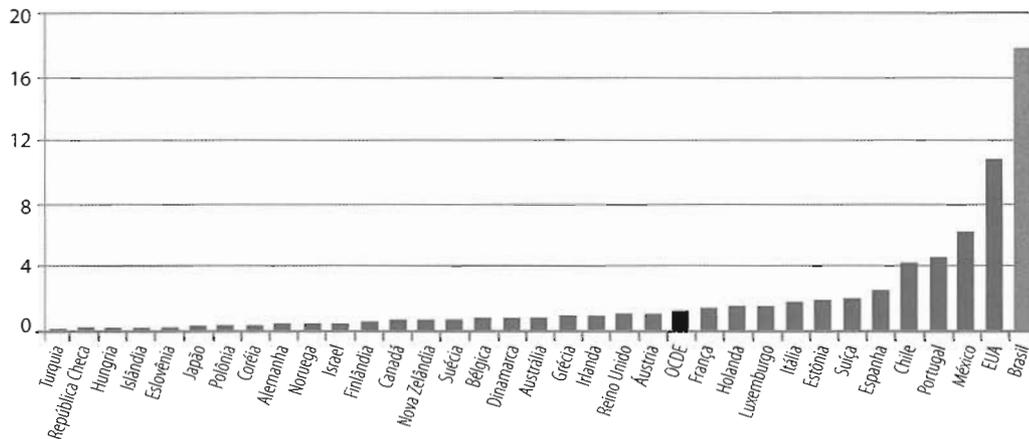
Dos 35 países cujos dados acerca da incidência da Aids são acompanhados pela OCDE, o Brasil apresentou a maior taxa em 2010 (17,94 novos casos por 100.000 habitantes). A segunda maior foi observada nos EUA (10,8) e a menor foi registrada na Turquia (0,1). Apenas em seis países a taxa de incidência superou 2,0, dos quais quatro apresentaram redução dessa taxa entre 2000 e 2010.

Cabe destacar que a maior redução ocorreu na Espanha, de 7,2 para 1,8, e que somente o Chile apresentou crescimento da taxa, de 3,3 para 4,2.

A taxa de mortalidade específica por Aids no Brasil também se manteve inalterada durante a década de 2000, tendo permanecido em torno de 6,7 óbitos por 100.000 habitantes. Novamente, o país não acompanhou a tendência mundial de redução do número de óbitos, de 2,3 milhões em 2005 para 1,6 milhões em 2012. Nesse período, no Brasil, eles aumentaram de 10.951 para 12.072.

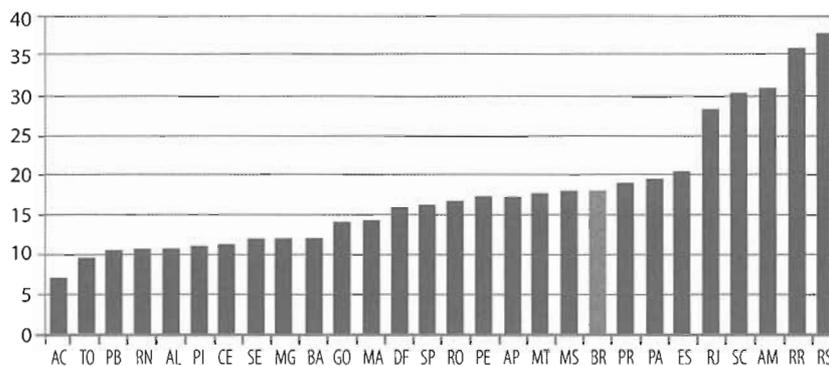
Entre os estados, há significativa variação na taxa de incidência de Aids. Por exemplo, em 2010, a maior taxa foi observada no Rio Grande do Sul (37,5 novos casos para cada 100.000 habitantes) e a menor no Acre (7,2).

Gráfico 33: Taxa de Incidência de Aids - OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data 2013; RIPS-IB, 2011. Novos casos por 100.000 habitantes

Gráfico 34: Taxa de Incidência de Aids - Estados (2010)



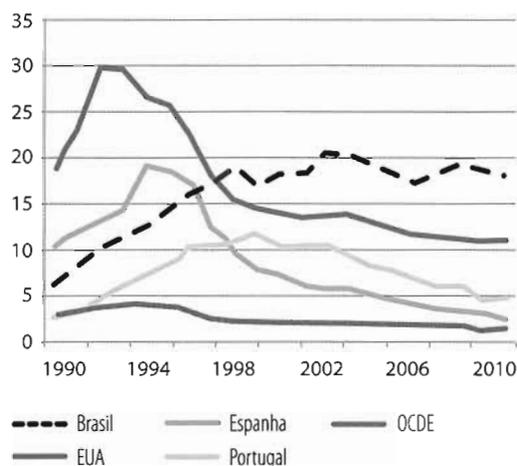
Fonte: RIPS-IB, 2011. Novos casos por 100.000 habitantes

A evolução da taxa de incidência ao longo das duas últimas décadas apresenta diferenças quando são comparadas as unidades federadas. Apenas São Paulo e o DF apresentaram redução dessa taxa ao longo da década de 2000, sendo que aquele estado registrou um aumento de 16,66 em 1990 para um pico de 36,14 em 1998 e uma redução posterior para 15,94 em 2010. Por outro lado, cinco estados apresentaram estabilidade e em 21 houve crescimento. Cabe destacar que o Rio Grande do Sul registrou um crescimento constante de 5,18 em 1990 para 32,51 em 2000 e 37,57 em 2010.

A Região Sudeste registrou 78% dos novos casos de Aids em 1990, enquanto em 2010 tal proporção foi reduzida para 56%. Já a região Sul aumentou sua participação de 9,6% para 20,4% e o Nordeste de 7,5% para 12,9%.

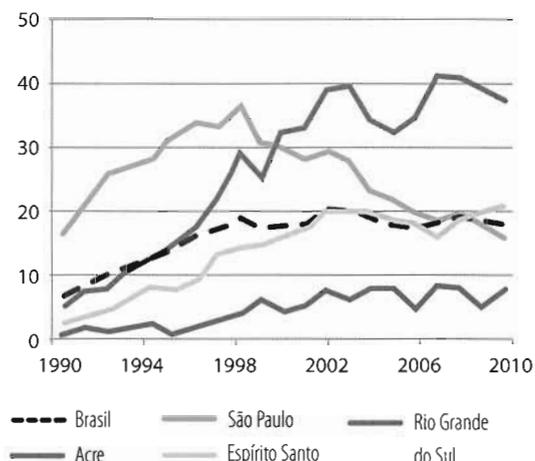
Em 2010, a maior taxa de mortalidade ocorreu no Rio Grande do Sul: 13 óbitos por 100.000 habitantes. A menor foi registrada no Ceará (2,84). Quatro unidades da Federação apresentaram redução dessa taxa entre 2000 e 2010: Acre, Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo. Nas demais, essa taxa cresceu. A maior redução foi observada em São Paulo, de 11,4 para 6,9 óbitos por 100.000 habitantes, e o maior crescimento ocorreu no Amazonas, de 2,7 para 9,0.

Gráfico 35: Evolução da Taxa de Incidência de Aids - OCDE



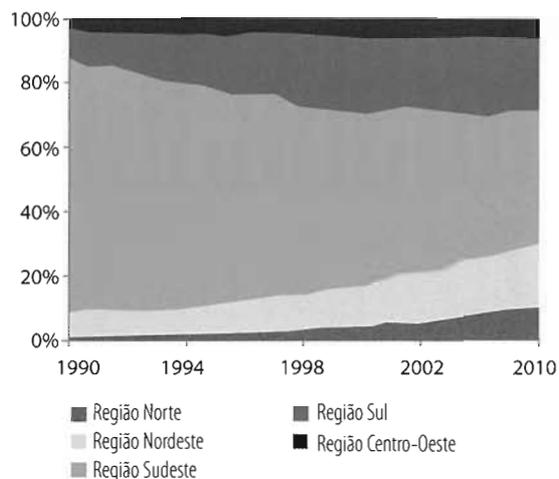
Fonte: OCDE Health Data 2013; RIPSА-IDB, 2011. Novos casos por 100.000 habitantes

Gráfico 36: Evolução da Taxa de Incidência de Aids - Estados



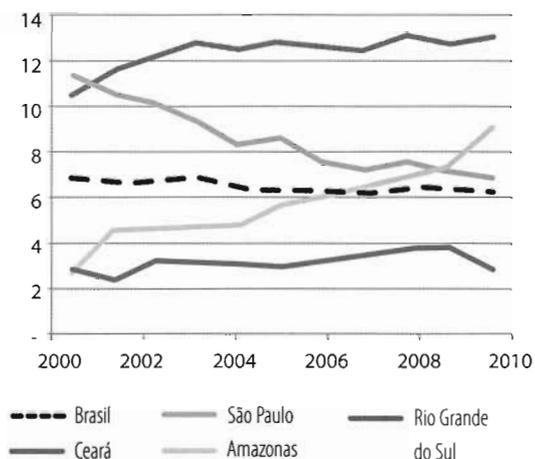
Fonte: RIPSА-IDB, 2011. Novos casos por 100.000 habitantes

Gráfico 37: Evolução da Proporção de Novos Casos de Aids por Região



Fonte: RIPSА-IDB, 2011.

Gráfico 38: Evolução da Taxa de Mortalidade por Aids - Estados



Fonte: RIPSА-IDB, 2011. Taxa padrozinada pela idade por 10.000 habitantes.

Determinantes da Saúde

Consumo de Tabaco

O consumo do tabaco é um dos principais fatores de risco para uma série de moléstias crônicas, incluindo câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. Segundo a OMS (2013b), o tabaco mata até a metade de seus usuários, sendo responsável pelo óbito

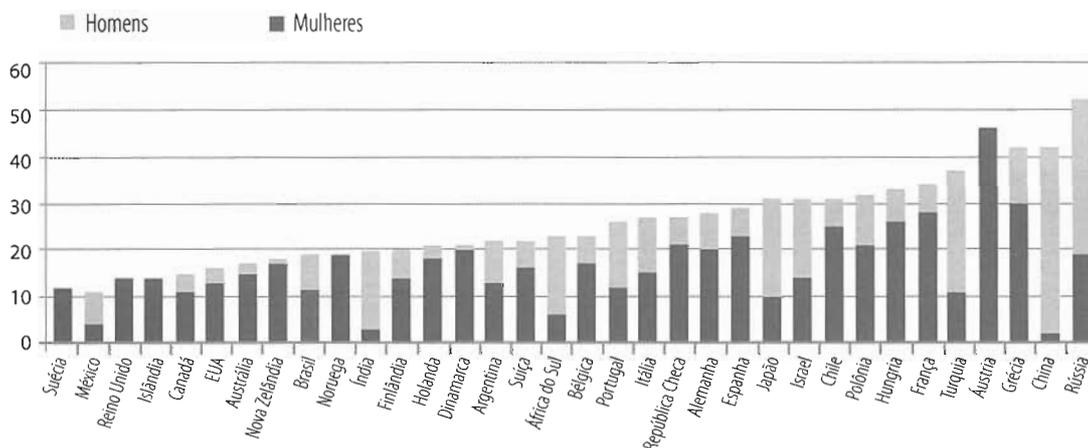
de cerca de seis milhões de pessoas a cada ano, entre fumantes e não fumantes expostos à fumaça. Apesar disso, seu uso é comum em todo o mundo.

Segundo a OMS, em 2011, o percentual de fumantes diários de tabaco no Brasil era de 19% para os homens e 11% para as mulheres. A prevalência de fumantes diários varia significativamente entre os países. Nesse sentido, naquele ano, dos 34 países analisados pela OMS, 13 apresentaram prevalência inferior a 20%.

Em 1989, o IBGE, com fulcro nos resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição do IBGE, concluiu que 34% dos brasileiros com 15 anos ou mais era fumante. Houve uma redução significativa da prevalência de fumantes até 2003, quando, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde (MONTEIRO, 2007), 22% dos brasileiros eram fumantes.

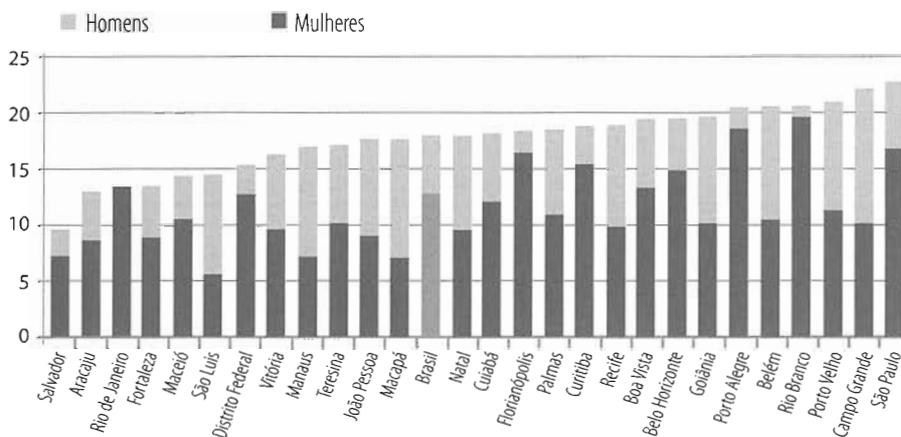
Em 2010, nova pesquisa apontou que as capitais onde mais se fuma são Rio Branco (20%), São Paulo (19,6%) e Porto Alegre (19,5%). No Nordeste estão as capitais com menor prevalência de tabagismo entre seus moradores: Salvador (8,3%), São Luís (9,6%) e Aracaju (10,6%).

Gráfico 39: Prevalência do consumo diário de tabaco (%) - OMS (2011)



Fonte: OMS, 2013.

Gráfico 40: Prevalência de fumantes atuais (%) – Capitais (2010)



Fonte: RIPS-IBD, 2011.

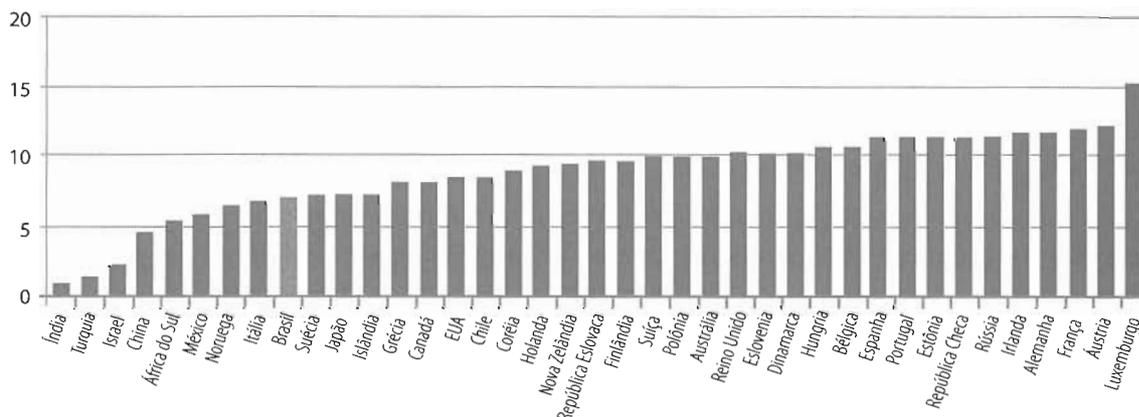
Consumo de Álcool

O consumo abusivo de álcool está associado a numerosos problemas de saúde, como maiores riscos de doenças cardiovasculares, cirrose e neoplasias. O álcool também é causa inúmeros problemas sociais, como acidentes de trânsito e violência. Segundo a OMS, o uso abusivo de álcool provoca 2,5 milhões de mortes anualmente em todo o mundo, sendo responsável por 10% dos óbitos entre jovens de 15 a 29 anos.

Quando comparado com outros 39 países cujos dados são pesquisados pela OCDE, o Brasil apresenta o nono menor consumo de álcool por ano (7,1 litros *per capita*). Porém, entre 1990 e 2010, o país apresentou o quarto maior crescimento desse consumo (36,5%).

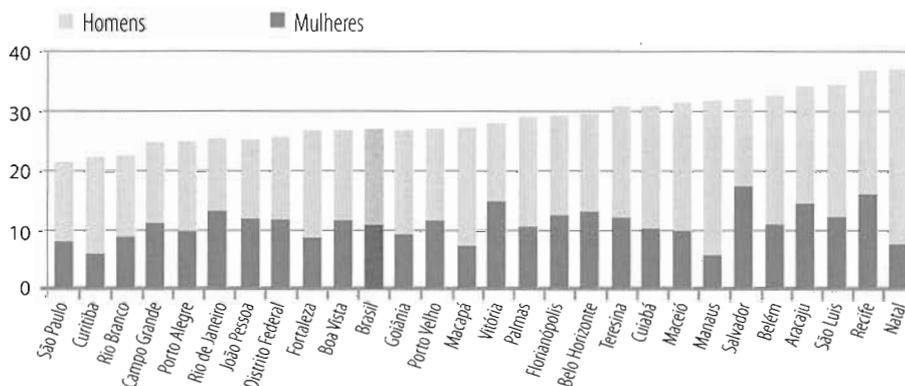
Em 2010, o Ministério da Saúde observou que o consumo abusivo de álcool entre os adultos nas capitais varia de 21,4% entre os homens de São Paulo a 37,1% em Natal. Acrescentou que as oito capitais de maior prevalência estão nas regiões Nordeste e Norte. Em 2006 e 2012, a Universidade Federal de São Paulo realizou o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, tendo constatado que, nesse período, o número de adultos que bebem regularmente cresceu de 45% para 54%. Entre as mulheres, o crescimento foi de 29% para 39%. Entre os homens foi de 54% para 64%. A pesquisa constatou ainda que, depois da Lei Seca, o número de pessoas que relataram ter bebido e dirigido caiu 21%.

Gráfico 41: Consumo de Álcool - Litros per capita - OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data 2013.

Gráfico 42: Prevalência do Consumo Abusivo de Álcool - 18 anos ou mais - Capitais (2010)



Fonte: RIPSA-IDB, 2011.

Desempenho do Sistema de Saúde

Consultas Médicas

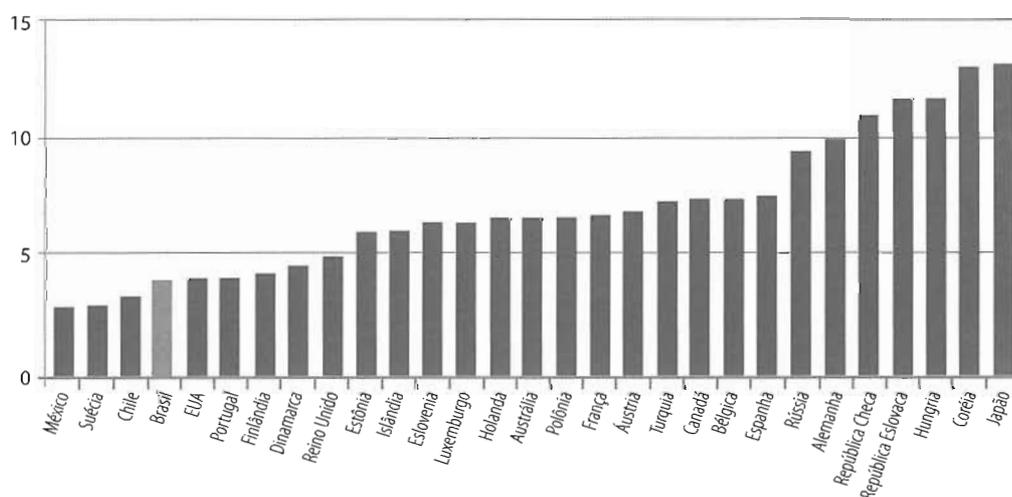
Tendo em vista que o país convive com um sistema público e outro privado, este último predominantemente composto por planos de saúde, é preciso conhecer os dados desses dois sistemas para ter uma visão completa do desempenho do sistema de saúde brasileiro como um todo. Porém, considerando que o número de consultas médicas marcadas por beneficiários de planos privados está disponível na Agência Nacional de Saúde apenas a nível nacional, a unidade técnica realizou a comparação para os estados apenas no que concerne às consultas no âmbito do SUS.

Em 2010, no Brasil houve 4,0 consultas médicas por habitante, a quarta menor quantidade entre 29 países cujos dados foram compilados pela OCDE. Entre 2002 e 2010, nosso país experimentou um aumento de 3,3 para 4,0 no número de consultas médicas por habitante, o quinto maior crescimento proporcional entre os 29 países acima referidos.

Naquele ano, observou-se uma elevada desigualdade entre o sistema de saúde privado e o Sistema Único de Saúde - SUS. No primeiro modelo, foram realizadas 5,4 consultas por beneficiário, já no âmbito do SUS foram registradas 3,6 consultas.

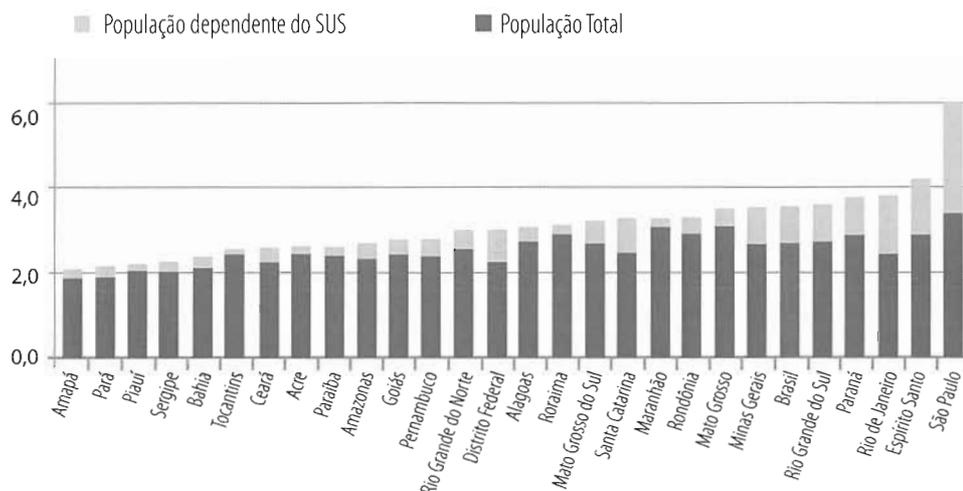
Em 2010, também era desigual a distribuição geográfica dessas consultas. No Norte, foram realizadas 2,5 consultas por habitante, considerando apenas a população dependente do SUS, já no Sudeste houve 4,8 consultas *per capita*. Nordeste, Centro-Oeste e Sul registraram 2,7, 3,1 e 3,6 consultas. Os estados do Amapá, Pará e Piauí apresentaram os piores desempenhos, com 2,1, 2,1 e 2,2 consultas por habitante da população dependente do SUS. Já São Paulo, Espírito Santo e Rio de Janeiro realizaram 6,0, 4,2 e 3,8 consultas. Por fim, os estados de Roraima e Rondônia apresentaram o maior crescimento no número de consultas por habitante, quando considerada a população dependente do SUS, mais do que dobrando esse quantitativo entre 2000 e 2010.

Gráfico 43: Consultas Médicas por Habitante - OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013; Datasus, 2013; ANS, 2013.

Gráfico 44: Consultas médicas no SUS por habitante – Estados (2010)



Fonte: RIPSА-IDB, 2011, ANS, 2013.

Internações Hospitalares

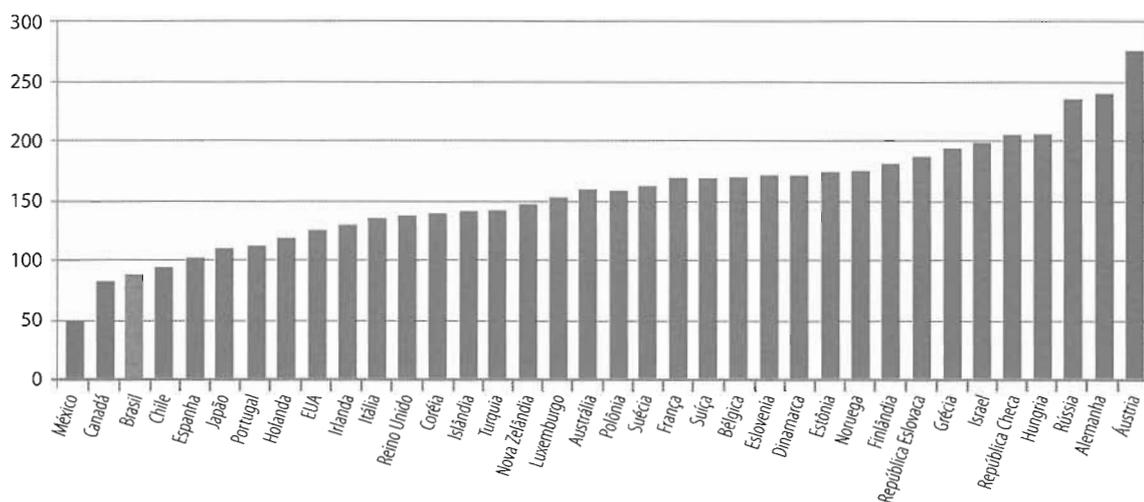
O cálculo das internações hospitalares por habitante nos estados utilizou a mesma metodologia empregada para as consultas médicas, ou seja, foram consideradas apenas as internações no âmbito do Sistema Único de Saúde. Já a comparação dos dados relativos ao Brasil com as informações dos demais países considerou tanto o SUS quanto os planos privados de saúde.

Em 2010, houve no Brasil 89,26 internações hospitalares para cada 1.000 habitantes, o terceiro menor quantitativo entre 36 países cujos dados foram avaliados pela OCDE. Mais uma vez observou-se uma elevada desigualdade entre os beneficiários de planos de saúde privados com cobertura para internação hospitalar e a população dependente do SUS. No primeiro grupo, foram realizadas 137 internações por 1.000 habitantes, valor próximo à média da OCDE. Já no segundo grupo, esse indicador caiu para 75,8.

Naquele ano, entre as unidades da Federação se verificou uma significativa desigualdade. Assim, em Sergipe foram realizadas 49,36 internações por 1.000 habitantes da população dependente do SUS, já no Paraná foram realizadas 95,45. Aliás, os três estados da Região Sul estavam entre as cinco unidades federadas com maior número de internações. Por via de consequência, a média do número de internações por 1.000 habitantes nos estados do Sul (85,63) superou largamente aquela constatada no Nordeste (65,89).

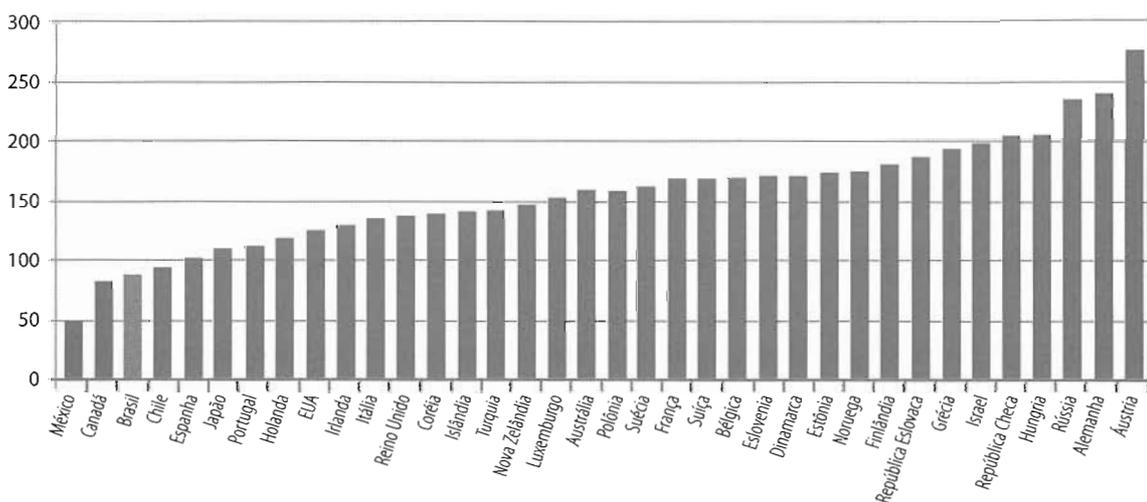
É significativo o fato de 22 dos 27 estados terem apresentado redução desse indicador entre 2000 e 2010. O Brasil, como um todo, observou uma redução de 5% na quantidade de internações. O estado com maior queda foi Sergipe, que viu essa quantidade cair de 132,318 para 90,081, o que ensejou a queda do número de internações por 1.000 habitantes da população dependente do SUS de 78,56 para 49,36. Já Roraima apresentou o maior crescimento do indicador, de 29,2 para 74,4, seguido por São Paulo, de 72,8 para 95,1.

Gráfico 45: Internações hospitalares no SUS por 1.000 habitantes – Estados (2010)



Fonte: RIPSA-IDB, 2011, ANS, 2013.

Gráfico 46: Internações Hospitalares por 1.000 habitantes – OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013; Ripsa-IDB, 2011; ANS, 2013.

Gráfico 47: Consultas médicas por habitante (2010)

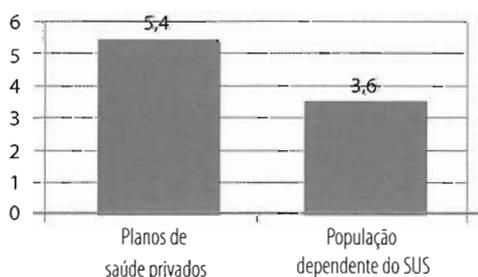
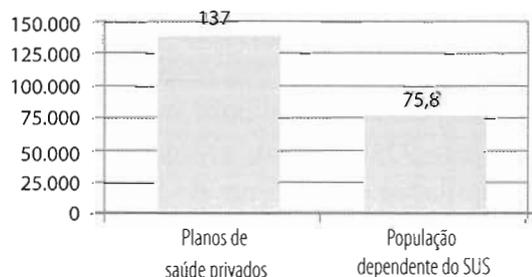


Gráfico 48: Internações hospitalares por 1.000 habitantes (2010)



Percentual de Partos Cesáreos

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2010), acima de certo limite, a proporção de cesarianas não apresenta benefícios adicionais e pode provocar maiores taxas de mortalidade e complicações para a saúde. Considerando ainda o maior custo desse procedimento, a OMS recomenda que a taxa de cesarianas não seja superior a 15%.

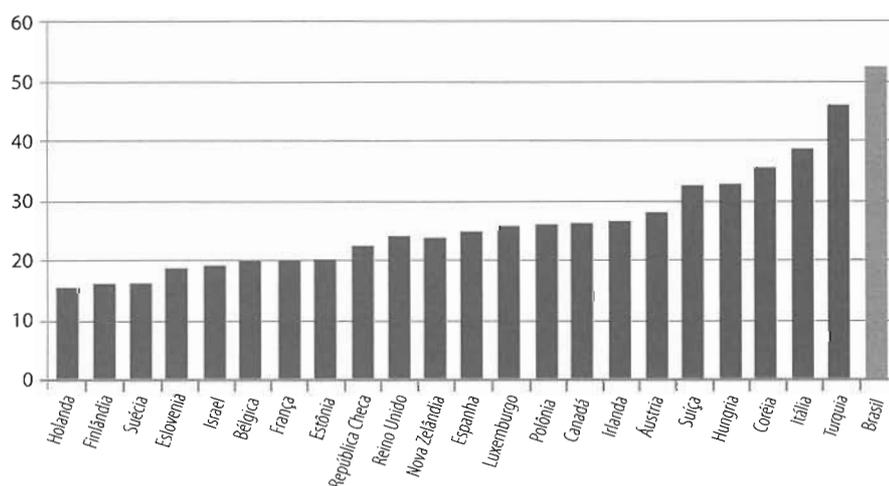
O Brasil possui a maior taxa de cesarianas entre 23 países cujos dados foram avaliados pela OCDE. Cabe ressaltar que esse número apresenta tendência de alta, pois era de 38% em 2000 e passou para 52,34% em 2010. Contudo, cabe sopesar que nenhum dos países analisados apresentou proporção inferior a 15% e em todos se observou crescimento dessa taxa nos anos 2000.

Há uma grande diferença entre a taxa no SUS e no setor suplementar. Por exemplo, em 2012, 40% dos partos realizados no sistema público foram cesarianas, enquanto 91% dos partos cobertos por planos de saúde privados foram cesáreos (ANS, 2013). Note-se que, em 2000, a taxa no SUS era de 24%.

Em 2010, a maior taxa de cesarianas foi encontrada em Goiás (65,2%) e a menor no Amapá (29,27%). No Norte e no Nordeste, onde a cobertura dos planos de saúde privados é menor, a proporção de partos cesáreos foi inferior à constatada nos estados do Sul e do Sudeste.

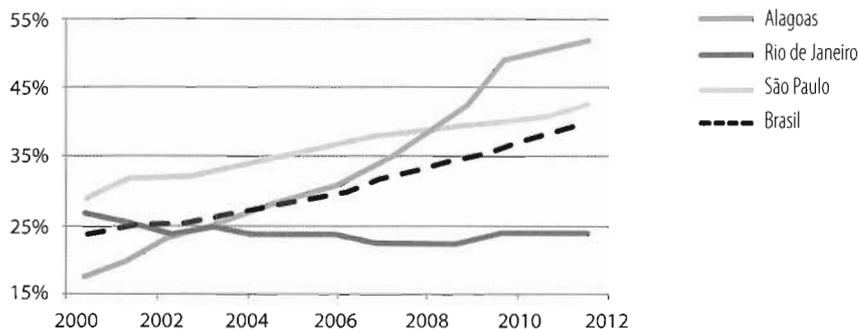
Considerando apenas os partos realizados pelo SUS, em 2012, Espírito Santo, Alagoas e Rio Grande do Norte apresentaram as maiores proporções de partos cesáreos, entre 51% e 52%. Já o Amapá, o Maranhão e Sergipe apresentaram as menores taxas, entre 20% e 23%. O Rio de Janeiro foi o único estado que apresentou redução da taxa de cesarianas desde 2000, de 27% para 24%.

Gráfico 49: Percentual de Partos Cesáreos – OCDE (2010)



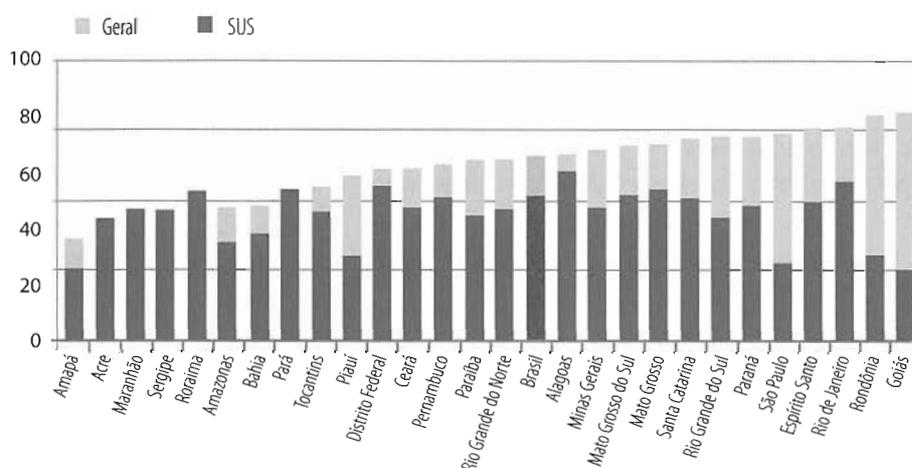
Fonte: OCDE Health Data, 2013; Ripsa-IDB, 2011.

Gráfico 50: Evolução da Taxa de Cesarianas no SUS



Fonte: Datasus, 2013.

Gráfico 51: Percentual de Partos Cesáreos – Estados (2010)



Fonte: RIPS-IBD, 2011; Datasus, 2013.

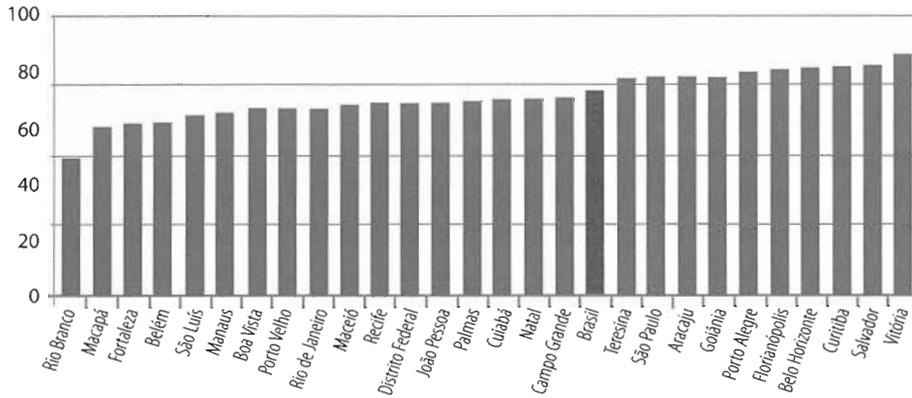
Câncer de Mama – Mamografia e Mortalidade

Acompanhando diretrizes internacionais, o Ministério da Saúde recomenda que todas as mulheres entre 50 e 69 anos de idade se submetam a exames de mamografia pelo menos uma vez a cada dois anos. Em 2011, por meio de pesquisa realizada nas capitais do país, aquele Ministério constatou que 73,3% das mulheres teriam realizado exame de mamografia no período recomendado. Tal percentagem supera a média de 27 países cujos dados foram avaliados pela OCDE, que é de 61,7%. Naquela oportunidade, o Brasil apresentou o sétimo maior valor.

O nosso país também apresentou uma baixa taxa de mortalidade devido ao câncer de mama quando comparado com 36 países avaliados por aquela Organização. Em 2010, o Brasil registrou a quarta menor taxa entre esses países (19,4 em 100.000 habitantes), cuja média foi 26,17.

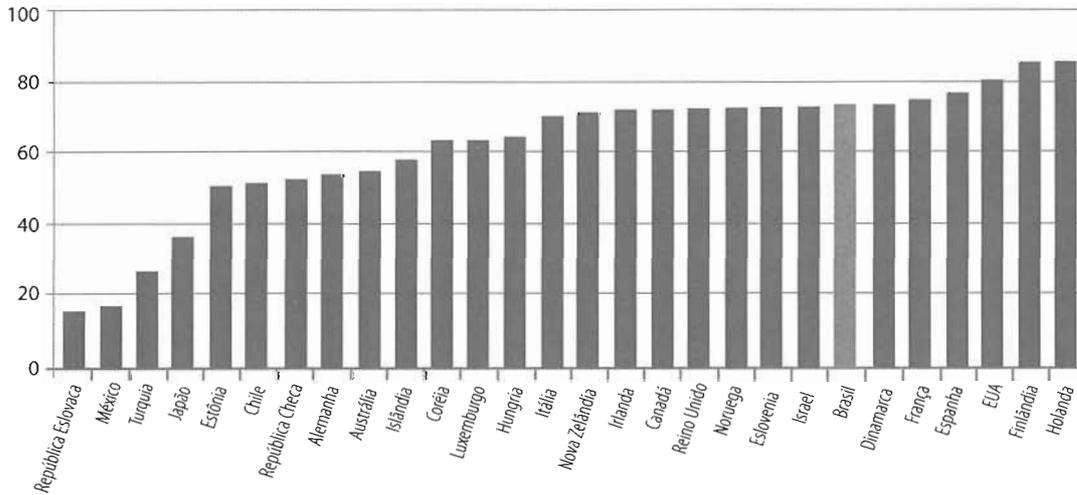
As maiores frequências de mulheres entre 50 a 69 anos de idade que referiram ter realizado exame de mamografia, nos últimos dois anos, foram observadas em Vitória (85,9%), Salvador (82,2%) e Curitiba (81,7%). As menores em Rio Branco (50,0%), Macapá (61,0%) e Fortaleza (61,8%).

Gráfico 52: Mulheres (50–69 anos) que realizaram mamografia nos dois anos anteriores – Capitais (2011)



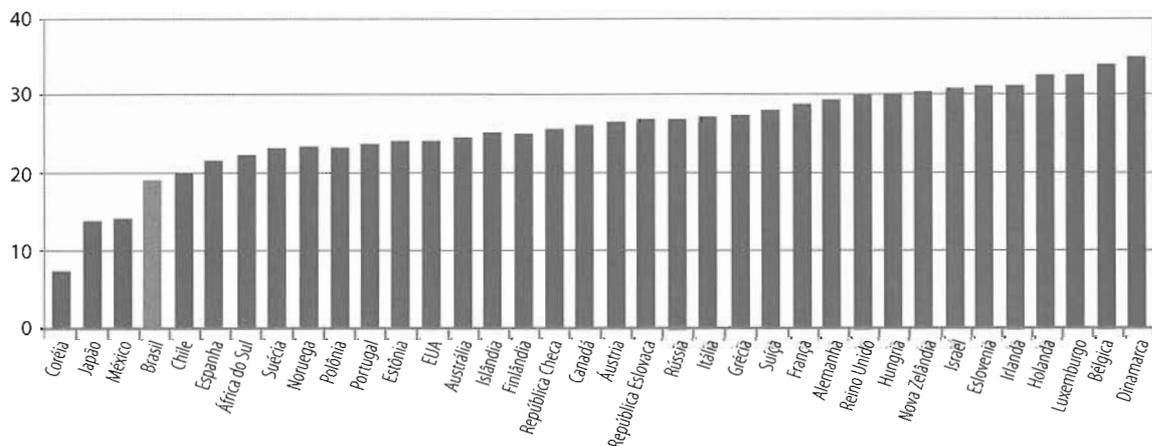
Fonte: Vigitel, 2012.

Gráfico 53: Mulheres (50–69 anos) que realizaram mamografia nos dois anos anteriores – OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013; Vigitel, 2012.

Gráfico 54: Mortalidade por câncer de mama entre as mulheres – OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013. Taxas padronizadas pela idade em 100.000 habitantes

Programas de Vacinação

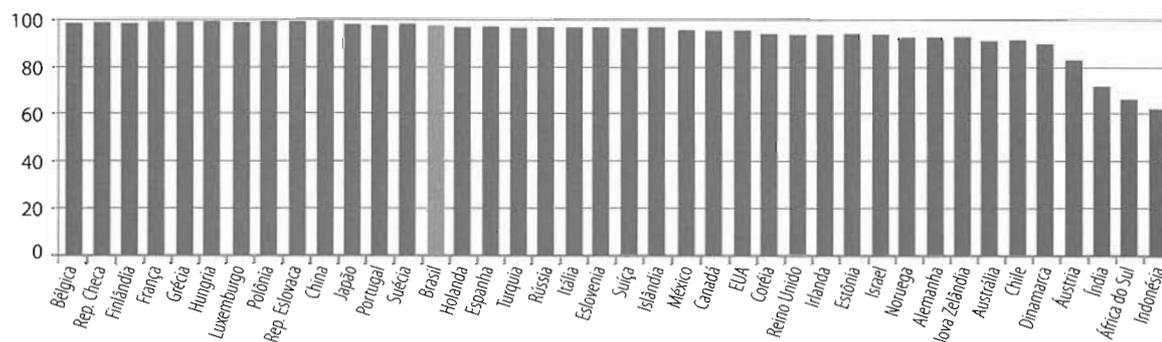
Segundo a OMS, a imunização evita que cerca de 3 milhões de pessoas morram por ano de difteria, tétano, coqueluche e sarampo. Porém, estima-se que 22,6 milhões de crianças em todo o mundo ainda não têm acesso a vacinas básicas.

O Programa Nacional de Imunização completa 40 anos em 2013. Os principais resultados desse programa gerenciado pelo Ministério da Saúde foram a erradicação de doenças como a poliomielite e a redução dos óbitos causados por moléstias imunopreveníveis. Em 2010, a cobertura vacinal contra Difteria, Tétano e Coqueluche foi de 98% em 2010. Cabe destacar que a referida cobertura aumentou de 37% em 1980 para 66% em 1990 e 98% em 2000.

De forma similar, em 2010, a vacina contra o sarampo teve cobertura de 99%, a qual cresceu de 57% em 1980 para 78% em 1990 e 99% em 2000.

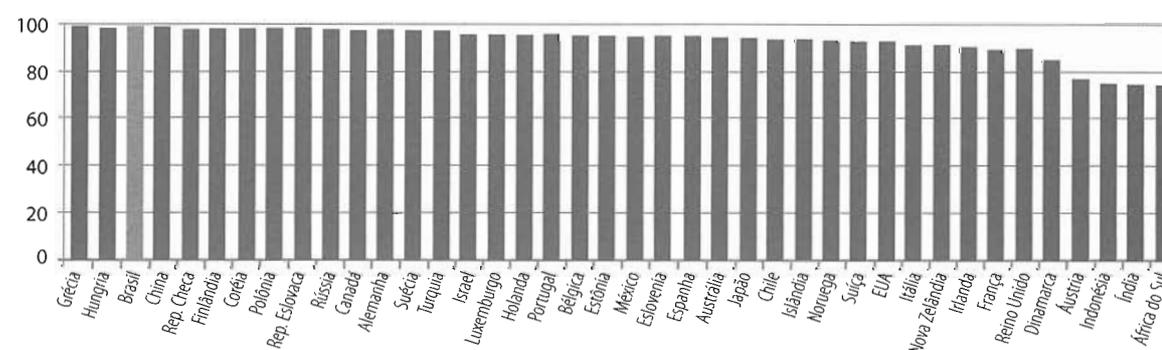
Em 2010, o Brasil também apresentou bom desempenho na vacinação de idosos contra a influenza. A cobertura vacinal atingiu 79%, inferior apenas àquela obtida pelo México, considerados 29 países cujos dados foram coletados pela OCDE. Entre os estados, as menores coberturas foram observadas no Rio de Janeiro (73%), em São Paulo (72%) e no Rio Grande do Sul (76%), enquanto as maiores foram constatadas em Rondônia (87%), no Amapá (87%) e no Acre (86%).

Gráfico 55: Cobertura de Vacinação Infantil para Difteria, Tétano e Coqueluche (2010)



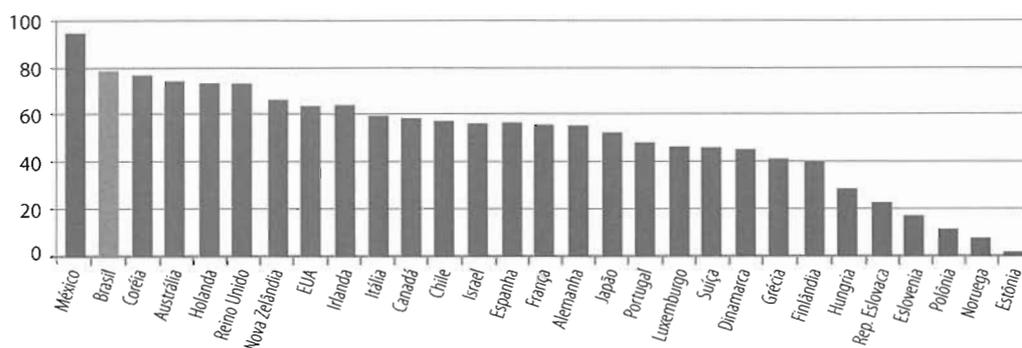
Fonte: OCDE Health Data, 2013.

Gráfico 56: Cobertura de Vacinação Infantil para Sarampo (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013.

Gráfico 57: Cobertura de Vacinação contra Influenza em Idosos (2010)



Fonte: OCDE Health Data e PNI, 2013.

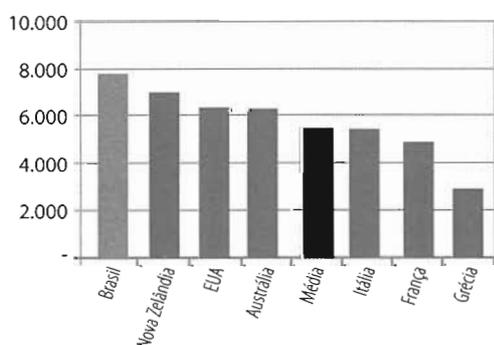
Preço-Fábrica de Medicamentos

Em 2012, o TCU realizou Auditoria Operacional na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão responsável pela definição do preço-fábrica dos medicamentos, que é o valor máximo pelo qual os laboratórios podem comercializar seus fármacos no Brasil.

Foi realizada comparação internacional do preço-fábrica dos 50 princípios ativos de maior volume de comercialização em termos monetários em 2010. Constatou-se que em 43 deles o Brasil possuía preço registrado acima da média internacional, em 23 o país apresentava o maior preço entre os países pesquisados e em três o preço aqui praticado era o menor. Entre as causas de tal distorção foram citadas a impossibilidade de revisão dos preços a partir de critérios relacionados a mudanças na conjuntura econômica ou internacional e a vinculação do ajuste anual à inflação.

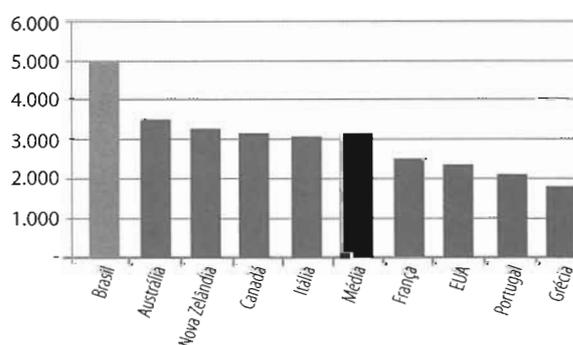
Adicionalmente, entre os 10 medicamentos mais vendidos, foram selecionados 6 que são comercializados em regime de monopólio para realizar nova comparação de preços em 2013. Em todos esses casos, o Brasil apresentou o maior preço-fábrica entre os países analisados, que foram escolhidos pela Secex entre os usados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para fixar o preço.

Gráfico 58: Trastuzumabe Herceptin 440mg



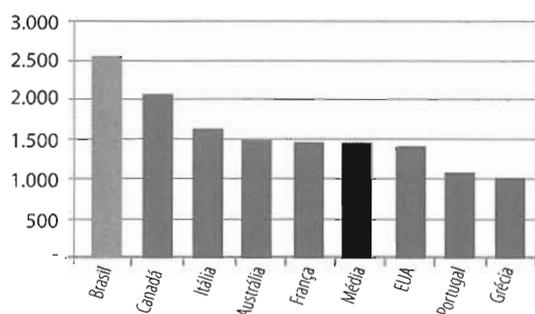
Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Gráfico 59: Adalimumabe Humira 40mg



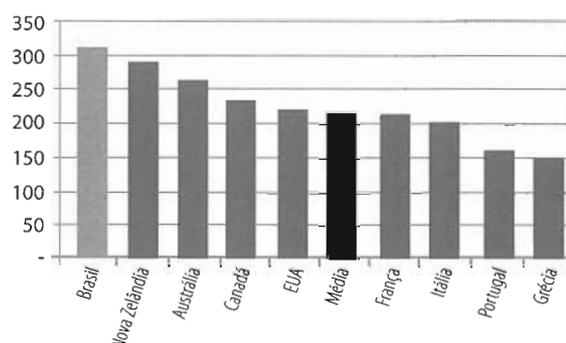
Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Gráfico 60: Infiximabe Remicade 10mg/ml



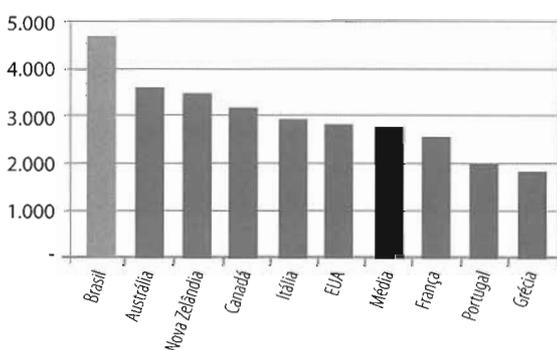
Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Gráfico 61: Mesilato Imatinibe Glivec 400mg



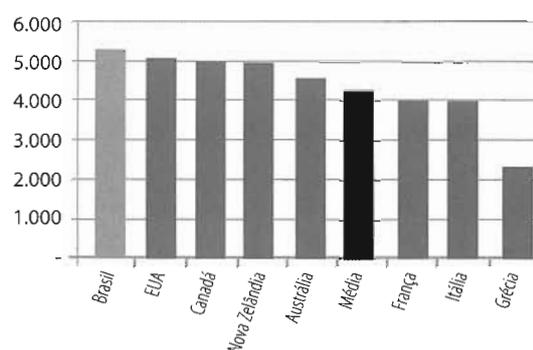
Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Gráfico 62: Etanercepte Enbrel 50mg



Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Gráfico 63: Rituximabe Mabthera 10mg/ml



Fonte: Vide seção de fonte de dados.

Estrutura do Sistema de Saúde

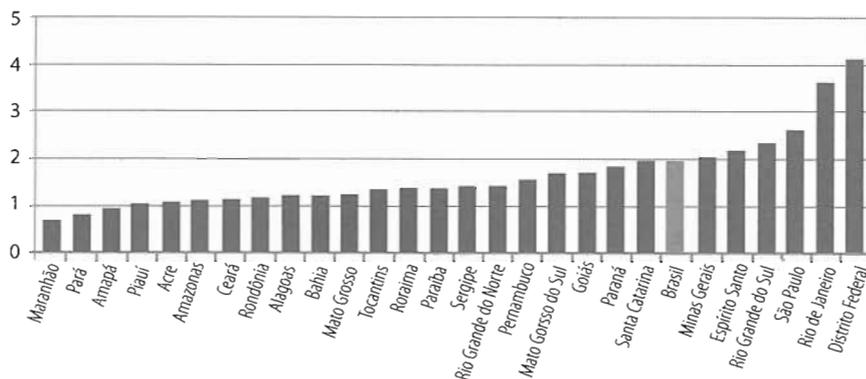
Médicos

Em 2013, uma das questões que mais recebeu atenção no Brasil foi o Programa Mais Médicos, instituído a partir do diagnóstico de que algumas regiões do país não contavam com médicos suficientes para garantir um atendimento adequado à população.

Segundo consta do estudo “Demografia Médica no Brasil”, editado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2013), o país contava em 2010 com 1,9 médicos por 1.000 habitantes, o quinto menor quantitativo entre 37 países cujos dados foram estudados pela OCDE. Além disso, foram constatadas graves distorções na distribuição dos médicos entre os estados. Em 2013, o Distrito Federal e os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentavam a maior taxa de médicos por 1.000 habitantes (4,1, 3,6 e 2,6 respectivamente). Já os estados do Maranhão, Pará e Amapá contavam com as menores taxas (0,7, 0,8 e 0,9, respectivamente).

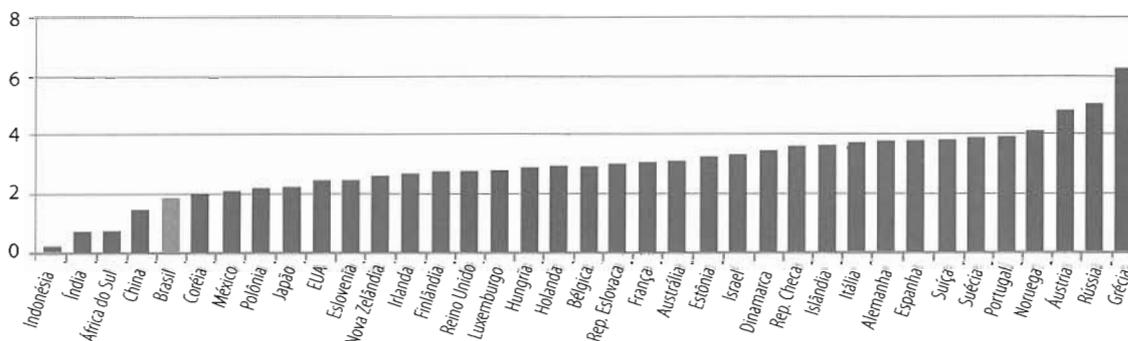
Em 2013, a comparação entre as densidades médicas nas capitais e no interior também mostrou a existência de graves distorções. Nas capitais, havia 4,6 médicos por 1.000 habitantes e no interior do país essa taxa caía para 1,1. Vitória (ES), Porto Alegre (RS) e Florianópolis (SC) apresentavam as maiores taxas entre as capitais estaduais (11,0, 8,4 e 7,3). Já as piores taxas eram as de Macapá (1,3), Rio Branco (1,8) e Manaus (1,9).

Gráfico 64: Médicos por 1.000 Habitantes Estados (2013)



Fonte: OCDE Health Data, CFM.

Gráfico 65: Médicos por 1.000 Habitantes OCDE (2011)



Fonte: Cremesp, 2013.

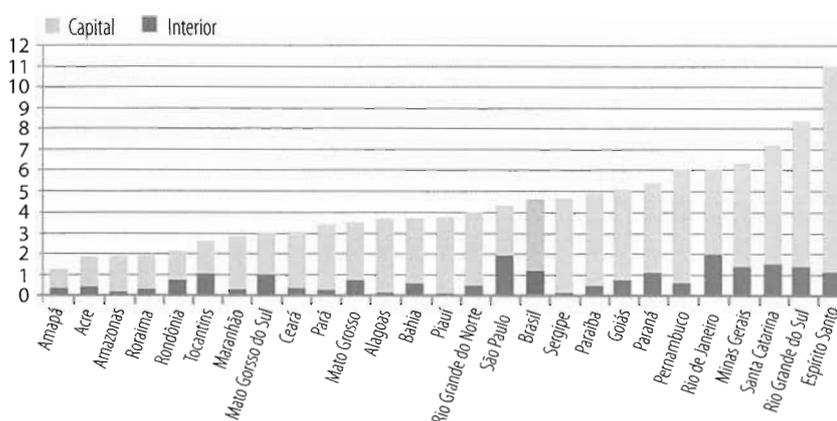
Naquele ano, a densidade dos médicos no interior era maior nos estados do Rio de Janeiro (1,9), São Paulo (1,9) e Santa Catarina (1,5). Por outro lado, essa densidade era extremamente baixa no Piauí (0,06), em Sergipe (0,09) e em Alagoas (0,10). Também era grave a falta de médicos em estados como Amazonas e Pará, de grande extensão territorial, que apresentavam taxas de 0,15 e 0,27. Cabe destacar ainda que doze estados contavam com menos de 0,5 médico por 1.000 habitantes no interior.

A distribuição dos médicos seguia o porte dos municípios. Os 38 municípios com mais de 500 mil habitantes concentravam 47,91% dos postos de médicos. Já nos 1.302 municípios com até cinco mil habitantes atuavam apenas 914 médicos. Por conseguinte, caso se considerasse que nenhum dos municípios contava com mais de um médico, ainda assim 388 municípios não dispunham de um único médico.

Também cabe considerar as diferenças entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil. Segundo o Conselho Regional de Medicina de São Paulo - Cremesp (2011), naquele ano, para cada 1.000 usuários de planos de saúde, existiam 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Por outro lado, para a população dependente do SUS este índice era de 1,95. É preciso ressaltar que a quantidade de postos de trabalho médico ocupados é diferente do quantitativo de médicos, pois um mesmo profissional pode ocupar mais de um posto de trabalho.

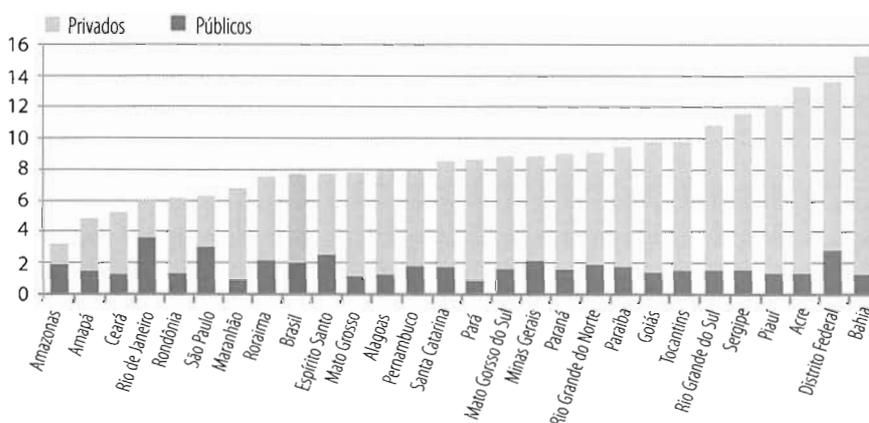
Entre os estados, os maiores índices de postos de trabalho públicos ocupados estão no Rio de Janeiro (3,63), em São Paulo (3,04) e no Distrito Federal (2,79). Os menores são encontrados nos estados do Pará (0,89), Maranhão (0,98) e Mato Grosso (1,18).

Gráfico 66: Médicos por 1.000 Habitantes Capital x Interior (2013)



Fonte: Cremesp, 2013.

Gráfico 67: Postos de Trabalho Médicos Ocupados por 1.000 Habitantes - Públicos x Privados (2011)



Fonte: Cremesp, 2011.

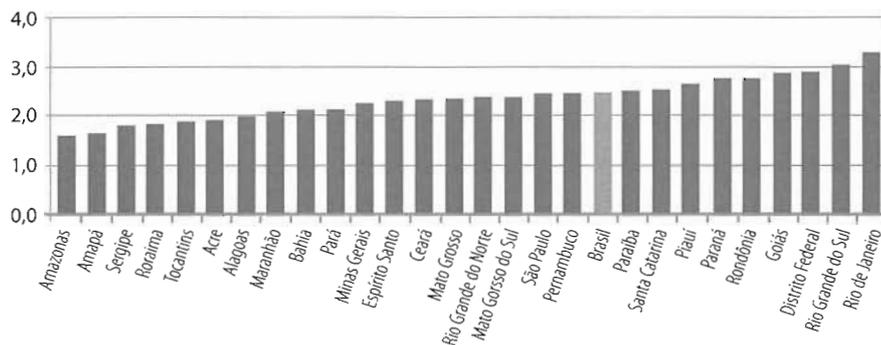
Leitos Hospitalares

Em 2010, o Brasil possuía 2,63 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, o oitavo menor quantitativo entre 40 países cujos dados foram analisados pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. Em praticamente todos esses países, observou-se uma tendência de redução do número de leitos. A média dos países membros daquela Organização, que foi de 5,4 em 2000, caiu para 4,9 em dez anos. O Brasil também apresentou redução do indicador, pois em 1995 havia 3,22 leitos por 1.000 habitantes.

Segundo a OCDE (2011), tal redução se deveu em parte ao progresso da tecnologia médica, que permitiu um aumento do número de procedimentos que não necessitam de hospitalização. Nesse contexto, cabe destacar que a redução do número de leitos hospitalares tem sido acompanhada, em muitos países, por uma redução do número de internações hospitalares e do tempo médio de permanência nos hospitais.

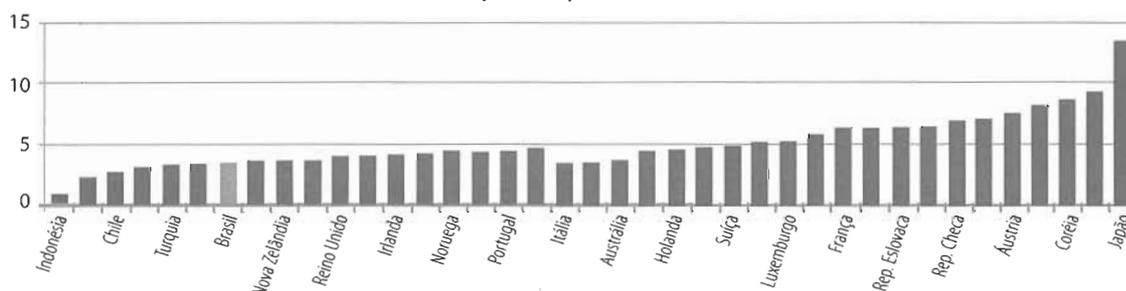
Os estados que apresentaram o maior número de leitos por 1.000 habitantes foram Rio de Janeiro (3,31), Rio Grande do Sul (3,05) e Distrito Federal (2,92). Já as unidades federadas que contavam com as menores quantidades de leitos eram: Amazonas (1,64), Amapá (1,67) e Sergipe (1,85). Entre 1990 e 2013, 23 das 27 unidades da Federação experimentaram redução nesse indicador. A maior diminuição ocorreu em Goiás, de 5,93 para 2,91. Já Rondônia apresentou o maior aumento entre os quatro estados restantes, de 2,50 para 2,80.

Gráfico 68: Leitos Hospitalares por 1.000 Habitantes - Estados (2013)



Fonte: Datasus, 2013.

Gráfico 69: Leitos Hospitalares por 1.000 Habitantes - OCDE (2010)



Fonte: OCDE Health Data, 2013. Datasus, 2013.

Equipamentos de Diagnóstico

A seguir, são apresentados os dados relativos aos seguintes equipamentos de diagnóstico: mamógrafos, tomógrafos computadorizados; e equipamentos de ressonância magnética.

Em 2010, no Brasil, havia 21,1 mamógrafos por milhão de habitantes, o 11º valor entre 25 países com dados na OCDE. A auditoria operacional realizada pelo TCU em 2009 já havia identificado que a quantidade de mamógrafos disponíveis para o SUS era suficiente para atender a população-alvo (mulheres entre 50 e 69 anos). Porém, foi verificada uma baixa produtividade dos mamógrafos públicos, cujas principais causas seriam a sua manutenção deficiente e a falta de profissionais para operá-los. No caso dos tomógrafos computadorizados e dos equipamentos de ressonância magnética, o país possuía, naquele ano, quantidades inferiores às existentes em outros países. No primeiro caso, havia 14,1 aparelhos por um milhão de habitantes, o que colocava o Brasil no 21º lugar entre 31 países. No segundo caso, existiam 5,5 equipamentos de ressonância magnética para cada milhão de habitantes, o que situava nosso país no 25º entre 30 países.

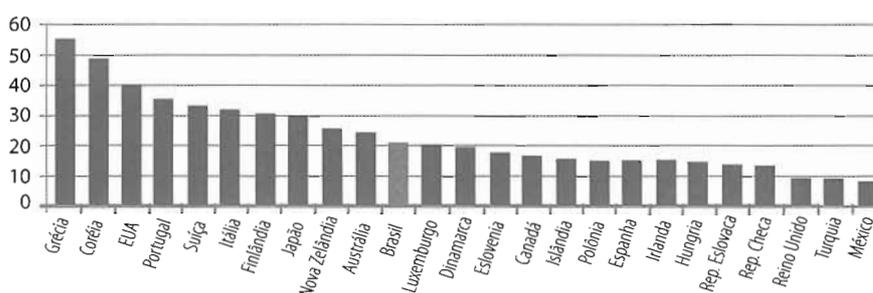
Cumprir destacar a diferença entre a quantidade de equipamentos então existentes nos sistemas público e privado, uma vez que a rede privada contava com 87% dos mamógrafos e tomógrafos e 93% dos equipamentos de ressonância magnética.

A desigualdade entre os estados também era significativa. Em 2013, as três maiores densidades de mamógrafos por um milhão de habitantes estavam no Rio de Janeiro (32,7), no Distrito Federal (31,5) e no Rio Grande do Sul (28,3). As três menores no Amapá (5,4), no Amazonas (9,2) e em Roraima (10,2). No caso dos tomógrafos, nesse mesmo ano, as melhores taxas foram detectadas no Distrito Federal (30,1 por um milhão de habitantes), Rio de

Janeiro (27,4) e Rio Grande do Sul (21,9). Já as menores taxas foram constatadas no Amazonas (7,9), Maranhão (8,5) e Sergipe (8,6). Por fim, no que concerne aos equipamentos de ressonância magnética, em 2010, as melhores situações foram verificadas no Distrito Federal (18,6 para cada milhão de habitantes), Rio de Janeiro (15,5) e Espírito Santo (10,9), enquanto os piores índices foram constatados no Amapá (1,4), Maranhão (1,9) e Alagoas (2,1).

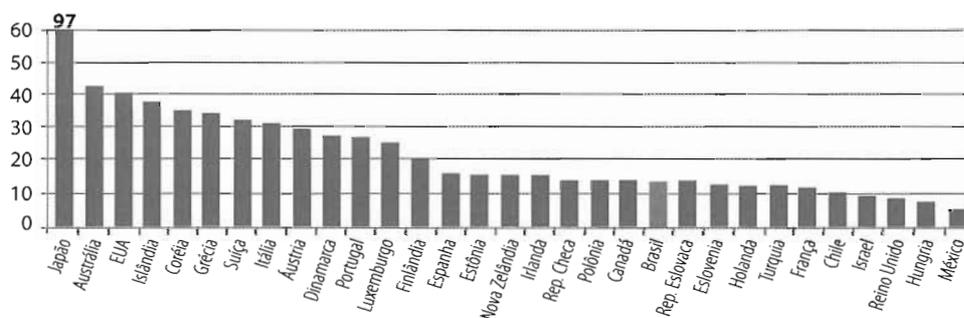
Não existe uma definição internacionalmente aceita do número ideal de equipamentos. No âmbito do SUS, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.101/2002 estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial. Observados esses parâmetros, Bahia, Pernambuco, Amapá, Alagoas, Sergipe, Maranhão e Amazonas não possuíam o número mínimo de tomógrafos. Além disso, Maranhão e Amapá também não possuíam a quantidade mínima recomendável de aparelhos de ressonância magnética.

Gráfico 70: Mamógrafos por milhão de habitantes - OCDE (2010)



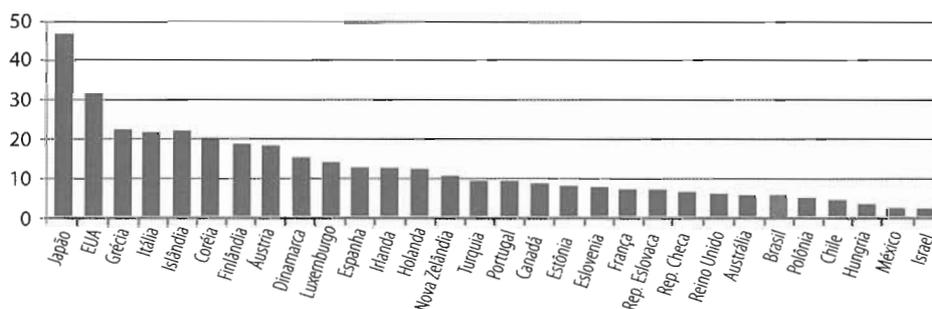
Fonte: OCDE Health Data, 2013. Datasus, 2013.

Gráfico 71: Tomógrafos Computadorizados por milhão de habitantes - OCDE (2010)



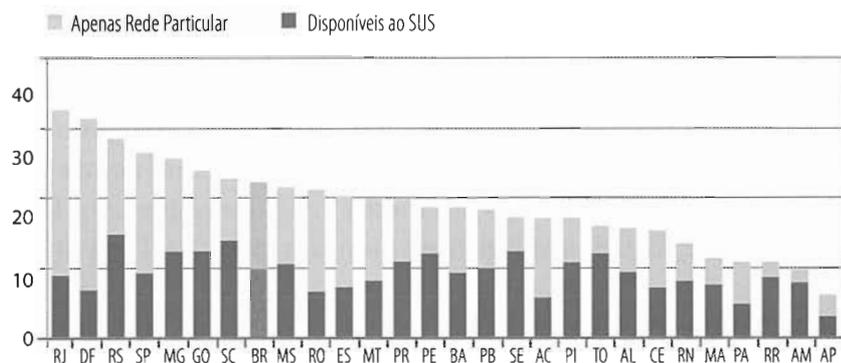
Fonte: OCDE Health Data, 2013. Datasus, 2013.

Gráfico 72: Equipamentos de Ressonância Magnética por milhão de habitantes - OCDE (2010)



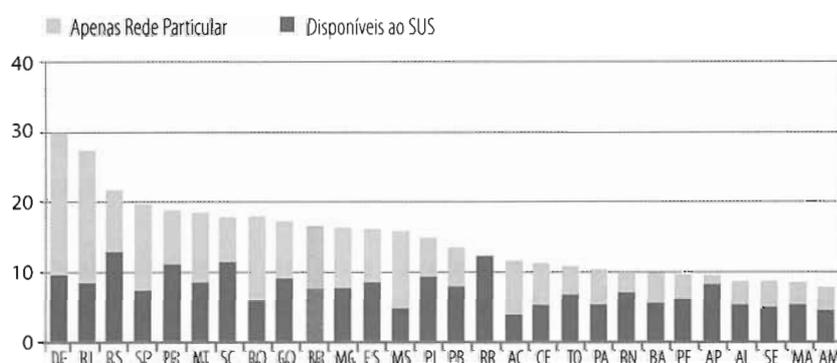
Fonte: OCDE Health Data (2010 ou ano mais recente) e CNES.

Gráfico 73: Mamógrafos por milhão de habitantes - Estados (2013)



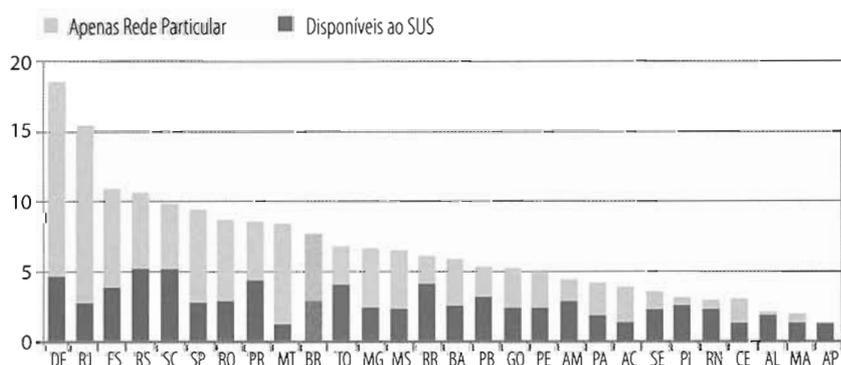
Fonte: Datasus, 2013.

Gráfico 74: Tomógrafos Computadorizados por milhão de habitantes - Estados (2013)



Fonte: Datasus, 2013.

Gráfico 75: Equipamentos de Ressonância Magnética por milhão de habitantes - Estados (2010)



Fonte: Datasus, 2013.

Financiamento

Existem diferentes formas de comparar os gastos de cada país com saúde. Duas das mais importantes são os dispêndios saúde *per capita* e como proporção do PIB. Se utilizarmos o primeiro método, em 2011, o Brasil apresentava um baixo gasto em saúde quando

comparado com os demais países. Entre 41 países com dados na OCDE, nosso país havia realizado o sétimo menor gasto total com saúde *per capita* (R\$ 2.384,83). Cabe destacar que os 34 países membros daquela Organização gastaram R\$ 7.597,75 naquele exercício.

Já se empregarmos o segundo método, o Brasil apresentou um gasto total em saúde de 8,9% do seu Produto Interno Bruto - PIB, o 18º entre os 41 países acima citados. Por seu turno, os 34 membros da OCDE gastaram em média 9,3% dos respectivos PIB. Assim, apesar de o gasto *per capita* ser baixo, nosso país efetuou um gasto total em saúde compatível com seu PIB.

Entre 2000 e 2011, o Brasil apresentou um crescimento de 107% no gasto *per capita* em saúde. Os países da OCDE, em virtude da crise econômica, reduziram o ritmo de crescimento do gasto *per capita* em saúde a partir de 2009. Enquanto, entre 2000 e 2009, o crescimento anual nesses países foi de 4,1%, entre 2009 e 2011, foi de apenas 0,2%. Já o Brasil manteve o ritmo de crescimento do gasto *per capita* em torno de 7% ao ano.

Apesar de o Brasil possuir um sistema público de saúde universal e a Constituição Federal de 1988 definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, é de conhecimento geral que o sistema público não tem capacidade para atender com qualidade toda a população, o que fez com que 25% dos brasileiros recorressem a planos de saúde privados. Aduz-se que o país apresentava a terceira menor participação do poder público nos gastos totais em saúde (46%), enquanto os países membros da OCDE apresentavam participação dos gastos públicos de 73%.

