

GRUPO I – CLASSE -V – Plenário
TC 040.771/2018-0.

Natureza: Relatório de Levantamento.

Órgão/Entidade: Ministério da Saúde (vinculador).

Responsável: Identidade preservada (art. 55, caput, da Lei n. 8.443/1992).

Interessado: Identidade preservada (art. 55, caput, da Lei n. 8.443/1992).

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: RELATÓRIO SISTÊMICO DE FISCALIZAÇÃO DA SAÚDE – FISCSAÚDE 2017-2018. CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPAIS TRABALHOS DO TCU NA ÁREA DA SAÚDE NO BIÊNIO. PUBLICIDADE. CIÊNCIA ÀS PRINCIPAIS PARTES INTERESSADAS.

RELATÓRIO

Cuidam os autos de Relatório Sistêmico de Fiscalização da Função Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2017-2018, elaborado com o objetivo de apresentar a visão do TCU acerca da saúde no Brasil e ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados, como forma de aprimorar o controle externo e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas.

2. Adoto, com ajustes de forma que julgo pertinentes, o relatório produzido pela SecexSaúde (peça 7) que contou com anuênciā de seu corpo diretivo (peças 8 e 9):

“Introdução”

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

2. *Já foram produzidos pelo Tribunal Fisc nos temas: Saúde; Assistência Social; Comércio e Serviços; Comunicações; Previdência; Trabalho; Cultura; Educação; Turismo; Gestão Ambiental; Judiciário; Energia Elétrica; Desenvolvimento; Desporto e Lazer; Finanças; Hidrovias; Tecnologia da Informação; Trabalho; Territoriais; Pessoal e Segurança Pública, contendo informações estruturadas e diagnósticos abrangentes nas respectivas áreas.*

3. *Os FiscSaúde 2013, 2014 e 2015-2016 apresentaram, em resumo, os seguintes tópicos:*

- a) *dados orçamentários e financeiros, com informações sobre execução orçamentária e gasto tributário, blocos de financiamento e aplicação mínima em saúde, entre outros;*
- b) *modelo de avaliação dos sistemas público e privado de saúde por meio de indicadores, em que é analisada a evolução dos dados ao longo dos anos, bem como eventuais desigualdades, tanto entre os sistemas público e privado, quanto entre as regiões do país;*
- c) *publicações elaboradas pela corte de contas, como cartilhas, sumários e guias, que buscam apresentar resultados de ações de controle, bem como a formação e o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde*
- d) *fiscalizações exercidas junto ao Ministério da Saúde e entidades vinculadas (Agência Nacional de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Nacional de Saúde e Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia);*

- e) grandes temas acompanhados pelo TCU e trabalhos de destaque área de saúde, delimitados por exercício financeiro.
4. Conforme os Fisc foram sendo produzidos em número cada vez maior, identificou-se a necessidade de abordagem uniforme e integrada, o que resultou, num primeiro momento, na instituição de grupo de trabalho no âmbito da então Coordenação-Geral de Controle Externo da Área Social e da Região Nordeste (Cosocial), para propor aprimoramentos na estrutura dos relatórios, que pudessem ser utilizados também para subsidiar os de outras áreas (Ordem de Serviço-Segecex 5/2015).
5. Com base nas conclusões daquele grupo de trabalho e ante as considerações apresentadas pelo Plenário do TCU, acerca de oportunidades de melhoria que poderiam ser incorporadas aos relatórios sistêmicos, foi instituído pela Segecex novo grupo de trabalho, para propor conceitos-padrão, modelos de relatórios e sistemática de divulgação (Ordens de Serviço-Segecex 4 e 10/2016).
6. Nessa linha, e uma vez que o modelo de elaboração dos Fisc não foi ainda validado pela Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), optou-se por encaminhar o presente FiscSaúde com a metodologia adotada nos trabalhos anteriores, com as conclusões dos principais trabalhos na área da saúde, realizados pelo TCU nos últimos dois exercícios.
7. O presente relatório traz mais uma vez a visão do Tribunal acerca da saúde no Brasil e busca ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados. Não se pretende fornecer diagnóstico completo da situação da saúde do País, mas a compilação de diferentes iniciativas de relevância na área da saúde, bem como a orientação para a adoção de medidas que possibilitem o aprimoramento dos instrumentos de governança, gestão e desempenho da administração pública.

Breve contexto

A função Saúde

8. A Função Saúde representa o terceiro maior conjunto de despesas no orçamento na União, entre todas as funções orçamentárias. Para o exercício de 2018, foram autorizados gastos de 120,36 bilhões de reais nessa função, para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que aproximadamente 85,78% do montante autorizado foi executado (liquidado):

Tabela 1: Execução Orçamentária da União em 2018 (em R\$ bilhões)

Função	Autorizado	%	Liquidado	%
28 - Encargos Especiais	2.159,91	61%	1.411,57	52%
09 - Previdência Social	687,10	19%	682,60	26%
10 - Saúde	121,86	3%	109,55	4%
12 - Educação	114,31	3%	99,45	4%
08 - Assistência Social	88,74	3%	87,99	3%
05 - Defesa Nacional	76,80	2%	71,52	3%
11 - Trabalho	74,78	2%	70,87	3%
02 - Judiciária	38,07	1%	35,09	1%

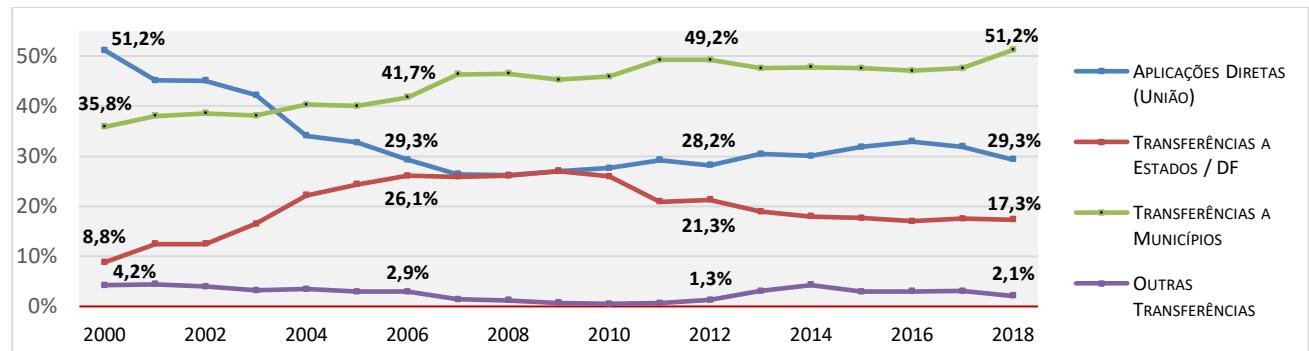
Fonte: SIOP, LOA 2017, dados capturados em 27/3/2019

9. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), sendo a União a principal financiadora por meio de transferências intragovernamentais.
10. Tais transferências destinam-se a custear ações e serviços de saúde e foram originalmente reguladas pelo Decreto Federal 1.232/1994, que definiu que os recursos do Fundo Nacional de Saúde

(FNS) seriam transferidos independente de convênio ou instrumento congêneres, obedecida programação do Tesouro Nacional, desde que os entes atendessem determinados critérios, como a apresentação de um plano de saúde aprovado pelo respectivo conselho de saúde.

11. Houve um perceptível aumento de descentralização dos recursos federais para a saúde. Entre 2000 e 2018, as aplicações diretas reduziram-se de 51,2% para 26,2%. Desde então, os dados mantiveram-se estáveis, com pequenas oscilações positivas dos recursos transferidos aos municípios e negativas das transferências a estados. Entre 2016 e 2018 houve um aumento proporcional de aproximadamente 4,1% dos repasses a municípios, em detrimento de uma redução de 3,6% das aplicações diretas da União.

Gráfico 1: Execução Orçamentária de Despesas da Saúde por Modalidade de Aplicação



- Considerou-se a liquidação da despesa.
- Outras transferências englobam transferências a outras entidades (incluindo consórcios públicos) e recursos oriundos de execução orçamentária delegada

Fonte: SIOPS, dados capturados em 18/1/2019.

12. As transferências de recursos federais para os fundos estaduais e municipais ocorre de maneira regular e automática, conforme os compromissos e metas pactuados em Termos de Compromisso de Gestão. Aos municípios cabe a gestão e execução das ações e serviços de saúde, em especial as ações da Atenção Básica. Até 2017, vigorava um modelo de transferência por meio de blocos de financiamento que continham seis agregadores.

13. Em 28/12/2017, o Ministério da Saúde editou a Portaria do Gabinete do Ministro (GM)/MS 3.992/2017 que alterou a dinâmica das transferências na modalidade fundo a fundo. Nesse sentido, a operacionalização dessas transferências passou a ocorrer por meio de dois blocos (Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde).

14. Não obstante essa mudança, a mencionada portaria institui grupos relacionados ao nível de atenção. Existem cinco principais grupos de gastos relacionados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde:

- a) Atenção Básica – ações desenvolvidas para atender as demandas básicas de saúde, tais como divulgação de medidas de higiene, acompanhamento domiciliar das condições de saúde da população de baixa renda e outras medidas e ações preventivas ou curativas;
- b) Média e Alta Complexidade – ações que demandem profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, a exemplo de cirurgias ambulatoriais, fisioterapia, próteses e órteses, bem como anestesia;
- c) Assistência Farmacêutica – ações voltadas para produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos inseridos na rede de atenção básica, controle de endemias, programas de doenças sexualmente transmissíveis, hemoderivados e imunobiológicos, medicamentos de tabela de procedimentos ambulatoriais, entre outros;
- d) Vigilância em Saúde – ações de vigilância epidemiológica e sanitária para o controle de doenças e agravos por meio de determinantes e condicionantes em saúde, bem como a

intervenção em potenciais problemas ambientais, de produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde;

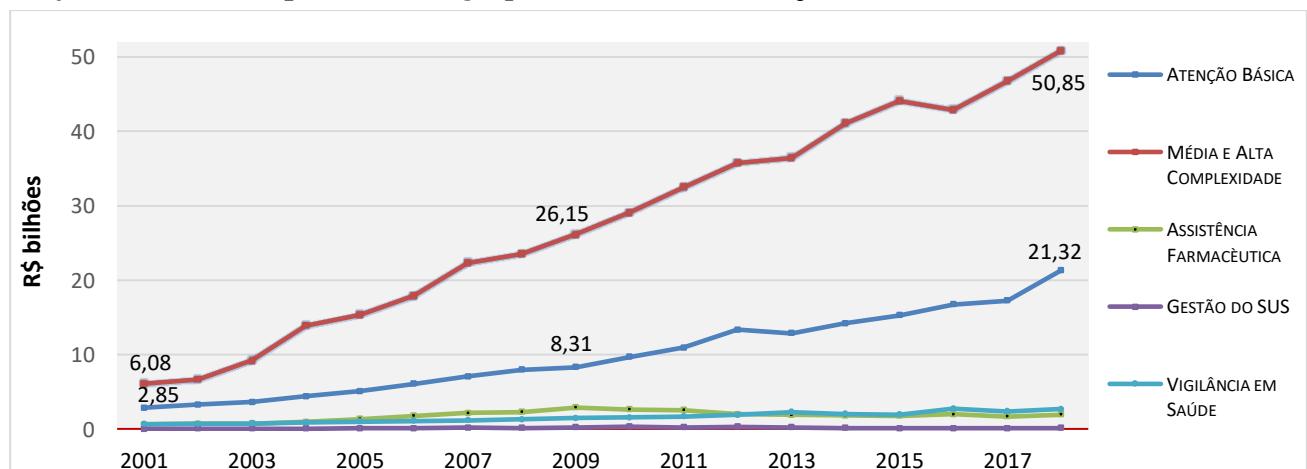
- e) Gestão do SUS – ações para o custeio de atividades de regulação, planejamento e orçamento, programação, regionalização, gestão de trabalho, educação em saúde, incentivo à participação do controle social, avaliação, auditoria, bem como estruturação e organização da rede;

15. Por meio desses grupos, o FNS divulga, no sítio eletrônico, as informações sobre as transferências. Essa prática tem por finalidade assegurar a transparência, o registro de série histórica e o monitoramento.

16. Indicadores do FNS demonstram que a atenção básica e a média e alta complexidade são os grupos mais relevantes no financiamento da saúde. Historicamente eles correspondem a mais de 90% dos valores executados (liquidados). Em média, gastos em atenção básica representam aproximadamente 24% das transferências enquanto a média e alta complexidade corresponde a aproximadamente 67% do total.

17. Entre 2017 e 2018, os valores transferidos para atenção básica tiveram um aumento de aproximadamente R\$ 4,1 bilhões – não obstante, ainda representa menos da metade do montante transferido para média e alta complexidade. Em relação aos blocos de menor materialidade para o exercício de 2018, foram gastos aproximadamente R\$ 1,91 bilhões em assistência farmacêutica, R\$ 2,66 bilhões em vigilância em saúde e R\$ 0,10 bilhão em gestão do SUS.

Gráfico 2: Valores liquidados nos grupos de custeio da Função Saúde (2009-2016)

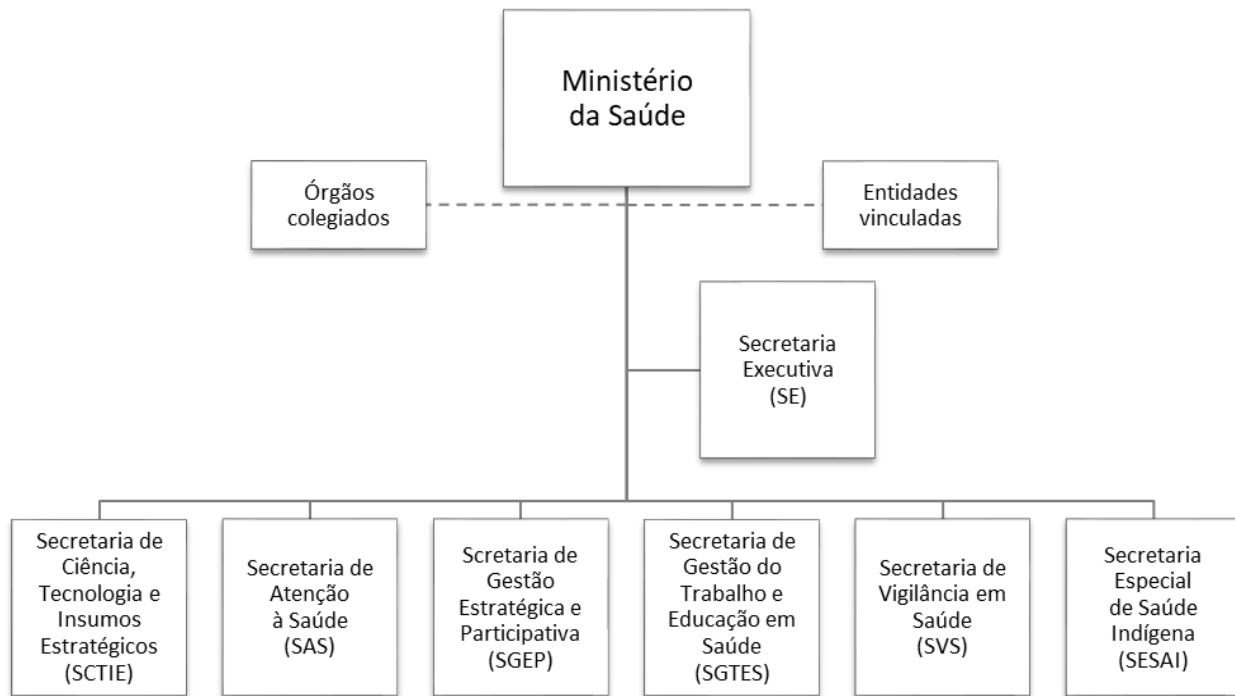


Fonte: SIOPS, dados capturados em 23/1/2019

O Ministério da Saúde

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

Figura 1: Ministério da Saúde – estrutura organizacional



Fonte: Anexo I do Decreto 8.901, de 10/11/2016

19. A SE auxilia o Ministro da Saúde na supervisão e coordenação das atividades das demais secretarias do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, bem como as relacionadas a administração, planejamento e orçamento, recursos humanos, sistemas de gestão, sistemas de informação e serviços gerais. No escopo de suas atribuições está a estratégia de colaboração com organismos internacionais. O Departamento de Informática do SUS (Datasus) e os Núcleos Estaduais do Ministério (NEMS) estão subordinados a esta unidade.

20. A SCTIE atua na formulação, implementação e avaliação de políticas de ciência e tecnologia em saúde, assistência farmacêutica e fomento à pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde. Cabe à secretaria analisar a viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos no Complexo Industrial da Saúde, promover parcerias para o desenvolvimento produtivo, coordenar os processos de incorporação e desincorporação de tecnologias em saúde, viabilizar as cooperações técnicas e participar da formulação e implementação das ações de regulação do mercado da Saúde, entre outras.

21. A SAS tem por competência participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada. A unidade apoia financeiramente os entes federados na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Fazem parte de sua estrutura os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro (Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Ipanema, Lagoa e Servidores do Estado), e os Institutos Nacionais de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into); de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca) e de Cardiologia (INC).

22. À SGEP compete fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, segurança e gestão da informação, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP) fazem parte de sua estrutura.

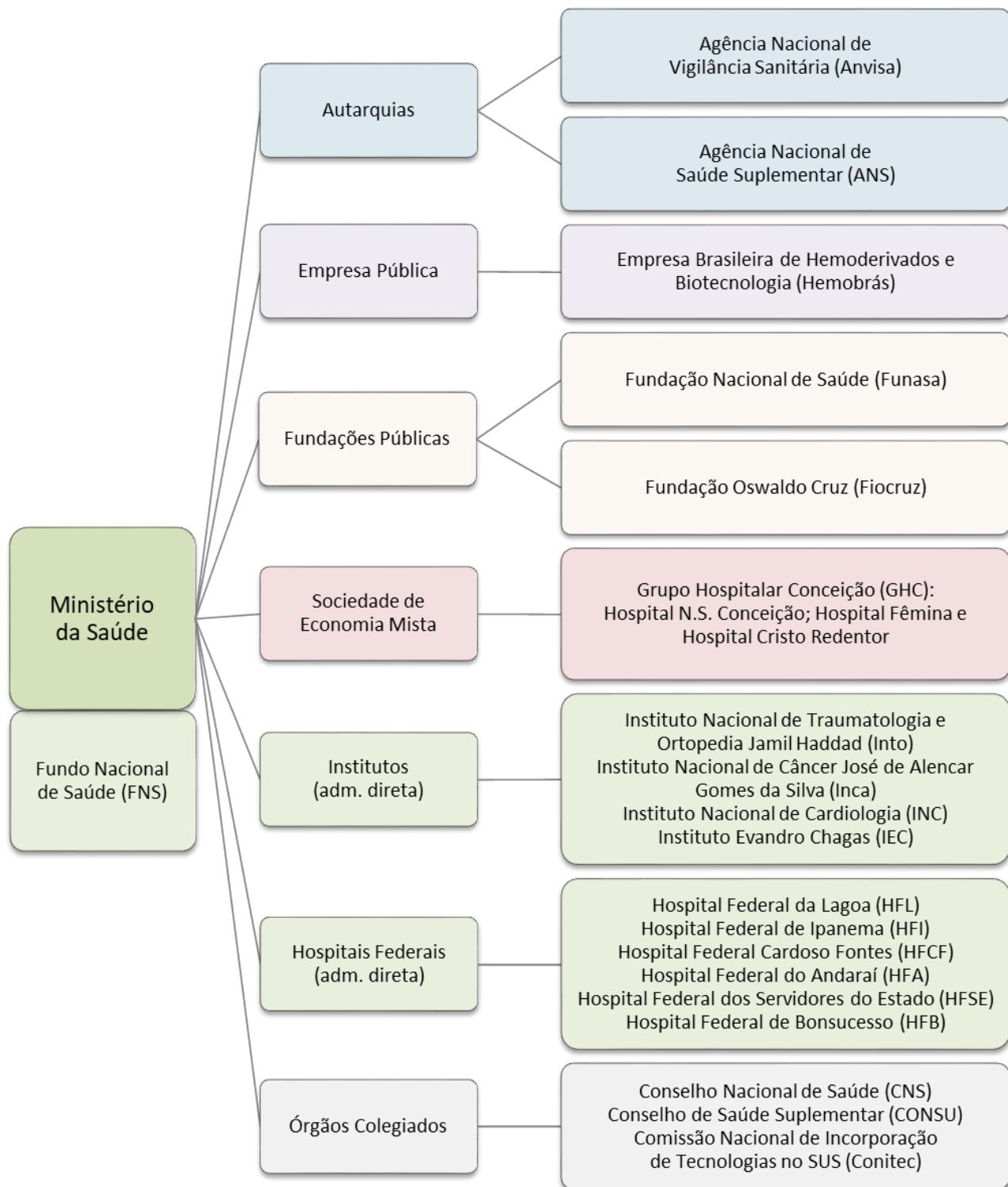
23. A SGTES tem a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. A secretaria deve fortalecer as instituições formadoras de profissionais da área, bem como aperfeiçoar a

relação entre os gestores do SUS no que concerne aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas educacionais e de trabalho.

24. A SVS executa ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, de saúde ambiental e do trabalhador e de análise de situação de saúde da população. Programas nacionais de prevenção e controle de doenças transmissíveis como aids, dengue, tuberculose, malária, hepatites virais e imunopreveníveis são de responsabilidade dessa secretaria, que também gera sistemas de informação de mortalidade, agravos de notificação obrigatória e nascidos vivos. O Instituto Evandro Chagas (IEC) faz parte de sua estrutura.

25. Por sua vez, a SESAI coordena e executa a Política Nacional de Atenção dos Povos Indígenas, incluindo a responsabilidade sanitária dos 34 distritos sanitários especiais indígenas. A pasta gerencia a atenção à saúde dos 225 povos indígenas que vivem no Brasil.

Figura 2: Ministério da Saúde – Entidades Vinculadas



Sedes:

Brasília/DF: Anvisa, Funasa, Hemobrás (fábrica em Goiana/PE) e órgãos colegiados

Rio de Janeiro/RJ: ANS, Fiocruz, Into, Inca, INC e hospitais federais

Porto Alegre/RS: GHC

Ananindeua/PA: IEC

Fonte: Portal da Saúde e SIGA Brasil

A Saúde e os ODS

26. Em agosto de 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) concluiu as negociações que culminaram na adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a qual contém o conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucedem e atualizam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

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

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

Figura 3: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



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

30. As metas estabelecidas no ODS-3 referem-se a reduzir a taxa de mortalidade materna e neonatal; suprimir as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças negligenciadas; reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o álcool; atingir a cobertura universal de saúde; reduzir o número de mortes e doenças por contaminação e poluição do ar, água e solo; apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos; ampliar o financiamento da saúde; e aumentar o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento; entre outras medidas.