Ao analisar o gasto público das três esferas de governo, a partir das despesas liquidadas, constatou-se que na década de 2000 houve uma significativa redução da participação dos gastos federais no gasto público total em saúde. Em 2000, o governo federal foi responsável por 58% de todo o gasto público, enquanto em 2010 sua participação foi de 45%. Paralelamente, os estados aumentaram sua participação de 20% para 27% e os municípios de 21% para 28%.

A distribuição geográfica do gasto público *per capita* em saúde é bastante desigual. Em 2010, considerando os recursos das três esferas de governo, Roraima gastou R\$ 876, o Acre R\$ 863 e Tocantins R\$ 816. Os menores valores foram gastos no Pará (R\$ 397), no Maranhão (R\$ 436) e na Bahia (R\$ 476).

Gráfico 76: Gasto Total em Saúde per capita em R\$ - Público e Privado (2011)

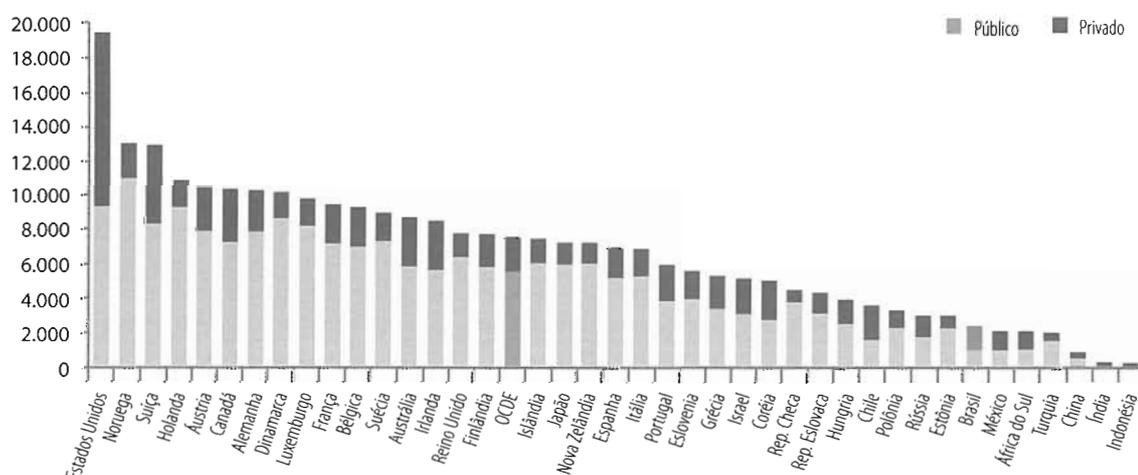
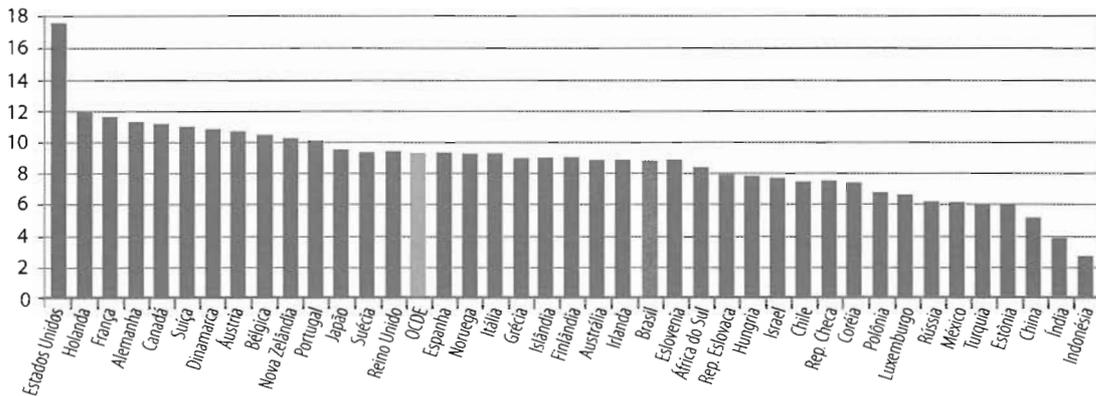
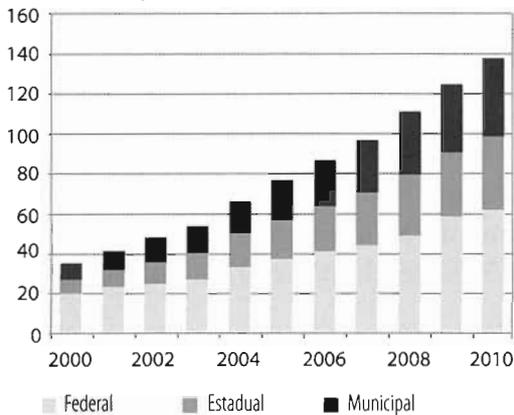


Gráfico 77: Gasto Total em Saúde em relação ao PIB - % (2011)



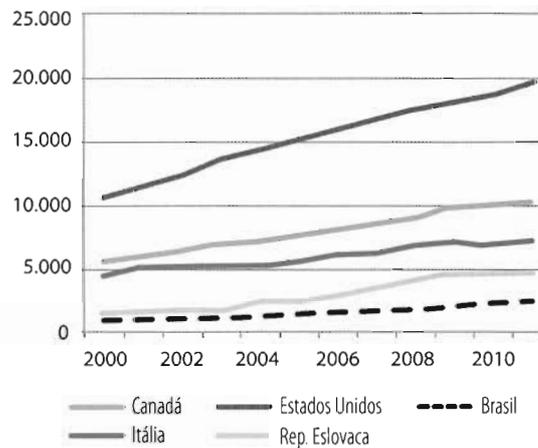
Fonte: OMS, 2013.

Gráfico 78: Evolução do gasto público com saúde por esfera de governo - R\$ milhões



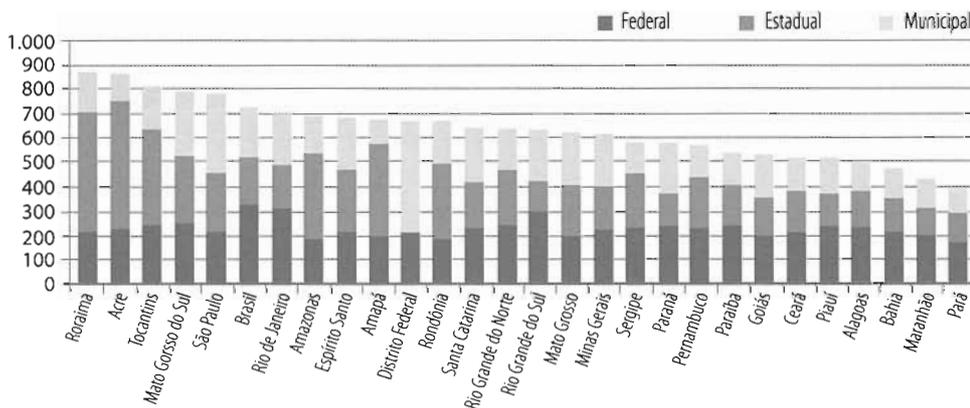
Fonte: OMS, Paridade do Poder de Compra.

Gráfico 79: Evolução do gasto total em saúde per capita em R\$



Fonte: SIOPS.

Gráfico 80: Gasto público das três esferas de governo em saúde per capita por estado



Fonte: SIOPS.

Cobertura dos Planos de Saúde Privados e Gasto Tributário

Na análise de diversos indicadores, foi ressaltado o fato de o Brasil apresentar dois sistemas de saúde: um público e outro suplementar, constituído pelos planos de saúde privados. A cobertura do sistema suplementar não é equivalente em todos os estados, o que ocasiona diferenças significativas na demanda pelo SUS.

No Brasil, 25% da população possuem planos de saúde privados. Os estados com maior cobertura são todos da Região Sudeste, que possui cobertura de 38%: São Paulo (44%), Rio de Janeiro (37%) e Espírito Santo (32%). Cinco estados possuem cobertura inferior a 10%: Acre, Maranhão, Roraima, Tocantins e Piauí. A cobertura nas Regiões Norte e Nordeste é de 11% e 12%, respectivamente. No Sul é de 24% e no Centro-Oeste de 19%.

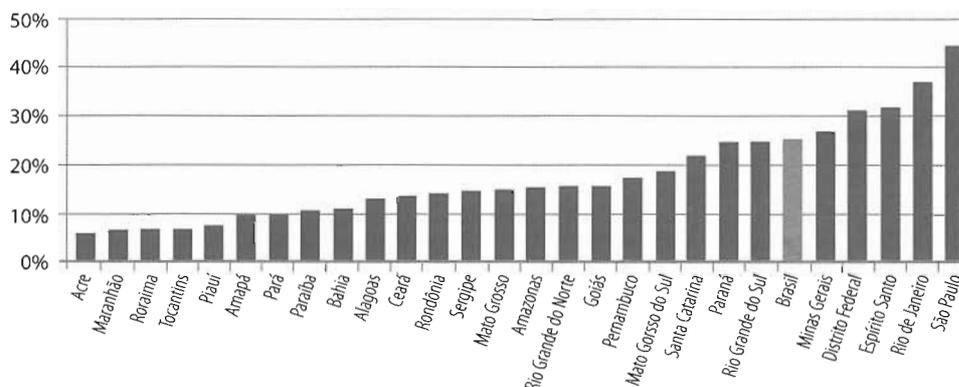
Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 57% no número de beneficiários, pois 18 milhões de pessoas aderiram aos planos de saúde, o que ensejou um aumento da cobertura de 19% para 25%.

O fato de uma pessoa ser beneficiária de um plano de saúde privado não significa que ela não recorrerá ao SUS para obter determinados serviços. Os planos de saúde não cobrem todos os serviços. Além disso, alguns hospitais públicos são referência em determinados procedimentos, o que faz com que mesmo os beneficiários de planos privados busquem atendimento nessas unidades.

Em 2011, 2% das internações no SUS foram de beneficiários de planos de saúde, o que representou 3% do valor total pago pelas internações (R\$ 337.196.690,00).

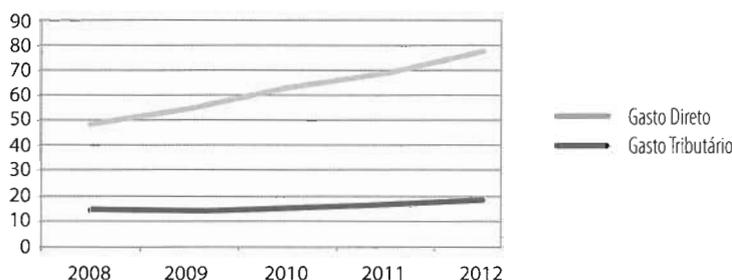
Constatou-se um aumento do gasto tributário do Governo Federal com a Função Saúde, ou seja, houve um incremento nos gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, como isenções, subsídios e outros benefícios tributários. Em 2012, o gasto tributário foi de R\$ 18,0 bilhões, enquanto em 2008 havia sido de R\$ 14,5 bilhões, um aumento de 24%. Porém, seu crescimento foi inferior ao do gasto direto na Função Saúde no mesmo período, que alcançou 59%, tendo passado de R\$ 48,7 bilhões para R\$ 77,3 bilhões.

Gráfico 81: Cobertura dos planos de saúde privados (2012)



Fonte: ANS, 2013.

Gráfico 82: Evolução do Gasto Tributário Federal na Função Saúde - R\$ bilhões



Fonte: TCU, 2013.



Tema em destaque do ano: Assistência Hospitalar no SUS

A seguir, será apresentado o resultado consolidado dos levantamentos sobre a assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde que foram realizados no Distrito Federal e nos 26 estados. Os referidos levantamentos visaram à elaboração de um diagnóstico amplo dessa área e à definição dos principais problemas existentes na assistência hospitalar.

Durante a execução desses trabalhos, foram visitados 114 hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil, além de dois hospitais classificados como entidades sem fins lucrativos. A seleção desses hospitais observou o seguinte critério: deveriam ser escolhidos hospitais gerais ou prontos-socorros gerais públicos que contassem com mais de cinquenta leitos e fossem relevantes para o estado.

Dos 116 hospitais visitados, 110 (95%) possuem mais que cinquenta leitos. No total, as unidades visitadas possuem 27.614 leitos, que representam aproximadamente 8% dos leitos disponíveis para o SUS.

Foram entrevistados gestores das unidades visitadas, secretários de saúde e representantes dos Ministérios Públicos Federal e estaduais, das defensorias públicas e de conselhos profissionais. Também foram utilizadas informações apresentadas pelos hospitais e pelas secretarias de saúde.

Por se tratar de um levantamento, a apresentação dos problemas encontrados tem como objetivo expor um diagnóstico abrangente e indicar possíveis riscos na área da assistência hospitalar. Constatções e evidências mais robustas desses problemas deverão ser feitas posteriormente, no âmbito de uma auditoria.

Visão geral

Assistência hospitalar

Conforme disposto na Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, sendo uma das diretrizes desse sistema o atendimento integral.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS) estabeleceu, como um dos princípios do SUS, a integralidade da assistência. Esta última é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Assim, o atendimento à saúde que deve ser prestado pelo SUS envolve os serviços oferecidos pelos diversos níveis de atenção à saúde: Atenção Básica, de Média e de Alta Complexidade.

Ressalta-se que esses níveis de atenção à saúde também podem ser classificados, conforme a respectiva densidade tecnológica, em atenção primária (menor densidade), secundária (densidade intermediária) terciária (maior densidade tecnológica), segundo consta do Anexo à Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde.

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispõe que a Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

O primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica, deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu que:

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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A estratégia “Saúde da Família” visa reorganizar, expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica. As Unidades Básicas de Saúde – UBS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf e os postos tradicionais de saúde são as unidades de saúde relacionadas a esse nível de atenção.

O atendimento de média complexidade, conforme esclarece o documento do Ministério da Saúde denominado “O SUS de A a Z”, envolve ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Já a alta complexidade é o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, visa proporcionar à população o acesso a serviços qualificados e atua de forma integrada aos demais níveis de atenção à saúde.

Os hospitais exercem um importante papel na rede de assistência à saúde, pois neles estão concentrados os serviços de média e alta complexidade prestados pelo Sistema Único de Saúde. Além da atenção especializada, os hospitais, em sua grande maioria, prestam atendimento de urgência e emergência quando há uma demanda espontânea (pacientes que procuram espontaneamente o hospital, sem terem sido formalmente encaminhados por outra unidade de saúde) ou referenciada (pacientes enviados formalmente por outra unidade de saúde).

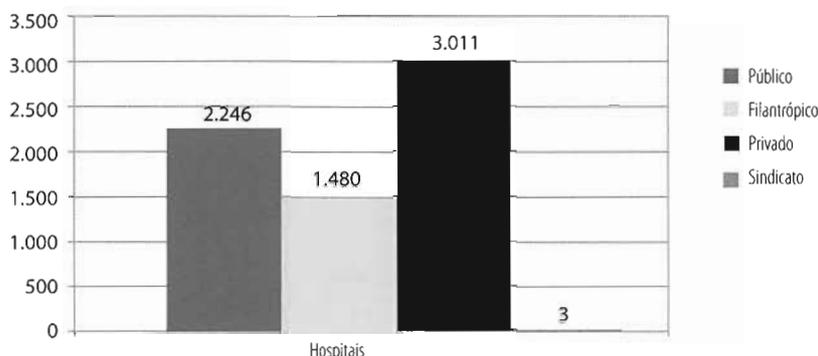
Historicamente, a maioria da população brasileira busca o hospital como primeira e principal opção de atendimento médico, o que configura o modelo de organização de saúde denominado hospitalocêntrico. Assim, não se busca a Atenção Básica, que deveria ser a porta de entrada preferencial do sistema. Entre os motivos para essa forma de agir está o entendimento de que os hospitais atendem de forma mais tempestiva e resolutiva. Esse entendimento é corroborado pela constatação de que em grande parte das unidades da Atenção Básica faltam de médicos e existem dificuldades para marcar consultas ou referenciar pacientes para outras unidades de saúde. Assim sendo, nessas unidades, não se presta um atendimento resolutivo.

Rede hospitalar do Sistema Único de Saúde

No Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), estão registrados 6.740 hospitais dos tipos dia, especializado e geral. Em março de 2013, havia 3.011 hospi-

tais privados, 2.246 públicos, 1.480 filantrópicos e 3 sindicais. Cabe ressaltar a existência de hospitais públicos que não possuem leitos contratados pelo SUS, como, por exemplo, alguns hospitais das forças armadas e das polícias militares.

Gráfico 83: Quantidade de hospitais gerais, especializados e dia existentes no Brasil, por tipo de prestador



Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Dados de março de 2013.

Em março de 2013, segundo dados constantes do CNES, 5.856 estabelecimentos prestavam atendimento de internação no âmbito do SUS, sendo 3.087 públicos, 1.456 filantrópicos, 1.311 privados e dois sindicais. Note-se que, além dos hospitais, outros tipos de estabelecimentos, como pronto socorro e unidade mista, prestam o serviço de internação. Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, na Pesquisa de Assistência Médico Sanitária de 2009, considerou como estabelecimento de saúde com internação aquele que possuía instalações físicas específicas destinadas à acomodação de pacientes para permanência por um período mínimo de 24 horas. Assim sendo, os hospitais-dia não foram considerados nessa pesquisa como unidades com internação.

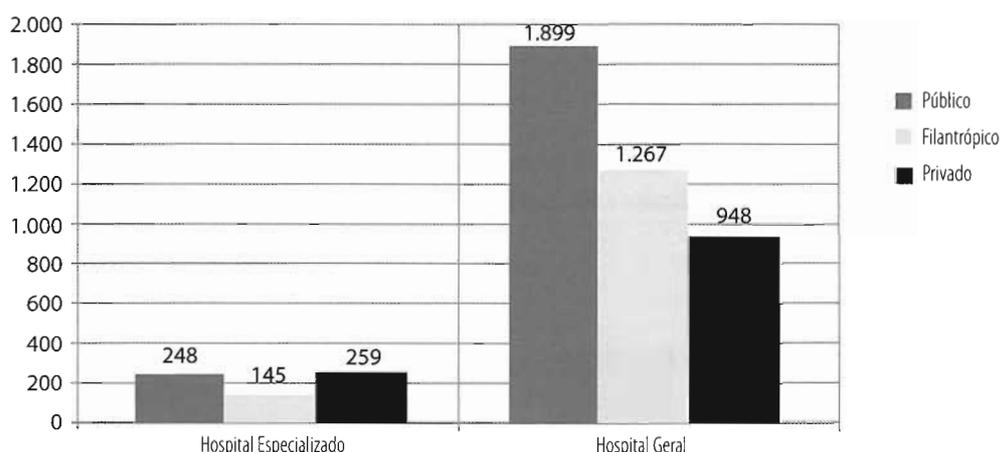
Constatou-se, ainda, que 4.870 hospitais prestam atendimento de internação no âmbito do SUS (4.116 hospitais gerais, 652 especializados e 102 hospitais-dia), sendo 2.185 públicos, 1.419 filantrópicos, 1.264 privados e 2 sindicais.

Tabela 12: Número de estabelecimentos que prestam atendimento de internação no SUS

Tipo de estabelecimento/ Tipo de prestador	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	100	1	1	0	102
Centro de Parto Normal	7	3	1	0	11
Hospital Especializado	248	145	259	0	652
Hospital Geral	1.899	1.267	948	2	4.116
Hospital Dia	38	7	57	0	102
Pronto Atendimento	43	5	2	0	50
Pronto Socorro Especializado	21	1	7	0	29
Pronto Socorro Geral	51	3	5	0	59
Unidade Mista	680	24	31	0	735
Total	3.087	1.456	1.311	2	5.856

Fonte: Ministério da Saúde - CNES. Dados de março de 2013.

Gráfico 84: Principais prestadores do SUS em relação aos hospitais gerais e especializados



Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Dados de março de 2013.

Em 2012, segundo o CNES, foram realizadas 11.092.589 internações no SUS. Cumpre destacar que, entre 2010 e 2012, houve uma redução de 2,34% na quantidade dessas internações. Por outro lado, cabe ponderar que, consoante nota técnica disponível no portal do CNES, esse quantitativo é aproximado, pois transferências e reinternações são computadas nesses valores.

Tabela 13: Evolução do número de internações hospitalares SUS por região

Região	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	945.632	992.653	1.011.174	1.001.176	973.631
Nordeste	3.016.562	3.134.816	3.211.310	3.166.990	3.044.964
Sudeste	4.094.612	4.226.450	4.342.659	4.382.524	4.332.845
Sul	1.812.052	1.887.681	1.891.360	1.861.977	1.888.922
Centro-Oeste	874.745	887.209	901.462	868.904	852.227
Total	10.743.603	11.128.809	11.357.965	11.281.571	11.092.589

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

1. Situação da base de dados nacional em 9/9/2013.
2. Dados de 2012 (até dezembro) sujeitos a retificação.
3. Valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão computadas.

Até julho de 2013, o Sistema de Informações Hospitalares - SIH registrou 6.365.762 internações, das quais 47% ocorreram no âmbito da administração pública e 43% em entidades sem fins lucrativos.

Tabela 14: Número de internações hospitalares SUS por esfera jurídica (2013)

Natureza jurídica da unidade hospitalar	Internações hospitalares SUS (janeiro a julho de 2013)	% do total de internações (janeiro a julho de 2013)
Entidades sem fins lucrativos	2.763.104	43%
Administração Pública Estadual ou DF	1.373.550	22%
Administração Pública Municipal	1.175.228	18%
Demais Entidades Empresariais	532.606	8%
Administração Pública - Outros	264.862	4%
Administração Pública Federal	197.329	3%
Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	54.274	1%
Não especificado ou ignorado	4.809	0%
Total	6.365.762	100%

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

1. Situação da base de dados nacional em 9/9/2013.

2. Dados de 2012 (até dezembro) e 2013 (até julho) sujeitos a retificação.

3. Valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão computadas.

4. A partir do processamento de julho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera/regime dos estabelecimentos. Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "natureza" e "regime". A partir de junho de 2012, estão como "natureza jurídica" e "esfera jurídica".

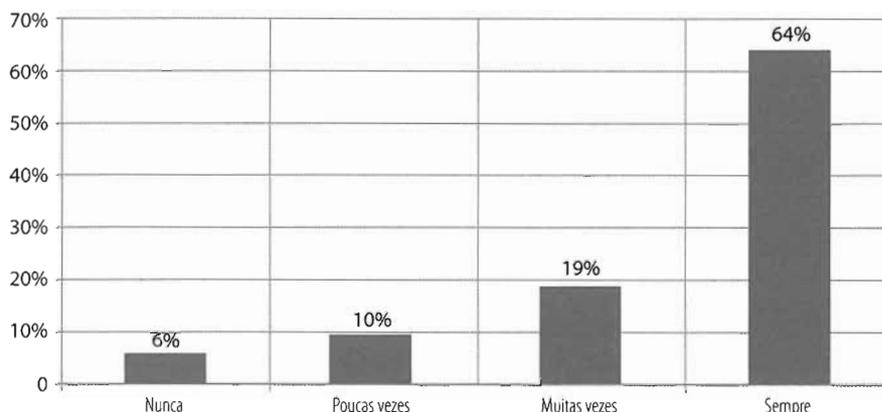
Segundo consta do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS e considerando a Classificação Internacional das Doenças – CID-10, os óbitos de pacientes internados no âmbito do SUS em 2012 decorreram de problemas na gravidez, no parto e no puerpério (21%); doenças do aparelho respiratório (12%); doenças do aparelho circulatório (10%); doenças do aparelho digestivo (9%); lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (9%); doenças infecciosas e parasitárias (8%); doenças do aparelho geniturinário (7%) e neoplasias (6%). Em relação às internações ocorridas no período de janeiro a julho de 2013, essas principais classificações se repetem.

Serviços hospitalares

Emergência

A superlotação das principais emergências hospitalares do Brasil, com pacientes sendo atendidos ou internados nos corredores das unidades, em macas, cadeiras ou bancos, foi um problema constatado no presente trabalho. Conforme relatado pelos gestores entrevistados, em 83% dos hospitais visitados que possuem o serviço de emergência (87 de 105), sempre ou muitas vezes há, na emergência, pacientes em atendimento em quantidade superior à de leitos oficiais. Em 64% desses hospitais, os gestores afirmaram que a taxa de ocupação de emergência sempre ultrapassa 100%. O Gráfico 85 a seguir apresenta a distribuição dessas respostas.

Gráfico 85: Frequência em que a taxa de ocupação dos leitos da emergência ultrapassa 100% nos hospitais visitados



Fonte: Questionário aplicado aos gestores dos hospitais visitados.

Foram colhidas respostas de 104 dos 105 hospitais que prestam serviço de emergência.

Ao responderem sobre a frequência com que pacientes são alocados nos corredores das unidades devido à falta de leitos, os gestores de 47% dos hospitais visitados afirmaram que muitas vezes ou sempre há essa situação na unidade (14% muitas vezes e 33% sempre).

Cabe destacar que as próprias equipes do TCU presenciaram essa situação de superlotação. Assim, por exemplo:

- a) em um dos hospitais visitados no estado do Amapá, um paciente que tinha sofrido Acidente Vascular Cerebral (AVC) aguardava há cinco horas, deitado em um banco no corredor, a chegada de um médico neurologista;
- b) na Paraíba, em alguns hospitais, havia dificuldade para transitar entre os leitos;
- c) em um hospital universitário localizado na cidade de Santa Maria (RS), havia pacientes em macas na recepção da unidade;
- d) no Distrito Federal e em Roraima, havia papéis afixados nas paredes das unidades ou nas macas para identificar o paciente. Em alguns casos no DF, esses leitos nos corredores eram numerados em cartazes colados nas paredes, o que demonstra que essa situação de superlotação é algo já rotineiro (Distrito Federal).

A superlotação das emergências hospitalares também foi constatada por outros órgãos de controle: conselhos profissionais, conselhos de saúde e Ministérios Públicos.

Os casos de superlotação das emergências estão concentrados principalmente em grandes hospitais. Um dos possíveis motivos para esse fato é que nesses hospitais a população consegue obter um atendimento mais resolutivo em comparação com aquele prestado por outras unidades de saúde (como unidades da Atenção Básica e hospitais de médio ou pequeno porte). Nesses grandes hospitais, apesar da longa espera e das condições precárias, os pacientes, na maioria das vezes, conseguem realizar consultas, exames, e, caso seja necessário, aguardam por mais um longo tempo pela realização de cirurgias ou outros procedimentos mais complexos. Assim, as emergências hospitalares são um caminho mais curto, muitas vezes o único, para alcançar o atendimento de saúde.

Nesse sentido, O'Dwyer et. al. (2009) aponta que uma das causas da superlotação das emergências é a baixa resolutividade da Atenção Básica. Mesmo sem ter sido estabelecida uma relação linear entre a utilização da emergência e a falência da rede básica, os serviços de emergência serão utilizados como alternativa para o atendimento primário, diante da

ausência de uma revisão ampla do sistema de saúde. Da mesma forma, Mendes (2012) afirma que:

É a ausência de resolutividade da APS em situações de urgência que, em grande parte, leva a plethora de pessoas, sem urgências ou com urgências moderadas, aos grandes equipamentos ambulatoriais e hospitalares, contribuindo para as filas e para os corredores cheios de pessoas.

Outra causa apontada pelos gestores hospitalares e especialistas entrevistados para o problema da superlotação das emergências é o difícil acesso da população aos serviços prestados pela Atenção Básica.

Em 74% dos hospitais visitados que prestam o serviço de emergência, é realizado acolhimento com classificação de risco (uma forma de organizar a fila de atendimento de acordo com a prioridade de cada caso). São utilizados diversos protocolos nessa priorização do atendimento. No protocolo de Manchester, por exemplo, os pacientes são classificados em vermelho, laranja, amarelo, verde, azul ou branco, em ordem decrescente de prioridade.

Cabe destacar que 58% dos gestores dos hospitais visitados declararam que metade ou mais dos pacientes atendidos na emergência apresentavam problemas de baixa gravidade ou urgência. Isso significa que 50% ou mais dos pacientes que chegam aos serviços de emergência poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos nas unidades de Atenção Básica.

Além da busca dos serviços de emergências pelos pacientes não graves, Mendes (op. cit.), afirma que os sistemas de atenção em todo o mundo não estão em sintonia com as necessidades de saúde da população, considerando a presença cada vez mais forte das condições crônicas no perfil epidemiológico. Nesse particular, o Brasil passa por um momento de transição (queda relativa das condições agudas e aumento relativo das condições crônicas). Assim, segundo esse autor:

A razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas, normalmente autopercebido pelas pessoas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial (UPA) ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem.

Destaca-se que o Brasil possui uma proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica superior à desejada.

Segundo Alfradique et. al. (2009), no contexto internacional, estão sendo realizadas investigações sobre indicadores da atividade hospitalar que possam medir a efetividade da atenção primária, sendo um deles o “*ambulatory care sensitive conditions*”, traduzido para o português como condições sensíveis à atenção primária. Essas condições “representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações”.

No Brasil, utiliza-se o conceito de “internações sensíveis à Atenção Básica”, que corresponde ao conjunto de problemas para os quais a efetiva ação da Atenção Básica diminuiria o risco de internações. Em nosso país, o indicador “Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica – ISAB” é um dos componentes do “Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS”. Esse indicador mede a proporção das internações mais sensíveis

à Atenção Básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município. Assim, pode-se avaliar a efetividade da Atenção Básica.

O rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador do ID-SUS é baseado na lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária constante da Portaria SAS/MS nº 221/2008. Segundo o Ministério da Saúde³, foram selecionadas as causas em que as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em nível primário da atenção, conseguem, em curto e médio espaços de tempo, diminuir o número de internações clínicas para tratar essas doenças. Ainda conforme o Ministério, um índice de 28,6% de internações sensíveis à Atenção Básica em relação a todas as internações é o parâmetro para atribuir nota máxima a um município.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, entre 2009 e 2011⁴, foi constatada a proporção de 34,9% de internações por causas sensíveis à Atenção Básica. Importante ressaltar que, ao interpretar o resultado desse indicador, deve-se ter em consideração que a saúde possui diversos fatores determinantes e condicionantes, tais como moradia, saneamento básico, renda e educação. Assim, esse resultado não pode ser atribuído exclusivamente à resolutividade ou não da Atenção Básica, que é apenas um dos fatores que deve ser considerado.

A cobertura da Atenção Básica ainda é baixa em muitas cidades brasileiras, principalmente naquelas com uma grande população. Segundo o Ministério da Saúde, em 2012, a cobertura das equipes de Saúde da Família (proporção da população que estava atendida por essas equipes) ainda se encontrava abaixo de 50% nos municípios com mais de cem mil habitantes, ao contrário do que ocorria nos municípios com até cem mil habitantes. Aduz-se que, em julho de 2013, consoante informado pelo Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde⁵, em apenas 9 das 27 capitais brasileiras a cobertura das equipes de Saúde da Família superava os 50%.

Conclui-se que a cobertura da Estratégia Saúde da Família nas cidades maiores, que concentram os grandes hospitais, ainda é baixa, o que aponta outra causa para que a população acorra diretamente aos serviços de emergência hospitalares mesmo que seja para tratar de enfermidades não tão graves. Por outro lado, cabe destacar que apenas uma alta cobertura da Atenção Básica não é suficiente para diminuir a demanda pelas emergências hospitalares, sendo necessário que os problemas da população sejam efetivamente resolvidos pela Atenção Básica quando isso for possível.

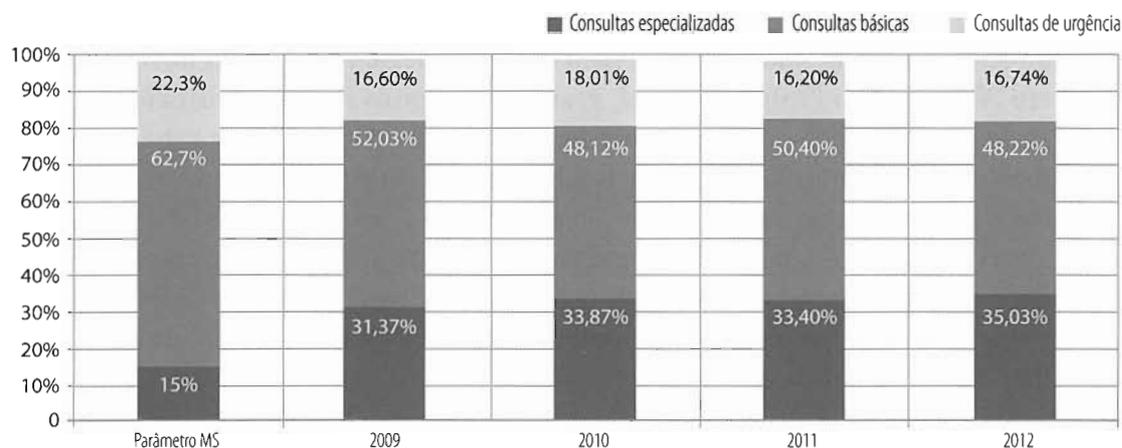
O atendimento realizado em horário restrito, a ausência de médicos em período integral, a estrutura precária e as dificuldades para referenciar pacientes (encaminhá-los para outra unidade cujo nível de atenção à saúde seja mais complexo) são problemas enfrentados nas unidades da Atenção Básica que levam a população a buscar atendimento nos hospitais.

Outra possível causa para a superlotação das emergências reside na dificuldade de acesso da população a consultas ambulatoriais com especialistas, exames de diagnóstico e cirurgias eletivas. O'Dwyer et. al. (op. cit.), relata que a “falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos”.

Cabe destacar o elevado percentual de consultas de emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS. A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabeleceu que as consultas de urgência e emergência devam corresponder a 15% do total de consultas médicas programadas, as de clínicas básicas a 62,7% e as consultas especializadas a 22,3%.

No entanto, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde referente ao exercício de 2012, as consultas de emergências realizadas nos diversos tipos de unidades de saúde no âmbito do SUS corresponderam a 35,03% do total de consultas SUS. Nesse mesmo ano, as consultas básicas representaram 48,22% e as especializadas 16,74%. A participação das consultas de emergência em 2012 em relação ao total de consultas foi maior que a observada nos anos de 2009 a 2011 (31,37%, 33,87%, e 33,40%, respectivamente). O Gráfico 86 apresenta essa distribuição por tipo das consultas realizadas no SUS nos anos de 2009 a 2012, bem como permite a comparação com o parâmetro do Ministério da Saúde.

Gráfico 86: Evolução da produção de consultas SUS - por tipo



Fonte: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2012 da Secretaria de Atenção à Saúde.

A partir das considerações acima expostas, a unidade técnica entendeu que se a Atenção Básica cumprisse as suas funções na Rede de Atenção à Saúde (ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes), a demanda por atendimentos nas emergências hospitalares seria menor e, conseqüentemente, o custo para o Sistema Único de Saúde também seria reduzido.

A demora na resolutividade da situação do paciente atendido no serviço de emergência prolonga sua permanência nesse setor e também pode ser apontada como uma das possíveis causas da superlotação. A insuficiência de leitos para internação ou realização de cirurgias é um dos fatores que aumenta o tempo de permanência dos pacientes na emergência. Por falta desses leitos, o paciente acaba internado na emergência à espera do devido encaminhamento ou referenciamento.

Segundo Bittencourt e Hortale (2009), a falta de leitos para internação pode ser considerada a principal causa da superlotação e do atraso no diagnóstico e no tratamento, que, por sua vez, aumentam a taxa de mortalidade. Nesse sentido, outra situação crítica constatada no presente trabalho foi a superlotação das “salas vermelhas” dos prontos-socorros, que são as alas de maior gravidade da emergência. Nessas salas, os pacientes em estado crítico recebem atendimento médico imediato e são estabilizados para posterior encaminhamento a outras áreas. Verificou-se que pacientes permanecem internados nessas salas por longos períodos à espera, principalmente, de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, uma das principais causas da superlotação das salas vermelhas é a impossibilidade de transferência dos seus pacientes devido à carência de leitos de UTI.

Nos 116 hospitais visitados, 59% dos gestores afirmaram que muitas vezes ou sempre há leitos sendo utilizados para prestar atendimento acima de sua complexidade (30% muitas vezes e 28% sempre, tendo sido a soma desses valores arredondada para 59%). Conforme se observou nas visitas e entrevistas, o frequente exemplo dessa situação é o de pacientes em salas de emergência amarelas ou vermelhas à espera de leitos de UTI, como se verá nos exemplos a seguir:

- a) em um hospital de Mato Grosso, a sala vermelha possuía trinta leitos ocupados, embora sua capacidade adequada fosse de cinco leitos. Nesse mesmo estado, o Conselho Regional de Medicina, em novembro de 2012, identificou casos de pacientes internados há um ano aguardando vagas na UTI;
- b) em Pernambuco, a equipe presenciou um corpo embrulhado e colocado no chão de uma sala vermelha que operava como UTI, enquanto era feita a troca de lençóis do leito que tinha sido utilizado, para que se pudesse receber um novo paciente;
- c) em Alagoas e no Distrito Federal, gestores de alguns hospitais visitados relataram casos de adaptação dos equipamentos dessas salas para suportar uma quantidade maior de pacientes. Essa adaptação também foi constatada pelo Conselho Regional de Medicina de Sergipe;
- d) em Pernambuco, um gestor entrevistado citou que a unidade possuía uma quantidade de unidades respiradoras três vezes superior ao quantitativo de leitos de UTI, o que indicaria que esses respiradores são utilizados em salas de emergência, de modo a suprir a deficiência de leitos na UTI.

Cabe destacar que, apesar de muitas salas vermelhas possuírem equipamentos semelhantes aos de uma UTI, a utilização delas como leitos de internação pode impedir o atendimento imediato de outros pacientes que demandem um atendimento de emergência. Além disso, a assistência prestada pode não ser tão adequada quanto aquela que seria ministrada em uma UTI.

Problemas com a regulação que não atua de maneira uniforme e completa na organização do fluxo de pacientes na rede de serviços de saúde também agravam a situação da superlotação das emergências. Auditoria operacional realizada por este Tribunal na Política Nacional de Regulação do SUS⁶, em 2009, evidenciou que o processo de regulação tem sua eficiência comprometida em virtude dos seguintes fatores:

- a) precária integração na gestão dos diversos complexos reguladores;
- b) não compartilhamento de informações quanto à disponibilidade de leitos;
- c) ausência de grade resolutiva que oriente as internações hospitalares;
- d) desconhecimento do processo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD);
- e) insuficiente divulgação da política de regulação assistencial do SUS para os usuários e os profissionais de saúde;
- f) indisponibilidade ou disponibilidade parcial de funcionalidades requeridas nos sistemas informatizados de regulação.

Alguns gestores hospitalares afirmaram que o represamento de pacientes na emergência em razão de dificuldades no encaminhamento (encaminhamento dessas pessoas para outros serviços de referência) prolonga a estada do paciente nesse setor e contribui para a sua lotação excessiva. Note-se que 78% dos gestores dos hospitais visitados afirmaram que há problemas para encaminhar pacientes a outras unidades.

As possíveis causas para a superlotação das emergências apresentadas neste trabalho são semelhantes às aquelas apontadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em recente trabalho (CREMESP, 2013).

Conclui-se que a perda da qualidade na prestação do atendimento, a sobrecarga dos profissionais das emergências, a tensão na equipe assistencial e o conseqüente aumento da mortalidade podem ser listados como alguns dos efeitos da superlotação das emergências hospitalares no Brasil.

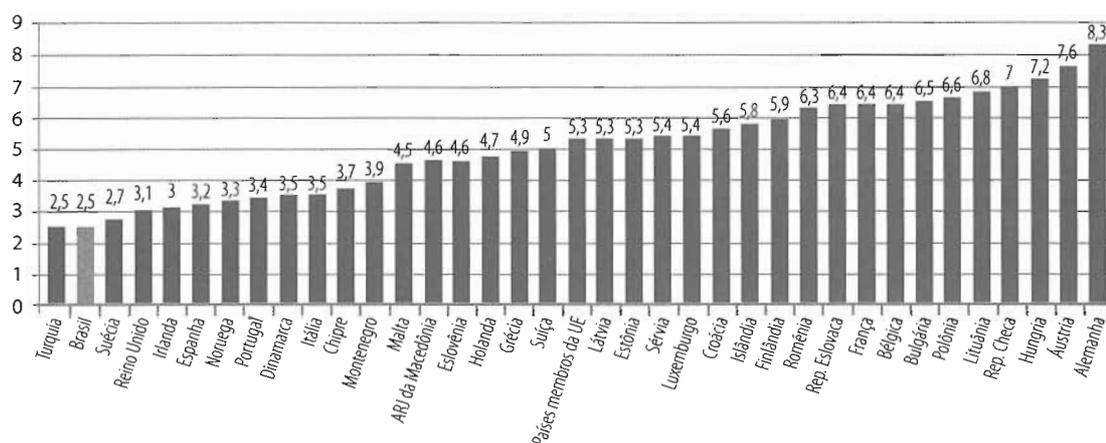
Internação

Mesmo considerando a tendência de diminuição do número de leitos em muitos países, o Brasil possui uma quantidade de leitos hospitalares por habitante inferior a de países como Portugal, Itália, Argentina, Cuba e França, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, os dados por unidade federada demonstram que a maioria dos estados brasileiros possui uma quantidade de leitos *per capita* inferior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Ademais, foram constatadas desigualdades regionais e regulação deficiente. Assim, mesmo em estados que atendem ao parâmetro estabelecido por aquele Ministério, as equipes do TCU apontaram a existência de pacientes à espera de leitos hospitalares.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2011) apresentou dados sobre o número de leitos hospitalares por mil habitantes para determinados países que foram utilizados como indicadores dos recursos disponíveis para a prestação dos serviços. Segundo a OCDE, nos últimos dez anos, o número de leitos hospitalares *per capita* diminuiu em todos os países europeus, com exceção da Grécia e Turquia. Para os países membros da União Europeia, em média, o número de leitos por mil habitantes caiu 2% ao ano, diminuindo de 6,5 leitos por mil habitantes em 2000 para 5,3 em 2010. Cabe destacar que essa diminuição no número de leitos tem sido acompanhada por uma redução no tempo médio de permanência e, em alguns países, pela queda do número de admissões e altas hospitalares.

Ainda assim, em 2013, o Brasil possuía 2,51 leitos por mil habitantes, enquanto a média dos países membros da OCDE era de 4,8 leitos por mil habitantes e a dos países membros da União Europeia atingia 5,3. O quantitativo então existente no Brasil só estava próximo ao da Turquia (2,5), sendo menor que os valores de outros 35 países, conforme exposto no Gráfico 87 a seguir.

Gráfico 87: Leitos hospitalares por mil habitantes – comparativo Brasil x Países Europeus



Fonte dos dados do Brasil: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Período: agosto de 2013. IBGE – Estimativas populacionais para o TCU. Período: junho de 2013. Para cálculo do número dos leitos hospitalares, utilizou-se a soma dos leitos de internação com os leitos complementares (SUS e não SUS).

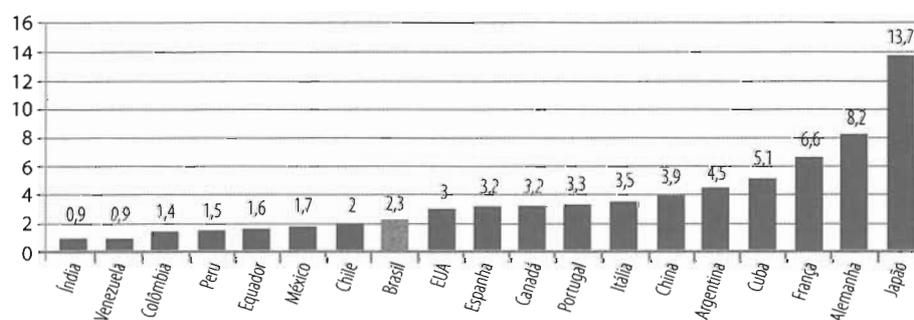
Fonte demais países: OECD (2012), *Hospital beds in Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. Informações de alguns países não incluem todos os hospitais. Para Irlanda e Reino Unido, os dados estão restritos aos hospitais públicos ou com financiamento público.

Cabe destacar que, no cálculo do número de leitos por mil habitantes para o Brasil, foram considerados todos os leitos de internação e complementares (SUS e não SUS) e as estimativas populacionais do IBGE. Conforme consta de nota técnica do CNES, leitos de internação são os que estão em um ambiente hospitalar e se encontram nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades. Não são considerados leitos hospitalares os de observação. Já os leitos complementares estão localizados nas unidades de terapia intensiva ou intermediária.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde - OMS também apresentou dados sobre a quantidade de leitos hospitalares por habitante (OMS, 2013a). Segundo essa organização, havia no mundo, em média, 2,7 leitos por mil habitantes. Nas Américas, essa média caía para 2,4 e na Europa subia para 6,0. Cabe destacar que existem pequenas diferenças entre os dados da OCDE e os da OMS, sendo que, para o Brasil, o dado apresentado na publicação da OMS é de 2,3 leitos por mil habitantes.

Aduz-se que, no Brasil e em alguns países europeus, a participação dos leitos privados no total de leitos tem aumentado. Na Alemanha, por exemplo, essa participação aumentou de 23%, em 2002, para 30% em 2010. No Brasil, em 2013, 31% dos leitos não pertenciam ao SUS.

Gráfico 88: Leitos por mil habitantes para alguns países segundo a OMS



Fonte: Adaptado da Organização Mundial de Saúde. *Estadísticas sanitarias mundiales* 2013

Segundo consta do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES, entre 2010 e 2013, houve uma diminuição no número de leitos no país e na taxa de leitos por mil habitantes, como se observa na tabela 14 abaixo.

Tabela 15: Evolução no número de leitos

Leitos ¹	2010 ³	2011 ³	2012 ³	2013 ³
SUS	359.968	356.596	352.830	348.392
Não SUS	147.844	148.327	150.668	156.193
Total²	507.812	504.923	503.498	504.585

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

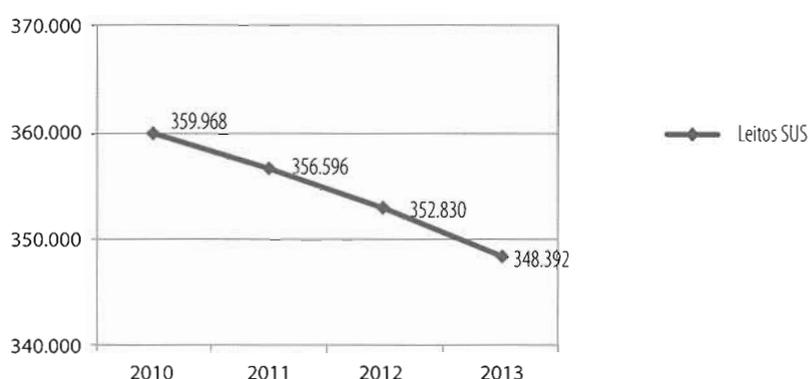
1. Soma dos leitos de internação com os leitos complementares.

2. Soma dos leitos SUS e não SUS.

3. Entre 2010 a 2012, considerou-se o mês de dezembro. Em 2013, utilizou-se o dado mais recente disponível durante a elaboração deste relatório (agosto).

Ao contrário do que ocorre com os leitos não SUS (aqueles não disponibilizados para uso no âmbito do SUS), a oferta de leitos SUS no país vem sofrendo redução desde 2010, o que contribuiu para a diminuição da quantidade de leitos existentes no país. Em 2010, a soma dos leitos SUS de internação e complementares atingiu 359.968. Entre esse ano e agosto de 2013, houve uma redução de 11.576 leitos SUS (naquele mês, havia 348.392 leitos SUS). O gráfico 85 abaixo apresenta essa redução.

Gráfico 89: Oferta do número de leitos SUS



Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

*Leitos SUS = soma dos leitos de internação com os leitos complementares.

**Para os anos de 2010 a 2012, utilizou-se o período de dezembro. Para 2013, utilizou-se o dado mais recente disponível durante a elaboração deste relatório (agosto).

Entre 2010 e 2013, houve uma redução da quantidade de todas as especialidades de leitos de internação (cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos e outras especialidades), com exceção dos leitos localizados em hospitais dia.

O Ministério da Saúde, em seus comentários ao relatório preliminar elaborado pela Secex Saúde, apresentou justificativas para a redução observada nos quantitativos de determinados tipos de leitos, a saber:

- leitos pediátricos: a redução seria justificada pelas ações de prevenção e proteção;
- leitos obstétricos: teria havido uma redução no número de nascidos vivos;
- leitos psiquiátricos: a redução teria ocorrido devido à criação de serviços substitutivos aos hospitais especializados.

Considerando o objetivo deste trabalho, essas justificativas não foram analisadas pela unidade técnica.

A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabeleceu que devem existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares totais para cada mil habitantes. No cálculo dessa estimativa, esse normativo considerou os leitos SUS, os do Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS (o Sistema de Saúde Suplementar) e os do Sistema de Desembolso Direto – SDD (sistema privado em que os serviços de saúde são pagos diretamente pelas pessoas), bem como a população total do Brasil. Cabe destacar que o Ministério da Saúde informou que, em sintonia com o que ocorre em países que possuem acesso universal à saúde, a meta é que o país alcance um mínimo de 3 leitos por mil habitantes. Além disso, também conforme o Ministério da Saúde, está em curso uma atualização de alguns parâmetros presentes na Portaria GM/MS nº 1.101/2002 acima citada.

Ao analisar os dados por região, verifica-se que as Regiões Norte e Nordeste não observam o parâmetro fixado pelo Ministério da Saúde, pois contam com 2,07 e 2,30 leitos por mil habitantes, respectivamente.

Tabela 16: Leitos por mil habitantes por região

Região	Leitos existentes ¹	População	Leitos ¹ por mil habitantes
Norte	81.779	58.795.762	2,84
Nordeste	40.866	14.993.194	2,73
Sudeste	218.378	84.465.579	2,59
Sul	128.310	55.794.694	2,30
Centro-Oeste	35.252	17.013.560	2,07
Nacional	504.585	201.062.789	2,51

Fonte: Ministério da Saúde - CNES. Período: agosto de 2013.

Fonte: IBGE – Estimativas populacionais para o TCU. Período: junho de 2013.

1. Soma dos leitos de internação com os leitos complementares

Cumprir salientar também que, em agosto de 2013, 67% dos estados não possuíam o número mínimo de leitos por mil habitantes estimado pelo Ministério da Saúde. O mapa a seguir apresenta a situação dos estados em relação ao parâmetro fixado por aquele Ministério.

Figura 2: Leitos por mil habitantes por unidade federada



Fonte: Ministério da Saúde - CNES (agosto/2013) e IBGE – Estimativas populacionais para o TCU (junho/2013).

Obs.: Para cálculo do número dos leitos hospitalares, utilizou-se a soma dos leitos de internação com os leitos complementares (SUS e não SUS).

No presente trabalho, também foi calculada a proporção entre os leitos SUS e a população não beneficiária de plano de saúde. Conforme dados de junho de 2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 49.231.643 pessoas são beneficiárias de planos de assistência médica. No entanto, nem todos esses planos cobrem a internação hospitalar.

Ao tabular esses dados, encontrou-se uma taxa de 2,29 leitos SUS para cada mil habitantes sem plano de saúde. Apesar de a Portaria GM/MS nº 1.101/2002 não estabelecer um parâmetro para essa proporção (leitos SUS por população sem plano de saúde), observa-se que a taxa encontrada é menor que o parâmetro estabelecido para a população total quando são considerados todos os leitos (2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes).

A superlotação dos leitos de internação foi verificada pelas equipes do TCU em hospitais visitados em muitas unidades da Federação. A título de exemplos, cabe citar que:

- a) em Alagoas, durante visita ao hospital de referência estadual, foram observados corredores lotados com pacientes em macas. Segundo a direção dessa unidade, sua taxa de ocupação média atinge 162% (a quantidade de pacientes internados supera em 62% o número de leitos oficiais). A carência de leitos nesse estado foi confirmada por gestores da Secretaria Estadual de Saúde;
- b) em Sergipe, gestores entrevistados relataram que hospitais regionais localizados no interior do estado não conseguem atender a demanda, o que contribui para a superlotação verificada em algumas unidades hospitalares da capital;
- c) no Paraná, um gestor registrou ser difícil oferecer leitos condizentes com o grau de complexidade demandado;
- d) a carência de leitos em determinadas regiões dentro de um estado ou município foi assinalada por gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e das Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul.

Também foi detectada a ausência de uma adequada regulação ou gestão dos leitos existentes, como se observa nos seguintes exemplos:

- a) em unidade no Amapá, o paciente pode aguardar durante meses a realização de uma cirurgia eletiva;
- b) na Paraíba, foram constatados casos de pacientes que permanecem internados sem previsão para a realização das respectivas cirurgias;
- c) no Maranhão, foi relatada a internação contínua de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva;
- d) no Piauí, relatou-se a excessiva autonomia das clínicas de um hospital visitado, cujas vagas nos leitos de enfermaria e UTI são, em regra, ocupadas conforme decisão dos seus coordenadores.

A superlotação também restou consignada nas respostas obtidas nos questionários aplicados aos gestores dos hospitais visitados. Nesse sentido, 47% dos gestores dos 116 hospitais afirmaram que muitas vezes ou sempre há pacientes alocados nos corredores da unidade (pacientes acomodados em cadeiras, macas ou colchões nos corredores por falta de leitos). A existência de quartos com quantidade de pacientes acima da capacidade máxima planejada foi apontada por 47 das 116 unidades, sendo que em 18% esse fato ocorre poucas vezes, em 12% sempre ocorre e 10% acontece muitas vezes.

A dificuldade para referenciar pacientes para outra unidade, que contribui para a superlotação e evidencia dificuldades na regulação e gestão dos leitos, foi confirmada por 78% das unidades visitadas (91 do total de 116).

Por fim, a permanência de pacientes em leitos após a alta médica, outro fato que demonstra uma inadequada gestão dos leitos existentes, foi apontada pela maioria dos gestores das unidades com as seguintes frequências: 72% poucas vezes, 12% muitas vezes, e 7% sempre. Questões sociais (pacientes abandonados pelas famílias ou que não conseguiriam obter cuidados necessários em casa) são as principais causas dessa situação, segundo a maioria dos entrevistados (gestores de 98 das 116 unidades). Outra causa seria a dificuldade para referenciar o paciente para outra unidade, que foi apontada por gestores de 20 das 116 unidades.

Cabe destacar que gestores dos municípios de Marabá (PA) e do Rio de Janeiro (RJ) teceram críticas aos parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Aduz-se que, em 2010, o TCU, no âmbito de auditoria realizada para avaliar o uso de mamógrafos no País, recomendou⁷ à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que atualizasse os parâmetros da referida portaria, tendo em conta as mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico. Naquela oportunidade, foi sugerido o estabelecimento de parâmetros regionalizados e de metas mínimas de produtividade por equipamento público. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em seus comentários à versão preliminar deste relatório, reconheceu que os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estão desatualizados e informou que uma revisão desse normativo está em curso.

Conforme dados constantes do CNES, em agosto de 2013 havia 38.118 leitos de UTI, dos quais 49,83% (18.993) estavam disponíveis para utilização no âmbito do SUS. Observa-se que, apesar de a maioria da população brasileira ser usuária exclusiva do SUS, havia uma concentração dos leitos de UTI fora do Sistema Único de Saúde. Cumpre ressaltar que essa concentração de leitos fora do SUS não foi observada em relação aos leitos de internação, pois, naquele mês, 71,11% deles eram contratados pelo SUS.

Por outro lado, ainda conforme o CNES, o número de leitos de UTI SUS vem aumentando nos últimos anos. Em dezembro de 2010, eram 16.090, e em agosto de 2013 eram 18.993 leitos, um aumento de aproximadamente 18%. Quanto ao tipo de prestador, verificou-se que 50% dos leitos de UTI SUS estavam vinculados a prestadores públicos, 37% a entidades filantrópicas e 13% a estabelecimentos privados.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, a necessidade de leitos de UTI varia entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares. Segundo dados do CNES, em agosto de 2013, 8% do total de leitos hospitalares (SUS e não SUS) eram leitos de UTI (SUS e não SUS). Esse parâmetro mínimo (entre 4% a 10%) era observado em todos os estados e regiões brasileiras, sempre considerados os leitos totais do país cadastrados no CNES (SUS e não SUS).

Contudo, considerando que 50,17% dos leitos de UTI do país não pertencem ao Sistema Único de Saúde, a conformidade do número de leitos de UTI disponíveis no país com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (que utiliza a soma do número de leitos de UTI SUS e não SUS) deve ser vista com extrema cautela. Afinal, a porcentagem de leitos de UTI sobre o total de leitos é superior nos leitos não SUS. Assim sendo, existe uma significativa diferença entre a porcentagem de leitos de UTI SUS sobre o total de leitos SUS e a porcentagem de leitos de UTI não SUS sobre os leitos não SUS. Além disso, se forem considerados no cálculo apenas os leitos SUS, os seguintes estados possuíam menos de 4% de leitos de UTI em relação ao total de leitos: Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí e Bahia.

A necessidade de vagas em leitos de UTI SUS foi observada na maioria dos 116 hospitais visitados, uma vez que 59% dos gestores dessas unidades afirmaram que muitas vezes ou sempre há leitos sendo utilizados para prestar atendimentos acima de sua complexidade (30% muitas vezes e 28% sempre, sendo a soma de valores arredondada para 59%). Exem-

plu dessa situação era a existência de pacientes em salas amarelas ou vermelhas à espera de leitos de UTI.

Gestores das Secretarias de Saúde da Bahia, de Belo Horizonte, do Espírito Santo, de Mato Grosso, do Rio Grande do Sul e de Sergipe relataram a insuficiência de leitos de UTI. Os Conselhos Regionais de Medicina do Distrito Federal e de Mato Grosso também mencionaram a espera de leitos de UTI por pacientes do SUS. Por fim, a alta demanda por leitos de UTI também foi citada pelas Defensorias Públicas de Goiás, do Distrito Federal e de Mato Grosso.

Cabe ressaltar que a necessidade de leitos de UTI pode decorrer da inexistência desse recurso físico, da falta de profissionais ou equipamentos e da gestão/regulação inadequada dos leitos existentes.

Tendo em vista que os dados constantes do CNES poderiam não refletir adequadamente a realidade dos hospitais públicos, buscou-se levantar informações sobre os leitos hospitalares disponíveis nos estabelecimentos visitados, bem como confrontar eventuais diferenças entre os leitos existentes nessas unidades e os cadastrados no CNES. Nesse sentido, foram solicitadas às unidades visitadas informações sobre a quantidade de leitos existentes e de leitos indisponíveis (bloqueados), em diversas categorias (leitos cirúrgicos, clínicos, crônicos, de cuidados intermediários, pediátricos, obstétricos, UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal). Cabe ressaltar que essas informações não foram prestadas por todos os hospitais visitados (107 dos 116 encaminharam esses dados).

Foi informada a existência de 23.755 leitos, dos quais 2.389 (10%) estavam indisponíveis para uso. O maior percentual de bloqueios ocorria nas UTI adulto, onde 14% dos leitos estavam indisponíveis.

Tabela 17: Leitos existentes, disponíveis e indisponíveis para uso nos hospitais visitados

Tipos de leitos	Leitos existentes ¹	Leitos disponíveis		Leitos indisponíveis/bloqueados	
		Quantidade	% em relação ao total	Quantidade	% em relação ao total
Cirúrgicos ²	7.828	7.261	93%	567	7%
Clínicos ²	7.039	6.298	89%	741	11%
Crônicos	474	432	91%	42	9%
Cuidados intermediários	1.124	1.009	90%	115	10%
Pediátricos ³	2.287	1.998	87%	289	13%
Obstétricos ³	2.111	1.847	87%	264	13%
UTI Adulto	1.836	1.581	86%	255	
UTI Pediátrica	373	329	88%	44	12%
UTI Neonatal	683	611	89%	72	11%
Total	23.755	21.366	90%	2.389	10%

Fonte: Dados informados pelos hospitais visitados por meio de resposta a ofício de requisição.

1. Foram solicitados os dados apenas dos tipos de leitos descritos na tabela. Desse modo, podem existir nos hospitais outros tipos de leitos.

2. Exceto pediátrico e obstétrico.

3. Clínicos e cirúrgicos.

A Região Norte apresentava o maior percentual de bloqueio (15%), seguida da Sudeste (14%). Na Região Norte, os maiores percentuais estavam na UTI pediátrica (28%)

e nos leitos pediátricos (23%). Na Região Sudeste, 51% dos leitos obstétricos estavam indisponíveis.

Solicitou-se também que os hospitais informassem o motivo da indisponibilidade dos leitos. A causa apontada como mais frequente foi a carência de profissionais: 12% desses leitos estavam bloqueados por falta de médicos, 16% devido à ausência de enfermeiros e 18% em decorrência da inexistência de algum outro profissional. Cabe destacar que um leito pode estar bloqueado por mais de um motivo, inclusive pela falta de mais de um tipo de profissional. Problemas de manutenção ou estrutura predial foram o segundo motivo apontado (18%). Em seguida, foram citadas questões relacionadas a equipamentos (falta 11% e manutenção 7%).

Tabela 18: Motivos apontados pelos hospitais visitados para o bloqueio de leitos

Motivo ¹ para o bloqueio	% ¹ em relação ao total de leitos bloqueados ²
Falta de médicos	12%
Falta de enfermeiros	16%
Falta de outros profissionais	18%
Problemas de manutenção ou estrutura predial	18%
Falta dos equipamentos mínimos	11%
Problemas de manutenção de equipamentos	7%
Falta dos insumos mínimos	3%
Outros	16%

Fonte: Dados informados pelos hospitais visitados por meio de resposta a ofício de requisição.

1. Um leito pode estar bloqueado por mais de um motivo.

2. Foram solicitados os dados apenas dos seguintes tipos de leitos: cirúrgicos, clínicos, crônicos, leitos de cuidados intermediários, pediátricos, obstétricos, UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal. Desse modo, podem existir nos hospitais outros tipos de leitos bloqueados.

A unidade técnica considerou relevante o fato de que a não utilização de leitos hospitalares decorra da falta de profissionais. Cumpre ressaltar que os motivos “*falta de enfermeiros*” e “*falta de outros profissionais*” foram citados com mais frequência que a “*falta de médicos*”.

O confronto entre os dados constantes do CNES e as informações levantadas nos hospitais visitados sobre a quantidade de leitos revelou uma diferença de aproximadamente 9% (2.237 leitos) a mais no número de leitos cadastrados no CNES. Em princípio, isso parece indicar que os dados desse sistema estão desatualizados.

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmaram que:

A taxa de ocupação de leitos – porcentagem do total de leitos-dia nos quais um leito é utilizado – é outro indicador comum de desempenho, porque reflete o nível de utilização dos recursos existentes. A taxa desejável de ocupação dos leitos é entre 75% e 85% da capacidade. (...) Altas taxas de ocupação, porém, não significam necessariamente desempenho hospitalar superior nem maior eficiência (...). Além disso, altos níveis de ocupação podem resultar da superlotação (...).

A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estipulou como sendo desejável uma taxa de ocupação de 80% a 85%. Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomendou que essa taxa ficasse entre 75% a 85% e ressaltou que uma taxa inferior a 75% indicaria baixa utilização e ineficiência na gestão hospitalar.

Em razão da importância desse indicador, foram solicitadas aos hospitais visitados informações a respeito da taxa de ocupação verificada em 2012 e 2013. Considerando que

nem todas as unidades apresentaram a informação e foram excluídos alguns dados inconsistentes, foram levados em contas no presente trabalho dados relativos a 90 hospitais em 2012 e a 87 em 2013. Com fulcro nessas informações, calculou-se a média dos dados apresentados para os anos de 2012 e 2013 para cada uma dessas unidades.

Segundo os dados informados pelos hospitais, 52% desses estabelecimentos apresentaram em 2012 taxa de ocupação média superior a 85%. Entre janeiro e junho de 2013, a maioria das unidades esteve com uma taxa de ocupação superior a 85%. Ressalte-se que, entre as unidades com taxas de ocupação acima de 85%, 18 apresentaram taxas superiores a 100% em 2012 e 17 em 2013. Essas constatações evidenciam uma provável superlotação, que ensejou uma utilização constante de leitos extras. Conclui-se, então, que a maioria dos hospitais apresentou taxa média de ocupação fora dos parâmetros recomendados pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002.

Tabela 19: Taxa de ocupação média nas unidades visitadas

Taxa de ocupação média	2012 ¹		2013 (janeiro a junho) ¹	
	Quantidade de unidades ¹	% em relação ao total ¹	Quantidade de unidades ¹	% em relação ao total ¹
Inferior a 80%	29	32%	28	32%
Entre 80 e 85%	14	16%	12	14%
Superior a 85%	47	52%	47	54%

Fonte: Dados informados pelos hospitais visitados por meio de reposta a ofício de requisição.

Obs.: Foram utilizados dados de 90 unidades para o ano de 2012 e 87 unidades para o ano de 2013 (meses de janeiro a junho).

1. Algumas unidades não informaram os dados de todos os meses solicitados (janeiro a dezembro de 2012 e janeiro a junho de 2013), sendo considerados, para o cálculo da média, os dados dos meses apresentados.

A taxa desejável citada por La Forgia G. M e Couttolenc B. F. (op. cit.), entre 75% e 85%, foi apresentada por 22 unidades (24%) em 2012. Destaca-se, ainda, o número considerável de unidades com taxas médias de ocupação inferiores a 75% (23%), o que pode indicar baixa utilização de recursos e ineficiência na gestão hospitalar.

Cabe ressaltar que os dados aqui apresentados devem ser interpretados levando em conta o critério de seleção dos hospitais visitados (95% dos hospitais visitados possuíam mais de 50 leitos, além de serem relevantes para o estado). Afinal, em unidades de maior porte e resolutividade a taxa de ocupação tende a ser maior, ao contrário do que ocorre com unidades de pequeno porte e baixa resolutividade.

Foram constatadas diferenças significativas entre as taxas de ocupação de algumas unidades hospitalares visitadas. Por exemplo, em Alagoas, a equipe do TCU observou que, enquanto um hospital de Maceió estava superlotado, outros dois localizados a cerca de 50 km da capital estavam praticamente vazios. Em Roraima, a equipe relatou que geralmente o hospital da capital tem demanda por leito de internação superior à oferta, enquanto outras duas unidades do estado têm uma quantidade de leitos superior à procura.

Em caráter adicional, foram solicitados dados de 96 hospitais escolhidos aleatoriamente entre os hospitais gerais públicos cadastrados no CNES com mais de cinquenta leitos e que não haviam sido selecionados para serem visitados pelas equipes de auditoria. Foram obtidas informações sobre a taxa de ocupação de 77 desses hospitais.

A maioria desses hospitais apresentou taxas de ocupação fora dos parâmetros recomendados pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (entre 80% e 85%). Em 2012, 62% dessas

unidades apresentaram taxas de ocupação menores que 80%, 22% taxas maiores que 85% e apenas 16% taxas entre 80% e 85%, ou seja, na faixa recomendada. Em 2013, a situação foi similar à verificada no ano anterior: 56% de taxas menores que 80%, 27% maiores que 80% e 17% entre 80% e 85%. Cabe ressaltar que os dados de 2013 não se referem ao ano todo.

Vale destacar, ainda, o alto percentual de unidades que apresentaram taxas de ocupação menores que 75%: 53% em 2012 e 48% em 2013. Reitera-se que isso pode indicar baixa utilização e ineficiência na gestão hospitalar, porém, não se pode afirmar que essas sejam as causas das baixas taxas de ocupação. Afinal, pode haver erros nos dados apresentados pelos hospitais e a Secex Saúde não investigou os motivos desse fenômeno.

Outro indicador que pode trazer informações sobre o uso dos leitos nos hospitais é o Tempo Médio de Permanência - TMP. Conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.101/2002, o TMP é um dos indicadores usados para definir o rendimento/produktividade de leitos em cada especialidade.

Para La Forgia G. M e Couttolenc B. F. (op. cit.), o TMP muda de acordo com a severidade dos casos atendidos pela unidade, uma vez que os casos mais graves e crônicos geralmente exigem internações mais longas. Ainda consoante esses autores:

A qualidade do atendimento e a eficiência da gestão clínica também afetam o TMP. Permanências mais longas que o necessário desperdiçam recursos hospitalares e podem dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves ou até mesmo correndo risco de morte. Não existem evidências de que TMP mais longos resultem em maior qualidade da atenção ou melhorem os resultados em termos de saúde. Além disso, internações longas, mas desnecessárias, podem inflar artificialmente a taxa de ocupação dos leitos. (...) o case mix e o tamanho dos hospitais influenciam o TMP. Hospitais de maior porte, federais e estaduais, em especial as unidades de ensino e referência, tratam casos mais graves do que unidades municipais e privadas menores.

Segundo os dados constantes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 2012, a média de permanência das internações hospitalares do SUS atingiu 5,7 dias, sendo que a maior média foi encontrada no Rio de Janeiro (9,2 dias).

Dados da OCDE apontaram que o tempo médio de permanência nos hospitais dos países europeus diminuiu de 8,2 dias em 2000 para 6,9 dias em 2010 (OCDE, 2012). Segundo essa Organização, vários fatores explicam essa redução, tais como, o uso de procedimentos cirúrgicos menos invasivos, as mudanças verificadas nos métodos de tratamento e a expansão de programas de alta precoce, os quais permitem que os pacientes recebam cuidados em casa. Cabe ressaltar que, consoante apontado pelos autores acima mencionados, os hospitais da OCDE atendem uma população mais idosa que aquela tratada nos hospitais brasileiros. Logo, essa comparação deve ser relativizada.

Considerando os dados apresentados por 92 unidades, a média de permanência nas internações atingiu 8,18 dias. No entanto, 41% desses hospitais apresentaram taxas médias superiores a oito dias. Esse elevado percentual de permanências mais longas pode ser explicado pelo fato de que essas unidades são, em sua grande maioria, hospitais com mais de cinquenta leitos e relevantes para o estado. Afinal, consoante exposto acima, hospitais de maior porte, por tratarem de casos mais graves, tendem a apresentar TMP maiores. Além disso, há casos de pacientes internados aguardando longo tempo por cirurgias ou transferências.

Consoante afirmado pelo Ministério da Saúde, uma análise mais aprofundada desses dois últimos indicadores deve levar em consideração diversos fatores, como porte e perfil assistencial dos hospitais, além da proporção de leitos destinados a pacientes com patologias

crônicas. No entanto, ainda conforme o próprio Ministério, os extremos nos dois indicadores podem indicar ineficiência na gestão hospitalar.

Diante do acima exposto, a unidade técnica concluiu que os dados obtidos no presente trabalho demonstraram que, além de o país possuir uma quantidade de leitos por habitante inferior a de muitos países, vários estados brasileiros não possuíam uma quantidade de leitos adequada. Mesmo diante dessa situação, observou-se que, ao contrário dos leitos não SUS, a oferta de leitos SUS vem sendo reduzida nos últimos anos. Além disso, mesmo em estados que apresentavam uma proporção adequada de leitos por habitante, foram constatadas situações em que ficou patente a necessidade de algum tipo de leito.

Cabe ressaltar que a existência de leitos deve ser acompanhada por gestão e regulação adequada, além de uma distribuição geográfica e entre especialidades que atenda às demandas da população. Nesse particular, foram levantados problemas, como, por exemplo, leitos bloqueados por falta de pessoal, dificuldades em referenciar pacientes e taxas de ocupação fora dos parâmetros recomendados. Tais problemas podem ocasionar a prestação de serviços de saúde inadequados, a perda da qualidade na prestação do atendimento e o aumento da morbidade e da mortalidade.

Recursos humanos

A questão dos recursos humanos na área da saúde tem gerado grande interesse e discussões na sociedade brasileira, em função, entre outras causas, das recentes reivindicações sociais e das polêmicas relacionadas à contratação de médicos por meio do “Programa Mais Médicos”, que visa levar profissionais de medicina para regiões onde existem os maiores déficits destes profissionais.

É consenso entre profissionais e acadêmicos que a gestão de recursos humanos se apresenta como um dos grandes desafios no âmbito do SUS. Essa percepção é corroborada, por exemplo, pelo conhecido fato de diversas regiões do país atualmente enfrentarem grandes dificuldades relativas à contratação de profissionais, mesmo com a oferta de altas remunerações por parte de estados ou municípios.

Na área da saúde, essa questão assume maior complexidade em função das dimensões e especificidades relacionadas à composição e distribuição da força de trabalho, à formação e qualificação profissional, à concorrência entre os mercados de trabalho público e privado, à regulação do exercício profissional, às relações ético-profissionais, às relações de trabalho e aos vínculos profissionais.

O problema é ainda mais grave na área de assistência básica, onde a carência de profissionais é mais acentuada devido aos salários e às condições de trabalho menos atrativas que são oferecidas, especialmente, para os médicos.

A título de contextualização, cabe apresentar alguns comparativos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que ganharam visibilidade recentemente. Cabe esclarecer que a OMS não definiu uma taxa de médicos por habitantes considerada ideal. Os dados apresentados por essa Organização visam apenas estabelecer um comparativo internacional entre os diversos países analisados.

Segundo dados divulgados em 20/5/2013 pela OMS, na abertura de sua assembleia anual, em Genebra, havia no Brasil 17,6 médicos para cada dez mil pessoas, taxa essa um

pouco inferior à média do restante dos países emergentes, que era 17,8, e à média das Américas, que superava 20 médicos por dez mil habitantes.

A comparação com os países ricos, principalmente com os europeus, revelava grandes disparidades entre a situação do Brasil e a das economias desenvolvidas. Na Europa, havia 33,3 médicos para cada dez mil habitantes, quase o dobro da taxa verificada no nosso país. Alguns países do velho continente apresentavam realidade ainda mais distante da brasileira, tais como Áustria (48,6 médicos para cada dez mil habitantes), Suíça (40,8), Bélgica (37,8), Dinamarca (34,2) e Alemanha (36,9).

Também é possível identificar no trabalho da OMS as diferentes realidades existentes no Brasil. No Sudeste, por exemplo, a taxa era de 26 médicos por dez mil habitantes, superior à dos Estados Unidos (24), Canadá (20) e Japão (21). Por outro lado, na Região Norte, a média era de 10 médicos para cada 10 mil pessoas, abaixo da média nacional de países como Trinidad e Tobago, Tunísia, Tuvalu, Vietnã, Guatemala, El Salvador ou Albânia. No Nordeste, a taxa era de doze médicos para cada dez mil pessoas, sendo que, em um dos seus estados, o Maranhão, essa proporção chegava a sete médicos por dez mil habitantes, taxa equivalente à da Índia ou do Iraque.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) apresentaram, em dezembro de 2011, um documento intitulado “Demografia Médica no Brasil”, que apresentou dados sobre o número de médicos registrados por habitante. Esse estudo considerou como médico registrado aquele que exercia uma atividade médica, não importando em qual área ou tipo de estabelecimento, e que possuía um registro ativo nos Conselhos Regionais de Medicina.

Segundo consta desse trabalho, o Brasil possuía 19,5 médicos registrados por dez mil habitantes (371.788 profissionais para 190.732.694 habitantes). Foi identificada uma grande concentração de médicos ativos nas regiões Sudeste (26,1 médicos por dez mil habitantes), Sul (20,3) e Centro-Oeste (19,9). As regiões Nordeste e Norte apresentavam, respectivamente, relação de 11,9 e 9,8 médicos para cada dez mil habitantes.

O estudo destacou que determinados entes da Federação, como o Distrito Federal (40,2 médicos por dez mil habitantes), Rio de Janeiro (35,7), São Paulo (25,8) e Rio Grande do Sul (23,1), detinham números próximos ou superiores a países da União Europeia. Na outra ponta, estavam estados do Norte (Amapá e Pará) e Nordeste (Maranhão) com menos de dez médicos por dez mil habitantes, índices comparáveis aos dos países africanos.