31. A SecexSaúde integrou auditoria para avaliar a preparação do Governo Federal para implantar os ODS, coordenado pela SecexAmbiental (TC 028.938/2016-0), que resultou no Acórdão 1.968/2017-TCU-Plenário, de relatoria do Ministro Augusto Nardes. O levantamento da situação de saúde a partir de indicadores para o biênio 2017-2018 constante do presente Fisc procurou avaliar a evolução das metas relacionadas ao ODS-3.

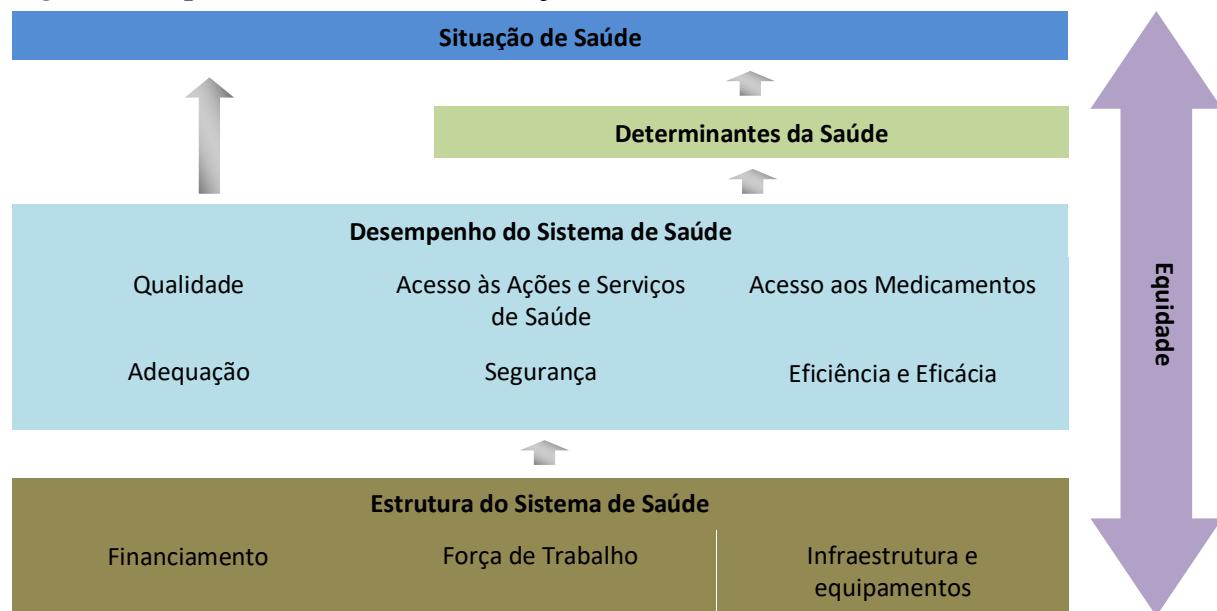
Situação da Saúde a partir de indicadores

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

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

34. Os indicadores do modelo do TCU foram calculados a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, da OCDE, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições ligadas à saúde, privilegiando-se aqueles de maior confiabilidade de dados, em conformidade com a realidade brasileira. O modelo então desenvolvido pelo Tribunal pode ser assim representado:

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



35. Conforme se observa, foram definidas cinco perspectivas para a avaliação dos indicadores:

- 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.
- O bloco dos determinantes da saúde tem como objetivo demonstrar os fatores que influenciam a saúde da população; consideram-se apenas os determinantes comportamentais, uma vez que a legislação não considera como gasto em saúde as despesas com políticas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos.
- O bloco do desempenho do sistema de saúde procura avaliar em que medida o sistema de saúde realiza de forma adequada suas funções, medindo aspectos relacionados com a eficiência, o acesso às ações e serviços de saúde e o acesso aos medicamentos.
- O bloco da estrutura do sistema de saúde avalia a disponibilidade de recursos financeiros, humanos ou tecnológicos, para o desempenho de suas funções.

- A equidade é transversal a todos os blocos, pois essa dimensão é avaliada ao longo de todo o processo de desenvolvimento dos serviços de saúde, em que o sistema deve ser desenhado com justiça nas contribuições financeiras e na prestação dos serviços.

36. No FiscSaúde 2014 utilizou-se a mesma metodologia, mas novos indicadores foram selecionados a partir de sua relevância para o sistema de saúde brasileiro e da confiabilidade dos dados, com destaque para comparação entre as diferentes unidades federadas. Foram acrescentados indicadores sobre o financiamento do SUS (estrutura do sistema de saúde); atendimentos fora do domicílio e despesas com decisões judiciais (desempenho do sistema); e informações sobre doenças negligenciadas (situação da saúde).

37. Dando sequência ao processo, em 2015-2016, foi realizado novo levantamento de informações, com o objetivo de atualizar e demonstrar a evolução dos indicadores apurados no primeiro FiscSaúde 2013, tendo em vista que possibilitam visão global da saúde no Brasil.

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

39. Ainda em relação ao Fisc 2015-2016, observou-se elevado número de casos de Aids no Brasil, quando comparado com outros países com dados divulgados pela OCDE. O Brasil possuía a posição de maior incidência, mais que duas vezes superior ao segundo país com maior incidência (Estados Unidos), numa redução comparativamente pequena se considerados dados atualizados de 2010. Constatou-se ainda que a mortalidade aumentou em 16 estados brasileiros em 2013, comparados com 2010.

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

41. O Fisc 2015-2016 ainda trouxe os indicadores relacionados ao desempenho do sistema de saúde os quais apresentaram condições negativas, notadamente em relação a consultas médicas, internações hospitalares e percentuais de partos cesáreos. De acordo com os dados consolidados, o Brasil apresentou alguns dos piores índices para estes parâmetros, tanto em relação a dados gerais, quanto para os usuários que dependem do SUS (que não possuem plano de saúde), e em alguns casos sem uma tendência histórica de melhora. Por outro lado, dados sobre exames de mamografias e vacinação infantil tiveram desempenhos mais próximos das médias internacionais.

42. Por fim, no que tange à estrutura do sistema de saúde, os indicadores sobre o número de médicos demonstraram concentração desses profissionais na região centro-sul, assim como em baixa quantidade em relação a outros países com dados disponíveis na OCDE. Além disso, a tendência de aumento era baixa se comparada com os outros países. No geral, os médicos ainda estavam concentrados nas capitais, com vínculos predominantes em hospitais e consultórios. De modo semelhante, o Brasil possuía comparativamente poucos leitos hospitalares em relação aos 24 países então analisados, sem tendência de alta nos últimos anos.

43. Para 2019 (Fisc 2017-2018), optou-se por focar o capítulo sobre indicadores nas variáveis objeto das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável firmados pelo Brasil no Acordo de Paris – Agenda 2030, de modo a verificar como se comportam as variáveis relacionadas à saúde nos últimos anos, com comparações domésticas e internacionais.

44. A principal limitação deste trabalho decorreu do abrangente escopo do levantamento e do pouco tempo para a maturação dos dados e análise das suas tendências, com o intuito de extrair definições quanto aos indicadores. Alguns indicadores relacionados a condições epidemiológicas e a produção hospitalar e ambulatorial apresentam considerável lapso temporal entre as datas de divulgação e o período a que se referem. Além disso alguns dados são preliminares, outros são estimativos e existe possibilidade de subnotificação.

45. Embora as bases de dados ainda possam estar sujeitas a pequenos ajustes, foram registrados os dias em que houve a coleta das informações, e as variações tendem a ter um impacto pequeno frente aos totais apurados, sem comprometer a qualidade dos indicadores ou as tendências demonstradas neste levantamento. Em virtude de serem utilizados dados de diversas fontes e parâmetros, constantemente atualizados, podem ocorrer pequenas variações, mas considerou-se que estas não invalidam as tendências apresentadas.

46. Para o presente capítulo optou-se por focar as análises em indicadores sobre a situação e os determinantes da saúde. Ademais, todas as análises buscam fazer um paralelo entre a saúde no Brasil e a Agenda 2030.

47. Apresentamos a seguir os indicadores de cada bloco do modelo de avaliação, com considerações gerais a seu respeito.

Situação de saúde

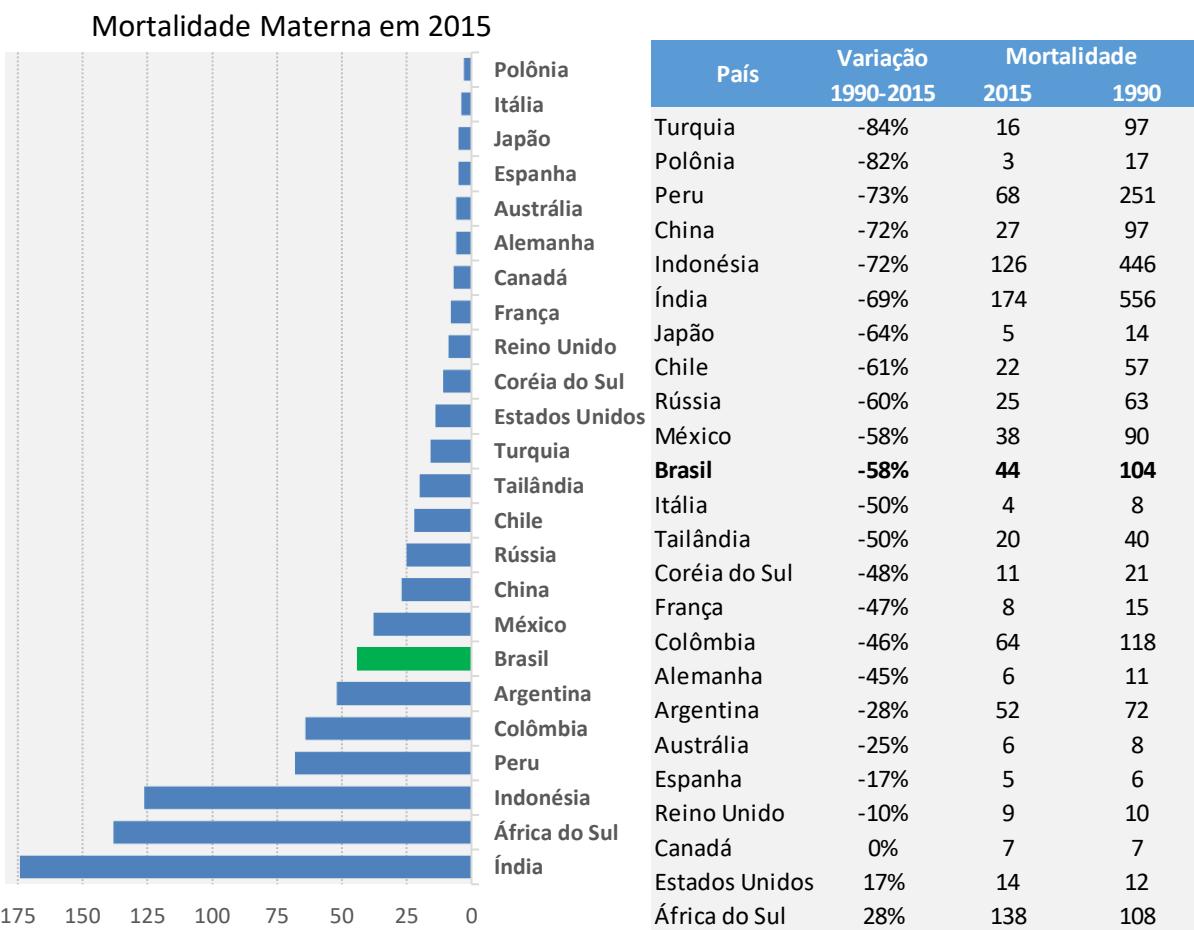
Mortalidade materna

48. O primeiro objetivo para o Eixo 3 da Agenda 2030 (Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades) é: “até o ano de 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”.

49. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/OMS, em folha informativa atualizada em agosto de 2018, aproximadamente 830 mulheres morrem todo o dia por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo, sendo que 99% de tais mortes ocorrem em países em desenvolvimento, especialmente em áreas rurais e comunidades mais pobres. Ainda segundo a publicação, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%.

50. De acordo com dados da OMS (Global Health Observatory), em 2015, o Brasil apresentou uma taxa de aproximadamente 44 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Comparando-se com outros países da América Latina (amostra não estatística), o índice foi superior ao da Argentina (52), da Colômbia (64) e do Peru (68), mas inferior ao do Chile (22) e do México (38). Comparando-se com os BRICS, as taxas brasileiras para o período foram superiores às da Rússia (25) e China (27), mas inferiores que os da África do Sul (138) e Índia (174).

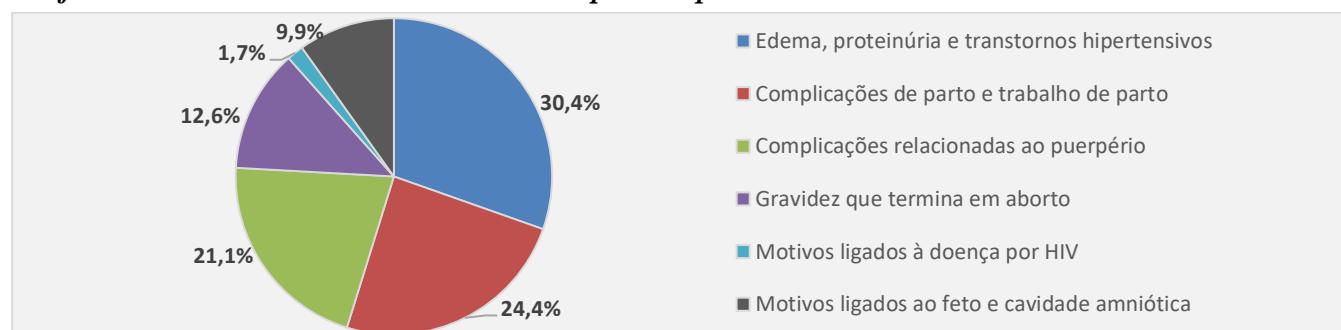
51. Analisando-se os dados da citada organização internacional, entre 1990 e 2015, as taxas brasileiras de mortalidade materna reduziram-se em aproximadamente 58% - a 11ª maior redução entre os 24 países analisados. Cabe frisar que, dentre tais países, observando a metodologia da OMS, apenas os Estados Unidos e a África do Sul apresentaram incremento em suas taxas de mortalidade materna.

Gráfico 3: Taxas Internacionais de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos)


Fonte: OMS, Global Health Observatory, dados capturados em 12/2/2019

52. Ao se analisar as causas de mortalidade materna por Grupo de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), referentes ao exercício de 2017, excetuando-se os dois de natureza mais genérica (“Outros Transtornos Maternos Relacionados Predominantemente à Gravidez” e “Outras Afecções Obstétricas não Classificadas em Outra Parte”), observa-se que edemas, proteinúria e transtornos hipertensivos são a principal causa de mortes das mulheres, com o total de aproximadamente 30,4% do total.

53. Dados brutos demonstram que a proporção entre as causas de mortalidade pouco oscilou ao longo dos últimos 20 (vinte) anos. A alteração mais relevante ocorreu em relação a mortes maternas por motivos ligados à doença por AIDS/HIV, que em 1997 correspondiam a aproximadamente 5,7% do escopo analisado (75 mortes) e em 2017 reduziu-se para aproximadamente 1,7% (19 mortes).

Gráfico 4: Prevalência de Mortes Maternas por Grupo CID-10 no Brasil em 2017


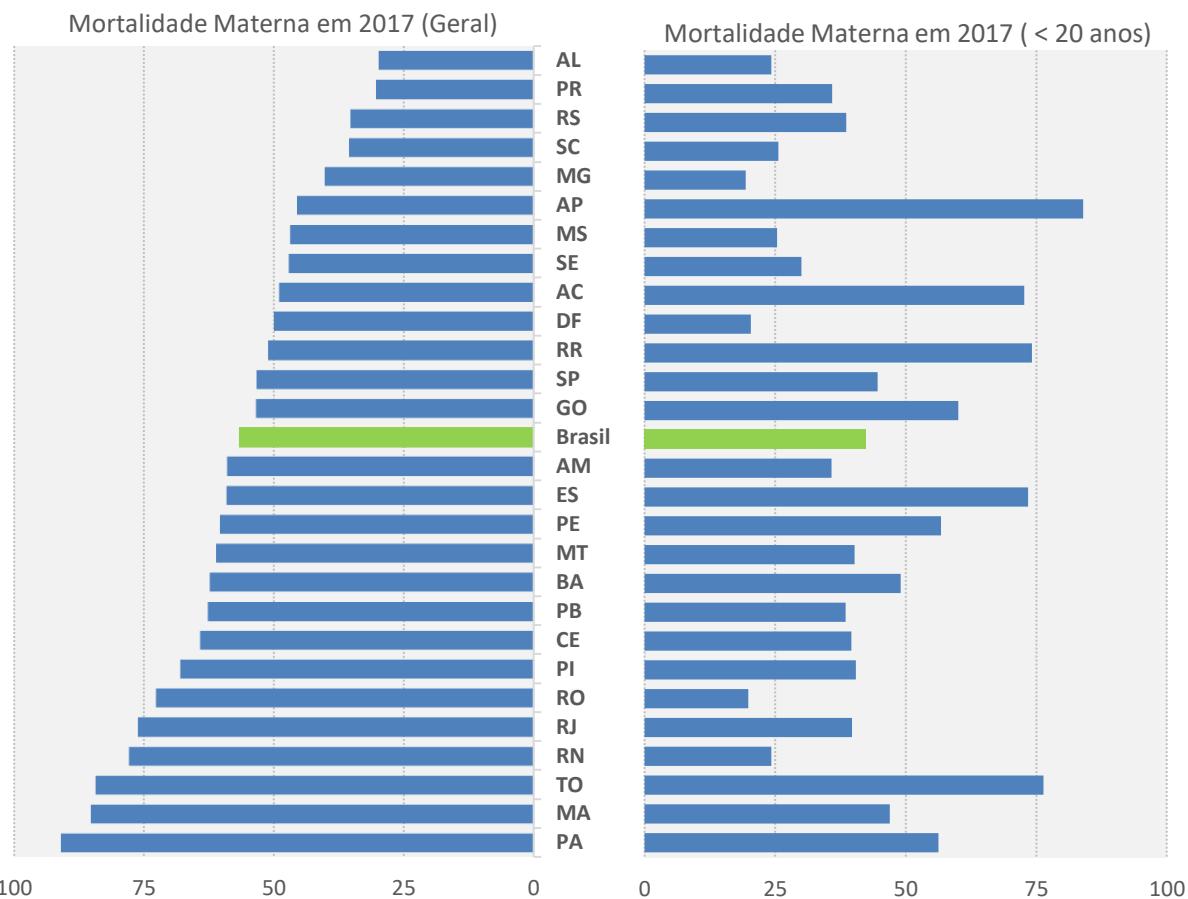
- Dos cálculos percentuais foram excluídos os Grupos CID-10 “Outros Transtornos Maternos Relacionados Predominantemente à Gravidez” e “Outras Afecções Obstétricas Não Classificadas em Outra Parte”

Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 13/2/2019

54. Em relação aos dados por Unidades da Federação (UF), extraíram-se tanto os gerais sobre a mortalidade materna, como os de mortes maternas de mulheres com menos de 20 anos, em ambos os casos por 100.000 nascidos vivos, para o exercício de 2017. Dentre as quatro menores taxas gerais de mortalidade, três são de UFs que formam a região Sul. Já para os casos de mortalidade materna de mulheres menores de 20 anos, as menores taxas são de Minas Gerais (19,4), Rondônia (19,8) Distrito Federal (20,4) e Rio Grande do Norte (24,3).

55. Chama a atenção os dados de Alagoas, que apresentou em 2017 a menor taxa de mortalidade materna geral (29,8 por 100.000 nascidos vivos) e a quinta menor para menores de 20 anos (24,3 por 100.000 nascidos vivos). Houve expressiva redução em relação a 2014, quando foram registrados 104,1 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Nota da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, emitida no dia 11/12/2018, afirmou que esse resultado decorreu de um conjunto de ações de secretarias do governo, com participação direta dos municípios, na promoção do desenvolvimento integral da saúde materno-infantil, sobretudo das gestantes em situação de vulnerabilidade social.

Gráfico 5: Taxas Nacionais de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos)



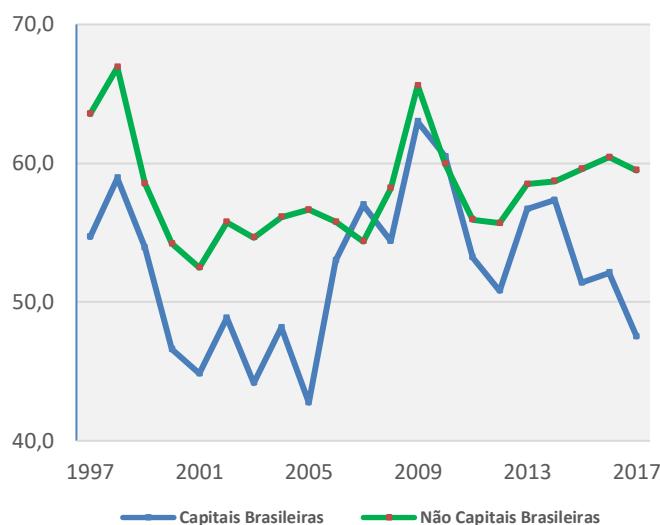
Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 13/2/2019

56. Considerando-se a evolução das taxas de mortalidade materna por regiões entre 1997 e 2007, a partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), observa-se tendência geral de baixa nas taxas. Nas capitais do Brasil houve uma redução de aproximadamente 13% e nas cidades do interior uma redução na faixa de 6%. Todavia, essa diminuição ocorreu de modo pouco equânime.

57. Na região Sul, houve grande queda nas mortes de gestantes tanto nas capitais dos respectivos estados (66%), como nos municípios do interior (52%). Por outro lado, na região Norte, houve aumento dos índices de mortalidade tanto nas capitais (28%), como no interior (38%). Além disso, foram registrados aumentos nos índices de mortalidade nas não capitais da região Nordeste (24%) e nas capitais da região Centro-Oeste (26%).

58. Ainda que exista subnotificação nos dados do SIM e do SINASC, fica latente uma tendência de aumento de mortalidade materna em determinadas localidades, como na região Norte. De acordo com folheto da OPAS Brasil datado de agosto de 2018, a mortalidade materna tende a ser maior em áreas rurais e comunidades mais pobres, sendo que adolescentes enfrentam um maior risco de morte em decorrência da gravidez, estando a sua ocorrência diretamente e substancialmente afeta aos índices de mortalidade prematura.

Gráfico 6: Evolução das Taxas Nacionais de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos)



	Localidade	Mortalidade		Variação 1997-2017
		1997	2017	
Região Norte	Capitais	38,9	49,7	28%
	Não Capitais	62,1	85,9	38%
Região Nordeste	Capitais	55,0	48,9	-11%
	Não Capitais	54,9	68,1	24%
Região Centro-Oeste	Capitais	39,8	50,0	26%
	Não Capitais	61,8	55,5	-10%
Região Sudeste	Capitais	62,4	49,9	-20%
	Não Capitais	65,7	56,8	-13%
Região Sul	Capitais	55,8	18,9	-66%
	Não Capitais	73,8	35,4	-52%
Brasil	Capitais	54,7	47,5	-13%
	Não Capitais	63,5	59,5	-6%

Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 13/2/2019

Mortalidade na infância

59. O segundo objetivo para o Eixo 3 da Agenda 2030 é: “até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

60. De acordo com informe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), publicado em fevereiro de 2018, recém-nascidos ainda estão morrendo em taxas “alarmantemente altas” em países pobres, afetados por conflitos ou com instituições fracas. Bebês nascidos em tais condições teriam cerca de 50 vezes mais chances de morrer no primeiro mês de vida, em comparação com aqueles nascidos em países ricos. De acordo com o citado informe, “a cada ano, 2,6 milhões de recém-nascidos no mundo não sobrevivem a seu primeiro mês de vida”, sendo que “um milhão deles morrem no dia que nascem”.

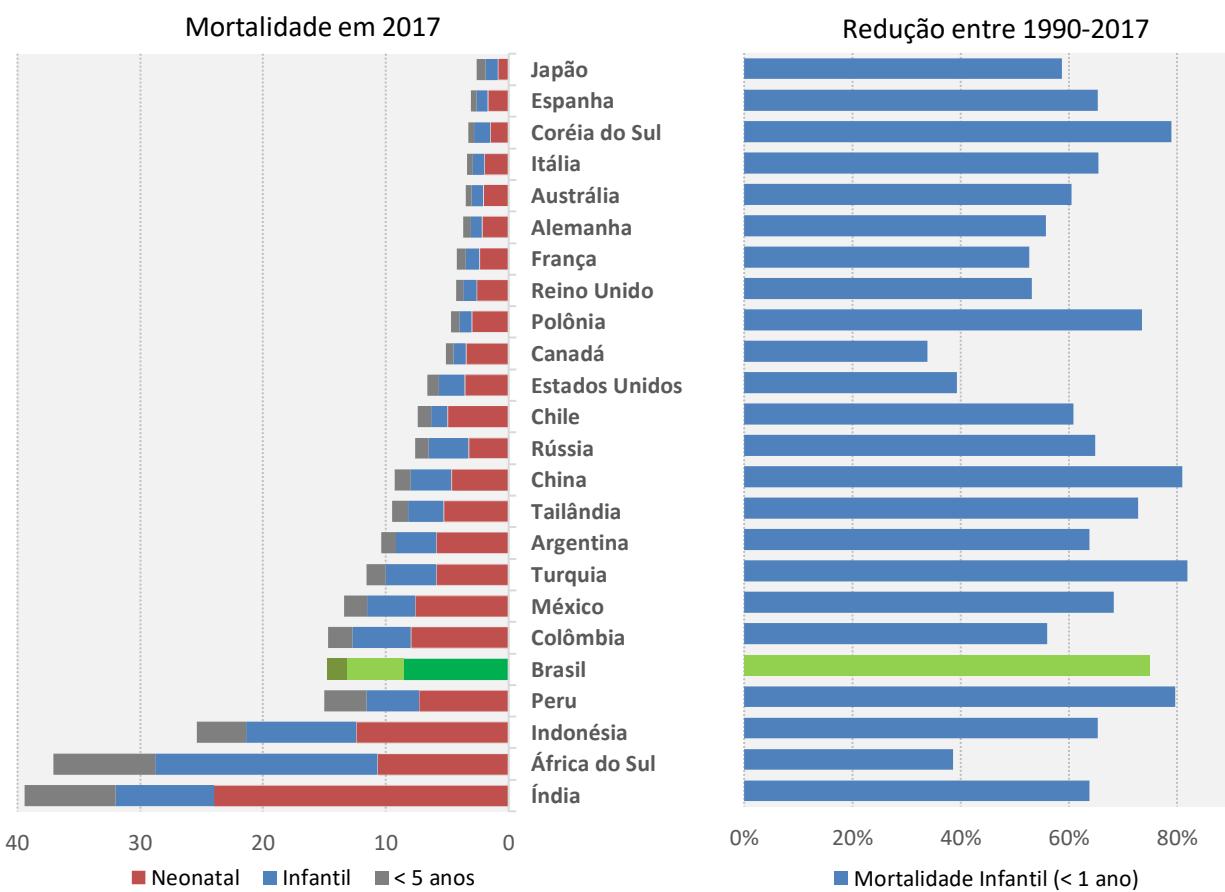
61. Analisando-se dados do Global Health Observatory das Nações Unidas sobre a mortalidade neonatal (menores que 28 dias), mortalidade infantil (menores que um ano de vida) e de crianças menores do que cinco anos, o Brasil apresentou em 2017 taxas de mortalidade neonatal de 8,5 mortes por 1.000 nascidos vivos, de mortalidade infantil de 13,2 mortes por 1.000 nascidos vivos, e de mortalidade de menores do que cinco anos de 14,8 mortes por mil nascidos vivos.

62. Filtrando-se os mesmos 24 países já selecionados no indicador sobre taxas de mortalidade materna, em 2017 o Brasil apresentou a 19ª maior taxa de mortalidade neonatal, a 20ª maior taxa de mortalidade infantil e 20ª maior taxa de mortalidade de menores do que cinco anos. Para todas as três taxas aferidas, o Japão apresentou as menores mortalidades (2,5, 4,6 e 6,3) e a Índia as maiores taxas (57,4, 88,5 e 126,0). Dentre os países da América Latina, as taxas do Brasil foram inferiores apenas às do Peru. Em relação aos países do BRICS, as taxas de mortalidade neonatal brasileiras foram inferiores às da Índia e da China; as demais, inferiores apenas às da Índia.

63. Todavia, a redução estimada pela ONU da mortalidade infantil brasileira entre 1990 e 2017 ficou acima da média dos países analisados, com uma redução de aproximadamente 74,9%, a quinta

maior entre os 24 países analisados, inferior apenas às registradas pela Turquia (-81,9%), China (-81,0%), Peru (-79,6%) e Coréia do Sul (-78,9%).

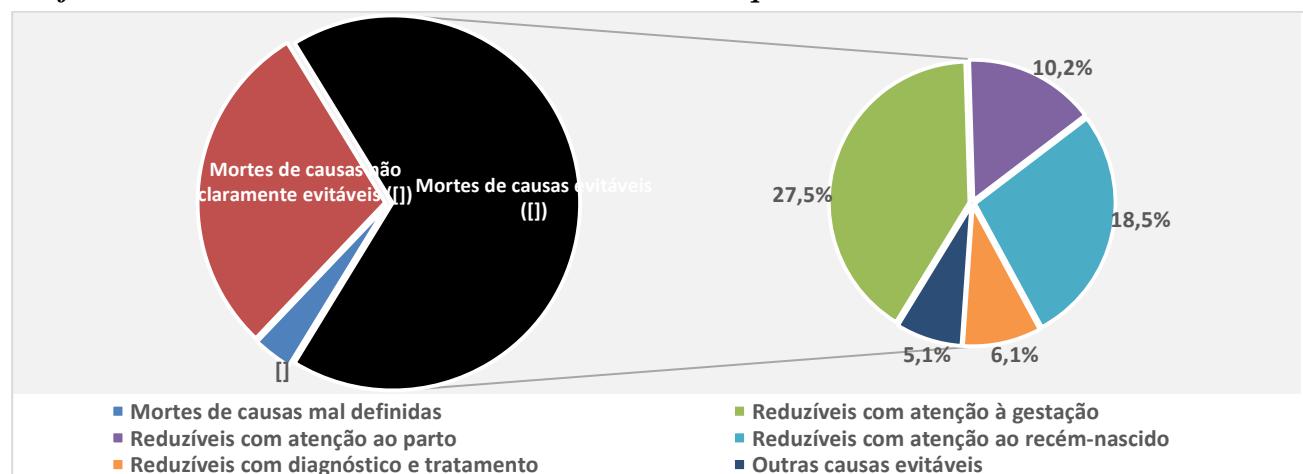
Gráfico 7: Taxas Internacionais de Mortalidade na Infância (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: OMS, Global Health Observatory, dados capturados em 18/2/2019

64. Analisando-se os dados domésticos sobre a mortalidade na infância (menores do que 5 anos) em 2017, com base no SIM e no SINASC, observa-se que aproximadamente 67,5% das mortes classificam-se como “mortes de causas evitáveis”, sendo 46,1% evitáveis com atenção à gestação e ao recém-nascido. Dentre as mortes evitáveis destacam-se as por infecções do período neonatal, exceto síndrome da rubéola congênita e hepatite viral (10% das mortes); feto e recém-nascido afetado por afecções maternas (6% das mortes); e a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (6% das mortes).

Gráfico 8: Prevalência de Mortes Evitáveis de Menores que 5 Anos no Brasil em 2017

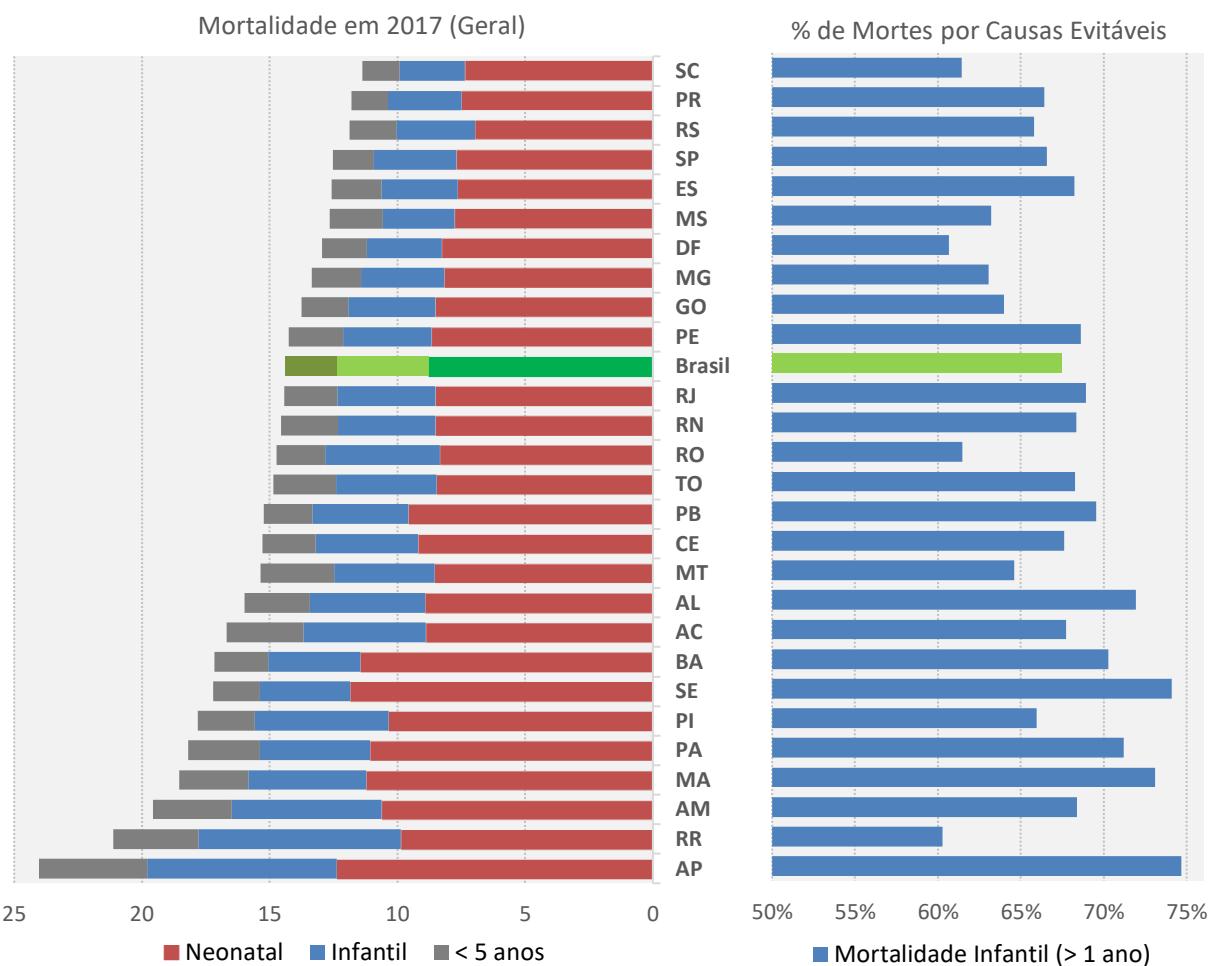


Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 19/2/2019

65. Em relação às Unidades da Federação, os estados da Região Sul apresentaram as menores taxas de mortalidade na infância, oscilando-se apenas a posição entre eles. No que tange à mortalidade neonatal, os indicadores oscilaram entre 6,95 (RS) e 12,38 (AP), com uma média de 9,10. Em relação à mortalidade infantil, houve uma variação entre 9,91 (SC) e 19,80 (AP), com uma média 13,17. Por fim, as taxas de mortalidade de menores do que cinco anos variaram entre 11,37 (SC) e 24,04 (AP), com uma média de 15,44.

66. Analisando-se o percentual de mortalidade infantil (menores que um ano) que tiveram a sua morte classificada como por causas evitáveis (não computando causas mal definidas), todas as UFs apresentam mais de 60% das mortes por causas evitáveis, sendo o menor índice de 60,3% (RR) e o maior 74,7% (AP).

Gráfico 9: Taxas Nacionais de Mortalidade na Infância em 2017 (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 19/2/2019

67. Em julho de 2018 foi amplamente noticiado na mídia que a taxa de mortalidade infantil no Brasil aumentou em 2016 após décadas de queda, em que desde o ano de 1990 o índice se reduzia. Na ocasião, o MS creditou tal fato às mortes associadas ao vírus Zika, bem como a mudanças nas condições socioeconômicas da população.

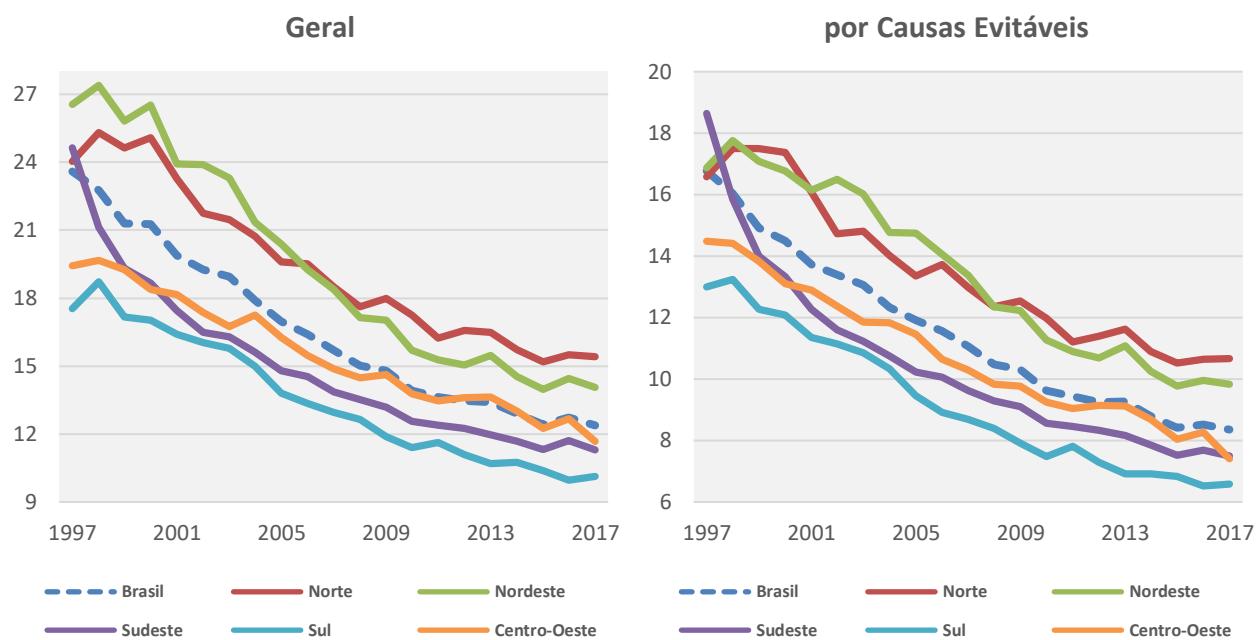
68. Extraíndo-se dados sobre a evolução da mortalidade infantil no Brasil, com dados do SIM e do SINASC, capturados em 19/2/2019, observa-se que, em relação à taxa de 2015 (12,43), foi de fato constatado um aumento da mortalidade em 2016 (12,72), mas que esse índice voltou a cair em 2017 (12,38) a patamares pouco menores do que os registrados em 2015. Ademais, conforme se verifica no gráfico abaixo, variações positivas de um ano ocorreram em outros anos, em especial quando se segregam dados por regiões.

69. Os índices de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) reduziram-se em todas as regiões do Brasil entre 1997 e 2017, mas essa redução se deu de modo mais intenso nos estados que formam a Região Sudeste, que em 1997 apresentava a segunda maior taxa geral de mortalidade infantil e em 2017 apresentou a segunda menor taxa.

70. A Região Norte apresentou em 2017 uma taxa geral de mortalidade infantil de 15,41 (redução 36% em relação a 1997), a região Nordeste apresentou uma taxa de 14,05 (redução de 47% em relação a 1997), a região Centro-Oeste apresentou uma taxa de 12,38% (redução de 48% em relação a 1997), a região Sudeste apresentou 11,30 (redução de 54% em relação a 1997) e a região Sul apresentou a taxa de 10,14% (redução de 42% em relação a 1997).

71. Ao se analisar as taxas de mortalidade infantil classificadas como por causas evitáveis, observa-se um comportamento temporal semelhante ao do indicador sobre dados gerais. Em ambos os casos é nítida a diferença entre as taxas das regiões Norte e Nordeste quando comparadas com as da região Centro-Sul.

Gráfico 10: Evolução das Taxas Nacionais de Mortalidade Infantil no Brasil (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 19/2/2019

Mortalidade prematura

72. O objetivo 3.4 da Agenda 2030 é: “até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”. De acordo com informe da OPAS/OMS, estima-se que 63% das mortes no mundo, em 2008, tenham ocorrido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); um terço delas em pessoas com menos de 60 anos de idade.

73. Em 18/11/2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período 2011-2022 que englobou, entre outros objetivos, a redução da mortalidade prematura de 30 a 69 anos em 2% por ano, a redução do tabagismo, do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, da prevalência da obesidade, o aumento de mamografias e exames Papanicolau em mulheres, bem como o incremento de atividades físicas e frutas e hortaliças entre a população adulta.

74. Há de se ressaltar que a mortalidade prematura é muito afetada por dados de mortalidade na infância e materna (já abordadas em tópicos anteriores), bem como por determinantes da saúde que serão tratadas no decorrer deste relatório. Logo, o presente tópico irá se focar nos dados

relacionados a mortes de pessoas entre cinco e setenta e quatro anos de idade, em conformidade com classificações do Sistema de Informações sobre Mortalidade, bem como a evolução do indicador ao longo dos anos.

75. Para tal, inicialmente filtrou-se, no SIM, o número total de mortes por local de residência (incluídas as de causas mal definidas ou causas não claramente evitáveis), dividiu-se pela população estimada, com base nas estimativas entregues pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao TCU para determinação das cotas dos Fundos de Participação, e, para fins didáticos, multiplicou-se o resultado por 10.000, para se auferir as taxas por dez mil habitantes.

76. A referida taxa de mortalidade teve uma grande variância, oscilando entre 46,3 (RJ) e 23,7 (DF), com uma média de 33,4 e índice nacional de 35,7. Chama a atenção que 7 das 9 menores taxas de mortalidade estão nos sete estados que formam a região Norte ocupam (ao lado do Distrito Federal e Maranhão).

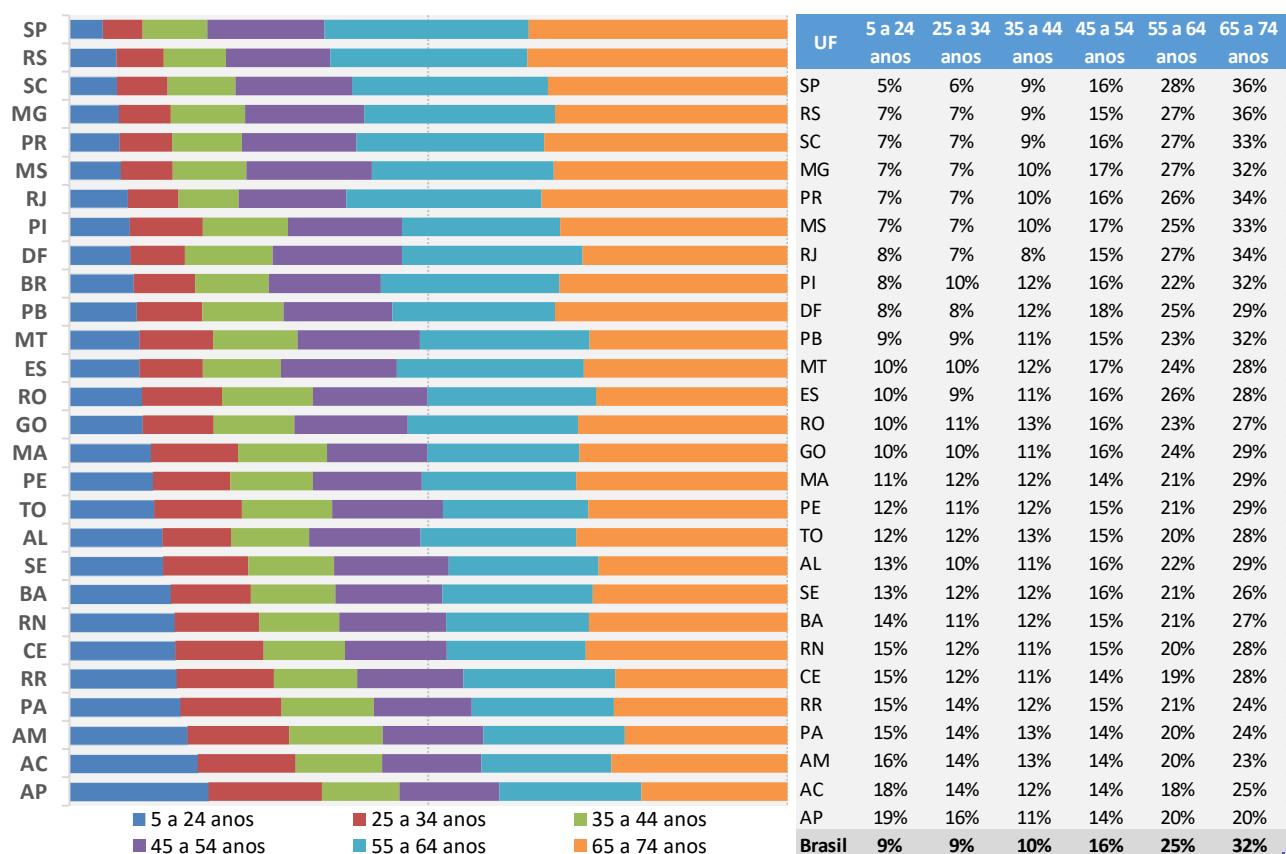
Gráfico 11: Taxas Nacionais de Mortalidade entre 5 e 74 Anos (por 10.000 habitantes)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 19/3/2019

77. Todavia, ao se comparar a taxa de mortalidade do Gráfico 12 com as faixas etárias de mortes evitáveis, observa-se que não existe relação direta com mortalidade prematura. Cinco dos estados da região Norte (AP, AC, AM, PA e RR), que tiveram comparativamente poucas mortes de pessoas entre 5 e 74 anos (por 10.000 habitantes), são os que apresentam maior percentual dessas mortes em pessoas jovens, de 5 até 24 anos. Ou seja, é alto o percentual de pessoas que morrem jovens.