O estudo chama a atenção também para a elevada proporção de médicos registrados por habitantes em algumas capitais estaduais. O Espírito Santo tinha 21,1 médicos registrados por dez mil habitantes e sua capital Vitória contava com 104,1, índice cinco vezes maior a média do estado. Florianópolis tinha 64,4 médicos para cada 10.000 habitantes enquanto em Santa Catarina essa taxa era de 18,9. Já em Minas Gerais havia 19,7 médicos por dez mil habitantes enquanto Belo Horizonte contava com 62,9. Por fim, a cidade de São Paulo tinha 43,3 médicos registrados por dez mil habitantes e o Estado de São Paulo tinha apenas 25,8. Aduz-se que Teresina (com 25,4 médicos por dez mil habitantes), Belém (30,9) e São Luiz (23,3) também ostentavam taxas muito superiores às verificadas em seus respectivos estados: Piauí (10,0), Pará (8,3) e Maranhão (6,8).

Sintetizando essas informações, cabe ressaltar que nas capitais a taxa de médicos registrados por dez mil habitantes era de 42,2, contra 19,5 no país como um todo. O que

comprova a reconhecida dificuldade enfrentada para fixar profissionais nas cidades do interior do país, em especial nas Regiões Norte e Nordeste. Isso se deve principalmente ao fato de estas localidades normalmente apresentarem estruturas precárias para o atendimento ao público e o desenvolvimento profissional, o que desestimula os profissionais de saúde a ingressarem nos quadros dos hospitais públicos dessas regiões. Soma-se isso o fato de as cidades do interior possuírem uma infraestrutura urbana deficiente, além de poucas opções de lazer e educação, o que descortina um difícil quadro de captação de médicos, mormente os especialistas, mesmo que sejam oferecidos altos salários aos contratados.

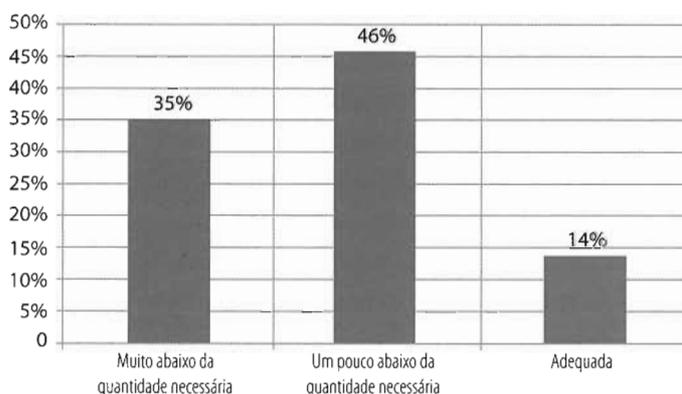
Nesse mesmo sentido, gestores de municípios mais distantes localizados em Goiás relataram a dificuldade para contratar e fixar profissionais, principalmente médicos, mesmo com a remuneração alta. Por via de consequência, em Goiás, a distribuição de médicos é bem desfavorável, pois 223 municípios possuem menos de um médico para cada 1000 habitantes.

No presente levantamento, a Secex Saúde buscou enfocar a questão dos recursos humanos sob a percepção dos gestores que atuam em unidades hospitalares. Em especial, esses gestores foram inquiridos sobre as dificuldades enfrentadas para prestar serviços em função da inadequação do quadro de profissionais.

Deve-se observar que as respostas obtidas foram afetadas pela percepção particular dos gestores entrevistados, relativa à quantidade e à qualidade dos serviços prestados ou que deveriam ser prestados, bem como pela sua expectativa de melhoria dos serviços em termos de tempestividade e abrangência. Ademais, é provável que alguns entrevistados tenham considerado o déficit do quantitativo de profissionais em relação à estrutura física da unidade, tendo indicado os quantitativos necessários para que o respectivo hospital atuasse no máximo de sua capacidade atual, não para atender toda a demanda potencial referente a sua área de abrangência. Note-se que, via de regra, a demanda potencial tende a ser bem superior à capacidade física do estabelecimento.

Observou-se que 94 dos 116 hospitais nos quais foi aplicado o questionário informaram que seu quadro de profissionais apresentava déficit em relação ao que foi estimado para atender à demanda. Entre as unidades que apontaram a existência de um déficit de pessoal, 41 consideraram que a quantidade de profissionais estava muito abaixo da quantidade necessária e 53 que essa quantidade estaria um pouco abaixo da necessária. O Gráfico 90 a seguir apresenta a distribuição dessas respostas.

Gráfico 90: Avaliação dos gestores dos hospitais visitados quanto à quantidade de profissionais da unidade em relação à demanda



Fonte: Questionário aplicado aos gestores dos 116 hospitais visitados.
Obs.: Foram colhidas 110 respostas nessa questão.

Algumas unidades que consideraram adequada a quantidade de profissionais existente em seus quadros, afirmaram que isso se dava em função das horas extras pagas.

Um efeito imediato do quantitativo insuficiente de profissionais é a não realização de procedimentos ou sua realização em escala inferior à capacidade da unidade e à demanda. Exemplo dessa situação é o bloqueio de leitos em função da carência de profissionais. Cabe ressaltar que, em alguns casos, o leito hospitalar está bloqueado por mais de um motivo, sendo que, no caso de falta de profissionais, a falta de mais de um tipo de profissional pode ser o motivo para o bloqueio de um único leito. Essa questão está retratada na tabela a seguir:

Tabela 20: Quantidade de leitos indisponíveis por falta de profissionais nos hospitais visitados

Motivo apontado	Total de leitos indisponíveis	% em relação ao total de leitos indisponíveis
Falta de médicos	296	12%
Falta de enfermeiros	388	16%
Falta de outros profissionais	437	18%
Total	1.121	47%

Fonte: Dados informados por 107 dos 116 hospitais visitados por meio de reposta a ofício de requisição.

1. Foram solicitados os dados a respeito dos seguintes tipos de leito: cirúrgicos, clínicos, crônicos, leitos de cuidados intermediários, pediátricos, obstétricos, UTI adulto, UTI pediátrica, e UTI neonatal.

2. Era possível ao gestor apontar mais de um motivo para o bloqueio do leito. Dessa forma, um leito hospitalar pode estar bloqueado por mais de um motivo, bem como pela falta de mais de um profissional.

Nas respostas obtidas, o principal motivo apontado para a indisponibilidade dos leitos foi o número insuficiente de “outros profissionais”, entre os quais se destacam os técnicos de enfermagem. Das vinte unidades que estimaram a existência de leitos bloqueados por falta de outros profissionais, quinze registraram a existência de poucos técnicos de enfermagem.

Além da falta de técnicos em enfermagem, também foi destacada a ausência de enfermeiros. Foi mencionada ainda a carência de fisioterapeutas, patologistas, psicólogos, assistentes sociais e assistentes administrativos.

O resultado dessa pesquisa desperta atenção pelo fato de o déficit de médicos – atual epicentro de notícias, debates, análises e políticas públicas – ter sido apontado como menos impactante para a existência de leitos bloqueados que a insuficiência de profissionais de enfermagem, o que pode demonstrar a necessidade de uma discussão mais ampla acerca da situação do quadro de pessoal que atua na saúde pública do Brasil.

Algumas situações específicas corroboram os números apresentados acima. No Acre, um hospital respondeu que oito leitos de UTI para adultos não estavam sendo utilizados por falta de técnicos em enfermagem. No Amazonas, a equipe de fiscalização deste Tribunal identificou a seguinte situação:

Nos hospitais que também funcionam como pronto socorro houve a tendência de apontar como mais gravosa a insuficiência nos quadros de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem). No hospital com característica de retaguarda (sem pronto atendimento), o relato foi de falta de médicos, seja em clínica geral ou especialista.

A carência de profissionais de saúde nas unidades hospitalares foi confirmada por outras fontes. No Ceará, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina, após vistoria

realizada em 2013, concluiu que as unidades de terapia intensiva de uma unidade estavam funcionando com 50% de sua capacidade operacional devido à falta de recursos humanos e equipamentos. Em Rondônia, a situação foi considerada muito grave devido à redução substancial do quantitativo de profissionais ocorrida em período recente. Um dos hospitais informou que, no ano de 2012, havia 79 médicos e, em junho de 2013, esse quantitativo havia sido reduzido para 56 médicos. Outra unidade informou que, em 2012, contava com 89 médicos e, em junho de 2013, passou a dispor de 77 médicos. Além disso, houve uma redução de nove enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem. Em alguns estados, foi detectada a carência de outros profissionais. Assim, no Acre e no Pará, havia necessidade de contratar mais profissionais no setor de limpeza e no refeitório. Já no Distrito Federal, foi registrado déficit de profissionais na área de lavanderia. Essas constatações corroboram a percepção de que a carência de pessoal atinge diversos serviços e áreas dos hospitais.

Outra causa apontada para a carência de recursos humanos foi uma suposta inadequação da política de recursos humanos adotada pelos entes contratantes, devido à ausência de ações direcionadas para fortalecer a carreira dos profissionais de saúde. Além disso, cabe destacar a existência de muitos servidores em vias de se aposentar nos próximos anos, conforme foi apontado, por exemplo, em Rondônia, no Acre e na Bahia.

Nesse contexto, deve ser implementada com urgência uma política permanente para contratar novos servidores e substituir aqueles que se aposentam ou são exonerados. Como se tratará mais adiante, alguns entes enfrentam obstáculos decorrentes de restrições orçamentárias, devido à insuficiência de recursos para arcar com as despesas da saúde ou a limitações advindas da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

As equipes do Tribunal constataram que os entes contratantes, em geral, não conseguem compor seus quadros em razão da insuficiência de atrativos salariais, da inexistência de ações de valorização e capacitação profissional e da precária infraestrutura ofertada aos profissionais em algumas unidades de saúde. Aduz-se que a concorrência com o mercado privado, que muitas vezes oferece melhores condições de trabalho, tem contribuído significativamente para a redução do quadro de profissionais da rede pública.

A carência de ações voltadas para o estabelecimento de uma adequada política de recursos humanos é confirmada por especialistas e representantes de conselhos de classe ouvidos pelas equipes deste Tribunal. No estado de São Paulo, por exemplo, os auditores do TCU relataram que:

Também sob a ótica dos especialistas entrevistados, a questão de recursos humanos sobressaiu-se dentre os maiores problemas da assistência hospitalar. As razões para o déficit no quantitativo dos profissionais de saúde, principalmente médicos, residem, essencialmente, na falta de uma adequada política de recursos humanos voltada para a valorização da carreira. Além das questões salariais, os problemas remetem às condições de trabalho, ao aprimoramento, à capacitação e à falta de concursos públicos.

Em particular, os representantes do Cremesp e da rede municipal citaram que na cidade de São Paulo existe grande dificuldade para fixar médicos em regiões da periferia, onde as condições de segurança pública são precárias e os índices de periculosidade são altos. Embora não assegurem, ponderam que este entrave poderia ser atenuado, não fosse a concepção elitista que se vê na formação do profissional médico, não voltado para o atendimento assistencial no SUS, associado a um maior reforço na segurança do profissional (e não somente patrimonial) pelo poder público.

Algumas vezes, a realidade do mercado de trabalho dos profissionais de saúde varia fortemente dentro do mesmo ente da Federação e a concorrência por esses profissionais ultrapassa as fronteiras municipais. Isso se deve também à incipiência das ações relativas à integração entre entes e regiões de saúde. Nesse sentido, foi apontada, no Estado de Goiás, uma variação salarial entre os municípios que chega a mais de 250%.

A situação de pleno emprego para os profissionais de nível superior na área da saúde, o conhecido corporativismo das instituições representativas desses profissionais, os interesses políticos envolvidos e a mitificação do médico por parte da população acarretam diversas dificuldades no âmbito do sistema de saúde. Uma dessas dificuldades é a submissão da administração contratante aos interesses de categorias profissionais, que foi constatada em alguns estados. Em Sergipe, por exemplo, foi relatado nas entrevistas que algumas categorias médicas estão impondo aos hospitais condições para trabalhar. Além disso, no âmbito desse estado, foi relatada a criação de sistema de regulação próprio pelos médicos, com a existência de uma fila de atendimento para privilegiar, na ordem da realização de cirurgias eletivas, os pacientes atendidos nos consultórios particulares desses médicos.

Verificou-se que, no âmbito do SUS, é comum existir uma ampla diversidade de vínculos trabalhistas que abrangem os regimes estatutários de cada ente, as requisições de servidores de outras esferas, os contratos temporários regidos por legislação especial e a contratação de profissionais por meio de cooperativas de trabalho. Conseqüentemente, coexistem diversas formas de remuneração, decorrentes da diversidade de vínculos trabalhistas e das distintas jornadas de trabalho exercidas pelos profissionais.

No presente levantamento, essa complexidade dificultou a elaboração de comparações entre as informações colhidas acerca do pagamento de horas extras para contratação de profissionais de saúde. Afinal, são utilizadas distintas denominações e definições de rubricas para realizar esse tipo de pagamento. Percebeu-se, por exemplo, que algumas secretarias de saúde consideravam plantões médicos como horas extras e outras não.

Em muitos casos, a diversidade de vínculos ocorre dentro da mesma unidade hospitalar, como foi observado em unidades visitadas no Acre, na Bahia, no Rio de Janeiro, no Paraná e em Sergipe. No Rio de Janeiro, em especial, foi destacada a dificuldade para gerir esses servidores, devido à diversidade de remunerações pagas a profissionais com qualificações similares e à fragilidade de alguns vínculos.

No Ceará, o Conselho Regional de Medicina informou a existência de médicos trabalhando por serviço prestado, ou seja, esses profissionais eram remunerados por procedimentos realizados ou por horas que trabalhavam no estabelecimento de saúde. Essa constatação expõe a fragilidade do vínculo trabalhista entre o contratante e o contratado.

Essa mesma situação foi verificada em Sergipe, onde a equipe deste Tribunal relatou a existência de pagamentos efetuados aos médicos mediante RPA (registro de pagamento autônomo). A referida equipe acrescentou que:

Todas as causas citadas no parágrafo anterior, em conjunto ou separadamente, podem ser tidas como conseqüências da flexibilização exacerbada da relação de trabalho com os profissionais de saúde na rede hospitalar pública do estado de Sergipe e no município de Aracaju/SE, com crescente desvinculação do profissional da entidade para a qual presta seus serviços. Essa situação pôde ser constatada por meio de entrevista em que se obteve a informação de que atualmente os médicos que trabalham nas unidades de saúde em Sergipe, cujo gerenciamento é feito pela FHS/SE, não sabem quem é que paga o seu salário, se esta Fundação, se a Secretaria de Estado da Saúde, se o Ministério da Saúde, se o Fundo Estadual de Saúde. Essa realidade no estado traz

como consequência, por exemplo, a habitualidade no pagamento de horas extras e o crescente aumento de seus valores, ou seja, o que deveria ser a exceção passa a ser a regra no atual sistema.

Outro exemplo de dificuldade verificada na gestão de pessoal no âmbito de unidades hospitalares foi observado no Paraná. Cabe ressaltar que uma decisão da justiça trabalhista declarou, em primeira instância, a nulidade dos contratos de trabalho de 186 médicos que atuavam num hospital situado naquele estado.

Diante do acima exposto, a unidade técnica frisou que uma política de recursos humanos inadequada ocasiona os seguintes problemas:

- a) alta rotatividade dos médicos;
- b) desvalorização da carreira dos profissionais de saúde que atuam no setor público;
- c) elevado grau de absenteísmo desses profissionais;
- d) não cumprimento da carga horária por parte desses profissionais;
- e) dificuldades para controlar e punir atos praticados pelos profissionais de saúde;
- f) dificuldade para manter esses profissionais nos quadros dos hospitais públicos, principalmente quando se trata de médicos especialistas;
- g) perda de identificação do profissional com o estabelecimento e a população alvo;
- h) não atingimento dos objetivos das ações de capacitação e treinamento realizadas pelos hospitais, em função da alta rotatividade dos profissionais treinados.

Importa destacar que uma política de recursos humanos não é fortalecida apenas pela estabilização do vínculo trabalhista entre os profissionais e os estabelecimentos. Há uma gama de variáveis que a definem como uma política propriamente dita, que deve ser observada e acompanhada tanto pelo planejamento quanto pelo processo de tomada de decisão.

Por um lado, o estabelecimento de vínculos estatutários tem o condão de fortalecer a relação do profissional com a instituição de saúde. Porém, por outro lado, a administração de recursos humanos pelo Estado não acompanha as tendências de mercado em gestão de pessoas. Além disso, o sistema adotado pela Administração muitas vezes permite que o funcionário se acomode, devido à inexistência de investimentos em treinamento e na avaliação dos resultados do trabalho.

Nesse contexto e considerando a existência de comportamentos corporativistas da classe médica, além da dificuldade e morosidade na aplicação de penalidade (comum aos regimes estatutários federais e estaduais), alguns gestores de unidades hospitalares são obrigados a conviver com profissionais pouco comprometidos com a prestação dos serviços.

O modelo de gestão de pessoas que não atende às demandas específicas da área de saúde tem gerado dificuldades para alterar a lotação desses servidores. Isso ocasiona problemas de diversas ordens, como a subutilização de determinado equipamento de alto custo devido à ausência de técnicos para operá-los, ainda que existam profissionais aptos em outro hospital do mesmo estado e gestão. Essa situação foi observada, por exemplo, em unidades visitadas no Estado do Rio de Janeiro.

Além da existência de profissionais com diferentes vínculos e jornadas de trabalho dentro da mesma unidade de saúde, verificou-se com frequência que esses profissionais trabalhavam em mais de uma instituição. Isso acarreta diversas dificuldades, como lembrou a equipe do TCU em Sergipe:

Há bastante dificuldade das unidades hospitalares para compor escalas de profissionais de saúde, principalmente dos médicos. Como boa parte desses profissionais não trabalham em apenas uma determinada unidade hospitalar, acabam tendo vários vínculos de emprego.

Essa situação traz inúmeros problemas para os hospitais como também para os médicos. Do ponto de vista dos hospitais, esses ficam fragilizados na relação com esses profissionais, que só querem trabalhar em regime de plantões e se organizam em cooperativas visando à regulação dos preços dos serviços ofertados e melhores condições de trabalho. Como decorrência da fragilidade do vínculo, há elevado absenteísmo, o que tem gerado o pagamento de muitas horas extras para recompor as escalas de trabalho.

Do lado dos médicos, o excesso de vínculos de trabalho acaba por desencadear problemas de stress e de baixa qualidade de vida desses profissionais, o que pode comprometer a qualidade no atendimento, com risco de erros médicos. É também comum se observar que, por conta desses múltiplos vínculos, o cumprimento da jornada de trabalho não é observado, às vezes porque isso até seria humanamente impossível.

Os problemas relacionados com os recursos humanos disponíveis nos hospitais públicos não se restringem ao quantitativo insuficiente de trabalhadores. O elevado índice de absenteísmo é outro problema grave. Das 116 unidades visitadas em âmbito nacional, em 73 (63% da amostra) foi relatado que o elevado percentual de faltas, justificadas ou não, acarreta impactos substanciais na prestação de serviços das unidades de saúde.

Nesse sentido, em duas das unidades visitadas no Distrito Federal foi registrado que o absenteísmo é alto principalmente entre os enfermeiros, alcançando por vezes 30% da equipe escalada. Em outro hospital, os profissionais de saúde apresentavam em média 25% de absenteísmo. Por fim, em outra unidade visitada, foi registrada situação em que o absenteísmo dos médicos escalados para a unidade neonatal teria atingido 50%.

Tal estado de coisas se deve, consoante afirmado em algumas entrevistas, à ausência de compromisso e à morosidade na instauração e conclusão de processos administrativos disciplinares. Foi relatada, por um dos gestores de uma unidade visitada no Distrito Federal, a existência de corporativismo na concessão de atestados médicos pelos profissionais de saúde. Foi destacado, ainda, que, por vezes, profissionais exigem folga na escala em determinado dia da semana, ameaçando utilizar atestado médico caso o afastamento não seja concedido pela administração do hospital. O problema causado pelo elevado número de atestados apresentados por profissionais de saúde também foi detectado em Sergipe. Nesse estado, uma unidade relatou a apresentação de 1.580 atestados no primeiro semestre de 2012.

Cabe destacar que o trabalho na área de saúde, pelas suas especificidades, sujeita o profissional a agravos à própria saúde, tais como, adoecimentos frequentes e desgastes emocionais. Isso se deve ao intenso ritmo de trabalho aliado a condições desfavoráveis à realização das atividades. Esse contexto contribui para uma maior quantidade de afastamentos e um alto índice de absenteísmo, além de comprometer a produtividade desses profissionais. No entanto, também há indícios de descumprimento da carga horária por parte dos profissionais de saúde de forma injustificada.

Cumprir frisar que a maioria das unidades visitadas em âmbito nacional ainda não adotou o controle de ponto eletrônico. Via de regra, são utilizados controles manuais (folha de ponto), sendo a responsabilidade pela confirmação da veracidade das informações atribuída à chefia imediata do profissional. Por vezes, a verificação da presença é realizada

apenas uma vez por mês, o que dificulta o controle efetivo da assiduidade dos servidores e abre espaço para o descumprimento com a jornada de trabalho estipulada.

Constatou-se ser comum a existência de arranjos que desvinculam o profissional de sua jornada e do quantitativo de horas para o qual foi contratado. Nesses casos, o regime de trabalho é estabelecido em função do número de pacientes atendidos ou procedimentos realizados. Exemplo dessa situação foi verificada no Pará, onde médicos que deveriam cumprir uma jornada de quatro horas atendiam dezesseis pacientes por dia, alegando estarem obrigados a atender um paciente a cada quinze minutos. Nesse mesmo sentido, na Paraíba, as unidades hospitalares estipularam um número de atendimentos a serem realizados pelo profissional durante o período em que ele estiver no hospital, não sendo exigido o cumprimento de carga horária específica.

Tais procedimentos, além de ensejar dificuldades para agendar procedimentos em horários cobertos pela escala, mas nos quais o médico não está presente, tornam possível fixar uma quantidade de atendimentos inferior à que seria possível.

Chama ainda mais atenção uma prática detectada pela equipe do TCU em Goiás, a qual permite que os profissionais realizem outras atividades durante sua jornada de trabalho, sendo convocados caso haja necessidade de atendimento nos hospitais contratantes, *verbis*:

Em relação ao controle de frequência, os hospitais de [...] contam com registro eletrônico, nos demais, é manual. Em geral, não são controladas as frequências dos médicos, que trabalham em regime de plantão e, na maioria das vezes, vão aos hospitais, na medida da necessidade, ou seja, chegou paciente necessitando de atendimento imediato, saem normalmente de seus consultórios e hospitais e vão atender no hospital público.

Em que pese os questionamentos sobre a possibilidade e regularidade desses arranjos, eles são adotados muitas vezes para manter o profissional nos quadros da unidade. Com relativa frequência, os hospitais permitem que seus médicos cumpram as respectivas jornadas de forma concentrada em determinados dias da semana, por exemplo, no caso do profissional que mora em uma cidade e trabalha em outra apenas nos fins de semana. Também é comum a flexibilização informal da jornada, o que pode até permitir o cumprimento da carga horária semanal estipulada, porém várias vezes deixa o atendimento da demanda por uma determinada especialidade ou por um serviço a descoberto em diversos turnos por semana.

Até mesmo em hospitais onde o controle é realizado por meio eletrônico, foram relatados problemas referentes ao descumprimento da jornada por parte dos profissionais da saúde.

Foram identificadas resistências à implantação de um controle mais efetivo das jornadas de trabalho. Por exemplo, no Distrito Federal, foi relatado que na única unidade de saúde na qual se passou a utilizar o ponto eletrônico houve um considerável número de solicitações de aposentadorias ou redução da jornada de trabalho de quarenta para vinte horas. Evento similar ocorreu em uma unidade visitada em Santa Catarina. No Estado do Rio de Janeiro, gestores entrevistados relataram a resistência a esse controle por parte dos conselhos de classe. Como consequência dessa resistência, em alguns estados, como no Piauí, foram identificados hospitais que possuem os equipamentos para realizar o controle eletrônico de frequência, mas não utilizam esse procedimento, sendo os controles ainda realizados por meio de folha de ponto.

Deve-se ressaltar que o não cumprimento da escala determinada é ainda mais impactante quando se trata de procedimentos que exigem a presença de diversos profissionais, como numa cirurgia.

Ainda em relação ao controle da escala médica, foi indagado aos gestores dos hospitais visitados se era dada publicidade dessa escala. Verificou-se que a situação varia bastante em função da gestão e da rotina dos estabelecimentos, sendo que em 58 estabelecimentos (metade da amostra de 116 unidades visitadas) essa escala era divulgada ao público por meio de informes afixados nos estabelecimentos ou por meio de avisos postados na internet.

A forma como essa publicidade deve ocorrer tem gerado questionamentos. Por exemplo, em Goiás, a escala médica era fixada nos corredores internos da unidade, uma vez que, segundo seus gestores, a divulgação na sala de espera estabeleceria preferências e sobrecarregaria alguns profissionais. Já no Pará, os gestores de uma das unidades visitadas informaram que foram orientados pelo CRM no sentido de não expor a escala ao público. Por fim, uma unidade na Bahia apresentou motivo diverso para não apresentar a escala ao público, **verbis**:

Não é exposta devido à necessidade de se flexionar o horário de alguns médicos, a exemplo do neurologista, que é aproveitado de outra unidade e, assim, não pode cumprir a jornada diariamente.

Observou-se que a visibilidade da escala também varia em função da legislação de cada ente e das peculiaridades operacionais dos estabelecimentos de saúde, mas o assunto ganha grande relevância pelo fato de propiciar ao cidadão usuário do SUS transparência no atendimento médico para fins de controle social.

Cabe registrar que, em determinados estados e municípios, as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal contribuem para dificultar a admissão de mais profissionais de saúde e, por via de consequência, criam óbices ao preenchimento dos claros detectados nos seus quadros de pessoal. Afinal, essa lei prevê punições quando é superado o denominado “limite prudencial” referente ao limite do gasto total com pagamento de pessoal do Poder Executivo.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Marabá (PA) e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará citaram os limites da LRF com um dos empecilhos para o aumento de seus respectivos quadros de pessoal. Os gestores das unidades hospitalares de Santa Catarina também informaram que “a gestão dos recursos humanos esbarra nos limites impostos pela LRF e na burocracia para contratação de pessoal”. Já no Paraná, foi relatado que os limites legais em comento teriam impedido a nomeação de profissionais habilitados em concurso público realizado em 2009, cujo prazo de validade venceu em março de 2013.

O ambiente de trabalho recebe impactos negativos decorrentes da inadequação do quantitativo de profissionais, em especial no que concerne ao elevado absenteísmo e à rotina de trabalho. Conforme relatos colhidos durante as visitas realizadas, conflitos entre profissionais de saúde e pacientes e seus acompanhantes são frequentes em hospitais gerais que sofrem com a sobrecarga de demanda. Cabe destacar que, no Distrito Federal, durante a visita ao pronto-socorro de uma das unidades hospitalares, a equipe do TCU testemunhou conflitos entre profissionais de saúde e acompanhantes de pacientes. Esta situação também foi constatada pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal em trabalho realizado nos hospitais do DF.

Outra consequência relevante da carência de profissionais de saúde nos hospitais é o elevado montante pago a título de horas extras para esses profissionais. Por outro lado, também foi constatado que as horas extras, em muitos casos, são utilizadas como uma remuneração adicional ofertada pelas secretarias de saúde visando atrair profissionais da área

médica. Nestes casos, esses valores passam a integrar a remuneração dos profissionais e, às vezes, constituem a maior parcela dessa remuneração de forma praticamente fixa.

Conforme já informado, devido às limitações relacionadas à diversidade de legislações e denominações das remunerações pagas em função da realização de jornada e ao fato de o montante desse tipo de remuneração variar fortemente entre estabelecimentos, a Secex Saúde não pode traçar um panorama nacional sobre o assunto em tela. No entanto, cabe destacar algumas situações identificadas com base nas informações obtidas por meio de ofício de requisição direcionado às Secretarias de Saúde. No Distrito Federal, a questão das horas extras na maioria das unidades visitadas foi mencionada como principal atenuante ao quantitativo de pessoal abaixo da demanda. No Acre, o montante pago variou de forma significativa entre os hospitais: em um deles houve pagamentos significativos, enquanto em outro não foram realizados esses pagamentos. No Maranhão, foi registrado um grande volume de pagamentos de horas extras. Já no Estado do Rio de Janeiro, foi levantada a questão da remuneração por meio de adicional por plantão hospitalar:

De forma a minimizar o problema, os gestores buscam algumas soluções para cobrir este crescente déficit de profissionais. Uma delas é efetuar a extensão da carga horária dos médicos, prática utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Artificio similar é realizado pelos hospitais federais que remuneram os plantões adicionais realizados pelos profissionais (adicional por plantão hospitalar – APH).

Em Pernambuco, também foi registrado o pagamento de plantões extraordinários pelo estado, por meio de Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA).

Constatou-se ainda que, muitas vezes, profissionais com formação em alguma especialidade acabam prestando serviços em outras áreas, em função do déficit de pessoal nos setores de urgência e emergência dos estabelecimentos hospitalares. Por exemplo, no Distrito Federal, o CRM-DF identificou que, em um dos hospitais fiscalizados, o pediatra – que segundo o Conselho já estaria sobrecarregado com a demanda do pronto socorro – era o responsável por dar assistência na sala de partos, em função do grave déficit de neonatologistas.

Diante do acima exposto, a unidade técnica afirmou que:

- a) a concentração de profissionais nos grandes centros, em detrimento das localidades menores e mais afastadas, constitui um grande obstáculo para a adequação da oferta de serviços de saúde;
- b) 81% das unidades hospitalares visitadas informaram que o quadro de profissionais apresentava déficit em relação ao estimado para atender à demanda;
- c) o bloqueio de leitos por falta de profissionais foi o motivo mais assinalado pelos hospitais visitados para a indisponibilidade de leitos hospitalares;
- d) a ausência de políticas consistentes de recursos humanos tem prejudicado a permanência de profissionais nas unidades para as quais foram designados. A saída desses profissionais tem ocasionando o não cumprimento de jornada de trabalho e os pagamentos excessivos de horas extras ou plantões.

Medicamentos e insumos

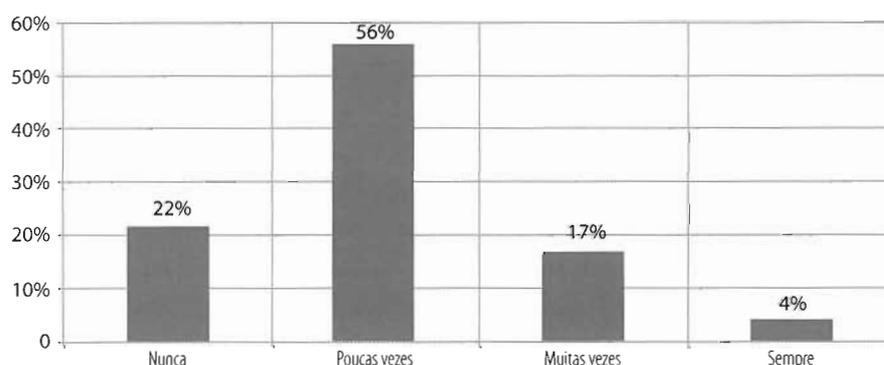
A gestão de medicamentos e outros materiais de consumo hospitalares apresenta inúmeras especificidades que fazem com que a aquisição, o armazenamento e a distribuição

desses produtos exijam substanciais e continuados investimentos em capacitação de pessoal, infraestrutura e métodos de trabalho, com vistas a garantir a adequada prestação dos serviços das diversas especialidades médicas das unidades hospitalares.

O controle de medicamentos e insumos deve estar associado a rotinas e sistemas dinâmicos e interconectados, capazes de acompanhar em tempo integral as aquisições, o controle de estoque, a distribuição e o consumo desses materiais. Falhas em uma destas rotinas acarretam riscos de desabastecimento, que, por sua vez, acarretam restrições de procedimentos e, conseqüentemente, colocam em risco a vida de pacientes.

No questionário aplicado nos 116 hospitais visitados, foi indagado qual era a percepção dos gestores sobre a frequência com que ocorriam restrições na realização de procedimentos em função da falta de medicamentos e insumos. Cinco unidades hospitalares responderam que essas restrições sempre ocorriam, vinte unidades afirmaram que esse problema ocorria “muitas vezes”, sessenta e cinco responderam “poucas vezes” e 26 responderam que “nunca” houve tais restrições, conforme ilustrado pelo Gráfico 91.

Gráfico 91: Avaliação dos hospitais visitados quanto à frequência com que ocorrem restrições na realização de procedimentos em função da falta de medicamentos e insumos



Fonte: Questionário aplicado aos gestores dos 116 hospitais visitados.

Também foi formulada uma pergunta relativa à quantidade de leitos que estavam indisponíveis para uso em função da insuficiência de insumos mínimos para realizar procedimentos. O quantitativo de leitos nessa situação foi considerado relativamente baixo, visto que foram apontados apenas setenta leitos bloqueados por falta de insumos mínimos enquanto foram detectados mais de 2.300 leitos indisponíveis. Dos setenta leitos bloqueados, quarenta estão localizados na Região Norte. Aduz-se que 34 leitos eram do tipo cirúrgico e 21 leitos do tipo clínico.

A falta de insumos foi o motivo menos apontado como responsável pela indisponibilidade de leitos, mas o resultado não representa exatamente o cenário indicado pelos relatos colhidos junto aos gestores. Afinal, se por um lado o número de leitos indisponíveis pelo motivo em tela é reduzido, por outro, foi constatada a adoção das seguintes medidas paliativas:

- substituição frequente de materiais por outros menos adequados à realização de determinados procedimentos ou tratamentos;
- empréstimos entre unidades;
- utilização de estoques de farmácias locais;
- aquisição direta de medicamentos pelas próprias unidades hospitalares.

A implementação dessas medidas possibilitou a manutenção do baixo índice de leitos bloqueados por falta de insumos, apesar de ter sido relatada a inadequação do quantitativo de diversos materiais, tais como: medicamentos, reagente de laboratório para exames, roupas hospitalares, gesso, atadura, seringas, lancetas para teste do pezinho, filme de raios-X e mamografia, esparadrapos e fio cirúrgico. Também foi apontada a falta de instrumentos básicos e indispensáveis para a realização de procedimentos, tais como, tensiômetro, glicosímetro, estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro, umidificador, vacuômetro, capacete acrílico UDE, bomba de infusão, órteses e próteses.

Ademais, foi frequentemente apontada a falta de itens de mobiliário, como suporte para soro, camas, macas, mesas de cirurgia, cadeiras de roda, poltronas, mesas de cabeceira, poltronas para acompanhantes e refrigerador para armazenar medicamentos. Nesse sentido, em 56 dos 116 hospitais visitados (48% da amostra), foi observada a falta de instrumentos ou mobiliários básicos destinados à prestação de serviços da unidade.

A ampla cadeia de agentes e procedimentos envolvidos na gestão de medicamentos e insumos expõe o processo a uma gama de eventos de riscos, que vão desde a intempestiva identificação dos baixos volumes de estoques até a perda de validade por falhas de distribuição desses materiais e fármacos às unidades hospitalares.

Durante as entrevistas, as equipes do TCU solicitaram aos gestores que elencassem os principais motivos, podia-se indicar mais de um, que ocasionaram a falta ou insuficiência de insumos e medicamentos. Nas 116 unidades visitadas, foram obtidas as seguintes respostas:

- a) 68 unidades (59% da amostra) apontaram falhas nos processos de licitação e compras, que, via de regra, são centralizados pelas secretarias de saúde
- b) 21 (18%) indicaram falhas no gerenciamento do estoque central, que está sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde;
- c) 12 (10%) relataram falhas no gerenciamento do estoque local, que está sob responsabilidade da própria unidade hospitalar;
- d) 11 (9%) registraram falhas na distribuição desses bens entre as unidades hospitalares;
- e) 11 (9%) relacionaram a não entrega dos medicamentos pelos respectivos laboratórios nos prazos estipulados;
- f) 10 (9%) apontaram a falta de comunicação tempestiva de baixos níveis de estoque;
- g) 6 (5%) relacionaram esses problemas à perda de validade dos medicamentos;
- h) 5 (4%) indicaram problemas no fornecimento de medicamentos pelo Ministério da Saúde;
- i) 26 (22%) identificaram outros motivos para a insuficiência de insumos nas unidades hospitalares (planejamento deficiente da secretaria, atraso na aprovação do orçamento, insuficiência de recursos orçamentários, dificuldade para prever o consumo, falta de medicamentos no mercado, imprevistos epidemiológicos, má qualidade dos materiais adquiridos e determinação judicial para fornecer produtos não padronizados ou que foram retirados de circulação.

Cumprido destacar que, durante os trabalhos de campo deste levantamento, foram colhidos diversos relatos acerca da existência de deficiências relativas à aquisição de insumos e medicamentos, em especial no que diz respeito à elaboração de estimativas com base no consumo efetivo de material.

Sobre essa questão específica, o TCU realizou auditoria com vistas a avaliar a conformidade na aplicação de recursos federais transferidos ao Governo do Distrito Federal⁸.

Naquela oportunidade, foram identificadas irregularidades referentes a aquisições de medicamentos com indícios de sobrepreço, realizadas no período de 1/1/2006 a 31/12/2011, no valor histórico total de R\$ 56 milhões.

O não recebimento de medicamentos e insumos no prazo fixado no processo de aquisição foi apontado por gestores de unidades visitadas no Acre, na Bahia, em Goiás, no Maranhão, em Sergipe e em Tocantins. No caso de Sergipe, foi relatado que, devido a atrasos verificados em pagamentos anteriores, alguns fornecedores condicionavam novas entregas de produtos ao recebimento de passivos decorrentes de mercadorias entregues, mas não pagas. Além disso, algumas licitações têm sido desertas.

Gestores no Acre e no Mato Grosso do Sul apontaram, como uma dificuldade para gerir a aquisição de medicamentos e insumos, a prescrição por médicos de medicamentos não inseridos no rol padrão ou no protocolo geral estabelecido pelo Ministério da Saúde ou pela secretaria de saúde local.

A inadequação dos processos de licitação, que foi registrada por alguns gestores, pode acarretar o uso indevido de dispensas de licitação por motivo emergencial, que se apresenta com uma prática cotidiana e já institucionalizada no âmbito de algumas unidades responsáveis pela aquisição destes materiais. Ademais, em decorrência dessa inadequação, os próprios estabelecimentos de saúde têm recorrido frequentemente à utilização de procedimentos locais e alternativos para suprir a falta de materiais e insumos. Assim, o que deveria servir apenas para evitar a paralisação de serviços em casos urgentes e imprevistos transformou-se em prática integrada à rotina de funcionamento dos hospitais.

Cabe citar a título de exemplo que, visando resolver esse problema, no Distrito Federal, por meio do Decreto Distrital nº 31.625/2010, foi instituído o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde (PDPAS). Esse programa prevê que elevados recursos, que superaram os dezoito milhões de reais no ano de 2012, sejam administrados e executados pelas coordenações de saúde às quais estão vinculados os hospitais do DF.

Os recursos do PDPAS possibilitam a aquisição direta de insumos, medicamentos e serviços, cuja demanda não esteja sendo suprida pela Secretaria de Saúde do DF. Tais recursos são executados de forma análoga à utilizada no suprimento de fundos, ou seja, os valores são adiantados às unidades hospitalares que executam as despesas e posteriormente prestam contas à Secretaria.

A maioria dos gestores do DF confirmou o uso rotineiro dos recursos do PDPAS, em função das deficiências existentes nos processos de aquisição de materiais e serviços. Nesse contexto, as unidades de saúde se tornaram dependentes desse programa e, simultaneamente, as referidas deficiências são ocultas e permanecem sem solução definitiva.

No Amapá, por meio da Lei Estadual 1.033/2006, foi criado um mecanismo similar.

Cabe registrar que a legalidade de tais mecanismos é passível de questionamentos. Afinal, eles ensejam a fragmentação das compras de materiais e das contratações de serviços e, por via de consequência, podem ocasionar a não realização das licitações que deveriam ser efetivadas pela secretaria estadual de saúde.

Outras práticas que afetam o regular processo de abastecimento de insumos são as requisições e os empréstimos de medicamentos entre hospitais da rede pública, que ocorrem de modo informal e muitas vezes sem o conhecimento das secretarias de saúde. Por exemplo, gestores entrevistados no Mato Grosso do Sul informaram que era prática comum entre os hospitais parceiros, principalmente os conveniados ao SUS, requisitar medicamentos entre si para posterior devolução.

Os empréstimos e trocas entre unidades de saúde dificultam o acompanhamento do quantitativo de insumos disponível na rede e, conseqüentemente, afetam a visão gerencial das secretarias de saúde.

Observou-se também a estocagem local de medicamentos em setores ou departamentos das unidades hospitalares, as chamadas farmácias satélites, o que pode impedir o adequado controle de materiais no âmbito da própria unidade hospitalar. Das unidades visitadas, 33 delas (28%) afirmaram a existência dessa forma de estocagem e de dificuldades para compartilhar os materiais estocados com outras áreas da própria unidade.

Por outro lado, a estocagem de insumos em farmácias locais, localizadas em setores específicos de serviços hospitalares, tais como UTI e pediatria, facilita o regular funcionamento de médias e grandes unidades hospitalares. Todavia, alguns profissionais, por receio de futura escassez ou em decorrência da cultura de tratar o setor como unidade independente das demais áreas do próprio hospital, tendem a estocar, nas farmácias satélites, elevada quantidade de medicamentos e insumos. Nesses casos, observa-se uma série de impactos negativos à administração de materiais, a saber: perda de informações sobre o consumo médio e a quantidade de produtos estocados, dificuldades para controlar a validade de produtos e o aumento do número de extravios e furtos.

Aduz-se que, durante a visita realizada em unidade do Distrito Federal, observou-se a estocagem de material em local inadequado, nos corredores de ligação entre setores da unidade, situação essa que perdurava de longa data, segundo relatos do próprio responsável pela unidade.

Tais práticas podem acarretar a realização de compras antieconômicas e a perda de informações gerenciais por parte da secretaria de saúde, com prejuízo para a melhoria e a integração da rede da assistência hospitalar. Afinal, para garantir a continuidade do fornecimento de medicamentos e insumos, bem como a tempestividade dos procedimentos relativos à aquisição desses bens, é fundamental que o gestor da secretaria de saúde conheça a demanda das unidades a serem abastecidas.

As equipes do TCU observaram que muitas unidades hospitalares e estoques centrais nas secretarias de saúde carecem de sistemas e procedimentos adequados para controlar as solicitações, as saídas e a distribuição de medicamentos. Destaca-se que 53% das unidades visitadas (62 de 116) afirmaram não possuir instrumentos de gestão de medicamentos e insumos.

O nível de implantação e utilização de sistemas informatizados nos hospitais visitados varia bastante. Enquanto, em alguns deles não foram informados problemas a respeito desses sistemas, outras entidades hospitalares relataram que os sistemas não atendiam às suas necessidades, o que tornava necessário utilizar controles paralelos em planilhas de Excel. A referida inadequação dos sistemas disponíveis foi apontada, por exemplo, em Sergipe, em Pernambuco, no Tocantins e no Distrito Federal.

Piores situações foram detectadas em Goiás, no Pará e em Mato Grosso, onde algumas unidades visitadas nem sequer possuíam sistemas informatizados para controlar os medicamentos. Cabe frisar que o gestor de um hospital visitado no Pará relatou uma alta ocorrência de desvio de medicamentos do estoque, o que é facilitado pelo controle deficiente dos fármacos.

Outro ponto crítico para a ocorrência de desperdícios foi detectado na administração dos medicamentos aos pacientes. Basicamente, há três sistemas de dosagem de fármacos:

- a) Sistema de distribuição coletivo: é o mais primitivo dos sistemas, mas ainda há hospitais brasileiros que o adotam. Os medicamentos são distribuídos por unidade de internação ou serviço a partir de uma solicitação da enfermagem (CARESTIATO; FERREIRA, 1996);
- b) Sistema individual: o medicamento é dispensado por paciente em cada período de 24 horas. É dividido em indireto e direto. No indireto, a distribuição ocorre a partir da transcrição da prescrição médica, enquanto no direto não há transcrição, faz-se a cópia da prescrição (CARESTIATO; FERREIRA, 1996);
- c) Sistema unitário: foi desenvolvido a partir da década de 60 por farmacêuticos hospitalares americanos, devido ao surgimento no mercado de novos e mais potentes medicamentos, que podiam causar efeitos colaterais importantes (GOMES; REIS, 2003).

O sistema individual e, principalmente, o sistema unitário claramente oferecem à unidade hospitalar melhores mecanismos para estimar seus consumos, identificar desperdícios e furtos, bem como mensurar, ajustar e diminuir os custos relativos à realização de procedimentos médicos.

Sobre a economia advinda do aperfeiçoamento do sistema de dispensação de medicamentos, um dos gestores entrevistados no Distrito Federal relatou que, após a implantação do sistema individualizado na UTI da unidade, foi observada uma redução de aproximadamente 30% nos custos relativos ao consumo de remédios.

A adoção dos sistemas individual e unitário necessitam da implementação prévia de diversos procedimentos e rotinas, da aquisição de equipamentos, da capacitação e de espaço físico, o que dificulta sua utilização nas atuais condições de funcionamento da maioria das unidades hospitalares públicas. Em unidades visitadas no Mato Grosso do Sul, por exemplo, os gestores entrevistados atribuíram à falta de pessoal a não dispensação de medicamentos em dose unitária.

Apesar de esse assunto não ter sido alvo de questão específica nas entrevistas, verificou-se que os hospitais visitados apresentam situação heterogênea quanto à adoção do sistema de dispensação de medicamentos. A maioria das unidades hospitalares ainda não possui a infraestrutura necessária para avançar além do sistema de distribuição coletivo, o mais simples e menos econômico de todos, restando como controle de saída de medicamentos apenas a apresentação da prescrição médica, estando o atendimento das solicitações desvinculado de quaisquer análises acerca da razoabilidade dos quantitativos solicitados ou da existência de justificativas acerca de sua necessidade.

A consequência mais óbvia e imediata da insuficiência de medicamentos e insumos é a restrição à realização de procedimentos. Nesse sentido, a equipe do TCU no Pará ressaltou que:

Foram relatados casos de não realização de cirurgias por falta de anestésico inalatório no centro cirúrgico e fio para cirurgia vascular. Por sua vez, uma das unidades informou que sofre restrições na realização de procedimentos em razão de falta de antibióticos, placas e parafusos para cirurgias ortopédicas.

Outros efeitos dessa insuficiência são a realização de procedimentos sem a segurança, a duração e o conforto adequados, bem como as substituições de materiais por outros, o que acar-

reta prejuízos e descontrole na gestão de insumos e medicamentos. Quando o procedimento ocorre com a utilização de material inadequado, duas situações podem ser identificadas:

- a) o procedimento é realizado com material de maior custo ou qualidade, como no caso da utilização de medicamento com associação desnecessária a um segundo princípio ativo;
- b) o procedimento é realizado com material de custo inferior ao adequado, o que, por vezes, pela quantidade utilizada, implica desperdícios e aumento do custo do procedimento, a exemplo de utilização de grande quantidade de esparadrapos de menor largura quando o correto seria utilizar uma menor quantidade desse insumo com largura maior.

A utilização de insumos ou medicamentos de baixo custo por falta do material adequado foi mencionada pelos gestores entrevistados, que forneceram os seguintes exemplos: uso de medicamento em comprimido pela falta do injetável, uso de avental descartável de manga curta pela falta do avental de manga longa, utilização de dipirona em vez de tramal, utilização de atadura de largura inferior à ideal, utilização de dois cateteres centrais ao invés de apenas um com a especificação adequada, utilização de duas seringas de 10 ml em vez de uma de 20 ml e utilização de medicamentos com especificação abaixo da que seria recomendada para a situação do paciente.

Dos 116 hospitais visitados, 55 (47%) apontaram como “poucas vezes”, 8 (7%) como “muitas vezes” e 2 (2%) como “sempre”, a frequência com que ocorre a utilização de insumos ou medicamentos de baixo custo devido à falta de produtos de maior custo.

Também foi detectada a utilização de medicamentos e insumos de alto custo para substituir materiais de baixo custo que se encontravam em falta. Essa situação foi relatada por 61 (53%) estabelecimentos que apontaram como “poucas vezes” e por 10 (9%) que estimaram como “muitas vezes” a frequência desse tipo de ocorrência. Os seguintes exemplos dessa situação foram citados: utilização da agulha de kits compostos por agulha e seringa, com o descarte da seringa, uso de soro de 200 ml ou 250 ml quando se poderia usar de 100 ml, utilização de fitas micropore na falta do esparadrapo, uso de fio cirúrgico mais caro que o adequado, uso de luvas estéreis (cirúrgicas) no lugar de luvas de procedimento e substituição de agulhas finas por agulhas grossas, o que dobra o tempo necessário para diluir o medicamento. Especificamente em relação aos medicamentos, foram mencionadas a utilização de apenas parcela do conteúdo de ampola de medicamento, a utilização de medicamento com concentração ou combinação de princípios ativos não necessários à enfermidade do paciente e o uso de produto injetável em vez de produto por via oral.

Além das consequências para o paciente e a economicidade do procedimento, tais condutas afetam negativamente as informações relativas ao consumo de material que serão utilizadas para estimar o quantitativo a ser adquirido nas próximas aquisições. Afinal, a secretaria de saúde terá uma superestimativa do consumo dos materiais que foram utilizados para substituir aqueles faltantes e, simultaneamente, uma subestimativa dos insumos e medicamentos que estavam em falta. A combinação dessas estimativas falhas contribui para a perpetuação das substituições indevidas.

Foram relatados, ainda, nos hospitais visitados, desperdícios de materiais atribuídos aos próprios servidores das unidades hospitalares. Foram mencionados os seguintes exemplos: utilização de esparadrapos para fixar cartazes e bolsas de soro, alterações no uso de

roupas que prejudicam sua durabilidade, descarte de insumos não consumidos em sua totalidade, atuação negligente que leva à inutilização de materiais e furtos de bens.

Note-se que, em 45 das 116 unidades visitadas (39%), os gestores afirmaram haver desperdícios de medicamentos e insumos ocasionados pela realização de práticas inadequadas ou negligentes por parte dos profissionais. Dado o alto percentual em comento, bem como a importância e gravidade das situações narradas, importa registrar alguns de gestores:

Sergipe

Em todas as unidades visitadas, foram apontados problemas relacionados ao desperdício de medicamentos e insumos que foram ocasionados por práticas inadequadas ou negligentes por parte dos profissionais de saúde, tais como: medicamentos que foram abertos e depois descartados contendo ainda o resto do produto, anel de bisturi usado para cortar o soro, uso de luva no lugar do garrote e erros na diluição e no preparo.

Acre

Em duas das unidades visitadas (50%), foi informada a existência de desperdícios de medicamentos e insumos causados pela realização de práticas inadequadas ou negligentes pelos profissionais de saúde. No Hospital A, foi descrita a situação de uso de esparadrapo para afixar cartazes, bem assim o descarte de medicamento excedente não usado. Já no Hospital C, foi relatada a seguinte situação no setor de internação da unidade: uso de cloreto de sódio ao invés de água para injeção (diluyente), acarretando perdas do cloreto de sódio; e existência de quantidade de seringas descartáveis com diluyente maior do que a demanda, a serem utilizadas nos pacientes. Salientou-se que tais fatos foram informados à diretora técnica para fins de solução do problema.

Minas Gerais

Com relação ao desperdício de medicamentos e insumos, foram observadas, nas unidades visitadas, pequenas ocorrências relativas a desperdícios de materiais por parte dos próprios servidores das unidades hospitalares e, em alguns casos, por parte de pacientes, tais como: utilização de esparadrapos e agulhas de seringas para fixação de cartazes, de bolsas de soro inadequadas, por exemplo, o soro de 250 ml em vez de 100 ml, uso de fralda descartável para não fechar a porta e de lençol como toalha ou cortina.

Bahia

Três das quatro unidades informaram haver desperdício de medicamentos e insumos ocasionado pela realização de práticas inadequadas, tais como: utilização de vários filmes para retirar uma chapa de Raio-X, desperdício de soro para administrar medicamentos e quando há falta de insulina no mercado pessoas diabéticas acorrem ao hospital para aplicar o medicamento.

Mato Grosso

Em dois dos hospitais visitados, os entrevistados relataram desperdício de medicamentos. Em um deles, mencionou-se a utilização errônea do cateter intravenoso, que ocasiona a inutilização do material, que não pode ser reutilizado. No outro, mencionou-se que o desperdício era mais frequente no passado, mas hoje devido à apuração e responsabilização, as ocorrências diminuíram. De todo modo, relatou-se já ter sido encontrada, no lixo, nutrição enteral que deveria ter sido dada ao paciente. Além disso, eram utilizados pacotes de soro ou gaze estéril com agulhas que não eram estéreis, por mero comodismo.

A equipe do TCU em Sergipe demonstrou o elevado impacto das deficiências na gestão de medicamentos e insumos. Trabalho realizado pelo Tribunal naquele estado, no primeiro semestre de 2013⁹, concluiu que falhas no controle do estoque de medicamentos e insumos contribuíram para a existência no almoxarifado da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju de diversos itens com prazo de validade vencido. O peso desses itens, que foi calculado pelo Núcleo de Suprimento (Nusup) da Prefeitura Municipal de Aracaju (SE), em janeiro de 2013, atingiu 25.383kg de medicamentos, 6.250kg de materiais cirúrgicos e odontológicos e 571kg de leite e dietas. Logo, havia mais de 32 toneladas de materiais sem condições de uso.

Essas constatações foram objeto de trabalho específico realizado por este Tribunal, não tendo havido procedimentos específicos neste levantamento para detectar perda em estoques das secretarias de saúde. Entretanto, em conformidade com relatos dos gestores entrevistados acerca dos controles de materiais nos hospitais, a Secex Saúde entendeu haver elevados riscos de que desperdícios desse tipo ocorram com considerável frequência em vários estados.

Adicionalmente, cabe ressaltar a possibilidade da ocorrência de furtos, nos estoques centrais e nas próprias unidades hospitalares, de materiais como filmes de radiologia, medicamentos e roupas de cama. Segundo relatado no Distrito Federal, tais furtos ocorrem, em maior ou menor grau, em várias unidades hospitalares públicas.

Note-se que, devido ao descontrole do estoque que foi relatado em alguns hospitais visitados, os gestores dessas unidades e as respectivas secretarias de saúde encontram muitas dificuldades para calcular o volume de materiais de consumo furtado de unidades hospitalares e identificar os responsáveis por esses crimes.

Outra provável consequência das deficiências na gestão de insumos é o aumento do número de ações judiciais decorrentes da falta de medicamentos que deveriam ser ofertados pelas secretarias de saúde. No entanto, ressalva-se que esse aumento possui diversos outros motivos.

A judicialização da saúde tem sido tema constante nos debates relativos à área da saúde. Devido à sua relevância, ela motivou a edição pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) da Recomendação 31, de 30/3/2010, cujo objetivo foi a adoção por parte dos tribunais de medidas adequadas para subsidiar os magistrados na solução das demandas judiciais que envolvem a saúde.

O aumento da quantidade de ações judiciais propostas em face do Poder Público com o fito de obter o fornecimento de medicamentos ou a realização de cirurgias e procedimentos tem preocupado os gestores da saúde nas três esferas. Os referidos gestores, muitas vezes, alegam que essa interferência despreza fluxos e protocolos existentes, impõe a realização de tratamentos extremamente onerosos e resulta numa inversão de prioridades nos gastos com medicamentos no âmbito das políticas públicas, o que gera um grave impacto na programação anual de saúde.

Essas alegações estão em consonância com as conclusões de um estudo realizado pela Advocacia Geral da União, por meio da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Por meio desse estudo, foi constatado que os gastos daquele Ministério e de outros entes federados, efetuados visando cumprir decisões judiciais, tiveram significativa materialidade entre 2005 e 2011 (BRASIL, 2012).

Para dar uma ideia da dimensão do problema apontado pelo estudo da AGU, pode-se citar que o Estado de São Paulo, somente no ano de 2008, gastou R\$ 400 milhões no atendimento às demandas judiciais relacionadas à saúde. Esse gasto é 567% maior que o observado em 2006, que foi de R\$ 60 milhões. Aduz-se que, em 2010, os gastos do estado em comento com a judicialização da saúde chegaram a quase setecentos milhões.

Ainda segundo o estudo em tela, os valores gastos pelo Ministério da Saúde para atender decisões judiciais, por meio de depósito judicial ou repasses a estados e municípios para que esses entes federados cumpram a decisão judicial, saltaram de R\$ 1.572.540,00, em 2006, para mais de R\$ 22.106.700,00, em 2011, último exercício abrangido pelo trabalho. Isso equivale a um aumento de 1.406% em apenas cinco anos.

A alta demanda pela aquisição de medicamentos com base em decisões judiciais foi apontada, por exemplo, pelos representantes da Defensoria Pública ou do Ministério Público do Maranhão, de Sergipe, de Mato Grosso do Sul, de Goiás e do Tocantins. A seguir, é feita a transcrição de alguns trechos dos relatórios das equipes do TCU que evidenciaram esse problema:

Maranhão

Ademais, vislumbra-se o aumento do número de ações judiciais referentes à aquisição de medicamentos, inclusive, em entrevista à peça 40, a defensora pública afirmou que a principal demanda da população em relação à assistência hospitalar refere-se à falta de medicamentos.

Sergipe

Durante a entrevista realizada com representantes da Defensoria Pública do Estado de Sergipe, foi informado que a maior demanda da população na área de saúde é com relação à solicitação de receituário de medicamentos, seja em virtude do constante desabastecimento de remédios no hospital, seja pela requisição pelos médicos de medicamentos que não estão protocolados na lista do Sistema Único de Saúde. Os medicamentos mais demandados junto a esse órgão são aqueles referentes a tratamento de glaucoma, controle de esquizofrenia, tratamento de hepatite C, suplementação alimentar e medicamentos para quimioterapia.

O Ministério Público do Estado de Sergipe tem ajuizado diversas ações civis públicas em que são relatados problemas com o desabastecimento de medicamentos, materiais e insumos em hospitais do estado.

Mato Grosso do Sul

A Defensoria Pública Estadual informou que, em Campo Grande/MS, há atendimento diário de cerca de 25 pessoas com variados tipos de demandas, em especial por medicamentos de alto custo (os não relacionados pelo SUS) e de cirurgias ortopédicas eletivas, com indicação de órteses e próteses (mesmo as autorizadas pelo SUS). Inclusive, nas ações judiciais tem-se pedido sequestro de recursos públicos para dar cumprimento às ordens judiciais não cumpridas.

Faltam alguns de alto custo, mas que são fornecidos quando há sentenças judiciais determinando a compra dos mesmos. Além disso, informou que a falta esporádica de medicamentos ou de equipamentos/materiais de consumo em municípios é resolvida nas reuniões da CIB (Comissão Intergestora Bipartite).

Goiás

Da mesma forma que nas internações, é comum a atuação do Ministério Público exigindo a aquisição de medicamentos de alto custo para o atendimento de algum paciente que necessita.

Tocantins

Na rede hospitalar do Tocantins, é notória tal ocorrência diante das informações veiculadas na mídia local, tendo relevância o papel exercido pela Defensoria Pública Estadual, pelo Ministério Público Estadual e pelo Ministério Público Federal no sentido de garantir a prestação

dos serviços de saúde nas unidades hospitalares aos usuários no padrão de qualidade mínimo, assim como na falta de medicamentos e materiais médico-hospitalares que sofrem atualmente os hospitais públicos estaduais, conforme amplamente divulgado na mídia:

(...)

Apenas a Defensoria Pública de Palmas ajuizou, segundo informação prestada na entrevista realizada com a Defensora responsável pela área da saúde de Palmas, no último ano, mais de 320 ações envolvendo a prestação deficitária ou inexistente do poder público aos usuários.

Uma consequência dessas ações judiciais pode ser o aumento dos custos de aquisição, uma vez que, na maioria das vezes, essas compras são realizadas por meio de dispensa de licitação e em volumes pequenos, tendo em vista a necessidade de atender apenas os pacientes abrangidos pelas decisões judiciais.

Ademais, a judicialização alimenta um círculo vicioso do qual decorrem os desabastecimentos em comento. Neste sentido, a equipe do TCU em Tocantins registrou que:

Segundo a atual Secretária de Saúde do Estado do Tocantins, a judicialização impacta as ações planejadas, tendo em vista que a urgência imposta para o atendimento às determinações judiciais, seja pela natureza emergencial inerente à própria situação apresentada pelo paciente, seja pelos exíguos prazos estabelecidos pelo Poder Judiciário para o cumprimento de suas decisões, cujos efeitos são, normalmente, precipitados em virtude do deferimento de medidas liminares, causa impacto e um revés, evidenciando, por conseguinte, o desajuste estrutural desencadeado pela judicialização da saúde.

Diante do exposto, a Secex Saúde concluiu que:

- a) a insuficiência de medicamentos e insumos foi observada no presente trabalho. Nesse sentido, a restrição na realização de procedimentos devido à falta de insumos, mesmo com uma baixa frequência, foi relatada pela maioria dos hospitais visitados;
- b) também foi bastante relatada a substituição de medicamentos e insumos, em especial, a utilização de medicamentos e insumos de alto custo para substituir materiais de baixo custo que se encontravam em falta na unidade;
- c) falhas no processo de licitação e compra foram os motivos mais apontados pelos gestores de hospitais entrevistados para a falta ou insuficiência de medicamentos e insumos;
- d) outro motivo relevante para esses problemas é o desperdício de medicamentos e insumos, que foi confirmado em 39% das unidades visitadas;
- e) a carência de instrumentos de gestão na área de medicamentos e insumos foi levantada por 53% dos gestores dos hospitais visitados;
- f) a falta de instrumentos e mobiliários básicos foi relatada por 48% das unidades visitadas;
- g) por fim, cabe destacar que muitos gestores demonstraram preocupação com a elevada quantidade de ações judiciais cujo objeto foi a aquisição de medicamentos.

Estudo realizado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, denominado “Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais” (peça 19 do TC 026.797/2013-5), registrou que o

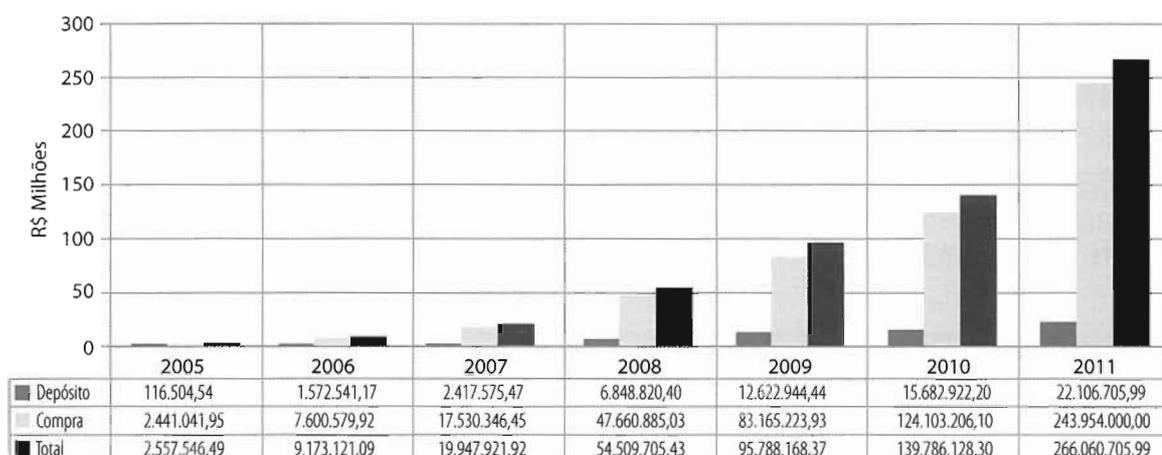
Estado de São Paulo, somente no ano de 2008, utilizou R\$ 400 milhões no atendimento às demandas judiciais de saúde. Esse gasto é 567% maior do que o dispêndio observado em 2006, que foi de R\$ 60 milhões. Já no ano de 2010, os gastos do estado em comento com a judicialização chegaram a quase R\$ 700 milhões.

Ainda segundo o estudo em tela, os valores gastos pelo Ministério da Saúde para atender às decisões judiciais, realizados por meio de depósito judicial ou repasses a estados e municípios para que estes cumprissem as determinações judiciais, saltaram de R\$ 1.572.540,00, em 2006, para mais de R\$ 22.106.700,00, em 2011, último exercício abrangido pelo trabalho. Isso equivale a um aumento de 1.406% em apenas seis anos.

A maior parte dos gastos determinados por via judicial se referiu à aquisição de medicamentos, cujo valor saltou de R\$ 7,6 milhões em 2006 para R\$ 244 milhões em 2011. Note-se que o total de gastos do Ministério da Saúde passou de R\$ 2,6 milhões em 2005 para R\$ 266 milhões em 2011. De acordo com o estudo, o cumprimento das decisões judiciais pela União se deu das seguintes formas:

- a) aquisição pelo próprio Ministério do medicamento ou insumo pleiteado;
- b) depósito do valor necessário à aquisição pelo próprio paciente do medicamento ou tratamento médico demandado;
- c) repasse aos estados ou municípios de parcela do valor do medicamento ou tratamento, quando o paciente é por eles atendido.

Gráfico 92: Evolução dos gastos federais com medicamentos e insumos para cumprimento de decisões judiciais (2005-2011)



Equipamentos

A gestão e a utilização eficazes de equipamentos produzem grande impacto na quantidade, qualidade e tempestividade dos procedimentos realizados no âmbito das unidades hospitalares. A prestação de serviços médicos à população está estreitamente relacionada com a existência de unidades hospitalares bem equipadas, tanto no que se refere a equipamentos de alto custo, quanto no que diz respeito a instrumentos, mobiliários básicos, medicamentos e insumos. A questão se reveste ainda de mais interesse devido aos altos custos de aquisição e manutenção de muitos desses equipamentos.

Entre os problemas detectados destacam-se o número insuficiente de equipamentos, o déficit do quadro de profissionais capacitados para operá-los e a inadequação da estrutura física para instalação e utilização desses aparelhos.

A falta de equipamentos foi avaliada por meio dos questionários aplicados nas 116 unidades hospitalares visitadas em âmbito nacional. Naquela ocasião, em 89 estabelecimentos (77% desses hospitais), foi informada a necessidade de algum equipamento inexistente na unidade. A relação de equipamentos citados é ampla e inclui máquinas de alto custo (mais de um milhão de reais), que normalmente só estão presentes em poucas unidades hospitalares, a exemplo de aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos e mamógrafos.

Por meio do questionário acima citado, também foi constatado que haveria 251 leitos bloqueados em função da falta dos equipamentos mínimos necessários para o seu funcionamento, o que corresponde a 11% dos leitos indisponíveis. Cabe destacar que em Santa Catarina existiam 116 leitos indisponíveis por esse motivo. No Amazonas, foram identificados 40 leitos nessa situação e no Rio Grande do Sul havia 29 leitos não passíveis de utilização por causa dessa carência de equipamentos.

Observou-se que a falta de equipamentos mínimos atingia mais os leitos cirúrgicos (143 bloqueios). Em segundo lugar, estavam os leitos clínicos (47) e em terceiro os de UTI adulto (23).

Além dos equipamentos de alto custo, houve um expressivo número de relatos da ausência ou quantidade insuficiente de equipamentos cujos valores de aquisição estão na faixa dos quarenta a cem mil reais (custo médio), tais como ventiladores pulmonares, oxímetros, monitores e macas ginecológicas. Esses aparelhos possuem valores individuais relativamente baixos se comparados com os equipamentos de diagnóstico anteriormente citados, contudo essas máquinas mais baratas estão presentes em maior número nos hospitais, uma vez que possuem como característica a acomodação ou o acompanhamento do estado clínico de pacientes. Assim, a falta ou a quantidade insuficiente desses equipamentos implica risco direto à manutenção da vida de pacientes em estado grave.

Foi relatada também a inadequação do quantitativo de equipamentos de baixo custo, como itens de mobiliário para pacientes e acompanhantes, carro de anestesia e suporte de soro.

A título de exemplo, são transcritos a seguir trechos dos relatórios elaborados pelas equipes deste Tribunal:

Goiás

Há carência de equipamentos em todos os hospitais visitados. Em Itumbiara, há falta de ressonância magnética, bomba de infusão e respirador; em Planaltina, capnógrafo, carrinho de anestesia, CPAP, bomba de infusão; em Porangatu, ultrassom, carrinho de anestesia, ventilador, monitor multi-parâmetro, respirador e capnógrafo.

Acre

Ausência de máquinas de hemodiálise e dois respiradores na UTI; existência de dois respiradores danificados na UTI aguardando manutenção. Na oportunidade, foi mencionada a existência de projeto pré-aprovado pelo Ministério da Saúde para adquirir esses equipamentos de alto custo. Ausência de 8 ventiladores nas enfermarias 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 11; de 8 ventiladores nas enfermarias cirúrgicas 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 11; de 3 ventiladores nas enfermarias pediátricas 1 e 3.

Quatro num total de oito leitos não estavam funcionando por falta de respiradores.

Pará

O Hospital A informou faltar autoclave, respirador, carrinho de anestesia, intensificador de imagem, lavadora termo desinfecção, sterrard, raio x de 800 a 600k, ultrassom e tomógrafo. O hospital B relatou a falta de Monitor, Ventilador, Tomógrafo e Raio-X. Por sua vez, o Hospital D (Santarém) relatou a falta de máquina de lavar e secadora de grande precisão, centrífuga, tomógrafo (a realização de exames era terceirizada), ressonância magnética, aparelho de ultrassom com doppler e eco, além de três bisturis elétricos de grande precisão. Uma das unidades apontou a necessidade de renovação de respiradores mecânicos e câmara de frios.

100% das unidades hospitalares visitadas informaram possuir equipamentos de alto custo antigos ou desatualizados. Os equipamentos citados foram videolaparoscópio, raio X, autoclave e equipamentos de lavanderia.

Uma das unidades informou haver mamógrafos não utilizados ou subutilizados devido à falta de reveladora e sala com refrigeração adequada.

Cumprе salientar a situação identificada em um dos hospitais visitados em Roraima, que não possuía os equipamentos mínimos para atender sua principal demanda, conforme se observa no trecho extraído do relatório elaborado pela equipe de fiscalização do TCU naquele estado:

Segundo informações colhidas, a unidade não possui desfibriladores, o que compromete o atendimento de urgências cardíacas e outras; falta-lhe aparelho de ultrassom, embora seu principal atendimento seja ginecológico e obstétrico; não há monitor de parâmetro, incubadora, berço aquecido e equipamentos que deveriam guarnecer o centro cirúrgico.

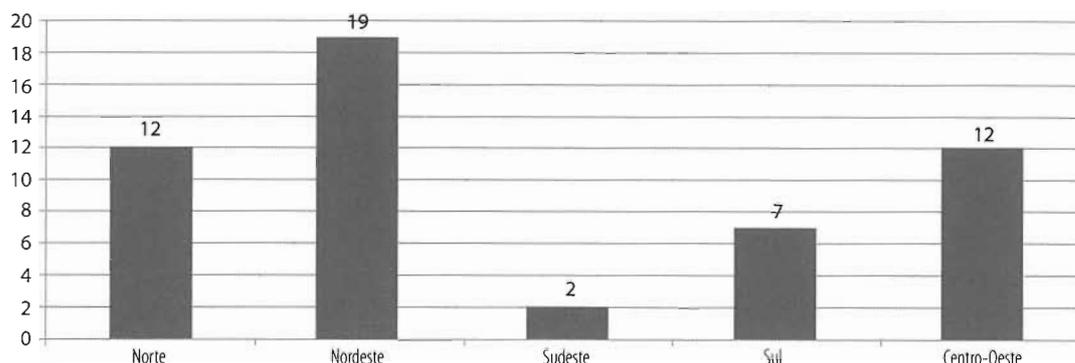
Em outra unidade hospitalar no mesmo estado, a situação não era diferente:

A ausência de um aparelho de ultrassonografia torna precários os exames de pré-natal realizados no hospital. Em decorrência da falta de balança pediátrica, nos casos de recém-nascidos, a enfermeira leva o bebê para ser pesado na farmácia fora do hospital, em uma balança digital para adultos.

Além de Roraima, a falta de aparelho desfibrilador também foi detectada no Amapá.

Em que pese a significativa gama de equipamentos citada pelos gestores das unidades hospitalares como em falta ou com quantitativo insuficiente, vislumbra-se duas causas para estes problemas: dificuldade para realizar a manutenção adequada desses aparelhos e falta de recursos para adquirir e renovar os equipamentos hospitalares. Diante disso, buscou-se verificar a existência de contratos de manutenção, a adequação deles às necessidades das unidades e as medidas adotadas pelos responsáveis para efetuar a manutenção preventiva e corretiva desses equipamentos. Constatou-se que 52 unidades (45% dos hospitais) apontaram problemas relacionados à ausência de contratos de manutenção dos equipamentos de alto custo ou a existência de contratos com graves deficiências. Desses 52 hospitais, 19 estão na Região Nordeste, 12 na Região Norte, 12 no Centro-Oeste, 7 na Região Sul e apenas 2 no Sudeste, consoante apresentado no Gráfico 93 a seguir.

Gráfico 93: Quantidade de hospitais visitados que declararam a existência de problemas relacionados à ausência ou à deficiência de contratos de manutenção dos equipamentos de alto custo por região



Fonte: Questionário aplicado aos gestores dos 116 hospitais visitados.

Em relação às deficiências detectadas na execução de alguns desses contratos, destacam-se aquelas verificadas nos hospitais localizados nas Regiões Norte e Nordeste. Assim, por exemplo, em uma unidade no Acre, houve necessidade de esperar de oito a dez dias pela chegada de técnicos para consertar equipamentos. Em um hospital de Roraima, alguns serviços de manutenção não são prestados satisfatoriamente devido à posição geográfica do estado, que dificulta a logística. Gestores dos hospitais visitados no Piauí apontaram a inexistência de técnicos especializados em equipamentos de alto custo, o que impossibilita um atendimento tempestivo. Em uma unidade visitada em Sergipe, o gestor citou que o fornecedor da mão de obra para a manutenção está muito distante do hospital, o que contribui para a intempestividade do atendimento.

Aduz-se que em 32 estabelecimentos (28% dos 116 hospitais visitados), foi relatada a existência na unidade de equipamentos quebrados sem perspectiva de conserto.

A manutenção deficiente de equipamentos foi apontada como um dos motivos do bloqueio de 162 leitos nas unidades visitadas (7% dos leitos que se encontravam indisponíveis).

A adequação e a renovação do parque tecnológico das unidades hospitalares são dificultadas pela ausência ou insuficiência de ações relacionadas ao inventário patrimonial dos equipamentos. A falta de informações confiáveis sobre a quantidade, o estado de conservação e o tempo restante de vida útil dos aparelhos impacta na contratação de serviços de manutenção e no planejamento, o que facilita a obsolescência ou a indisponibilidade de equipamentos hospitalares.

No entanto, verificou-se que nem sempre o gestor do hospital estabelece canais que possibilitem de forma tempestiva e qualificada a coleta de informações acerca da obsolescência, do mau funcionamento ou da quebra de equipamentos localizados em sua unidade. A situação se agrava ainda mais no nível das secretarias de saúde, nas quais a desinformação sobre as condições de operação e a produtividade ocasiona a má distribuição de equipamentos e serviços na rede de saúde, bem como impede o planejamento relativo à aquisição, à substituição e ao desfazimento de equipamentos utilizados para prestar serviços hospitalares.

O Distrito Federal, por exemplo, estabeleceu como meta para o exercício de 2012 realizar o levantamento patrimonial de todo o seu parque tecnológico (equipamentos médico-hospitalares da Rede da SES-DF). No entanto, no último relatório de atividades apresentado em 2013, constou que essa meta ainda não havia sido atingida.