78. A título exemplificativo, São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina tiveram, respectivamente, 20%, 23% e 23% das mortes por causas evitáveis de pessoas de até 44 anos de idade, ao passo que, no Amapá, no Acre e no Amazonas, tiveram esse mesmo percentual de, respectivamente, 46%, 44% e 43%, indicadores quase duas vezes maiores. Os dados do Brasil indicam que, dentre as mortes evitáveis de pessoas de 5 a 74 anos, aproximadamente 28% são em menores de 44 anos, e 72% em maiores de 45 anos.

Gráfico 12: Distribuição da Mortalidade entre 5 e 74 Anos por Causas Evitáveis por UF


Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 19/3/2019

79. Ao se analisar o perfil das mortes evitáveis, a maior preponderância é de doenças não transmissíveis (aproximadamente 61,1% das mortes em 2017), seguida de mortes decorrentes de causas externas (aproximadamente 25,3% em 2017) e de doenças infecciosas (aproximadamente 12,8% em 2017). Por questões didáticas, optou-se por destacar das doenças não transmissíveis as neoplasias malignas (incluídas leucemias e doença de Hodgkin), doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, bem como por excluir das causas externas as mortes por agressões.

80. Posto isso, observou-se que entre 1997 e 2017 houve um sensível aumento de mortes por neoplasias (de 12,5% para 16,5%) e de mortes por agressões (de 9,9% para 11,3%). Por outro lado, as maiores reduções se deram em relação a doenças cerebrovasculares (de 12,6% para 8,9%) e demais causas externas (de 17,7% para 14%). Há de se citar que o campo “Outras causas” condensou as doenças imunopreveníveis (0,27% em 1997 e 0,10% em 2017) e mortes maternas (0,46% em 1997 e 0,33% em 2017).

Tabela 2: Distribuição das Mortes Evitáveis de 5 a 74 Anos no Brasil

Causa Evitável	1997	2001	2005	2009	2013	2017
Neoplasias malignas	12,5%	13,5%	14,6%	14,9%	15,6%	16,5%
Doenças isquêmicas do coração	12,4%	12,6%	12,4%	12,4%	12,4%	12,5%
Doenças cerebrovasculares	12,6%	12,2%	11,2%	10,4%	9,4%	8,9%
Outras doenças não transmissíveis	22,2%	22,9%	23,4%	23,8%	23,3%	23,2%
Doenças infecciosas	12,0%	11,3%	11,3%	12,2%	12,7%	12,8%
Agressões (causas externas)	9,9%	11,3%	10,7%	10,4%	10,7%	11,3%
Outras causas externas	17,7%	15,5%	16,0%	15,4%	15,3%	14,0%

<i>Outras causas (imunoprev. e maternas)</i>	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%
--	------	------	------	------	------	------

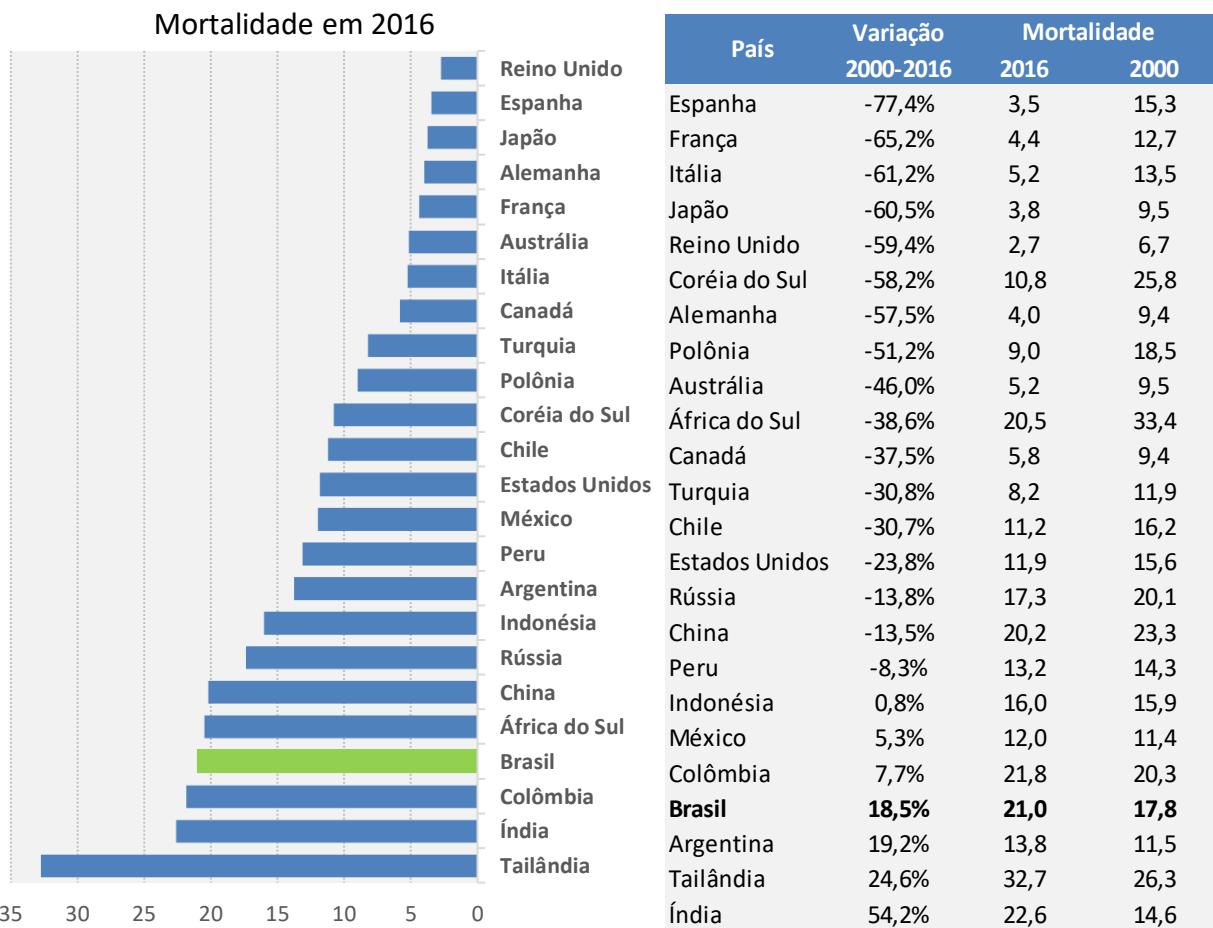
Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 12/3/2019

Ferimentos globais por acidentes nas estradas

81. O objetivo 3.6 da Agenda 2030 é: “até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas”. Todavia, relatório global da OMS sobre segurança viária em 2018 destaca que lesões causadas no trânsito continuam aumentando e são a principal causa de mortes de crianças e jovens entre 5 e 29 anos, com cerca de aproximadamente 1,35 milhões de mortes ao ano.

82. De acordo com a Global Health Estimates Summary Tables (disponibilizada pela OMS em abril de 2018), o Brasil apresentou elevados índices de mortes nas estradas, se comparado com os outros países para o exercício de 2016. No total, o Brasil apresentou aproximadamente 21,04 mortes por 100.000 habitantes, índice inferior apenas aos registrados por Colômbia (21,8), Índia (22,6) e Tailândia (32,7). Ademais, de acordo com as estimativas da citada organização, o Brasil também apresentou o quarto maior aumento de mortes para essa causa entre 2000 e 2016 (18,5%), atrás apenas de Argentina (19,2%), Tailândia (24,6%) e Índia (54,2%).

Gráfico 13: Taxas Internacionais de Mortes por Acidentes em Estradas (por 100.000 hab.)

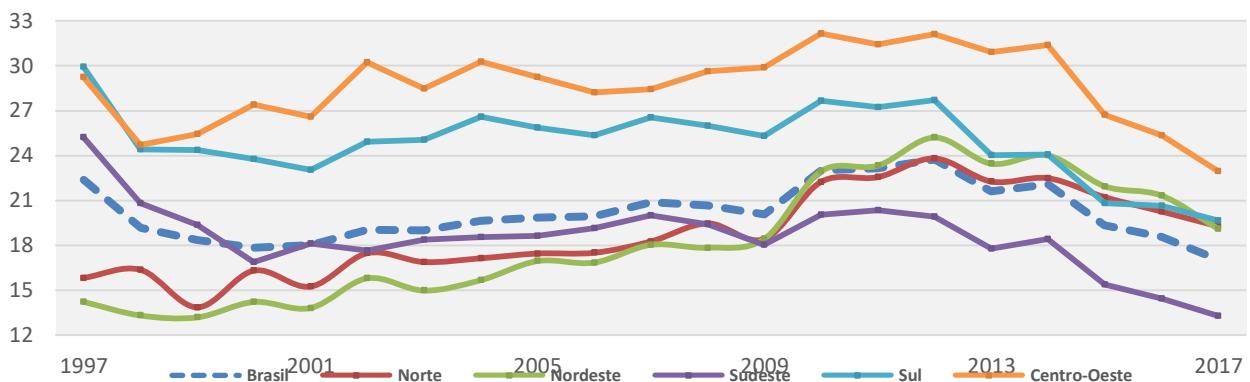


Fonte: OMS, Global Health Estimates Summary Tables, dados capturados em 26/2/2019

83. Ao se considerar bases de dados domésticas, filtrando-se as mortes classificadas como Causa-CID-10 104 (Acidentes de transporte), por local de ocorrência, a partir de informações do SIM, e as estimativas entregues pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao TCU para determinação das cotas dos Fundos de Participação, tem-se que, em 2017, ocorreram aproximadamente 17,05 mortes por acidentes de transporte por 100.000 habitantes.

84. Analisando-se o comportamento ao longo dos últimos 20 anos (1997 a 2017), tem-se uma redução de aproximadamente 24% das mortes por acidentes de transporte. Todavia, esse índice variou muito de acordo com a localidade. Nas regiões Norte e Nordeste registraram-se alta desse tipo de morte de, respectivamente 22% (de 15,8 para 19,3) e 34% (de 14,2 para 19,1). A redução em nível nacional, por outro lado, seria decorrente das taxas nas regiões Centro-Sul, em especial região Sudeste, em que houve redução de 25,2 em 1997 para 13,3 em 2017 (redução de 47%).

Gráfico 14: Evolução das Taxas Nacionais de Mortes por Acidentes de Transporte (por 100.000 hab.)

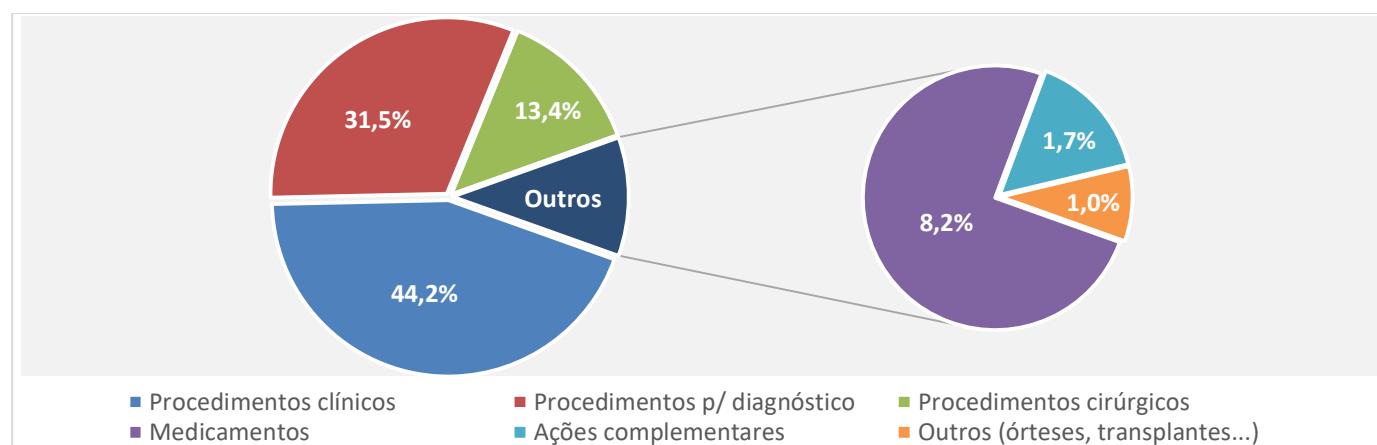


Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 2/3/2019

85. Para se analisar o impacto dos acidentes de transporte no Sistema Único de Saúde, filtraram-se dados da produção ambulatorial do Brasil no ano de 2017 para as causas “acidente no trajeto para o trabalho” e “outros tipos de acidente de trânsito”, por grupo de procedimento, e constatou-se que houve, naquele ano, 79.237 ocorrências relacionadas. Desses, aproximadamente 89,1% resultaram em procedimentos clínicos, para diagnóstico e cirúrgicos.

86. Ademais, cabe destacar que além dos atendimentos em caráter ambulatorial, houve cerca de 38.169 registros de internações hospitalares em 2017 para as causas relacionadas a acidentes no trânsito. As mais relevantes são “envolvendo fraturas nos ossos dos membros”, com aproximadamente 38% dos registros, “traumatismos cranianos”, relacionados a 14% dos registros.

Gráfico 15: Prevalência da Produção Ambulatorial por Causas Relacionadas a Acidentes no Trânsito em 2017



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 2/3/2019

AIDS, Tuberculose e Doenças Negligenciadas

87. O objetivo 3.3 da Agenda 2030 é: “até 2030 acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”.

88. Tal objetivo envolve o combate a diversas enfermidades que envolvem diferentes causas e

realidades epidemiológicas. Tendo em vista a natureza mais generalista do presente relatório sistêmico, optou-se por fazer comparações internacionais apenas relacionados a mortalidade por AIDS e tuberculose (as duas maiores causas de morte por um único agente infeccioso no mundo); para as demais doenças negligenciadas, foram priorizados dados domésticos.

89. Sob uma primeira perspectiva, considerando estimativas internacionais de mortalidade com base no Global Health Estimates Summary Tables da OMS, de abril de 2018, o Brasil reduziu entre 2000 a 2016 as taxas de mortalidade tanto por tuberculose (-40%) como por AIDS (-18%). Ainda assim, dentre os 24 países analisados, o Brasil apresentou a 15ª maior taxa de mortalidade para tuberculose e a 19ª para AIDS.

90. Comparando-se com os demais países da América Latina, o Brasil apresentou taxas de mortalidade para as duas condições, superiores às da Argentina, Chile e México; além disso, para a AIDS o dado brasileiro foi superior ao do Peru. Em relação aos países do BRICS, o Brasil teve a menor taxa de mortalidade por tuberculose; para HIV/AIDS, o Brasil apresentou taxas inferiores às da África do Sul e da Rússia, mas superiores às da Índia e China. Ademais, cabe frisar que as taxas brasileiras de mortalidade são bem inferiores aos países mais endêmicos em tais enfermidades.

Tabela 3: Taxas Internacionais de Mortalidade por Tuberculose e HIV/AIDS (por 100.000 habitantes)

País	Mortalidade por Tuberculose			País	Mortalidade por HIV/AIDS		
	2016	2000	Variação 2000-2016		2016	2000	Variação 2000-2016
Estados Unidos	0,18	0,32	-45%	Japão	0,04	0,04	-4%
Austrália	0,23	0,29	-20%	Coréia do Sul	0,24	0,07	264%
Canadá	0,30	0,46	-34%	Austrália	0,24	0,72	-67%
Alemanha	0,45	0,77	-41%	Reino Unido	0,31	0,36	-15%
Reino Unido	0,55	0,86	-36%	Turquia	0,34	0,15	134%
Itália	0,56	0,93	-40%	Polônia	0,40	0,36	11%
Turquia	0,61	3,36	-82%	Alemanha	0,52	0,78	-33%
Espanha	0,65	1,31	-51%	França	0,67	1,96	-66%
França	0,81	1,95	-58%	Canadá	0,79	1,75	-55%
Argentina	1,47	2,48	-41%	China	1,32	1,43	-7%
Polônia	1,54	3,18	-51%	Itália	1,35	1,81	-26%
México	1,73	3,66	-53%	Espanha	1,53	4,42	-65%
Japão	2,64	3,98	-34%	Estados Unidos	1,95	5,37	-64%
Chile	2,79	3,59	-22%	Chile	3,31	3,11	6%
Brasil	2,81	4,66	-40%	Argentina	3,67	4,52	-19%
Colômbia	3,17	3,75	-16%	México	3,70	4,27	-13%
China	3,57	7,15	-50%	Índia	4,69	7,72	-39%
Peru	4,94	14,84	-67%	Peru	6,90	22,23	-69%
Coréia do Sul	5,70	8,65	-34%	Brasil	7,03	8,61	-18%
Rússia	8,19	21,38	-62%	Colômbia	8,47	6,01	41%
Tailândia	12,49	23,54	-47%	Indonésia	14,53	0,75	1849%
Índia	31,83	56,01	-43%	Tailândia	22,54	80,94	-72%
África do Sul	40,53	50,39	-20%	Rússia	25,14	5,93	324%

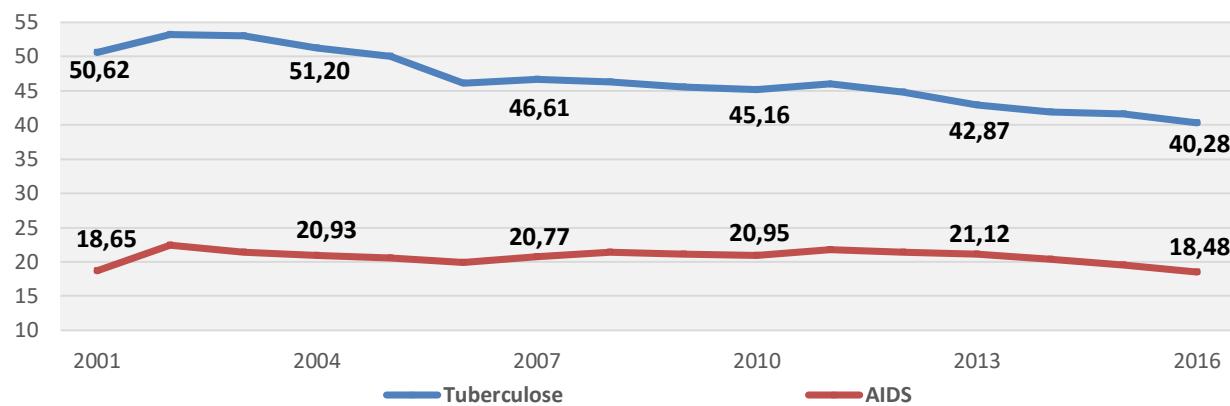
Indonésia	42,30	61,50	-31%	Africa do Sul	191,64	283,79	-32%
-----------	-------	-------	------	---------------	--------	--------	------

Fonte: OMS, Global Health Estimates Summary Tables, dados capturados em 13/3/2019

91. Em relação aos novos casos de tuberculose e HIV/AIDS por 100.000 habitantes ao ano no Brasil, a partir de dados do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (Sinan), bem como as projeções da população brasileira encaminhadas ao TCU, observa-se tendência de diminuição no número de novos casos. No caso da tuberculose, em 2001 foram registrados aproximadamente 50,62 novos casos para cada 100.000 habitantes e, para 2016, essa taxa caiu para 40,28 (redução de aproximadamente 20%).

92. No caso da AIDS essa diminuição foi bem mais discreta. Em 2001 houve a notificação de aproximadamente 18,65 novos casos para 100.000 habitantes e em 2016 essa taxa foi 18,48 (queda de aproximadamente 1%). Não obstante, verifica-se que o indicador tem se reduzido gradativamente desde 2011, quando foi registrada a taxa de 21,79.

Gráfico 16: Taxas Nacionais de Novos Casos de Tuberculose e HIV/AIDS por ano de diagnóstico (por 100.000 habitantes)

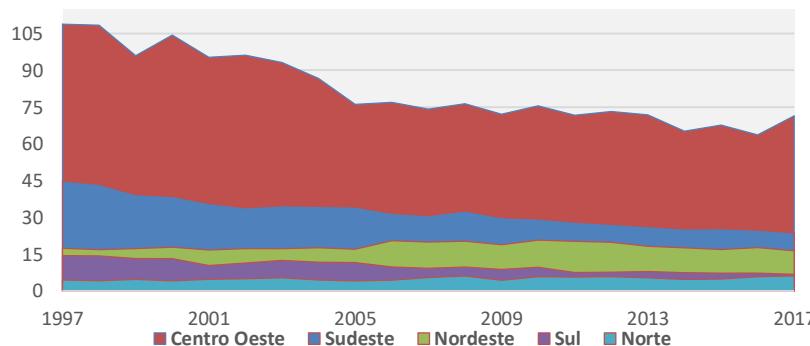


Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 14/3/2019

93. Considerando-se as demais doenças tropicais negligenciadas, a que possui relevância no quadro de mortalidade no Brasil é a doença de chagas. A título exemplificativo, conforme informações do SIM atualizadas em 14/3/2019, a doença de chagas matou, entre 1997 e 2017, 101.776 pessoas, ao passo que dengue, febre amarela, leptospirose, hanseníase, malária, leishmaniose, toxoplasmose e esquistossomose mataram, todas juntas, no mesmo período, 35.619 pessoas (menos da metade).

94. Posto isso, observou-se em 2017 uma taxa de mortalidade por doença de chagas de aproximadamente 21,4 por cada 1.000.000 de habitantes. Não obstante seja um número relativamente alto, foi registrada uma queda de aproximadamente 36,9% em relação a 1997. O maior número de mortes se concentra na região Centro-Oeste, com taxa de aproximadamente 71,4. Há de se frisar que essa doença atinge pessoas de todo o território nacional, sendo que a região Norte possui a menor taxa de incidência, mas foi a única em que foi detectada variação positiva nos últimos 20 anos.

Gráfico 17: Taxas Nacionais de Mortalidade por Doença de Chagas (por 1.000.000 habitantes)



Região	Mortalidade		Variação 1997-2017
	2017	1997	
Norte	6,1	4,5	35,6%
Sul	6,8	14,4	-52,8%
Nordeste	16,4	17,4	-5,7%
Sudeste	23,7	44,9	-47,2%
Centro Oeste	71,4	108,8	-34,4%
Brasil	21,4	33,9	-36,9%

Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 14/3/2019

95. No que tange às demais doenças negligenciadas analisadas. Os dados indicam que nos últimos 20 anos houve quedas de mortalidade por Malária (-83%), Leptospirose (-53%), Toxoplasmose (-52%), Hanseníase (-37%) e Esquistossomose (-23%). Por outro lado, identificaram-se aumentos de mortalidade por Leishmaniose (+164%) e episódios de surtos de Dengue e Febre Amarela.

96. No caso da Febre Amarela, os índices de mortalidade, que sempre foram comparativamente baixos (entre 1997 e 2006 a taxa média foi de 0,03 mortes por 1.000.000 de habitantes), mas em 2017 houve um cenário de pico da doença em que foram registradas 191 mortes (taxa de 0,92 por 1.000.000 de habitantes). Em relação à dengue, a taxa de mortalidade teve picos a partir de 2007, todavia, registrou-se queda em 2017, com aproximadamente 0,5 mortes por 1.000.000 de pessoas, o menor índice desde 2006.

Tabela 4: Taxas Nacionais de Mortalidade por Doenças Negligenciadas (por 1.000.000 habitantes)

Doença	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Malária	0,95	1,24	0,82	0,58	0,66	0,51	0,44	0,36	0,20	0,17	0,16
Toxoplasmose	0,51	0,57	0,63	0,55	0,47	0,40	0,49	0,47	0,37	0,37	0,25
Dengue	0,09	0,05	0,08	0,14	0,07	0,74	0,74	1,33	1,64	2,79	0,50
Hanseníase	1,33	1,40	1,32	1,40	1,25	1,09	1,04	1,03	0,88	0,70	0,84
Febre amarela	0,01	0,04	0,04	0,04	0,01	0,03	0,07	0,01	0,00	0,02	0,92
Leptospirose	2,44	2,01	2,25	1,93	1,83	2,12	1,72	2,17	1,66	1,55	1,15
Leishmaniose	0,73	1,38	1,28	1,40	1,42	1,66	1,88	1,66	1,56	1,78	1,94
Esquistossomose	3,16	2,72	3,38	2,62	2,79	2,90	2,60	2,84	2,33	2,25	2,45

Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 14/3/2019

Determinantes de Saúde

Prevalência de drogas entorpecentes

97. O objetivo 3.5 da Agenda 2030 é: “reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool”. Embora o objetivo faça alusão a drogas entorpecentes e ao álcool, optou-se por abordar esses tópicos separadamente. Inclui-se, ainda, um tópico específico para o consumo de tabaco.

98. Focando-se nos entorpecentes, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2018, lançado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) concluiu que o uso não medicinal de drogas sob prescrição está se tornando uma enorme ameaça para a saúde pública, sendo que os opioides seriam relacionados a cerca de 76% das mortes por distúrbios envolvendo o uso de drogas. Tais mortes teriam aumentado em cerca de 60% entre 2000 e 2015, sendo aproximadamente 39% do total em maiores de 50 anos.

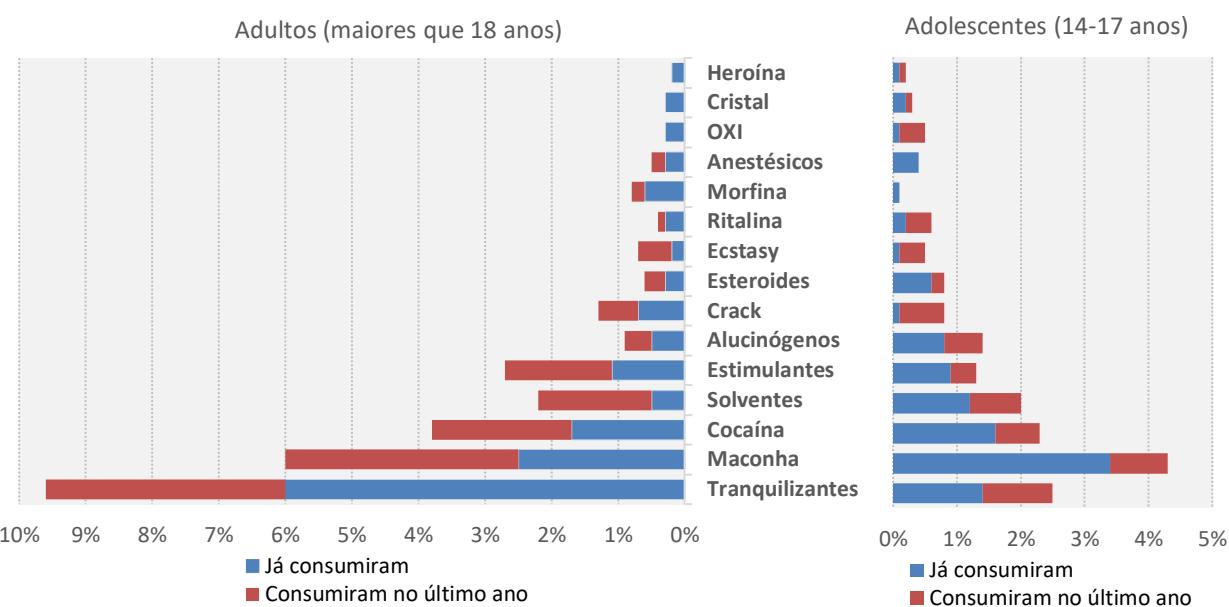
99. Ademais, o relatório concluiu que a cannabis (maconha) foi a droga mais consumida em 2016. Outras substâncias, como a heroína e a cocaína coexistem, de modo crescente com novas substâncias psicoativas. Mulheres corresponderiam a uma em cada cinco pessoas em tratamento, sendo esse em maior escala para opioides, tranquilizantes e sedativos. Apesar de serem minoria, elas teriam tendência a desenvolver mais rapidamente desordens decorrentes do uso de drogas.

100. Não existem muitos indicadores sobre o consumo de drogas no Brasil. Um trabalho que se pode destacar foi o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que em seu segundo levantamento, de 2012, trouxe indicadores sobre o consumo em território nacional com jovens (14 a 17 anos) e adultos.

101. O referido levantamento apurou que a maconha foi a droga mais consumida entre jovens de 14 a 17 anos (4,3% afirmaram já ter usado na vida e 3,4% nos últimos 12 meses), e tranquilizantes a droga mais consumida entre adultos (9,6% afirmaram já ter usado na vida e 6% nos últimos 12

meses). Ademais, as outras drogas mais consumidas seriam cocaína, solventes, estimulantes, alucinógenos e crack. Cabe registrar que, de acordo com o levantamento, os níveis de consumo de maconha, anestésicos, alucinógenos e esteroides foram maiores entre adolescentes que adultos.

Gráfico 18: Percentual de Individuos que Utilizaram Drogas Entorpecentes em 2012

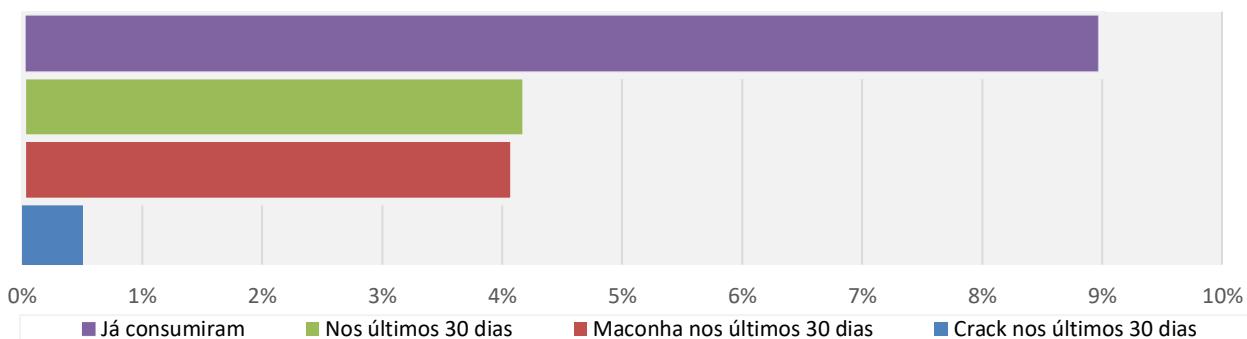


Fonte: Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Relatório Nacional de Álcool e Drogas, 2. Ed.

102. Um indicador mais recente sobre consumo de drogas foi apurado em 2015, na Pesquisa Nacional de Saúde Escolar do IBGE, com estudantes dos turnos matutino e vespertino do 9º ano do ensino fundamental (antiga 8ª série) de escolas públicas e privadas. Filtraram-se as turmas com pelo menos 15 alunos matriculados, tendo como abrangência geográfica os 26 estados e o DF, incluindo os municípios que são capitais dos respectivos estados.

103. Essa pesquisa constatou que, entre os mencionados estudantes, cerca de 9% afirmaram já ter utilizado drogas ao menos uma vez na vida; aproximadamente 4,1% teriam consumido maconha nos últimos 30 dias. Registre-se que, embora tenham sido duas pesquisas distintas, com diferentes indicadores e peculiaridades metodológicas, a do IBGE mostra níveis de prevalência de consumo consideravelmente superiores aos registrados no LENAD (considerando indicadores de jovens de 14 a 17 anos), num lapso de apenas 3 anos.

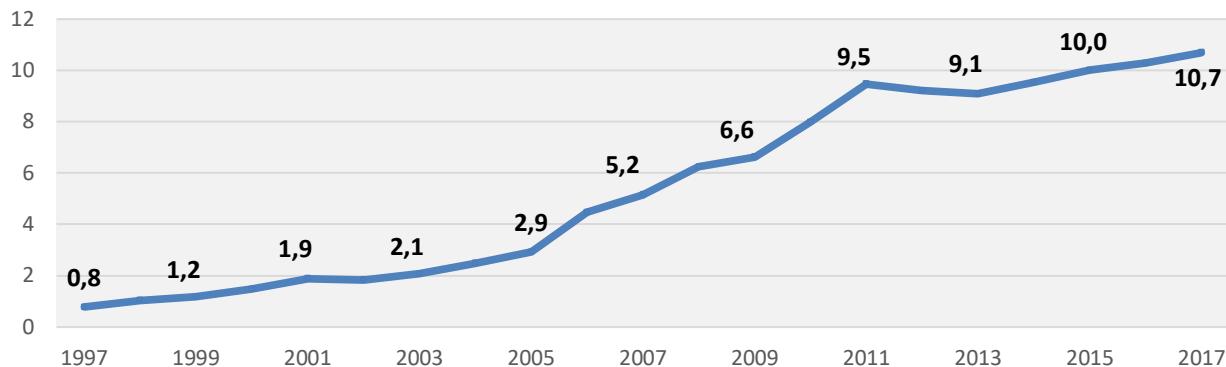
Gráfico 19: Percentual de Estudantes do 9º Ano do Ensino Fundamental que Utilizaram Drogas Entorpecentes em 2015



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015, dados capturados em 15/3/2019

104. Ao se filtrar no SIM as mortes que tiveram como Causa CID-BR-10 “transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas”, por 1.000.000 de habitantes (considerando as estimativas populacionais encaminhadas ao TCU pelo IBGE), observa-se um aumento de mais de 1.200% da taxa de mortalidade entre 1997 e 2017 (de 0,8 para 10,7). Esse aumento é um indicativo de que o consumo das drogas entorpecentes pode estar aumentando em percentuais elevados.

Gráfico 20: Taxas Nacionais de Mortalidade por Transtornos Mentais e Comportamentais por Uso de Substâncias Psicoativas (por 1.000.000 de habitantes)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 15/3/2019

105. Ademais, para se estimar o impacto que o consumo de drogas entorpecentes podem ter no Sistema Único de Saúde, filtrou-se a produção hospitalar, com base no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), dos seguintes procedimentos:

- 0303170026 - Tratamento da intoxicação aguda em usuários de álcool e outras drogas
- 0303170050 - Tratamento de síndrome de abstinência por uso prejudicial de álcool e drogas
- 0303170069 - Tratamento de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas
- 0303170174 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de "crack"
- 0303170182 - Tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas ou outras substâncias psicoativas

106. Para esses procedimentos, os dados, apurados em 15/3/2019, registraram um aumento das taxas de internação de aproximadamente 145% entre 2008 e 2018 (dados por 1.000.000 de habitantes). Embora tais dados ainda não sejam definitivos (a base nacional do Sistema de Informação Hospitalar descentralizado ficaria liberada para alimentação e correções de dados referentes ao ano anterior até aproximadamente o mês de julho), tem-se, mais uma vez, incremento de condição de nexo causal com o abuso de substâncias entorpecentes.

107. Há de se frisar que o aumento da produção hospitalar entre 2008 e 2017 relacionado ao uso de drogas (cerca de 126%) é superior ao aumento do índice de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas para o mesmo período (cerca de 71%), demonstrado no gráfico anterior.

Gráfico 21: Taxas Nacionais de Internações Hospitalares Relacionadas a Tratamentos por Uso de Drogas Entorpecentes (por 1.000.000 de habitantes)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 15/3/2019

Prevalência de bebidas alcoólicas

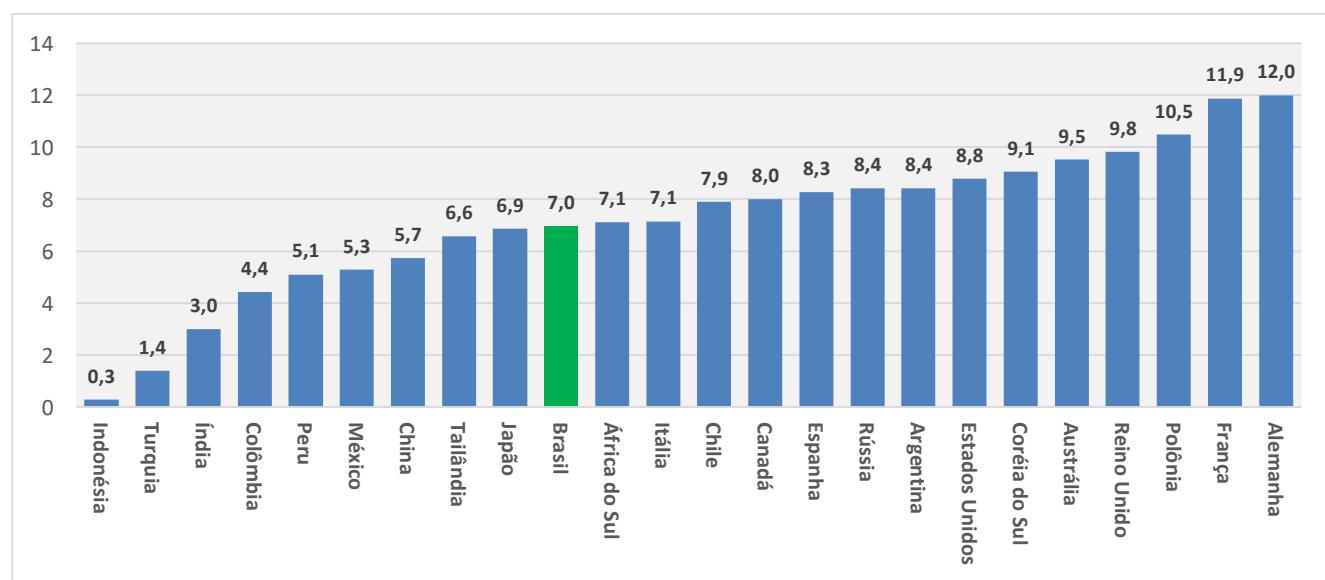
108. O objetivo 3.5 da Agenda 2030 reforça a prevenção e o tratamento do uso nocivo do álcool. O relatório Global Status Report on Alcohol and Health 2018 da OMS aponta que mais de 3 milhões de pessoas morreram por uso nocivo do álcool em 2016 (cerca de 5,3% de todas as mortes), sendo aproximadamente 75% dessas mortes em homens.

109. Folha Informativa Sobre o Consumo de Álcool elaborada pela OPAS, atualizada em janeiro de 2019, apresenta que o álcool é associado a mais de 200 doenças e lesões. Ademais, existiria relação causal entre o seu uso nocivo e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças infecciosas (como tuberculose e HIV) e perdas econômicas. De acordo com o folheto, o abuso do álcool tende a gerar mortes e incapacidades relativamente cedo na vida, tendo em vista que na faixa etária de 20 a 39 anos aproximadamente 13,5% das mortes são atribuíveis à substância.

110. Para se mensurar os dados internacionais a esse respeito, utilizou-se a base Global Health Observatory da OMS. De tal base, adotou-se como parâmetro o consumo registrado per capita em litros de álcool puro entre maiores de 15 anos. Existem vários países com dados disponíveis, mas optou-se por segregar informação apenas dos que já foram selecionados anteriormente neste trabalho, para se ter uma análise mais padronizada. Contudo, não foi possível fazer uma série histórica, visto que nem todos países tinham registros de anos anteriores.

111. Posto isso, o Brasil apresentou uma taxa de consumo de 7 litros per capita, a nona menor entre os 24 países analisados, que variou entre 0,3 na Indonésia e 12,0 na Alemanha, com uma média de 7,2. Em relação aos países da América Latina, os dados brasileiros foram maiores do que os do México (5,3), Peru (5,1) e Colômbia (4,4), mas inferiores que do Chile (7,9) e Argentina (8,4). Em relação aos países do BRICS, o dado brasileiro foi superior que o da China (5,7) e da Índia (3,0), ficando em patamar próximo do da África do Sul (7,1) e também inferior ao da Rússia (8,4).

Gráfico 22: Taxas Internacionais de Litros Per Capta de Álcool Puro Consumidos por Maiores de 15 anos em 2015

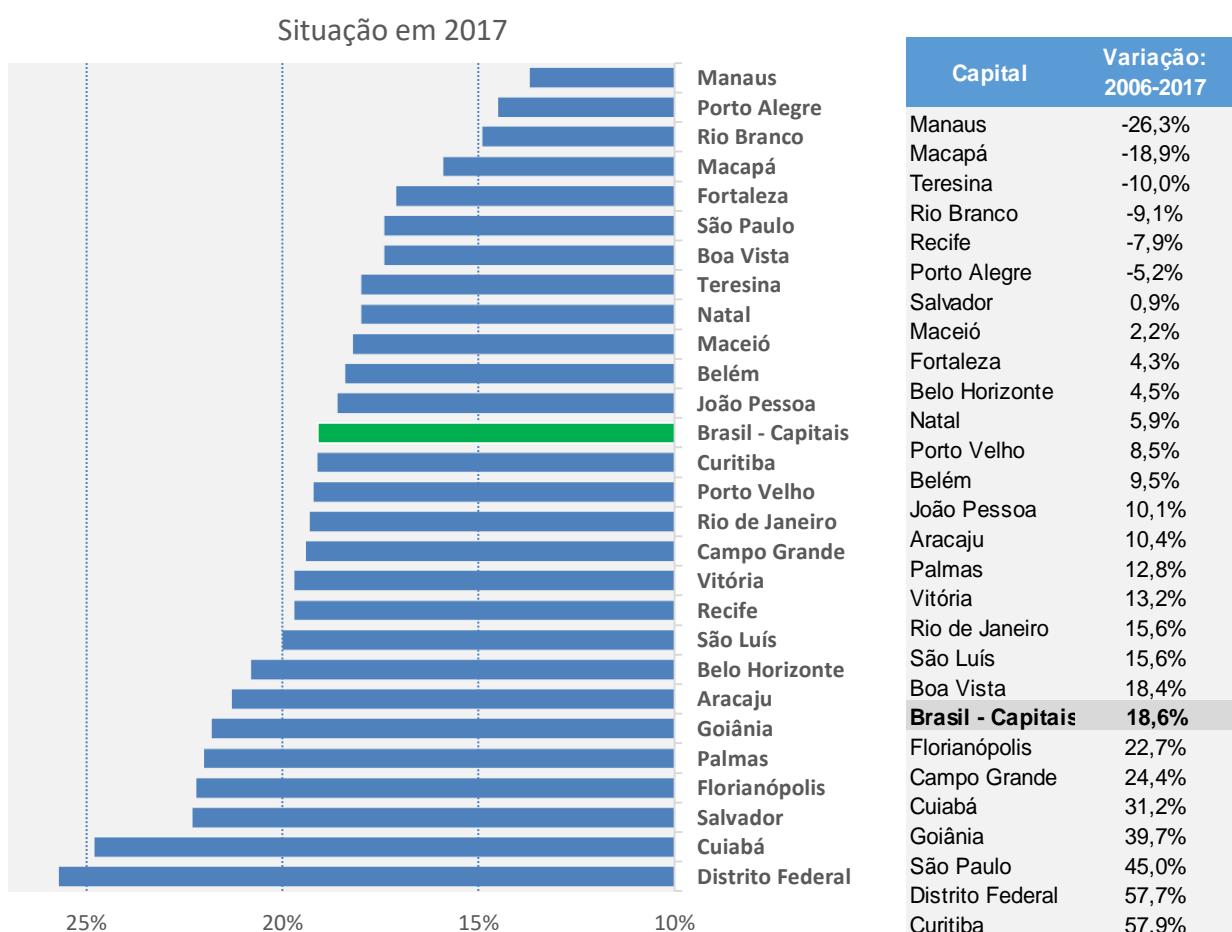


Fonte: OMS, Global Health Observatory, dados capturados em 3/3/2019

112. No que tange aos dados nacionais, não se identificaram informações compiladas, tendo em vista a ausência de tabulações do Datasus a respeito. Logo, utilizaram-se os dados do inquérito telefônico Vigitel, que avaliou o percentual de pessoas que consumiram, em uma mesma ocasião, quatro ou mais doses (se mulher) ou cinco ou mais doses (se homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. Todavia, esse indicador se limita a informações das capitais das unidades federativas, e pode apresentar tendências nacionais diferentes das da OMS.