A falta de conhecimento acerca da própria infraestrutura física e tecnológica restou demonstrada nos casos das compras de equipamentos incompatíveis com o porte das unidades que receberam essas máquinas ou cuja demanda não justificaria sua aquisição. Em 27 hospitais (23% da amostra), foi informada a existência de equipamentos que não foram instalados ou eram subutilizados devido à inadequação da estrutura física da unidade a que se destinavam. Note-se que, devido ao longo período de tempo transcorrido desde a aquisição de alguns desses equipamentos, é provável que eles já estejam inutilizados ou exijam altos investimentos em consertos para serem postos em funcionamento, o que consolida a perda de recursos públicos.

Como exemplos de compras sem a adoção prévia de providências imprescindíveis, podemos citar os seguintes casos:

- a) no Distrito Federal, foram adquiridos equipamentos destinados a três unidades da rede hospitalar, visando à instalação de Central de Material Esterilizado. Contudo, as estruturas físicas das unidades hospitalares que iriam receber esses aparelhos não foram previamente reformadas, o que inviabilizou sua instalação. Diante disso, essas máquinas estavam estocadas em caixas nos corredores das unidades e, até mesmo, na área externa de um dos hospitais. Conforme relato de um dos gestores, esses equipamentos permaneciam nessas caixas há três anos, aguardando ajustes na estrutura física da unidade necessários à instalação;
- b) no Rio de Janeiro, em um dos hospitais visitados, havia equipamento de ultrassonografia e lavadora ultrassônica encaixotados, sem instalação;
- c) em uma unidade visitada no Mato Grosso do Sul, uma máquina de endoscopia não havia sido instalada devido à falta de sala específica. Além disso, um aparelho de hemodinâmica novo não foi instalado por falta de espaço;
- d) em Mato Grosso, uma autoclave não foi instalada porque a rede de energia não foi previamente ampliada;
- e) no Maranhão, duas unidades do município de São Luís receberam equipamentos sem necessidade.

Em 68 hospitais (59% da amostra), foi relatada a existência de equipamentos obsoletos, incluindo alguns de alto custo. Várias consequências negativas derivam da utilização de equipamentos nesse estado: realização de procedimentos em número inferior ao que seria possível, exposição de pacientes e operadores à radiação acima da devida, falta de conforto e segurança para o paciente, elevados custos de manutenção e repetição de exames devido a resultados insatisfatórios. Nesse sentido, gestores de um hospital no Paraná relataram que os equipamentos de raio-X e eletroencefalograma da unidade eram antigos e podiam prejudicar a qualidade do atendimento.

Diversos tipos de equipamentos foram citados pelos gestores dos hospitais visitados como obsoletos, tais como: arco cirúrgico, tomógrafo, aparelho de ressonância, equipamento para realizar dosagem individual de medicamentos e equipamentos da lavanderia (esses últimos foram considerados em situação crítica no Distrito Federal).

Foi indagado aos gestores dos hospitais qual era o impacto da falta ou insuficiência de insumos nas restrições de uso de equipamentos de alto custo. Em 15 unidades (13% do total), foi informado que alguns equipamentos de alto custo não estavam sendo utilizados ou eram subutilizados devido à carência de insumos.

Também foi perguntado qual era o impacto da inadequação do quantitativo de pessoal nas restrições de utilização dos equipamentos. Em 26 hospitais (22% das unidades visitadas), foi informado que havia equipamentos de alto custo que não eram utilizados ou estavam sendo subutilizados em decorrência da ausência ou insuficiência de pessoal habilitado.

Cabe destacar que algumas boas práticas foram identificadas, a saber:

- a) no Distrito Federal, servidores lotados nas unidades hospitalares são indicados para conhecer e acompanhar os contratos de manutenção dos equipamentos e da estrutura física. Isso tem propiciado a melhora da execução contratual, segundo gestores entrevistados;
- b) em Sergipe, também estão sendo adotadas ações para melhorar a gestão dos equipamentos.

Entre as consequências diretas dos problemas acima narrados estão a não realização de procedimentos ou sua realização em quantitativo inferior à capacidade da unidade e à demanda e a perda de qualidade e segurança do atendimento prestado. Nesse contexto, podem ocorrer equívocos e diagnósticos clínicos intempestivos.

Deve-se considerar também o aumento de custos decorrente da repetição de exames, a qual deriva da má qualidade dos resultados desses exames, e do aumento da frequência das ações de manutenção de equipamentos obsoletos. Além disso, existem ainda gastos relativos aos insumos utilizados pelos equipamentos antigos, que podem ser dispensados pelos aparelhos de geração mais recente. Por exemplo, alguns equipamentos modernos utilizam meios magnéticos para registrar os resultados de exames, o que diminui os respectivos custos operacionais.

Com fulcro nessas considerações, a Secex Saúde afirmou que a falta de equipamentos adequados ainda é um problema enfrentado por muitos hospitais. Um exemplo das consequências negativas dessa carência foi o bloqueio de 251 leitos nas unidades visitadas.

Os gestores ouvidos apontaram as seguintes causas para esse problema: equipamentos quebrados sem perspectiva de conserto, máquinas não instaladas ou subutilizadas devido à inadequação da estrutura física da unidade, aparelhos obsoletos e inexistência de contratos de manutenção ou celebração desses contratos com graves deficiências.

Estrutura física e apoio

Gestores de 85 unidades hospitalares (73% do total) afirmaram que a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento da respectiva demanda. Aduz-se que essa inadequação foi apontada como um dos principais problemas pelos responsáveis por 50% dos hospitais. No dizer dos administradores, os principais problemas eram os seguintes:

- a) mau estado de conservação do imóvel ou estrutura antiga: prejudica a instalação de novos equipamentos. Nesse sentido, 23% dos hospitais visitados relataram a existência de equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados por ausência de estrutura física adequada;
- b) projeto arquitetônico ruim ou defasado;
- c) o hospital ocupava um imóvel que foi projetado com outros fins, tais como hotéis ou unidades administrativas;

- d) problemas com a lavanderia (equipamentos velhos ou quebrados);
- e) problemas nas instalações hidráulicas, elétricas ou de gás.

Podem ser citados os seguintes exemplos de problemas derivados da falta de uma estrutura física adequada:

- a) no Piauí, a equipe do TCU constatou a existência de equipamentos de UTI neonatal e de um tomógrafo adquiridos há mais de cinco anos e ainda não instalados devido à falta de salas com estrutura adequada;
- b) em uma unidade visitada em Pernambuco, a estrutura antiga impedia a instalação de um novo elevador, apesar de o existente se encontrar inoperante;
- c) consoante exposto anteriormente, no Distrito Federal havia aparelhos novos, que deveriam estar sendo utilizados na Central de Esterilização de Materiais, mas que ainda não haviam sido instalados e se encontravam armazenados em caixas havia três anos, aguardando a realização de ajustes na estrutura física dos hospitais;
- d) em um hospital visitado em Sergipe, equipamentos novos não eram utilizados por falta de local adequado para sua instalação;
- e) em uma unidade hospitalar localizada em Mato Grosso do Sul, a falta de uma sala adequada impedia a instalação de uma máquina de endoscopia e um aparelho de hemodinâmica novo.

Alguns gestores de unidades visitadas no Acre, no Distrito Federal, no Rio Grande do Sul e em Rondônia relataram que a estrutura física de suas unidades não era compatível com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Assim, por exemplo, não era respeitada a distância mínima entre os leitos ou a quantidade de leitos por quarto, uma vez que essas unidades atendiam mais pacientes do que seria permitido por sua capacidade física.

Aduz-se que equipes do TCU, dos conselhos regionais de medicina e do Denasus constataram a inadequação de hospitais localizados no Amapá e em Sergipe às normas da Anvisa.

Por outro lado, vale ressaltar que a Resolução Anvisa nº 50/2002, que aprovou o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, à programação, à elaboração, à avaliação e à aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, é aplicável a:

- a) construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde em todo o país;
- b) ampliações ou reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes;
- c) reformas de imóveis anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.

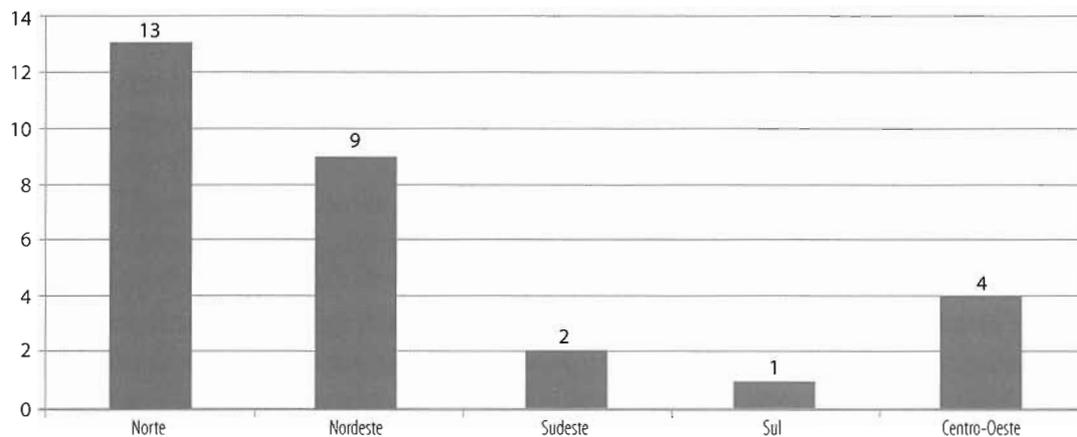
Além da inadequação da estrutura da unidade hospitalar, foi relatada a crescente demanda por serviços de saúde. Por exemplo, a capacidade de uma unidade em Rondônia passou de 40 para 147. Essa situação é uma das causas do atendimento ou da internação de pacientes em macas nos corredores das emergências hospitalares.

Mais da metade dos gestores entrevistados (59%) destacaram que os problemas de manutenção ou estrutura predial contribuem significativamente para a indisponibilidade dos leitos hospitalares. Segundo foi informado por esses administradores, havia 436 leitos bloqueados em decorrência dos problemas em tela, o que equivalia a 18% do total de leitos bloqueados. Os leitos mais atingidos por essa deficiência eram os cirúrgicos (186 leitos) e os clínicos (131).

Como exemplo dessa situação, pode ser citado o caso de uma unidade visitada em Pernambuco, na qual havia pacientes provisoriamente acomodados nos corredores devido à realização de reformas no imóvel e a impossibilidade de bloquear leitos.

Cabe destacar que 29 hospitais (25% do total) afirmaram não possuir local adequado para guardar cadáveres, sendo que muitas dessas unidades queixaram-se da ausência de refrigeradores. A maioria desses estabelecimentos estava localizada nas Regiões Norte (13 unidades) e Nordeste (9 unidades).

Gráfico 94: Quantidade de hospitais por região em que os gestores afirmaram não possuir local adequado para a guarda de cadáveres



Fonte: Questionário aplicado aos gestores dos 116 hospitais visitados.

A estrutura inadequada apresenta ainda uma outra faceta: em 22% das unidades visitadas, localizadas nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os gestores afirmaram que o serviço de lavanderia não estava adequado à demanda existente.

Uma das possíveis causas para os problemas detectados na estrutura física é a inexistência de contratos de manutenção predial vigentes. Nesse sentido, apenas 49% das unidades (47 das 96 que responderam a esse questionamento) afirmaram que haviam celebrados tais contratos e que eles ainda estavam vigentes. Além disso, 45% dessas unidades asseveraram que esses contratos não atendiam todas as suas necessidades e 30% avaliaram como regular a tempestividade e a qualidade do atendimento prestado no âmbito dessas avenças.

Além do exposto no parágrafo anterior, os gestores hospitalares apontaram como possíveis causas para a não adequação da estrutura física problemas nas licitações e falta de recursos financeiros para realizar as reformas necessárias.

Cabe ressaltar que muitos hospitais relataram possuir uma pequena equipe de manutenção própria (eletricista, bombeiro, carpinteiro etc.) que resolve os problemas mais urgentes.

Os problemas na estrutura física e na manutenção dos imóveis geram efeitos negativos, tais como: perda da qualidade do atendimento prestado, desconforto para pacientes e acompanhantes, bloqueio de leitos, redução da capacidade de atendimento hospitalar ou não prestação de atendimento, ambiente propício à infecção hospitalar e aumento do tempo para atendimento da fila.

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.616/1998, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência das infecções hospitalares. Ainda segundo esse normativo, para adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

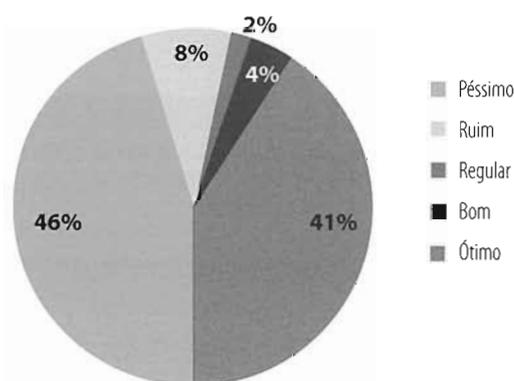
Em 96% dos hospitais visitados existia essa comissão. As unidades sem CCIH estavam localizadas nas Regiões Centro-Oeste (2), Norte (2) e Nordeste (1). Em dois hospitais, um localizado no Mato Grosso e outro no Piauí, essa comissão não foi instalada devido à falta de pessoal.

Dos gestores que afirmaram possuir CCIH instalada, 96% declararam que essa comissão estava ativa e 4% que ela não estava ativa. Assim, dos 116 hospitais visitados, 107 (92%) possuíam a comissão instalada e ativa e nove (8%) não a possuíam ou ela não está ativa.

Foi perguntado aos gestores se teriam ocorrido, no ano anterior, problemas relacionados à infecção hospitalar que prejudicaram a qualidade do atendimento. Dos 114 hospitais que responderam essa questão, 73% afirmaram que não houve tais problemas e 27% responderam que houve.

Em resposta a outro questionamento, quase 50% dos gestores entrevistados avaliaram como regular, ruim ou péssimo o cumprimento das normas de controle de infecção pelos profissionais das suas unidades, como pode ser observado no Gráfico 95 a seguir.

Gráfico 95: Cumprimento das normas de controle de infecção pelos profissionais segundo a percepção dos gestores das unidades visitadas



Fonte: Questionário aplicado a gestores dos 116 hospitais visitados.

Sistemas informatizados

Para que exista uma gestão eficiente, é importante que o gestor conheça profundamente a organização em que atua, assim como o ambiente em que ela opera. Ele deve avaliar possíveis impactos, buscar soluções eficazes e identificar ameaças e oportunidades, por meio de ferramentas de gestão e Tecnologia da Informação (TI).

A Tecnologia da Informação é de extrema importância para o processo de tomada de decisão, pois a administração hospitalar é bastante influenciada pela disponibilidade e utilização das informações fornecidas pela TI. Assim sendo, tais informações precisam estar disponíveis e serem adequadas para viabilizar uma gestão eficiente e eficaz.

Verificou-se que 11% dos 116 hospitais visitados afirmaram não possuir sistema informatizado e que 87% dos que possuem tal sistema alegaram enfrentar problemas na área de TI, tais como a instabilidade frequente da rede de computadores (principal problema dos hospitais, foi apontado por 47% das unidades que possuem sistemas informatizados).

Outros problemas também foram relatados: velocidade de processamento insuficiente (41%), inadequação do sistema ao atendimento prestado na unidade (36%), inserção inadequada de informações nos sistemas (35%), falta de treinamento da equipe (34%), suporte técnico inadequado (31%) e dificuldades para utilizar os sistemas (14%). Observou-se, nos relatos dos gestores, que os sistemas são de difícil manuseio, o que compromete o registro das informações e prejudica a confiabilidade da base de dados.

Após analisar os relatórios apresentados pelas unidades estaduais, a Secex Saúde concluiu que a falta de estrutura de TI constitui a principal causa dos problemas relatados pelos gestores dos hospitais. Por exemplo, no relatório elaborado pela equipe do TCU no Paraná, foi relatada a falta de computadores em alguns hospitais:

De acordo com a diretoria do hospital, há um déficit de cerca de 100 computadores, considerando as áreas que serão iniciadas, tais como a UTI neonatal e a emergência. Diversos setores, principalmente as chefias, utilizam notebooks particulares.

Foi registrado ainda que alguns hospitais de Roraima não possuíam acesso à internet. Nesse caso, a solução encontrada pelos servidores foi acessar a internet por intermédio de *lan houses* existentes na vizinhança das unidades.

Os gestores ouvidos também consideraram graves as constantes falhas de integração dos sistemas informatizados. Por exemplo, no Paraná, os hospitais visitados alegaram que os sistemas utilizados não abarcavam todas as atividades de hospital. Assim sendo, os gestores eram obrigados a se valer de diversos sistemas, que não se comunicavam entre si ou se comunicavam de forma insatisfatória. Esse problema prejudicava significativamente a consistência do banco de dados e o processo de tomada de decisões dos hospitais.

Em resumo, diante dos dados levantados no presente trabalho, a unidade técnica concluiu que a Tecnologia da Informação, na maioria dos hospitais visitados, não fornecia o suporte adequado para uma boa prestação dos serviços. Considerando a elevada demanda e a necessidade de atendimento tempestivo, não há como conceber a prestação de serviços hospitalares sem a utilização de sistemas informatizados que auxiliem nas diversas tarefas desenvolvidas pelos hospitais.

Resultados

A versão preliminar do relatório de levantamento foi remetida à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com a finalidade de obter comentários sobre as questões e os problemas ali tratados. Tais comentários agregaram informações sobre a atuação daquele Ministério na área da assistência hospitalar, em especial no que concerne à existência de estratégias para enfrentar os problemas existentes. Entre essas estratégias, destacam-se o

Programa SOS Emergência, oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 1.663/2012, e as diretrizes da futura Política Nacional de Atenção Hospitalar (minuta de portaria submetida à consulta pública no final de 2012 e ainda não publicada).

O Programa SOS Emergência é uma ação estratégica desenvolvida pelo Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, para qualificar a gestão e o atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde nas maiores e mais complexas portas de entradas hospitalares de urgência do SUS. O referido programa está implantado em 22 unidades hospitalares e alcançará, até o final de 2014, as quarentas maiores emergências hospitalares do país.

De acordo com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.663/2012, os estabelecimentos selecionados no âmbito do programa em tela deverão criar o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), além de implantar mecanismos seguros de gestão do acesso pelo risco por meio do acolhimento e da classificação desse risco. Existe a possibilidade de serem concedidos incentivos aos estabelecimentos participantes com vistas ao pagamento de despesas com investimento e custeio.

Já a Política Nacional de Atenção Hospitalar, conforme consta de minuta de portaria apresentada na Consulta Pública do Ministério da Saúde nº 19, de 1º/11/2012, observará as seguintes diretrizes:

- a) regionalização da atenção hospitalar com abrangência territorial e populacional;
- b) acesso regulado;
- c) acolhimento com classificação de risco e atendimento a vulnerabilidades específicas;
- d) monitoramento e avaliação de desempenho das ações gerenciais e assistenciais.

Aduz-se que a Política Nacional de Atenção Hospitalar possui os seguintes eixos estruturantes:

- a) atenção hospitalar;
- b) gestão para ampliar o acesso e a qualidade da atenção hospitalar;
- c) formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho;
- d) financiamento;
- e) contratualização;
- f) responsabilidade de cada esfera de gestão do SUS.

Cabe ressaltar que este trabalho não avaliou as estratégias apresentadas pelo Ministério da Saúde para enfrentar os problemas encontrados, apenas apresentou um diagnóstico abrangente da área da Saúde, visando fornecer um instrumento capaz de orientar a escolha de futuros trabalhos de auditoria a serem realizados por este Tribunal.

Além das suas estratégias, o Ministério da Saúde apresentou informações sobre financiamento da saúde, redução do número e taxa de ocupação de leitos, entre outros. As informações consideradas relevantes pela Secex Saúde no que concerne à apresentação do diagnóstico objeto deste trabalho foram incorporadas ao relatório.

Os hospitais são unidades de saúde complexas, nos quais está concentrada a prestação dos serviços de média e alta complexidade. Ao buscar um diagnóstico amplo dessa área, o presente levantamento de auditoria consolidou as informações obtidas por meio de trabalhos realizados no Distrito Federal e nos 26 estados. Além da análise documental e das entrevistas, foram realizadas visitas a 116 hospitais do Sistema Único de Saúde, que disponibilizam 27.614 leitos SUS.

O Brasil possui uma quantidade de leitos hospitalares por habitante inferior a de muitos países, como Portugal, Itália, Argentina, Cuba e França, conforme dados da OMS. Além disso, a maioria dos estados brasileiros não possui a quantidade de leitos por habitantes recomendada pelo Ministério da Saúde. Por fim, mesmo em estados que apresentam uma adequada proporção de leitos por habitante, foi constatada a carência de algum tipo de leito.

A superlotação das principais emergências hospitalares do Brasil, com pacientes sendo atendidos ou internados nos corredores das unidades, em macas, cadeiras ou bancos, foi um problema constatado no presente trabalho. Conforme relatado por seus gestores, 83% dos hospitais visitados que possuem o serviço de emergência, sempre ou muitas vezes atendiam nesse serviço uma quantidade de pacientes que superava o quantitativo oficial de leitos.

Também foi observada pelas equipes do TCU a superlotação de algumas unidades de internação. Essas constatações foram corroboradas pelos gestores de 47% dos 116 hospitais visitados, os quais afirmaram que muitas vezes ou sempre há pacientes alocados nos corredores da unidade por falta de leitos.

Foram apontados problemas e deficiências na gestão e na regulação dos leitos existentes, tais como bloqueio de leitos em decorrência da falta de pessoal ou de equipamentos essenciais e dificuldades para referenciar pacientes.

Em relação aos recursos humanos, foram apresentados dados constantes de trabalhos recentes da OMS, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que demonstram a distribuição desigual dos médicos no Brasil. Ademais, em 81% dos hospitais visitados, os gestores informaram que o quadro de profissionais apresentava déficit em relação ao que havia sido estimado para atender adequadamente a demanda.

Cabe destacar que a falta de profissionais foi o motivo mais frequente para o bloqueio de leitos. Os hospitais visitados informaram a existência de 1.121 leitos indisponíveis por esse motivo, sendo 437 por falta de “outros profissionais”, 388 por falta de enfermeiros e 296 por falta de médicos. Ressalva-se que um leito pode estar bloqueado por mais de um motivo ou devido à falta de mais de um profissional.

Outros problemas também foram constatados no que concerne aos recursos humanos, tais como o absenteísmo e o pagamento excessivo de horas extras ou plantões em alguns estados.

Em relação à disponibilidade e utilização de medicamentos e insumos, foi constatado que:

- a) na maioria dos hospitais visitados, alguns procedimentos não foram executados devido à falta de medicamentos e insumos hospitalares. Cabe destacar que a frequência com que esse problema ocorria variava muito de uma unidade hospitalar para outra;
- b) havia a substituição de medicamentos e insumos inexistentes em determinados momentos por outros que estavam disponíveis. Esse procedimento tende a produzir impactos negativos na saúde dos pacientes, além de ensejar com frequência desperdício de recursos públicos;
- c) havia carência de instrumentos de apoio à gestão de medicamentos e insumos;
- d) ocorria o desperdício de medicamentos e insumos, inclusive, em alguns casos, em decorrência da negligência dos profissionais que atuavam nos hospitais;
- e) as demandas judiciais visando ao fornecimento de determinados remédios de alto custo era crescente.

Da mesma forma, foram identificados problemas no que se refere aos equipamentos hospitalares, como por exemplo:

- a) falta de equipamentos de alto custo;
- b) bloqueio de leitos por falta ou manutenção inadequada de equipamentos;
- c) existência de equipamentos que não foram instalados devido à inadequação da estrutura física da unidade;
- d) presença de equipamentos obsoletos;
- e) ausência ou deficiência de contratos de manutenção.

A maioria dos gestores das unidades hospitalares visitadas afirmou que a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento de sua demanda.

Conforme foi relatado pelos gestores entrevistados, existiam Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em 96% das unidades de saúde visitadas, porém, nem todas elas estavam ativas. Ademais, esses administradores não avaliaram como totalmente adequado o grau de cumprimento pelos funcionários das normas relacionadas ao controle de infecções hospitalares.

Por fim, apesar da utilização de sistemas informatizados pela maioria das unidades visitadas, 87% desses hospitais alegaram haver problemas relacionados com os recursos de tecnologia da informação.

Cumprido ressaltar que o levantamento de auditoria na assistência hospitalar do SUS, ao contrário de uma auditoria típica, não teve como objetivo evidenciar de maneira robusta os problemas detectados, mas tão somente identificá-los. Desse modo, trabalhos posteriores, observada a jurisdição deste Tribunal, poderão aprofundar a análise dos principais problemas aqui levantados.

Foram tabulados os seguintes percentuais de respostas dadas aos questionários aplicados durante a execução dos trabalhos de auditoria:

% DAS UNIDADES VISITADAS	PRINCIPAIS PROBLEMAS APONTADOS PELOS GESTORES
RECURSOS HUMANOS	
81%	Apresentam déficit no quadro de profissionais (médicos, enfermeiros e outros)
81%	A falta de profissionais é o principal motivo para bloqueio de leitos (47% do total de leitos bloqueados)
63%	Absenteísmo dos profissionais provoca impactos substanciais à prestação de serviços
MEDICAMENTOS E INSUMOS (ex.: remédios; roupas hospitalares; ataduras; seringas; fios cirúrgicos)	
56%	Falta ou insuficiência por falhas na licitação (ex.: deficiências na estimativa de quantitativos)
53%	Carência de instrumentos de gestão (controles de solicitação, saída e distribuição)
48%	Falta de instrumentos ou mobiliários básicos para prestação dos serviços
39%	Desperdício por práticas inadequadas dos profissionais
EQUIPAMENTOS (ex.: monitores; ventiladores pulmonares; tomógrafos; mamógrafos)	
77%	Bloqueio de leitos por falta de equipamentos mínimos (11% do total de leitos bloqueados)

% DAS UNIDADES VISITADAS	PRINCIPAIS PROBLEMAS APONTADOS PELOS GESTORES
59%	Atendimento inadequado em razão de equipamentos antigos ou desatualizados
45%	Ausência ou deficiência de contratos de manutenção
22%	Equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados em razão da ausência ou insuficiência de profissionais
ESTRUTURA FÍSICA E MANUTENÇÃO PREDIAL	
73%	Estrutura física inadequada e/ou falta de manutenção predial
59%	Principal motivo para bloqueio de leitos (18% do total de leitos bloqueados)
45%	Contrato de manutenção predial não atende a todas as necessidades da unidade
25%	Não possuem local adequado para guarda de cadáveres
23%	Equipamentos de alto custo novos e sem uso por inadequação de estrutura/manutenção
SISTEMAS INFORMATIZADOS	
87%	Apresentam deficiências de tecnologia da informação
11%	Não possuem sistemas informatizados
47%	Instabilidade frequente da rede de computadores
36%	Inadequação do sistema informatizado ao atendimento prestado pela unidade
35%	Inserção inadequada de informações nos sistemas
31%	Suporte técnico inadequado

Grandes temas acompanhados pelo TCU

O Sistema Único de Saúde tem o grande desafio de prestar assistência à saúde para toda a população brasileira, assegurada a observância aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Na prática, a Administração Pública dispõe de um orçamento limitado para atender uma demanda crescente por diagnósticos e tratamentos, a qual é incrementada pelo aumento do quantitativo populacional, pela transição epidemiológica, pelo aumento da longevidade e pelas inovações tecnológicas.

Desde a sua implantação, com a Constituição de 1988, o SUS tem realizado diversos avanços na prestação de serviços de saúde, pois ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, que antes ou era excluída ou dependia da ação de instituições assistenciais e filantrópicas. Entretanto, atualmente, a saúde tem sido alvo de diversas discussões e exigências da população brasileira.

Pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a finalidade de conhecer suas percepções sobre os bens e serviços públicos oferecidos em diversas áreas, apontou que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços de saúde. Nesse sentido, as pessoas ouvidas apontaram a necessidade de aumentar o número de médicos e reduzir o tempo necessário para marcar consultas ou obter atendimento.

Cabe frisar ainda que, segundo essa pesquisa, a avaliação geral do SUS por aqueles que já utilizaram seus serviços é bem mais positiva que a percepção expressa por aqueles que não o fizeram.

Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema público de um país de dimensões continentais, que apresenta grandes diferenças demográficas, socioeconômicas e culturais. Nesse contexto, melhorar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde é um constante desafio.

Estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) destacam a atenção especial dedicada por muitos acadêmicos e organismos internacionais ao papel da saúde, aqui entendida como condição *sine qua non* para o desenvolvimento. Tais estudos destacam os seguintes efeitos que podem advir de uma assistência adequada à saúde da população: aumento da renda dos indivíduos, empregabilidade do mais baixo estrato de renda da sociedade, melhoria da capacidade de aprendizado da população e incremento da expectativa de vida. Em síntese, a melhoria do nível da saúde da população contribui para o desenvolvimento socioeconômico do país como um todo.

O Ministério da Saúde elaborou o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) com vistas a avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados no nosso país. Em 2012, esse índice demonstrou a magnitude das disparidades regionais e estaduais relativas ao acesso às ações e aos serviços públicos de saúde. Naquela ocasião, o Brasil possuía um IDSUS de 5,47, numa escala de 0 a 10. A Região Sul teve pontuação de 6,12, seguida do Sudeste (5,56), Nordeste (5,28), Centro-Oeste (5,26) e Norte (4,67). Entre os estados, os índices mais altos estavam na região Sul - Santa Catarina (6,29), Paraná (6,23) e Rio Grande do Sul (5,90). Na sequência, vinham Minas Gerais (5,87) e Espírito Santo (5,79). As menores pontuações foram as do Pará (4,17), de Rondônia (4,49) e do Rio de Janeiro (4,58).

Diante da relevância do assunto, nos últimos anos, o Tribunal de Contas da União realizou vários trabalhos, visando detectar deficiências e oportunidades de melhoria na prestação de serviços à população. A seguir, são apresentadas questões em relação às quais o TCU expediu recomendações ou determinações, visando contribuir para aprimorar a saúde pública, que continuam em acompanhamento, tendo em vista sua relevância para a sociedade brasileira e a persistência de falhas que precisam ser sanadas.

Tais questões são as seguintes:

- a) não implantação efetiva do Cartão Nacional de Saúde;
- b) o fato de a Atenção Básica ainda não ter logrado cumprir plenamente sua função de ordenadora do SUS;
- c) ressarcimento incompleto ao SUS pelas operadoras de planos de saúde;
- d) regulação deficiente dos preços de medicamentos e procedimentos de aquisição;
- e) dificuldade para acessar os serviços de oncologia;
- f) atrasos na implementação da Hemobrás.

A tabela a seguir apresenta dados orçamentários e financeiros relativos às subfunções orçamentárias relacionadas com essas questões.

Tabela 21: Grandes temas acompanhados pelo TCU - execução financeira

R\$ milhões

Subfunção e Ação	2012 (Execução)	2013	
		Orçamento autorizado	Execução (até 23/11)
Atenção Básica (Subfunção 301)	14.462,08	18.259,04	13.771,21
Suporte Profilático e Terapêutico (Subfunção 303)	8.648,45	10.013,48	8.490,68
Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Subfunção 302) Ação 8758 - Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Oncologia - INCA Ação 7833 - Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon	290,90	311,77	294,43
Informação e Inteligência (Subfunção 183) Ação 6.152 - Implantação do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde	30,93	75,39	40,18

Fonte: Siga Brasil.

O montante devido a título de ressarcimento a ser efetuado pelas operadoras de saúde ao SUS, se exigido e efetivamente recuperado, reforçará o caixa do Sistema Único de Saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2011 foram arrecadados R\$ 71,3 milhões e até setembro de 2013 R\$ 107,21 milhões.

O montante de recursos destinados à Hemobrás é expressivo, o que demonstra a necessidade de continuar o acompanhamento que vem sendo realizado pelo Tribunal.

Tabela 22: Hemobrás - orçamento autorizado (2012 e 2013)

Programa*	Ação	Orçamento 2012	Orçamento 2013
2055	1H00 - Implantação da Indústria de Hemoderivados e Biotecnologia - Hemobrás (PE)	258.004.762	292.682.452
2015	146V - Aquisição de Equipamentos para o Desenvolvimento e Incorporação de Processos e Produtos Hemoderivados e Biotecnológicos	1.687.153	6.785.837
0807	3286 - Instalação de Bens Imóveis	150.000	100.000
0807	4102 - Manutenção e Adequação de Bens Móveis, Veículos, Máquinas e Equipamentos	2.650.000	179.263
0807	4103 - Manutenção e Adequação de Ativos de Informática, Informação e Teleprocessamento	1.346.800	1.595.500
Total		263.838.715	301.343.052

Fonte: Lei Orçamentária Anual - LOA 2012 e 2013.

*Programa: 2055 - Desenvolvimento Produtivo; 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS); 0807 - Programa de Gestão e Manutenção de Infraestrutura de Empresas Estatais Federais.

Cartão SUS

O Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que está previsto nos normativos do SUS desde a segunda metade da década de 1990, tem sido anunciado como uma ferramenta fundamental para possibilitar o controle da execução descentralizada dos serviços diante do caráter nacional e único do sistema público de saúde.

O Cartão SUS, uma iniciativa do Ministério da Saúde, possui dois objetivos principais:

- a) alimentar adequadamente a base de usuários do Sistema Único de Saúde, o que possibilitará identificar o gestor de saúde responsável e o conjunto de serviços de atenção à saúde acessados por esses usuários;
- b) registrar os dados dos atendimentos prestados, disponibilizando informações confiáveis para os agentes responsáveis pela formulação de políticas públicas de saúde. Pretende-se, assim, melhorar a gestão do SUS e a qualidade dos atendimentos prestados ao público.

O Ministério da Saúde destinou recursos oriundos do projeto Reforsus, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, para custear as ações necessárias à implantação do Cartão SUS. Contudo, tais ações foram praticamente paralisadas no primeiro semestre de 2003, tendo sido alegada a necessidade de migrar os sistemas proprietários para software livre, não obstante o Ministério fosse proprietário de todo o código fonte produzido por essas empresas no âmbito do projeto piloto.

Em seguida, por meio da Portaria SAS/MS nº 174/2004, foi determinado que nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigissem autorização prévia houvesse obrigatoriamente a identificação dos usuários por meio do número do Cartão SUS. Com isso, as instituições de saúde públicas e conveniadas passaram a cadastrar os usuários que não pudessem informar o número do cartão no ato do atendimento. Para tanto, foi adotada uma numeração provisória que resultou na proliferação de cadastros duplicados, um dos maiores problemas enfrentados pelo Cadastro Nacional de Usuários do SUS na atualidade.

Nos anos seguintes ao término do projeto piloto, não houve evolução significativa na implantação do Cartão SUS, apesar do grande volume de gastos efetuados no âmbito da Ação Orçamentária 6.152. Em 2006, foi instituída a Comissão de Revisão do Projeto do Cartão Nacional de Saúde para realizar diagnóstico da situação do Projeto Cartão SUS e elaborar plano de reorientação para sua implantação.

Entre 2007 e 2008, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde contratou a Fundação Getúlio Vargas para realizar novo diagnóstico da situação do Cartão SUS. As conclusões apresentadas foram semelhantes às da Comissão de Revisão instaurada anteriormente, tendo sido destacado que o Cartão SUS havia se restringido ao cadastramento dos usuários, já que o sistema de prontuário eletrônico, constante do projeto original, não havia sido desenvolvido, assim como não havia interfaces com outros sistemas de informações em saúde, exceto para troca de alguns dados básicos. Além disso, estimaram-se em aproximadamente 27% as duplicidades existentes no cadastro nacional.

Também foi apontado que cidades como Belo Horizonte, Brasília e São Paulo utilizavam sistemas próprios de cadastramento e emissão de cartões, independentes e sem integração com o cadastro nacional, e que os equipamentos e cartões adquiridos no âmbito do projeto piloto haviam sido abandonados. Foram relatadas as seguintes causas para o insucesso desse projeto:

- a) ausência de benefícios do Cartão SUS perceptíveis pelos cidadãos e profissionais de saúde;
- b) expansão não planejada;
- c) emissão centralizada do cartão pelo Ministério da Saúde e dificuldade para entregar o cartão definitivo ao seu proprietário;
- d) problemas na transmissão dos cadastros para a base de dados federal;
- e) ausência de responsáveis pelo Cartão nas Secretarias de Atenção à Saúde (SAS/MS) e de Vigilância em Saúde (SVS/MS), ambas do Ministério da Saúde;
- f) falta de apoio do Ministério da Saúde à implantação do Projeto em alguns municípios;
- g) rejeição dos médicos à utilização do Terminal de Atendimento do SUS, devido à possibilidade de aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e avaliação em relação ao cumprimento de horário de trabalho e à qualidade do atendimento;
- h) encerramento do contrato de manutenção dos equipamentos adquiridos pelo Ministério.

Diante desse panorama, o Projeto do Cartão Nacional de Saúde foi incluído em levantamento¹⁰ realizado pelo TCU no início de 2009 em razão de sua relevância para o desenvolvimento do SUS. Ademais, a materialidade dos recursos públicos aplicados desde o início do projeto contrastava com a ausência de resultado das ações de implantação do Cartão.

Nesse primeiro levantamento, foram identificados riscos como:

- a) transformação do Cartão SUS em apenas um cadastro de usuários e seus domicílios;
- b) sucateamento e obsolescência dos equipamentos adquiridos no projeto piloto do Cartão SUS;
- c) utilização do número do Cartão SUS para fraudar internações e procedimentos de alto custo;
- d) perda do conhecimento adquirido no treinamento ministrado sobre a operação do sistema do Cartão SUS e deslocamento dos recursos humanos treinados para outras atividades.

Posteriormente, em 2011, foi realizado novo levantamento¹¹ pelo TCU, que abordou o aspecto da legalidade das contratações envolvidas no âmbito do Cartão Nacional de Saúde, o desenho da solução (reformulada após tentativas iniciais sem sucesso de implantação) e o cronograma de implantação.

Durante a realização dos trabalhos, foram encontradas algumas limitações, como:

- a) demora na obtenção de resposta para os Ofícios de Requisição encaminhados ao Ministério da Saúde;
- b) baixa qualidade das respostas obtidas, caracterizadas por evasivas ou informações insuficientes em quantidade e detalhamento, o que dificultou a realização das análises necessárias;
- c) baixa qualidade da documentação existente sobre o projeto do Cartão Nacional de Saúde;
- d) longo período de tempo transcorrido desde o início do projeto Cartão SUS, ocorrido no final da década de 1990.

Naquela oportunidade, foi analisada uma amostra dos processos referentes à ação do Cartão Nacional de Saúde, tendo sido identificados indícios de irregularidades, tais como:

- a) indícios de desvio de finalidade, consubstanciados na ocorrência de pagamentos estranhos aos objetivos precípuos da ação do Cartão Nacional de Saúde;
- b) adesão irregular à ata de registros de preços para contratar empresa para prestar serviços especializados de consultoria técnica, suporte técnico e treinamento nas plataformas “Red Hat Enterprise Linux” e “JBoss”;
- c) aquisição de licenças de software em quantidade maior do que seria necessário e do que era utilizado pelo órgão;
- d) celebração de convênios cujos objetos seriam, a princípio, melhor executados mediante contratos;
- e) realização de licitação para contratar bens e serviços de informática na modalidade concorrência, não na modalidade pregão, com previsão de contratação por homem/hora, não por produtividade.

Em conformidade com o Voto condutor do Acórdão 1.613/2012-1ª Câmara, exarado nos autos do TC 032.238/2011-8, até 2012 haviam sido gastos cerca de R\$ 350 milhões na implementação do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), cuja conclusão estava prevista para 2016.

Segundo consta da instrução desse mesmo TC 032.238/2011-8, os principais riscos e limitações para a consecução do projeto do Cartão são:

- a) deficiências de infraestrutura de TI em municípios;
- b) necessidade de novos sistemas e adaptação dos existentes, para viabilizar a inclusão do número do cartão em suas rotinas;
- c) impossibilidade de utilizar dados do Cartão para realizar a compensação financeira entre os municípios e o SUS, por falta de sistemas de informação adequados;
- d) duplicidade de cadastros (estimada em 27% do total de usuários do SUS);
- e) comprometimento dos prazos estabelecidos para o projeto, devido a falhas na definição de metas e responsabilidades.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem realizado ações com o intuito de implantar o Cartão SUS na plenitude das funcionalidades previstas. A primeira dessas ações foi a reformulação do marco regulatório, por meio da edição de três portarias no ano de 2011.

Em consulta ao Portal da Transparência, foram identificados os seguintes gastos diretos realizados no âmbito da Ação Governamental 6.152 – Cartão Nacional de Saúde, demonstrados na tabela 22 a seguir.

Tabela 23: Valor total dos gastos diretos realizados no âmbito da Ação Orçamentária 6.152 – Cartão Nacional de Saúde

Exercício	Valor (R\$)
2004	10.786.693,74
2005	27.559.268,04
2006	34.501.471,54
2007	40.406.616,71
2008	11.216.273,73
2009	42.782.145,58

Exercício	Valor (R\$)
2010	38.893.583,17
2011	5.978.686,36
2012	23.197.893,04
2013*	19.749.859,92
Total	255.072.491,83

Fonte: Portal da Transparência (*até julho/2013)

Em 2012, a Lei Orçamentária Anual – LOA incluiu no âmbito da Ação 6.152 – Cartão Nacional de Saúde, dotação no valor total de R\$ 151 milhões, com o fito de custear ações relativas à capacitação de equipes do “Programa Saúde da Família”, aquisição de solução para regularizar a situação do cadastro nacional de usuários do Cartão SUS, aquisição de 109 milhões de unidades do cartão (mídia), melhoria das telecomunicações, aquisição de licenças para expandir o banco de dados e estruturar as Unidades Básicas de Saúde para acessar os sistemas do Cartão SUS e impressão do cartão. A citada Lei também destinou R\$ 116 milhões para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Posteriormente, a LOA 2013 alocou R\$ 75.390.000,00 para a ação relativa ao Cartão Nacional de Saúde.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) analisou a capacidade da infraestrutura de tecnologia de informação (comunicação, armazenamento e processamento dos dados) disponível para o Projeto Cartão SUS em todo o país. Simultaneamente, avaliou a demanda atual e a previsão de crescimento dessa demanda nos próximos anos, coletou informações sobre o processo de modernização dos hospitais federais, reviu o planejamento do projeto para implantação do Cartão com todas as suas funcionalidades e analisou o plano de capacitação de recursos humanos para a gestão do Projeto Cartão SUS.

Entretanto, não foram apresentadas alternativas para resolver ou mitigar os problemas resultantes de operações com o Cartão SUS nos municípios onde não há disponibilidade de conexão à rede mundial de computadores em tempo integral. Também não foram descritos os sistemas de informações a serem desenvolvidos ou adaptados para o processo de compensação financeira entre os municípios que atendem usuários de outras localidades no âmbito da Programação Pactuada e Integrada ou para o ressarcimento ao SUS. Por fim, precisa ser solucionado o problema da duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS.

Recentemente, visando reforçar o controle sobre os pagamentos de internações no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde expediu a Portaria GM/MS nº 1.905/2013, por meio da qual foi determinado que as informações de pacientes internados no SUS sejam obrigatoriamente checadas junto à base de dados do Cartão Nacional de Saúde. A medida entrou em vigor em fevereiro de 2014.

As expectativas em torno do Cartão SUS se justificam pelos significativos impactos positivos que ele pode gerar no SUS. No entanto, apesar da recente retomada das ações do projeto, tais benefícios ainda não foram alcançados.

Atenção Básica

No Brasil, a Atenção Básica, também denominada atenção primária, é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.488/2011.

Segundo consta do Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2012-2015, a estratégia de ampliação da Atenção Básica é o principal instrumento para garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Esse entendimento se baseia em evidências de que os sistemas orientados pelos princípios da atenção primária em saúde alcançam melhores resultados, maior satisfação dos usuários, maior equidade e menores custos.

Dados estatísticos revelam que países orientados para a atenção primária apresentam melhores resultados em contraposição àqueles que oferecem uma maior gama de especialistas. Entre os indicadores que demonstram essa vantagem comparativa, podem ser destacados os seguintes:

- a) melhores taxas de mortalidade geral, por doença cardíaca e infantil;
- b) melhores taxas de detecção precoce de cânceres, como os localizados no cólon-retal, na mama ou no útero;
- c) menor número de crianças com baixo peso ao nascer e maior expectativa de vida em todas as faixas de idade, exceto aos 80 anos.

Cabe reiterar que, além de propiciar a melhoria da saúde, as ações vinculadas à Atenção Básica também estão relacionadas a menores custos totais para o sistema de saúde. Nesse sentido, estudiosos dos sistemas de saúde avaliam que uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e resolva 95% deles é condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde (CAMPOS, 2007).

Tais constatações foram corroboradas em relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), que salientam a necessidade de reduzir o enfoque desproporcionado em cuidados terciários especializados, frequentemente referidos como “hospitalocentrismo”. Nesse sentido, a maioria dos países da OCDE tem realizado esforços para diminuir a dependência de especialistas e tecnologias hospitalares, de forma a manter os custos sob controle, além de acelerar a mudança dos cuidados prestados no hospital especializado para os cuidados primários.

A unidade técnica, com fulcro nas pesquisas por ela desenvolvida, concluiu que a Atenção Básica deve ser desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e constituir o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

O Programa Saúde da Família é a principal estratégia do Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica. Essa reorientação deve ser operacionalizada mediante a implantação em unidades básicas de saúde de equipes multiprofissionais, que são responsáveis por acompanhar um número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada. Essas equipes, que executam ações de promoção

da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e de manutenção da saúde da comunidade, são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, também contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de mil famílias de uma determinada área, ou seja, cerca de 3.000 a 4.500 pessoas (Portaria GM/MS nº 1.886/1997). Cabe frisar que essas pessoas passam a ter corresponsabilidade pelo cuidado à saúde.

No âmbito do SUS, a administração municipal deve garantir a Atenção Básica em saúde. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias em seu território. Ao Ministério da Saúde compete:

- a) definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da política;
- b) garantir o aporte de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;
- c) fornecer apoio institucional aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e consolidação da Atenção Básica.

Diante da relevância desse tema, em 2009, o TCU realizou auditoria operacional¹² com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos federais repassados aos municípios para a execução das principais estratégias da Atenção Básica. Essa auditoria apontou:

- a) deficiências nos sistemas de planejamento dos municípios;
- b) falhas na disponibilização aos usuários da “Estratégia Saúde da Família” de serviços especializados (apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar);
- c) deficiências no processo de capacitação continuada dos profissionais da “Estratégia Saúde da Família”;
- d) inconsistências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizado para calcular os valores a serem repassados para o custeio das equipes, e no Sispacto, que é a base das informações utilizadas no acompanhamento dos indicadores de saúde dos municípios no âmbito do Pacto pela Saúde;
- e) falta de equipamentos e insumos necessários para a realização dos trabalhos das equipes de Atenção Básica;
- f) dificuldades para atrair ou fixar profissionais na Atenção Básica;
- g) precarização das relações de emprego entre a administração pública e os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- h) não cumprimento da carga horária semanal de quarenta horas, prevista na Política Nacional de Atenção Básica, que foi normatizada pela Portaria GM/MS nº 648/2006. Esse descumprimento era mais frequente entre os médicos;
- i) falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e dos resultados do trabalho desenvolvido pelas ESF;
- j) falhas no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, tais como a ausência de realização regular de ações educativas de promoção da saúde pelas ESF.

Por outro lado, foi constatado que as atividades desenvolvidas pelas ESF estavam interferindo positivamente na evolução de indicadores sensíveis à Atenção Básica.

Importa destacar que, quando da realização dessa fiscalização, a Portaria GM/MS nº 648/2006 regulava a Política Nacional de Atenção Básica. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 revisou as normas nacionais da Atenção Básica.

À época dessa auditoria, foram constatadas diversas falhas no sistema de planejamento das ações de saúde, sendo que dos 56 municípios visitados durante a realização dos trabalhos, pelo menos 28 apresentaram algum tipo de problema relacionado ao planejamento local. Essas deficiências prejudicaram o pleno alcance dos objetivos da Política Nacional de Atenção Básica.

A seguir, apresentamos um resumo dos principais achados da auditoria operacional nos entes federativos visitados (18 estados e 56 municípios):

Tabela 24: Principais achados da Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Básica

% dos entes visitados	Achados da auditoria
66%	Dificuldade para atrair ou fixar os profissionais de saúde
65%	Insuficiência de recursos financeiros para custeio do Programa Saúde da Família
52%	Falta de condições para encaminhamento dos pacientes para atendimento especializado ou de urgência
52%	Falta de materiais básicos
50%	Ausência de planejamento exigido em norma
45%	Falta de aplicação de recursos pelo governo estadual

Nesse contexto, foi recomendado ao Ministério da Saúde que desenvolvesse ações estratégicas de capacitação voltadas para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, incluindo a redação de roteiro simplificado para subsidiar os gestores locais quando da feitura desse Plano. Também foi recomendado que o Departamento de Informática do SUS (Datasus) desenvolvesse mecanismos eletrônicos de inserção de dados relativos aos conteúdos básicos de cada Plano Municipal de Saúde, inclusive seus objetivos e metas, de modo que os órgãos de fiscalização, controle social e demais interessados tivessem acesso às informações de saúde levantadas pelos municípios. Entretanto, essas recomendações ainda não foram implementadas.

Uma das causas apontadas para a dificuldade para atrair e fixar profissionais na Atenção Básica foi a precariedade do vínculo empregatício desses profissionais. Em vários municípios visitados, encontraram-se casos de membros de equipe que haviam assinado contratos temporários sem direito a férias e décimo terceiro salário, além de Agentes Comunitários de Saúde sem a carteira de trabalho assinada. Essa precarização do vínculo empregatício prejudica o desenvolvimento das atividades das equipes porque contribui para a instabilidade e desmotivação dos profissionais e, por via de consequência, interfere negativamente na fixação do profissional na equipe. Importa ressaltar que o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garante a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, é um dos fundamentos da política de Atenção Básica.

Cabe reiterar que foi constatado o não cumprimento, especialmente pelos médicos, da carga horária semanal de quarenta horas prevista na Portaria GM/MS nº 648/2006, então em vigor. Esse problema também foi detectado em outras fiscalizações realizadas pelo

Tribunal, a exemplo daquelas que ocorreram nas Prefeituras de Arame, Buriticupu, Paço do Lumiar e São José de Ribamar, todas no Estado do Maranhão¹³. Note-se que, tendo em vista a dificuldade enfrentada por muitos municípios para fixar os médicos que integram as equipes da “Estratégia Saúde da Família”, a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 flexibilizou a carga horária desses profissionais.

O TCU apontou, ainda, a ausência de um mecanismo que impeça o cadastramento de um mesmo profissional em diversos estabelecimentos de saúde distantes entre si, tendo em vista que a localização geográfica dessas unidades inviabilizaria o cumprimento da jornada de trabalho contratada.

Segundo informações constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, em agosto de 2013, havia 318.429 médicos distribuídos nas Regiões Norte (4,3%), Nordeste (18%), Sudeste (54,6%), Sul (15,5%) e Centro-Oeste (7,6%). A distribuição desses profissionais por região e unidade da Federação também reflete as diferenças existentes entre os setores público e privado (que compõem 71% da rede privada).

No CNES são disponibilizadas informações sobre a infraestrutura e o funcionamento dos estabelecimentos e sobre os profissionais de saúde que atuam em todas as esferas. A baixa confiabilidade dos dados de alguns sistemas informatizados do Ministério da Saúde, inclusive do CNES, já foi mencionada em diversos trabalhos do TCU. Nesse particular, cabe ressaltar que a responsabilidade pela alimentação de alguns desses sistemas foi distribuída pelos mais de cinco mil municípios, o que pode comprometer a qualidade das informações relacionadas à oferta de médicos, equipamentos e estabelecimentos nas unidades da Federação.

Em auditoria sobre a jornada de trabalho dos médicos do SUS realizada pela Secex-RO¹⁴, também foram constatadas inconsistências nos dados do CNES. Por exemplo, havia registros de médicos com carga horária total superior a sessenta horas semanais. A Secex-MA também verificou a necessidade de verificar e atualizar regularmente os dados existentes nos sistemas do Datasus, com ênfase no CNES.

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, em conjunto com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CFM & CREMESP, 2011), ressaltou as diferenças regionais e estaduais existentes na distribuição de postos de trabalho ocupados por médicos no SUS, além das diferenças em relação ao setor privado. Segundo o Relatório, *“ao mapear postos de trabalho ocupados por médicos nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, estamos diante de uma demografia médica ainda mais excludente que a verificada nas desigualdades regionais”*.

Tal afirmação é corroborada pelos seguintes dados:

- a) para cada mil usuários de planos de saúde no País, na época havia 46.634.678 pessoas nessa condição, existiam 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Já no caso dos postos ocupados nos estabelecimentos públicos, cujo público-alvo era composto por 144.098.016 pessoas, esse índice caía para 1,95;
- b) as Regiões Norte e Nordeste contavam com menos de 1,5 médicos para cada mil usuários do SUS, enquanto na Região Sudeste esta razão chegava a quase três médicos;
- c) a distribuição nos estados chegava a extremos. Enquanto no Rio de Janeiro e em São Paulo, havia mais de três postos ocupados por mil usuários do serviço público, no Maranhão e no Pará existia menos de um médico por mil usuários do SUS.

O conhecimento do quantitativo e da distribuição dos médicos é condição *sine qua non* para o adequado planejamento e controle das ações de saúde. Segundo a Associação

Médica Brasileira (AMB), há algum tempo gestores afirmam que faltam médicos, porém não respondem quantos, onde e em quais as especialidades. Assim sendo, para entender melhor a realidade dos médicos no país, essa associação realizou o Censo Médico AMB 2013, cujos resultados ainda não estão disponíveis.

Recentemente, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS e reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, foi instituído, por meio da Medida Provisória 621/2013, posteriormente convertida na Lei 12.871/2013, o Programa Mais Médicos. Na exposição de motivos da referida medida provisória, argumentou-se que o Brasil possui 359.691 médicos ativos, o que equivale a 1,8 médicos para cada mil habitantes. Esse índice é inferior ao de outros países latino-americanos com perfil socioeconômico semelhante ou de países que têm sistemas universais de saúde, tais como: Canadá (2,0 médicos para cada mil habitantes), Reino Unido (2,7), Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9), Espanha (4,0) e Cuba (6,7).

Cabe destacar que, em 2012, o Ministério da Saúde já havia criado o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), com dois objetivos principais:

- a) estimular a formação do médico para o atendimento da real necessidade da população brasileira;
- b) induzir a instalação desse profissional nas localidades com maior carência de serviços de saúde.

A fiscalização realizada pelo TCU também relatou a existência dos seguintes problemas:

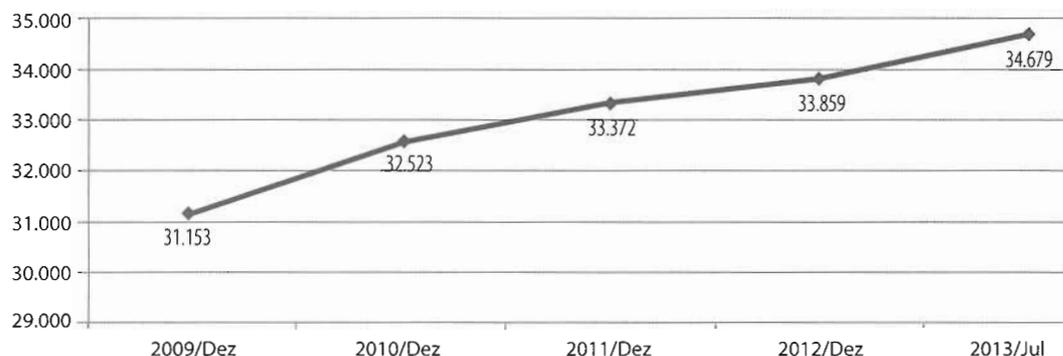
- a) falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e dos resultados da “Estratégia Saúde da Família”;
- b) as metas estabelecidas para as atividades a serem desenvolvidas pelas equipes não derivavam de um planejamento prévio, o que ensejava o estabelecimento de metas subestimadas;
- c) falta de estrutura adequada para a coordenação de Atenção Básica;
- d) falta de interação entre o gestor municipal, a coordenação municipal e as equipes;
- e) inexistência de mecanismos que possibilitassem aferir o impacto das ações das equipes nas comunidades;
- f) falhas no monitoramento e na avaliação do Pacto pela Saúde;
- g) erros na metodologia de cálculo dos indicadores e na alimentação do Sisacto (aplicativo disponível na internet que informa as metas pactuadas);
- h) divergências entre os indicadores calculados pelo Ministério da Saúde e os estimados pelos municípios. As metas e os resultados dos indicadores não refletiam adequadamente a realidade municipal, o que, além de prejudicar a elaboração de um diagnóstico real da situação da saúde naquele ente federado, diminuía a confiabilidade dos bancos de dados nacionais.

Em seguida, o Tribunal verificou, quando do monitoramento das determinações e recomendações expedidas no âmbito da auditoria operacional¹⁵, que o Ministério da Saúde priorizou o repasse de recursos para melhorar a infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde nas quais as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal já estavam atuando, o que atendeu à recomendação constante do Acórdão 1.188/2010 - Plenário.

Cabe destacar que, após a auditoria operacional realizada pelo TCU, houve um aumento de cerca de 11% no número de Equipes de Saúde da Família, que passou de 31.153

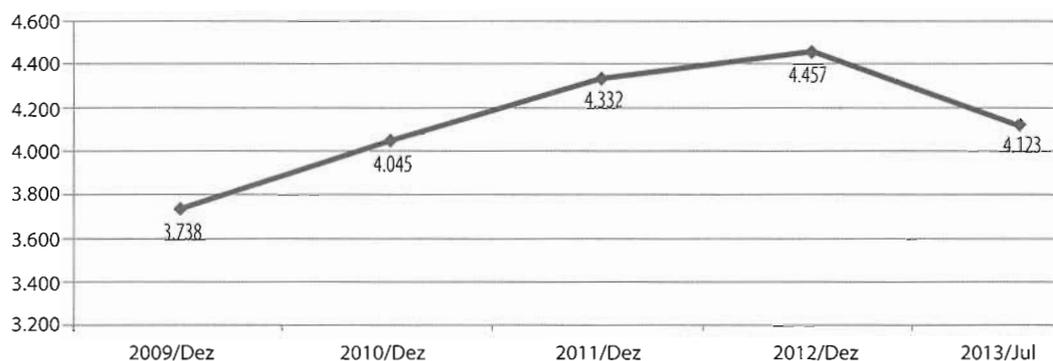
em dezembro de 2009 para 34.679 em julho de 2013. As Equipes de Agentes Comunitários (EAC) tiveram um incremento de 385 equipes nesse mesmo período, tendo sido observada uma diminuição a partir de dezembro de 2012. Já os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tiveram aumento de mais de 200%, passando de 1.058 em dezembro de 2009 para 2.291 em julho de 2013.

Gráfico 96: Evolução do número de equipes de Saúde da Família



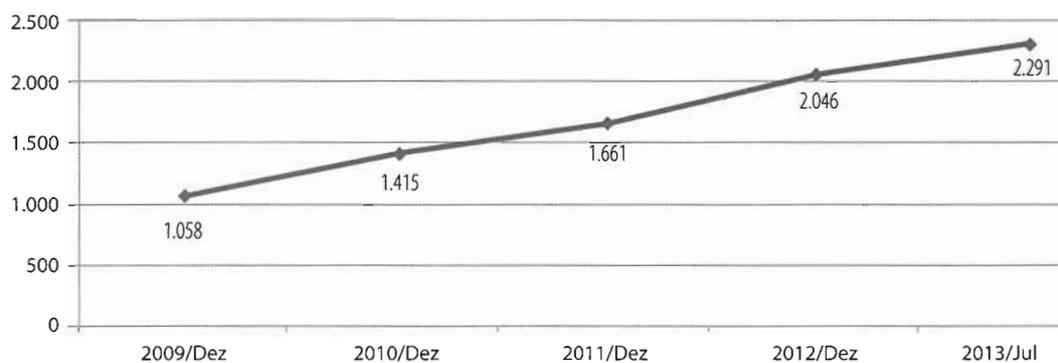
Fonte: Ministério da Saúde/Datasus - CNES

Gráfico 97: Evolução do número de equipes de Agentes Comunitários de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus - CNES

Gráfico 98: Evolução do número de equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus - CNES

Conforme dados constantes do portal eletrônico do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em julho de 2013, 55,73% da população brasileira estavam cobertos por Equipes da Saúde da Família - ESF. Em 2009, esse percentual era de 50,69%.

No tocante à execução orçamentária, houve, nos anos de 2009 a 2012, incrementos anuais nos valores liquidados nas ações “Piso de Atenção Básica Variável”, “Piso de Atenção Básica Fixo” e “Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família”. Foram liquidados, aproximadamente, R\$ 8 bilhões em 2009, R\$ 9 bilhões em 2010, R\$ 11 bilhões em 2011 e R\$ 12 bilhões em 2012.

Desde a realização da auditoria operacional, houve avanços no processo de avaliação dos trabalhos das equipes da “Estratégia Saúde da Família”. A Portaria GM/MS nº 1.654/2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Esse normativo foi alterado parcialmente, em 2013, pela Portaria GM/MS nº 535/2013, que, entre outras medidas, inseriu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como equipes de Atenção Básica no PMAQ-AB. Assim, esse novo normativo estabeleceu que as equipes de Atenção Básica contratualizadas ou de saúde bucal e os NASF passavam a participar do PMAQ-AB.

As principais diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) são as seguintes:

- a) construir parâmetros de comparação entre as equipes;
- b) estimular um processo contínuo e progressivo de melhoria dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que abranja gestão, processo de trabalho e resultados alcançados pelas equipes;
- c) envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores dos três entes federativos, as equipes de saúde da Atenção Básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica.

Consoante estatuído na Portaria GM/MS nº 866/2012, os municípios e o Distrito Federal deverão solicitar, por meio de formulário eletrônico, a abertura de processo de avaliação externa. Caso isso não seja feito, as equipes desses entes federados serão descredenciadas do PMAQ-AB. Segundo informações disponíveis no portal eletrônico¹⁶ do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, até novembro de 2013, 16.300 equipes já haviam solicitado essa avaliação.

Observa-se que, com a instituição do PMAQ-AB, foram implementadas melhorias na supervisão e avaliação dos trabalhos das equipes da “Estratégia Saúde da Família”, com destaque para a instituição do incentivo financeiro variável de acordo com o desempenho, que é um Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

Após a auditoria realizada pelo TCU, houve uma série de mudanças nos instrumentos de pactuação. O Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990, estabeleceu um novo instrumento de colaboração entre os entes federativos: o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Nesse contrato, são definidas responsabilidades, indicadores e metas de saúde.

Em relação ao financiamento da Atenção Básica, o TCU verificou a existência de falhas referentes à contrapartida estadual para o custeio da “Estratégia Saúde da Família”, as quais ainda persistem atualmente. Em consonância com a Política Nacional de Atenção Bá-

sica, o financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite, sendo responsabilidade comum a todas as esferas de gestão contribuir com esse financiamento. Assim, compete às secretarias estaduais de saúde destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite.

A auditoria realizada na Atenção Básica também detectou a falta de insumos e medicamentos necessários para o trabalho das equipes, além da ausência de materiais que seriam utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. A insuficiência de recursos, que foi relatada como sendo a principal causa desse desabastecimento, decorreria da escassez de recursos municipais e da ausência de contrapartida estadual. Adicionalmente, foi constatada a disponibilização insuficiente de serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar aos usuários da “Estratégia Saúde da Família”.

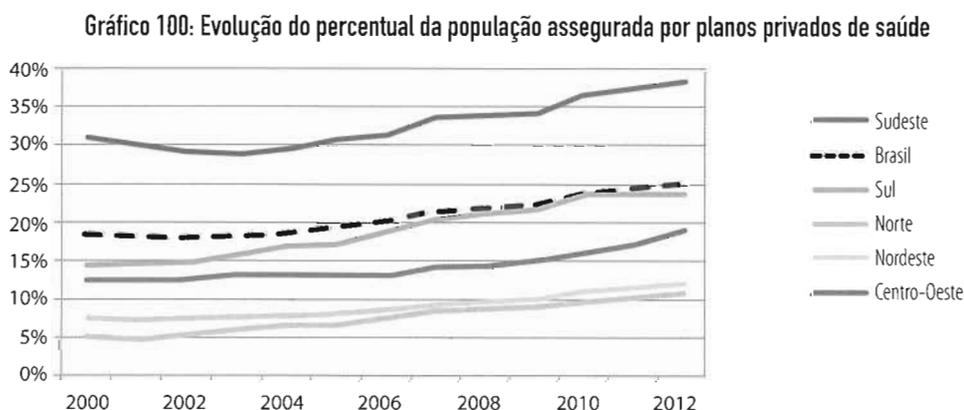
Portanto, a Secex Saúde concluiu que, apesar de o Ministério da Saúde estar envidando esforços para melhorar esse importante nível de atenção no SUS, a Atenção Básica ainda não logrou cumprir plenamente sua função de ordenadora do sistema de saúde.

Ressarcimento ao SUS

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde público e universal, ao mesmo tempo em que previu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, desde a sua concepção, o SUS coexiste com um crescente e consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde.

Muitas vezes, uma parcela da população, apesar de possuir planos privados, recorre ao Sistema Único de Saúde para obter acesso a serviços médicos ou hospitalares. Nesse caso, as operadoras de planos de saúde devem ressarcir aos cofres públicos os valores gastos para prestar serviços previstos nos respectivos contratos.

De acordo com estimativas populacionais do IBGE e informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2012, cerca de 25% da população brasileira possuía planos de saúde. A maior parcela desses usuários se encontrava na Região Sudeste (37%) e a menor na Região Norte (10,81%). No Gráfico 99, pode-se verificar o crescimento da parcela da população que contrata planos e seguros de saúde privados.



Fonte: SIB/ANS.

Segundo dados disponíveis no portal eletrônico da ANS, as internações pelo SUS de beneficiários de planos de saúde apresentaram crescimento considerável, tendo passado

de 101.747 em 2001 para 222.944 em 2011. Nesse mesmo período, as despesas com essas internações aumentaram de R\$ 61 milhões para R\$ 337 milhões.

Além disso, considerando o grande número de queixas de usuários contra as operadoras de planos de saúde, que alegadamente se negaram a prestar o atendimento devido, o ressarcimento ao SUS pode assumir um caráter preventivo e desestimular a adoção de tais práticas pelas operadoras.

Diante desse panorama, em 2008, o TCU realizou auditoria¹⁷ com o objetivo de avaliar a sistemática adotada pela ANS com vistas a obter o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de saúde.

O achado mais significativo dessa fiscalização foi que os procedimentos ambulatoriais (que abrangem desde a administração de vacinas e a realização de exames, consultas médicas ou pequenas cirurgias, até a quimioterapia, a hemodiálise e o fornecimento de órteses e próteses) não eram considerados para fins de ressarcimento, em especial os procedimentos de média e alta complexidade. A ANS, portanto, só exigia o ressarcimento dos procedimentos realizados quando das internações hospitalares, contrariando o disposto no art. 32 da Lei 9.656/1998.

A partir do confronto dos números relativos ao ressarcimento decorrente do processamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com estudo realizado pela ANS a fim de verificar o montante passível de ressarcimento relativo às Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), estimou-se, à época da auditoria, que os valores passíveis de ressarcimento das APAC representavam mais de quatro vezes o que então era efetivamente ressarcido por meio das cobranças das AIH, já considerando o significativo percentual de impugnações apresentadas pelas operadoras de saúde que são julgadas procedentes.

Dados apresentados no relatório de auditoria revelaram que os valores despendidos, de 2003 a 2007, para pagar os atendimentos ambulatoriais de alto custo, processado por meio das APAC, superavam os das AIH em mais de R\$ 10 bilhões. Aplicando-se o percentual passível de cobrança das APAC encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS (aproximadamente 6%), ter-se-ia um potencial de ressarcimento ao SUS, nos exercícios de 2003 a 2007, da ordem de R\$ 2,6 bilhões, se consideradas a média e a alta complexidade, e de R\$ 1,3 bilhão, se considerada apenas a alta complexidade.

Esse valor estimado foi projetado pela equipe de auditoria a partir de um estudo da própria Agência Nacional de Saúde (ANS), que indicava um percentual próximo de 5% de ressarcimento devido em relação aos valores registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA/SUS). Assim, todavia essa cifra não é reconhecida pela Agência.

A atual gestão da ANS afirmou que o estudo realizado não seria consistente, pois:

- a) no SIA consta o valor global, que se refere a consultas simples, exames. Assim, é preciso selecionar o que é relativo às APAC;
- b) ademais, há procedimentos para os quais não é possível individualizar o paciente, uma vez que, nas APAC, os procedimentos simples são informados “em pacote”.

Diante disso, a ANS apresentou um novo estudo, no qual estimou o ressarcimento relativo a procedimentos de APAC em R\$ 654 milhões (nos exercícios de 2008 a 2010), em valores atualizados. Essa questão ainda está passível de análise pelo TCU, no âmbito de recurso apresentado pela ANS contra o Acórdão 2.879/2012 - Plenário, exarado no TC 009.174/2012-5, ainda não foi apreciado.

Além da falta de processamento das APAC, também foram constatadas outras questões que limitavam indevidamente o ressarcimento ao SUS. Entre essas questões cabe destacar a necessidade de alterar a sistemática utilizada para comparar a base de dados do SUS com as informações sobre os beneficiários de planos de saúde constantes do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB). Restou demonstrada a necessidade de aplicar filtros mais eficientes, visando diminuir o número de notificações desnecessárias e cobranças indevidas, as quais ensejavam um alto índice de deferimento das impugnações apresentadas pelas operadoras de saúde.

Além dos problemas acima citados, a auditoria ressaltou que a demora no processamento das informações e na cobrança do ressarcimento devido acabava por inviabilizar ou protelar o recebimento dos valores pelo SUS. Essa demora também estava relacionada ao fato de as operadoras de saúde sistematicamente ingressarem em juízo contestando a constitucionalidade da cobrança, apesar de o STF, em decisão liminar, haver garantido a validade do art. 32 da Lei 9.656/1998.

Somados aos fatores acima narrados, observou-se na ANS uma limitação quantitativa dos seus recursos humanos, a fragilidade dos seus controles internos, a falta de interação entre os diversos sistemas utilizados pela agência e a ausência de uma política de segurança da informação adequada.

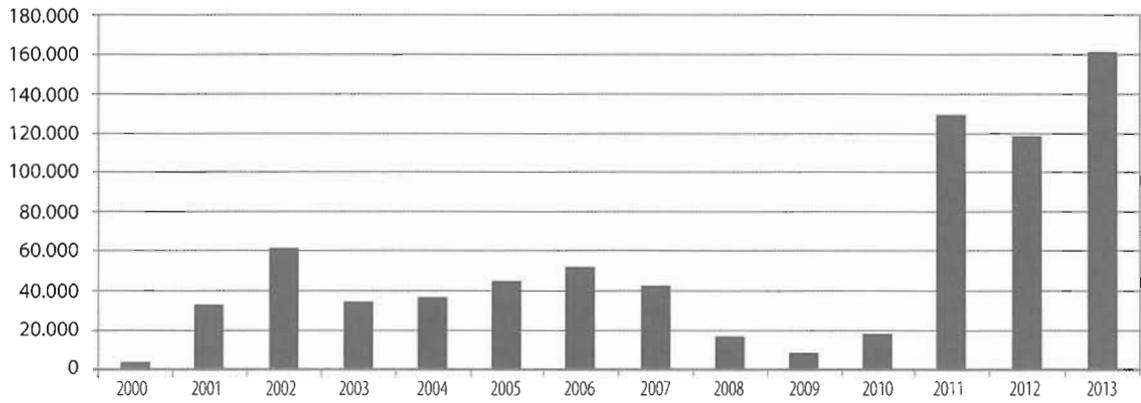
Em outro plano, a tabela utilizada pela ANS para calcular os valores a serem ressarcidos ao SUS, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, não era um efetivo instrumento regulatório, pois não desestimulava o uso da rede SUS pelas operadoras de planos de saúde.

Diante desse contexto, apesar de a ANS já estar adotando medidas para minimizar as fragilidades apontadas, foram feitas recomendações e determinações a essa agência com o fito de aprimorar o ressarcimento ao SUS.

Em 2013, a Secex Saúde verificou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem adotado outras providências para melhorar o desempenho do processo de ressarcimento ao SUS. A melhoria pode ser constatada em especial pelo crescimento das receitas realizadas, que em 2011 perfizeram o montante de R\$ 82,8 milhões, valor próximo ao total arrecadado no período de 2004 a 2010. Efeito semelhante ocorreu em relação aos valores inscritos em dívida ativa.

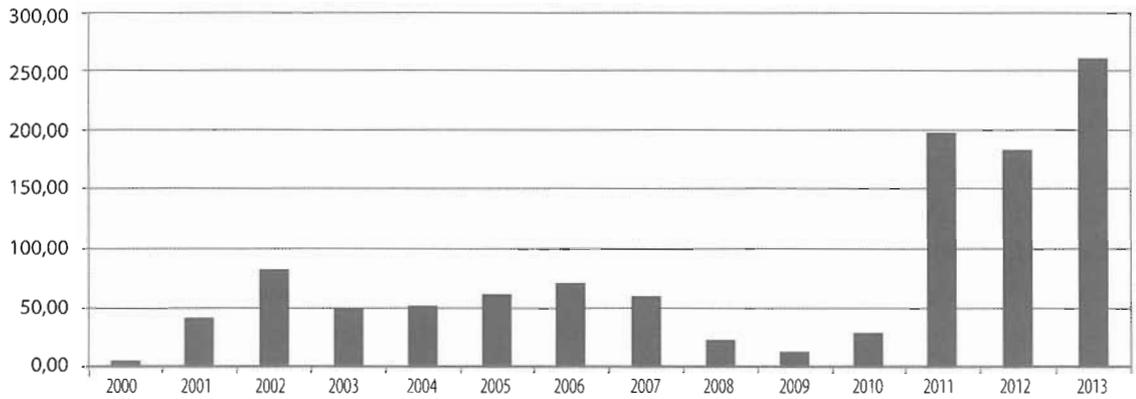
Nos gráficos a seguir, observa-se o aumento da quantidade de AIH cobradas para fins de ressarcimento, dos valores envolvidos, da receita realizada no período de 2000 a setembro de 2013 e dos valores inscritos em dívida ativa. De acordo com a ANS, a ampliação do quantitativo de AIH analisadas e cobradas, com o conseqüente crescimento dos valores arrecadados, foi possível a partir do incremento da equipe encarregada de efetuar esse serviço, da contratação de servidores temporários e da efetivação de melhorias nos fluxos de trabalho. Entretanto, o número de servidores temporários ainda seria insuficiente para atender às necessidades da Gerência de Ressarcimento ao SUS.

Gráfico 100: Evolução da quantidade de AIHs cobradas (por vencimento)



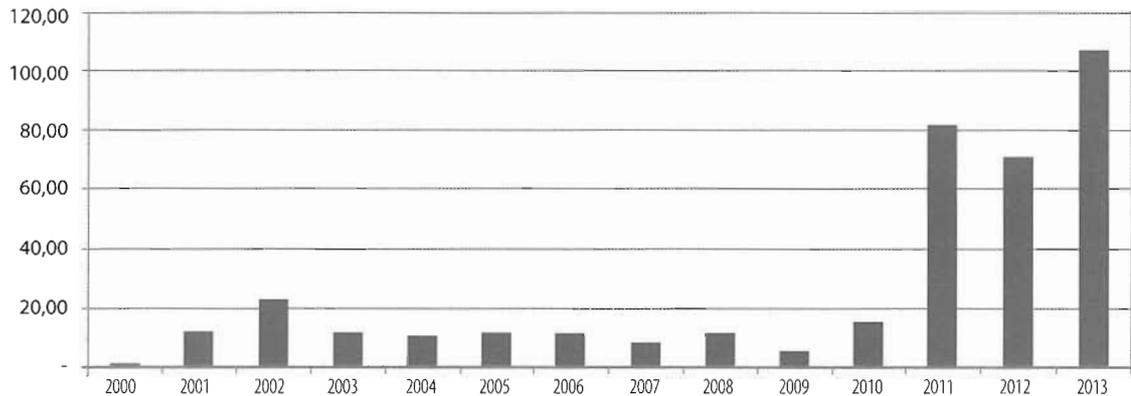
Fonte: ANS.