113. Em relação aos dados das capitais brasileiras, o Distrito Federal apresentou o maior percentual de consumo de álcool (25,7%). Por outro lado, Manaus apresenta a menor prevalência (13,7%), sendo registrado nas capitais do Brasil a prevalência de 19,1%. Analisando-se a variação entre 2006 e 2017, houve redução nas taxas de prevalência em apenas seis capitais: Manaus (-26,3%), Macapá (-18,9%), Teresina (-10%), Rio Branco (-9,1%), Recife (-7,9%) e Porto Alegre (-5,2%). Por outro lado, as maiores altas foram no Distrito Federal (57,7%) e Curitiba (57,9%).

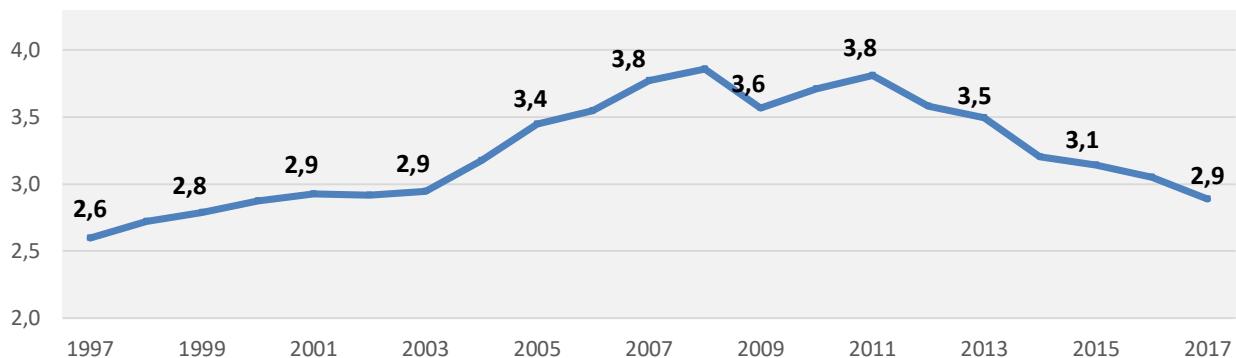
Gráfico 23: Prevalência de Consumo de Álcool Entre Adultos nas Capitais do Brasil



Fonte: Vigitel 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017

114. Em relação às taxas nacionais de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso do álcool, calculado por 1.000.000 de habitantes, observa-se que esse tipo de morte apresentou uma trajetória ascendente entre 1997 e 2008, quando as taxas subiram de aproximadamente 2,59 para 3,86. Todavia, a partir de então, o indicador passou a decrescer, ficando em 2017 com a taxa de aproximadamente 2,89.

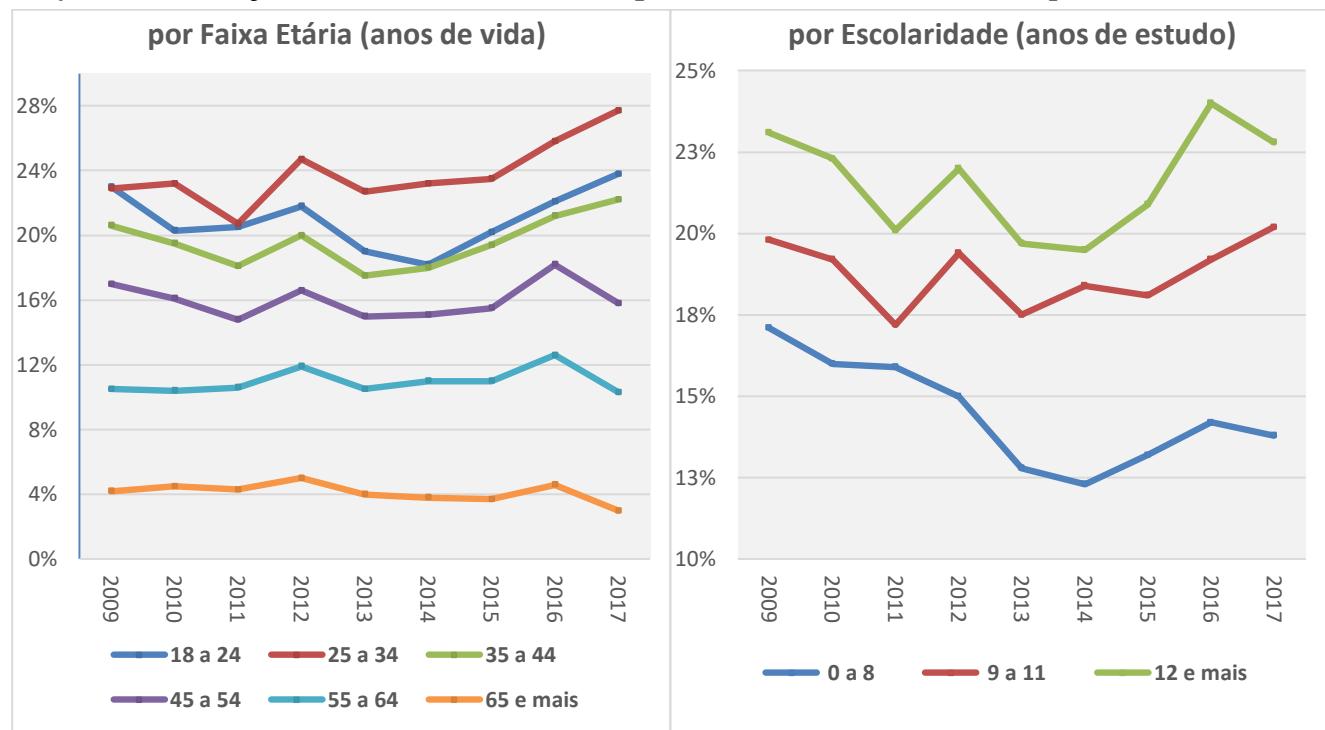
Gráfico 24: Taxas Nacionais de Mortalidade por Transtornos Mentais e Comportamentais por Uso do Álcool (por 1.000.000 de habitantes)



Fonte: MS, Tabnet/Datasus, dados capturados em 15/3/2019

115. Ao se verificar a evolução da prevalência do consumo de álcool nas capitais do Brasil por faixa etária e anos de escolaridade, observa-se que o consumo está mais concentrado entre pessoas de 18 a 44 anos (especialmente entre 25 e 34 anos) e em pessoas com 12 ou mais anos de estudo. Analisando-se a variação da taxa entre 2009 e 2017, observa-se que, neste período, o consumo reduziu apenas entre as pessoas com mais de 45 anos e com até 8 anos de estudo. A maior redução ocorreu entre pessoas com mais de 65 anos, que tinham uma prevalência de 4,2% em 2010, a qual caiu para 3% em 2017.

Gráfico 25: Evolução das Taxas de Indivíduos que Consumiram Álcool nas Capitais do Brasil



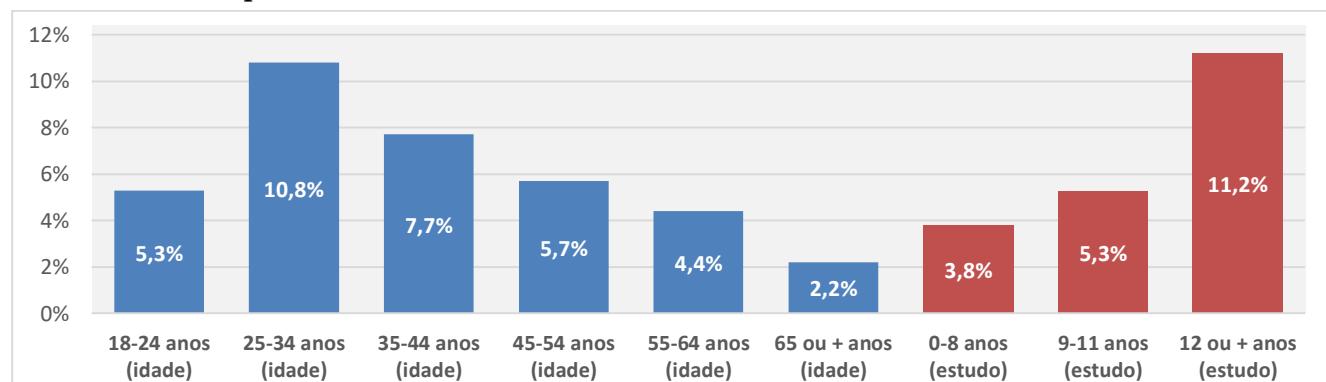
Fonte: Vigitel 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017

116. Ademais, uma forma de abuso do álcool é sua combinação com a direção de veículos automotores, nos termos da Lei 9.503/1997 e respectivas alterações. Nesse sentido, optou-se por repetir a análise do gráfico anterior, filtrando o percentual de adultos que, nos últimos 30 dias à pesquisa, referiram conduzir veículos motorizados após o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica (neste caso não foram feitas análises históricas pois houve alteração metodológica).

117. Os resultados indicam percentuais relativamente altos de pessoas que reportaram a conduta, em especial entre as pessoas de 25 a 34 anos (10,8%) e com 12 ou mais anos de estudo (11,2%). A

direção de veículos automotores após a ingestão de álcool é admitida por 6,7% da população das capitais brasileiras, sendo uma prática atribuível mais aos homens (10,8%) que às mulheres (2,5%). Vale destacar que, a faixa etária de 18 a 24 anos foi a segunda maior em prevalência do álcool, mas, quando se trata de dirigir alcoolizado, foi a quarta menor.

Gráfico 26: Taxas de Indivíduos que Dirigirem Veículos Automotores Após a Ingestão de Bebidas Alcoólicas nas Capitais do Brasil em 2017



Fonte: Vigitel 2017

Prevalência do tabaco

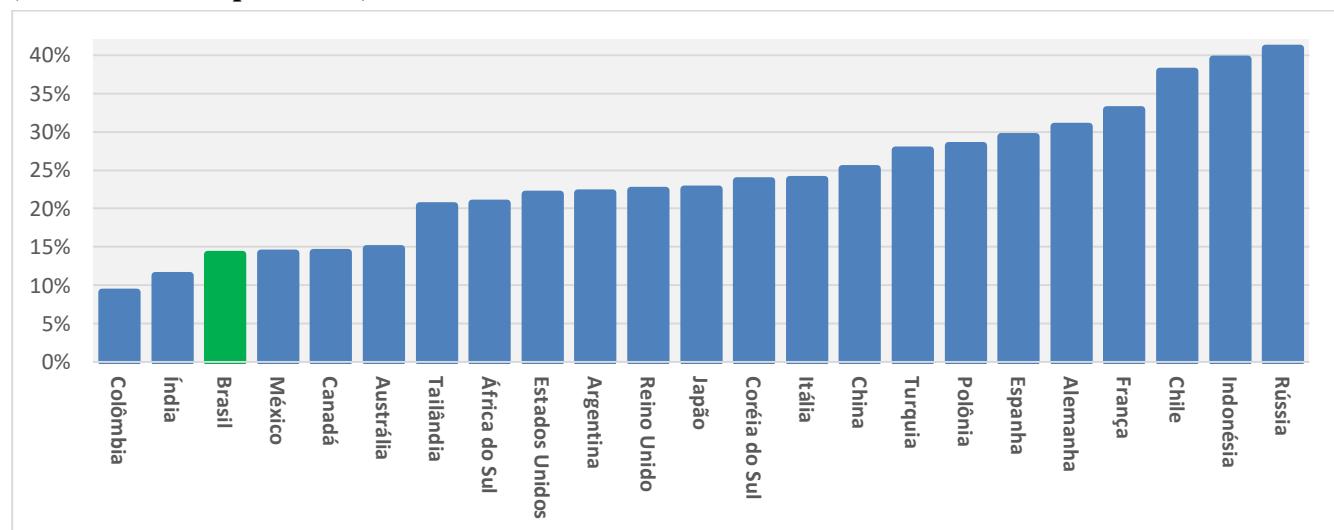
118. O objetivo 3.a da Agenda 2030 é: “fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado”. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco é um compromisso internacional para reduzir o consumo e a exposição à fumaça do tabaco e inclui iniciativas como proibição de propaganda e do fumo em ambientes fechados.

119. O consumo do tabaco é um dos principais fatores de risco para uma série de doenças crônicas, incluindo câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. Em 2018 a OMS emitiu o Global Report on Trends and Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025, que demonstra uma redução dos fumantes de tabaco de 27% em 2000 para 20% em 2016. Todavia, esse ritmo de diminuição ainda é abaixo do esperado para reduzir o consumo em 30% até 2025. O relatório internacional estima que o consumo da substância mate mais de 7 milhões de pessoas por ano em todo o mundo.

120. Para se mensurar os dados internacionais a esse respeito, utilizou-se a base Global Health Observatory da OMS. De tal base, adotou-se o parâmetro de prevalência de fumantes de tabaco entre pessoas com 15 ou mais anos de idade, com dados parametrizados por idade. Selecionaram-se os mesmos países das demais comparações internacionais, excetuando-se o Peru, que não tinha dados disponíveis para essa variável na organização internacional. Ademais, não foi possível fazer uma série histórica, dado que a base utilizada não apresenta registros pretéritos.

121. Dentre os 23 países selecionados, o Brasil apresentou em 2016 o terceiro menor índice de prevalência de tabagismo (14%), inferior apenas ao da Índia (11,3%) e da Colômbia (9,1%). Em relação aos demais países da América Latina, o México apresentou a prevalência de 14,2%, a Argentina de 22% e o Chile de 37,9%. Ademais, os dados brasileiros foram sensivelmente inferiores aos dos demais países dos BRICS: África do Sul (20,7%), China (25,2%) e a Rússia (40,9%). A média dos países analisados foi de aproximadamente 23,8%.

Gráfico 27: Taxas Internacionais de Prevalência de Tabaco para Maiores de 15 anos em 2016 (Parametrizadas por Idade)

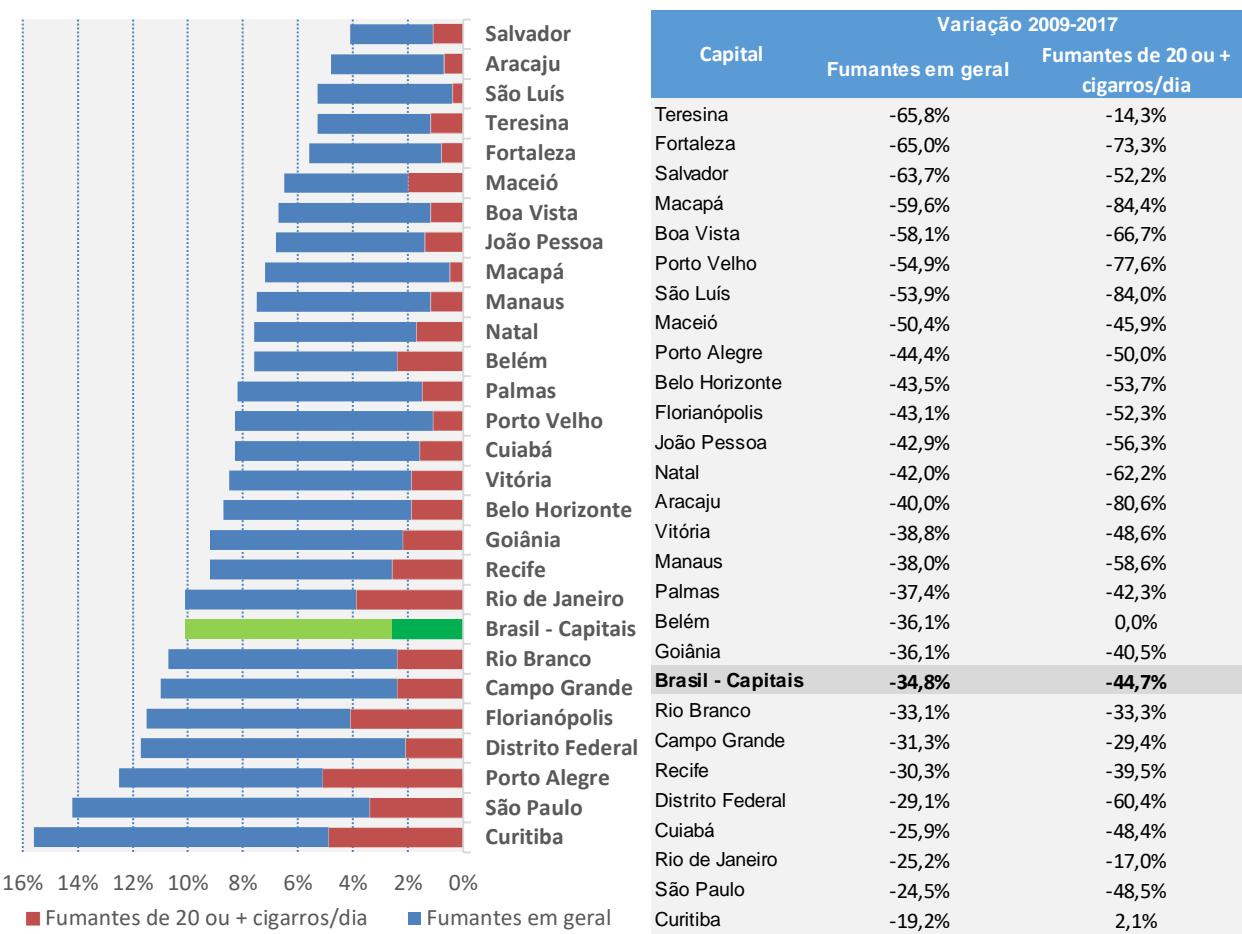


Fonte: OMS, Global Health Observatory, dados capturados em 19/3/2019

122. Para os dados domésticos, utilizaram-se mais uma vez as informações do inquérito telefônico Vigitel, mas este se limitou a informações das capitais das unidades federativas e pessoas com mais de 18 anos, que por vezes podem apresentar tendência distintas das identificadas no interior do país. Contudo, tais dados possibilitaram análises específicas sobre fumantes de mais de 20 cigarros dia, bem como a evolução ao longo dos anos.

123. Posto isso, no que tange à prevalência de fumantes em 2017 (independentemente do número de cigarros ou da frequência), os dados oscilaram entre 4,1% (Salvador) e 15,6% (Curitiba). Das cinco capitais com maior número de fumantes, encontram-se as três da Região Sul, além de São Paulo e Distrito Federal. Entre os fumantes de 20 ou mais cigarros por dia em 2017, os dados oscilaram entre 0,4%, em São Luís, e 5,1% em Porto Alegre, estando as três maiores prevalências nas capitais da Região Sul.

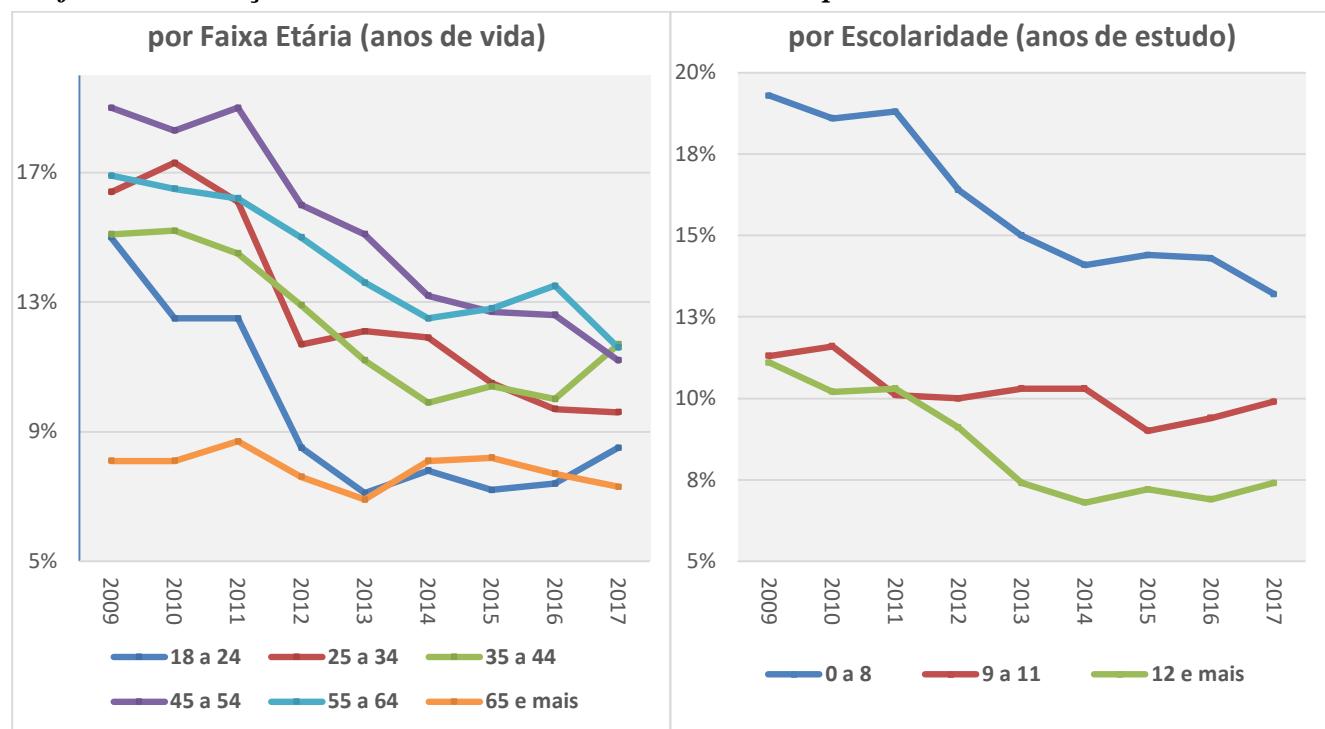
124. Ao se analisar a evolução de dados sobre a prevalência de fumantes entre 2009 e 2017, observa-se que todas apresentaram redução do número geral de fumantes, sendo essa redução mais expressiva em Teresina (-65,8%), Fortaleza (-65%) e Salvador (-63,7%), ao passo que Curitiba (-19,2%), São Paulo (-24,5%) e Rio de Janeiro ((-25,2%) tiveram as menores quedas. No que tange ao número de fumantes de 20 ou mais cigarros dia, Macapá (-84,4%), São Luís (84%) e Aracajú (-80,6%) apresentaram as maiores variações negativas, ao passo que Curitiba (+2,1%) e Belém (0% de variação) apresentam dados que tendem à estabilidade.

Gráfico 28: Prevalência de Fumantes Adultos nas Capitais do Brasil


Fonte: Vigitel 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017

125. Segregando-se os fumantes por faixa etária, observa-se que a maior prevalência de consumo está entre adultos de 35 e 64 anos. Contudo, se verificou uma redução em todos os grupos, em comparação com os dados de 2009. Em termos relativos, a maior redução ocorreu entre pessoas de 18 a 24 (-43,3%), seguida por entre 25 e 34 anos (-41,5%), entre 45 e 54 anos (-41,1%), entre 55 e 64 anos (-31,4%), entre 35 e 44 anos (-22,5%) e em pessoas com mais de 65 anos (-9,9%).