Gráfico 101: Evolução do valor de AIHs cobradas (por vencimento – R\$ milhões)



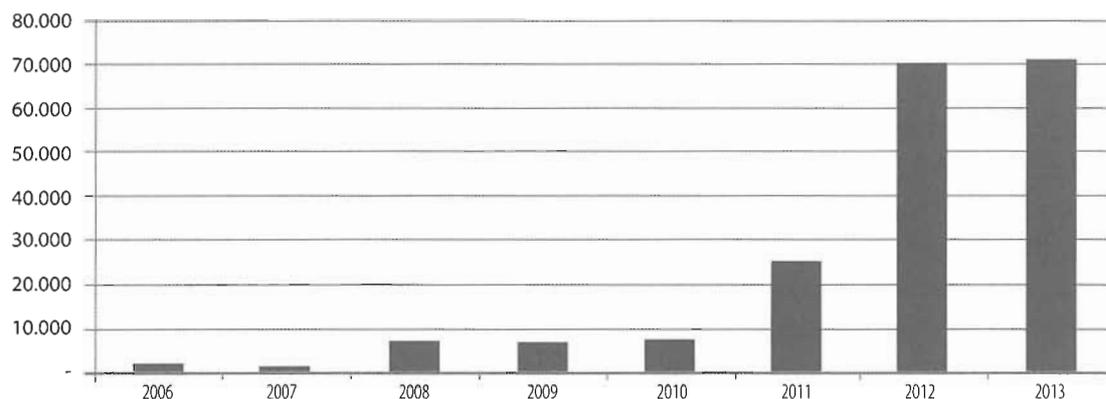
Fonte: ANS.

Gráfico 102: Evolução das receitas realizadas (total arrecadado – R\$ milhões)



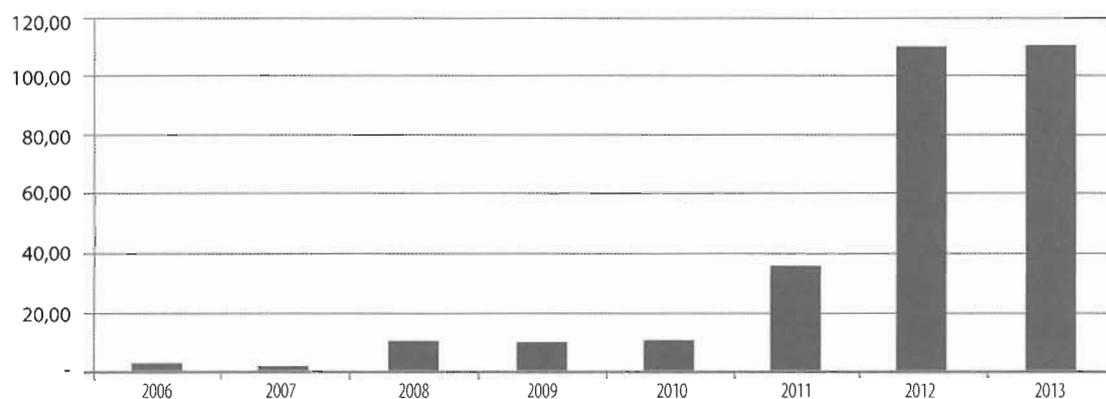
Fonte: ANS.

Gráfico 103: Evolução da inscrição em Dívida Ativa (quantidade AIH enviada)



Fonte: ANS.

Gráfico 104: Evolução da Inscrição em Dívida Ativa (valor total enviado – R\$ milhões)



Fonte: ANS.

Não obstante o incremento dos números apresentados, algumas questões ainda dificultam o alcance dos resultados esperados pela ANS. Assim, por exemplo, ainda não ocorreu a implantação do processo eletrônico de ressarcimento (que estava prevista para o início de 2009) nem estão sendo ressarcidas as despesas efetuadas pelo SUS para prestar atendimentos ambulatoriais de alto custo. Além disso, por ocasião da auditoria, foram constatados problemas na gestão de tecnologia da informação da ANS, em especial quanto aos procedimentos de contratação e gestão contratual.

A agência declarou que sua capacidade de processamento permite a análise apenas das AIH, cuja frequência tem experimentado um aumento crescente. Assim sendo, ela não dispõe dos meios necessários para processar as APAC. Essa situação só será resolvida quando a ANS puder ampliar sua infraestrutura e seus recursos humanos ou logísticos. Para realizar tal ampliação, a agência depende da liberação de recursos orçamentários e da autorização dos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão para realizar concurso público. Desse modo, ainda não haveria prazo para o processamento de APAC.

Representantes da Associação de Servidores da ANS ressaltaram a ausência de integração entre as atividades de ressarcimento e regulação nessa agência. Na opinião dos servidores, o ressarcimento ao SUS existe em razão da incapacidade, por parte das operadoras de planos de saúde, de manter uma rede conveniada adequada – o que obriga os beneficiários a recorrerem à rede pública. Nesse sentido, os dados do ressarcimento ao SUS poderiam ser

aproveitados pela ANS para planejar a adoção de medidas de regulação da atuação dessas operadoras. Apesar de esses aspectos não terem sido analisados pela auditoria do TCU, a unidade técnica avaliou que existe uma relação direta entre essa narrativa e a não utilização dos sistemas informatizados da agência como ferramentas gerenciais.

Em relação ao prazo demandado para processar o ressarcimento, a ANS informou que tem mantido tratativas com o Datasus sobre o envio das bases e a aplicação de filtros. A partir do lançamento do 41º Aviso de Beneficiários Identificados, ocorrido em dezembro de 2012, teria sido alcançada uma diferença temporal de dois anos entre a realização do batimento e os meses de competência do atendimento identificado.

Também houve a revisão dos prazos para impugnação das AIH pelas operadoras de saúde e do tempo de análise estipulado para a decisão das impugnações e dos recursos apresentados, em conformidade com o disposto nas Resoluções Normativas - RN 217/2010 e 253/2011.

Adicionalmente, estaria sendo pleiteado às operadoras de saúde que permitissem à ANS consultar seus sistemas. Caso essa consulta seja efetivamente implantada, em vez de as operadoras remeterem cópias dos contratos dos beneficiários por ocasião das impugnações, a ANS consultará o sistema e de lá extrairá todas as informações necessárias.

Tendo em vista o prazo prescricional para a cobrança dos valores devidos ao SUS a título de ressarcimento por parte das operadoras, tem sido dada prioridade ao processamento e à cobrança dos procedimentos e internações mais recentes, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais das operadoras.

Portanto, apesar de ter sido constatada uma evolução da ANS no que tange à informação estratégica, o qual se consubstancia, por exemplo, na utilização de dados extraídos dos sistemas informatizados para formular indicadores e na inclusão de ações de modernização dos sistemas no Contrato de Gestão firmado pela agência, verifica-se que perdura o desafio de obter o ressarcimento devido ao SUS e de regular de forma adequada o mercado de planos e seguros de saúde.

Medicamentos

O setor farmacêutico possui uma grande relevância para a sociedade, tendo em vista que é um dos pilares de sustentação do direito à saúde, além de ser um dos setores em que o Governo investe considerável montante de recursos. Em 2012, foram gastos cerca de R\$ 8 bilhões na subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, que abrange as ações voltadas para a produção, a distribuição e o suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral. Esse montante representou 10,8% dos gastos totais da Função Saúde naquele ano, sendo que 30% desse valor foi transferido para estados e municípios.

Farmácia Básica

A ação “Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde”, também conhecida como Farmácia Básica, tem por objetivo promover o acesso da população a medicamentos e a insumos estratégicos.

O modelo adotado para a assistência farmacêutica básica é o da gestão descentralizada, em que cabe aos municípios adquirir e dispensar medicamentos, sob a coordenação dos estados. O Governo Federal é responsável por coordenar a ação dos estados. Além disso, a União

financia uma parte das ações empreendidas por estados e municípios, por meio de transferências fundo a fundo para esses entes federados, que devem entregar uma contrapartida.

Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional¹⁸ com o objetivo de analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica, tendo avaliado a eficiência da gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde. Foram constatados diversos problemas, a saber:

- a) a gestão inadequada da assistência farmacêutica por estados e municípios gerava riscos de desabastecimento de determinados medicamentos;
- b) poderia haver desperdício de recursos públicos, devido à eventual expiração do prazo de validade de medicamentos comprados em excesso. A seleção e a programação de compras no âmbito municipal careciam de sistematização, sendo recorrente a falta de alguns medicamentos e a sobra de outros;
- c) o armazenamento dos medicamentos se mostrou inapropriado, o que gerava risco de perdas em virtude das condições inadequadas de temperatura e umidade e da frágil segurança que tornava possível a ocorrência de furtos. Além disso, eram precários os controles dos fluxos dos medicamentos, o que possibilitava a ocorrência de desvios, desde o recebimento dos produtos na Central de Abastecimento Farmacêutica até sua dispensação ao paciente na Unidade Básica de Saúde;
- d) os governos estaduais e municipais não realizavam um planejamento sistematizado da assistência farmacêutica;
- e) os governos estaduais não desempenhavam suas atribuições definidas na Política Nacional de Medicamentos, pois não auxiliavam nem coordenavam os municípios, não prestavam cooperação técnica, não orientavam quanto aos processos de aquisição, não apoiavam a organização de consórcios intermunicipais nem coordenavam os processos de compras;
- f) os planos de saúde não contemplavam a assistência farmacêutica.

Tais problemas eram agravados pela desarticulação verificada entre os órgãos do Ministério da Saúde no que se refere ao monitoramento e à avaliação e pela falta de uma política que direcionasse as ações, definisse diretrizes e estabelecesse instrumentos e formas de cooperação entre as unidades. Desse contexto, resultava a fragmentação das ações, as sobreposições em algumas áreas e as lacunas em outras.

A título de exemplo concreto desses problemas ocorreu no Programa Nacional de Suplementação de Ferro, no âmbito do qual verificou-se a existência de excesso e vencimento do medicamento sulfato ferroso que se encontrava em estoque nos municípios.

Após a atuação do TCU, o Ministério da Saúde adotou as seguintes medidas:

- a) tornou obrigatória a utilização do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) e liberou o acesso público a esse sistema;
- b) avaliou a Política Nacional de Suplementação de Ferro e descentralizou recursos para a aquisição dos suplementos, com o fito de ampliar o acesso e promover o uso racional do sulfato ferroso na prevenção da anemia;
- c) entabulou negociações com os entes federados para estabelecer uma norma que defina o rol de informações mínimas sobre a gestão da Assistência Farmacêutica Básica que deverão constar do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).

Espera-se que a implementação das medidas propostas pelo TCU contribua para a efetividade do processo de monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos repassados pelo Governo Federal para a assistência farmacêutica básica. Por fim, cabe destacar que o início da implementação de várias dessas medidas estava previsto para o início em 2013.

Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é o órgão do governo federal responsável pelo controle dos preços do setor farmacêutico no país. A regulação do mercado de medicamentos é de extrema importância, tendo em vista a presença de fatores que possibilitam o exercício do poder de mercado pelos laboratórios, tais como: a baixa elasticidade-preço da demanda devido à essencialidade dos medicamentos; o reduzido poder decisório dos consumidores, já que os médicos influenciam as escolhas e a proteção patentária que garante o monopólio para determinados medicamentos.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (SILVEIRA et. al.) apontou que os dois principais gastos das famílias com saúde estavam ligados à aquisição de medicamentos e ao pagamento de mensalidades de planos ou seguros de saúde. Portanto, uma regulação efetiva, que imponha limites ao exercício do poder de mercado pelos laboratórios e impeça a prática de preços abusivos, é muito importante para a população.

Diante da relevância do setor farmacêutico, a Administração Pública estabeleceu que:

- a) é necessária uma autorização para comercializar remédios;
- b) deve haver uma prescrição médica;
- c) podem ser definidas restrições para a publicidade e a propaganda de remédios;
- d) deve ser fixado pelo governo o preço máximo que laboratórios e farmácias podem cobrar pelos produtos vendidos ao consumidor.

Fiscalizações realizadas pelo Tribunal verificaram a existência de distorções em alguns preços fixados pela CMED, que se mostraram bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Além disso, identificou-se que vários gestores públicos encontravam dificuldades para consultar a tabela com os preços máximos. Nesse contexto, o TCU realizou auditoria operacional¹⁹ na CMED, com o objetivo de avaliar se a atuação regulatória do órgão efetivamente reduzia os efeitos das falhas de mercado, evitando a prática de preços abusivos. Com esse objetivo, foram comparados preços registrados em compras governamentais no Brasil e em outros países que também realizam algum tipo de controle dos preços.

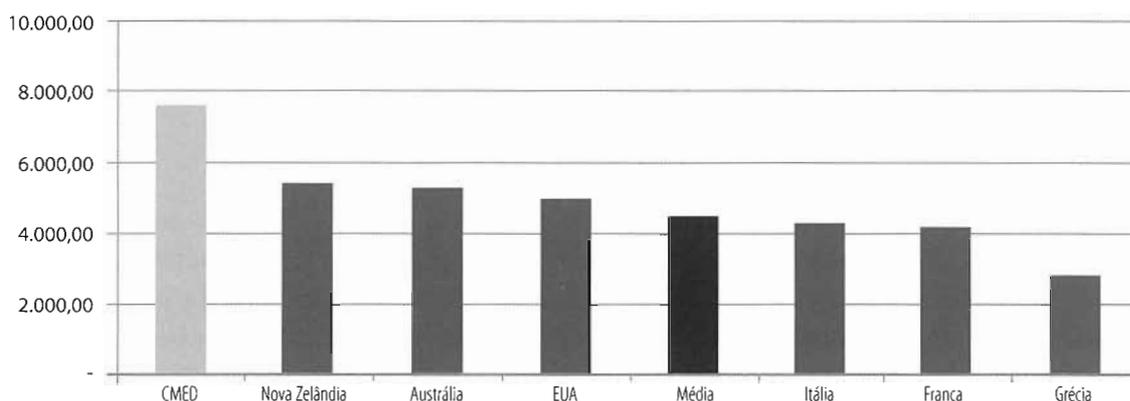
Constatou-se que nas compras públicas são praticados preços significativamente inferiores aos registrados pela CMED. Por exemplo, o princípio ativo Captopril 25mg chegou a ser vendido para a Administração Pública por R\$ 0,0115, enquanto seu maior preço na tabela CMED é de R\$ 1,1869, ou seja, uma variação de mais de 10.221%

Por outro lado, quando foram comparados os preços no Brasil e no exterior dos 50 princípios ativos mais comercializados no ano de 2010, verificou-se que os preços cobrados no nosso país superavam a média internacional para 43 deles. Ademais, para 23 desses fármacos, o Brasil apresentava o maior preço e para três o menor preço. Para adquirir os medicamentos analisados foram gastos R\$ 6,1 bilhões, sendo que R\$ 1,1 bilhão poderiam ter sido economizados caso os preços máximos tivessem sido equivalentes à média internacional.

Quando à comparação ficou restrita aos 27 medicamentos mais novos, registrados a partir de 2010, constatou-se que para 21 deles o preço brasileiro estava abaixo da média internacional, em 3 era o maior preço e em oito era o menor. O fato de medicamentos registrados mais recentemente possuírem preços máximos mais coerentes com o mercado internacional explica-se por algumas falhas identificadas no modelo regulatório brasileiro, entre as quais se destacam a impossibilidade de revisão dos preços a partir de critérios relacionados a mudanças na conjuntura econômica ou internacional e a vinculação do ajuste anual à inflação.

Um exemplo de medicamento cujo preço no Brasil supera os valores cobrados no exterior é o Trastuzumabe (medicamento Herceptin do laboratório Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.), utilizado no tratamento do câncer de mama. Considerando que o Herceptin é vendido no Brasil apenas na concentração de 440mg, enquanto na maioria dos países é encontrada somente a concentração de 150mg, foi utilizada a proporção entre as duas concentrações, que é de 1 para 0,34. Deve ser registrado que laboratório que produz o Trastuzumabe tem monopólio protegido por patente.

**Gráfico 105: Comparação Internacional de Preços-Fábrica:
Trastuzumabe – Herceptin 440mg (preço unitário em R\$)**



Fonte: Auditoria Operacional na CMED - Acórdão 3016/2012-TCU-Plenário.

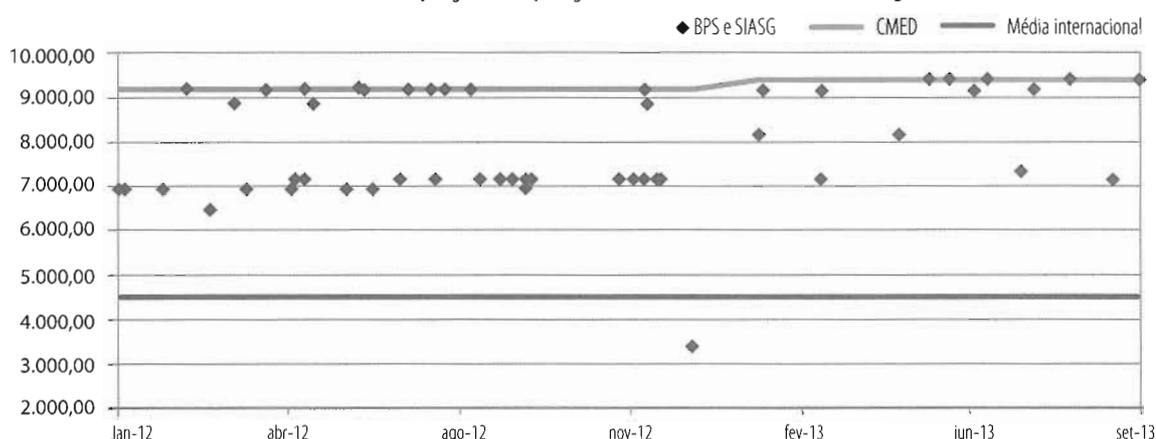
Por meio de consulta ao Banco de Preços em Saúde (BPS) e ao Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg) sobre as compras do Trastuzumabe 440mg realizadas desde janeiro de 2012, a Secex Saúde verificou que os preços praticados continuavam superiores à média internacional, com exceção de uma aquisição em dezembro de 2012, como pode ser observado no Gráfico 106. Essa foi uma compra excepcional, pois o Ministério da Saúde adquiriu um grande quantitativo (19.047 unidades), tendo o valor da aquisição (R\$ 3.423,20) ficado abaixo da média de preços máximos praticados no âmbito internacional (R\$ 4.513,62).

Cabe destacar que, dos 67 registros constantes do BPS e do Siasg, 20% das compras foram realizadas pelo valor da Tabela CMED (R\$ 9.206,00 em 2012 e R\$ 9.454,57 em 2013), considerado bem acima da média internacional.

A atuação da CMED não observa o disposto na Lei nº 10.742/2003, segundo a qual o poder de mercado deve ser considerado no cálculo do fator de preços relativos intrassector. Também se mostra necessário instituir uma sistemática padronizada para alimentar a Tabela CMED e rever os registros atuais, de forma a tornar a informação mais acessível e confiável.

Entre os principais pontos do modelo que precisam ser alterados, destaca-se a impossibilidade de revisão dos preços a partir de critérios relacionados a mudanças na conjuntura econômica ou internacional. Mesmo que os preços fixados no momento da entrada do medicamento no mercado brasileiro sejam baixos em comparação com o mercado internacional, ao longo do tempo esses preços sofrem distorções em decorrência da sua vinculação com a inflação. Considerando que o comportamento dos preços dos fármacos é influenciado por fatores diversos, é necessária uma flexibilidade maior na revisão desses valores.

Gráfico 106: Comparação do preço-fábrica registrado pela CMED e do preço-fábrica médio internacional com preços de aquisições cadastradas no BPS e no Siasg



Fonte: Anvisa, BPS e Siasg e Auditoria Operacional na CMED - Acórdão 3016/2012-TCU-Plenário.

O TCU recomendou que o Ministério da Saúde revise o modelo regulatório, que é definido por lei, visando corrigir as falhas acima apontadas. Paralelamente, determinou à CMED que implantasse uma nova metodologia de cálculo do fator de preços relativos intrassetor e elaborasse uma nova tabela de divulgação dos preços-fábrica isenta das distorções identificadas. Adicionalmente, determinou a adoção de uma sistemática padronizada de alimentação dos dados, de modo a permitir a correta consulta e análise de preços dos fármacos registrados.

No intuito de aprimorar a regulação do mercado de medicamentos, a CMED instituiu um Grupo Técnico no âmbito do seu Comitê Técnico-Executivo, com vistas à criação da nova metodologia de cálculo do Fator de Preços Relativos Intrassetor.

Concomitantemente, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei 102/2013, que altera a Lei 10.742/2003, que definiu as normas de regulação para o setor farmacêutico, criou a CMED e alterou a Lei 6.360/1976. Um dos principais objetivos desse Projeto de Lei é o aperfeiçoamento dos procedimentos e critérios hoje utilizados com o fito de coibir práticas anticoncorrenciais quando da fixação de preços de medicamentos. Nesse sentido, o referido Projeto altera o art. 41, § 4º, I, da Lei 10.742/2003, para determinar que a parcela do fator de ajuste de preços relativos intrassetor seja calculada com base no poder de mercado, que é definido nos termos do art. 36, § 20, da Lei 12.529/2011.

Esse projeto de lei vai ao encontro da recomendação do TCU ao Ministério da Saúde para que articulasse junto à Presidência da República a possibilidade de apresentar ao Poder Legislativo proposta de revisão do modelo regulatório de ajuste dos preços dos medicamentos previsto na Lei 10.742/2003, de forma a desvincular tal ajuste da inflação e passar a considerar revisões periódicas a partir de critérios como comparação internacional, variação

cambial e custo dos diferentes tratamentos. Ressalta-se, inclusive, que na justificativa para a apresentação do referido projeto de lei, foi citada a deliberação do TCU em que são reveladas fragilidades graves na capacidade do sistema de regulação dos preços de medicamentos para enfrentar práticas anticoncorrenciais dos produtores, fragilidades essas que decorrem de lacunas existentes na própria redação da lei atualmente em vigor.

Além disso, segundo informações prestadas pela CMED, estariam sendo adotadas três relevantes medidas: implantação do Sistema de Acompanhamento do Mercado de Medicamentos (Sammed), qualificação da base de dados e melhorias na publicação da lista de preços.

Em 2012, foi implantado o Sammed, que substituiu outros três sistemas menores que controlavam o processo de pleito de preços, a inserção e a alteração cadastrais das apresentações e a publicação das listas de preços no portal da Anvisa.

Também foram disponibilizadas na página eletrônica da Anvisa, na área relacionada à CMED, informações quanto à necessidade de negociar preços quando da aquisição de medicamentos, uma vez que o preço fábrica regulamentado pela CMED é apenas um balizador máximo. Por meio de ofícios enviados a Comissão Intergestores Tripartite, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os gestores foram alertados sobre a obrigação de realizar uma pesquisa prévia e efetiva de preços no mercado, já que a aquisição de medicamentos por preços inferiores aos registrados na lista da CMED não os isenta de possíveis sanções, diante da possibilidade de superdimensionamento dos preços fábrica constantes da lista, que pode não refletir os descontos efetivamente praticados pela indústria. Os gestores também foram orientados sobre a necessidade de verificar a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços e da isenção de ICMS.

Portanto, constatou-se que a instituição do modelo regulatório brasileiro representou um avanço significativo nos parâmetros de preços, uma vez que o País vinha de longa data com a prática de preços livres no setor farmacêutico, o que ensejou elevação expressiva dos mesmos. Entretanto, é preciso avançar ainda mais, já que se observam falhas no modelo como ele foi desenhado, o que tem permitido a prática de preços em níveis bem acima daqueles praticados no mercado internacional.

Hemobrás

A criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), vinculada ao Ministério da Saúde, visou garantir o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia aos pacientes do SUS, mediante a produção interna a partir do fracionamento de plasma, em consonância com o disposto na Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei 10.205/2001. Seu objetivo é reduzir a dependência externa do Brasil na produção dos seis hemoderivados de maior consumo mundial.

Tem sido apontada a dificuldade encontrada para fornecer fatores de coagulação em quantidade suficiente para viabilizar os tratamentos de pacientes hemofílicos. Mundialmente, estaria ocorrendo a redução do número de doadores, em decorrência, entre outros fatores, do maior rigor na triagem clínica e sorológica. Além disso, a melhora do atendimento aos pacientes hemofílicos gera maior demanda do produto, com o conseqüente aumento do seu custo.

A aquisição da tecnologia para fracionamento industrial de plasma permitirá ao Brasil produzir hemoderivados em prazo mais curto e menos oneroso para o país do que se optasse por desenvolver sua própria tecnologia. Assim, espera-se que a anunciada produção dos hemoderivados no Brasil aumente a disponibilidade desses produtos, sobretudo do Fator VIII de coagulação, que é o mais crítico em relação às quantidades produzidas *versus* as utilizadas. Num segundo momento, pretende alcançar a autossuficiência.

A importância estratégica da Hemobrás deriva fundamentalmente dos seguintes fatores:

- a) mercado internacional oligopolizado: atualmente, 6 grandes empresas atendem aos mercados;
- b) comportamento anti-concorrencial adotado pelas empresas nas licitações;
- c) oferta de matéria prima (sangue) limitada e fora do controle das indústrias;
- d) demanda mundial bem superior à oferta.

Segundo a Hemobrás, o atendimento à demanda brasileira por hemoderivados se apresentaria conforme demonstrado na Tabela 24 a seguir. Percebe-se que a imunoglobulina, hemoderivado mais demandado no mundo, e o Fator VIII, hemoderivado mais caro e necessário aos hemofílicos, são os que permanecerão com menor atendimento de demanda.

Tabela 25: Cobertura de atendimento da demanda brasileira por hemoderivados

Produto	Situação atual – fracionamento realizado pelo LFB (Laboratoire Français Du Fractionnement et des Biotechnologies contratada pela Hemobrás) (1.509 litros de plasma/ano)	Situação futura, quando a fábrica estiver operando em sua capacidade máxima (500 mil litros de plasma/ano)
albumina	50%	100%
imunoglobulina	40% baseado no quantitativo adquirido pelo MS	60% baseado no consumo dos hospitais do SUS
fator VIII	3%	9%
fator IX	33%	100%
complexo prot.	---	100%
von Willebrand	---	100%

Fonte: Hemobrás.

Em relação à imunoglobulina, o problema seria universal – a demanda é bem superior à oferta, pois há cerca de 130 doenças que são ou podem ser tratadas com ela e sua produção depende da disponibilidade de plasma, o que foge ao controle das indústrias. Nenhum país é autossuficiente em imunoglobulina, sendo os Estados Unidos da América e o Canadá seus maiores consumidores *per capita*.

A Hemobrás afirma que a situação tende a piorar, pois deve ser demonstrado em breve que a imunoglobulina é um bom tratamento para as formas iniciais da doença de Alzheimer. Portanto, o atendimento de 60% da demanda implica que pelo menos os pacientes cujas doenças só podem ser tratadas com imunoglobulina receberão o remédio.

Em 2013, o Brasil comprou 600 milhões de UI/ano do Fator VIII. Em 2017, deverão ser 700 milhões. Quando a fábrica desse hemoderivado estiver produzindo com sua capacidade plena só serão produzidas 65 milhões UI/ano. Para ampliar essa produção e atingir

a autossuficiência, seria necessário multiplicar por nove o número de doações de sangue, o que a Hemobrás entende ser improvável.

Apesar de ter sido criada em 2004 e de ter entrado em funcionamento em 2005, a Hemobrás ainda não conseguiu cumprir seu objetivo, qual seja produzir hemoderivados. A principal causa desse atraso reside na demora verificada na transferência de tecnologia, que vem sendo postergada por diversos motivos.

O TCU tem fiscalizado a situação da Hemobrás, desde o acompanhamento²⁰ das contratações do processo de transferência de tecnologia de produção de hemoderivados a partir do fracionamento industrial de plasma sanguíneo até a realização das obras para construção da Empresa²¹.

Em 2006, a Hemobrás celebrou contrato com a empresa *Laboratoire Français Du Fractionnement et des Biotechnologies* (LFB S/A)²², cujo objeto foi transferência de tecnologia de produção de hemoderivados a partir do fracionamento industrial de plasma sanguíneo. No curso do respectivo processo licitatório, a LFB ofereceu preço acima do valor máximo que a Hemobrás estaria disposta a pagar como parte fixa do preço da transferência de tecnologia de hemoderivados e não surgiram outros pretendentes para a licitação. Cabe frisar que essa contratação foi acompanhada não só pelo TCU, mas também pelo Ministério Público Federal.

Esses trâmites do processo licitatório fracassado e os procedimentos realizados visando à posterior contratação por dispensa de licitação ocasionaram um atraso inicial que não pode ser imputado à Hemobrás, porquanto derivado de motivos alheios à atuação da empresa pública.

Todavia, o mesmo não pode se dizer quanto ao atraso verificado na execução das obras em Goiana (PE). A condução do processo licitatório relativo à construção do Bloco da Câmara Fria sem a devida cautela pela Hemobrás levou à anulação desse certame e gerou problemas na execução do contrato firmado após a realização de novo certame.

Em outra fase do empreendimento, a atuação do Tribunal resultou em uma redução de R\$ 10,6 milhões no valor contratado. Essa diminuição se deveu aos seguintes fatores:

- a) falhas na fixação dos preços dos itens de administração local, instalação, manutenção e apoio do canteiro de obras: geraram uma redução de aproximadamente R\$ 2,3 milhões;
- b) identificação de preços distintos para serviços idênticos: a planilha contratual foi revista e houve uma diminuição de aproximadamente R\$ 2,9 milhões;
- c) redução do valor contratado para os serviços de cimbramento ou escoramento das obras: no valor de aproximadamente R\$ 5,4 milhões.

Cabe ressaltar que o valor total dessa redução supera o valor original do contrato de transferência de tecnologia para produzir quatro hemoderivados, que foi firmado pela Hemobrás e pelo LFB (R\$ 8,5 milhões). Posteriormente, foi celebrado o aditivo contratual 1/2010 que incluiu o fracionamento de plasma.

Essas irregularidades contribuíram para o indesejado atraso no processo de transferência de tecnologia, porquanto ele é impactado pelo ritmo da execução da unidade fabril da Hemobrás. Assim sendo, a Secex Saúde frisou que os gestores da referida empresa pública devem se cercar da máxima cautela e acompanhar ainda mais de perto os processos e procedimentos administrativos realizados, cuidando para que eles não representem empecilho ou motivo de adiamento da efetiva produção de hemoderivados no país. Afinal, muitos

pacientes do SUS dependem desses hemoderivados, cuja aquisição consome significativa parcela dos recursos destinados à saúde.

No final de outubro de 2012, a Hemobrás assinou contrato com a empresa Baxter, produtora de hemoderivados, cujo objeto é a transferência de tecnologia da produção do fator VIII recombinante, obtido por engenharia genética, que dispensa o plasma humano.

A transferência de tecnologia para a produção de hemoderivados é uma questão delicada, que envolve rígidos protocolos de segurança. No caso vertente, questões burocráticas ou relativas às diferenças climáticas existentes entre a França e o Brasil também dificultaram a transferência de tecnologia.

Tendo em vista a relevância dessa questão para a população, além da materialidade dos recursos envolvidos, a unidade técnica avaliou ser essencial que o acompanhamento desse tema pelo TCU seja mantido.

Oncologia

No Brasil, seguindo a tendência mundial, a taxa de mortalidade por câncer está aumentando. Dados epidemiológicos apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) apontam que, depois das doenças cardiovasculares, o câncer é o grupo de doenças que mais mata no Brasil.

Observa-se em nosso país um processo de transição com importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, sendo que, a partir de 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de mortes, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. O aumento da taxa de mortalidade por câncer pode estar relacionado ao processo de envelhecimento da população mundial, à maior eficiência no registro de dados estatísticos pelos órgãos de saúde dos países em desenvolvimento e à maior exposição da população a fatores de risco.

O crescimento da incidência de câncer tem se refletido no aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos. A Tabela 25 apresenta a evolução dos gastos por modalidade terapêutica oncológica, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Tabela 26: Gastos por modalidade terapêutica oncológica

R\$milhões

Modalidades terapêuticas	1999	2009	2011	2012 (estimativa)
Cirurgia oncológica*	87	172,91	173,95**	176,01**
Radioterapia	77	163,72	349,87	361,17
Quimioterapia	306	1.228,41	1.417,47***	1.480,06
Imunoterapia	0,048	4,15	4,82	5,52
Total	470,5	1.569,19	1.946,11	2.022,76

Fonte: Nota Técnica 221/2013 - CGAPDC/DAET/SAS/MS.

*Só procedimentos cirúrgicos oncológicos de alta complexidade

** Sem Ortopedia/Neurocirurgia/Oftalmologia

***Com os recursos gastos com o Glivec a partir de abril/2011 (compra centralizada pelo MS)

Cabe destacar que não foram computados os gastos federais com procedimentos cirúrgicos de média complexidade realizados em hospitais, com “Intercorrências clínicas de Doentes Oncológicos” e com o “Tratamento clínico de doentes oncológicos”.

Diante desse quadro, o TCU realizou auditoria operacional²³ para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica no que concerne à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade. As análises realizadas evidenciaram que a estrutura da rede de atenção oncológica é insuficiente para possibilitar um acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer.

As principais carências identificadas estão relacionadas à realização dos tratamentos de radioterapia. Também foi constatado que é preciso melhorar a estrutura para realizar tempestivamente cirurgias oncológicas e tratamentos de quimioterapia, em especial, quando se consideram as condições existentes em determinadas unidades da Federação.

Além disso, por meio de pesquisas realizadas com especialistas na área, de entrevistas desenvolvidas durante os trabalhos de campo e da análise da documentação existente sobre o assunto, verificou-se que as condutas diagnósticas e terapêuticas ofertadas aos pacientes do SUS não estavam sendo periodicamente atualizadas. Mais de 80% dos oncologistas que participaram da pesquisa do TCU afirmaram que existiam exames para diagnóstico e condutas terapêuticas validados pela comunidade científica e importantes para os tratamentos que não estavam sendo custeados pelo SUS.

Também foi constatada a existência de uma quantidade insuficiente de médicos de determinadas especialidades que são fundamentais para a prestação de assistência oncológica de qualidade. Somam-se a isso as limitações e deficiências da Atenção Básica em saúde que dificultam a identificação precoce de casos suspeitos de câncer e colaboram para a ocorrência de uma grande quantidade de diagnósticos tardios da doença. Essas constatações demonstram a necessidade de serem adotadas medidas com o objetivo de fomentar a formação e capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária e diretamente na assistência oncológica.

Cabe destacar ainda a carência de indicadores confiáveis de tempestividade dos atendimentos e de sobrevida dos pacientes tratados. Os dados que poderiam ser utilizados para o cálculo desses indicadores estão disponíveis nos sistemas de coleta de dados via faturamento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e no Registro Hospitalar de Câncer organizado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA. No entanto, esses indicadores, considerados fundamentais para o aperfeiçoamento das decisões gerenciais e o estímulo à melhoria contínua da prestação dos serviços oncológicos, não são calculados.

Desse modo, restaram evidenciadas as seguintes causas das dificuldades para o acesso à assistência oncológica:

- a) incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes;
- b) carência de profissionais, em especial de médicos patologistas e oncologistas;
- c) estrutura deficiente da rede de saúde de média complexidade, que é a responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico;
- d) prevenção deficiente do câncer;
- e) despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.

Após a realização dessa auditoria, foi editada a Lei 12.732/2012, que estabeleceu o prazo máximo de sessenta dias, contados a partir da data do diagnóstico em laudo patológi-

co, para o início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada. O marco inicial do referido tratamento é a realização da cirurgia ou da primeira sessão de radioterapia ou quimioterapia.

Considerando a necessidade de reordenar os serviços oncológicos no âmbito do SUS e de qualificar a gestão pública por meio da definição de diretrizes nacionais para a prevenção e o controle do câncer, o Ministério da Saúde revisou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Com essa finalidade, foi publicada a Portaria GM/MS nº 874/2013, por meio da qual foi estabelecido o fluxo de atendimento, que deve ser regulado pelos gestores.

A Portaria SAS/MS nº 741/2005, que define os critérios de infraestrutura, recursos humanos e tipos de serviços que devem ser observados nos estabelecimentos especializados no tratamento oncológico e estabelece parâmetros mínimos de produção anual para cada estabelecimento, também está sendo revista. Atualmente, está prevista a realização anual de 4.200 procedimentos de quimioterapia, 600 cirurgias e 40.500 campos de radioterapia.

Em atendimento às recomendações do TCU, foi verificado o número de estabelecimentos habilitados. Em 2013, existiam 277 serviços habilitados em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia), sendo que em 2011 havia 269. Os investimentos nessa área foram ampliados de R\$ 1,9 bilhão em 2010 para R\$ 2,4 bilhões em 2012. Esse aumento decorreu, em larga medida, da inclusão de onze novos procedimentos cirúrgicos na tabela do SUS e do fato de ter sido triplicado o valor pago por diárias de internação para quimioterapia de pacientes com leucemia.

No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) – 2011 a 2022, foram propostas várias metas nacionais relacionadas ao câncer, tais como:

- a) aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- b) ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- c) tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

O Governo Federal também lançou um conjunto de medidas para fortalecer o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. A título de exemplo, cabe citar as seguintes iniciativas:

- a) Qualificação Nacional em Citopatologia;
- b) Programa Nacional de Qualidade em Mamografia;
- c) Serviço de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama;
- d) Serviço de Referência para o Diagnóstico e o Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero;
- e) Mamografia Móvel.

O Ministério da Saúde elaborou o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 931/2012 e publicado em fevereiro de 2013, o qual previu a implementação de oitenta soluções de radioterapia até 2015. Com esse desiderato, deverão ser investidos mais de R\$ 500 milhões, inclusive na implantação de uma fábrica no Brasil.

Os elevados tempos de espera para a realização dos diagnósticos e dos tratamentos de câncer podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição

das suas chances de cura e do tempo de sobrevivida. Além disso, um tratamento realizado tardiamente pode prejudicar a qualidade de vida dos doentes, aumentar os gastos com tratamentos mais caros e prolongados e incrementar os custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.

No sítio eletrônico do Inca, em módulo do RHCNet, é possível estabelecer o intervalo de tempo entre a primeira consulta e o início do tratamento em cada hospital e por estado, nos anos com dados já registrados. O SISCAN – versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama – é outro sistema que registra as informações sobre os casos confirmados de câncer e o primeiro tratamento ministrado aos pacientes. Nesse sistema, no “Módulo de gerenciamento do tempo entre o diagnóstico e o tratamento das neoplasias malignas”, os gestores devem monitorar a situação dos pacientes que estão na fila de espera para o tratamento, com vistas a cumprir o prazo estabelecido na lei federal para o início do tratamento.

A responsabilidade por coletar e manter as informações atualizadas referentes ao Sistema RHC, conforme estabelecido nas normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde, é do estabelecimento de saúde habilitado no SUS. Já a análise dos dados e a emissão de relatórios sobre a situação do tratamento do câncer nos estabelecimentos de saúde estão a cargo do Ministério da Saúde e do Inca. Contudo, constatou-se que os hospitais não têm informado os dados relativos aos pacientes por eles tratados, o que dificulta a análise da sobrevivida e da qualidade da assistência.

Do acima exposto, a unidade técnica concluiu que para viabilizar o acesso tempestivo aos serviços oncológicos é necessário vencer muitos desafios. Espera-se que a adoção das medidas propostas pelo TCU possa contribuir para a garantia do acesso universal da população à assistência oncológica, o que ensejará a melhoria das condições de tratamento e dos índices de cura dos pacientes.

Mamografias

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido à sua alta incidência, morbidade (quantidade de pessoas que adquiriram a doença), mortalidade (quantidade de pessoas que faleceram em decorrência da doença) e seu elevado custo de tratamento. Na atualidade, é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o de maior incidência entre mulheres. Estima-se que em 2012 e 2013 tenham surgido no Brasil 53 mil novos casos por ano.

O controle do câncer de mama foi uma das prioridades do Ministério da Saúde no Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011. Atualmente, seu combate continua tendo destaque entre as ações promovidas por aquele Ministério, como demonstrou o lançamento, em março de 2012, do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.

A mamografia é o método utilizado para detectar e diagnosticar as doenças da mama. Cabe destacar que é o método mais efetivo para obter um diagnóstico precoce dessas doenças.

Em 2009, por solicitação do Congresso Nacional, o TCU realizou auditoria operacional²⁴, com o objetivo de avaliar em que medida o quantitativo de equipamentos, insumos e

profissionais disponíveis para realizar mamografias eram adequados ao atendimento da população e quais os principais aspectos que afetavam a quantidade de mamografias realizadas.

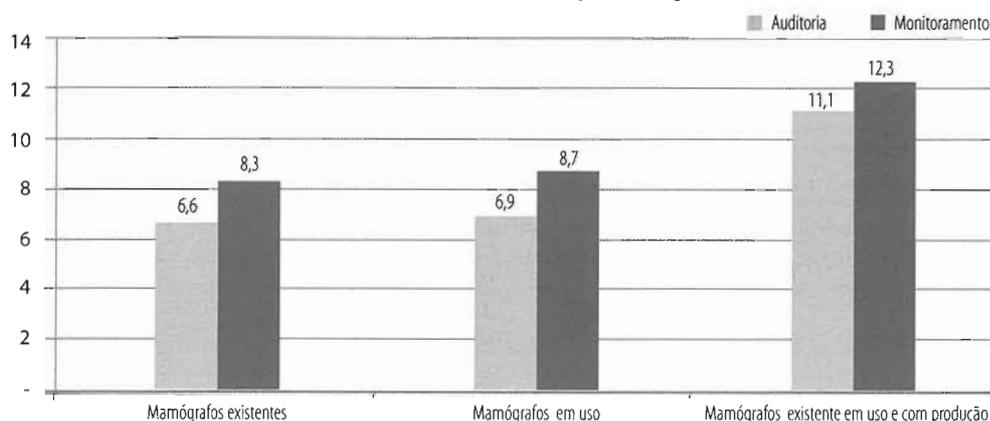
Concluiu-se que a limitação da oferta de exames de mamografia resultava da combinação de vários fatores, como a manutenção deficiente dos mamógrafos e dos equipamentos de revelação e a falta de pessoal. Restou evidenciada a dissociação entre o planejamento dos investimentos na aquisição de novos mamógrafos e o posterior financiamento de seu custeio. Dessa forma, não eram considerados os custos fixos posteriores. Constatou-se, ainda, a ocorrência de falhas na emissão, pelo Ministério da Saúde, de pareceres relativos à aquisição de mamógrafos, o que acarretava a aquisição de equipamentos inadequados à estrutura do estabelecimento onde eles seriam usados ou às reais necessidades da localidade beneficiada.

Os registros constantes do CNES sobre o quantitativo e a localização dos mamógrafos nos estabelecimentos de saúde apresentaram várias inconsistências. Por exemplo, havia registros de equipamentos que nunca existiram, foram transferidos para outras unidades ou estavam desativados, sem que o Ministério da Saúde tivesse conhecimento dessas situações. Também foi verificado o registro de mamógrafos em uso, sem produção correspondente no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, e de estabelecimentos com produção de exame de mamografia registrada que não dispunham de mamógrafos cadastrados no CNES. Além disso, as informações sobre os quantitativos e as especialidades dos profissionais que operavam ou utilizavam os mamógrafos não estavam atualizadas.

O monitoramento das providências adotadas para atender à deliberação do TCU verificou melhorias na prestação dos serviços de mamografia, a começar pela instituição do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. Em consonância com os dados constantes do CNES, houve um aumento de 29,65% no número de mamógrafos disponíveis para o SUS que estavam em uso e de 43,6% na quantidade de exames de mamografia realizados. A partir das informações do SIA/SUS, comprovou-se que a realização de exames aumentou em todas as regiões do país, com exceção de Roraima, da Bahia e do Distrito Federal, que apresentaram produção inferior à verificada em 2009.

A média de exames realizados por aparelho também apresentou uma melhora. Quando da auditoria e do monitoramento, os mamógrafos apresentaram uma produção média de, respectivamente, 6,6 e 8,3 exames para cada mamógrafo existente; 6,9 e 8,7 para cada mamógrafo em uso; e 11,1 e 12,3 para cada mamógrafo existente em uso e com produção, conforme exposto no Gráfico 107 a seguir.

Gráfico 107: Média de exames por mamógrafos



Fonte: Hemobrás.

Utilizando o critério estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002, que preconiza a proporção ideal de um mamógrafo para cada 240.000 habitante, a unidade técnica constatou por ocasião do monitoramento que:

- o número de mamógrafos existentes era suficiente para atender a população, com exceção do Amapá;
- considerando apenas os mamógrafos em uso com produção, havia déficit de equipamentos também no Acre, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Distrito Federal;
- Roraima, Rondônia, Tocantins, Ceará, Paraíba, Mato Grosso e Espírito Santo que, anteriormente tinham déficit de mamógrafos em uso com produção, não se encontravam mais nessa situação. Contudo, esse dado não pode ser considerado isoladamente, pois a produção de exames em Roraima registrada no SIA/SUS equivalia a apenas 42% da produção registrada anteriormente, enquanto no estado do Ceará a quantidade de exames realizados aumentou 93%.

Na tabela a seguir, a coluna I refere-se ao mês de fevereiro de 2012 e a coluna II à situação encontrada quando da realização da auditoria em 2009.

Tabela 27: Cobertura assistencial dos mamógrafos

UF	População/ 240.000 (A)	Mamógrafos Existentes (B)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos existentes (C = B - A)		Mamógrafos em uso (D)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos em uso (E = D - A)		Mamógrafos em uso com produção (F)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos em uso com produção (G = F - A)	
			I	II		I	II		I	II
AC	3,109942	3	0	-2	3	0	-3	2	-1	-3
AM	14,74328	30	15	9	28	13	6	19	4	3
AP	2,851288	2	-1	1	2	-1	1	2	-1	-1
PA	32,0358	43	11	0	40	8	-1	22	-10	-10
RO	6,568563	15	8	7	14	7	5	10	3	-2
RR	1,917354	2	0	0	2	0	0	2	0	-1
TO	5,83705	16	6	9	15	9	9	8	2	-1
NORTE	67,06328	111	43	25	104	37	18	65	-2	-14
AL	13,09743	39	26	20	35	22	17	26	13	8
BA	58,73973	135	76	54	128	69	50	102	43	18
CE	35,54231	51	15	6	48	12	5	38	2	-4
MA	27,69067	46	18	12	43	15	10	25	-3	-5
PB	15,79715	27	11	2	26	10	0	16	0	-8
PE	36,93711	75	38	25	69	32	20	56	19	7
PI	13,0847	33	20	14	33	20	14	25	12	6
RN	13,32774	31	18	12	29	16	11	12	-1	-1
SE	8,707579	24	15	15	23	14	14	15	6	8
NORDESTE	222,9244	461	238	159	434	211	140	315	92	28

UF	População/ 240.000 (A)	Mamógrafos Existentes (B)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos existentes (C = B - A)		Mamógrafos em uso (D)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos em uso (E = D - A)		Mamógrafos em uso com produção (F)	Déf.(-)/ Sup.(+) de mamógrafos em uso com produção (G = F - A)	
			I	II		I	II		I	II
			DF	10,87499		21	10		3	20
GO	25,33632	83	58	31	81	56	29	42	17	10
MS	10,32309	25	15	17	25	15	16	19	9	6
MT	12,8164	37	24	21	34	21	18	19	6	-2
CENTRO-OESTE	59,3508	166	107	72	160	101	65	88	29	12
ES	14,7794	29	14	11	27	12	9	19	4	-1
MG	82,20292	250	168	148	238	156	139	192	110	64
RJ	67,13616	149	82	80	141	74	76	88	21	6
SP	173,2799	460	287	256	437	264	243	307	134	68
SUDESTE	337,3984	888	551	494	843	506	466	606	269	136
PR	43,80145	120	76	66	112	68	63	86	42	21
RS	44,72096	182	137	101	180	135	98	129	84	52
SC	26,32106	92	66	45	92	66	45	73	47	25
SUL	114,8435	394	279	211	384	269	205	288	173	97
NACIONAL	801,5804	2.020	1218	960	1.925	1123	893	1.362	560	258

Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

O Ministério da Saúde informou que os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.101/2002, estão sendo revisados pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS) daquele Ministério. Além disso, os estabelecimentos aptos a receberem novos equipamentos serão indicados a partir do mapeamento dos vazios assistenciais na área de oncologia. Essa nova sistemática, que demanda maior planejamento por parte do órgão, tende a ser mais efetiva para o atendimento às necessidades de alocação de mamógrafos. Adicionalmente, as propostas para aquisição de mamógrafos estão restritas apenas às instituições que participam do Programa de Serviço de Referência de Diagnóstico de Câncer de Mama.

Foram estabelecidos códigos diferentes para os exames de mamografia bilateral para rastreamento (02.04.03.018-8) e mamografia unilateral para diagnóstico (02.04.03.003-0), o que possibilita distinguir os exames realizados como prevenção. Também foi incluído na Tabela de Equipamentos do CNES um código para a “processadora”.

Visando aprimorar o sistema, em fevereiro de 2012, foi alterada a crítica 0031 - Serviços Próprios SUS sem Equipamentos SUS. Passou-se a questionar quando for informada a prestação do Serviço 121 - Serviço de Diagnóstico por Imagem e as Classificações 012 - Mamografia e 013 - Mamografia por Telemedicina e não existir o equipamento 02 - Mamografia de Comando Simples, 03 - Mamografia com Estereotaxia ou 17 - Mamógrafo Computadorizado.

Com a finalidade de suprir o déficit de médicos para emitir laudos de radiologia, o Ministério da Saúde celebrou acordo com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz tendo por objeto a emissão de laudos de mamografia à distância. Inicialmente, serão atendidos até 180 mamógrafos. Essa centralização da emissão de laudos permitirá diminuir a quantidade de profissionais necessários para o trabalho em cada estabelecimento, além de homogeneizar a avaliação e facilitar o controle de qualidade dos exames.

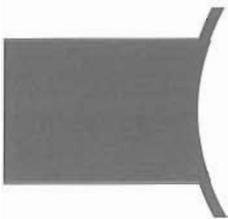
Já com o fito de minimizar a carência de profissionais aptos a operar os mamógrafos, o Ministério da Saúde realizou cursos de formação de técnicos de radiologia.

Cumprir destacar que o Denasus realizou auditorias nos estabelecimentos que apresentavam inconsistências na proporção entre a quantidade de mamografias realizadas e o quantitativo de equipamentos em uso. Aquele Departamento concluiu que ainda existiam distorções não sanadas nos registros da produção de mamografias. Tais distorções decorriam dos seguintes motivos:

- a) registro de unidades cuja produção superava as respectivas capacidades instaladas;
- b) cobranças de mais de uma mamografia bilateral para rastreamento com intervalo inferior a um ano. Em alguns casos, tais cobranças se referiam a exames que teriam sido realizados no mesmo dia na mesma paciente;
- c) desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Essas constatações foram enviadas aos Componentes Municipais de Auditoria, para que esses órgãos realizem fiscalizações com o fito de apurar eventuais irregularidades.

Apesar das melhorias observadas, foram detectadas algumas falhas recorrentes, especialmente no que se refere ao teor dos pareceres técnicos emitidos pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS do Ministério da Saúde, cuja análise continua sem abranger os requisitos técnicos e os documentos comprobatórios necessários para garantir o funcionamento dos novos equipamentos.



Trabalhos recentes na área da saúde

A seguir, são apresentadas informações sobre grandes questões de saúde pública que foram acompanhadas pelo Tribunal nos últimos anos por meio de fiscalizações. A seleção desses trabalhos foi feita com base na relevância social do tema, na alta materialidade e no impacto social dos resultados das auditorias.

Medicamentos

Auditoria de conformidade sobre a aplicação de recursos federais na compra de medicamentos no Distrito Federal

Diante da relevância da aquisição de medicamentos no âmbito do SUS, o Tribunal realizou auditoria para avaliar a conformidade na aplicação de recursos federais transferidos ao Governo do Distrito Federal (GDF) para a aquisição de medicamentos no período de 2006 a 2011²⁵.

Reitera-se que a fixação de preços máximos a serem praticados na aquisição de medicamentos é de responsabilidade da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), instituída pelo art. 5º da Lei 10.742/2003, a quem compete editar anualmente tabelas contendo os preços registrados de diversos princípios ativos.

Conforme exposto anteriormente, as informações da CMED devem servir de subsídios para o gestor quando da pesquisa de preços, uma vez que representam o valor máximo que os laboratórios e as distribuidoras estão autorizados a praticar na comercialização de seus produtos, tanto nas negociações efetuadas com o setor público quanto com o setor privado. Isso significa que nenhum fabricante ou fornecedor de medicamento pode vender ou mesmo ofertar um princípio ativo por valor acima do constante em tabela estabelecida por resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

Contudo, a consulta à Tabela CMED não é suficiente. Conforme foi indicado em trabalho anterior²⁶ do TCU, é possível haver superdimensionamento de preços-fábrica registrados nessa tabela, o que torna imprescindível realizar pesquisa de preços prévia à licitação.

Por outro lado, embora a Tabela CMED não constitua o parâmetro mais adequado para o referenciamento de preços em aquisições públicas, ela ainda é um referencial válido para o cálculo de eventuais sobrepreços em compras governamentais, sobretudo no caso dos medicamentos sujeitos a monopólio. Nesse caso, as deficiências metodológicas dos preços-fábrica, na prática, acarretam a utilização de critérios conservadores para o cálculo de débitos.

Destaca-se que a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos estabeleceu, por meio da Resolução nº 4/2006 a obrigatoriedade de as empresas distribuidoras e produtoras de medicamentos aplicarem o Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) quando venderem determinados fármacos para entes da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A lista dos medicamentos sujeitos ao desconto obrigatório, que é definida mediante comunicado da Secretaria-Executiva da

CMED, atualmente contém 219 apresentações. Cabe destacar que nas aquisições realizadas a partir de demandas judiciais, o CAP é aplicado para qualquer medicamento (devendo o poder público comprovar formalmente a existência da ação judicial, por ser essa a condição para que faça jus ao desconto).

Em conformidade com os normativos da CMED, foi estabelecido o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é obtido a partir da incidência do CAP sobre o Preço Fábrica dos medicamentos. Dito de outra forma, foi definido um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado pelas distribuidoras e laboratórios quando suas vendas tiverem como destinatária a Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Independentemente da incidência ou não do CAP, deve ser observado se o medicamento foi isentado do pagamento do ICMS pelo Conselho Nacional de Política Fazendária, nos termos dos Convênios Confaz 87/2002 e 54/2009. As tabelas CMED mais recentes, que constam do site da Anvisa, indicam sobre quais medicamentos nelas relacionados incide o ICMS e CAP.

Quando o valor de um remédio não está limitado ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), seu custo em caso de venda à Administração Pública deve ter como limite máximo o Preço Fábrica, que é definido anualmente pela CMED/Anvisa/MS para vigorar de 1º de abril de determinado exercício até 31 de março do exercício subsequente. Esse entendimento consta da Orientação Interpretativa Anvisa 2, de 13/11/2006, cujo teor foi ratificado pelo Tribunal de Contas da União, mediante o Acórdão 1.437/2007 - Plenário.

Para aferir o preço máximo aceito pelo governo na aquisição de um determinado medicamento também são utilizados os registros no Banco de Preços em Saúde (BPS). Esse banco é um sistema informatizado que registra, armazena e disponibiliza, por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde que foram adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições adquirentes e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens. Deve ser registrado que o TCU já expediu determinações ao Ministério da Saúde com o intuito de fortalecer o Banco de Preços em Saúde como instrumento de transparência e referência de preços dos medicamentos adquiridos pela Administração Pública.

Para a realização dessa auditoria, formularam-se questões sobre os seguintes pontos:

- a) observância dos preços de referência oficiais, constantes da Tabela da CMED e do Banco de Preços em Saúde (BPS);
- b) aspectos relacionados a possíveis restrições à competitividade nos processos licitatórios;
- c) amparo normativo das dispensas de licitação;
- d) execução contratual das aquisições;
- e) conformidade dos respectivos registros públicos.

Os resultados dessa fiscalização demonstraram que alguns medicamentos foram adquiridos por valores superiores aos preços máximos fixados pela CMED, devido à inadequação dos procedimentos e critérios estabelecidos para a pesquisa de preços de medicamentos. Foi constatado o descumprimento dos parâmetros do Preço de Fábrica, do Preço Máximo de Vendas ao Governo, para os medicamentos sujeitos ao Coeficiente de Adequação de Preços, e do Desconto do ICMS, para os fármacos contemplados no Convênio Confaz 87/2002. Isso gerou prejuízos para os cofres públicos e ensejou o enriquecimento ilícito

das empresas contratadas para fornecer os produtos. Também foi constatada a existência de irregularidades nos processos de aquisição e pagamento que tiveram entre seus objetos medicamentos isentos de ICMS.

A análise da desoneração do ICMS na nota fiscal foi um importante foco do trabalho realizado pelo TCU, uma vez que a isenção desse tributo, que está prevista nos Convênios Confaz 87/2002 e 26/2003, foi desconsiderada em aquisições efetuadas pelo Distrito Federal, conforme verificado em levantamento de auditoria²⁷ anteriormente realizado no DF. O principal achado em relação a essa matéria refere-se à simulação de desoneração do ICMS por parte de empresas licitantes, por meio da apresentação de proposta de preços com o valor do imposto já incorporado na respectiva composição. Posteriormente, quando da emissão de nota fiscal, a empresa identifica a proposta como sendo valor líquido e aplica pela segunda vez a alíquota, desonerando na nota fiscal, para concluir a simulação do procedimento de isenção determinado na norma legal.

Foi detectada também a omissão dos editais quanto à obrigatoriedade de isenção do ICMS nos casos aplicáveis. Isso dificulta a verificação do cumprimento da norma e afeta a possibilidade de comparar os preços das propostas entre si e com os referenciais de preços máximos a serem praticados nas vendas para o governo. Nesse contexto, verificou-se a potencial quebra de isonomia no julgamento de certames licitatórios e aquisições em valores superiores aos limites fixados pela Lei 10.742/2003, pelo Decreto 4.766/2003, pelas Resoluções CMED 2/2004 e 4/2006 e pelo Acórdão 1.437/2007-Plenário.

A referida auditoria também buscou verificar se a Secretaria da Saúde do Distrito Federal estava inserindo no Banco de Preços em Saúde (BPS) as informações sobre as compras de medicamentos, conforme havia sido determinado no Acórdão 1.457/2009-2ª Câmara.

O BPS vem adquirindo confiabilidade e importância como instrumento para estimar os preços de medicamentos adquiridos pela administração pública. Nesse contexto, a inclusão pelos entes contratantes de dados corretos na citada base é fundamental para o desenvolvimento e a fidedignidade dessa ferramenta.

Cabe frisar que o sucesso da iniciativa ensejou a adoção do Banco de Preços em Saúde como modelo para instrumentos similares nos países da Mercosul, na Bolívia, no Chile, no Caribe, no México, no Panamá e na República Dominicana (nesses três últimos países, como referência de preços de medicamentos para o combate à Aids). Entretanto, observou-se a ausência de registro no Banco de Preços em Saúde (BPS) das aquisições de medicamentos não realizadas por meio do sistema Comprasnet.

A fiscalização em tela também produziu os seguintes achados:

- a) exigências e práticas restritivas ao caráter competitivo de certames licitatórios realizados para adquirir medicamentos, as quais acarretaram a efetivação de compras antieconômicas para a administração;
- b) compra de medicamentos por valores superiores ao ofertado pela licitante vencedora na fase de lances;
- c) aquisições de quantitativos superiores aos limites máximos estipulados nos respectivos editais ou atas de registro de preços;
- d) ausência dos pressupostos fáticos e jurídicos necessários para justificar a aquisição de medicamentos por meio de contratação direta;
- e) nota fiscal com CNPJ diverso do constante na proposta da empresa e nos documentos orçamentários e financeiros emitidos;
- f) não aplicação de multa por atrasos na entrega de medicamentos pelas contratadas.

Nos processos fiscalizados, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) adotou procedimentos incompatíveis com o ordenamento jurídico vigente, em especial no tocante à verificação da razoabilidade e economicidade das propostas. Além disso, foram detectadas algumas práticas restritivas à competitividade, tais como, exigências indevidas de documentação na fase de habilitação, inabilitação de licitantes sem justificativa comprovada nos autos e reestimativa de preços após a apresentação das propostas. Nesse contexto, a legalidade dessas contratações foi afetada, restou facilitada a ocorrência de potenciais conluíus nas licitações e na fixação do valor das contratações.

Observou-se que as dispensas de licitação constituíram uma prática cotidiana e institucionalizada no âmbito da SES/DF, não obstante existirem diversos relatórios de auditoria solicitando providências para eliminar as causas dessas dispensas.

O volume de recursos federais fiscalizados alcançou o montante de R\$ 761.463.221,32, o que demonstra a materialidade desses valores. Em decorrência dos achados dessa auditoria, o Tribunal determinou a audiência dos gestores responsáveis por irregularidades e falhas, a adoção de providências por parte do Fundo Nacional de Saúde para recuperar os valores considerados irregulares ou instaurar as competentes tomadas de contas especiais e a implementação de medidas corretivas pela SES-DF.

A unidade técnica estimou que os principais benefícios potenciais dessa fiscalização são a expectativa de melhora dos processos internos relacionados à aquisição de medicamentos e a recuperação de valores pagos indevidamente a fornecedores e distribuidores de medicamentos. O valor dos benefícios para o Erário foi estimado em R\$ 56.125.232,51.

Auditoria de conformidade sobre pagamentos efetuados sem efetiva desoneração de ICMS em Goiás

O problema da não desoneração do ICMS também foi relatado no Estado de Goiás. No segundo semestre de 2012, a Secretaria de Controle Externo do TCU naquele Estado (Secex/GO) concluiu a análise e a instrução de mérito de várias Tomadas de Contas Especiais (TCE), que tratavam de débitos verificados em compras de medicamentos de alto custo que utilizaram recursos federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Note-se que as respectivas licitações foram realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

Visando esclarecer essa situação, foi realizada auditoria de conformidade²⁸, que demonstrou a não desoneração do ICMS e a consequente inobservância dos editais das licitações quando do faturamento dos medicamentos. Também não foi observado o disposto no Convênio ICMS nº 87/2002-Confaz, que conferiu, nas aquisições efetuadas pela administração pública, isenção do referido tributo a diversos medicamentos de alto custo. Em suma, os editais das licitações levadas a efeito pela SES/GO rezavam que os preços ofertados deveriam incluir todos os impostos, inclusive o ICMS. Posteriormente, a empresa contratada deveria faturar pelo preço apresentado na licitação e demonstrar no documento fiscal a desoneração referente à isenção do imposto.

Diferentemente do exigido nos editais e contratos, as empresas, ao faturarem os medicamentos, elevavam o valor apresentado na licitação na proporção da alíquota do ICMS e, no documento fiscal, retiravam tal imposto. Essa prática caracterizou, na verdade, uma simulação da desoneração, pois o valor referente à isenção do imposto continuava a constar dos preços, o que fazia com que a isenção não gerasse preços mais baixos para a administração pública.

A título de exemplo, pode-se considerar uma situação hipotética: um medicamento adjudicado pelo preço de R\$ 100,00, deveria ser objeto de desoneração do ICMS em 17%

quando do faturamento, o que faria com que o valor a ser pago pela administração fosse de R\$ 83,00. Ocorre que as empresas aumentavam no documento fiscal esse valor ofertado de R\$ 100,00 para R\$ 120,48. Assim, ao “desonerarem” o valor equivalente aos 17% de ICMS o preço a ser pago pelo Poder Público continuava R\$ 100,00.

Diante de tal constatação e devido à grande quantidade de contratos, medicamentos e responsáveis, foi instaurada uma TCE para cada licitação realizada na modalidade pregão, como forma de obter maior eficiência processual. Assim sendo, foram autuadas 33 TCE, com débito aproximado de R\$ 36 milhões.

Deve ser ressaltado que cópias desses processos foram encaminhadas aos Ministérios Públicos Estadual e Federal, o que deu origem à operação “tarja preta”, no âmbito da qual doze prefeitos do Estado de Goiás foram detidos devido a suspeitas de fraude em aquisições de medicamentos.

Auditoria de conformidade no Programa de Medicamentos Excepcionais, entre 2007 e 2011, no estado da Paraíba.

A Secretaria de Controle Externo do TCU no Estado da Paraíba (Secex-PB) realizou auditoria de conformidade²⁹ na Secretaria de Saúde daquele Estado (SES/PB), com o objetivo de verificar a regularidade da aplicação dos recursos federais repassados ao ente federativo no âmbito do Programa de Medicamentos Excepcionais, entre 2007 e 2011, relativamente aos seguintes aspectos:

- a) isenção fiscal relativa ao ICMS prevista para a aquisição dos mencionados bens;
- b) forma de escolha e efetiva contratação dos respectivos fornecedores;
- c) preços de aquisição;
- d) registros e controles de estoques;
- e) distribuição desses medicamentos à população.

Entre os principais achados dessa auditoria podem ser citados:

- a) aquisição de medicamentos excepcionais por preços acima do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), o que contraria o disposto no art. 28 da Portaria nº 2.577/2006 e no art. 48 da Portaria nº 2.981/2009, ambas do Ministério da Saúde;
- b) não observância da isenção do ICMS quando da licitação e contratação do fornecimento de medicamentos excepcionais, o que viola o disposto no Convênio CONFAZ nº 87/2002;
- c) justificativa ou fundamentação legal insuficientes para dispensas ou inexigibilidade de licitações para adquirir medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica;
- d) ausência ou precariedade do registro e do controle de estoque da SES/PB;
- e) perda de medicamentos do setor de estoque da SES/PB, por desaparecimento ou expiração de validade, sem adoção de providências para apurar os fatos;
- f) empréstimos e doações de medicamentos excepcionais a outros órgãos ou entidades sem respaldo legal nem processo administrativo;
- g) inexistência de mecanismos externos implementados pelos gestores da SES/PB para fiscalizar a atuação do setor responsável pelo registro e controle do estoque de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- h) ausência de planejamento das aquisições de medicamentos do CEAF, o que acarretava descontinuidade na dispensação de fármacos.

Deve ser registrado que a Secretaria de Controle Externo do TCU no Estado de Sergipe (Secex-SE) também realizou auditoria com o mesmo objetivo. Diante de indícios de que a Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SES/SE) adquiriu medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica por preços acima do PMVG, não observou a isenção de ICMS quando da licitação e contratação do fornecimento desses medicamentos e também não aplicou o redutor CAP, o processo foi convertido em Tomada de Contas Especial³⁰, ainda não apreciado definitivamente pelo TCU.

No Estado do Mato Grosso, a Secex-MT realizou auditoria³¹ e verificou o vencimento do prazo de validade de medicamentos de alto custo adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/MT) com recursos federais. Entre as causas das perdas desses medicamentos podem ser citados:

- a) mau gerenciamento dos estoques;
- b) compras desnecessárias;
- c) recebimento de fármacos com prazos de validade bastante curtos;
- d) sistemática de distribuição que não observa as regras de armazenagem.

As perdas de medicamentos identificadas entre novembro/2012 e abril/2013 alcançaram R\$ 646.652,48, sendo R\$ 434.107,33 de medicamentos enviados pelo Ministério da Saúde e R\$ 212.545,15 de medicamentos adquiridos pelo Estado do Mato Grosso com recursos federais.

Em atuação específica no município de Várzea Grande/MT³², a Secex-MT identificou irregularidades no processo de aquisição de medicamentos pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde, tais como:

- a) ausência de aposição de data na liquidação das notas fiscais;
- b) falta de exigência de um prazo de validade adequado para os medicamentos adquiridos;
- c) ausência de isenção de ICMS e de aplicação do CAP;
- d) problemas diversos nos processos licitatórios;
- e) falta de alimentação do Banco de Preços em Saúde;
- f) preços praticados pela administração acima do referencial CMED e do padrão de compra da administração pública registrado no BPS.

Considerando a relevância dessas irregularidades, o TCU determinou a adoção de medidas corretivas.

Auditoria de conformidade sobre aquisição de medicamentos por meio de emenda parlamentar

A Secex-PR realizou auditoria³³ nos municípios de Engenheiro Beltrão, Imbituva, Nova Laranjeiras, Nova Prata do Iguaçu e Vitorino, com o objetivo de avaliar a regularidade da aplicação dos recursos da Política de Assistência Farmacêutica, que foram descentralizados por meio de convênios firmados pelo Ministério da Saúde.

Além dos recursos disponibilizados regularmente pelos entes financiadores, os municípios auditados também haviam sido beneficiados por emendas parlamentares para adquirir medicamentos utilizados na assistência farmacêutica básica, cujos recursos foram transferidos por meio de convênios.

A referida auditoria verificou a ocorrência de aquisições de medicamentos em quantidades muito superiores à demanda dos municípios, irregularidades na execução das li-

citações, pagamentos antecipados, emissão de notas fiscais em desacordo com as normas e desvios de recursos realizados por meio de pagamento de medicamentos não entregues pelas empresas contratadas.

Também foi constatado que os convênios firmados a partir da liberação dos recursos das emendas parlamentares alteraram significativamente os valores disponíveis para a política de assistência farmacêutica dos municípios auditados, principalmente para aqueles de menor população, cujo incremento chegou a cerca de oito vezes o valor original do programa, como no caso de Vitorino, no qual o recurso *per capita* disponibilizado aumentou dos R\$ 8,82/habitante habituais para R\$ 58,27/habitante.

A gravidade dos achados resultou na instauração de diversas tomadas de contas especiais, além de alertas ao Ministério da Saúde, à Anvisa e aos municípios auditados.

O principal resultado deste trabalho foi a revogação, pelo Ministério da Saúde, da sistemática de liberação de emendas parlamentares para compra de medicamentos, em razão da distorção causada no próprio Programa de Assistência Farmacêutica daquele Ministério.

Ainda como resultado dessa fiscalização, foi realizada parceria com o Núcleo Estadual de Saúde do Paraná, para buscar a devolução integral dos recursos de dezessete convênios (R\$ 2.260.000,00) e a instauração de processos de tomada de contas especial para 28 convênios (R\$ 3.300.000,00). Por meio da Advocacia Geral União, foi realizado o bloqueio cautelar dos bens dos gestores municipais e das empresas distribuidoras de medicamentos envolvidos nessas irregularidades.

A Secex (SP) também realizou auditoria³⁴ com o objetivo de verificar a regularidade na execução de convênios firmados com o Ministério da Saúde, no exercício de 2010, para adquirir medicamentos para a assistência farmacêutica básica nos municípios de Bálamo, Cândido Rodrigues, Monte Alegre do Sul e Tuiuti, todos localizados no Estado de São Paulo.

Quando do julgamento dessa auditoria, o TCU expediu recomendações, em atenção ao princípio da eficiência, para que os municípios, entre outras medidas, elaborassem uma metodologia para programar a aquisição dos medicamentos. Nessa metodologia, devem ser considerados o perfil epidemiológico local, as doenças prevalentes, o consumo da população, informações referentes a sazonalidades, os estoques mínimos e máximos, o tempo de reposição e as demandas não atendidas. Por fim, devem ser aperfeiçoados os editais de licitação para a aquisição de medicamentos, inclusive no que concerne aos requisitos relacionados aos aspectos qualitativos e à verificação da legislação sanitária.

Auditoria de conformidade sobre os procedimentos licitatórios para aquisição de insumos hospitalares, no período de 2004 a 2008, em certos hospitais de São Paulo, após a Operação Parasitas

O Congresso Nacional solicitou ao TCU que apurasse denúncia então sob investigação do Ministério Público Estadual, na denominada “Operação Parasitas”. Em atendimento a essa demanda, a Secex (SP) realizou auditoria³⁵ com o fito de avaliar a legalidade dos procedimentos licitatórios realizados visando adquirir insumos hospitalares, no período de 2004 a 2008. Os referidos certames, que envolveram recursos federais, deveriam atender às necessidades dos Hospitais Estaduais Ipiranga e Pérola Byington (Centro de Referência da Saúde da Mulher) e Municipal Cármino Caricchio (Tatuapé), além do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE).

No âmbito dessa auditoria, foram realizadas análise documental, entrevistas com integrantes das áreas envolvidas e coleta de preços de aquisições de medicamentos e insumos hospitalares em bancos de dados de compras da Administração Pública.

A maior parte dos recursos fiscalizados foi registrada na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP. Também se verificou que parte dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, na modalidade fundo a fundo, foi repassada à autarquia hospitalar municipal, para que ela promovesse, dentro de suas competências e na condição de ente dotado de autonomia financeira e administrativa, as ações necessárias ao suprimento de medicamentos para as unidades hospitalares.

A referida auditoria constatou que as pesquisas de mercado realizadas pelas Secretarias de Saúde estadual e municipal apresentavam deficiências, tais como ausência de pesquisa de preços ou cotação de um único fornecedor, o que contrariava o princípio essencial das licitações de selecionar a oferta mais vantajosa à administração e facilitava a prática de ato antieconômico, caracterizado pelo sobrepreço em aquisições da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo - SES/SP e da SMS/SP.

Nesse contexto, observou-se que as falhas na definição da aceitabilidade dos preços eram comuns. Foram identificadas, ainda, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, falhas concernentes aos processos de pagamentos (notas fiscais sem identificação de marca ou procedência e atrasos nas entregas sem a necessária aplicação das penalidades previstas) e inconsistências nos registros dos valores repassados pela SMS/SP a sua autarquia.

Diante disso, o TCU determinou a adoção de medidas corretivas. A Secex-SP já realizou o monitoramento dessas medidas, que ainda não foi apreciado pelo TCU.

Segunda Porta do SUS

O tema da realização de atendimentos privados em hospitais de natureza pública, também conhecido como “Dupla Porta do SUS”, há muito vem sendo debatido nos meios de comunicação social, na Academia, em instâncias deliberativas e no Poder Judiciário. Nesses debates, verifica-se a existência de manifestações contrárias e de defensores desse modelo de gestão.

Os defensores do modelo, representados principalmente por administradores das instituições hospitalares que têm adotado a gestão de atendimentos privados, alegam a necessidade de obter recursos adicionais para complementar o financiamento das instituições, realizar os investimentos necessários para atualizar e manter a capacidade instalada, financiar projetos de pesquisa e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais. Assim, o financiamento público supostamente insuficiente para os serviços de saúde justificaria a busca por recursos complementares fora do Sistema e dos orçamentos públicos (RODRIGUES, 2003).

Por outro lado, aqueles contrários a esse tipo de gestão argumentam ser impossível a existência de um serviço assistencial privado em um hospital de natureza pública, mantido principalmente por meio de recursos públicos, os quais são utilizados para fazer frente ao seu custeio geral, ao pagamento de pessoal e aos investimentos (BAHIA, 2011). Além disso, a implantação desse modelo originaria outra porta de acesso para os serviços prestados pelo hospital, com maior rapidez no atendimento e o oferecimento de condições diferenciadas de acomodação. Essa dupla porta de entrada iria de encontro ao acesso igualitário ao SUS, garantido no art. 196 da Constituição Federal e no § 1º do art. 2º da Lei 8.080/1990. Adicionalmente, o estabelecimento de condições diferenciadas de atendimento também seria contrário ao princípio constitucional da impessoalidade, que rege a Administração Pública (TEIXEIRA e PATRÍCIO, 2010).