126. Em relação aos níveis de escolaridade, observa-se uma relação direta entre anos de estudo e percentual de fumantes. O grupo que possui até 8 anos de estudo é, proporcionalmente, o que mais fuma. Já os com mais de 12 anos, proporcionalmente, os que menos fumam. Além disso, os que possuem maior escolaridade reduziram o consumo, passando de 11,1% em 2009 para 7,4% em 2017, uma redução de 33,3%. O grupo em que se constataram menores variações foi entre 9 e 11 anos de estudo: redução de 11,3% para 9,9% (-12,4%).

Gráfico 29: Evolução das Taxas de Fumantes Adultos nas Capitais do Brasil


Fonte: Vigitel 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017

Atuação do TCU na área da Saúde (2017-2018)

Publicações

Cartilha “Orientação para Aquisições Públicas de Medicamentos”



127. Em 1/12/2018, o TCU publicou a cartilha “Orientações para Aquisições Públicas de Medicamentos”.

128. Diante dos desafios decorrentes da descentralização da gestão de medicamentos e entendendo a necessidade de auxiliar os gestores nessas aquisições públicas, assim como de capacitar atores do controle social na fiscalização dessas aquisições, o Tribunal de Contas da União, por meio da Secretaria de Controle Externo da Saúde, elaborou esta cartilha.

129. Para a escolha do conteúdo deste material, levou-se em consideração, além da jurisprudência do TCU, os achados da Fiscalização de Orientação Centralizada – FOC que consolidou Auditorias de Conformidade sobre Aquisição de Medicamentos realizadas pelo Tribunal, tanto no Ministério da Saúde quanto em Secretarias de Saúde (TC 017.572/2017-7).

130. Este trabalho, de relatoria do Ministro Augusto Nardes, foi coordenado pela Secretaria de Controle Externo da Saúde – SecexSaúde, mas contou com o apoio da Secretaria de Controle Externo de Aquisições Logísticas (Selog), da Secretaria de Relações Institucionais de Controle no Combate à Fraude e Corrupção (Seccor), bem como com a participação de dez Secretarias de Controle Externo situadas nos estados (Secex-AM, Secex-BA, Secex-CE, Secex-GO, Secex-MG, Secex-MS, Secex-PA, Secex-RJ, Secex-RN, Secex-RR).

131. O TCU já realizou outros importantes trabalhos na área de medicamentos, como a Auditoria Operacional na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) (Acórdãos 3.016/2012-

Plenário e 375/2015-Plenário, ambos de Relatoria do Ministro Walton Alencar Rodrigues) e Auditoria Operacional sobre Judicialização da Saúde (Acórdão 1.787/2017-Plenário, de Relatoria do Ministro Bruno Dantas).

132. Esta Cartilha está associada com a meta 3.8, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

Cartilha “Guia de Governança e Gestão em Saúde”



133. Em 30/8/2018, o TCU publicou a cartilha “Guia de Governança e Gestão em Saúde”.

134. A construção do guia baseia-se no conhecimento acumulado e nas respostas obtidas nos questionários elaborados no decorrer do levantamento nacional de governança e gestão em saúde, executado nos anos de 2015 e 2016, sob a relatoria do Ministro Bruno Dantas (TC 011.770/2015-5 e TC 023.961/2016-3).

135. Além de trazer importantes conceitos e aplicações acerca dos temas, o documento apresenta um robusto cardápio de práticas que podem, conforme a melhor avaliação, ser utilizados pelos conselhos e secretarias de saúde em suas missões. A difusão desse conhecimento, sua compreensão e aplicação pode gerar ganhos de eficiência, qualidade e efetividade, nas ações de saúde oferecidas à população.

136. O trabalho representou também uma forma de contribuir para o aprimoramento sobre o tema nas organizações responsáveis pelo bom andamento das políticas públicas de saúde brasileiras em nível estadual, municipal e distrital: os conselhos e as secretarias de saúde. O levantamento considerou a autoavaliação dos gestores e conselheiros de saúde. Trabalhos que envolvem a autoavaliação de controles (Control Self Assessment - CSA) vêm sendo executados há alguns anos pelo TCU, a exemplo de trabalhos de governança nas áreas de TI, de pessoal, de segurança pública e de aquisições.

137. Cabe frisar que o levantamento foi feito em cooperação com os Tribunais de Contas dos Estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins; Tribunais de Contas dos Municípios do Estado da Bahia, Goiás e Pará; Tribunal de Contas do Distrito Federal; Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e Tribunal de Contas do Município de São Paulo; Instituto Rui Barbosa (IRB), Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon); e com o apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

138. Este Guia está alinhado com a meta 3.d, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no sentido de reforçar a capacidade de todos os países, particularmente países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Fiscalizações sobre o tema Saúde

139. Ao longo do biênio 2017-2018, o TCU realizou diversas fiscalizações no tema Saúde. Apresenta-se, a seguir, as de maior impacto para o SUS. Os detalhes de cada fiscalização podem ser consultados na página do TCU na internet, pesquisando-se pelos respectivos acórdãos ou pelos números dos processos.

Perfil Nacional de Gestão das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde

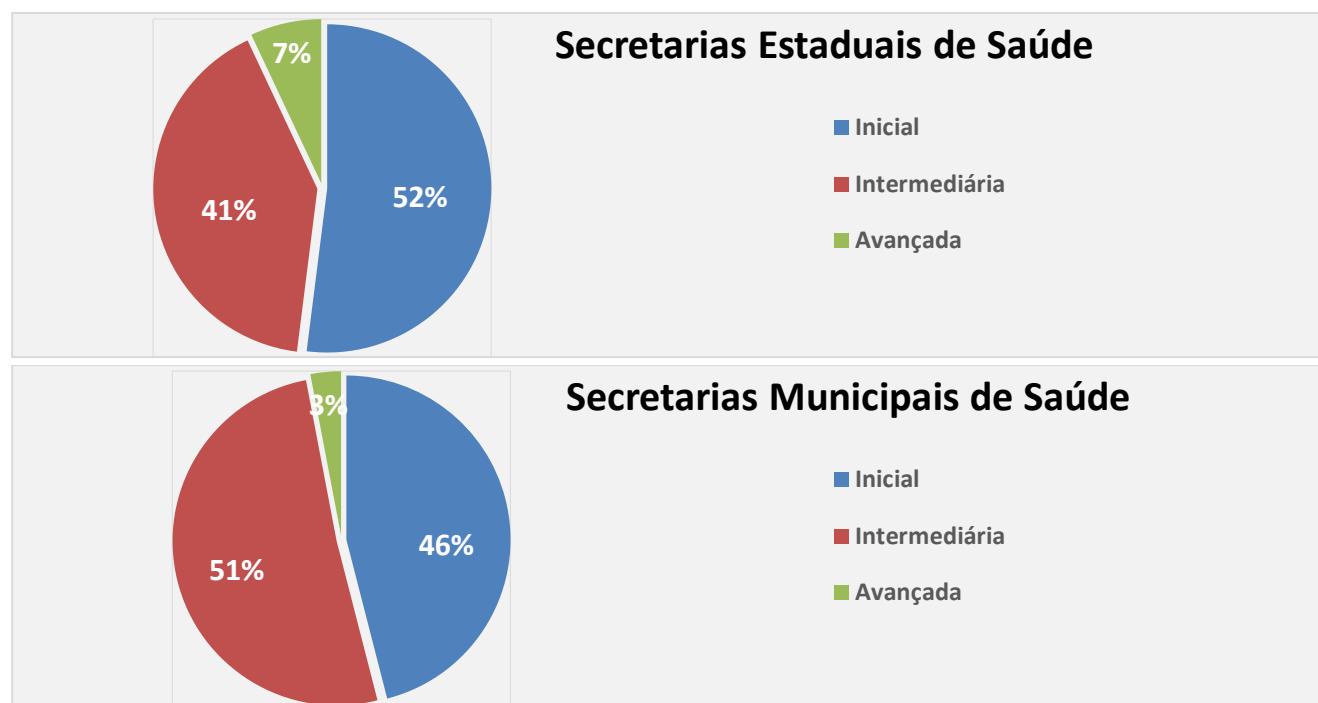
TC 023.961/2016-3, Acórdão 1.840/2017-Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas.

140. O TCU, em cooperação com 26 tribunais de contas estaduais e municipais brasileiros, avaliaram as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde Brasileiras (SESSs e SMSs). O trabalho foi realizado mediante a aplicação de questionários detalhados que descrevem diversas boas práticas, elaboradas a partir de processo amplamente participativo, em que se objetivou mensurar o nível de governança e gestão das unidades e gerar o índice de governança e gestão em saúde das secretarias (*iGestSaúde - ciclo 2016*).

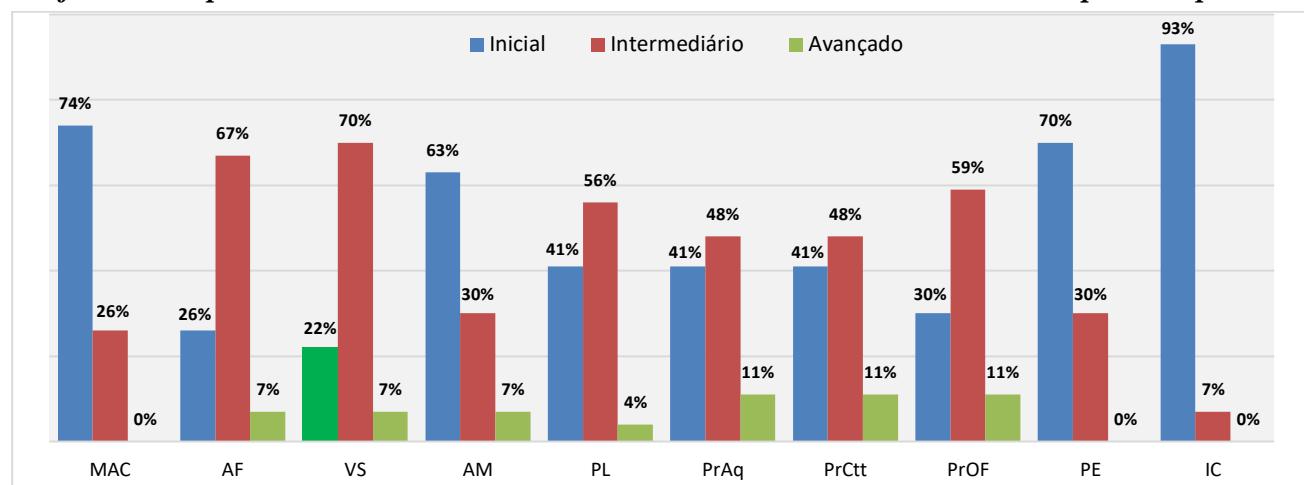
141. Foram avaliadas as 26 secretarias estaduais, bem como a do Distrito Federal (100%); e 4.314 secretarias municipais de saúde que participaram da avaliação (78% das secretarias municipais do Brasil). Avaliaram-se tanto processos finalísticos como de gestão administrativa.

142. Parte dos resultados podem ser verificados nos gráficos abaixo.

Gráfico 30: Capacidade Geral de Gestão em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde



Fonte: TC 023.961/2016-3 (respostas dos questionários de Gestão em Saúde – participaram 27 SESSs e 4.314 SMSs)

Gráfico 31: Capacidade de Gestão em Saúde nas Secretarias Estaduais de Saúde por Componentes


- *MAC - Atenção de Média ou de Alta Complexidade;*
- *AF - Assistência Farmacêutica;*
- *VS - Vigilância em Saúde;*
- *AM - Apoio aos Municípios;*
- *PL - Planos;*
- *PrAq - Processos de Apoio de Aquisição;*
- *PrCtt - Processos de Apoio de Acordos com Terceiros para Prestação de Serviços de Saúde;*
- *PrOF - Processos de Apoio de Orçamento e Finanças;*
- *PE - Pessoas;*
- *IC - Informações e Conhecimento*

Fonte: TC 023.961/2016-3 (respostas dos questionários de Gestão em Saúde – participaram 27 SESSs)

143. *O diagnóstico decorrente do levantamento apontou diversas causas sistêmicas potenciais que impactam na boa prestação de serviços públicos de saúde à população brasileira e foram feitas diversas recomendações ao Ministério da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes da União, Estado e Municípios.*

Fiscalização de Orientação Centralizada na Aquisição de Medicamentos

TC 014.109/2015-8 (consolidador), aguardando julgamento. Relator: Ministro Augusto Nardes.

144. *A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde e suas ações – voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde – tem o medicamento como insumo essencial. Dada a importância do assunto, o TCU realizou auditorias de conformidade para avaliar a aquisição de medicamentos que ocorreram pelo Ministério da Saúde e as realizadas pelas Secretaria de Saúde selecionadas, mediante a transferência de recursos federais.*

145. *Além do MS, foram auditadas, por meio de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) as Secretarias de Estado de Saúde do Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Rio de Janeiro e Roraima e as Secretarias de Saúde dos municípios de Presidente Figueiredo (AM), Casa Nova (BA), Iaçu (BA), Seabra (BA), Fortaleza (CE), Goiânia (GO), Petrolina de Goiás (GO), Belo Horizonte (MG), Contagem (MG), Itabira (MG), Santa Luzia (MG), Três Lagoas (MS), Barcarena (PA), Marituba (PA), Magé (RJ), Ceará-Mirim (RN), Santo Antônio (RN), Boa Vista (RR), Bonfim (RR).*

146. *Nessas fiscalizações realizadas nos estados e municípios, foram detectadas irregularidades graves, incluindo:*

- *superfaturamento na aquisição de medicamentos;*
- *superfaturamento quantitativo (quantidade de medicamentos entregues inferior a quantidade contratada);*

- *contratações diretas não justificadas;*
- *critérios de habilitação com ilegal restrição ao caráter competitivo;*
- *deficiências no controle de estoque de medicamentos;*
- *atraso na entrega de medicamento por parte de contratados.*

147. *Falhas básicas, porém, não menos graves, também foram encontradas, como:*

- *adoção de inadequada modalidade de licitação;*
- *adoção de inadequada forma de adjudicação;*
- *ausência ou inadequação da pesquisa de preço;*
- *irregularidades relacionadas à aplicação do Convênio do Confaz 87/2002, o qual concede isenção do ICMS nas operações com fármacos e medicamentos destinados a órgãos da Administração Pública.*

148. *No que concerne à adoção de inadequada modalidade de licitação, identificaram-se aquisições de medicamentos em modalidade diversa do pregão eletrônico, sem a devida comprovação e justificativa de inviabilidade de sua realização, tal como prevê a legislação e a jurisprudência deste Tribunal.*

149. *Quanto à pesquisa de preço, os achados se referem, em sua maioria, ao não cumprimento do disposto na Lei de Licitação sobre a necessidade de as compras da Administração Pública, sempre que possível, balizarem-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública, e não somente por cotações realizadas junto a fornecedores, podendo-se consultar o Banco de Preços em Saúde (BPS), sistema criado pelo MS para, dentre outros, atuar como ferramenta de pesquisa de preços dos medicamentos adquiridos pelos órgãos e entidades da Administração Pública.*

150. *Outro importante achado foi a falta de transparência nas contas bancárias que receberam recursos do FNS. Constatou-se que a Caixa Econômica Federal (CEF) não tem disponibilizado ao MS, para inserção no Portal da Transparência SUS, o extrato de movimentação bancária dos repasses financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde, em afronta à legislação. Além disso, o Banco do Brasil não tem identificado, corretamente, nos referidos extratos, os dados dos beneficiários dos pagamentos.*

151. *Dentre os achados relacionados às aquisições realizadas pelo MS, destaca-se a compra do medicamento ribavirina junto ao setor privado e não por meio da execução do Termo de Cooperação 81/2013, celebrado com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Assim, o MS adquiriu o referido medicamento por um preço unitário mais de 37 vezes acima do valor praticado pela Fiocruz, gerando um prejuízo superior a 39 milhões de reais para os cofres públicos.*

152. *Ademais, o TCU deliberou pela adoção de diversas medidas nos processos referentes às dez auditorias realizadas nos estados e municípios que compuseram o escopo da fiscalização, a exemplo da constituição de processos para a recuperação de dano estimado em cerca de R\$ 107 milhões em compras superfaturadas ou não entregues no âmbito do estado e de municípios do Rio de Janeiro (Acórdão 1393/2018-Plenário, da relatoria do Ministro José Múcio Monteiro).*

Auditória nos Reajustes dos Planos de Saúde

TC 021.852/2014-6, Acórdão 679/2018-TCU-Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler.

153. *Diante da grande relevância social do tema, o TCU realizou auditória na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o objetivo de avaliar as ações reguladoras da Agência em relação aos reajustes anuais dos planos de saúde individuais e coletivos.*

154. *O objetivo do trabalho foi verificar se os procedimentos e mecanismos utilizados pela ANS são suficientes para garantir a sustentabilidade do mercado e a não onerosidade excessiva dos consumidores. A avaliação das ações da ANS destinadas a informar e atender os beneficiários quanto aos reajustes anuais das mensalidades também constou como objetivo do trabalho*

155. À época, os dados coletados evidenciaram que a ANS não dispunha de mecanismos para prevenção, identificação e correção de reajustes abusivos nos planos de saúde coletivos. Os dados não eram analisados, criticados e confrontados com padrões de referência adequadamente construídos.

156. Foi possível verificar que o Sistema de Comunicado de Reajuste de Planos Coletivos (RPC) não possuía mecanismos suficientes de validação das informações inseridas pelas operadoras. Além disso, não foram encontrados registros de ações concretas da ANS para saneamento de erros e anormalidades encontrados nos comunicados de reajuste, salvo a exclusão dos comunicados com valores atípicos da base de cálculo do reajuste dos planos de saúde individuais.

157. Observou-se que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas pela regulamentação a descreverem com suficiência de detalhes a memória de cálculo do percentual de reajuste anual aplicado nos planos coletivos.

158. O TCU expediu determinações e recomendações à ANS no sentido de elaborar e encaminhar plano de providências contemplando a instituição de mecanismos de atuação que permitam a efetiva aferição da fidedignidade e a análise crítica das informações econômico-financeiras comunicadas à Agência Reguladora pelas operadoras de planos de saúde, principalmente no que se refere à retomada das visitas técnicas às empresas e ao tratamento dos casos em que são identificadas práticas abusivas contra os consumidores.

159. Também recomendou reavaliar a metodologia utilizada à época para definição do índice máximo de reajuste anual dos planos de saúde individuais/familiares; e avaliação da conveniência e oportunidade de passar a exigir das operadoras de planos de saúde, por ocasião dos reajustes de preços, a disponibilização, aos respectivos contratantes, de informações que permitam a aferição do correspondente índice de sinistralidade verificado no período anterior.

160. Verificou-se que a ANS optou por permitir que as operadoras de planos de saúde definam os percentuais de reajuste anuais dos planos coletivos e restringiu sua atuação reguladora ao monitoramento da evolução dos preços.

161. A Agência fundamentou sua opção no poder de negociação que as pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivo teriam junto às operadoras de planos de saúde, o que levaria à obtenção de percentuais de reajuste vantajosos. Esse aspecto, bem como os demais mencionados serão acompanhados pelo TCU.

Auditoria no Processo de Concessão do Registro de Medicamentos

TC 017.920/2017-5, Acórdão 407/2018-Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

162. A auditoria foi motivada pelo entendimento de que o processo de registro de medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por envolver diversos laboratórios e empresas nacionais e internacionais do mercado farmacêutico que movimentam volume significativo de recursos financeiros, bem com pela importância do tema para a saúde dos cidadãos brasileiros.

163. O objetivo da auditoria foi verificar a regularidade no processo de concessão do registro de medicamentos com princípios ativos sintéticos e semissintéticos, classificados como novos, genéricos e similares, realizado pela Anvisa.

164. A fiscalização resultou na identificação dos seguintes achados de auditoria:

- deficiências na gestão da ordem da fila de análise dos pedidos de registro;
- tratamento não isonômico dado a empresas interessadas em obter registro de medicamentos que descumpriam o prazo processual para atendimento de exigências da Anvisa;
- deferimento de registro de medicamento, apesar de o cumprimento de exigências requeridas pela Anvisa à empresa interessada terem ocorrido extemporaneamente;

- encaminhamento, para emissão de pareceres por consultores externos remunerados, de pedidos de registro de medicamentos que não possuem a documentação mínima requerida na legislação, fato que resultou na ineficiência da aplicação de recursos públicos.

Auditoria nas Renúncias de Receitas nos Hospitais de Excelência

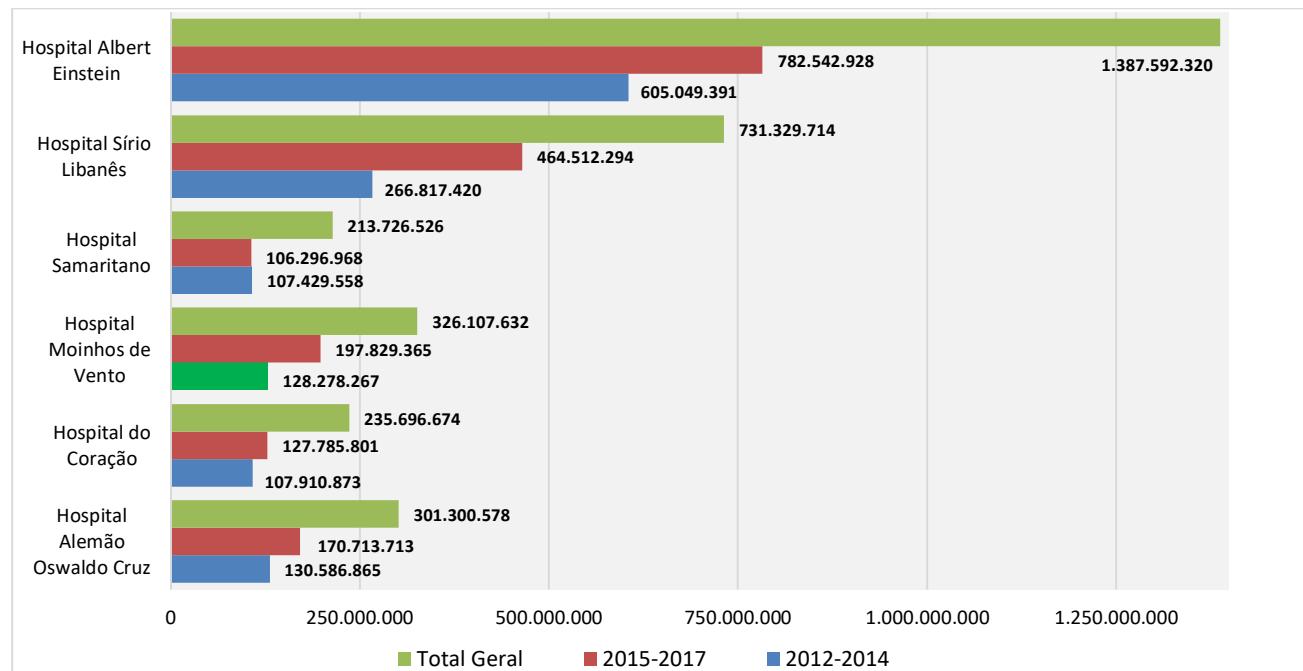
TC 016.264/2017-7, Acórdãos 394/2018, 682/2018 e 924/2018, ambos do Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

165. O TCU fiscalizou o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi) em função da relevância do programa para o aperfeiçoamento do SUS e devido ao volume de recursos financeiros utilizados, provenientes de incentivos fiscais concedidos pela União.