Outro argumento contrário é que não seria cabível reduzir a capacidade operacional hospitalar disponível para os pacientes do SUS, diante da crescente demanda por serviços hospitalares públicos e da reduzida estrutura atual desses serviços. Nesse sentido, cabe destacar que, em 2005, no Brasil, o número de leitos disponíveis para os usuários do SUS era de 1,8 para cada mil habitantes, enquanto que, para os pacientes da rede privada, essa relação era de 2,9 para cada mil beneficiários. Da mesma forma, a rede de atendimento privada, em comparação com a rede do SUS, dispunha de sete vezes mais aparelhos de ressonância magnética, cinco vezes mais mamógrafos, quatro vezes mais litotripsores e tomógrafos computadorizados e duas vezes mais aparelhos de radioterapia e medicina nuclear (SANTOS, UGÁ e PORTO, 2008).

Os argumentos contrários a esse modelo de gestão têm sensibilizado o Ministério Público, que tem ajuizado diversas ações civis. Também tem ocorrido manifestações contrárias de entidades representativas, como o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e o Conselho Nacional de Saúde.

Importa destacar a inexistência de normas gerais que autorizem a prestação adicional de serviços privados no âmbito dos hospitais de natureza pública, como forma de arrecadação direta de recursos, seja por meio de contratos com operadoras de planos de saúde, seja pelo pagamento direto por pacientes particulares. Assim sendo, deve ser aplicado o Princípio da Legalidade, que restringe a atuação dos gestores públicos apenas ao que a lei permite, ao contrário do que ocorre em relação ao setor privado. Além disso, princípios constitucionais impõem aos gestores a supremacia do interesse público no direcionamento da Administração, de forma que os serviços públicos oferecidos devem atender estritamente a sua finalidade.

Cumpra esclarecer que a oferta de serviços privados de forma sistemática em hospitais de natureza pública não se confunde com os atendimentos pelo SUS de pacientes que eventualmente possuam planos privados de saúde, uma vez que esses atendimentos encontram fulcro no princípio da universalidade desse sistema. Consoante exposto anteriormente, o atendimento de pacientes de planos de saúde privados em hospitais do SUS acarreta para as operadoras dos planos de saúde o dever de ressarcir ao Fundo Nacional de Saúde o valor das despesas relativas aos serviços de saúde prestados aos respectivos contratados, de acordo com o disposto no art. 32 da Lei 9.656/1998. Note-se que os valores arrecadados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), relativos ao ressarcimento ao SUS em tela, são transferidos para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), não para as instituições que prestaram os atendimentos.

Algumas normas específicas têm sido editadas, com o fito de regulamentar casos especiais. Assim, por exemplo, portarias conjuntas dos Ministérios da Saúde e da Educação têm incentivado os hospitais de ensino a atenderem apenas pacientes do SUS, colocando essa conduta como uma condição para o recebimento de incrementos financeiros. Nesse sentido, a Portaria Interministerial MS-MEC 2.400/2007, que estabeleceu os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino, determina no seu art. 7º, inc. XII, alínea “a”, que os hospitais públicos devem assumir o compromisso de dedicar a totalidade dos seus leitos ativos e procedimentos praticados ao SUS, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS.

Ressalta-se que, apesar de falar em equilíbrio econômico-financeiro, a mencionada portaria não define em que medida esse equilíbrio acontecerá. Ademais, a garantia da preservação desse equilíbrio somente poderá ocorrer quando houver o conhecimento da necessidade de financiamento de uma instituição, o que exige a realização prévia de um estudo aprofundado.

A unidade técnica aduziu que o Decreto 7.082/2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e sua portaria regulamentadora (Portaria Interministerial MEC-MS-MP nº 883/2010) também estabeleceram que os hospitais universitários federais integrantes desse programa têm como objetivo, no campo da assistência à saúde, garantir a oferta da totalidade da capacidade instalada para o SUS.

Cumprir reiterar que os normativos gerais atualmente existentes não regulamentam esse tipo de gestão de forma suficiente. Assim, apesar das normas específicas existentes, que podem servir de base para a discussão desse tema, faltam normas estabelecendo um modelo de gestão mista em hospitais de natureza pública onde ocorram atendimentos privados. Tais normas devem regulamentar a prática de atendimentos privados nessas instituições, estabelecer os devidos limites e impor regras de organização e controle.

Diante desse cenário, o TCU realizou, por Solicitação do Congresso Nacional, levantamento³⁶ para avaliar a prestação, no âmbito do SUS, de serviços a particulares e usuários de planos de saúde de forma diferenciada. Concluído esse levantamento, foi promovida uma auditoria³⁷ para verificar se a prestação de atendimentos privados em hospitais de natureza pública resultava na ocorrência de nível diferenciado de qualidade entre os atendimentos públicos e privados, a exemplo da concessão de facilidades ou preferências no agendamento de consultas. Também foi averiguado se haveria diferenças nas instalações, nos equipamentos e nos leitos alocados para cada um dos dois tipos de atendimento.

Foi identificada a prática sistemática da gestão de atendimentos privados nos Hospitais de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), São Paulo (HSP) e das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Essas instituições possuem personalidades jurídicas diferenciadas que permitiram o início da prática de atendimentos privados, mesmo antes da instituição do SUS, sob o argumento de que era necessário obter mais recursos para custear as despesas com manutenção, investimentos e atividades de ensino e pesquisa.

A equipe de auditoria relatou que as diferenças na qualidade das condições de hotelaria e de acesso dos pacientes eram inerentes ao modelo de gestão adotado nessas instituições, as quais possuíam enfermarias diferenciadas para acomodar os pacientes atendidos no regime privado, bem como disponibilizavam para esses pacientes quartos com menos leitos e itens de comodidade distintos.

Cumprir destacar que, além dos aspectos históricos relacionados à prática de atendimentos privados nas instituições auditadas, não existem estudos que avaliem o impacto da interrupção da arrecadação de receitas oriundas dos serviços privados de saúde. Diante disso, no bojo dessa auditoria, foi analisada a contribuição dos recursos advindos dos atendimentos privados. Foram observadas fragilidades nos controles contábeis existentes, ausência de transparência referente à aplicação dessas receitas e inadequação dos sistemas de contabilização de custos. Ademais, verificou-se a inexistência de estudos sobre as necessidades orçamentárias dessas instituições, de modo que, mesmo com o incremento dos recursos obtidos por elas nos últimos anos, não se pôde avaliar o impacto das receitas privadas para a manutenção de suas atividades.

Por fim, a equipe de auditoria avaliou os controles instituídos sobre a prática desses serviços. Foram apontadas fragilidades nos controles existentes e falhas nos mecanismos de transparência, ambos necessários para estabelecer limites de produção e definir regras para a atuação dos profissionais envolvidos.

Essa auditoria não havia sido ainda apreciada pelo Tribunal quando da elaboração deste relatório.

Terceirização de ações e serviços públicos de saúde

A terceirização de ações e serviços públicos de saúde é uma medida amplamente adotada pelos entes estaduais e municipais. Cada vez mais, hospitais públicos, unidades básicas de saúde, centrais de diagnóstico, equipes da Saúde da Família, entre outros serviços, têm seu gerenciamento transferido para entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público ou mediante Parcerias Público-Privadas. Isso não significa que o País caminha rumo ao Estado Mínimo ou que os agentes privados irão substituir as instituições públicas. O Estado continua sendo responsável pela garantia da prestação de tais serviços, sempre visando que os cidadãos tenham seus direitos atendidos com qualidade e eficiência.

Os defensores desse modelo afirmam que os serviços prestados por tais entidades são mais flexíveis e eficientes. Por outro lado, os críticos da terceirização alegam que essas medidas seriam inconstitucionais e não observariam os princípios do SUS.

Desde a sua normatização em 1998, o modelo das organizações sociais tem sido alvo de controvérsias ideológicas, jurídicas e técnicas. Além de a constitucionalidade desse modelo ter sido questionada, alguns de seus pontos específicos receberam diferentes interpretações, a saber:

- a) natureza jurídica do contrato de gestão;
- b) participação complementar da iniciativa privada no SUS;
- c) se haveria terceirização de atividades finalísticas;
- d) discricionariedade na qualificação das organizações sociais;
- e) se haveria necessidade de licitar para escolher a organização social que celebraria o contrato de gestão;
- f) se tais entidades deveriam realizar concurso público e processo licitatório.

O Ministério da Saúde regulou a relação do SUS com os prestadores de serviços de saúde privados por meio da Portaria MS/GM nº 1.034/2010. Naquela oportunidade, foi definido que os entes públicos poderiam complementar a oferta por meio da utilização de serviços privados de assistência à saúde, desde que fossem previamente comprovadas a necessidade de complementar os serviços públicos de saúde e a impossibilidade de ampliar esses serviços.

Nesse contexto, o TCU realizou auditoria³⁸ para examinar em que medida os entes governamentais estavam exercendo suas funções de supervisão de forma efetiva. Não obstante a contratação de tais entidades haver sido realizada nos âmbitos estadual e municipal, sendo portanto de responsabilidade do gestor local, a competência do Tribunal para fiscalizar esses ajustes fundou-se na utilização de recursos federais para pagar os serviços de saúde prestados pelos agentes privados.

Deve ser ressaltado que a fiscalização realizada pelo TCU não entrou no mérito da constitucionalidade da terceirização, a qual é objeto de ADIN 1.923 que ora tramita no Supremo Tribunal Federal.

Foram fiscalizadas as Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia, da Paraíba e de São Paulo e as Secretarias de Saúde dos Municípios de Araucária, Curitiba, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

A auditoria analisou o processo decisório acerca da terceirização, se foram realizados estudos que demonstraram que a transferência do gerenciamento das unidades de saúde era

a melhor opção e se o controle social atuou. Nenhum dos entes fiscalizados demonstrou a existência de tais estudos ou apresentou critérios técnicos e objetivos que comprovassem que a gestão terceirizada traria melhores resultados.

Esses estudos também seriam importantes para subsidiar o cálculo dos custos necessários para executar o contrato e, por extensão, do valor que seria transferido para as organizações sociais. Além disso, com base nesses estudos deveriam ter sido formuladas as metas e os indicadores que iriam fundamentar a avaliação dos resultados alcançados. Porém, muitos entes públicos apenas utilizaram séries históricas da performance do próprio hospital terceirizado, sem considerar possíveis ganhos de eficiência nem as peculiaridades de um modelo de gestão significativamente diferente.

A qualificação e a seleção das organizações sociais devem ser realizadas a partir de critérios objetivos, buscando definir as entidades mais aptas a gerirem os serviços de saúde. Apesar de não ser exigida a realização de procedimento licitatório, faz-se necessário um chamamento público que promova a igualdade entre os postulantes e a transparência das decisões para a sociedade. Embora os entes fiscalizados realizassem tal procedimento, observou-se que, em muitos casos, ele carecia de objetividade, sendo qualificadas e selecionadas entidades a partir de critérios subjetivos. Por fim, cabe destacar que, em diversos chamamentos, houve a participação de apenas uma organização social.

Cabe abordar ainda a qualidade e a adequação das metas e dos indicadores estabelecidos nos contratos de gestão, que são essenciais para avaliar a atuação das organizações sociais pelas autoridades públicas. A unidade técnica apontou que, em muitos casos, os indicadores não possuíam os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação. Além disso, foram identificados contratos cujos indicadores não abrangiam todas as dimensões necessárias para permitir uma visão ampla do desempenho dos agentes privados.

O TCU também identificou algumas irregularidades, tais como:

- a) terceirização da regulação do acesso aos serviços de saúde no Estado de São Paulo, que é uma atividade exclusiva do poder público;
- b) alguns entes federados não celebraram contratos de gestão com organizações sociais, mas firmaram contratos administrativos com empresas privadas para gerenciar unidades públicas de saúde, o que carece de fundamentação legal;
- c) na Paraíba, uma parte dos recursos que deveriam ter sido aplicados em ações e serviços de saúde foram desviados para financiar o fundo estadual de apoio ao empreendedorismo;
- d) o controle exercido por alguns entes era falho, as equipes encarregadas desse controle eram reduzidas e seus membros não possuíam a qualificação necessária;
- e) as prestações de contas não eram submetidas a um exame adequado e tempestivo, o que facilitava o desvio de recursos públicos;
- f) os resultados alcançados eram verificados de forma superficial, inclusive devido às falhas nas metas e nos indicadores;
- g) os conselhos de saúde eram ignorados em diversos entes fiscalizados.

Verificou-se que, nos últimos quinze anos, estados e municípios vêm intensificando a transferência para organizações sociais do gerenciamento de hospitais, unidades básicas de saúde e centros de diagnósticos. Tem ocorrido a cessão de edifícios, mobiliário, equipamento e servidores públicos, mediante a celebração de contratos de gestão, visando conferir maior flexibilidade e eficiência a esses serviços. Nesse contexto, em alguns entes da Federação, as orga-

nizações sociais já respondiam por uma parcela importante da prestação de serviços de saúde, chegando a atuar na oferta desses serviços de forma preponderante, não mais complementar.

Contudo, muitos entes federados não se prepararam adequadamente para assumir as novas atribuições e realizaram as transferências sem deter as condições necessárias para supervisionar de forma adequada os contratos de gestão.

Dessa forma, há necessidade de mudar a forma de atuação da administração pública, que deixa o papel de principal executora para se concentrar nas funções de planejamento, desenho da política, regulação, controle e avaliação. Caso os estados e municípios transfiram o gerenciamento das unidades públicas de saúde para entidades privadas sem estarem devidamente preparados para supervisionar a execução dos contratos de gestão, haverá graves riscos de piora na qualidade dos serviços e de desvios e desperdício de recursos públicos.

As determinações e recomendações exaradas pelo TCU no Acórdão nº 3.239/2013 - Plenário buscam aprimorar a atuação da administração pública no processo de contratação de organizações sociais. Com esse desiderato, devem ser utilizados critérios técnicos e objetivos ao longo das diferentes etapas dessa contratação e deve-se buscar a ampliação do controle social no planejamento e na fiscalização das contratações em tela.

Assim sendo, foi fixado prazo para que o Ministério da Saúde elabore normativo para regulamentar a participação de organizações sociais no SUS, em especial, no que concerne à transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde para essas organizações. Além disso, aquele Ministério deve orientar os gestores federais, estaduais e municipais acerca dos entendimentos da Corte de Contas no sentido de que:

- a) é responsabilidade do Poder Público garantir que os serviços terceirizados sejam prestados na quantidade e qualidade apropriados;
- b) deve ser realizado estudo prévio detalhado que fundamente a transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais. Deve ser demonstrado que essa é a melhor opção para a Administração Pública.

O Tribunal se manifestou ainda no sentido de que:

- a) a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais deve ocorrer por meio de processo objetivo;
- b) os critérios para a concessão ou recusa do título devem ser demonstrados nos autos do respectivo processo administrativo;
- c) a escolha dessas entidades, sempre que for possível, deve se dar por meio de chamamento público.

Ressalta-se, ainda, o entendimento do TCU de que os Conselhos de Saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da análise da prestação de contas das organizações sociais. A par disso, os contratos de gestão devem prever metas e indicadores de qualidade e produtividade, com os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados. Finalmente, o Tribunal considerou que a avaliação dos resultados atingidos deve ser feita por uma comissão formada por especialistas da área correspondente.

Falta de tempestividade na aplicação de recursos da saúde em municípios do estado do Rio Grande do Sul - RS

Desde a sua criação, o SUS vem passando por importantes mudanças, em especial em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios. Além da regulamentação do financiamento do Sistema Único de Saúde pelas três esferas de governo, a consolidação do SUS passa pelo fortalecimento da gestão municipalizada, que constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Note-se que esse fortalecimento depende do adequado planejamento das ações de saúde.

Tendo em vista que um levantamento anterior identificou elevados saldos financeiros, sem aplicação, em determinados Blocos de Financiamento Federais concedidos para o Rio Grande do Sul, a Secretaria de Controle Externo do TCU naquele estado (Secex-RS) realizou, em 2013, auditoria³⁹ com o objetivo de avaliar a tempestividade na aplicação dos recursos federais do SUS transferidos aos municípios do Rio Grande do Sul, bem como a consistência das informações lançadas nos sistemas de apoio ao acompanhamento e controle da gestão e da execução financeira desses recursos.

A partir de informações extraídas dos sistemas de controle e gestão do SUS, foram identificadas as ações em saúde que possuíam saldo financeiro elevado quando comparado com o volume de recursos recebidos no exercício de 2012. A partir dessa seleção, foram solicitados esclarecimentos a 52 municípios gaúchos.

A auditoria identificou a existência de volume significativo de recursos federais destinados à saúde que não tinham sido aplicados de maneira tempestiva. Apenas nos 52 entes selecionados, estimou-se que R\$ 89 milhões poderiam ter sido aplicados em benefício da população de forma mais célere.

Verificou-se, ainda, que algumas ações específicas têm recebido menor prioridade no que diz respeito à utilização de recursos financeiros pelos gestores municipais, tais como PAB-Fixo, Farmácia Básica Fixa, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Teto Financeiro do Bloco da Vigilância Sanitária, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Educação em Saúde e Incentivo ao Programa DST/AIDS.

No que se refere à Atenção Básica, constatou-se a existência de saldos remanescentes, em 31/12/2012, no montante de R\$ 47 milhões nos municípios analisados (recursos do PAB-Fixo, Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde). Ressalte-se que a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS, onde deve ser resolvida a maior parte dos problemas de saúde da população. A adequada estruturação da rede de Atenção Básica e a resolutividade do atendimento prestado por essa rede melhoram as condições de saúde dos pacientes, diminuem os custos de tratamento e minimizam a procura pelas emergências dos hospitais. Dessa forma, a não aplicação de recursos financeiros significativos que foram disponibilizados visando melhorar a Atenção Básica agrava a reconhecida carência de serviços oferecidos à população.

A Vigilância em Saúde, por sua vez, constitui um processo contínuo e sistemático que visa implementar medidas de saúde pública para proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, agravos e doenças e promover a saúde. Assim, a existência de recursos financeiros não utilizados nessa área representa a redução ou a não realização de ações e

programas, o que resulta na fragilização do caráter preventivo das ações de saúde financiadas pelo Governo Federal.

A unidade técnica destacou, no âmbito da Vigilância em Saúde, a existência de saldos de cerca de R\$ 11 milhões, ao final de 2012, relativos ao componente “Incentivo Programa DST/AIDS”, que se contrapõe ao fato de o Rio Grande do Sul ter apresentado a maior taxa de incidência de AIDS do Brasil, em 2010.

Os esclarecimentos prestados pelos municípios indicam que os recursos transferidos são, em muitos casos, suficientes para realizar as ações programadas. Assim sendo, avalia-se que a não aplicação desses recursos decorre de deficiências no planejamento e na execução das ações programadas na área da saúde e da inadequação do dimensionamento e da alocação dos recursos pelo Ministério da Saúde. Além disso, a auditoria identificou inconsistências nas informações registradas pelos municípios gaúchos nos sistemas de apoio ao controle e ao monitoramento da gestão do SUS.

Nesse contexto, o Tribunal recomendou ao Ministério da Saúde que utilizasse instrumentos de controle com vistas a identificar situações de não aplicação de recursos financeiros transferidos e que, em articulação com a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, orientasse os gestores municipais de saúde para buscar aperfeiçoar o planejamento e a execução das ações de saúde financiadas pela União, visando compatibilizar as necessidades da política de saúde e a oferta de serviços de saúde com as disponibilidades financeiras.

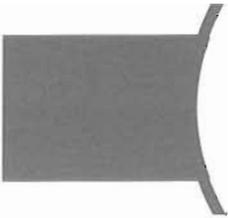
O Rio Grande do Sul é um dos estados que, nos últimos anos, deixou de aplicar o mínimo de 12% dos impostos estaduais em ações e serviços públicos de saúde estabelecida pela Lei Complementar 141/2012, conforme se observa a seguir:

Tabela 28: Aplicação do Mínimo em Saúde (% dos impostos estaduais) – Estados (2006-2012)

APLICAÇÃO DOS IMPOSTOS ESTADUAIS EM SAÚDE (%)							
Estado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AC	13,77	13,82	14,34	17,23	17,43	16,24	16,31
AL	12	12	12,2	12,12	12,34	11,93	NI
AP	12,93	13,74	13,91	12,03	12,03	12,99	12,54
AM	23,47	22,17	19,21	23,23	20,67	22,18	21
BA	12,17	12,63	12,77	13,89	13,67	13,44	12,19
CE	14,21	12,14	14,36	15,8	16,11	15,51	13,77
DF	16,56	20,25	17,49	14,38	13,37	16,04	15,5
ES	10,43	9,88	10,24	11,8	12,77	12,48	13,24
GO	12,9	12,3	12,87	13,13	12,16	14,62	12,12
MA	11,17	11,77	12,06	12,61	12,03	12,23	12,45
MT	11,07	11,9	11,24	11,66	12,28	12,07	12,67
MS	12,25	13,46	12,98	14,78	14,92	13,94	12,06
MG	13,2	13,3	12,19	14,67	13,3	12,29	12,03
PA	12,74	12,61	12,77	12,44	12,48	12,4	13,54

APLICAÇÃO DOS IMPOSTOS ESTADUAIS EM SAÚDE (%)							
Estado	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PB	12,91	12,72	12,49	16,03	13,73	12,03	13,45
PR	11,55	9,22	9,79	9,76	9,98	9,74	9,94
PE	13,24	14,11	14,8	15,81	17,64	15,73	15,74
PI	13,48	13,71	12,16	10,06	11,07	9,88	11,64
RJ	10,37	10,92	12,63	12,15	12,09	12,22	12,1
RN	14,43	17,53	16,52	16,34	15,28	15,57	14,15
RS	5,4	5,8	6,53	7,24	7,62	8,04	9,71
RR	12,1	12	12,78	12,58	14,71	12	12,13
RR	13,22	13,64	14,95	12,32	13,78	14,13	14,16
SC	13,09	13,35	12,47	12,14	12,04	12,09	12,14
SP	12,8	13,07	13,46	12,66	12,63	12,83	12,43
SE	11,11	12,44	12,7	12,65	13,02	12,69	12,77
TO	13,52	14,74	13,79	15,67	17,24	18,72	18,48

(Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentárias Públicos em Saúde - SIOPS)



Conclusão

A Constituição Federal estabeleceu a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a igualdade da assistência a todos, além de dispor que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera de governo.

O SUS tem o grande desafio de assegurar o cumprimento desses princípios constitucionais, dispondo de um orçamento limitado para fazer frente ao progressivo aumento da demanda por diagnósticos e tratamentos. Esse incremento na demanda decorre, fundamentalmente, do crescimento populacional, da transição epidemiológica, do aumento da longevidade e das inovações tecnológicas.

Os gastos totais com a Função Saúde aumentaram, em valores nominais, de R\$ 52,9 bilhões, em 2008, para R\$ 89,1 bilhões em 2012. Nesse mesmo período, a proporção dos gastos em saúde em relação ao PIB aumentou de 1,74% para 2,02%. Apesar do crescimento dessas despesas, discute-se um eventual subfinanciamento do setor de saúde, a partir da comparação desses gastos como aqueles realizados por países que possuem modelos públicos de atendimento universais.

Cabe registrar que, nos últimos cinco anos, deixaram de ser aplicados na Função Saúde R\$ 20,4 bilhões, em valores atualizados, em relação ao que fora previsto nos orçamentos da União, sendo R\$ 9,6 bilhões somente no exercício de 2012.

Diante disso, a unidade técnica concluiu que a União empenhou recursos suficientes para cumprir a regra de aplicação mínima de recursos no setor saúde. Todavia especial atenção deve ser dada aos valores inscritos em restos a pagar, cujo cancelamento ou prescrição pode ocasionar o descumprimento dessa regra. Tal situação deve ser acompanhada pelo TCU, a fim de evitar que os empenhos relacionados à dotação de compensação sejam novamente inscritos em restos a pagar, postergando indefinidamente o cumprimento da regra aplicação mínima em saúde.

De forma a contribuir para que a sociedade e o Congresso Nacional obtenham uma visão robusta acerca da situação da saúde no Brasil, o Tribunal procurou desenvolver metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro por meio de indicadores, a partir do que existe de mais moderno na literatura mundial. A avaliação dos sistemas de saúde constitui tarefa complexa, tendo em vista as diversas dimensões e perspectivas que podem ser consideradas. Tal avaliação preconiza a utilização de indicadores como mecanismos necessários para se conhecer os diferentes aspectos da atenção à saúde.

A partir da análise dos indicadores apresentada neste Relatório, a Secex Saúde constatou que o sistema de saúde brasileiro apresenta graves desigualdades quando se compara o sistema público com o privado ou quando se analisa a situação das diversas regiões do Brasil no âmbito do SUS. Tais desigualdades podem ser observadas em todos os blocos do modelo de avaliação, desde a estrutura do sistema de saúde até a situação da saúde da população.

O modelo proposto pela unidade técnica deve ser visto como um passo inicial de um processo de desenvolvimento contínuo, que demanda aprimoramentos ao longo do tempo e a incorporação de novos indicadores em futuras avaliações. Entre esses novos indicadores,

cabe destacar aqueles que não puderam ser calculados neste momento em razão da indisponibilidade de dados, como, por exemplo, os relativos ao tempo de espera por procedimentos médicos, cirurgias e consultas, que já estão disponíveis em diversos países.

No que se refere à Assistência Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Tribunal realizou amplo diagnóstico em 116 hospitais do SUS, que reúnem 27.614 leitos, em todos os estados da Federação. Foram identificados problemas graves, complexos e recorrentes, tais como:

- a) insuficiência de leitos;
- b) superlotação de emergências hospitalares;
- c) carência de profissionais de saúde;
- d) desigualdade na distribuição de médicos no País;
- e) falta de medicamentos e insumos hospitalares;
- f) ausência de equipamentos ou existência de equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção;
- g) estrutura física inadequada;
- h) insuficiência de recursos de tecnologia da informação.

Verificou-se que o aumento das ações judiciais, impetradas com o objetivo de garantir o fornecimento de medicamentos e a realização de cirurgias e procedimentos, tem preocupado os gestores da saúde nas três esferas de governo. Segundo esses gestores, muitas vezes, o Poder Judiciário despreza fluxos e protocolos existentes, impõe a realização de tratamentos extremamente onerosos e provoca a inversão de prioridades nos gastos com medicamentos, o que gera um grave impacto na programação anual de saúde.

O Tribunal tem acompanhado sistematicamente os grandes temas da área da saúde, dentre os quais, destacam-se os seguintes:

- a) a implantação e manutenção do Cartão SUS estão previstas nos normativos do SUS desde a segunda metade da década de 1990. Entre janeiro de 2004 e julho de 2013, foram investidos recursos da ordem de R\$ 225 milhões, no entanto, não foram atingidos os objetivos propostos. Cumpre ressaltar que as expectativas em torno de sua implementação se justificam pelos significativos benefícios que ela pode gerar;
- b) o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde dos valores gastos para atender aos associados a estes planos foi objeto de auditoria realizada pelo Tribunal. Constatou-se que os procedimentos ambulatoriais (administração de vacinas, realização de exames, consultas médicas, pequenas cirurgias, quimioterapia, hemodiálise e fornecimento de órteses e próteses) não eram objeto de consideração para fins de ressarcimento, em especial os procedimentos de média e alta complexidade. A ANS exigia o ressarcimento apenas dos procedimentos realizados durante as internações hospitalares, em desacordo com o que foi estabelecido pela lei. A auditoria do TCU estimou que os valores a serem ressarcidos ao SUS atingiriam R\$ 2,6 bilhões, apenas no período de 2003 a 2007. Apesar da adoção de diversas medidas corretivas adotadas pela Agência Nacional de Saúde, perdura o desafio de obter ressarcimento devido ao SUS. Por fim, cabe destacar que foram detectadas falhas na regulação do mercado de planos e seguros de saúde;
- c) a regulação do mercado de medicamentos é muito relevante. Auditoria realizada pelo Tribunal verificou distorções em alguns preços fixados pela CMED, que se

mostraram em patamares bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Do mesmo modo, uma comparação com preços internacionais realizada pela equipe de auditoria apontou que, em 86% da amostra analisada, o valor registrado no Brasil era superior à média internacional. Possíveis causas dessa distorção seriam as falhas existentes no modelo regulatório brasileiro, a exemplo da impossibilidade de rever os preços em decorrência de mudanças na conjuntura econômica ou internacional e da vinculação do ajuste anual à inflação. Em decorrência das recomendações efetuadas pelo Tribunal, medidas foram adotadas pela CMED para aprimorar a regulação do mercado de medicamentos. Apesar dos avanços observados, a unidade técnica ressaltou que essa questão ainda demanda um acompanhamento por parte da Corte de Contas.

Os trabalhos de fiscalização mencionados neste Relatório foram realizados com o objetivo de concretizar a missão constitucional deste Tribunal e de assegurar a observância dos princípios da legalidade, eficiência, legitimidade e economicidade na gestão dos recursos públicos na área da saúde. Nesse sentido, o Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde visa atingir os seguintes objetivos:

- a) fornecer ao Congresso Nacional e à sociedade informações estruturadas sobre a situação da saúde no Brasil;
- b) constituir insumo para o planejamento das ações de controle externo, de modo que nas edições subsequentes desse Relatório possam ser observadas a evolução e o impacto das políticas públicas de saúde avaliadas.



Voto do Ministro Relator Benjamin Zymler

I - Introdução

Cuida-se do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde, também denominado FiscSaúde, cuja elaboração resultou de um levantamento de escopo amplo e alinhado com o objetivo estratégico do Tribunal de atuar de forma seletiva e sistêmica em áreas que apresentam maiores risco e relevância.

A elaboração deste Relatório visou obter elementos para aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas. Apesar de não se tratar de um diagnóstico completo da situação da saúde do País, avalio que informações muito relevantes foram obtidas e que novos trabalhos podem e devem ser realizados com o fito de aprofundar e complementar as análises ora empreendidas.

Em síntese, trata-se de um primeiro trabalho, cujos resultados permitiram levantar os problemas mais sérios enfrentados pelo setor da saúde e definir temas cujo estudo deve ser aprofundado em futuras auditorias.

Considerando que o Relatório que antecede e fundamenta este Voto contém uma análise detalhada das questões apontadas neste levantamento, a qual seria inconveniente repetir neste momento, tratarei a seguir, de forma sintética, apenas dos pontos considerados mais relevantes.

Não poderia encerrar esta introdução sem antes louvar a iniciativa do Ministro Raimundo Carreiro, que propôs a este Plenário a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas. Também quero cumprimentar o Presidente desta Casa, Ministro Augusto Nardes, pela implementação dessa proposta. Tenho certeza de que os resultados deste trabalho comprovam que vale a pena investir nesse tipo de levantamento.

II – Estrutura do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde

O presente relatório está estruturado em cinco capítulos, além da introdução e da conclusão. Os mencionados capítulos são os seguintes:

- a) **Dados orçamentários e financeiros da saúde:** nele são analisadas a execução orçamentária e a renúncia tributária da Função Saúde, os blocos de financiamento, a aplicação mínima em ações e serviços de saúde e as despesas realizadas nas principais subfunções.
- b) **Avaliação do sistema de saúde por indicadores:** são apresentados os resultados do levantamento realizado com a finalidade de desenvolver um modelo de avaliação do sistema de saúde, tendo sido identificados aspectos que deverão ser avaliados e indicadores que comporão tal avaliação;
- c) **Tema em destaque no ano - Assistência Hospitalar no SUS:** em 2013, a assistência hospitalar no SUS foi escolhida como o tema a ser analisado com maior

profundidade neste Relatório. Essa escolha se deveu à relevância social e à alta materialidade dos gastos efetuados nos hospitais que prestam serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde. Com vistas a traçar um diagnóstico abrangente dos principais problemas relacionados a esse tema, foram realizados levantamentos de auditoria pelas secretarias do TCU nos 26 estados e no DF, cujo resultado consolidado é apresentado nesse capítulo;

- d) **Grandes temas acompanhados pelo TCU:** nos últimos anos, o Tribunal de Contas da União realizou vários trabalhos visando detectar deficiências e oportunidades de melhoria da prestação de serviços de saúde à população. Nesse capítulo, são apresentados os resultados desses trabalhos, inclusive no que concerne às recomendações ou determinações. Cabe destacar que as questões abordadas nesses processos continuam sendo acompanhadas pela Corte de Contas;
- e) **Trabalhos recentes na área da saúde:** nessa parte do Relatório, são apresentados trabalhos recentes realizados pelo Tribunal na área da saúde, que foram selecionados com base nos critérios de relevância social do tema, alta materialidade e impacto dos respectivos resultados.

III – Dados orçamentários e financeiros da Saúde

O financiamento das ações e dos serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a União responde pela maior parte dos recursos utilizados por esse sistema.

Os recursos financeiros são transferidos para os fundos estaduais e municipais de maneira regular e automática, conforme os compromissos e as metas pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão. Atualmente, há seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.

Cabe frisar que compete aos municípios gerir e executar as ações e prestar os serviços de saúde, em especial aqueles relacionados com a Atenção Básica. Assim sendo, a União tem transferido para esses entes federados praticamente a metade dos recursos federais aplicados em Saúde.

Outra constatação relevante se refere ao aumento dos gastos federais totais com a Função Saúde, que, considerando-se a dotação autorizada para o Ministério da Saúde menos o valor destinado à Previdência de Inativos e Pensionistas da União (Programa 0089), passaram, em valores nominais, de R\$ 52,9 bilhões em 2008 para R\$ 89,1 bilhões em 2012. Em decorrência desse acréscimo, a proporção dos gastos federais em Saúde em relação ao PIB aumentou de 1,74% em 2008 para 2,02% em 2012.

Cabe salientar ainda que, em 2012, 90% da dotação constante do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social para a Função Saúde foram empenhados, 80,2% foram liquidados e pagos e 9,3% foram inscritos em restos a pagar não processados (RPNP).

Cumprir abordar também a questão do mínimo constitucionalmente estabelecido para a aplicação no setor de saúde. A Emenda Constitucional nº 29/2000 obriga todos os entes federativos a aplicar um percentual mínimo anual de recursos financeiros públicos no custeio da assistência à saúde. A Lei Complementar nº 141/2012 define que a União deve aplicar, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiri-

ro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Em cumprimento a esses dispositivos, o Ministério da Saúde empenhou despesas no valor de R\$ 72,35 bilhões e R\$ 80,07 bilhões no custeio da saúde nos exercícios de 2011 e 2012, respectivamente. Considerando que o aumento verificado entre esses dois exercícios atingiu 10,67% e que a variação nominal do PIB nesse período foi de 9,89%, conclui-se que a União empenhou valores suficientes para cumprir a regra de aplicação mínima de recursos no setor Saúde.

Entretanto, ressalto que, segundo consta do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO (bimestre novembro e dezembro/2012), as Despesas Empenhadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2011 perfizerem o total de R\$ 72,35 bilhões, tendo sido inscritos em Restos a Pagar R\$ 8,42 bilhões, dos quais R\$ 512 milhões foram cancelados, R\$ 5,26 bilhões foram pagos e R\$ 2,65 bilhões estão no status de Restos a Pagar não Processados a Pagar em 2013. Assim, devido ao cancelamento em 2012 desses empenhos no valor de R\$ 512 milhões, a regra da aplicação mínima em saúde teria sido desrespeitada em 2011. Por outro lado, as despesas empenhadas em 2012 tiveram um excesso de R\$ 561 milhões, o que é suficiente para suprir o valor não cumprido em 2011, de acordo com a regra estabelecida pela Lei Complementar nº 141/2012.

Por fim, considerando o teor dos artigos 3º e 4º da Lei Complementar nº 141/2012, foi analisado o objeto das despesas incluídas pelo Ministério da Saúde na definição do valor total aplicado em ações e serviços de saúde. Ao detalhar as rubricas que compuseram o total aplicado, o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) informou o valor de R\$ 1,45 bilhão relativo a saneamento básico urbano, embora as disposições da Lei Complementar nº 141/2012 apenas autorizem a inclusão de despesas relativas ao saneamento de domicílios ou pequenas comunidades, distritos indígenas e quilombolas. Há ainda outras controvérsias acerca da definição de ações e serviços de saúde, que foram objeto de Consulta encaminhada ao TCU pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, a qual ainda se encontra em exame nesta Corte de Contas.

IV – Avaliação do sistema de saúde por meio de indicadores

Avaliar um sistema de saúde é uma tarefa complexa, tendo em vista os diversos aspectos que podem ser considerados. Diferentes modelos de avaliação foram propostos por instituições como a OMS, o Banco Mundial, o Ministério da Saúde e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). O “Health Care Quality Indicators Project”, da OCDE, foi escolhido como arcabouço para o modelo de avaliação desenvolvido pelo TCU, tendo em vista a possibilidade de comparação internacional do sistema brasileiro com o de outros países.

Segundo a OCDE, “o objetivo de longo prazo do projeto é o desenvolvimento de indicadores que reflitam um quadro robusto da qualidade da atenção à saúde que possa ser relatado de forma confiável entre os países com dados comparáveis” (KELLEY e HURST, 2006).

Os indicadores foram calculados a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, da OCDE, da OMS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições ligadas à saúde. A partir da análise dos indicadores selecionados, pode-se afirmar que o sistema de saúde brasileiro tem melhorado de forma significativa nos últimos anos, com

aumento da expectativa de vida, redução de indicadores de mortalidade, maior acesso às ações e serviços de saúde e crescimento dos gastos públicos. Porém, o país ainda se encontra distante dos padrões observados nos países desenvolvidos membros da OCDE. O maior problema do sistema de saúde no Brasil é a desigualdade entre as diferentes regiões do país. Enquanto alguns estados apresentam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, outros estão muito mais próximos dos países africanos.

A avaliação do sistema de saúde brasileiro não se restringe ao Sistema Único de Saúde, mas a saúde de forma geral, envolvendo tanto o sistema público quanto o privado. Esta escolha mais ampla se justifica também em virtude do objetivo de comparar o sistema brasileiro com o de outros países, que se apresentam numa grande variedade de modelos. Assim, no cálculo dos indicadores, serão utilizados como parâmetros a população total e os serviços prestados pelas redes pública e suplementar (planos de saúde privados).

Cumpra esclarecer que:

- a) o bloco da situação de saúde é formado por indicadores que procuram refletir o estado de saúde da população. São avaliados a mortalidade, a morbidade, as funções humanas e o bem-estar;
- b) o bloco dos determinantes da saúde se refere a fatores que influenciam a saúde da população. Considerando que a Lei Complementar nº 141/2012 excluiu do conceito de gasto em saúde as despesas relacionadas com determinantes sociais e econômicos, foram avaliados apenas os determinantes comportamentais;
- c) o bloco do desempenho do sistema de saúde procura avaliar em que medida esse sistema realiza de forma adequada suas funções. Para tanto, são avaliados aspectos relacionados com a eficiência e o acesso às ações e aos serviços de saúde e aos medicamentos;
- d) o bloco da estrutura do sistema de saúde avalia os recursos financeiros, humanos ou tecnológicos que estão disponíveis para esse sistema.

Os indicadores em tela foram selecionados com base na sua relevância para o sistema de saúde brasileiro, na confiabilidade dos dados e na possibilidade de comparar os resultados obtidos no Brasil com os de outros países. Infelizmente, alguns indicadores importantes não puderam ser calculados, tendo em vista problemas relacionados com a disponibilidade ou confiabilidade dos dados. Cita-se o caso do Tempo de Espera por procedimentos médicos, como cirurgias e consultas. Tal indicador demonstraria quanto tempo os brasileiros precisam esperar para poder ter acesso a determinado serviço de saúde. Porém, no Brasil, não existem dados disponíveis que permitam o cálculo deste indicador, apesar de ele ser calculado em outros países. Também existem problemas graves decorrentes da subnotificação de óbitos. Por exemplo, em alguns estados, existem informações acerca de apenas 50% dos óbitos que ocorreram em determinado ano.

A partir da análise dos indicadores selecionados, a Secex Saúde afirmou que o sistema de saúde brasileiro tem melhorado de forma significativa nos últimos anos. Verificou-se o aumento da expectativa de vida, a redução de indicadores de mortalidade, o maior acesso às ações e serviços de saúde e o crescimento dos gastos públicos. Contudo, o Brasil ainda se encontra distante dos padrões observados nos países desenvolvidos que integram a OCDE.

O exame dos indicadores também apontou que as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras. Enquanto alguns estados apresentam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, a performance de outros está mais próxima do desempenho de países

em fase de desenvolvimento. Isso pode ser observado, por exemplo, na esperança de vida ao nascer, que varia de 68 a 76 anos entre os estados. A quantidade de médicos em cada unidade federada também varia muito, indo de 0,71 até 4,09 médicos por 1.000 habitantes.

4.1. Bloco da situação de saúde

O bloco da situação de saúde está presente nos diferentes modelos de avaliação analisados. Ele é formado por medidas que procuram refletir o estado de saúde da população, principalmente a partir de indicadores de mortalidade, morbidade, funções humanas e bem-estar. A morbidade refere-se à ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências. O estado funcional está relacionado com ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas. O bem-estar envolve a qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. E a mortalidade relaciona-se com o padrão e as tendências da ocorrência de óbitos na população.

4.1.1. Esperança de vida ao nascer

A esperança de vida ao nascer, além de medir o nível de mortalidade de uma população, é considerada uma síntese da qualidade de saúde e vida de países e regiões. Em 2011, a esperança de vida do brasileiro era de 74,08 anos, tendo sido observado um crescimento significativo na segunda metade do Século XX, pois em 1940 era de 44,9 anos.

A diferença na esperança de vida entre os homens e as mulheres, que em 1991 era de sete anos, manteve-se no mesmo patamar em 2011. Tal fato não segue a tendência observada em estudos dos países da OCDE, em que se observou uma redução na diferença entre os sexos, explicada pela maior aproximação no comportamento de risco e pelas menores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares entre os homens (OCDE, 2011). A esperança de vida ao nascer no mundo em 2011 era de 70 anos, tendo sido de 64 anos em 1991. Já a diferença entre homens e mulheres que era de cinco anos em 1991, reduziu para quatro anos em 2011.

4.1.2. Mortalidade infantil

A mortalidade infantil corresponde ao número de óbitos de crianças de até um ano de idade em um determinado ano. Tal indicador estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Segundo a Rede Intergencional de Informações para a Saúde - Ripsa (2008), costuma-se classificar o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20).

Entre 1990 e 2010, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil de 48,8 para 15,0 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O Programa Nacional de Imunização contribuiu significativamente para essa melhora, pois atingiu coberturas de vacinação infantil próximas a 100%.

Dos 39 países com dados de mortalidade infantil na *OECD Health Data*, o Brasil apresentou a quarta maior taxa, com quinze óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2010. Apenas cinco países apresentaram taxa maior do que dez e 25 apresentaram taxa menor do que cinco. Em 1990, o país também apresentava a quarta maior taxa de mortalidade infantil

entre os 39 países, com 48,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Nestes vinte anos, o país teve uma redução anual média de 3,5% na taxa de mortalidade, a sétima maior redução entre os 39 países, cuja média foi de 2,77%. A maior redução ocorreu na Turquia, cuja taxa de mortalidade foi reduzida de 51,5 em 1990 para 7,8 em 2010.

Entre as unidades da federação, Santa Catarina apresentou a menor taxa de mortalidade infantil em 2010 (11,18). A maior taxa foi observada no Amapá (25,41). Novamente observou-se uma grande desigualdade entre as regiões do país: a Região Sul apresentou uma taxa de 11,58, o Sudeste de 13,43, o Centro-Oeste de 15,93, o Nordeste de 19,09 e o Norte de 20,97.

4.1.3. Causa mortis

Um dos problemas encontrados no cálculo dos indicadores de mortalidade foi a subnotificação de óbitos em alguns dos estados da federação. O arquivo “Indicadores e Dados Básicos 2011”, do Departamento de Informática do SUS (Datasis), apresenta as informações retiradas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Porém, os dados do sistema são bastante divergentes do documento Tábuas Abreviadas de Mortalidade, do IBGE (2013). Enquanto o Instituto registrou um total de 1.227.303 óbitos no país em 2010, o Ministério da Saúde apontou a ocorrência de 1.054.063 óbitos.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) corrige o registro de óbitos do SIM, por meio da busca ativa de óbitos e nascimentos. A correção da subnotificação é realizada para cada combinação de faixa etária, sexo e unidade da federação. Em cada uma dessas combinações, é calculada a proporção de óbitos classificados em cada um dos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A multiplicação dessas proporções pela quantidade de óbitos corrigidos pelo Busca Ativa gera as quantidades de óbitos corrigidos e redistribuídos nos capítulos. Porém, mesmo após esta correção, ainda há uma grande subnotificação para alguns estados, como, por exemplo, o Maranhão, que apresenta um número de óbitos corrigido equivalente a 71% do quantitativo apurado pelo IBGE.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade é de extrema importância para que o Ministério da Saúde, estados e municípios conheçam as principais causas de óbito no país, sendo imprescindível para o planejamento das ações e dos serviços de saúde. Das 27 unidades da federação, em apenas 11 a quantidade de registros de óbitos do SIM supera 80% do número de mortes computadas pelo IBGE. Cabe destacar que todos esses 11 estados estão localizados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Segundo dados compilados pela OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de mortes no mundo, tendo provocado 17 milhões de óbitos em 2011, ano em que houve um total de 55 falecimentos. Exemplos dessas doenças que afetam o sistema circulatório (vasos sanguíneos e coração) são o enfarte do miocárdio, a arritmia e o AVC. No Brasil, as referidas doenças ocuparam o primeiro lugar entre as *causa mortis* mais frequentes, tendo causado 31% das mortes ocorridas em 2010.

Em 2010, as neoplasias foram a segunda *causa mortis* mais frequente (17%), tendo observado um crescimento de 33% nos dez anos anteriores. Ainda assim, o país apresentou uma taxa de mortalidade (121 óbitos por 100.000 habitantes para as mulheres e 132 para os homens) inferior à dos demais países estudados pela OCDE (124 e 208, respectivamente). Ademais, a taxa de mortalidade brasileira superou apenas a do México.

Entre as unidades da federação, o Rio Grande do Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade por neoplasias (113 óbitos por 100.000 habitantes entre as mulheres e 157 entre os homens). Por outro lado, Tocantins apresentou as menores taxas: 85 para as mulheres e 80 para os homens.

A localização mais comum das neoplasias no Brasil era o pulmão, cujo câncer foi responsável por 12% dos óbitos em 2010. Segundo a OCDE (2011), o tabagismo é o principal fator de risco do câncer de pulmão, sendo que as maiores taxas de mortalidade foram observadas nos países do centro e leste europeu, onde a prevalência de fumantes é maior. Destaco que a localização das neoplasias sofreu uma mudança significativa, uma que em 1990, a localização de maior peso nos óbitos era o estômago.

Em 2010, as chamadas causas externas, com destaque para homicídios, acidentes de trânsito e suicídios, responderam por 12% dos óbitos ocorridos no Brasil. Cumpre destacar que esse tipo de *causa mortis* tende a incrementar a mortalidade prematura, pois se concentra nas faixas etárias mais jovens.

O conceito de mortalidade prematura foi introduzido por Dempsey, em 1947, com o objetivo de quantificar as perdas sociais, políticas, intelectuais, econômicas, pessoais e familiares acarretadas pelas mortes que ocorrem prematuramente, ou seja, antes da idade definida pela expectativa de vida ao nascimento. Um dos indicadores usados para estimar a mortalidade prematura é o relativo aos “Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)”, que, em síntese, determina quantos anos as pessoas faleceram antes do esperado.

Os dados consolidados pela OCDE demonstraram que o Brasil apresentava uma taxa de mortalidade por causas externas elevada (a quarta maior taxa entre 36 países). Cabe destacar que essa taxa era elevada apenas para os homens, enquanto o índice relativo à população feminina era semelhante à média dos países avaliados.

4.2. Bloco dos determinantes de saúde

O bloco dos determinantes da saúde tem como objetivo demonstrar os fatores que influenciam a saúde da população. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) estabelece como determinantes e condicionantes de saúde “*a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*”.

Diversos modelos têm sido propostos para obter uma visão de conjunto desses determinantes gerais da saúde e de sua interação. O Projeto Proadess (Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde), do Ministério da Saúde, incorporou a dimensão dos determinantes de saúde a partir do pressuposto de que as condições sanitárias da população sofrem o impacto de fatores sociais, econômicos e ambientais, que podem intervir de forma importante nos resultados do desempenho do sistema de serviços de saúde.

No âmbito desse Projeto:

“*Os determinantes de saúde abrangem os efeitos combinados dos meios físicos e sociais sobre os indivíduos e as comunidades. A saúde dos indivíduos e da população é influenciada por fatores de diferentes ordens entre os quais se incluem: o lugar onde vivemos, as condições ambientais, os fatores genéticos, a renda dos indivíduos e o nível educacional e a rede de relações sociais.*”

A Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou a aplicação de recursos mínimos na saúde, excluiu do conceito de gasto em saúde as políticas públicas que atuam

sobre determinantes sociais e econômicos. Dessa forma, neste trabalho, optou-se por avaliar indicadores relacionados apenas com os determinantes comportamentais (consumo de tabaco e álcool).

4.2.1. Consumo de tabaco entre adultos

O consumo do tabaco é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas, incluindo câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares. Segundo a OMS, o tabaco mata até metade de seus usuários, sendo responsável pelo óbito de cerca de seis milhões de pessoas a cada ano. Mais de cinco milhões dessas mortes resultam do uso direto do tabaco. Aduzo que mais de 600.000 não fumantes expostos à fumaça também falecem todos os anos.

Segundo dados da OMS, no Brasil, o percentual de pessoas que fumam diariamente atinge 19% para os homens e 11% para as mulheres. Ressalto que, dos 34 países cujos dados foram analisados pela OMS, em 13 o percentual de fumantes diários é inferior a 20%.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição do IBGE, em 1989, cerca de 34% dos brasileiros com 15 anos ou mais era fumante. Houve uma redução significativa da prevalência de fumantes até 2003, quando, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde, 22% dos brasileiros eram fumantes. As capitais onde mais se fuma são Rio Branco (20%), São Paulo (19,6%) e Porto Alegre (19,5%). No Nordeste estão as capitais com menor prevalência de tabagismo entre seus moradores: Salvador (8,3%), São Luís (9,6%) e Aracaju (10,6%).

4.2.2. Consumo de álcool entre adultos

O consumo abusivo de álcool está associado a numerosos problemas de saúde, como doenças cardiovasculares, cirrose e neoplasias. O álcool também é uma das causas de acidentes de trânsito e casos de violência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o consumo de bebidas alcoólicas é considerado abusivo quando supera 2 doses diárias para homens e 1 dose para mulheres. A OMS também informou que o uso abusivo de álcool causa 2,5 milhões de mortes anualmente em todo o mundo, sendo responsável por 10% dos óbitos de jovens de 15 a 29 anos.

Quando comparado com outros 39 países cujos dados foram analisados pela OCDE em 2010, o Brasil apresentou o nono menor consumo de álcool por ano (7,1 litros *per capita*). Porém nosso país ostentou o quarto maior crescimento proporcional do consumo entre 1990 e 2010 (36,5%).

Naquele ano, observou-se uma variação significativa do consumo *per capita* nos estados brasileiros (21,4% entre os homens de São Paulo e 37,1% em Natal). Aduz-se que as oito capitais de maior prevalência estavam localizadas nas regiões Nordeste e Norte.

A Universidade Federal de São Paulo realizou o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas em 2006 e 2012. Nesse período, o número de adultos que bebem regularmente cresceu de 45% para 54%. Entre as mulheres, esse quantitativo passou de 29% para 39% e entre os homens de 54% para 64%. A pesquisa constatou ainda que, depois da edição da Lei Seca, o número de pessoas que relataram ter bebido e dirigido no último ano caiu 21%.

4.3. Bloco do desempenho do sistema de saúde

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

Neste levantamento, foram analisados apenas indicadores cujos dados estavam disponíveis em sistemas de informações nacionais. Por conseguinte, não foram efetivadas avaliações que demandavam a aplicação de questionários ou a realização de trabalhos de campo.

4.3.1. Consultas médicas e internações hospitalares

Entende-se por consulta médica o contato com médico generalista ou especialista ocorrido em consultório, clínica, ambulatório de hospital ou na casa do paciente. Em 2010, o Brasil registrou 4,0 consultas médicas por habitante, o quarto menor valor entre 29 países com dados na OCDE. Observou-se uma significativa desigualdade entre os pacientes que tinham plano de saúde privado e aqueles que dependiam do SUS. No primeiro modelo, foram realizadas 5,4 consultas por beneficiário e no segundo 3,6 consultas.

Entre 2002 e 2010, o país apresentou um aumento de 3,3 para 4,0 no número de consultas médicas por habitante, o quinto maior crescimento proporcional entre os 29 países acima citados. O maior crescimento ocorreu na Turquia (de 3,2 para 7,3).

Na comparação entre os estados quanto às consultas realizadas no SUS em 2010, mais uma vez observou-se uma desigualdade entre as regiões do país. Assim, enquanto no Sudeste foram realizadas 4,8 consultas por habitante, no Norte, houve 2,5 consultas por habitante. Já o Nordeste, o Centro-Oeste e o Sul registraram 2,7, 3,1 e 3,6 consultas *per capita*, respectivamente.

Em 2010, considerando os serviços prestados pelos convênios e pelo SUS, o Brasil teve 89,26 internações hospitalares por 1.000 habitantes, o terceiro menor valor entre 36 países com dados na OCDE. Considerados apenas os beneficiários de planos de saúde privados com cobertura para internação hospitalar, foram realizadas 137 internações por 1.000 habitantes, valor próximo à média da OCDE. Por outro lado, considerando somente os pacientes que dependem do SUS, houve 75,8 internações.

Entre as unidades da Federação também se verificou uma significativa desigualdade. Enquanto em Sergipe foram realizadas 49,36 internações no SUS por 1.000 habitantes da população dependente desse sistema, no Paraná foram realizadas 95,45. Saliento que os três estados da Região Sul encontravam-se entre as cinco unidades federadas com maior número de internações no país em 2010. A média do número de internações por 1.000 habitantes nos estados do Sul foi de 85,63, enquanto no Nordeste essa média atingiu 65,89.

4.3.2. Vacinação

Segundo a OMS, a imunização contra difteria, tétano, coqueluche e sarampo evita entre 2 a 3 milhões de mortes todos os anos. Porém, 22,6 milhões de crianças em todo o mundo ainda não têm acesso a vacinas básicas.

O Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde completou 40 anos em 2013, tendo conquistado a erradicação de doenças como a poliomielite e a redução dos

óbitos por doenças imunopreveníveis. O sucesso desse programa pode ser avaliado a partir da evolução da cobertura vacinal contra doenças como a difteria, o tétano e coqueluche que passou de 37% em 1980 para 98% em 2010. Nesse mesmo sentido, a cobertura contra o sarampo passou de 57% em 1980 para 99% em 2010.

O Brasil também teve bom desempenho na vacinação de idosos contra a influenza. Em 2010, a cobertura vacinal atingiu 79%, tendo sido inferior apenas à cobertura constatada no México, entre 29 países com dados na OCDE. Entre os estados, as menores coberturas foram observadas no Rio de Janeiro (73%), em São Paulo (72%) e no Rio Grande do Sul (76%), enquanto as maiores foram detectadas em Rondônia (87%), Amapá (87%) e Acre (86%).

4.4. Bloco da estrutura do sistema de saúde

O bloco da estrutura do sistema de saúde avalia a disponibilidade de recursos financeiros, humanos ou tecnológicos para que o Sistema de Saúde possa desempenhar suas funções. Neste trabalho, foram consideradas as seguintes dimensões deste bloco: força de trabalho em saúde, infraestrutura, equipamentos e financiamento. Não foram avaliadas a liderança nem a governança, cujos dados não estavam disponíveis em sistemas de informações nacionais.

4.4.1. Quantidade de médicos atuando no Brasil

Em 2013, uma das questões que mais atraiu a atenção foi a contratação temporária de médicos estrangeiros pelo SUS. O Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde foi instituído a partir do diagnóstico de que algumas regiões do país não contavam com médicos suficientes para atender de forma adequada a população. Além disso, foi apontada uma grave desigualdade na sua distribuição, tanto entre as unidades da federação quanto dentro delas, com concentração desses profissionais nas capitais.

Os indicadores neste trabalho consideram a quantidade de médicos por 1.000 habitantes. Dependendo da situação sob exame, podem ser considerados os “médicos registrados” nos conselhos de medicina, os “médicos praticantes” constantes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego ou os “médicos cadastrados” no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES).

O registro no conselho de medicina é uma condição essencial para o exercício lícito da profissão. Contudo, um profissional registrado nesse conselho pode não estar exercendo a medicina. A RAIS é uma declaração obrigatória para todos os empregadores do território nacional. Já o CNES teve sua importância maximizada pela Portaria SAS/MS nº 134/2011, a qual estabeleceu que o repasse de recursos públicos deve ser realizado com base nas informações constantes desse cadastro.

Tendo em vista esse contexto, a unidade técnica optou por utilizar a base de dados do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que realizou uma pesquisa denominada “Demografia Médica no Brasil”. Já a população considerada foi aquela informada pelo IBGE.

Em 2010, o Brasil contava com 1,9 médicos por 1.000 habitantes, o quinto menor quantitativo entre 37 países cujos dados foram estudados pela OCDE. Além disso, foram constatadas graves distorções na distribuição dos médicos entre os estados. Em 2013, o

Distrito Federal e os estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentavam a maior taxa de médicos por 1.000 habitantes (4,1, 3,6 e 2,6, respectivamente). Já os estados do Maranhão, Pará e Amapá contavam com as menores taxas (0,7, 0,8 e 0,9, respectivamente).

Em 2013, a comparação entre as densidades médicas nas capitais e no interior também mostrou a existência de graves distorções. Nas capitais, havia 4,6 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes, enquanto no interior do país essa taxa caía para 1,1. Naquele ano, Vitória (ES), Porto Alegre (RS) e Florianópolis (SC) apresentavam as maiores taxas entre as capitais estaduais (11,0, 8,4 e 7,3). Já as piores taxas eram as de Macapá (1,3), Rio Branco (1,8) e Manaus (1,9).

Em 2013, a densidade dos médicos no interior era maior no Rio de Janeiro (1,96), em São Paulo (1,88) e em Santa Catarina (1,49). Por outro lado, os números eram extremamente baixos no Piauí (0,06), em Sergipe (0,09) e em Alagoas (0,10). Também se mostrava grave a falta de médicos em estados como Amazonas e Pará, de grande extensão territorial, que apresentavam taxas 0,15 e 0,27. Por fim, cabe destacar que doze estados contavam com uma taxa de médicos por 1.000 habitantes no interior inferior a 0,50.

A distribuição dos médicos segue o porte dos municípios. Os 38 municípios com mais de quinhentos mil habitantes concentravam 47,91% dos postos de médicos. No outro extremo, nos 1.302 municípios com até cinco mil habitantes, havia apenas 914 médicos. Por conseguinte, caso se considere que nenhum dos municípios contava com mais de um médico, 388 municípios não dispunham de um único médico.

Também cabe destacar as diferenças detectadas entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil. Em 2011, para cada 1.000 usuários de planos de saúde, existiam 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Por outro lado, para a população dependente do SUS este índice era de 1,95. É preciso ressaltar que a quantidade de postos de trabalho médico ocupados é diferente do quantitativo de médicos, pois um mesmo profissional pode ocupar mais de um posto de trabalho.

Entre os estados, os maiores índices de postos de trabalho públicos ocupados estão no Rio de Janeiro (3,63), em São Paulo (3,04) e no Distrito Federal (2,79). Os menores são encontrados nos estados do Pará (0,89), Maranhão (0,98) e Mato Grosso (1,18).

4.5. Conclusões sobre os indicadores

Com base nas considerações acima expendidas e nas análises constantes do Relatório que antecede este Voto, verificou-se que um dos maiores problemas do sistema de saúde no Brasil é a desigualdade entre as unidades federadas. Enquanto alguns estados apresentam indicadores semelhantes aos dos países desenvolvidos, outros estão muito mais próximos dos países pobres. Isso pode ser observado, por exemplo, na esperança de vida ao nascer e na quantidade de médicos por 1.000 habitantes. Constatou-se, ainda, relevantes disparidades entre os sistemas público e privado.

São preocupantes os dados relativos à quantidade de médicos em determinados estados, principalmente no interior. Tais localidades também sofrem com a falta de leitos e equipamentos de diagnóstico, o que prejudica o acesso às ações e a serviços de saúde, tais como consultas médicas e internações. O acesso ao tratamento adequado fica ainda mais prejudicado devido ao preço dos medicamentos, que, muitas vezes, não são fixados em patamares próximos à média internacional. Aduz-se que tal situação é pior quando se trata de

fármacos produzidos em regime de monopólio, quando o preço cobrado no Brasil supera o valor estabelecido em outros países.

Os dados referentes à mortalidade por causas externas cresceram significativamente em alguns estados, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, enquanto outras unidades da federação têm conseguido reduzir tais taxas de mortalidade. No geral, a quantidade total tem se mantido constante e em níveis que demandam uma atenção especial das autoridades públicas.

Por outro lado, é preciso ressaltar que o Brasil tem melhorado seu desempenho em diversos indicadores, nos quais vem obtendo média superior a de muitos outros países. Como principais êxitos, podem ser citados a significativa queda da mortalidade infantil e os expressivos incrementos da cobertura vacinal de crianças e idosos (que em alguns casos atingiram percentuais muito próximos dos 100%). Cumpre destacar ainda o incremento dos investimentos efetuados pelas três esferas de governo, o que tem colaborado para melhorar alguns indicadores relacionados com a estrutura do sistema de saúde.

V – Tema em destaque: a assistência hospitalar no âmbito do SUS

Em cada edição anual do FiscSaúde será analisado um tema em destaque. Neste ano, foi avaliada a assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com esse objetivo, foram realizados levantamentos no Distrito Federal e nos 26 estados, cujos resultados foram consolidados no relatório elaborado pela unidade técnica.

Visando traçar um diagnóstico amplo da assistência hospitalar no SUS, foram visitados 114 hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil. Adicionalmente, a equipe encarregada desses levantamentos foi a dois hospitais administrados por entidades sem fins lucrativos.

A seleção desses hospitais adotou os seguintes critérios: hospitais gerais ou pronto-socorros gerais públicos, com mais de cinquenta leitos disponibilizados para o SUS e que fossem relevantes para o estado.

Considerando que, em 2013, existiam 5.208 hospitais gerais e 417 pronto-socorros gerais, o quantitativo de instituições visitadas correspondeu a 2% do total de entidades existentes. Por outro lado, como se deu preferência aos hospitais maiores, o número de leitos disponibilizados para o SUS nesses hospitais (27.614) correspondeu a 8,6% do total de leitos disponíveis para esse sistema de saúde (321.340).

Optou-se pelos hospitais e pronto-socorros gerais, não por hospitais especializados, devido à necessidade de elaborar um diagnóstico abrangente da área hospitalar. Já a definição do número de leitos teve por base a Consulta Pública do Ministério da Saúde nº 19, realizada no dia 1º/11/2012, no âmbito da qual foi discutida a minuta de portaria que aprovará a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Conforme consta do § 2º do art. 5º dessa minuta, os hospitais devem contar com, no mínimo, cinquenta leitos. A exigência no sentido de que os hospitais fossem relevantes para a rede estadual de saúde está diretamente relacionada com a busca pela identificação dos principais problemas existentes na assistência hospitalar.

Além das entrevistas com os gestores das unidades visitadas, foram ouvidos administradores das secretarias de saúde e representantes do Ministério Público, das defensorias públicas e de conselhos profissionais. Também foram utilizadas informações apresentadas pelos hospitais e pelas secretarias de saúde.

Foram avaliadas as seguintes áreas: serviços hospitalares, recursos humanos, medicamentos e insumos, equipamentos, estrutura física e apoio, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e sistemas informatizados.

5.1. Superlotação das emergências hospitalares

Durante as visitas realizadas, foram identificados diversos problemas, dentre os quais se destaca a superlotação das principais emergências hospitalares do Brasil. Foi constatado que pacientes estavam sendo atendidos ou internados nos corredores das unidades, em macas, cadeiras ou bancos. Nas entrevistas, os gestores informaram que em 64% dos hospitais visitados sempre ocorre a superlotação. Além disso, em 19% dessas unidades, a demanda supera frequentemente a capacidade do hospital.

Os casos de superlotação das emergências, que também foram constatados pelos conselhos profissionais ou de saúde e pelos Ministérios Públicos, estão concentrados principalmente em grandes hospitais. Afinal, nesses hospitais a população consegue obter um atendimento mais resolutivo em comparação com aquele prestado por outras unidades de saúde (como unidades da Atenção Básica e hospitais de médio ou pequeno porte). Nesses grandes hospitais, apesar da longa espera e das condições precárias, os pacientes, na maioria das vezes, conseguem realizar consultas, exames, e, caso seja necessário, aguardam por mais um longo tempo pela realização de cirurgias ou outros procedimentos mais complexos. Assim, as emergências hospitalares são um caminho mais curto, muitas vezes o único, para alcançar o atendimento de saúde.

Outra causa apontada pelos gestores hospitalares e especialistas entrevistados para o problema da superlotação das emergências é o difícil acesso da população aos serviços prestados pela Atenção Básica. Nesse sentido, 58% dos gestores dos hospitais visitados declararam que metade ou mais dos pacientes atendidos na emergência apresentavam problemas de baixa gravidade ou urgência. Isso significa que mais da metade dos pacientes que chegam aos serviços de emergência poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos nas unidades de Atenção Básica.

As afirmações dos gestores hospitalares foram corroboradas pelo Ministério da Saúde, segundo o qual, entre 2009 e 2011, 34,9% das internações hospitalares se deveram a causas sensíveis à Atenção Básica.

A cobertura da Atenção Básica ainda é baixa em muitas cidades brasileiras, principalmente naquelas com uma grande população. Segundo o Ministério da Saúde, em 2012, a cobertura das equipes de Saúde da Família (proporção da população que estava atendida por essas equipes) ainda se encontrava abaixo de 50% nos municípios com mais de cem mil habitantes, ao contrário do que ocorria nos municípios com até cem mil habitantes. Aduz-se que, em julho de 2013, consoante informado pelo Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, em apenas 9 das 27 capitais brasileiras a cobertura das equipes de Saúde da Família superava os 50%.

Conclui-se que a cobertura da Estratégia Saúde da Família nas cidades maiores, que concentram os grandes hospitais, ainda é baixa, o que aponta outra causa para que a população acorra diretamente aos serviços de emergência hospitalares mesmo que seja para tratar de enfermidades não tão graves. Por outro lado, cabe destacar que apenas uma alta cobertura da Atenção Básica não é suficiente para diminuir a demanda pelas emergências

hospitalares, sendo necessário que os problemas da população sejam efetivamente resolvidos pela Atenção Básica quando isso for possível.

Além da busca dos serviços de emergências pelos pacientes que não se encontram em condições graves, especialistas afirmam que os sistemas de atenção em todo o mundo não estão em sintonia com as necessidades de saúde da população, considerando a presença cada vez mais forte das condições crônicas no perfil epidemiológico. Nesse particular, o Brasil passa por um momento de transição (queda relativa das condições agudas e aumento relativo das condições crônicas).

Outra possível causa para a superlotação das emergências reside na dificuldade de acesso da população a consultas ambulatoriais com especialistas, exames de diagnóstico e cirurgias eletivas. Nesse contexto, constatou-se um elevado percentual de consultas de emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS. A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabeleceu que as consultas de urgência e emergência deveriam corresponder a 15% do total de consultas médicas programadas, as de clínicas básicas a 62,7% e as consultas especializadas a 22,3%.

No entanto, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde referente ao exercício de 2012, as consultas de emergências realizadas nos diversos tipos de unidades de saúde no âmbito do SUS corresponderam a 35,03% do total de consultas SUS. Nesse mesmo ano, as consultas básicas representaram 48,22% e as especializadas 16,74%. Acrescento que a participação das consultas de emergência em 2012 em relação ao total de consultas foi maior que a observada nos anos de 2009 a 2011 (31,37%, 33,87%, e 33,40%, respectivamente).

Constatou-se, ainda, que a insuficiência de leitos para internação ou realização de cirurgias aumenta o tempo de permanência dos pacientes na emergência dos hospitais. Por falta desses leitos, o paciente acaba internado na emergência à espera do devido encaminhamento, o que tende a provocar atrasos no diagnóstico e no tratamento e, por via de consequência, aumenta a taxa de mortalidade.

Nesse contexto, 59% dos gestores dos hospitais visitados afirmaram que muitas vezes ou sempre há leitos sendo utilizados para prestar atendimento acima de sua complexidade (30% muitas vezes e 28% sempre, tendo sido a soma desses valores arredondada para 59%).

Essa afirmação é corroborada pela existência constante das “salas vermelhas” nos prontos-socorros. Nessas salas, os pacientes em estado crítico recebem atendimento médico imediato e são estabilizados para posterior encaminhamento a outras áreas. Verificou-se que pacientes permanecem internados nessas salas por longos períodos à espera, principalmente, de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Cabe destacar que, apesar de muitas salas vermelhas possuírem equipamentos semelhantes aos de uma UTI, a utilização delas como leitos de internação pode impedir o atendimento imediato de outros pacientes que demandem um atendimento de emergência. Além disso, a assistência prestada pode não ser tão adequada quanto aquela que seria ministrada em uma UTI.

Por fim, cumpre ressaltar que problemas na regulação do sistema de saúde agravam a situação da superlotação das emergências. Assim, por exemplo, 78% dos gestores dos hospitais visitados afirmaram que há problemas para encaminhar pacientes a outras unidades.

Auditoria operacional realizada por este Tribunal na Política Nacional de Regulação do SUS, em 2009, evidenciou que a eficácia da regulação tem sido comprometida pela pre-

cária integração na gestão dos diversos complexos reguladores, pelo não compartilhamento de informações quanto à disponibilidade de leitos, pela ausência de grade resolutiva que oriente as internações hospitalares, pelo desconhecimento do processo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), pela insuficiente divulgação da política de regulação assistencial do SUS para os usuários e os profissionais de saúde e pela indisponibilidade ou disponibilidade parcial de funcionalidades requeridas nos sistemas informatizados de regulação.

5.2. Quantidade de leitos hospitalares

Em 2013, a OMS informou que o Brasil possuía uma quantidade de leitos hospitalares por habitante inferior a de países como Portugal, Itália, Argentina, Cuba e França. Além disso, os dados por unidade federada demonstravam que a maioria dos estados brasileiros possuía uma quantidade de leitos *per capita* inferior ao parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Finalmente, foram constatadas desigualdades regionais e locais. Assim, mesmo em estados que atendiam ao parâmetro estabelecido por aquele Ministério, as equipes do TCU apontaram a existência de pacientes à espera de leitos hospitalares.

Em 2011, a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) informou que, nos dez anos anteriores, o número de leitos hospitalares *per capita* diminuiu em todos os países europeus, com exceção da Grécia e da Turquia. Nos países membros da União Europeia, o número de leitos por mil habitantes caiu, em média, 2% ao ano, tendo passado de 6,5 leitos por mil habitantes em 2000 para 5,3 em 2010. Cabe destacar que essa diminuição no número de leitos tem sido acompanhada por uma redução no tempo médio de permanência e, em alguns países, pela queda do número de admissões e altas hospitalares.

Em 2013, o Brasil possuía 2,51 leitos por mil habitantes, enquanto a média dos países membros da OCDE era de 4,8 leitos por mil habitantes e a dos países membros da União Europeia atingia 5,3. O quantitativo então existente no Brasil só estava próximo ao da Turquia (2,5), sendo inferior ao que foi registrado em outros 35 países.

Em 2013, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, havia no mundo 2,7 leitos para cada mil habitantes. Nas Américas, essa média caía para 2,4 e na Europa subia para 6,0. Cabe destacar que existem pequenas diferenças entre os dados da OCDE e os da OMS, sendo que, para o Brasil, o dado apresentado na publicação da OMS é de 2,3 leitos por mil habitantes.

Constatou-se que, no Brasil e em alguns países europeus, a participação dos leitos privados no total de leitos tem aumentado. Na Alemanha, por exemplo, essa participação aumentou de 23%, em 2002, para 30% em 2010. No Brasil, em 2013, 31% dos leitos não estavam disponíveis para o SUS.

A oferta de leitos SUS vem sendo reduzida desde 2010, o que tem contribuído para a diminuição do número total de leitos existentes no Brasil. Naquele ano, havia 359.968 leitos disponíveis para o Sistema Único de Saúde, já em agosto de 2013, esse quantitativo havia caído para 348.392.

Entre 2010 e 2013, houve uma redução da quantidade de todas as especialidades de leitos de internação (cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos e outras especialidades), com exceção dos leitos localizados em hospitais dia. Sobre essa diminuição, o Ministério da Saúde alegou que a redução da quantidade de leitos pediátricos seria justificada pelo êxito das ações de prevenção e proteção, que a diminuição do número de nascidos vivos teria

provocado o decréscimo do número de leitos obstétricos e que a criação de serviços substitutivos aos hospitais especializados teria ensejado a queda no total de leitos psiquiátricos.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, deve haver 2,5 a 3 leitos hospitalares totais para cada mil habitantes. Verificou-se que, em 2013, as Regiões Norte e Nordeste não observavam o parâmetro fixado pelo Ministério da Saúde, pois contavam com 2,07 e 2,30 leitos por mil habitantes, respectivamente. Além disso, em agosto de 2013, 67% dos estados não possuíam o número mínimo de leitos por mil habitantes estimado pelo Ministério.

Dentro do contexto geral de falta de leitos, cumpre analisar com especial atenção a questão dos leitos de UTI. Conforme dados constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, em agosto de 2013, havia 38.118 leitos de UTI, dos quais 49,83% (18.993) estavam disponíveis para utilização no âmbito do SUS. Observou-se que, apesar de a maioria da população brasileira ser usuária exclusiva do SUS, havia uma concentração dos leitos de UTI fora do Sistema Único de Saúde. Cumpre ressaltar que essa concentração de leitos fora do SUS não foi observada em relação aos leitos de internação, pois, naquele mês, 71,11% deles eram contratados pelo SUS.

Por outro lado, ainda conforme o CNES, o número de leitos de UTI SUS vem aumentando nos últimos anos. Em dezembro de 2010, eram 16.090, e em agosto de 2013 eram 18.993 leitos, um aumento de aproximadamente 18%. Quanto ao tipo de prestador, verificou-se que 50% dos leitos de UTI SUS estavam vinculados a prestadores públicos, 37% a entidades filantrópicas e 13% a estabelecimentos privados.

Segundo a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, a necessidade de leitos de UTI varia entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares. Segundo dados do CNES, em agosto de 2013, 8% do total de leitos hospitalares (SUS e não SUS) eram leitos de UTI (SUS e não SUS). Esse parâmetro mínimo (entre 4% a 10%) era observado em todos os estados e regiões brasileiras, sempre considerados os leitos totais do país cadastrados no CNES (SUS e não SUS).

Contudo, considerando que 50,17% dos leitos de UTI do país não pertenciam ao Sistema Único de Saúde, a conformidade do número de leitos de UTI disponíveis no país com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002 deve ser vista com extrema cautela. Afinal, se forem considerados apenas os leitos SUS, os seguintes estados possuíam menos de 4% de leitos de UTI em relação ao total de leitos: Roraima, Pará, Amapá, Maranhão, Piauí e Bahia.

A carência de leitos de UTI SUS foi observada em 59% dos 116 hospitais visitados. Nesse mesmo sentido, se manifestaram gestores das Secretarias de Saúde da Bahia, de Belo Horizonte, do Espírito Santo, de Mato Grosso, do Rio Grande do Sul e de Sergipe, além de representantes dos Conselhos Regionais de Medicina do Distrito Federal e de Mato Grosso.

A necessidade de uma quantidade maior de leitos de UTI pode decorrer da inexistência desse recurso físico, da falta de profissionais ou equipamentos ou da regulação inadequada dos leitos existentes. Cumpre destacar que, dos 23.755 leitos existentes nos hospitais visitados, 2.389 (10% do total) estavam indisponíveis para uso. O maior percentual de bloqueios ocorria nas unidades de tratamento intensivo de adultos, onde 14% dos leitos estavam indisponíveis.

Ouvidos a respeito, os gestores dos hospitais visitados informaram que a carência de profissionais era a causa principal desses bloqueios: 12% desses leitos estavam indisponíveis por falta de médicos, 16% devido à ausência de enfermeiros e 18% em decorrência da inexistência de algum outro profissional. Problemas de manutenção ou estrutura predial foram o segundo motivo apontado (18%). Em seguida, foram citadas questões relacionadas a equipa-

mentos (falta 11% ou manutenção inadequada 7%). Cabe salientar que um leito pode estar bloqueado por mais de um motivo, inclusive pela falta de mais de um tipo de profissional.

5.3. Taxa de ocupação hospitalar e tempo médio de internação

A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estipulou como sendo desejável uma taxa de ocupação de 80% a 85%. Já a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomendou que essa taxa ficasse entre 75% a 85% e ressaltou que uma taxa inferior a 75% indicaria baixa utilização e ineficiência na gestão hospitalar.

Segundo os dados informados pelos hospitais visitados, 52% desses estabelecimentos apresentaram em 2012 taxas de ocupação médias superiores a 85%. Entre janeiro e junho de 2013, a maioria das unidades esteve com uma taxa de ocupação superior a 85%. Ressalte-se que, entre as unidades com taxas de ocupação acima de 85%, 18 apresentaram taxas superiores a 100% em 2012 e 17 em 2013. Essas constatações evidenciam uma provável superlotação, que ensejou uma utilização constante de leitos extras, e permitem concluir que a maioria dos hospitais apresentou taxa média de ocupação fora dos parâmetros recomendados pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002.

Por outro lado, 23% das unidades apresentaram taxas médias de ocupação inferiores a 75%, o que pode indicar baixa utilização de recursos e ineficiência na gestão hospitalar.

Cabe ressaltar que os dados aqui apresentados devem ser interpretados levando em conta o critério de seleção dos hospitais visitados. Afinal, em unidades de maior porte e melhor resolutividade a taxa de ocupação tende a ser maior, ao contrário do que ocorre com unidades de pequeno porte e baixa resolutividade.

Foram constatadas diferenças significativas entre as taxas de ocupação das unidades hospitalares visitadas. Por exemplo, em Alagoas, a equipe do TCU observou que, enquanto um hospital de Maceió estava superlotado, outros dois localizados a cerca de 50 km da capital estavam praticamente vazios. Em Roraima, a equipe relatou que geralmente o hospital da capital tem demanda por leito de internação superior à oferta, enquanto outras duas unidades do estado têm uma quantidade de leitos superior à procura.

Outro indicador relevante para se aferir o uso dos leitos nos hospitais é o Tempo Médio de Permanência - TMP. Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, em 2012, a média de permanência das internações hospitalares do SUS atingiu 5,7 dias, sendo que a maior média foi encontrada no Rio de Janeiro (9,2 dias).

Dados da OCDE apontaram que o tempo médio de permanência nos hospitais dos países europeus diminuiu de 8,2 dias em 2000 para 6,9 dias em 2010. Vários fatores explicariam essa redução, tais como, o uso de procedimentos cirúrgicos menos invasivos, as mudanças verificadas nos métodos de tratamento e a expansão de programas de alta precoce, os quais permitiriam que os pacientes recebessem cuidados em casa. Cabe ressaltar que os hospitais dos países avaliados pela OCDE atendem uma população mais idosa que aquela tratada nos hospitais brasileiros. Logo, essa comparação deve ser relativizada.

Nas unidades visitadas, a média de permanência nas internações atingiu 8,18 dias. No entanto, 41% desses hospitais apresentaram taxas médias superiores a oito dias. Esse elevado percentual de permanências mais longas pode ser explicado pelo grande porte dessas unidades, que atendem casos mais graves. Além disso, há casos de pacientes internados aguardando por cirurgias ou transferências.

Consoante afirmado pelo Ministério da Saúde, uma análise mais aprofundada desses dois últimos indicadores deve levar em consideração diversos fatores, como porte e perfil assistencial dos hospitais, além da proporção de leitos destinados a pacientes com patologias crônicas. No entanto, ainda conforme o próprio Ministério, os extremos nos dois indicadores podem indicar ineficiência na gestão hospitalar.

5.4. Recursos humanos

A gestão de recursos humanos é um dos grandes desafios no âmbito do SUS. Na área da saúde, essa questão assume maior complexidade em função das dimensões e especificidades relacionadas à composição e distribuição da força de trabalho, à formação e qualificação profissional, à concorrência entre os mercados de trabalho público e privado, à regulação do exercício profissional, às relações ético-profissionais, às relações de trabalho e aos vínculos profissionais.

O problema é ainda mais grave na área de assistência básica, onde a carência de profissionais é mais acentuada devido aos salários e às condições de trabalho menos atrativas, especialmente, para os médicos.

Segundo dados divulgados pela OMS, no início de 2013, havia no Brasil 17,6 médicos para cada dez mil pessoas, taxa um pouco inferior à média do restante dos países emergentes, que era 17,8, e à média das Américas, que superava 20 médicos por dez mil habitantes. Já na Europa, havia 33,3 médicos para cada dez mil habitantes e alguns países do velho continente apresentavam realidades ainda mais distantes da brasileira, tais como Áustria (48,6 médicos para cada dez mil habitantes), Suíça (40,8), Bélgica (37,8), Dinamarca (34,2) e Alemanha (36,9).

A OMS também apontou as diferentes realidades existentes no Brasil. No Sudeste, por exemplo, a taxa era de 26 médicos por dez mil habitantes, superior à dos Estados Unidos (24), Canadá (20) e Japão (21). Por outro lado, na Região Norte, havia 10 médicos para cada 10 mil pessoas, abaixo da taxa de países como Trinidad e Tobago, Tunísia, Tuvalu, Vietnã, Guatemala, El Salvador ou Albânia. No Nordeste, a taxa era de doze médicos para cada dez mil pessoas, sendo que, em um dos seus estados, o Maranhão, essa proporção chegava a sete médicos por dez mil habitantes, taxa equivalente à da Índia ou do Iraque.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) apresentaram, em dezembro de 2011, um documento intitulado “Demografia Médica no Brasil”, que apresentou dados sobre o número de médicos registrados por habitante. Esse estudo considerou como médico registrado aquele que exercia uma atividade médica, não importando em qual área ou tipo de estabelecimento, e que possuía um registro ativo nos Conselhos Regionais de Medicina.

Segundo consta desse trabalho, o Brasil possuía 19,5 médicos registrados por dez mil habitantes (371.788 profissionais para 190.732.694 habitantes). Foi identificada uma grande concentração de médicos ativos nas regiões Sudeste (26,1 médicos por dez mil habitantes), Sul (20,3) e Centro-Oeste (19,9). As regiões Nordeste e Norte apresentavam, respectivamente, relação de 11,9 e 9,8 médicos para cada dez mil habitantes.

O estudo destacou que determinados entes da Federação, como o Distrito Federal (40,2 médicos por dez mil habitantes), Rio de Janeiro (35,7), São Paulo (25,8) e Rio Grande do Sul (23,1), detinham números próximos ou superiores a países da União Europeia. Na

outra ponta, estavam estados do Norte (Amapá e Pará) e Nordeste (Maranhão) com menos de dez médicos por dez mil habitantes, índices comparáveis aos dos países africanos.

O estudo também chamou a atenção para a elevada proporção de médicos registrados por habitantes em algumas capitais estaduais. Assim, por exemplo, enquanto o Espírito Santo tinha 21,1 médicos registrados por dez mil habitantes, sua capital Vitória contava com 104,1. Florianópolis tinha 64,4 médicos para cada 10.000 habitantes e em Santa Catarina essa taxa era de 18,9. Já em Minas Gerais havia 19,7 médicos por dez mil habitantes e Belo Horizonte contava com 62,9. Por fim, a cidade de São Paulo tinha 43,3 médicos registrados por dez mil habitantes e o Estado de São Paulo tinha apenas 25,8. Aduz-se que Teresina (25,4 médicos por dez mil habitantes), Belém (30,9) e São Luiz (23,3) também ostentavam taxas muito superiores às verificadas em seus respectivos estados: Piauí (10,0), Pará (8,3) e Maranhão (6,8).

Em síntese, nas capitais a taxa de médicos registrados por dez mil habitantes era de 42,2, contra 19,5 no país como um todo. O que comprova a reconhecida dificuldade enfrentada para fixar profissionais nas cidades do interior do país, em especial nas Regiões Norte e Nordeste. Isso se deve principalmente ao fato de estas localidades normalmente apresentarem estruturas precárias para o atendimento ao público e o desenvolvimento profissional, o que desestimula os profissionais de saúde a ingressarem nos quadros dos hospitais públicos dessas regiões. Soma-se a isso o fato de as cidades do interior possuírem uma infraestrutura urbana deficiente, além de poucas opções de lazer e educação, o que descortina um difícil quadro de captação de médicos, mormente os especialistas, mesmo que sejam oferecidos altos salários aos contratados.

No âmbito deste trabalho, constatou-se a existência de déficits no quadro de pessoal de 94 das 116 instituições visitadas, sendo que os gestores de 41 hospitais consideraram que a quantidade de profissionais estava muito abaixo da necessária. Os administradores das outras 53 unidades afirmaram que essa quantidade estaria um pouco abaixo da adequada.

Um efeito imediato do quantitativo insuficiente de profissionais é a não realização de procedimentos ou a sua realização em escala inferior à capacidade da unidade e à demanda. Também ocorre o bloqueio de leitos devido ao número insuficiente de profissionais.

Foi destacada a carência de enfermeiros e de técnicos em enfermagem, sendo que, em alguns casos, essa falta foi considerada pelos gestores mais grave que a insuficiência do quadro de médicos. Também foi mencionado, com menos ênfase, o quantitativo insuficiente de outros profissionais (fisioterapeutas, patologistas, psicólogos, assistentes sociais e assistentes administrativos).

Essa constatação pode demonstrar a necessidade de uma discussão mais ampla acerca da situação do quadro de pessoal que atua na saúde pública do Brasil, fugindo um pouco do debate restrito ao quadro de médicos.

A suposta inadequação da política de recursos humanos adotada pelos entes contratantes, devido à ausência de ações direcionadas para fortalecer a carreira dos profissionais de saúde, foi apontada como uma causa relevante para a carência de recursos humanos nesse setor. Os entes contratantes, em geral, não conseguem compor seus quadros em razão da insuficiência de atrativos salariais, da inexistência de ações de valorização e capacitação profissional e da precária infraestrutura ofertada aos profissionais em algumas unidades de saúde. Aduz-se que a concorrência com o mercado privado, que muitas vezes oferece melhores condições de trabalho, tem contribuído significativamente para a redução do quadro de profissionais da rede pública.

Algumas vezes, a realidade do mercado de trabalho dos profissionais de saúde varia fortemente dentro do mesmo ente da Federação e a concorrência por esses profissionais ultrapassa as fronteiras municipais. Isso se deve também à incipiência das ações relativas à integração entre entes federados e regiões de saúde. Nesse sentido, por exemplo, foi apontada, no Estado de Goiás, uma variação salarial entre os municípios que chega a mais de 250%.

Verificou-se que, no âmbito do SUS, é comum existir uma ampla diversidade de vínculos trabalhistas que abrangem os regimes estatutários de cada ente, as requisições de servidores de outras esferas, os contratos temporários regidos por legislação especial e a contratação de profissionais por meio de cooperativas de trabalho. Conseqüentemente, coexistem diversas formas de remuneração, decorrentes da diversidade de vínculos trabalhistas e das distintas jornadas de trabalho exercidas pelos profissionais.

Em muitos casos, a diversidade de vínculos ocorre dentro da mesma unidade hospitalar, como foi observado no Acre, na Bahia, no Paraná e em Sergipe. No Rio de Janeiro, em especial, foi destacada a dificuldade para gerir esses servidores, devido à diversidade de remunerações pagas a profissionais com qualificações similares e à fragilidade de alguns vínculos.

Nesse contexto, deve ser avaliada com urgência a implementação de uma política permanente para contratar novos servidores e substituir aqueles que se aposentam ou são exonerados. Essa não será uma tarefa fácil, pois alguns entes enfrentam obstáculos decorrentes de restrições orçamentárias e das limitações advindas da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Além do quantitativo insuficiente de trabalhadores, os gestores dos hospitais têm de lidar com um elevado índice de absenteísmo. Em 73 das 116 unidades visitadas, foi relatado que o elevado percentual de faltas, justificadas ou não, acarreta impactos substanciais na prestação dos serviços. Essa situação estaria sendo agravada pela suposta ausência de compromisso dos profissionais (médicos e enfermeiros principalmente) e pela morosidade na instauração e conclusão de processos administrativos disciplinares.

Cabe destacar que o trabalho na área de saúde, pelas suas especificidades, sujeita o profissional a agravos à própria saúde, tais como, adoecimentos frequentes e desgastes emocionais. Isso se deve ao intenso ritmo de trabalho aliado a condições frequentemente desfavoráveis à realização das atividades. Esse contexto contribui para uma maior quantidade de afastamentos e um alto índice de absenteísmo, além de comprometer a produtividade desses profissionais. No entanto, também há indícios de descumprimento da carga horária por parte dos profissionais de saúde de forma injustificada.

A maioria das unidades visitadas ainda não adotou o controle de ponto eletrônico. São utilizados controles manuais (folha de ponto), sendo a responsabilidade pela confirmação da veracidade das informações atribuída à chefia imediata do profissional. Por vezes, a verificação da presença é realizada apenas uma vez por mês, o que dificulta o controle efetivo da assiduidade dos servidores.

Também se constatou ser comum a existência de arranjos que desvinculam o profissional de sua jornada e do quantitativo de horas para o qual foi contratado. Nesses casos, o regime de trabalho é estabelecido em função do número de pacientes atendidos ou procedimentos realizados. Exemplo dessa situação foi verificada no Pará, onde médicos que deveriam cumprir uma jornada de quatro horas atendiam dezesseis pacientes por dia, alegando estarem obrigados a atender um paciente a cada quinze minutos. Nesse mesmo sentido, na Paraíba, as unidades hospitalares estipularam um número de atendimentos a serem realiza-

dos pelo profissional durante o período em que ele estiver no hospital, não sendo exigido o cumprimento de carga horária específica.

Tais condutas, além de ensejar dificuldades para agendar procedimentos em horários cobertos pela escala, mas nos quais o médico não está presente, tornam possível fixar uma quantidade de atendimentos inferior à que seria possível.

Em que pese os questionamentos sobre a possibilidade e regularidade desses arranjos, eles são adotados muitas vezes para manter o profissional nos quadros da unidade. Com relativa frequência, os hospitais permitem que seus médicos cumpram as respectivas jornadas de forma concentrada em determinados dias da semana. Também é comum a flexibilização informal da jornada, o que pode até permitir o cumprimento da carga horária semanal estipulada, mas deixa o atendimento da demanda por uma determinada especialidade ou por um serviço a descoberto em diversos turnos por semana. Deve-se ressaltar que o não cumprimento da escala determinada é ainda mais impactante quando se trata de procedimentos que exigem a presença de diversos profissionais, como numa cirurgia.

O ambiente de trabalho recebe impactos negativos decorrentes da inadequação do quantitativo de profissionais, em especial no que concerne ao elevado absenteísmo e à rotina de trabalho. Conforme relatos colhidos durante as visitas realizadas, conflitos entre profissionais de saúde e pacientes e seus acompanhantes são frequentes em hospitais gerais que sofrem com a sobrecarga de demanda.

Outra consequência relevante da carência de profissionais de saúde nos hospitais é o elevado montante pago a título de horas extras para esses profissionais. Por outro lado, também foi constatado que as horas extras, em muitos casos, são utilizadas como uma remuneração adicional ofertada pelas secretarias de saúde visando atrair profissionais da área médica. Nestes casos, esses valores passam a integrar a remuneração dos profissionais e, às vezes, constituem a maior parcela dessa remuneração de forma praticamente fixa.

Constatou-se ainda que, muitas vezes, profissionais com formação em alguma especialidade acabam prestando serviços em outras áreas, em função do déficit de pessoal nos setores de urgência e emergência dos estabelecimentos hospitalares.

Com fulcro nessas considerações, pode-se concluir que a concentração de profissionais nos grandes centros, em detrimento das localidades menores e mais afastadas, constitui um grande obstáculo para a adequação da oferta de serviços de saúde à respectiva demanda. Além disso, a falta de pessoal está disseminada no sistema de saúde, uma vez que 81% das unidades hospitalares visitadas informaram que o quadro de profissionais apresentava déficit em relação ao estimado para atender à demanda. Como decorrência dessa situação, o bloqueio de leitos por falta de profissionais foi o motivo mais assinalado pelos hospitais visitados para a indisponibilidade de leitos hospitalares.

Por fim, cabe consignar que a ausência de políticas consistentes de recursos humanos tem prejudicado a permanência de profissionais nas unidades para as quais foram designados. A saída desses profissionais tem ocasionado o não cumprimento de jornada de trabalho e o pagamento excessivo de horas extras ou plantões.

5.5. Medicamentos e outros insumos

A gestão de medicamentos e outros materiais de consumo hospitalares apresenta inúmeras especificidades que fazem com que a aquisição, o armazenamento e a distribuição desses produtos exijam substanciais e continuados investimentos em capacitação de pes-

soal, infraestrutura e métodos de trabalho, com vistas a garantir a adequada prestação dos serviços das diversas especialidades médicas das unidades hospitalares.

O controle de medicamentos e insumos deve estar associado a rotinas e sistemas dinâmicos e interconectados, capazes de acompanhar em tempo integral as aquisições, o controle de estoque, a distribuição e o consumo desses materiais. Falhas em uma destas rotinas acarretam riscos de desabastecimento, que, por sua vez, acarretam restrições de procedimentos e, conseqüentemente, colocam em risco a vida de pacientes.

Cabe ressaltar que os gestores de 25 dos 116 hospitais visitados responderam que a falta de medicamentos e insumos restringia a realização de procedimentos ou cirurgias em suas unidades. Os demais administradores apontaram que tais restrições ocorriam raramente ou não aconteciam. Aduz-se que a referida falta seria responsável pela indisponibilidade de 70 leitos num universo de 27.614, o que corresponde a 0,25% dos leitos bloqueados.

Assim, numa primeira aproximação, constatou-se que o impacto da falta de medicamentos e insumos não parece ser tão relevante. Contudo, deve-se ter em mente que esse impacto relativamente reduzido também decorre da adoção pelos hospitais de diversas medidas paliativas, tais como a substituição frequente de materiais por outros menos adequados à realização de determinados procedimentos ou tratamentos, os empréstimos entre unidades, a utilização de estoques de farmácias locais e a aquisição direta de medicamentos pelas próprias unidades hospitalares.

A implementação dessas medidas possibilitou a manutenção do baixo índice de leitos bloqueados por falta de insumos, apesar de ter sido relatada a inadequação do quantitativo de diversos materiais.

A ampla cadeia de agentes e procedimentos envolvidos na gestão de medicamentos e insumos expõe o processo a uma gama de eventos de riscos, que vão desde a intempestiva identificação dos baixos volumes de estoques até a perda de validade dos fármacos devido a falhas na sua distribuição. Durante os trabalhos de campo deste levantamento, foram colhidos diversos relatos acerca da existência de deficiências relativas à aquisição de insumos e medicamentos, em especial no que diz respeito à elaboração de estimativas com base no consumo efetivo de material.

Sobre essa questão específica, o TCU realizou auditoria com vistas a avaliar a conformidade na aplicação de recursos federais transferidos ao Governo do Distrito Federal. Naquela oportunidade, foram identificadas irregularidades referentes a aquisições de medicamentos com indícios de sobrepreço, realizadas no período de 1º/01/2006 a 31/12/2011, no valor histórico total de R\$ 56 milhões.

Também foram detectados os seguintes problemas:

- a) não recebimento de medicamentos e insumos no prazo fixado no processo de aquisição;
- b) alguns fornecedores condicionavam novas entregas de produtos ao recebimento de passivos decorrentes de mercadorias entregues, mas não pagas. Além disso, algumas licitações têm sido desertas;
- c) prescrição por médicos de medicamentos não inseridos no rol padrão ou no protocolo geral estabelecido pelo Ministério da Saúde ou pela secretaria de saúde local;
- d) uso indevido de dispensas de licitação por motivo emergencial, que se apresenta com uma prática cotidiana e já institucionalizada no âmbito de algumas unidades responsáveis pela aquisição destes materiais;

- e) requisições e empréstimos informais de medicamentos entre hospitais da rede pública, muitas vezes sem o conhecimento das secretarias de saúde. Isso dificulta o acompanhamento do quantitativo de insumos disponível na rede e, conseqüentemente, a visão gerencial dessas secretarias;
- f) estocagem local de medicamentos em setores ou departamentos das unidades hospitalares, as chamadas farmácias satélites, o que torna mais difícil o adequado controle de materiais no âmbito da própria unidade hospitalar. Das unidades visitadas, em 33 (28% da amostra) havia essa forma de estocagem. Note-se que a estocagem de insumos em farmácias locais, situadas em setores específicos de serviços hospitalares, tais como UTI e pediatria, facilita o regular funcionamento de médias e grandes unidades hospitalares. Todavia, alguns profissionais, por receio de futura escassez ou em decorrência da cultura de tratar o setor como unidade independente das demais áreas do próprio hospital, tendem a estocar, nas farmácias satélites, elevada quantidade de medicamentos e insumos. Nesses casos, observa-se uma série de impactos negativos sobre a administração de materiais, a saber: perda de informações sobre o consumo médio e a quantidade de produtos estocados, dificuldades para controlar a validade de produtos e o aumento do número de extravios e furtos;
- g) muitas unidades hospitalares e estoques centrais nas secretarias de saúde carecem de sistemas e procedimentos adequados para controlar as solicitações, as saídas e a distribuição de medicamentos. Destaca-se que 53% das unidades visitadas afirmaram não possuir instrumentos de gestão de medicamentos e insumos, inclusive no que concerne à utilização de sistemas informatizados;
- h) foram constatadas falhas nos sistemas de dosagem de fármacos, as quais facilitam a ocorrência de desperdícios e furtos. Visando dimensionar o impacto desse problema, pode-se citar que o aperfeiçoamento do sistema de dispensação de medicamentos utilizado na UTI de um hospital no DF gerou uma economia de aproximadamente 30% na aquisição e reposição de remédios.

Uma consequência negativa desses problemas é o elevado desperdício. A título de exemplo, pode-se citar que, no primeiro semestre de 2013, uma equipe de auditoria do TCU detectou a existência no almoxarifado da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju de diversos itens com prazo de validade vencido. O peso desses itens, que foi calculado pelo Núcleo de Suprimento (Nusup) da Prefeitura Municipal de Aracaju (SE), em janeiro de 2013, atingiu 25.383 Kg de medicamentos, 6.250 Kg de materiais cirúrgicos e odontológicos e 571 Kg de leite e dietas. Logo, havia mais de 32 toneladas de materiais sem condições de uso.

Adicionalmente, cabe ressaltar a possibilidade de ocorrerem furtos, nos estoques centrais e nas próprias unidades hospitalares, de materiais como filmes de radiologia, medicamentos e roupas de cama. Devido ao descontrole do estoque que foi relatado em alguns hospitais visitados, os gestores dessas unidades e as respectivas secretarias de saúde encontram muitas dificuldades para calcular o volume de materiais de consumo furtado de unidades hospitalares e identificar os responsáveis por esses crimes.

5.6. A judicialização da saúde

Outra consequência das deficiências na gestão de fármacos é o aumento do número de ações judiciais decorrentes da falta de medicamentos que deveriam ser ofertados pelas secretarias de saúde. No entanto, ressalva-se que esse aumento possui diversos outros motivos.

A chamada “judicialização da saúde” tem sido tema constante nos debates relativos a essa área. Devido à sua relevância, ela motivou a edição pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) da Recomendação nº 31, de 30/03/2010, cujo objetivo foi a adoção por parte dos tribunais de medidas adequadas para subsidiar os magistrados na solução das demandas judiciais que envolvem a saúde.

O aumento da quantidade de ações judiciais propostas em face do Poder Público com o fito de obter o fornecimento de medicamentos ou a realização de cirurgias e procedimentos tem preocupado os gestores da saúde nas três esferas. Os referidos administradores, muitas vezes, alegam que essa interferência despreza fluxos e protocolos existentes, impõe a realização de tratamentos extremamente onerosos e resulta numa inversão de prioridades nos gastos com medicamentos no âmbito das políticas públicas, o que gera um grave impacto na programação anual de saúde.

Essas alegações estão em consonância com as conclusões de um estudo realizado pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Por meio desse estudo, foi constatado que os gastos daquele Ministério e de outros entes federados, efetuados visando cumprir decisões judiciais, tiveram significativa materialidade entre 2005 e 2011. Assim, por exemplo, o Estado de São Paulo, somente no ano de 2008, gastou R\$ 400 milhões no atendimento às demandas judiciais relacionadas à saúde. Esse gasto é 567% maior que o observado em 2006, que foi de R\$ 60 milhões. Aduz-se que, em 2010, os gastos do estado em comento com a judicialização da saúde chegaram a quase setecentos milhões.

Ainda segundo o estudo em tela, os valores gastos pelo Ministério da Saúde para atender decisões judiciais, por meio de depósito judicial ou repasses a estados e municípios para que esses entes federados cumpram a decisão judicial, saltaram de R\$ 1.572.540,00, em 2006, para mais de R\$ 22.106.700,00, em 2011, último exercício abrangido pelo trabalho. Isso equivale a um aumento de 1.406% em apenas cinco anos.

Uma consequência dessas ações judiciais pode ser o aumento dos custos de aquisição, uma vez que, na maioria das vezes, essas compras são realizadas por meio de dispensa de licitação e em volumes pequenos, tendo em vista a necessidade de atender apenas os pacientes abrangidos pelas decisões judiciais.

Com fulcro nessas considerações, pode-se concluir que:

- a) a insuficiência de medicamentos e insumos foi observada no presente trabalho. Por outro lado, a restrição na realização de procedimentos devido à falta de insumos era pouco frequente;
- b) também foi relatada a substituição de medicamentos e insumos, em especial, a utilização de materiais de alto custo para substituir aqueles de baixo custo que se encontravam em falta na unidade;
- c) falhas no processo de licitação e compra foram os motivos mais apontados pelos gestores de hospitais entrevistados para a falta ou insuficiência de medicamentos e insumos;
- d) outro motivo relevante para esses problemas era o desperdício de medicamentos e insumos, que foi confirmado em 39% das unidades visitadas;

- e) a carência de instrumentos de gestão na área de medicamentos e insumos foi levantada por 53% dos gestores dos hospitais visitados;
- f) a falta de instrumentos e mobiliários básicos foi relatada por 48% das unidades visitadas;
- g) por fim, cabe destacar que muitos gestores demonstraram preocupação com a elevada quantidade de ações judiciais cujo objeto foi a aquisição de medicamentos.

5.7. Equipamentos

A gestão e a utilização eficazes de equipamentos produzem grande impacto na quantidade, qualidade e tempestividade dos procedimentos realizados no âmbito das unidades hospitalares. A prestação de serviços médicos à população está estreitamente relacionada com a existência de unidades hospitalares bem equipadas, tanto no que se refere a equipamentos de alto custo, quanto no que diz respeito a instrumentos, mobiliários básicos, medicamentos e insumos. A questão se reveste ainda de mais interesse devido aos altos custos de aquisição e manutenção de muitos desses equipamentos.

Entre os problemas detectados nesse particular destacam-se o número insuficiente de equipamentos, o déficit do quadro de profissionais capacitados para operá-los e a inadequação da estrutura física para instalação e utilização desses aparelhos.

Em 89 hospitais visitados (77% da amostra), foi informada a necessidade de algum equipamento inexistente na unidade, inclusive máquinas de alto custo (mais de um milhão de reais), que normalmente só estão presentes em poucas unidades hospitalares, a exemplo de aparelhos de ressonância magnética, tomógrafos e mamógrafos. Também foi constatado que haveria 251 leitos bloqueados em função da falta dos equipamentos mínimos necessários para o seu funcionamento, o que corresponde a 11% dos leitos indisponíveis. Observou-se que a falta de equipamentos mínimos atingia mais os leitos cirúrgicos (143 bloqueios). Em segundo lugar, estavam os leitos clínicos (47) e em terceiro os de UTI adulto (23).

Além dos equipamentos de alto custo, foi relatada a ausência ou quantidade insuficiente de equipamentos cujos valores de aquisição estão na faixa dos quarenta a cem mil reais (custo médio). Esses aparelhos possuem valores individuais relativamente baixos se comparados com os equipamentos de diagnóstico anteriormente citados, contudo essas máquinas mais baratas estão presentes em maior número nos hospitais, uma vez que possuem como característica a acomodação ou o acompanhamento do estado clínico de pacientes. Assim, a falta ou a quantidade insuficiente desses equipamentos implica risco direto para a manutenção da vida de pacientes em estado grave.

Foi relatada também a inadequação do quantitativo de equipamentos de baixo custo, como itens de mobiliário para pacientes e acompanhantes, carro de anestesia e suporte de soro.

Foram apontadas duas causas principais para a carência de equipamentos: dificuldades enfrentadas para realizar a manutenção adequada desses aparelhos e falta de recursos para adquirir e renovar os equipamentos hospitalares.

Constatou-se que 52 unidades (45% dos hospitais) apontaram problemas relacionados à ausência de contratos de manutenção dos equipamentos de alto custo ou a existência de contratos com graves deficiências, em especial demora no atendimento. Desses 52 hospitais, 19 estão na Região Nordeste, 12 na Região Norte, 12 no Centro-Oeste, 7 na Região Sul e apenas 2 no Sudeste. Aduz-se que em 32 estabelecimentos (28% dos 116 hospitais visitados), foi relatada a existência na unidade de equipamentos quebrados sem perspectiva de conserto.

A manutenção deficiente de equipamentos foi apontada como um motivo para o bloqueio de 162 leitos nas unidades visitadas (7% dos leitos que se encontravam indisponíveis).

Esse quadro se torna ainda mais complicado em decorrência da ausência ou insuficiência de ações relacionadas ao inventário patrimonial dos equipamentos. A falta de informações confiáveis sobre a quantidade, o estado de conservação e o tempo restante de vida útil dos aparelhos impacta na contratação de serviços de manutenção e no planejamento, o que facilita a obsolescência ou a indisponibilidade de equipamentos hospitalares. A situação se agrava ainda mais no nível das secretarias de saúde, nas quais a desinformação sobre as condições de operação e a produtividade ocasiona a má distribuição de equipamentos e serviços na rede de saúde, bem como impede o planejamento relativo à aquisição, à substituição e ao desfazimento de equipamentos utilizados para prestar serviços hospitalares.

A falta de conhecimento acerca da própria infraestrutura física e tecnológica restou demonstrada nos casos das compras de equipamentos incompatíveis com o porte das unidades que receberam essas máquinas ou cuja demanda não justificaria sua aquisição. Em 27 hospitais (23% da amostra), foi informada a existência de equipamentos que não foram instalados ou eram subutilizados devido à inadequação da estrutura física da unidade a que se destinavam. Note-se que, devido ao longo período de tempo transcorrido desde a aquisição de alguns desses equipamentos, é provável que eles já estejam inutilizados ou exijam altos investimentos em consertos para serem postos em funcionamento, o que consolida a perda de recursos públicos.

Em 68 hospitais (59% da amostra), foi relatada a existência de equipamentos obsoletos, incluindo alguns de alto custo, o que pode ensejar a realização de procedimentos em número inferior ao que seria possível, a exposição de pacientes e operadores à radiação acima da devida, a falta de conforto e segurança para o paciente, elevados custos de manutenção e a repetição de exames devido a resultados insatisfatórios.

A utilização de equipamentos de alto custo também estava sendo impactada pela carência de insumos (em 15 das 116 unidades) e pela inadequação do quantitativo de pessoal habilitado (em 26 dos hospitais visitados).

As principais consequências desses problemas são as seguintes:

- a) não realização de procedimentos ou sua realização em quantitativo inferior à capacidade da unidade e à demanda;
- b) perda de qualidade e segurança do atendimento prestado, o que pode ocasionar equívocos ou diagnósticos clínicos intempestivos;
- c) aumento de custos decorrente da repetição de exames, a qual deriva da má qualidade dos resultados desses exames;
- d) aumento da frequência das ações de manutenção de equipamentos obsoletos;
- e) gastos relativos aos insumos utilizados pelos equipamentos antigos, que podem ser dispensados pelos aparelhos de geração mais recente.

5.8. Estrutura física dos hospitais

Gestores de 85 unidades hospitalares (73% do total) afirmaram que a estrutura física dessas entidades não era adequada ao atendimento da respectiva demanda. Aduz-se que essa inadequação foi apontada como um dos principais problemas pelos responsáveis por 50% dos hospitais. No dizer dos administradores, os principais problemas eram os seguintes:

- a) mau estado de conservação do imóvel ou estrutura antiga: prejudica a instalação de novos equipamentos. Nesse sentido, 23% dos hospitais visitados relataram a existência de equipamentos de alto custo não utilizados ou subutilizados por ausência de estrutura física adequada;
- b) projeto arquitetônico ruim ou defasado;
- c) o hospital ocupava um imóvel que foi projetado com outros fins, tais como hotéis ou unidades administrativas;
- d) problemas com a lavanderia (equipamentos velhos ou quebrados);
- e) problemas nas instalações hidráulicas, elétricas ou de gás.

Mais da metade dos gestores entrevistados (59%) destacaram que os problemas de manutenção ou estrutura predial contribuíam significativamente para a indisponibilidade de leitos hospitalares. Havia 436 leitos bloqueados em decorrência dos problemas em tela, o que equivalia a 18% do total de leitos bloqueados. Os leitos mais atingidos por essa deficiência eram os cirúrgicos (186 leitos) e os clínicos (131).

Cabe destacar que 29 hospitais (25% do total) afirmaram não possuir local adequado para guardar cadáveres, sendo que muitas dessas unidades queixaram-se da ausência de refrigeradores. A maioria desses estabelecimentos estava localizada nas Regiões Norte (13 unidades) e Nordeste (9 unidades).

A estrutura inadequada apresenta ainda uma outra faceta: em 22% das unidades visitadas, localizadas nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os gestores afirmaram que o serviço de lavanderia não estava adequado à demanda existente.

Uma das possíveis causas para os problemas detectados na estrutura física era a inexistência de contratos de manutenção predial vigentes. Nesse sentido, apenas 49% das unidades (47 das 96 que responderam a esse questionamento) afirmaram que haviam celebrados tais contratos e que eles ainda estavam vigentes. Além disso, 45% dessas unidades asseveraram que esses contratos não atendiam todas as suas necessidades e 30% avaliaram como regular a tempestividade e a qualidade dos serviços prestados no âmbito dessas avenças.

Problemas nas licitações e falta de recursos financeiros para realizar as reformas necessárias também foram apontados como possíveis causas para a não adequação da estrutura física.

Os problemas na estrutura física e na manutenção dos imóveis geravam efeitos negativos, tais como: perda da qualidade do atendimento prestado, desconforto para pacientes e acompanhantes, bloqueio de leitos, redução da capacidade de atendimento hospitalar ou não prestação de atendimento, ambiente propício à infecção hospitalar e aumento do tempo para atendimento da fila.

5.9. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

Conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.616/1998, o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Em 96% dos hospitais visitados existia essa comissão. As unidades sem CCIH estavam localizadas nas Regiões Centro-Oeste (2), Norte (2) e Nordeste (1). Em dois hospitais, essa comissão ainda não havia sido instalada devido à falta de pessoal. Dos gestores que afirma-

ram possuir CCIH instalada, 96% declararam que essa comissão estava ativa. Assim, dos 116 hospitais visitados, 107 (92%) possuíam a comissão instalada e ativa e nove (8%) não a possuíam ou ela não está ativa.

Em 73% dos 114 hospitais visitados, não houve problemas relacionados à infecção hospitalar que prejudicaram a qualidade do atendimento. Por fim, quase 50% dos gestores entrevistados avaliaram como regular, ruim ou péssimo o cumprimento das normas de controle de infecção pelos profissionais das suas unidades.

5.10. Sistemas informatizados

A Tecnologia da Informação – TI é de extrema importância para o processo de tomada de decisão, pois a administração hospitalar é bastante influenciada pela disponibilidade e utilização das informações fornecidas por essa tecnologia. Assim sendo, tais informações precisam estar disponíveis e serem adequadas para viabilizar uma gestão eficiente e eficaz.

Verificou-se que 11% dos 116 hospitais visitados afirmaram não possuir sistema informatizado. Além disso, 87% das unidades que possuem tal sistema alegaram enfrentar problemas na área de TI, tais como instabilidade frequente da rede de computadores, que foi apontada como o principal problema por 47% das unidades que possuíam sistemas informatizados.

Também foram apontados os seguintes problemas: velocidade de processamento insuficiente (41% dos hospitais), inadequação do sistema ao atendimento prestado na unidade (36%), inserção inadequada de informações nos sistemas (35%), falta de treinamento da equipe (34%), suporte técnico inadequado (31%) e dificuldades para utilizar os sistemas (14%), o que compromete o registro das informações e prejudica a confiabilidade da base de dados.

Com esquite nos dados levantados no presente trabalho, pode-se concluir que a Tecnologia da Informação, na maioria dos hospitais visitados, não fornecia o suporte adequado para uma boa prestação dos serviços. Considerando a elevada demanda e a necessidade de atendimento tempestivo, a prestação de serviços hospitalares ficava muito prejudicada pela não utilização de sistemas informatizados que efetivamente auxiliassem nas diversas tarefas desenvolvidas pelos hospitais.

5.11. Informações complementares encaminhadas pelo Ministério da Saúde

A versão preliminar do relatório de levantamento foi remetida à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com a finalidade de obter comentários sobre as questões e os problemas ali tratados. Tais comentários agregaram informações sobre a atuação daquele Ministério na área da assistência hospitalar, em especial no que concerne à existência de estratégias para enfrentar os problemas existentes. Entre essas estratégias, destacam-se o Programa SOS Emergência, oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 1.663/2012, e as diretrizes da futura Política Nacional de Atenção Hospitalar (minuta de portaria submetida à consulta pública no final de 2012 e ainda não publicada).

O Programa SOS Emergência é uma ação estratégica desenvolvida pelo Ministério da Saúde, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, para qualificar a gestão e o atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde nos maiores hospitais de urgência do SUS. O referido programa está implantado em 22 unidades hospitalares e alcançará, até o final de 2014, as quarentas maiores emergências hospitalares do país.

Os estabelecimentos selecionados no âmbito desse programa deverão criar o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), além de implantar mecanismos seguros de gestão do acesso por meio do acolhimento e da classificação do risco. Podem ser concedidos incentivos aos estabelecimentos participantes com vistas ao pagamento de despesas com investimento e custeio.

Já a Política Nacional de Atenção Hospitalar, conforme consta de minuta de portaria apresentada na Consulta Pública do Ministério da Saúde nº 19, de 1º/11/2012, observará as seguintes diretrizes: regionalização da atenção hospitalar com abrangência territorial e populacional, acesso regulado, acolhimento com classificação de risco e atendimento a vulnerabilidades específicas e monitoramento e avaliação de desempenho das ações gerenciais e assistenciais.

Aduz-se que a Política Nacional de Atenção Hospitalar possui os seguintes eixos estruturantes: atenção hospitalar, gestão para ampliar o acesso e a qualidade da atenção hospitalar, formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho, financiamento, contratualização e responsabilidade de cada esfera de gestão do SUS.

Além das suas estratégias, o Ministério da Saúde apresentou informações sobre outras questões, como financiamento da saúde, redução do número de leitos e respectiva taxa de ocupação.

5.12. Síntese dos resultados do levantamento realizado nos hospitais

O Brasil possui uma quantidade de leitos hospitalares por habitante inferior a de muitos países, como Portugal, Itália, Argentina, Cuba e França, conforme dados fornecidos pela OMS. Além disso, a maioria dos estados brasileiros não possui a quantidade de leitos por habitantes recomendada pelo Ministério da Saúde. Por fim, mesmo em estados que apresentam uma adequada proporção de leitos por habitante, foi constatada a carência de algum tipo de leito.

Em 83% dos hospitais visitados, restou comprovada a superlotação dos respectivos setores de emergência. Também foi observada em 47% dessas entidades a superlotação das unidades de internação.

Foram apontados problemas e deficiências na gestão e na regulação dos leitos existentes, tais como bloqueio de leitos em decorrência da falta de pessoal ou de equipamentos essenciais e dificuldades para referenciar pacientes.

Em relação aos recursos humanos, foram apresentados dados constantes de trabalhos recentes da OMS, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que demonstram a distribuição desigual dos médicos no Brasil. Ademais, em 81% dos hospitais visitados, os gestores informaram que o quadro de profissionais apresentava déficit em relação ao que havia sido estimado para atender adequadamente a demanda.

A falta de profissionais foi o motivo mais frequente para o bloqueio de leitos. Os hospitais visitados informaram a existência de 1.121 leitos indisponíveis por esse motivo, sendo 437 por falta de “outros profissionais”, 388 por falta de enfermeiros e 296 por falta de médicos. Ressalva-se que um leito pode estar bloqueado por mais de um motivo ou devido à falta de mais de um profissional.

Outros problemas constatados foram o absenteísmo e o pagamento excessivo de horas extras ou plantões em alguns estados.

Em relação à disponibilidade e utilização de medicamentos e insumos, foi constatado que alguns procedimentos não foram executados devido à falta de medicamentos e insumos hospitalares. A frequência com que esse problema ocorria variava muito de uma unidade hospitalar para outra. Além disso, havia a substituição de medicamentos e insumos inexistentes por outros que estavam disponíveis. Esse procedimento, além de produzir impactos negativos na saúde dos pacientes, gerava desperdício de recursos públicos.

Também verificou-se que havia carência de instrumentos de apoio à gestão de medicamentos e insumos, ocorria o desperdício de medicamentos e insumos, inclusive, em alguns casos, em decorrência da negligência dos profissionais que atuavam nos hospitais e as demandas judiciais visando ao fornecimento de determinados remédios de alto custo eram crescentes.

Foram identificados os seguintes problemas no que se refere aos equipamentos hospitalares: falta de equipamentos de alto custo, bloqueio de leitos por falta ou manutenção inadequada de equipamentos, existência de equipamentos que não foram instalados devido à inadequação da estrutura física da unidade, presença de equipamentos obsoletos e ausência ou deficiência de contratos de manutenção. Além disso, a maioria dos gestores das unidades hospitalares visitadas afirmou que a estrutura física dessas unidades não era adequada ao atendimento de sua demanda.

Existiam Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em 96% das unidades de saúde visitadas, porém, nem todas elas estavam ativas. Ademais, os administradores desses hospitais não avaliaram como adequado o grau de cumprimento pelos funcionários das normas relacionadas ao controle de infecções hospitalares.

Em 87% das unidades visitadas, havia problemas relacionados com os recursos de tecnologia da informação.

Cumpram ressaltar que o levantamento de auditoria na assistência hospitalar do SUS, ao contrário de uma auditoria típica, não teve como objetivo evidenciar de maneira robusta os problemas detectados, mas tão somente identificá-los. Desse modo, trabalhos posteriores, observada a jurisdição deste Tribunal, poderão aprofundar a análise dos principais problemas aqui levantados.

VI - Grandes temas acompanhados pelo TCU

O Sistema Único de Saúde tem o grande desafio de prestar assistência à saúde para toda a população brasileira, assegurada a observância aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, a Administração Pública dispõe de um orçamento limitado para atender uma demanda crescente por diagnósticos e tratamentos, a qual é incrementada pelo aumento do quantitativo populacional, pela transição epidemiológica (diminuição dos casos agudos e aumento das doenças crônicas), pelo aumento da longevidade e pelas inovações tecnológicas.

Desde a sua implantação, com a Constituição de 1988, o SUS tem realizado diversos avanços na prestação de serviços de saúde, dentre os quais se destaca a ampliação da

assistência à saúde para grande parte da população brasileira. Entretanto, atualmente, a saúde tem sido alvo de diversas discussões e exigências da população brasileira. Pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a finalidade de conhecer as percepções sobre os bens e serviços públicos oferecidos em diversas áreas, apontou que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços de saúde. Nesse sentido, as pessoas ouvidas apontaram a necessidade de aumentar o número de médicos e reduzir o tempo necessário para marcar consultas ou obter atendimento. De positivo, foi constatado que a avaliação geral do SUS por aqueles que já utilizaram seus serviços é bem mais positiva que a percepção expressa por aqueles que não o fizeram.

Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema público de um país de dimensões continentais, que apresenta grandes diferenças demográficas, socioeconômicas e culturais. Por via de consequência, melhorar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde é um constante desafio.

Estudos do Ministério da Saúde destacam que a saúde é considerada uma *sine qua non* para o desenvolvimento. Afinal, a assistência adequada à saúde da população favorece o aumento da renda dos indivíduos, a empregabilidade do mais baixo estrato de renda da sociedade, a melhoria da capacidade de aprendizado da população e o incremento da expectativa de vida. Em síntese, a melhoria do nível da saúde da população contribui para o desenvolvimento socioeconômico do país como um todo.

Diante disso, aquele Ministério elaborou o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) com vistas a avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Em 2012, esse índice demonstrou a magnitude das disparidades regionais e estaduais existentes em nosso país. Naquela ocasião, o Brasil possuía um IDSUS de 5,47, numa escala de 0 a 10. A Região Sul teve pontuação de 6,12, seguida do Sudeste (5,56), Nordeste (5,28), Centro-Oeste (5,26) e Norte (4,67). Entre os estados, os índices mais altos estavam na região Sul - Santa Catarina (6,29), Paraná (6,23) e Rio Grande do Sul (5,90). Na sequência, vinham Minas Gerais (5,87) e Espírito Santo (5,79). As menores pontuações foram as do Pará (4,17), de Rondônia (4,49) e do Rio de Janeiro (4,58).

Consciente da relevância desse assunto, o Tribunal de Contas da União realizou vários trabalhos, visando detectar deficiências e oportunidades de melhoria na prestação de serviços à população. A seguir, serão apresentadas algumas auditorias consideradas muito relevantes.

6.1. Cartão SUS

O Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS, está previsto nos normativos desde a segunda metade da década de 1990. Sua implementação visa à consecução de dois objetivos principais. O primeiro se refere à alimentação adequada da base de usuários do Sistema Único de Saúde, o que possibilitará identificar o gestor de saúde responsável e o conjunto de serviços de atenção à saúde prestado a esses usuários. Já o segundo está relacionado com o registro dos dados dos atendimentos prestados e a disponibilização de informações confiáveis para os agentes responsáveis pela formulação de políticas públicas de saúde. Pretende-se, assim, melhorar a gestão do SUS e a qualidade dos atendimentos prestados ao público.

O Ministério da Saúde destinou recursos oriundos do projeto Reforsus, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, para custear as ações necessárias à implantação do Cartão SUS. Contudo, tais ações foram praticamente paralisadas no primeiro

semestre de 2003, tendo sido alegada a necessidade de migrar os sistemas proprietários para software livre. Contudo, cabe ressaltar que o Ministério era proprietário de todo o código fonte produzido no âmbito do projeto piloto.

Em seguida, por meio da Portaria SAS/MS nº 174/2004, foi determinado que nos procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigissem autorização prévia houvesse obrigatoriamente a identificação dos usuários por meio do número do Cartão SUS. Com isso, as instituições de saúde públicas e conveniadas passaram a cadastrar os usuários que não sabiam informar o número do cartão no ato do atendimento. Foi adotada uma numeração provisória, o que resultou na proliferação de cadastros duplicados, considerada hoje como um dos maiores problemas enfrentados pelo Cadastro Nacional de Usuários do SUS.

Nos anos seguintes ao término do projeto piloto, não houve evolução significativa na implantação do Cartão SUS, apesar do grande volume de gastos efetuados. Em 2006, foi instituída a Comissão de Revisão do Projeto do Cartão Nacional de Saúde, que foi incumbida de apresentar um diagnóstico da situação desse Projeto e elaborar um plano para sua implantação.

Entre 2007 e 2008, por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde contratou a Fundação Getúlio Vargas para realizar novo diagnóstico da situação do Cartão SUS. As conclusões apresentadas foram semelhantes às da Comissão de Revisão instaurada anteriormente, quais sejam:

- a) o Cartão SUS se tornou um mero cadastro dos usuários, já que o sistema de prontuário eletrônico, constante do projeto original, não havia sido desenvolvido;
- b) não havia interfaces com outros sistemas de informações em saúde, exceto para troca de alguns dados básicos;
- c) foram estimadas em aproximadamente 27% as duplicidades existentes no cadastro nacional;
- d) cidades como Belo Horizonte, Brasília e São Paulo utilizavam sistemas próprios de cadastramento e emissão de cartões, independentes e sem integração com o cadastro nacional. Os equipamentos e cartões adquiridos no âmbito do projeto piloto haviam sido abandonados.

Foram relatadas as seguintes causas para o insucesso desse projeto: ausência de benefícios do Cartão SUS perceptíveis pelos cidadãos e profissionais de saúde, expansão não planejada, emissão centralizada do cartão pelo Ministério da Saúde e dificuldade para entregar o cartão definitivo ao seu proprietário, problemas na transmissão dos cadastros para a base de dados federal, ausência de responsáveis pelo Cartão nas Secretarias de Atenção à Saúde (SAS/MS) e de Vigilância em Saúde (SVS/MS), ambas do Ministério da Saúde, falta de apoio do Ministério da Saúde à implantação do Projeto em alguns municípios e encerramento do contrato de manutenção dos equipamentos adquiridos pelo Ministério.

Também foi apontada a rejeição dos médicos à utilização do Terminal de Atendimento do SUS, devido ao receio por esses profissionais do aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e da avaliação do cumprimento da jornada de trabalho e da qualidade do atendimento.

Diante desse panorama, o Projeto do Cartão Nacional de Saúde foi incluído em levantamento realizado pelo TCU no início de 2009 em razão de sua relevância para o desenvolvimento do SUS. Aduz-se que a materialidade dos recursos públicos aplicados desde o início do projeto contrastava com a ausência de resultado.

Nesse primeiro levantamento, foram identificados riscos como: transformação do Cartão SUS em apenas um cadastro de usuários e seus domicílios, sucateamento e obso-

lescência dos equipamentos adquiridos no projeto piloto, utilização do número do Cartão SUS para fraudar internações e procedimentos de alto custo e perda do conhecimento adquirido no treinamento ministrado sobre a operação do sistema do Cartão SUS e deslocamento dos recursos humanos treinados para outras atividades.

Posteriormente, em 2011, foi realizado novo levantamento pelo TCU, que abordou o aspecto da legalidade das contratações efetuadas no âmbito do Cartão Nacional de Saúde, o desenho reformulado da solução e o cronograma de implantação. Foi analisada uma amostra dos processos referentes à ação do Cartão SUS, tendo sido identificadas questões relevantes, tais como:

- a) indícios de desvio de finalidade, consubstanciados na ocorrência de pagamentos estranhos aos objetivos precípuos do Cartão Nacional de Saúde;
- b) adesão irregular à ata de registros de preços para contratar empresa para prestar serviços especializados de consultoria técnica, suporte técnico e treinamento;
- c) aquisição de licenças de software em quantidade maior do que seria necessário;
- d) celebração de convênios cujos objetos seriam melhor executados mediante contratos;
- e) realização de licitação para contratar bens e serviços de informática na modalidade concorrência com previsão de contratação por homem/hora, não por produtividade.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem realizado ações com o intuito de implantar o Cartão SUS na plenitude das funcionalidades previstas. A primeira dessas ações foi a reformulação do marco regulatório, por meio da edição de três portarias no ano de 2011.

Em 2012, a Lei Orçamentária Anual – LOA incluiu no âmbito da Ação 6.152 – Cartão Nacional de Saúde, dotação no valor total de R\$ 151 milhões, com o fito de custear ações relativas à capacitação de equipes do “Programa Saúde da Família”, aquisição de solução para regularizar a situação do cadastro nacional de usuários do Cartão SUS, aquisição de 109 milhões de unidades do cartão (mídia), melhoria das telecomunicações, aquisição de licenças para expandir o banco de dados e estruturar as Unidades Básicas de Saúde para acessar os sistemas do Cartão SUS e impressão do cartão. Posteriormente, a LOA 2013 alocou R\$ 75.390.000,00 para a ação relativa ao Cartão Nacional de Saúde.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) analisou a infraestrutura de tecnologia de informação (comunicação, armazenamento e processamento dos dados) disponível para o Projeto Cartão SUS em todo o país. Simultaneamente, avaliou a demanda atual e a previsão de crescimento dessa demanda nos próximos anos, coletou informações sobre o processo de modernização dos hospitais federais, reviu o planejamento do projeto para implantação do Cartão com todas as suas funcionalidades e analisou o plano de capacitação de recursos humanos para a gestão do Projeto Cartão SUS.

Entretanto, não foram apresentadas alternativas para resolver ou mitigar os problemas resultantes de operações com o Cartão SUS nos municípios onde não há disponibilidade de conexão à rede mundial de computadores em tempo integral. Também não foram descritos os sistemas de informações a serem desenvolvidos ou adaptados para o processo de compensação financeira entre os municípios que atendem usuários de outras localidades no âmbito da Programação Pactuada e Integrada ou para o ressarcimento ao SUS. Por fim, precisa ser solucionado o problema da duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS.

Recentemente, visando reforçar o controle sobre os pagamentos de internações no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde expediu a Portaria GM/MS nº

1.905/2013, por meio da qual foi determinado que as informações de pacientes internados no SUS sejam obrigatoriamente checadas junto à base de dados do Cartão Nacional de Saúde. A medida entrou em vigor em fevereiro de 2014.

6.2. Atenção Básica

No Brasil, a Atenção Básica ou atenção primária, é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, conforme disposto na Portaria GM/MS nº 2.488/2011.

Segundo consta do Plano Nacional de Saúde para o quadriênio 2012-2015, a ampliação da Atenção Básica é o principal instrumento para garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Afinal, existem evidências de que os sistemas orientados pelos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados, maior satisfação dos usuários e maior equidade com menores custos. Tais evidências consistem principalmente em melhores taxas de mortalidade geral, por doença cardíaca e infantil, melhores taxas de detecção precoce de cânceres, como os localizados no cólon-retal, na mama ou no útero e menor número de crianças com baixo peso ao nascer e maior expectativa de vida em todas as faixas de idade, exceto aos 80 anos.

Cabe acrescentar que uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e resolva 95% deles é condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde. Tais constatações foram corroboradas em relatórios da Organização Mundial de Saúde, que salientam a necessidade de reduzir o enfoque desproporcionado em cuidados terciários especializados, frequentemente referidos como “hospitalocentrismo”. Nesse sentido, a maioria dos países da OCDE tem realizado esforços para diminuir a dependência de especialistas e tecnologias hospitalares, de forma a manter os custos sob controle, além de acelerar a mudança dos cuidados prestados no hospital especializado para os cuidados primários.

Não se pode olvidar também que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implementou o Programa Saúde da Família, que é a principal estratégia para reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica.

Com essa finalidade, foi estabelecido que nas unidades básicas de saúde deve haver equipes multiprofissionais, que são responsáveis por acompanhar mil famílias localizadas em área geográfica delimitada. Essas equipes executam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e de manutenção da saúde da comunidade. Elas são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, também contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

No âmbito do SUS, a administração municipal deve garantir a Atenção Básica em saúde. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pela organização e execução das ações de saúde em unidades próprias localizadas em seu território. Ao Ministério da Saúde

competete definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da política; garantir o aporte de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica e fornecer apoio institucional aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e consolidação da Atenção Básica.

Em 2009, o TCU realizou auditoria operacional, com o objetivo de avaliar a gestão dos recursos federais repassados aos municípios para a prestação da Atenção Básica, a qual apontou:

- a) deficiências nos sistemas de planejamento dos municípios, em especial em 28 dos 56 municípios visitados;
- b) falhas na disponibilização aos usuários da “Estratégia Saúde da Família” de serviços especializados (apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar);
- c) deficiências no processo de capacitação continuada dos profissionais da “Estratégia Saúde da Família”;
- d) inconsistências no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizado para calcular os valores a serem repassados para o custeio das equipes, e no Sispecto, que é a base das informações utilizadas no acompanhamento dos indicadores de saúde dos municípios no âmbito do Pacto pela Saúde;
- e) falta de equipamentos e insumos necessários para a realização dos trabalhos das equipes de Atenção Básica;
- f) dificuldades para atrair ou fixar profissionais na Atenção Básica;
- g) precarização das relações de emprego entre a administração pública e os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- h) não cumprimento da carga horária semanal de quarenta horas, prevista na Política Nacional de Atenção Básica, que foi normatizada pela Portaria GM/MS nº 648/2006. Esse descumprimento era mais frequente entre os médicos;
- i) falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e dos resultados do trabalho desenvolvido pelas ESF;
- j) falhas no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, tais como a ausência de realização regular de ações educativas de promoção da saúde pelas ESF.

Por outro lado, foi constatado que as atividades desenvolvidas estavam interferindo positivamente na evolução de indicadores sensíveis à Atenção Básica. Nesse contexto, foi recomendado ao Ministério da Saúde que desenvolvesse ações estratégicas de capacitação voltadas para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, incluindo a redação de roteiro simplificado para subsidiar os gestores locais quando da feitura desse Plano. Também foi recomendado que o Departamento de Informática do SUS (Datasus) desenvolvesse mecanismos eletrônicos de inserção de dados relativos aos conteúdos básicos de cada Plano Municipal de Saúde, inclusive seus objetivos e metas, de modo que os órgãos de fiscalização, controle social e demais interessados tivessem acesso às informações de saúde levantadas pelos municípios. Entretanto, essas recomendações ainda não foram implementadas.

Uma das causas apontadas para a dificuldade para atrair e fixar profissionais na Atenção Básica foi a precariedade do vínculo empregatício desses profissionais. Em vários municípios visitados, encontraram-se casos de membros de equipe que haviam assinado contratos temporários sem direito a férias e décimo terceiro salário, além de Agentes Comunitários de Saúde sem a carteira de trabalho assinada.

Foi constatado o não cumprimento, especialmente pelos médicos, da carga horária semanal de quarenta horas prevista na Portaria GM/MS nº 648/2006, então em vigor.

Note-se que, considerando a dificuldade enfrentada por muitos municípios para fixar os médicos que integram as equipes da “Estratégia Saúde da Família”, a Portaria GM/MS nº 2.488/2011 flexibilizou a carga horária desses profissionais. Posteriormente, em 2012, o Ministério da Saúde criou o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab), com dois objetivos principais: estimular a formação do médico para o atendimento da real necessidade da população brasileira e induzir a instalação desse profissional nas localidades com maior carência de serviços de saúde.

A fiscalização realizada pelo TCU também relatou a existência dos seguintes problemas:

- a) falhas no acompanhamento e na avaliação das ações e dos resultados da “Estratégia Saúde da Família”;
- b) as metas estabelecidas para as atividades a serem desenvolvidas pelas equipes não derivavam de um planejamento prévio, o que ensejava o estabelecimento de metas subestimadas;
- c) falta de estrutura adequada para a coordenação de Atenção Básica;
- d) falta de interação entre o gestor municipal, a coordenação municipal e as equipes;
- e) inexistência de mecanismos que possibilitassem aferir o impacto das ações das equipes nas comunidades;
- f) falhas no monitoramento e na avaliação do Pacto pela Saúde;
- g) erros na metodologia de cálculo dos indicadores e na alimentação do Sisacto;
- h) divergências entre os indicadores calculados pelo Ministério da Saúde e os estimados pelos municípios, o que, além de prejudicar a elaboração de um diagnóstico real da situação da saúde, diminuía a confiabilidade dos bancos de dados nacionais.

O Tribunal verificou, quando do monitoramento das determinações e recomendações expedidas, que o Ministério da Saúde priorizou o repasse de recursos para melhorar a infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde nas quais as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal já estavam atuando, o que atendeu à recomendação constante do Acórdão nº 1.188/2010 - Plenário.

Cabe destacar que, após a auditoria operacional realizada pelo TCU, ocorreram diversos avanços, a saber:

- a) aumento de cerca de 11% no número de Equipes de Saúde da Família (passou de 31.153 em dezembro de 2009 para 34.679 em julho de 2013);
- b) incremento de 385 Equipes de Agentes Comunitários (EAC);
- c) aumento de mais de 200% na quantidade de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que passou de 1.058 em dezembro de 2009 para 2.291 em julho de 2013;
- d) segundo o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em julho de 2013, 55,73% da população brasileira estavam cobertos por Equipes da Saúde da Família - ESF. Em 2009, esse percentual era de 50,69%;
- e) entre 2009 e 2012, houve incrementos anuais nos valores liquidados nas ações “Piso de Atenção Básica Variável”, “Piso de Atenção Básica Fixo” e “Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família”. Foram liquidados, aproximadamente, R\$ 8 bilhões em 2009, R\$ 9 bilhões em 2010, R\$ 11 bilhões em 2011 e R\$ 12 bilhões em 2012;
- f) o processo de avaliação dos trabalhos das equipes da “Estratégia Saúde da Família” foi aperfeiçoado. A Portaria GM/MS nº 1.654/2011 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incen-

tivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Esse normativo foi alterado parcialmente, em 2013, pela Portaria GM/MS nº 535/2013, que, entre outras medidas, inseriu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família como equipes de Atenção Básica no PMAQ-AB. Cabe destacar ainda que a Portaria GM/MS nº 866/2012 tornou compulsória a realização de uma avaliação externa dos trabalhos realizados pelas equipes acima citadas. Em cumprimento a esse dispositivo, até novembro de 2013, 16.300 equipes já haviam solicitado essa avaliação;

- g) foram aperfeiçoados os instrumentos de pactuação. O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, estabeleceu um novo instrumento de colaboração entre os entes federativos: o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Nesse contrato, são definidas responsabilidades, indicadores e metas de saúde.

Por outro lado, o TCU verificou a existência de falhas referentes à contrapartida estadual para o custeio da “Estratégia Saúde da Família” que ainda persistem. O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite, sendo responsabilidade comum a todas as esferas de gestão contribuir com esse financiamento. Assim, compete às secretarias estaduais de saúde destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite.

A auditoria também detectou a falta de insumos e medicamentos necessários para o trabalho das equipes, além da ausência de materiais que seriam utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde. A insuficiência de recursos, relatada como sendo a principal causa desse desabastecimento, decorreria da escassez de recursos municipais e da ausência de contrapartida estadual. Adicionalmente, foi constatada a disponibilização insuficiente de serviços especializados e apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar aos usuários da “Estratégia Saúde da Família”.

Diante do acima exposto, conclui-se que, apesar do esforço demonstrado pelo Ministério da Saúde, a Atenção Básica ainda necessita de aperfeiçoamentos para cumprir plenamente sua função de ordenadora do sistema de saúde.

6.3 Ressarcimento ao SUS

A Constituição de 1988 previu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, o SUS coexiste com um crescente e consolidado mercado de planos e seguros privados de saúde. Nesse contexto, uma parcela da população, apesar de possuir planos privados, recorre eventualmente ao Sistema Único de Saúde para obter acesso a serviços médicos ou hospitalares. Nesse caso, as operadoras de planos de saúde devem ressarcir aos cofres públicos os valores gastos para prestar a essas pessoas os serviços previstos nos respectivos contratos.

A quantidade de serviços prestados aos detentores de planos de saúde é significativa, uma que, de acordo com o IBGE e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2012, cerca de 25% da população brasileira possuía tais planos. A maior parte desses usuários se encontrava na Região Sudeste (37%) e a menor na Região Norte (10,81%).

Cabe considerar também que, segundo a ANS, as internações pelo SUS de beneficiários de planos de saúde apresentaram crescimento considerável, tendo passado de 101.747 em 2001 para 222.944 em 2011. Nesse mesmo período, as despesas com essas internações aumentaram de R\$ 61 milhões para R\$ 337 milhões.

Em 2008, o TCU realizou auditoria com o objetivo de avaliar a sistemática adotada pela ANS com vistas a obter o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de saúde dos serviços prestados a pacientes beneficiários de planos de saúde. O achado mais significativo dessa fiscalização foi que os procedimentos ambulatoriais (desde a administração de vacinas e a realização de exames, consultas médicas ou pequenas cirurgias até a quimioterapia, a hemodiálise e o fornecimento de órteses e próteses) não eram considerados para fins de ressarcimento. A agência só exigia o ressarcimento dos procedimentos realizados quando das internações hospitalares, contrariando o disposto no art. 32 da Lei nº 9.656/1998.

A unidade técnica confrontou o valor ressarcido com base nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) com o montante passível de ressarcimento relativo às Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), que foi estimado pela ANS. Com fulcro nessa comparação, ela estimou que os valores correspondentes às APAC representavam mais de quatro vezes o que era efetivamente ressarcido por meio das cobranças das AIH.

Constatou-se que os valores despendidos, de 2003 a 2007, para pagar os atendimentos ambulatoriais de alto custo, que deveriam ter sido ressarcidos com espeque nas APAC, superavam os montantes recebido a partir das AIH em mais de R\$ 10 bilhões. Aplicando o percentual passível de cobrança das APAC encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS, havia um potencial de ressarcimento ao SUS, nos exercícios em tela, de R\$ 2,6 bilhões, se consideradas a média e a alta complexidades, e de R\$ 1,3 bilhão, se considerada apenas a alta complexidade.

Além da falta de processamento das APAC, também foram constatadas outras questões, dentre as quais se destacam as seguintes:

- a) necessidade de alterar a sistemática utilizada para comparar a base de dados do SUS com as informações constantes do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB). Deviam ser utilizados filtros mais eficientes, visando diminuir o número de notificações desnecessárias e cobranças indevidas, as quais ensejavam um alto índice de deferimento das impugnações apresentadas pelas operadoras de saúde;
- b) a demora no processamento das informações e na cobrança do ressarcimento devido protelava, ou mesmo inviabilizava, o recebimento dos valores pelo SUS. Essa demora também estava relacionada ao fato de as operadoras de saúde sistematicamente ingressarem em juízo contestando a constitucionalidade da cobrança, apesar de o STF, em decisão liminar, haver garantido a validade do art. 32 da Lei nº 9.656/1998;
- c) a ANS possuía uma quantidade muito limitada de recursos humanos, seus controles internos apresentavam fragilidades, não havia interação entre os diversos sistemas utilizados pela agência nem uma política de segurança da informação adequada;
- d) a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, utilizada pela ANS para calcular os valores a serem ressarcidos ao SUS, não desestimulava o uso da rede SUS pelas operadoras de planos de saúde.

Diante desse contexto, apesar de a ANS já estar adotando medidas para minimizar as fragilidades apontadas, foram feitas recomendações e determinações a essa agência com o fito de aprimorar o ressarcimento ao SUS.

Em 2013, a Secex Saúde verificou que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem adotado providências para melhorar o processo de ressarcimento ao SUS, o que provo-

cou um crescimento expressivo das receitas realizadas, que em 2011 perfizeram o montante de R\$ 82,8 milhões, valor próximo ao total arrecadado em todo o período de 2004 a 2010. Efeito semelhante ocorreu em relação aos valores inscritos em dívida ativa.

De acordo com a ANS, a ampliação do quantitativo de AIH analisadas e cobradas, com o conseqüente crescimento dos valores arrecadados, derivou do incremento da equipe encarregada de efetuar esse serviço, da contratação de servidores temporários e da efetivação de melhorias nos fluxos de trabalho. Entretanto, o número de servidores temporários ainda seria insuficiente para atender plenamente as necessidades da Gerência de Ressarcimento ao SUS.

Entretanto, alguns problemas dificultavam o alcance dos resultados esperados pela ANS. Afinal, ainda não foi implantado o processo eletrônico de ressarcimento, o que estava previsto para ocorrer no início de 2009, não estão sendo ressarcidas as despesas efetuadas pelo SUS para prestar atendimentos ambulatoriais de alto custo e existem falhas na gestão de tecnologia da informação da ANS, em especial quanto aos procedimentos de contratação e gestão contratual.

Ouvida a respeito, a agência declarou que:

- a) sua capacidade de processamento permitiria apenas a análise das AIH, cuja frequência tem experimentado um aumento crescente. Assim sendo, ela não dispõe dos meios necessários para processar as APAC. Essa situação só será resolvida quando a ANS puder ampliar sua infraestrutura e seus recursos humanos ou logísticos. Para isso, ela depende da liberação de recursos orçamentários e da autorização dos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão para realizar concurso público. Desse modo, ainda não haveria prazo para o início do processamento de APAC;
- b) tem mantido tratativas com o Datasus sobre o envio das bases e a aplicação de filtros. A partir do lançamento do 41º Aviso de Beneficiários Identificados, ocorrido em dezembro de 2012, teria sido alcançada uma diferença temporal de dois anos entre a realização do batimento e os meses de competência do atendimento identificado;
- c) foram revistos os prazos para impugnação das AIH pelas operadoras de saúde e para a respectiva decisão pela agência, em conformidade com o disposto nas Resoluções Normativas - RN nº 217/2010 e nº 253/2011;
- d) está sendo pleiteado às operadoras de saúde que permitam à ANS consultar seus sistemas. Caso essa consulta seja efetivamente implantada, em vez de as operadoras remeterem cópias dos contratos dos beneficiários por ocasião das impugnações, a ANS consultará o sistema e de lá extrairá todas as informações necessárias;
- e) tendo em vista o prazo prescricional para a cobrança dos valores devidos ao SUS a título de ressarcimento por parte das operadoras, tem sido dada prioridade ao processamento e à cobrança dos procedimentos e internações mais recentes, de modo a minimizar possíveis questionamentos judiciais das operadoras.

Sopesados os achados da auditoria e os esclarecimentos prestados pela ANS, conclui-se que a atuação da agência apresentou uma evolução significativa, contudo o desafio de obter o ressarcimento devido ao SUS persiste.

6.4. Medicamentos

O setor farmacêutico possui uma grande relevância para a sociedade, além de ser um dos setores em que o Governo investe considerável montante de recursos. Em 2012, foram gastos cerca de R\$ 8 bilhões na subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, que abrange as ações voltadas para a produção, a distribuição e o suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral. Esse montante representou 10,8% dos gastos totais da Função Saúde naquele ano, sendo que 30% desse valor foi transferido para estados e municípios.

6.4.1. Farmácia Básica

A ação “*Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde*”, também conhecida como Farmácia Básica, visa promover o acesso da população a medicamentos e insumos estratégicos. Para a implementação dessa ação foi adotada a gestão descentralizada, em que cabe aos municípios adquirir e dispensar medicamentos, sob a coordenação dos estados. O Governo Federal é responsável por coordenar a ação dos estados. Além disso, a União financia uma parte das ações empreendidas por estados e municípios, por meio de transferências fundo a fundo para esses entes federados, que devem entregar uma contrapartida.

Em 2010, o TCU realizou auditoria operacional com o objetivo de analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica, tendo avaliado a eficiência da gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde. Foram constatados diversos problemas, a saber:

- a) a gestão inadequada da assistência farmacêutica por estados e municípios gerava riscos de desabastecimento de determinados medicamentos;
- b) poderia haver desperdício de recursos, devido à eventual expiração do prazo de validade de medicamentos comprados em excesso. A seleção e programação de compras no âmbito municipal careciam de sistematização, sendo recorrente a falta de alguns medicamentos e a sobra de outros. Como exemplo, pode-se citar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, no qual houve o vencimento do medicamento sulfato ferroso que se encontrava em estoque nos municípios;
- c) o armazenamento dos medicamentos se mostrou inapropriado, o que gerava risco de perdas em virtude das condições inadequadas de temperatura e umidade e da frágil segurança que tornava possível a ocorrência de furtos. Além disso, eram precários os controles dos fluxos dos medicamentos, o que possibilitava a ocorrência de desvios, desde o recebimento dos produtos na Central de Abastecimento Farmacêutica até sua dispensação ao paciente na Unidade Básica de Saúde;
- d) os governos estaduais e municipais não realizavam um planejamento sistematizado da assistência farmacêutica;
- e) os governos estaduais não desempenhavam suas atribuições definidas na Política Nacional de Medicamentos, pois não auxiliavam nem coordenavam os municípios, não prestavam cooperação técnica, não orientavam quanto aos processos de aquisição, não apoiavam a organização de consórcios intermunicipais nem coordenavam os processos de compras;
- f) os planos de saúde não contemplavam a assistência farmacêutica.

Tais problemas eram agravados pela desarticulação verificada entre os órgãos do Ministério da Saúde no que se refere ao monitoramento e à avaliação e pela falta de uma política que direcionasse as ações, definisse diretrizes e estabelecesse instrumentos e formas de cooperação entre as unidades. Diante disso, foi constatada a fragmentação das ações, as sobreposições em algumas áreas e as lacunas em outras.

Após a atuação do TCU, o Ministério da Saúde adotou as seguintes medidas:

- a) tornou obrigatória a utilização do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) e liberou o acesso público a esse sistema;
- b) avaliou a Política Nacional de Suplementação de Ferro e descentralizou recursos para a aquisição dos suplementos, com o fito de ampliar o acesso e promover o uso racional do sulfato ferroso na prevenção da anemia;
- c) entabulou negociações com os entes federados para estabelecer uma norma que definisse as informações mínimas sobre a gestão da Assistência Farmacêutica Básica que deverão constar do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).

A implementação das medidas propostas pelo TCU deve contribuir para a efetividade do monitoramento e da avaliação da aplicação dos recursos repassados pelo Governo Federal para a assistência farmacêutica básica.

6.4.2. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) é o órgão do governo federal responsável pelo controle dos preços do setor farmacêutico no país. A regulação do mercado de medicamentos é de extrema importância, tendo em vista a presença de fatores que possibilitam o exercício do poder de mercado pelos laboratórios, tais como: a baixa elasticidade-preço da demanda devido à essencialidade dos medicamentos; reduzido poder decisório dos consumidores, já que os médicos influenciam as escolhas, e proteção patentária que garante o monopólio para a fabricação de determinados medicamentos.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada apontou que os dois principais gastos das famílias com saúde estavam ligados à aquisição de medicamentos e ao pagamento de mensalidades de planos ou seguros de saúde. Portanto, uma regulação efetiva, que impeça a prática de preços abusivos, é muito importante para a população.

Diante da relevância do setor farmacêutico, a Administração Pública estabeleceu que é necessária uma autorização para comercializar remédios, deve haver uma prescrição médica e a publicidade e a propaganda de remédios podem sofrer restrições. Além disso, o governo fixa o preço máximo que laboratórios e farmácias podem cobrar pelos produtos vendidos ao consumidor.

Fiscalizações realizadas pelo Tribunal verificaram distorções em alguns preços fixados pela CMED, que se mostraram bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Além disso, identificou-se que vários gestores públicos encontravam dificuldades para consultar a tabela com os preços máximos. Nesse contexto, o TCU realizou auditoria operacional na CMED, com o objetivo de avaliar se a atuação regulatória do órgão efetivamente reduzia os efeitos das falhas de mercado e, por via de consequência, evitava a prática de preços abusivos. Com esses objetivos, foram comparados preços registrados em compras governamentais no Brasil e em outros países que também realizam algum tipo de controle dos preços.

Constatou-se que nas compras públicas são praticados preços significativamente inferiores aos registrados pela CMED. Por exemplo, o princípio ativo Captopril 25mg chegou a ser vendido para a Administração Pública por R\$ 0,0115, enquanto seu maior preço na tabela CMED é de R\$ 1,1869, ou seja, uma variação de mais de 10.221%. Por outro lado, quando foram comparados os preços no Brasil e no exterior dos 50 princípios ativos mais comercializados no ano de 2010, verificou-se que os preços cobrados no nosso país superavam a média internacional para 43 deles. Ademais, para 23 desses fármacos, o Brasil apresentava o maior preço e para três o menor preço. Para adquirir os medicamentos analisados foram gastos R\$ 6,1 bilhões, sendo que R\$ 1,1 bilhão poderiam ter sido economizados caso os preços máximos tivessem sido equivalentes à média internacional.

Quando a comparação ficou restrita aos 27 medicamentos mais novos, registrados a partir de 2010, constatou-se que para 21 deles o preço brasileiro estava abaixo da média internacional, em três era o maior preço e em oito era o menor. O fato de medicamentos registrados mais recentemente possuírem preços máximos mais coerentes com os vigentes no mercado internacional explica-se pela não revisão dos preços a partir de critérios relacionados a mudanças na conjuntura econômica ou internacional, pela não consideração da amortização dos investimentos realizados pelos laboratórios para desenvolver os remédios e pela vinculação do ajuste anual à inflação.

Um exemplo de medicamento cujo preço no Brasil supera os valores cobrados no exterior é o Trastuzumabe (medicamento Herceptin do laboratório Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.), utilizado no tratamento do câncer de mama. Deve ser registrado que o laboratório que produz esse remédio tem monopólio protegido por patente. Por meio de consulta ao Banco de Preços em Saúde (BPS) e ao Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg) sobre as compras do Trastuzumabe realizadas desde janeiro de 2012, a Secex Saúde verificou que os preços praticados continuavam superiores à média internacional, com exceção de uma aquisição em dezembro de 2012. Essa foi uma compra excepcional, pois o Ministério da Saúde adquiriu um grande quantitativo (19.047 unidades), tendo o valor da aquisição (R\$ 3.423,20) ficado abaixo da média de preços máximos praticados no âmbito internacional (R\$ 4.513,62). Cabe destacar ainda que, dos 67 registros constantes do BPS e do Siasg, 20% das compras foram realizadas pelo valor da Tabela CMED (R\$ 9.206,00 em 2012 e R\$ 9.454,57 em 2013), considerado bem acima da média internacional.

A unidade técnica apontou que a atuação da CMED não observava o disposto na Lei nº 10.742/2003, segundo a qual o poder de mercado deve ser considerado no cálculo do fator de preços relativos intrasetor. Além disso, era necessário instituir uma sistemática padronizada para alimentar a Tabela CMED e rever os registros atuais, de forma a tornar a informação mais acessível e confiável. Por fim, era preciso rever os preços a partir de critérios relacionados a mudanças na conjuntura econômica ou internacional. Mesmo que os preços fixados no momento da entrada do medicamento no mercado brasileiro sejam baixos em comparação com o mercado internacional, ao longo do tempo esses preços sofrem distorções em decorrência da sua vinculação com a inflação. Considerando que o comportamento dos preços dos fármacos é influenciado por fatores diversos, é necessária uma flexibilidade maior na revisão desses valores.

O TCU recomendou que o Ministério da Saúde revisse o modelo regulatório, definido por lei, visando corrigir as falhas acima apontadas. Paralelamente, determinou à CMED que implantasse uma nova metodologia de cálculo do fator de preços relativos intrasetor e elaborasse uma nova tabela de divulgação dos preços-fábrica isenta das distorções identifica-

das. Adicionalmente, determinou a adoção de uma sistemática padronizada de alimentação dos dados, de modo a permitir a consulta e a análise de preços dos fármacos registrados.

No intuito de aprimorar a regulação do mercado de medicamentos, a CMED instituiu um Grupo Técnico no âmbito do seu Comitê Técnico-Executivo, com vistas a criar a nova metodologia de cálculo do Fator de Preços Relativos Intrasetor. Concomitantemente, tramita no Senado Federal o Projeto de Lei nº 102/2013, que altera a Lei nº 10.742/2003, que definiu as normas de regulação para o setor farmacêutico, criou a CMED e alterou a Lei nº 6.360/1976. Um dos principais objetivos desse Projeto de Lei é aperfeiçoar procedimentos e critérios hoje utilizados com o fito de coibir práticas anticoncorrenciais quando da fixação de preços de medicamentos. Nesse sentido, o referido Projeto altera o art. 41, § 4º, I, da Lei nº 10.742/2003, para determinar que a parcela do fator de ajuste de preços relativos intrasetor seja calculada com base no poder de mercado, que é definido nos termos do art. 36, § 20, da Lei nº 12.529/2011.

Esse projeto de lei atende a recomendação do TCU ao Ministério da Saúde para que articulasse junto à Presidência da República apresentação ao Poder Legislativo de proposta de revisão do modelo regulatório de ajuste dos preços dos medicamentos, de forma a desvincular tal ajuste da inflação e passar a considerar revisões periódicas a partir de critérios como comparação internacional, variação cambial e custo dos diferentes tratamentos. Ressalta-se que na justificativa para a apresentação do referido projeto, foi citada a deliberação do TCU em que são reveladas fragilidades graves no sistema de regulação dos preços de medicamentos.

Além disso, segundo a CMED, em 2012, foi implantado o Sistema de Acompanhamento do Mercado de Medicamentos (Sammed), que substituiu outros três sistemas menores que controlavam o pleito de fixação de preços, a inserção e a alteração cadastrais das apresentações e a publicação das listas de preços no portal da Anvisa. Isso teria permitido a qualificação da base de dados e a implementação de melhorias na publicação da lista de preços. Por fim, teriam sido disponibilizadas na página eletrônica da Anvisa, na área relacionada à CMED, informações quanto à necessidade de negociar preços quando da aquisição de medicamentos, uma vez que o preço fábrica regulamentado pela CMED é apenas um balizador máximo. Por meio de ofícios enviados a Comissão Intergestores Tripartite, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os gestores foram alertados sobre a obrigação de realizar uma pesquisa prévia e efetiva de preços no mercado. Afinal, a aquisição de medicamentos por preços inferiores aos registrados na lista da CMED, por si só, não os isenta de possíveis sanções, diante da possibilidade de superdimensionamento dos preços fábrica constantes da lista, que pode não refletir os descontos efetivamente praticados pela indústria. Os gestores também foram orientados a verificar a aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços e da isenção de ICMS.

Constatou-se que a instituição do modelo regulatório representou um avanço significativo nos parâmetros de preços, uma vez que o País vinha de longa data com a prática de preços livres no setor farmacêutico, o que ensejou a elevação expressiva dos mesmos. Entretanto, é preciso avançar mais, já que se observam falhas no modelo como ele foi desenhado, o que tem permitido a prática de preços em níveis bem acima daqueles praticados no mercado internacional.

6.5. Hemobrás

A criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), vinculada ao Ministério da Saúde, visou garantir o fornecimento de medicamentos hemoderi-

vados ou produzidos por biotecnologia aos pacientes do SUS, mediante a produção interna a partir do fracionamento de plasma, em consonância com o disposto na Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205/2001.

Hoje, existem muitas dificuldades para fornecer fatores de coagulação em quantidade suficiente para viabilizar os tratamentos de pacientes hemofílicos. A uma, porque o número de doadores está diminuindo. A duas, porque a melhora do atendimento aos pacientes hemofílicos gerou uma maior demanda do produto.

A aquisição da tecnologia para realizar o fracionamento industrial de plasma permitirá ao Brasil, num primeiro momento, produzir hemoderivados em prazo mais curto e de forma menos onerosa para o país do que se optasse por desenvolver sua própria tecnologia. Numa segunda fase, pretende-se alcançar a autossuficiência.

Segundo a Hemobrás, a imunoglobulina, hemoderivado mais demandado no mundo, e o Fator VIII, o produto mais caro e necessário aos hemofílicos, permanecerão com menor atendimento interno da demanda. A demanda de imunoglobulina supera a oferta, pois há cerca de 130 doenças que são ou podem ser tratadas com ela e sua produção depende da disponibilidade de plasma, o que foge ao controle das indústrias. Nenhum país é autossuficiente em imunoglobulina, sendo os Estados Unidos da América e o Canadá seus maiores consumidores *per capita*.

Em 2013, o Brasil comprou 600 milhões de unidades do Fator VIII. Em 2017, deverão ser adquiridas 700 milhões. Quando a fábrica brasileira desse hemoderivado estiver produzindo com sua capacidade plena, ela só produzirá 65 milhões de unidades por ano. Assim, para atingir a autossuficiência, seria necessário multiplicar por nove o número de doações de sangue, o que a Hemobrás entende ser improvável.

Apesar de ter sido criada em 2004 e de ter entrado em funcionamento em 2005, a Hemobrás ainda não conseguiu cumprir seu objetivo. A principal causa desse atraso reside na demora verificada na transferência de tecnologia, que vem sendo postergada por diversos motivos.

O TCU tem fiscalizado a situação da Hemobrás, desde a celebração do contrato de transferência de tecnologia de produção de hemoderivados a partir do fracionamento industrial de plasma sanguíneo, firmado em 2006 com a empresa *Laboratoire Français Du Fractionnement et des Biotechnologies* (LFB). O primeiro processo licitatório fracassou, pois a LFB pediu uma quantia superior ao valor máximo que a Hemobrás estaria disposta a pagar como parte fixa do preço e não surgiram outros pretendentes para a licitação.

Os trâmites do processo licitatório fracassado e os procedimentos realizados visando à posterior contratação por dispensa de licitação ocasionaram um atraso inicial que não pode ser imputado à Hemobrás, porque derivou de motivos alheios à atuação dessa empresa pública. Todavia, o mesmo não pode se dizer quanto ao atraso verificado na execução das obras da fábrica de hemoderivados, que estará sediada em Goiana (PE). A condução do processo licitatório relativo à construção do Bloco da Câmara Fria sem a devida cautela levou à anulação desse certame e gerou problemas na execução do contrato firmado após a realização de nova licitação.

A atuação do Tribunal resultou na redução de R\$ 10,6 milhões no valor contratado, tendo em vista que foram detectadas falhas na fixação dos preços dos itens de administração local, instalação, manutenção e apoio do canteiro de obras, cuja correção gerou um decréscimo de R\$ 2,3 milhões; foram identificados preços distintos para serviços idênticos, o que ensejou a revisão da planilha contratual e a diminuição de R\$ 2,9 milhões, e foi reduzido o

valor contratado para os serviços de cimbramento ou escoramento das obras, o que ensejou uma economia de R\$ 5,4 milhões.

Ressalto que o valor total dessa redução supera o valor original do contrato de transferência de tecnologia para produzir quatro hemoderivados, que era de R\$ 8,5 milhões. Posteriormente, foi celebrado o aditivo nº 1/2010 que incluiu o fracionamento de plasma no objeto dessa avença.

Essas irregularidades contribuíram para o indesejado atraso no processo de transferência de tecnologia, porquanto ele é diretamente impactado pelo ritmo da execução da unidade fabril da Hemobrás.

Cumprido destacar que, no final de outubro de 2012, a Hemobrás assinou contrato com a empresa Baxter, produtora de hemoderivados, visando à transferência de tecnologia da produção do fator VIII recombinante, obtido por engenharia genética, que dispensa o plasma humano. Dessa forma, a produção do fator VIII não dependeria mais apenas da doação de sangue.

Tendo em vista a relevância dessa questão para a população, além da materialidade dos recursos envolvidos, entendo ser essencial que o acompanhamento desse tema pelo TCU seja mantido.

6.6. Oncologia

Observa-se em nosso país um processo de mudanças no perfil das enfermidades. A partir de 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de mortes, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. O aumento da taxa de mortalidade por câncer pode estar relacionado ao processo de envelhecimento da população, à maior eficiência no registro de dados estatísticos pelos órgãos de saúde e à maior exposição das pessoas a fatores de risco.

O crescimento da incidência de câncer gerou o aumento do número de tratamentos ambulatoriais, das taxas de internações hospitalares e dos recursos públicos demandados para custear o combate a essa doença.

Diante desse quadro, o TCU realizou auditoria operacional para avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica no que concerne à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade. As análises realizadas evidenciaram que a estrutura da rede de atenção oncológica é insuficiente para possibilitar um acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer.

As principais carências identificadas estão relacionadas à realização dos tratamentos de radioterapia. Também foi constatado que é preciso melhorar a estrutura para realizar tempestivamente cirurgias oncológicas e tratamentos de quimioterapia, em especial, quando se consideram as condições existentes em determinadas unidades da Federação. Além disso, por meio de pesquisas realizadas com especialistas na área, de entrevistas desenvolvidas durante os trabalhos de campo e da análise da documentação existente sobre o assunto, verificou-se que as condutas diagnósticas e terapêuticas ofertadas aos pacientes do SUS não estavam sendo periodicamente atualizadas. Mais de 80% dos oncologistas que participaram da pesquisa do TCU afirmaram que existiam exames para diagnóstico e condutas terapêuticas validados pela comunidade científica e importantes para os tratamentos que não estavam sendo custeados pelo SUS.

Foi observada a existência de uma quantidade insuficiente de médicos de determinadas especialidades que são fundamentais para a prestação de assistência oncológica de qualidade. Somam-se a isso as limitações e deficiências da Atenção Básica em saúde que dificultam a identificação precoce de casos suspeitos de câncer e colaboram para a ocorrência de uma grande quantidade de diagnósticos tardios da doença. Essas constatações demonstram a necessidade de serem adotadas medidas com o objetivo de fomentar a formação e capacitação dos profissionais que atuam na atenção primária e diretamente na assistência oncológica.

Cabe destacar ainda a carência de indicadores confiáveis de tempestividade dos atendimentos e de sobrevivência dos pacientes tratados. Os dados que poderiam ser utilizados para o cálculo desses indicadores estão disponíveis no sistema de faturamento das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e no Registro Hospitalar de Câncer organizado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA. No entanto, esses indicadores não são calculados.

Desse modo, restaram evidenciados os seguintes problemas: incipiência do sistema de regulação de acesso de pacientes; carência de profissionais, em especial de médicos patologistas e oncologistas; estrutura deficiente da rede de saúde de média complexidade, que é a responsável pela realização de procedimentos de diagnóstico oncológico; prevenção deficiente do câncer e despreparo da atenção primária para rastrear precocemente os casos de câncer e encaminhá-los para a atenção especializada.

Após a realização dessa auditoria, foi editada a Lei nº 12.732/2012, que estabeleceu o prazo máximo de sessenta dias, contados a partir da data do diagnóstico em laudo patológico, para o início do primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada. O marco inicial do referido tratamento é a realização da cirurgia ou da primeira sessão de radioterapia ou quimioterapia.

Considerando a necessidade de reordenar os serviços oncológicos no âmbito do SUS e de qualificar a gestão pública por meio da definição de diretrizes nacionais para a prevenção e o controle do câncer, o Ministério da Saúde revisou a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Com essa finalidade, foi publicada a Portaria GM/MS nº 874/2013, por meio da qual foi estabelecido o fluxo de atendimento, que deve ser regulado pelos gestores.

A Portaria SAS/MS nº 741/2005, que define os critérios de infraestrutura, recursos humanos e tipos de serviços que devem ser observados nos estabelecimentos especializados no tratamento oncológico e estabelece parâmetros mínimos de produção anual para cada estabelecimento, também está sendo revista. Atualmente, está prevista a realização anual de 4.200 procedimentos de quimioterapia, 600 cirurgias e 40.500 campos de radioterapia.

Em atendimento às recomendações do TCU, foi verificado o número de estabelecimentos habilitados. Em 2013, existiam 277 serviços habilitados em oncologia (cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia), sendo que em 2011 havia 269. Os investimentos nessa área foram ampliados de R\$ 1,9 bilhão em 2010 para R\$ 2,4 bilhões em 2012. Esse aumento decorreu, em larga medida, da inclusão de onze novos procedimentos cirúrgicos na tabela do SUS e do fato de ter sido triplicado o valor pago por diárias de internação para quimioterapia de pacientes com leucemia.

No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) – 2011 a 2022, foram propostas várias metas nacionais relacionadas ao câncer, tais como, aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

O Governo Federal também adotou um conjunto de medidas, dentre as quais destacam-se o fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, a instituição da Qualificação Nacional em Citopatologia, o lançamento do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, a implementação dos Serviços de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama e para o Diagnóstico e o Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero e a implantação da Mamografia Móvel.

No mesmo sentido, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 931/2012 e publicado em fevereiro de 2013, o qual previu a implementação de oitenta soluções de radioterapia até 2015. Com esse desiderato, deverão ser investidos mais de R\$ 500 milhões, inclusive na implantação de uma fábrica no Brasil.

Os elevados tempos de espera para a realização dos diagnósticos e tratamentos de câncer podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Além disso, um tratamento realizado tardiamente pode prejudicar a qualidade de vida dos doentes, aumentar os gastos com tratamentos mais caros e prolongados e incrementar os custos previdenciários decorrentes do prolongado afastamento desses pacientes do trabalho.

No sítio eletrônico do Inca, é possível determinar o intervalo de tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento em cada hospital e por estado, nos anos com dados já registrados. O SISCAN, que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama, registra informações sobre os casos confirmados de câncer e o primeiro tratamento ministrado aos pacientes. No “Módulo de gerenciamento do tempo entre o diagnóstico e o tratamento das neoplasias malignas” desse sistema, os gestores devem monitorar a situação dos pacientes que estão na fila de espera para o tratamento, com vistas a cumprir o prazo estabelecido na lei federal para o início do tratamento.

A responsabilidade por coletar e manter as informações atualizadas, conforme estabelecido nas normas técnico-operacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde, é do estabelecimento de saúde habilitado no SUS. Já a análise dos dados e a emissão de relatórios sobre a situação do tratamento do câncer nos estabelecimentos de saúde estão a cargo do Ministério da Saúde e do Inca. Contudo, constatou-se que os hospitais não têm informado os dados relativos aos pacientes por eles tratados, o que dificulta a análise da sobrevida e qualidade da assistência.

Do acima exposto, conclui-se que ainda é necessário vencer muitos desafios. Nesse contexto, a adoção das medidas propostas pelo TCU pode contribuir para garantir o acesso universal da população à assistência oncológica, o que ensejará a melhoria das condições de tratamento e dos índices de cura dos pacientes.

6.7. Mamografias

O câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido à sua alta incidência, morbidade (quantidade de pessoas que adquiriram a doença), mortalidade (quantidade de pessoas que faleceram em decorrência da doença) e seu elevado custo de tratamento. Na atualidade, é o segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o de maior incidência entre mulheres. Estima-se que em 2012 e 2013 tenham surgido no Brasil 53 mil novos casos por ano.

O controle do câncer de mama, uma das prioridades do Ministério da Saúde, foi um dos objetivos do Programa Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011. Atualmente, o combate a essa doença continua tendo destaque entre as ações promovidas por aquele Ministério, como demonstrou o lançamento, em março de 2012, do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.

A mamografia é o método mais efetivo para detectar e diagnosticar as doenças da mama.

Em 2009, por solicitação do Congresso Nacional, o TCU realizou auditoria operacional, com o objetivo de avaliar em que medida o quantitativo de equipamentos, insumos e profissionais disponíveis para realizar mamografias eram adequados ao atendimento da população e quais os principais aspectos que afetavam a quantidade de mamografias realizadas.

Concluiu-se que a limitação da oferta de exames de mamografia resultava da combinação da manutenção deficiente dos mamógrafos e equipamentos de revelação, da falta de pessoal e da dissociação entre o planejamento dos investimentos na aquisição de novos mamógrafos e o posterior financiamento de sua operação. Dessa forma, não eram considerados os custos fixos posteriores à compra desses aparelhos. Além disso, foram constatadas falhas na emissão pelo Ministério da Saúde de pareceres relativos à aquisição de mamógrafos, o que acarretava a compra de equipamentos inadequados à estrutura do estabelecimento onde eles seriam usados ou às reais necessidades da localidade beneficiada. Por fim, foram detectadas inconsistências nos registros constantes do CNES sobre o quantitativo e a localização dos mamógrafos nos estabelecimentos de saúde. Estavam registrados equipamentos que nunca existiram, foram transferidos para outras unidades ou estavam desativados, sem que o Ministério da Saúde tivesse conhecimento dessas situações. Também foi verificado o registro de mamógrafos em uso, sem produção correspondente no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, e de estabelecimentos com produção de exame de mamografia registrada que não dispunham de mamógrafos cadastrados no CNES. Além disso, as informações sobre os quantitativos e as especialidades dos profissionais que operavam ou utilizavam os mamógrafos não estavam atualizadas.

Durante o monitoramento das providências adotadas para atender à deliberação do TCU, a unidade técnica verificou que houve melhorias na prestação dos serviços em tela, a começar pela instituição do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. Em consonância com os dados constantes do CNES, houve um aumento de 29,65% no número de mamógrafos disponíveis para o SUS que estavam em uso e de 43,6% na quantidade de exames de mamografia realizados. A partir das informações do SIA/SUS, comprovou-se que a realização de exames aumentou em todas as regiões do país, com exceção de Roraima, da Bahia e do Distrito Federal, que apresentaram produção inferior à verificada em 2009. A média de exames realizados por aparelho também apresentou uma melhora. Quando da auditoria e do monitoramento, os mamógrafos apresentavam uma produção média de, respectivamente, 6,6 e 8,3 exames para cada mamógrafo existente; 6,9 e 8,7 para cada mamógrafo em uso e 11,1 e 12,3 para cada mamógrafo existente em uso e com produção.

Tendo em vista o critério estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.101/2002, que preconiza a proporção ideal de um mamógrafo para cada 240.000 habitante, a unidade técnica constatou por ocasião do monitoramento que o número de mamógrafos existentes era suficiente para atender a população, com exceção do Amapá. Considerando apenas os mamógrafos em uso com produção, havia déficit de equipamentos também no Acre, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Distrito Federal.

Cabe ressaltar que Roraima, Rondônia, Tocantins, Ceará, Paraíba, Mato Grosso e Espírito Santo, que anteriormente tinham déficit de mamógrafos em uso com produção, não se encontravam mais nessa situação, com destaque para o Ceará onde a quantidade de exames realizados aumentou 93%.

Cientificado das conclusões dessa auditoria, o Ministério da Saúde informou que estava adotando as seguintes providências:

- a) os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.101/2002, estão sendo revisados pelo seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS);
- b) os estabelecimentos aptos a receberem novos equipamentos serão indicados a partir do mapeamento dos vazios assistenciais existentes na área de oncologia. Essa nova sistemática, que demanda maior planejamento por parte do órgão, tende a ser mais efetiva para o atendimento às necessidades de alocação de mamógrafos;
- c) as propostas para aquisição de mamógrafos só poderão ser apresentadas pelas instituições que participam do Programa de Serviço de Referência de Diagnóstico de Câncer de Mama;
- d) foram estabelecidos códigos diferentes para os exames de mamografia bilateral para rastreamento (02.04.03.018-8) e unilateral para diagnóstico (02.04.03.003-0), o que possibilita distinguir os exames realizados como prevenção;
- e) foi incluído na Tabela de Equipamentos do CNES um código para a “processadora”;
- f) em fevereiro de 2012, foi alterada a crítica 0031 - Serviços Próprios SUS sem Equipamentos SUS. Agora, quando for informada a prestação do Serviço 121 - Serviço de Diagnóstico por Imagem e as Classificações 012 - Mamografia e 013 - Mamografia por Telemedicina e não existir o equipamento 02 - Mamografia de Comando Simples, 03 - Mamografia com Estereotaxia ou 17 - Mamógrafo Computadorizado, essa suposta falha será questionada pelo sistema;
- g) visando suprir o déficit de médicos para emitir laudos de radiologia, o Ministério celebrou acordo com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz tendo por objeto a emissão de laudos de mamografia à distância. Inicialmente, estão sendo atendidos até 180 mamógrafos. Essa centralização da emissão de laudos permitirá diminuir a quantidade de profissionais necessários para o trabalho em cada estabelecimento, além de homogeneizar a avaliação e facilitar o controle de qualidade dos exames;
- h) com o fito de minimizar a carência de profissionais aptos a operar os mamógrafos, o Ministério realizou cursos de formação de técnicos de radiologia.

O Denasus realizou auditorias nos estabelecimentos que apresentavam inconsistências na proporção entre a quantidade de mamografias realizadas e o quantitativo de equipamentos em uso, tendo concluído que ainda existiam distorções não sanadas nos registros da produção de mamografias, as quais decorreriam do registro de unidades cuja produção superava as respectivas capacidades instaladas, de cobranças de mais de uma mamografia bilateral para rastreamento com intervalo inferior a um ano e da desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Essas constatações foram enviadas aos Componentes Municipais de Auditoria, para que esses órgãos realizem fiscalizações com o fito de apurar eventuais irregularidades.

Apesar das melhorias observadas, foram detectadas algumas falhas recorrentes, especialmente no que se refere ao teor dos pareceres técnicos emitidos pela Secretaria de Atenção

à Saúde - SAS do Ministério da Saúde, cuja análise continua sem abranger os requisitos técnicos e os documentos comprobatórios necessários para garantir o funcionamento dos novos equipamentos. Assim sendo, essa questão deve continuar a ser acompanhada pelo TCU.

VII - Trabalhos recentes na área da saúde

A seguir, serão apresentados os achados e as principais conclusões de algumas auditorias na área de saúde, que foram selecionadas devido a sua materialidade e relevância.

7.1. Área de medicamentos

7.1.1. Auditoria de conformidade sobre a aplicação de recursos federais na compra de medicamentos no Distrito Federal

Diante da relevância da aquisição de medicamentos no âmbito do SUS, o Tribunal realizou auditoria para avaliar a conformidade na aplicação de recursos federais transferidos ao Governo do Distrito Federal (GDF) para a aquisição de medicamentos no período de 2006 a 2011, envolvendo recursos federais no montante de R\$ 761.463.221,32.

Reitera-se que os preços máximos a serem praticados na aquisição de fármacos são fixados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que edita anualmente tabelas contendo tais valores para diversos princípios ativos. As informações da CMED devem subsidiar o gestor, contudo, a simples consulta a essas tabelas não é suficiente. Afinal, é possível haver superdimensionamento de preços-fábrica registrados por essa Câmara, o que torna imprescindível realizar pesquisa de preços prévia à licitação. Por outro lado, essas tabelas são um referencial válido para o cálculo de eventuais sobrepreços em compras governamentais, sobretudo no caso dos medicamentos sujeitos a monopólio. Nesse caso, as deficiências metodológicas dos preços-fábrica acarretam a utilização de critérios conservadores para o cálculo de débitos.

Destaca-se que a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos estabeleceu, por meio da Resolução nº 4/2006, a obrigatoriedade de as empresas distribuidoras e produtoras de medicamentos aplicarem o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, que é um redutor de preços, quando venderem determinados fármacos para entes da administração pública direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dessa forma, foi estabelecido o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é obtido a partir da incidência do CAP sobre o Preço Fábrica dos medicamentos.

A lista dos medicamentos sujeitos ao desconto obrigatório atualmente contém 219 apresentações. Cabe enfatizar que nas aquisições realizadas a partir de demandas judiciais, o CAP é aplicado para qualquer medicamento.

Independentemente da incidência ou não do CAP, o medicamento pode ter sido isentado do pagamento do ICMS pelo Conselho Nacional de Política Fazendária, nos termos dos Convênios Confaz nº 87/2002 e nº 54/2009. As tabelas CMED mais recentes, que constam do site da Anvisa, indicam sobre quais medicamentos nelas relacionados incide o ICMS e o CAP.

Quando o valor de um remédio não está limitado ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), seu custo em caso de venda à Administração Pública deve ter como li-

mite máximo o Preço Fábrica, que é definido anualmente pela CMED. Esse entendimento consta da Orientação Interpretativa Anvisa nº 2, de 13/11/2006, ratificada pelo Acórdão nº 1.437/2007 - Plenário.

Para aferir o preço máximo aceito pelo governo na aquisição de um determinado medicamento também são utilizados os registros constantes do Banco de Preços em Saúde (BPS), que registra, armazena e disponibiliza, por meio da internet, os preços de medicamentos e produtos para a saúde que foram adquiridos pelas instituições públicas e privadas cadastradas no sistema. Os preços são inseridos pelas próprias instituições adquirentes e representam os valores pagos no momento da compra daqueles bens. Deve ser registrado que o TCU determinou ao Ministério da Saúde que fortaleça o BPS como instrumento de transparência e referência de preços dos medicamentos adquiridos pela Administração Pública.

Na auditoria sob comento, foram analisados a observância dos preços de referência oficiais, constantes da Tabela da CMED e do Banco de Preços em Saúde (BPS); os aspectos relacionados a possíveis restrições à competitividade nos processos licitatórios; o amparo normativo das dispensas de licitação; a execução contratual das aquisições e a conformidade dos respectivos registros públicos.

Os resultados dessa fiscalização demonstraram que alguns medicamentos foram adquiridos por valores superiores aos preços máximos fixados pela CMED, devido à inadequação dos procedimentos e critérios estabelecidos para a pesquisa de preços de medicamentos. Foi também constatado o descumprimento dos parâmetros dos Preços de Fábrica e Máximo de Vendas ao Governo, no caso dos medicamentos sujeitos ao Coeficiente de Adequação de Preços, e do Desconto do ICMS para os fármacos contemplados no Convênio Confaz nº 87/2002. Isso gerou prejuízos para os cofres públicos e ensejou o enriquecimento ilícito das empresas contratadas para fornecer os produtos. Por fim, foi verificada a existência de irregularidades nos processos de aquisição e pagamento que tiveram entre seus objetos medicamentos isentos de ICMS.

A análise da desoneração do ICMS na nota fiscal foi um importante foco do trabalho realizado pelo TCU, uma vez que a isenção desse tributo foi desconsiderada em aquisições efetuadas pelo Distrito Federal. Constatou-se a simulação de desoneração do ICMS por empresas licitantes, que apresentaram propostas de preços com o valor do imposto já incorporado na respectiva composição. Posteriormente, quando da emissão de nota fiscal, a empresa identifica a proposta como sendo valor líquido e aplica pela segunda vez a alíquota, desonerando na nota fiscal, para concluir a simulação do procedimento de isenção determinado na norma legal.

Foi apontada também a omissão dos editais quanto à obrigatoriedade de isenção do ICMS quando fosse o caso, o que dificulta a verificação do cumprimento da norma e afeta a possibilidade de comparar os preços das propostas entre si e com os referenciais de preços máximos a serem praticados nas vendas para o governo. Nesse contexto, verificou-se a potencial quebra de isonomia no julgamento de certames licitatórios e aquisições em valores superiores aos limites fixados pela Lei nº 10.742/2003, pelo Decreto nº 4.766/2003, pelas Resoluções CMED nº 2/2004 e nº 4/2006 e pelo Acórdão nº 1.437/2007 - Plenário.

A referida auditoria também buscou verificar se a Secretaria da Saúde do Distrito Federal estava inserindo no Banco de Preços em Saúde – BPS as informações sobre as compras de medicamentos, conforme havia sido determinado no Acórdão nº 1.457/2009 - 2ª Câmara. Anteriormente, havia sido observada a ausência de registro no BPS das aquisições de remédios não realizadas por meio do sistema Comprasnet.

Foram produzidos os seguintes achados:

- a) práticas restritivas ao caráter competitivo de certames licitatórios, as quais acarretaram a efetivação de compras antieconômicas para a administração. A título de exemplo dessas práticas, podem ser citadas exigências indevidas de documentação na fase de habilitação, inabilitação de licitantes sem justificativa comprovada nos autos e reestimativa de preços após a apresentação das propostas;
- b) compra de medicamentos por valores superiores ao ofertado pela licitante vencedora na fase de lances;
- c) aquisições de quantitativos superiores aos limites máximos estipulados nos respectivos editais ou atas de registro de preços;
- d) ausência dos pressupostos fáticos e jurídicos necessários para justificar a aquisição de medicamentos por meio de contratação direta. As dispensas de licitação constituíram uma prática cotidiana e institucionalizada no âmbito da Secretaria de Saúde do DF, apesar de diversos relatórios de auditoria terem solicitado providências para eliminar as causas dessas dispensas;
- e) nota fiscal com CNPJ diverso do constante na proposta da empresa e nos documentos orçamentários e financeiros emitidos;
- f) não aplicação de multa por atrasos na entrega de medicamentos pelas contratadas.

Nesse contexto, a legalidade dessas contratações foi afetada e restou facilitada a ocorrência de potenciais conluios nas licitações e na fixação do valor das contratações. Assim sendo, o Tribunal determinou a audiência dos gestores responsáveis por irregularidades e falhas, a adoção de providências por parte do Fundo Nacional de Saúde para recuperar os valores considerados irregulares ou instaurar as competentes tomadas de contas especiais e a implementação de medidas corretivas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

7.1.2. Auditoria de conformidade sobre pagamentos efetuados sem efetiva desoneração de ICMS em Goiás

A não desoneração do ICMS também foi relatada em Goiás. No segundo semestre de 2012, a Secretaria de Controle Externo do TCU naquele Estado (Secex/GO) concluiu a análise e a instrução de mérito de várias Tomadas de Contas Especiais (TCE), que tratavam de débitos verificados em compras de medicamentos de alto custo, realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO), que utilizaram recursos federais do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Visando aprofundar a análise dessas questões, foi realizada auditoria de conformidade, que demonstrou a não desoneração do ICMS e a consequente inobservância dos editais das licitações quando do faturamento dos medicamentos. Também não foi observado o disposto no Convênio nº 87/2002-Confaz, que conferiu, nas aquisições efetuadas pela administração pública, isenção do referido tributo a diversos medicamentos de alto custo. Em suma, os editais das licitações levadas a efeito pela SES/GO rezavam que os preços ofertados deveriam incluir todos os impostos, inclusive o ICMS. Posteriormente, a empresa contratada deveria faturar pelo preço apresentado na licitação e demonstrar no documento fiscal a desoneração referente à isenção do imposto.

Diferentemente do exigido nos editais e contratos, as empresas, ao faturarem os medicamentos, elevavam o valor apresentado na licitação na proporção da alíquota do ICMS e, no

documento fiscal, retiravam tal imposto. Essa prática caracterizou, na verdade, uma simulação da desoneração, pois o valor referente à isenção do imposto continuava a constar dos preços, o que fazia com que a isenção não gerasse preços mais baixos para a administração pública.

Diante de tal constatação e devido à grande quantidade de contratos, medicamentos e responsáveis, foi instaurada uma TCE para cada licitação realizada na modalidade pregão, como forma de obter maior eficiência processual. Assim sendo, foram autuadas 33 TCE, com débito aproximado de R\$ 36 milhões. Além disso, cópias desses processos foram encaminhadas aos Ministérios Públicos Estadual e Federal, o que deu origem à operação “tarja preta”, no âmbito da qual 12 prefeitos do Estado de Goiás foram detidos devido a suspeitas de fraude em aquisições de medicamentos.

7.1.3. Auditoria de conformidade no Programa de Medicamentos Excepcionais, entre 2007 e 2011, no Estado da Paraíba

A Secretaria de Controle Externo do TCU no Estado da Paraíba (Secex-PB) realizou auditoria de conformidade na Secretaria de Saúde daquele Estado (SES/PB), com o objetivo de verificar a regularidade da aplicação dos recursos federais repassados ao ente federativo no âmbito do Programa de Medicamentos Excepcionais, entre 2007 e 2011. Foram averiguadas a isenção fiscal do ICMS na aquisição dos mencionados bens, a forma de escolha e a efetiva contratação dos respectivos fornecedores, os preços de aquisição, os registros e os controles de estoques e a distribuição desses medicamentos à população.

Foram constatadas a aquisição de medicamentos por valores acima do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), a não observância da isenção do ICMS, a existência de justificativas ou fundamentações legais insuficientes para dispensas ou inexigibilidades de licitações, a ausência ou precariedade do registro e do controle de estoque da SES/PB, a perda de medicamentos que estavam no estoque da SES/PB (desaparecidos ou com prazo de validade expirado, sem a adoção de providências para apurar os fatos), a ocorrência de empréstimos e doações de medicamentos a outros órgãos ou entidades sem respaldo legal nem processo administrativo, a inexistência de mecanismos externos para fiscalizar o setor responsável pelo registro e controle do estoque de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e a ausência de planejamento das aquisições de medicamentos do CEAF.

Diante disso, o TCU determinou a adoção das providências cabíveis.

7.1.4. Auditoria de conformidade na aquisição e estoque de medicamentos de alto custo em Mato Grosso

Em Mato Grosso, a Secex-MT realizou auditoria e verificou o vencimento do prazo de validade de medicamentos de alto custo adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde com recursos federais. As principais causas dessas perdas foram o mau gerenciamento dos estoques, a realização de compras desnecessárias, o recebimento de fármacos com prazos de validade bastante curtos e a sistemática de distribuição que não observava as regras de armazenagem. O valor dos fármacos que foram descartados entre novembro/2012 e abril/2013 alcançou R\$ 646.652,48, sendo R\$ 434.107,33 em medicamentos enviados pelo Ministério da Saúde e R\$ 212.545,15 em remédios adquiridos pelo Estado com recursos federais.

Em atuação específica no município de Várzea Grande (MT), a unidade técnica do TCU identificou irregularidades na aquisição de medicamentos pela respectiva Secretaria

Municipal de Saúde, tais como não aposição de data na liquidação das notas fiscais, falta de exigência de um prazo de validade adequado para os medicamentos adquiridos, ausência de isenção de ICMS e de aplicação do CAP, falta de alimentação do Banco de Preços em Saúde (BPS) e pagamento de preços superiores ao referencial CMED e aos valores registrados no BPS.

Considerando a relevância dessas irregularidades, o TCU determinou a adoção de medidas corretivas.

7.1.5. Auditoria de conformidade sobre a aquisição de medicamentos por meio de emenda parlamentar

A Secex-PR realizou auditoria nos municípios paranaenses de Engenheiro Beltrão, Imbituva, Nova Laranjeiras, Nova Prata do Iguaçu e Vitorino, com o objetivo de avaliar a regularidade da aplicação dos recursos da Política de Assistência Farmacêutica, que foram descentralizados por meio de convênios firmados pelo Ministério da Saúde.

Além dos recursos disponibilizados regularmente pelos entes financiadores, os municípios auditados também haviam sido beneficiados por emendas parlamentares para adquirir medicamentos utilizados na assistência farmacêutica básica, cujos recursos foram transferidos por meio de convênios.

A referida auditoria verificou a ocorrência de aquisições de medicamentos em quantidades muito superiores à demanda dos municípios, irregularidades na execução das licitações, pagamentos antecipados, emissão de notas fiscais em desacordo com as normas e desvios de recursos realizados por meio de pagamento de medicamentos não entregues pelas empresas contratadas.

Também foi constatado que os convênios firmados a partir da liberação dos recursos das emendas parlamentares alteraram significativamente os valores disponíveis para a política de assistência farmacêutica dos municípios auditados, principalmente para aqueles de menor população, cujo incremento chegou a oito vezes o valor original do programa.

A gravidade dos achados dessa auditoria ensejou a adoção das seguintes medidas:

- a) revogação, pelo Ministério da Saúde, da sistemática de liberação de emendas parlamentares para compra de medicamentos, em razão da distorção causada no próprio Programa de Assistência Farmacêutica daquele Ministério;
- b) celebração pelo TCU de parceria com o Núcleo Estadual de Saúde do Paraná, para buscar a devolução integral dos recursos de dezessete convênios, no total de R\$ 2.260.000,00, e instauração de tomadas de contas especiais para 28 convênios, no montante de R\$ 3.300.000,00;
- c) bloqueio cautelar pela Advocacia Geral União dos bens dos gestores municipais e das empresas distribuidoras de medicamentos envolvidos nessas irregularidades;
- d) expedição de alertas ao Ministério da Saúde, à Anvisa e aos municípios auditados.

7.1.6. Auditoria de conformidade sobre os procedimentos licitatórios para aquisição de insumos hospitalares, no período de 2004 a 2008, em certos hospitais de São Paulo, após a Operação Parasitas

O Congresso Nacional solicitou ao TCU que apurasse denúncia até então sob investigação do Ministério Público Estadual de São Paulo, na denominada “Operação Parasitas”.

Em atendimento a essa demanda, a Secex (SP) realizou auditoria com o fito de avaliar a legalidade dos procedimentos licitatórios realizados visando adquirir insumos hospitalares no período de 2004 a 2008. Os referidos certames, que envolveram recursos federais, deveriam atender às necessidades dos Hospitais Estaduais Ipiranga e Pérola Byington (Centro de Referência da Saúde da Mulher) e Municipal Cármino Caricchio (Tatuapé), além do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE).

A maior parte dos recursos fiscalizados foi originalmente repassada para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS/SP. Verificou-se que, posteriormente, parte dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, na modalidade fundo a fundo, foi repassada à autarquia hospitalar municipal, para que ela promovesse, dentro de suas competências e na condição de ente dotado de autonomia financeira e administrativa, as ações necessárias ao suprimento de medicamentos para as unidades hospitalares.

Por meio dessa auditoria, o TCU constatou: ausência de pesquisa de preços, cotação de um único fornecedor, falhas na definição da aceitabilidade dos preços, existência de notas fiscais sem identificação de marca ou procedência, atrasos nas entregas sem a aplicação das penalidades previstas e inconsistências nos registros dos valores repassados pela SMS/SP para sua autarquia.

Diante disso, o TCU determinou a adoção de medidas corretivas. A Secex-SP já realizou o monitoramento dessas medidas, que ainda não foi apreciado pelo TCU.

7.1.7. Terceirização de ações e serviços públicos de saúde

A terceirização de ações e serviços públicos de saúde é amplamente adotada pelos entes estaduais e municipais. Hospitais públicos, unidades básicas de saúde, centrais de diagnóstico, equipes da Saúde da Família, entre outros serviços, têm seu gerenciamento transferido para entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais ou da Sociedade Civil de Interesse Público ou mediante Parcerias Público-Privadas.

Os defensores desse modelo afirmam que os serviços prestados por tais entidades são mais flexíveis e eficientes. Por outro lado, os críticos da terceirização alegam que essas medidas seriam inconstitucionais e não observariam os princípios do SUS.

O Ministério da Saúde regulou a relação do Sistema Único de Saúde com os prestadores de serviços de saúde privados por meio da Portaria MS/GM nº 1.034/2010. Naquela oportunidade, foi definido que os entes públicos poderiam complementar a oferta de atendimentos por meio da utilização de serviços privados de assistência à saúde, desde que fossem previamente comprovadas a necessidade dessa complementação e a impossibilidade de esses entes ampliarem as respectivas capacidades operacionais.

Nesse contexto, o TCU realizou auditoria para examinar em que medida os entes governamentais estavam exercendo suas funções de supervisão de forma efetiva. Não obstante a contratação de tais entidades haver sido realizada nos âmbitos estadual e municipal, sendo portanto de responsabilidade do gestor local, a competência do Tribunal para fiscalizar esses ajustes fundou-se na utilização de recursos federais para pagar os serviços de saúde prestados pelos agentes privados.

Deve ser ressaltado que essa auditoria não avaliou a constitucionalidade da terceirização, a qual é objeto da ADIN nº 1.923 que ora tramita no Supremo Tribunal Federal.

Foram fiscalizadas as contratações das Secretarias Estaduais de Saúde da Bahia, da Paraíba e de São Paulo e as Secretarias de Saúde dos Municípios de Araucária (PR), Curitiba (PR), Rio de Janeiro (RJ), Salvador (BA) e São Paulo (SP).

Os principais achados dessa auditoria foram os seguintes:

- a) foi analisado o processo decisório sobre a terceirização, tendo sido avaliado se foram realizados estudos para demonstrar que a transferência do gerenciamento das unidades de saúde era a melhor opção. Constatou-se que nenhum dos entes fiscalizados demonstrou a existência de tais estudos ou apresentou critérios técnicos e objetivos para comprovar que a gestão terceirizada traria melhores resultados;
- b) os mencionados estudos deveriam ter subsidiado o cálculo dos custos necessários para executar o contrato e o valor que seria transferido para as organizações sociais. Além disso, com base neles deveriam ter sido formuladas as metas e os indicadores que permitiriam avaliar os resultados alcançados. Porém, muitos entes públicos apenas utilizaram séries históricas da performance do próprio hospital terceirizado, sem considerar possíveis ganhos de eficiência nem as peculiaridades de um modelo de gestão significativamente diferente;
- c) a qualificação e a seleção das organizações sociais devem ter sido realizadas a partir de critérios objetivos, que permitiriam escolher as entidades mais aptas para gerirem os serviços de saúde. Apesar de não ser exigida a realização de procedimento licitatório, seria necessário realizar um chamamento público que promovesse a igualdade entre os postulantes e a transparência das decisões para a sociedade. Embora os entes fiscalizados tenham realizado tal procedimento, em muitos casos, ele carecia de objetividade, tendo sido qualificadas e selecionadas entidades a partir de critérios subjetivos. Por fim, cabe destacar que, em diversos chamamentos, houve a participação de apenas uma organização social
- d) em muitos casos, os indicadores não possuíam os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação. Além disso, foram identificados contratos cujos indicadores não abrangiam todas as dimensões necessárias para permitir uma visão ampla do desempenho dos agentes privados.
- e) a terceirização da regulação do acesso aos serviços de saúde ocorrida no Estado de São Paulo seria ilegal, porque essa é uma atividade exclusiva do poder público;
- f) alguns entes federados não celebraram contratos de gestão com organizações sociais, mas firmaram contratos administrativos com empresas privadas para gerenciar unidades públicas de saúde, o que carece de fundamentação legal;
- g) na Paraíba, uma parte dos recursos que deveriam ter sido aplicados em ações e serviços de saúde foram desviados para financiar o fundo estadual de apoio ao empreendedorismo;
- h) o controle exercido por alguns entes era falho, as equipes encarregadas desse controle eram reduzidas e seus membros não possuíam a qualificação necessária;
- i) as prestações de contas não eram submetidas a um exame adequado e tempestivo, o que facilitava o desvio de recursos públicos;
- j) os resultados alcançados eram verificados de forma superficial, inclusive devido às falhas nas metas e nos indicadores;
- k) os conselhos de saúde eram ignorados em diversos entes fiscalizados.

Nos últimos quinze anos, estados e municípios vêm intensificando a transferência para organizações sociais do gerenciamento de hospitais, unidades básicas de saúde e centros de diagnósticos. Tem ocorrido a cessão de edifícios, mobiliário, equipamento e servidores públicos, mediante a celebração de contratos de gestão, visando conferir maior flexibilidade e eficiência a esses serviços. Nesse contexto, em alguns entes da Federação, as organizações sociais já respondem por uma parcela importante da prestação de serviços de saúde, chegando a atuar na oferta desses serviços de forma preponderante, não mais complementar. Contudo, muitos entes federados não se prepararam adequadamente para assumir as novas atribuições e realizaram as transferências sem deter as condições necessárias para supervisionar de forma adequada os contratos de gestão.

Com espeque nessas considerações, por meio do Acórdão nº 3.239/2013 – Plenário, o TCU exarou recomendações e determinações no sentido de que:

- a) a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais deve ocorrer por meio de processo objetivo;
- b) a escolha dessas entidades, sempre que for possível, deve ocorrer por meio de chamamento público
- c) os critérios para a concessão ou recusa do título devem ser demonstrados nos autos do respectivo processo administrativo;
- d) deve ser realizado estudo prévio detalhado que fundamente a transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para as organizações sociais e demonstre que essa é a melhor opção para a Administração Pública;
- e) os contratos de gestão devem prever metas e indicadores de qualidade e produtividade, com os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados;
- f) a avaliação dos resultados atingidos deve ser feita por uma comissão formada por especialistas da área correspondente;
- g) deve ser ampliado o controle social no planejamento e na fiscalização dessas contratações;
- h) os Conselhos de Saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da análise da prestação de contas das organizações sociais;
- i) foi fixado prazo para que o Ministério da Saúde elabore normativo para regulamentar a participação de organizações sociais no SUS, em especial, no que concerne à transferência do gerenciamento de unidades públicas de saúde para essas organizações;
- j) aquele Ministério deve orientar os gestores federais, estaduais e municipais acerca dos entendimentos da Corte de Contas no sentido de que cumpre ao Poder Público garantir que os serviços terceirizados sejam prestados na quantidade e qualidade apropriados.

7.1.8. Falta de tempestividade na aplicação de recursos da saúde em municípios do Rio Grande do Sul - RS

O Sistema Único de Saúde é marcado pela descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios. A consolidação do SUS passa pelo

fortalecimento da gestão municipalizada, que constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Note-se que esse fortalecimento depende do adequado planejamento das ações de saúde, o que inclui a aplicação regular e tempestiva dos recursos financeiros disponíveis.

Foram identificados elevados saldos financeiros, sem aplicação, em determinados Blocos de Financiamento Federais concedidos para o Rio Grande do Sul. Diante disso, em 2013, o TCU realizou auditoria com o objetivo de avaliar a tempestividade na aplicação dos recursos federais do SUS transferidos a 52 municípios gaúchos e a consistência das informações lançadas nos sistemas de apoio ao acompanhamento e controle da gestão e da execução financeira desses recursos.

A auditoria identificou a existência de volume significativo de recursos federais destinados à saúde que não tinham sido aplicados de maneira tempestiva. Nos 52 municípios selecionados, R\$ 89 milhões poderiam ter sido aplicados em benefício da população de forma mais célere. Verificou-se, ainda, que algumas ações específicas têm recebido menor prioridade no que diz respeito à utilização de recursos financeiros pelos gestores municipais, tais como PAB-Fixo, Farmácia Básica Fixa, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Teto Financeiro do Bloco da Vigilância Sanitária, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Educação em Saúde e Incentivo ao Programa DST/AIDS.

No que se refere à Atenção Básica, constatou-se a existência de saldos remanescentes, em 31/12/2012, no montante de R\$ 47 milhões nos municípios analisados (recursos do PAB-Fixo, Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde). Reitero que a Atenção Básica é a porta de entrada do SUS, onde deve ser resolvida a maior parte dos problemas de saúde da população. Dessa forma, a não aplicação de recursos financeiros significativos que foram disponibilizados visando melhorar a Atenção Básica agrava a reconhecida carência de serviços oferecidos à população.

A Vigilância em Saúde, por sua vez, constitui um processo contínuo e sistemático que visa implementar medidas de saúde pública para proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, agravos e doenças e promover a saúde. Assim, a existência de recursos financeiros não utilizados nessa área representa a redução ou a não realização de ações e programas, o que resulta na fragilização do caráter preventivo das ações de saúde financiadas pelo Governo Federal.

Os esclarecimentos prestados pelos municípios indicam que os recursos transferidos são, em muitos casos, suficientes para realizar as ações programadas. Assim sendo, avalia-se que a não aplicação desses recursos decorre de deficiências no planejamento e na execução das ações programadas na área da saúde e da inadequação do dimensionamento e da alocação dos recursos pelo Ministério da Saúde. Além disso, a auditoria identificou inconsistências nas informações registradas pelos municípios gaúchos nos sistemas de apoio ao controle e ao monitoramento da gestão do SUS.

Assim sendo, o Tribunal recomendou ao Ministério da Saúde que utilizasse instrumentos de controle com vistas a identificar a não aplicação de recursos financeiros transferidos. Adicionalmente, esse Ministério deveria, em articulação com a Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, orientar os gestores municipais de saúde com vistas a aperfeiçoar o planejamento e a execução das ações de saúde financiadas pela União.

VIII - Conclusão

A Constituição Federal estabeleceu a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a igualdade da assistência a todos, além de dispor que as ações e os serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera de governo.

Para assegurar o cumprimento desses princípios constitucionais, o SUS deve atender uma demanda crescente por diagnósticos e tratamentos, a qual decorre do crescimento populacional, da transição epidemiológica, do aumento da longevidade e das inovações tecnológicas.

Os gastos totais com a Função Saúde aumentaram, em valores nominais, de R\$ 52,9 bilhões, em 2008, para R\$ 89,1 bilhões em 2012. Nesse mesmo período, a proporção dos gastos em saúde em relação ao PIB aumentou de 1,74% para 2,02%. Apesar desse crescimento, discute-se a existência de um subfinanciamento do setor de saúde, a partir da comparação desses gastos como aqueles realizados por países que possuem modelos públicos de atendimento universais.

Cabe registrar que, nos últimos cinco anos, deixaram de ser aplicados na Função Saúde de R\$ 20,4 bilhões, em valores atualizados, em relação ao que fora previsto nos orçamentos da União, sendo R\$ 9,6 bilhões somente no exercício de 2012.

Com fulcro na análise da contabilidade da União, conclui-se que foram empenhados valores suficientes para cumprir a regra de aplicação mínima de recursos no setor saúde. Todavia, especial atenção deve ser dada aos valores inscritos em restos a pagar, cujo cancelamento posterior ou prescrição pode ocasionar o descumprimento dessa regra.

A avaliação dos sistemas de saúde constitui tarefa complexa, tendo em vista as diversas dimensões e perspectivas que podem ser consideradas. Ciente disso e com vistas a elaborar um diagnóstico da situação da saúde no Brasil, o Tribunal desenvolveu uma metodologia de avaliação por meio de indicadores, a partir do que existe de mais moderno na literatura mundial.

A partir da análise desses indicadores, constatou-se que o sistema de saúde brasileiro apresenta graves desigualdades quando se compara o sistema público com o privado ou quando se analisa a situação das diversas regiões do Brasil no âmbito do SUS. Tais desigualdades podem ser observadas em todos os blocos do modelo de avaliação, desde a estrutura do sistema de saúde até a situação da saúde da população.

O modelo de avaliação proposto deve ser visto como o passo inicial de um processo de desenvolvimento contínuo. Logo, há necessidade de aprimorá-lo, inclusive por meio da incorporação de novos indicadores, alguns dos quais não puderam ser calculados neste momento em razão da indisponibilidade de dados.

No que se refere à Assistência Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Tribunal realizou amplo diagnóstico em 116 hospitais do SUS, que reúnem 27.614 leitos, em todos os estados da Federação. Foram identificados problemas graves, complexos e recorrentes, tais como, insuficiência de leitos; superlotação de emergências hospitalares; carência de profissionais de saúde; desigualdade na distribuição de médicos no País; falta de medicamentos e insumos hospitalares; ausência de equipamentos ou existência de equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção; estrutura física inadequada e insuficiência de recursos de tecnologia da informação.

O aumento da quantidade de ações judiciais impetradas com o objetivo de garantir o fornecimento de medicamentos e a realização de cirurgias e procedimentos tem preocupado os gestores da saúde nas três esferas de governo. Segundo esses administradores, muitas vezes, o Poder Judiciário despreza fluxos e protocolos existentes, impõe a realização de tratamentos extremamente onerosos e provoca a inversão de prioridades nos gastos com medicamentos, o que gera um grave impacto na programação anual de saúde.

O Tribunal tem acompanhado sistematicamente os grandes temas da área da saúde, dentre os quais, destacam-se os seguintes:

- a) implantação e manutenção do Cartão SUS: estão previstas nos normativos do SUS desde a segunda metade da década de 1990. Apesar de o Governo Federal ter aportado recursos vultosos (entre janeiro de 2004 e julho de 2013, foram investidos R\$ 225 milhões), ainda não foram atingidos os objetivos propostos;
- b) ressarcimento ao Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde dos gastos efetuados pelo SUS para atender aos associados a estes planos: foi objeto de auditoria realizada pelo Tribunal. Foi constatado que os procedimentos ambulatoriais (administração de vacinas, realização de exames, consultas médicas, pequenas cirurgias, quimioterapia, hemodiálise e fornecimento de órteses e próteses) não eram considerados para fins de ressarcimento, em especial os procedimentos de média e alta complexidade. A ANS exigia o ressarcimento apenas dos procedimentos realizados durante as internações hospitalares, em desacordo com que foi estabelecido pela lei. A auditoria do TCU estimou que os valores a serem ressarcidos ao SUS atingiriam R\$ 2,6 bilhões, apenas no período de 2003 a 2007. Apesar da adoção de diversas medidas corretivas pela Agência Nacional de Saúde, perdura o desafio de obter o ressarcimento devido ao SUS. Por fim, cabe destacar que foram detectadas falhas na regulação do mercado de planos e seguros de saúde;
- c) regulação do mercado de medicamentos: auditoria realizada pelo Tribunal verificou distorções em alguns preços fixados pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), que estavam em patamares bastante superiores aos praticados nas compras públicas. Ademais, uma comparação com preços internacionais apontou que, em 86% da amostra analisada, o preço registrado no Brasil era superior à média internacional. Uma possível causa dessa distorção de preços seriam as falhas existentes no modelo regulatório brasileiro, a exemplo da impossibilidade de rever os preços em decorrência de mudanças na conjuntura econômica ou internacional e da vinculação do ajuste anual à inflação. Em decorrência das recomendações efetuadas pelo Tribunal, a CMED adotou providências para aprimorar a regulação do mercado de medicamentos. Apesar dos avanços observados, essa questão ainda demanda um acompanhamento por parte da Corte de Contas.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de concretizar a missão constitucional deste Tribunal e assegurar a observância dos princípios da legalidade, eficiência, legitimidade e economicidade na gestão dos recursos públicos na área da saúde. Nesse sentido, buscou-se fornecer ao Congresso Nacional e à sociedade informações estruturadas sobre a situação da saúde no Brasil, além de gerar insumos para o planejamento das ações de controle externo. Por fim, pretende-se, nas edições subsequentes desse Relatório, observar a evolução e o impacto das políticas públicas de saúde ora avaliadas.

Antes de encerrar este Voto, quero enaltecer o trabalho desenvolvido pela Secretaria de Controle Externo da Saúde e pelas secretarias de controle externo nos estados, que coletaram e analisaram um volume significativo de dados, o que permitiu a confecção de um diagnóstico abrangente e fundamentado da situação da saúde no Brasil.

Considerando que há necessidade de dar continuidade às avaliações ora iniciadas, julgo pertinente autorizar desde já a elaboração do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde 2014.

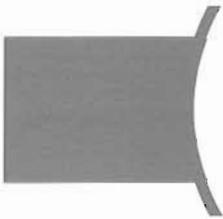
Finalmente, tendo em vista que os objetivos colimados por este processo foram atingidos, avalio que ele deve ser encerrado, nos termos do inciso V do art. 169 do Regimento Interno do TCU.

Diante do exposto, VOTO por que seja adotada a deliberação que ora submeto a este Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 26 de março de 2014.

BENJAMIN ZYMLER

Relator



Declaração de Voto - Ministro Raimundo Carreiro

Nesta ocasião, em que se aprecia este relevante trabalho, realizado na área da saúde, quero congratular o ilustre Relator e toda a equipe técnica pela excelência do relatório apresentado. A abrangência e a qualidade das informações desse trabalho contribuem sobremaneira para ampliar a visão sobre a área e suas especificidades o que, certamente, se refletirá de forma positiva nas próximas fiscalizações desta Corte de Contas.

Outra razão para felicitar o Tribunal pelo trabalho encontrado na concretização de uma ideia lançada, aqui mesmo neste Plenário, no início de 2011, quando fiz a seguinte comunicação ao Colegiado:

COMUNICAÇÃO AO PLENÁRIO – SESSÃO DE 26/1/2011

Senhor Presidente,

Senhores Ministros,

Senhor Procurador-Geral,

Senhor Presidente, gostaria de parabenizar Vossa Excelência pela iniciativa de ajuste na estrutura deste Tribunal por meio da aprovação da Resolução 240/2010. A complexidade dos tempos modernos exige agilidade de cada instituição, pública ou privada, no aprimoramento de sua estrutura e da sua forma de atuação.

A criação de novas unidades e o reforço de Secretarias já existentes demonstra a preocupação do Presidente Benjamin Zymler em assegurar que esta Corte de Contas cumpra a missão de zelar pela efetiva e regular gestão de recursos públicos em benefício da sociedade.

Nessa linha, com vistas a contribuir com esta nova gestão, apresento algumas reflexões, não obstante o meu curto período de atuação nesta Casa. Reflexões decorrentes de estudos e diálogos com profissionais capacitados deste Tribunal, aos quais adicionei minha experiência como servidor do Senado Federal.

É inegável a qualidade e utilidade dos trabalhos deste Tribunal na área de obras públicas. A recente criação da 4ª Secretaria de Obras é parte de nosso contínuo processo aprimoramento, iniciado em 1997, após a inserção na LDO da repercussão orçamentária das fiscalizações de obras públicas realizadas pelo TCU. A nova sistemática, decorrente dos esforços coordenados desta Corte e do Congresso Nacional, operou verdadeira transformação na natureza da lei orçamentária. Não mais subsiste a doutrina do orçamento meramente autorizativo, sobressaindo nova feição: o caráter impeditivo (portanto impositivo) da execução orçamentário-financeira de despesas com indícios de irregularidades graves.

Preocupa-me, contudo, a falta de outros produtos que repercutam na feitura e na execução do orçamento, à semelhança do que existe na fiscalização de obras.

As palavras do Presidente, em sua posse, apontam para a firme intenção de intensificar os esforços do TCU na área de fiscalização. Creio ser momento oportuno para a definição de novos rumos, que passam pela redefinição de produtos pautados na experiência adquirida nos últimos 14 anos de “Fiscobras”. Cito, como exemplo, o encaminhamento ao Congresso Nacional de informações periódicas e sistematizadas, em linguagem simplificada e padronizada, a serem utilizadas no processo legislativo orçamentário.

Novos produtos a serem desenvolvidos simetricamente com as 10 (dez) áreas temáticas definidas pelo Congresso Nacional para a divisão setorial dos trabalhos de elaboração da LOA (Resolução 01/2006). Quais sejam: Infraestrutura; Saúde; Integração Nacional e Meio Ambiente; Educação e Cultura; Justiça e Defesa; Poderes do Estado e Representação; Agricultura e Desenvolvimento Agrário; Trabalho, Previdência e Assistência Social; Planejamento e Desenvolvimento Urbano.

Certamente, já detalhando a proposta que trago a meus pares, deveremos eleger subtemas por força do gigantismo das mencionadas áreas. A Defesa Civil, por exemplo, pode ser elegida como subtema. Temos visto notícias na imprensa (fatos a serem devidamente apurados) de que recursos públicos financiam a construção ou reforma de residências e a implantação de equipamentos públicos em áreas de alto risco (acarretando não apenas a permanência na ocupação dessas áreas, bem como sua proliferação). Tivesse o Legislativo essas informações, bastaria inserir dispositivo impeditivo de destinação de tais recursos na Lei de Meios para, ao menos, reduzir o tamanho das tragédias.

Sugiro, portanto, a criação de novos produtos de informação ao Congresso Nacional e à própria Sociedade, a serem construídos com a mesma lógica do “Fiscobras”, a qual é bem sintetizada no popular ditado “é melhor prevenir do que remediar”.

Em resumo, a experiência adquirida por este Tribunal, o suporte normativo, a nova feição do orçamento público e o entendimento de que a alocação de recursos públicos não é de pura discricionariedade política, devendo-se conformar com o texto constitucional (Supremo Tribunal Federal na ADI 4048 MC), abre-nos a oportunidade de redefinirmos o modelo de fiscalização. Permitiríamos, assim, que cada um dos Ministros relate, de forma consolidada, um tema relevante, a exemplo do que vem sendo feito com OBRAS PÚBLICAS, cujos resultados seriam remetidos aos comitês permanentes e/ou aos relatores setoriais da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização.

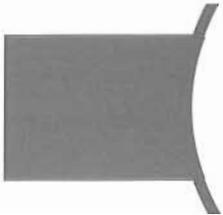
Do exposto, proponho seja determinado à Segecex para que, no prazo de 180 dias, submeta a este Plenário estudo de viabilidade para a adoção de metodologia para o encaminhamento de informações consolidadas e sistematizadas segundo as áreas de relevância para o Congresso Nacional, seguindo, no que couber, o mesmo padrão adotado no Fiscobras.

Raimundo Carreiro

A semente lançada àquela época encontrou terreno fértil, brotou e ganhou forças, mormente com a feliz iniciativa do Ministro Presidente Augusto Nardes de, através da Resolução 253/2013, exatamente no roteiro das áreas temáticas definidas pelo Congresso nacional, especializar as unidades do Tribunal responsáveis pela fiscalização e agrupá-las por áreas temáticas.

Na mesma linha, veio a grande auditoria coordenada na área da educação, já apreciada pelo Plenário, e outros trabalhos em andamento na área de Segurança e Meio Ambiente, entre outros.

Nesse contexto, Senhor Presidente, senhores Ministros, quero mais uma vez louvar o trabalho que o Ministro Benjamin Zymler ora nos apresenta e registrar minha satisfação de estar presenciando este momento, que, acredito firmemente, é um marco na história centenária do Tribunal.



Acórdão nº 693/2014-TCU-Plenário

1. Processo nº TC 032.624/2013-1.
 - 1.1. Apensos: TC nº 026.797/2013-5, nº 013.625/2013-6, nº 020.954/2013-1, nº 021.349/2013-4, nº 021.144/2013-3, nº 013.021/2013-3, nº 021.466/2013-0, nº 020.750/2013-7, nº 020.638/2013-2, nº 021.046/2013-1, nº 020.948/2013-1, nº 021.066/2013-2, nº 010.568/2013-1, nº 021.200/2013-0, nº 021.147/2013-2 e nº 021.185/2013-1
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Levantamento de Auditoria
3. Interessado: Ministério da Saúde.
4. Órgão: Ministério da Saúde (vinculador).
5. Relator: Ministro Benjamin Zymler.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude).
8. Advogado constituído nos autos: não há.
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Levantamento de Auditoria realizado com vistas a traçar um diagnóstico da área da saúde no Brasil, o qual será posteriormente apresentado ao Congresso Nacional, a diversos órgãos governamentais e a entidades que atuam nessa área.

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

- 9.1. considerar cumpridos os objetivos colimados por este processo;
- 9.2. autorizar a elaboração do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde 2014, o qual versará, entre outros temas, sobre a distribuição dos recursos federais para as demais unidades federadas, o atendimento de pessoas em estados distintos daqueles onde residem e a forma de contabilização dos custos incorridos em custeio ou investimento;
- 9.3. enviar, para ciência e adoção das providências cabíveis, cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentaram:
 - 9.3.1. ao Congresso Nacional;
 - 9.3.2. à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO);
 - 9.3.3. à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados;
 - 9.3.4. à Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados;
 - 9.3.5. à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal;
 - 9.3.6. à Comissão de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA) do Senado Federal;
 - 9.3.7. à Casa Civil da Presidência da República;
 - 9.3.8. ao Ministério da Saúde;
 - 9.3.9. ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus;
 - 9.3.10. ao Ministério Público Federal;
 - 9.3.11. à Controladoria-Geral da União (CGU);

- 9.3.12. à Defensoria Pública da União;
- 9.3.13. aos Tribunais de Contas estaduais;
- 9.3.14. ao Conselho Nacional de Saúde (CNS),
- 9.3.15. ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);
- 9.3.16. ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
- 9.3.17. ao Conselho Federal de Medicina;
- 9.3.18. aos Conselhos Regionais de Medicina;
- 9.4. encerrar o presente processo, nos termos do inciso V do art. 169 do Regimento

Interno do TCU.

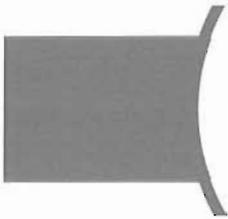
- 10. Ata nº 9/2014 – Plenário.
- 11. Data da Sessão: 26/3/2014 – Ordinária.
- 12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0693-09/14-P.
- 13. Especificação do quórum:
 - 13.1. Ministros presentes: Augusto Nardes (Presidente), Valmir Campelo, Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler (Relator), Aroldo Cedraz, Raimundo Carreiro, José Jorge, José Múcio Monteiro e Ana Arraes.
 - 13.2. Ministros-Substitutos presentes: Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BENJAMIN ZYMLER
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
PAULO SOARES BUGARIN
Procurador-Geral



Referências Bibliográficas

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. Projeto ICSAP – Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em 4 nov. 2013.

BAHIA, Lígia. O Material de Construção da Dupla Porta dos Hospitais Universitários. IDISA, Campinas, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5592_0__o-material-de-construcao-da-dupla-porta-dos-hospitais-universitarios.html>. Acesso em 20 ago. 2013.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, julho 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 11 jul. 2013.

BRASIL. Advocacia Geral da União, Consultoria Jurídica Ministério da Saúde. Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/21/Panorama.pdf>>

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SIPS - Sistema de Indicadores de Percepção Social: Saúde. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 2 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Critérios para Análise de Investimentos em Saúde. 1ª ed. Brasília: MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – ID-SUS: Ficha técnica dos indicadores. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_Fichas_Tecnicas_Indicadores.pdf>. Acesso em 12 abr. 2013.

_____. TCU – Tribunal de Contas da União. Relatório e Parecer Prévio sobre Contas do Governo da República, Exercício de 2012. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/contas/contas_governo/Contas2012/index.html>. Acesso em 16 dez. 2013.

CARESTIATO, J.C.; FERREIRA, L.G. Dose unitária: relação custo x benefício de sua implantação nos hospitais públicos brasileiros como política de governo. *Revista Brasileira de Farmácia*, 77 (3), p.103-12, 1996.

CFM & CREMESP. *Demografia Médica no Brasil – Volume I: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

CFM & CREMESP. *Demografia Médica no Brasil – Volume II: cenários e indicadores de distribuição*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

CREMESP. *Macas nos corredores podem significar excesso de demanda para o serviço, equipe médica insuficiente, ausência de leitos, falta de UTIs, mas também represamento por conta de dificuldades no referenciamento de pacientes para outros serviços*. 2013. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/CremespProntosSocorros2.pdf>>. Acesso em 29 out. 2013.

GOMES, Maria José Vasconcelos de Magalhães e REIS, Adriano Max Moreira. *Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2003.

KELLEY, Edward e HURST, Jeremy. *Health Care Quality Indicators Project - Conceptual Framework Paper*. OCDE Health Working Papers, n.23. Paris: OCDE, 2006. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>>. Acesso em 21 ago. 2013.

LA FORGIA, Gerard M. e COUTTOLENC, Bernard F. *Desempenho Hospitalar no Brasil, em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 18 out. 2013.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. *Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003)*. *Bull World Health Organ* [online], 85 (7), 2007.

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris: OCDE Publishing, 2011.

_____. *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: OCDE Publishing, 2012.

_____. *Health Data 2013 - How Does Brazil Compare with OECD Countries*. Paris: OCDE Publishing, 2013.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (5), 2009.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais do que nunca. Portugal: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em 6 set. 2013.

_____. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Genebra: WHO Library, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/es/index.html>.

_____. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report 2010 Background Paper*, 30. Genebra: WHO Library, 2010.

_____. The World health report 2000: health systems: improving performance. Genebra: WHO Library, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2000/en/>>. Acesso em 9 out. 2013.

_____. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Genebra: WHO Library, 2013.

RODRIGUES, Paulo Henrique. Responsabilidade dos gestores públicos de serviços de saúde. Fórum de Debates sobre Saúde Suplementar – ANS, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/TT_AR_4_PHenrique_ResponsabilidadeDosGestores.pdf>. Acesso em 21 ago. 2013.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez e PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5): 1.431-1.440, 2008.

SILVEIRA, Fernando Gaiger; OSORIO, Rafael Guerreiro e PIOLA, Sérgio Francisco. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4): 719-731, 2002.

TEIXEIRA, Mariana Faria e PATRÍCIO, Roberto Gomes. O fenômeno da “fila dupla” ou “segunda porta” no Sistema Único de Saúde e a inobservância ao Princípio da Impessoalidade: um exercício de aproximação de conceitos. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, 11(3): 50-52, Nov. 2010.



Anexo I - Notas

- 1 Para calcular a proporção dos gastos em Saúde em relação ao Produto Interno Bruto, foi considerado o PIB de R\$ 3,032 trilhões, em 2008, e de R\$ 4,403 trilhões, em 2012 (Fonte: IBGE).
- 2 TC nº 046.061/2012-6.
- 3 Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS: Ficha técnica dos indicadores.
- 4 TC nº 041.351/2012-6, peça 35.
- 5 Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
- 6 TC nº 014.541/2009-6, Acórdão nº 1.189/2010 – Plenário.
- 7 Acórdão nº 247/2010 - Plenário, item 9.1.1.
- 8 TC nº 009.469/2012-5, Acórdão nº 2.451/2013 – Plenário.
- 9 TC nº 004.308/2013-1.
- 10 TC nº 002.088/2009-2, Acórdãos nº 2.788/2009 - Plenário e nº 1.089/2010 - Plenário.
- 11 TC nº 032.238/2011-8, Acórdão nº 1.613/2012-1ª Câmara.
- 12 TC nº 014.485/2009-5, apensado ao TC nº 009.017/2009-2, Acórdão nº 1.188/2010 - Plenário.
- 13 TC nº 015.697/2011-8, Acórdão nº 822/2012 - Plenário.
- 14 TC nº 031.408/2011-8, Acórdão nº 4.052/2012 - 1ª Câmara.
- 15 TC nº 011.842/2012-1, Acórdão nº 3.130/2013 - Plenário.
- 16 <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/avaliacaoexterna/solicitacoes_realizadas.php>.
- 17 TC nº 023.181/2008-0, Acórdão nº 502/2009 - Plenário e TC nº 009.174/2012-5, Acórdão nº 2.879/2012 - Plenário.

- 18 TC nº 011.290/2010-2, Acórdão nº 1.459/2011 - Plenário; Monitoramento: Acórdão nº 130/2013 - Plenário.
- 19 TC nº 034.197/2011-7, Acórdão nº 3.016/2012 - Plenário.
- 20 TC nº 008.749/2011-6.
- 21 TC nº 009.033/2009-6, Acórdão nº 3.031/2009 - Plenário; TC nº 002.573/2011-3, Acórdão nº 579/2013 - Plenário.
- 22 Contrato Hemobrás nº 22/2007, Concorrência nº 1/2006.
- 23 TC nº 031.944/2010-8, Acórdão nº 2.843/2011 - Plenário.
- 24 Auditoria: TC nº 011.587/2009-1, Acórdão nº 247/2010 - Plenário; Monitoramento: TC nº 011.807/2012-1, Acórdão nº 1.953/2012 - Plenário.
- 25 TC nº 009.469/2012-5, Acórdão nº 2.451/2013 - Plenário.
- 26 TC nº 034.197/2011-7, Acórdão nº 3.016/2012 - Plenário.
- 27 TC nº 009.625/2011-9, Acórdão nº 140/2012 - Plenário.
- 28 TC nº 017.576/2005-2, Acórdão nº 45/2008 - Plenário.
- 29 TC nº 019.588/2011-9, Acórdão nº 1.154/2013 - Plenário, retificado pelo Acórdão nº 2.196/2013 - Plenário.
- 30 TC nº 044.524/2012-9.
- 31 TC nº 016.547/2013-6, Acórdão nº 2.917/2013 - Plenário.
- 32 TC nº 031.017/2011-8, Acórdão nº 1.574/2013 - 2ª Câmara.
- 33 TC nº 004.412/2011-7, Acórdão nº 1.267/2011 - Plenário.
- 34 TC nº 024.140/2011-2, Acórdão nº 73/2012 - 2ª Câmara.
- 35 TC nº 000.295/2009-9, Acórdão nº 65/2010 - Plenário.
- 36 TC nº 027.944/2008-9, apensado ao TC nº 006.181/2008-7.

- 37 TC nº 013.912/2012-7.
- 38 TC nº 018.739/2012-1, Acórdão nº 3.239/2013 - Plenário.
- 39 TC nº 017.404/2013-4, Acórdão nº 7.391/2013 - 1ª Câmara.

Responsabilidade pelo Conteúdo

Coordenação-Geral de Controle Externo da Área Social e da Região Nordeste
Secretaria de Controle Externo da Saúde

Responsabilidade Editorial

Secretaria-Geral da Presidência
Secretaria de Comunicação
Núcleo de Criação e Editoração

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

Núcleo de Criação e Editoração

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Controle Externo da Saúde
SAFS Qd 4 Lote 1
Edifício Anexo III Sala 243
Tel.: (61) 3316 7334
secexsaude@tcu.gov.br

Ouvidoria

Tel.: 0800 644 1500

ouvidoria@tcu.gov.br

Impresso pela Sesap/Segedam



Negócio

Controle externo da Administração Pública
e da gestão dos recursos públicos federais

Missão

Controlar a Administração Pública para contribuir com
seu aperfeiçoamento em benefício da sociedade.

Visão

Ser reconhecido como instituição de excelência no controle
e no aperfeiçoamento da Administração Pública.

www.tcu.gov.br