166. O Proadi é financiado com recursos de isenção fiscal (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e cota patronal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS). Concede-se essa isenção aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira. Assim, o custeio do programa ocorre mediante recursos de tributos que deixaram de ser arrecadados.

167. A renúncia fiscal aos hospitais de excelência tem subtraído recursos expressivos do Orçamento Geral da União (OGU), da ordem de mais de R\$ 3 bilhões, desde o exercício de 2012, conforme figura abaixo.

Gráfico 32: Valores das Renúncias Fiscais no Âmbito do Proadi por triênio (em R\$)



Fonte: TC 016.264/2017-7

168. Considerando o atual contexto econômico do Brasil, é de extrema importância a existência de mecanismos de controle que garantam que a contrapartida dos beneficiários seja, no mínimo, equivalente ao valor subtraído do OGU, resultando em benefícios econômicos e sociais revertidos ao SUS e à população que dele necessita.

169. Assim, a auditoria teve como objetivo verificar a compatibilidade entre os dispêndios realizados pelas entidades participantes do projeto e o valor da isenção das contribuições sociais por elas usufruídas.

170. Ficou constatado, à época da auditoria, que o Ministério da Saúde não avaliava os resultados dos projetos de apoio em relação aos seus objetivos gerais e específicos previstos inicialmente. O único acompanhamento realizado se restringiu à comparação entre as execuções física e financeira das atividades do projeto, sem análise do resultado e dos reais benefícios para o SUS.

171. Identificou-se também a inexistência de análise prévia dos valores a serem gastos pelos hospitais. Alguns projetos não contemplavam pesquisa prévia de mercado para cotação de preços, bem como inexistia a padronização para alocação dos custos indiretos dos projetos pelos hospitais, podendo impactar na economicidade e efetividade do programa.

172. Outro aspecto detectado foi que o Proadi vem desenvolvendo programas de apoio que não utilizam a expertise de cada hospital de excelência em sua máxima potencialidade. Em muitos casos, os hospitais tinham somente o papel de gerenciadores de projetos, atuando como meros repassadores de recursos a terceiros.

173. Ainda sobre a questão de custos, o TCU não identificou rotinas e evidências para avaliação dos custos dos procedimentos de projetos de apoio assistencial do Proadi, ou seja, para gastos com consultas e exames para a população atendida, de modo a compará-los com a Tabela SUS. Tal medida evitaria a aprovação de projetos cujos procedimentos poderiam ser contratados ordinariamente fora do programa por valores inferiores, gerando maior eficiência e economia para o SUS.

174. Com base nos aspectos expostos pela auditoria, o TCU decidiu, em síntese, determinar prazo para o Ministério da Saúde encaminhar plano de ação contendo as medidas necessárias para resolver as falhas detectadas, e recomendar uma série de medidas, dentre as quais:

- avaliar os reais resultados dos projetos de apoio com a análise do atingimento dos objetivos gerais e específicos
- avaliar os problemas ocorridos no projeto de apoio que influenciaram o alcance dos objetivos e afetaram a eficiência e efetividade do projeto, identificando suas causas e atuando para sua prevenção
- definir critérios para devolução de despesas em função do não alcance dos objetivos do projeto
- criar equipe de avaliação dos projetos de apoio do Proadi no âmbito do Ministério da Saúde
- exigir dos Hospitais as pesquisas e consultas dos preços de mercado das atividades, insumos, materiais, itens utilizados nos projetos
- analisar os custos do projeto com utilização dos dados dos custos orçados e executados para verificação da razoabilidade dos orçamentos desenvolvidos pelos Hospitais nas propostas dos projetos de apoio
- envolver o Denasus na análise contábil da execução do projeto de apoio
- aprovar apenas projetos de apoio que aproveitem o conhecimento e experiência individuais de cada Hospital de Excelência para o desenvolvimento institucional do SUS, evitando-se o desenvolvimento de projetos por meio de terceirização, o que desvirtua o propósito do Proadi-SUS
- evitar a aprovação de projetos de apoio que tenham como objeto o desenvolvimento de softwares, tendo em vista a possibilidade de adquiri-los junto ao mercado por meio de licitação
- aprovar apenas projetos de apoio voltados à capacitação que tenham relação direta com a expertise do Hospital de Excelência
- exigir da Secretaria de Saúde Municipal e Estadual a comparação dos custos dos procedimentos assistenciais praticados nos Hospitais de Excelência com os constantes da Tabela SUS, não aprovando projetos nos quais não haja tal análise e cujo objeto possa ser contratualizado ordinariamente pelo SUS por valor inferior ao cobrado no Proadi
- utilizar o limite de 30% previsto no art. 11, § 4º, inciso I, da Lei 12.101/2009, para desenvolvimento de projetos assistenciais no âmbito do Proadi-SUS em atividades

desenvolvidas com exclusividade pelos Hospitais de Excelência, especialmente aquelas de alta complexidade e alto custo, as quais não poderiam ser contratualizadas pela rede que atende diretamente o SUS

- *reavaliar o Proadi, de forma a também beneficiar as demais regiões em que não estão situados os hospitais de referência atualmente abrangidos no programa, como por exemplo pela demonstração da realização de cursos de capacitação e de gestão destinados primordialmente aos estados menos favorecidos em termos de recursos humanos e materiais na área de saúde*

175. *O TCU fará o acompanhamento da implementação de tais medidas.*

Avaliação do Plano Estratégico e do Plano de Resultados de 2018 da Funasa

TC 010.658/2018-1, Acórdão 2.781/2018-Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

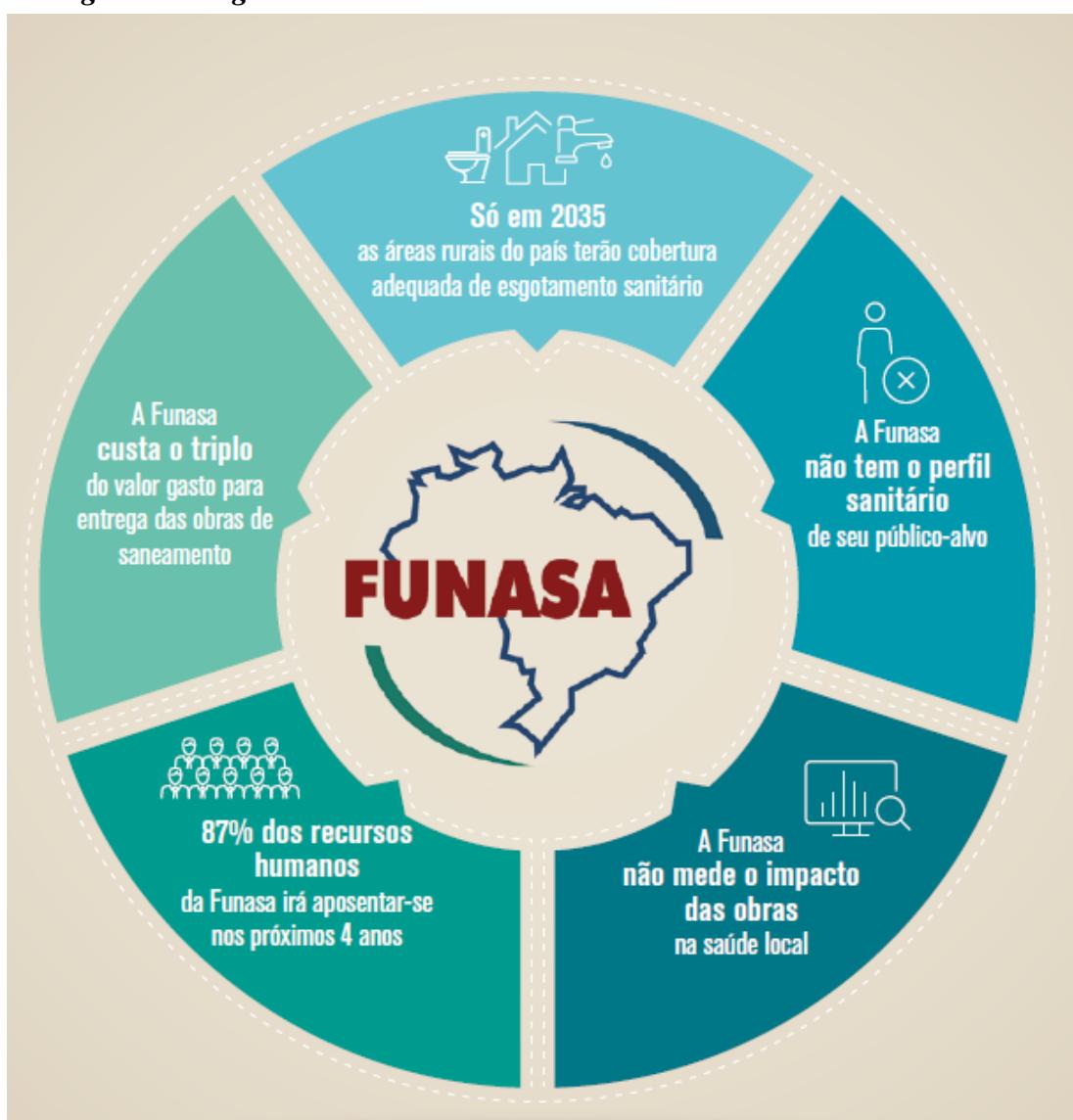
176. A Funasa é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde que tem a competência de fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças e formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

177. A fiscalização foi motivada pelos riscos verificados em um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de que as metas do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) não seriam alcançadas até 2030, devido aos baixos investimentos no país em saneamento; pela alta materialidade do orçamento destinado à instituição; bem como pela relevância da entidade para o saneamento urbano de municípios até 50 mil habitantes e para o saneamento rural.

178. Diante desse cenário, o TCU percebeu a oportunidade de avaliar se os dados apontados no referido estudo sugeriram a incapacidade da estratégia da Funasa em viabilizar os resultados pretendidos.

179. A auditoria teve como objetivo avaliar o plano estratégico da Funasa e verificar se ele incorpora as metas e os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas, e do Plansab, bem como se garante com razoável segurança o cumprimento das metas de saneamento dos municípios na área de atuação da referida fundação.

180. Foram encontradas diversas falhas e riscos que afetam sobremaneira a capacidade operacional da Funasa. Além daquelas referentes ao processo de planejamento estratégico, indicadores de desempenho e monitoramento da execução das políticas públicas de sua responsabilidade, verificou-se que o modelo operacional da Funasa, com prioridade em entrega de obra de saneamento, não tem sustentabilidade econômica. O gráfico a seguir sintetiza alguns dos dados encontrados.

Figura 5: Diagnóstico das Falhas e Riscos Encontrados na Funasa

Fonte: TC 010.658/2018-1

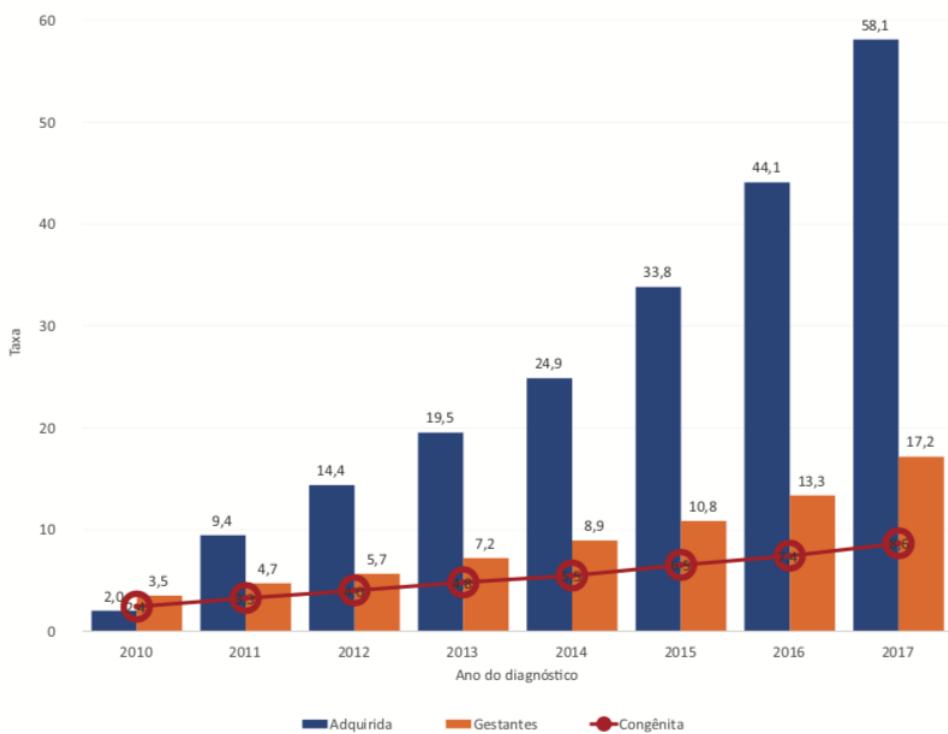
181. Ao analisar o processo, o TCU determinou à Funasa prazo de 180 dias para o envio de um plano de ação contendo medidas para mitigar as falhas detectadas.

Auditoria nas Medidas Adotadas para o Controle da Sífilis no Brasil

TC 030.300/2016-9, Acórdão 2.019/2017-Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas.

182. A partir de 2010, o Brasil teve expressivo aumento de casos da doença. A eliminação da infecção é considerada prioridade por organismos nacionais e internacionais há anos. No entanto, as diversas estratégias e esforços dispendidos não foram suficientes para conter o avanço do agravo, que apresentou grande incremento em suas taxas de incidência, a ponto de caracterizar uma epidemia. Dados atualizados continuam demonstrando essa tendência, conforme gráfico abaixo produzido pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico – Sífilis 2018.

Figura 6: Taxas de Detecção de Sífilis Adquirida, em Gestantes e Congênita por Ano



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

Fonte: Boletim Epidemiológico – Sífilis 2018

183. Nesse sentido, a auditoria teve como objetivo identificar e avaliar as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para controlar a incidência da sífilis no país, em especial após a verificação do recrudescimento da doença; a adequação do diagnóstico e do tratamento da doença em gestantes na atenção básica à saúde; assim como as causas e propostas de solução para o desabastecimento nacional da penicilina.

184. Dentre outras questões, o TCU identificou a carência de monitoramento, através de indicadores individualizados por estados e municípios, sobre o desempenho dos serviços de saúde no controle da sífilis, impossibilitando o planejamento de soluções estratégicas e seletivas, a fim de reduzir as disparidades na execução da política no país.

185. A auditoria apontou baixa efetividade das estratégias para evitar a transmissão sexual da sífilis na população (prevenção primária). Assim, não foram identificadas parcerias intersetoriais ou diversificações de medidas para direcionamento de campanhas a diferentes públicos – adolescentes, profissionais do sexo, população sem acesso à internet, etc. –, no intuito de potencializar a absorção das informações pela população e aumentar o impacto das medidas de prevenção.

186. Além disso, as gestantes são diagnosticadas tarde – mais de 30% no terceiro trimestre de gravidez –, o que dificulta o tratamento adequado e resulta na transmissão da sífilis para a criança.

187. Entre os fatores que colaboraram para a dificuldade de conter a doença em gestantes, pode-se citar: a resistência dos profissionais de saúde em realizar testagem rápida de sífilis na gestante e administrar penicilina em atendimentos na rede de atenção básica, assim como a ausência de tratamento dos parceiros com sífilis.

188. A fiscalização constatou, ainda, situação de desabastecimento da penicilina no mercado nacional, desde 2014, por dificuldades em adquirir matéria-prima necessária para sua produção. Esse é considerado o único medicamento seguro e eficaz no tratamento da gestante com sífilis, pois atravessa a barreira placentária e previne a doença congênita.

189. Diante dos achados identificados, o TCU recomendou ao Ministério da Saúde:

- *Instituir sistemática de avaliação dos serviços de saúde de diagnóstico e tratamento da sífilis nos municípios*
- *Identificar as principais causas do diagnóstico tardio e tratamento inadequado das gestantes com sífilis e elaborar estratégia de ação*
- *Avaliar os motivos que prejudicam a efetividade das medidas de prevenção primária da sífilis adquirida e desenvolver novas e diversificadas campanhas/estratégias de prevenção*
- *Fortalecer as medidas de captação e tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis*
- *Promover estratégias de conscientização para os profissionais de saúde sobre a desmitificação da reação anafilática da penicilina*
- *Incentivar laboratórios públicos a produzirem penicilina.*

Auditoria operacional sobre Judicialização da Saúde

TC 009.253/2015-7, Acordão 1.787/2017- Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas.

190. Nos últimos anos, houve aumento exponencial da busca pelo direito à saúde por meio do Poder Judiciário. Diante da materialidade e da relevância do tema, o TCU realizou fiscalização que teve como objetivo identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde pública, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos negativos da judicialização.

191. Os dados coletados de nove Tribunais de Justiça e dos cinco Tribunais Regionais Federais evidenciam tendência de aumento no número dos processos relacionados à saúde pública, com maior concentração na justiça estadual.

192. Em relação ao Ministério da Saúde, observou-se que o número de ações judiciais federais é crescente e sua proporção por habitante é maior em estados das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste.

193. Os valores gastos pelo Ministério da Saúde no cumprimento das decisões judiciais na área da saúde aumentaram mais de quatorze vezes nos últimos oito anos, apenas para a aquisição de medicamentos e insumos, sendo que a maior parte dos gastos com medicamentos judicializados do Ministério da Saúde refere-se a itens não incorporados ao SUS. Durante o período de 2010 a 2015, o Ministério gastou mais de R\$ 2,7 bilhões com compras determinadas judicialmente, a maioria (54%), com a aquisição de apenas três medicamentos.

194. Em 2014, dois medicamentos representaram 55% do total gasto pelo ministério com o cumprimento de ordens judiciais, sendo que um deles (Solaris®), à época da realização da auditoria, não possuía registro na Anvisa. O custo médio anual por paciente atendido foi de mais de R\$ 1 milhão, no período considerado.

195. A auditoria verificou que as secretarias estaduais de saúde, juntas, realizam despesas com a judicialização muito maiores que as do Ministério da Saúde.

196. Verificou-se, ainda, que o controle administrativo sobre as ações judiciais referentes à saúde é insuficiente no Ministério da Saúde e na maioria das secretarias de saúde selecionadas para análise.

197. Não havia, à época da auditoria, procedimentos sistematizados para detecção de fraudes, à exceção do sistema S-CODES da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

198. Outro fato relevante detectado foi a ausência de procedimentos sistematizados e regulados para a realização de resarcimento financeiro pela União, a estados e municípios, quando esses entes custeiam ações e serviços de saúde judicializados que são de competência federal.

199. Ao apreciar o processo, o TCU recomendou a adoção de diversas medidas, dentre as quais destacam-se:

- centralização das informações e criação de rotinas permanentes de detecção de indícios de fraude e de coleta, processamento e análise de dados relativos às ações judiciais de saúde
- divulgação periódica de informações técnicas e orientações aos juízes
- regulamentação do resarcimento de valores gastos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, por cumprimento de decisões judiciais que criam obrigações de competência federal, com controle e divulgação desses valores
- avaliação da concessão de licença compulsória para a exploração de patente, nos casos de emergência nacional ou interesse público, conforme disposto na Lei 9.279/1996
- ao Conselho Federal de Medicina (CFM), conjuntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, fiscalizar a emissão de prescrições médicas de medicamentos, procedimentos e outros itens não registrados pela Anvisa, exigindo o registro das motivações, o acompanhamento do paciente e, nos casos off-label (uso de um medicamento registrado na Anvisa em situações divergentes daquelas definidas em sua bula), o consentimento esclarecido do paciente, ou do seu responsável legal, tendo em vista o disposto no Parecer CFM 2/2016
- alerta aos médicos de que a prescrição de medicamento sem registro na Anvisa afronta a Lei 6.360/1976 e o Código de Ética Médica.

Auditoria no Acordo celebrado entre Brasil e Cuba para aquisição e produção de alfaepoetina

TC 011.645/2018-0, Acórdão 2.977/2018- Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

200. Por solicitação do Congresso Nacional, o TCU realizou auditoria no acordo celebrado entre Brasil e Cuba para aquisição e posterior produção de alfaepoetina, substância indicada para tratar pessoas com problema renal crônico, que levou o Ministério da Saúde a adquirir, ao longo de doze anos, o medicamento com preços possivelmente superfaturados.

201. A auditoria teve o objetivo de fiscalizar a aplicação de recursos públicos na aquisição da substância da empresa cubana CIMAB S.A., de 2005 a 2016, por inexigibilidade de licitação.

202. Verificou-se que, no período de 2005 a 2016, a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, utilizando-se do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos- BioManguinhos, teria realizado despesas que ultrapassaram o montante de R\$ 1 bilhão na aquisição, por inexigibilidade de licitação, da substância Eritropoetina Humana Recombinante (alfaepoetina) dentro de Acordo de Cooperação com a empresa CIMAB S.A.

203. A auditoria visou atender à solicitação formulada pelo Congresso Nacional, no sentido de que esta Corte de Contas verificasse a regularidade da celebração e da execução do contrato de aquisição de eritropoietina e de transferência de tecnologia, firmado entre a Fundação Oswaldo Cruz e a empresa cubana Cimab S.A.

204. Dentre outros fatos, a auditoria permitiu verificar:

- Ausência de justificativa técnica para a inexigibilidade de licitação para a contratação do laboratório Cimab S.A.;
- Ausência de termos aditivos ao contrato com a Cimab S.A., apesar de expiração do prazo de vigência do contrato e de alterações relevantes no objeto, tanto no tocante ao repasse de tecnologia, quanto no tocante à forma e à quantidade de fornecimento de Eritropoetina Humana Recombinante (EPO);
- Expiração do prazo de vigência do Contrato de Licença de Patente e de Transferência de Informação Técnica e Fornecimento da Eritropoietina Humana Recombinante;
- Falta de transparência e inobservância das normas estabelecidas para execução orçamentária;

- A prestação de contas do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para transferência de tecnologia, aquisição, produção e fornecimento de alfaepoetina humana recombinante limitou-se a informar o fornecimento do medicamento e as despesas correntes realizadas, não demonstrando a execução total do objeto pactuado por Bio-Manguinhos;
- Terceirização de serviços da área finalística de Bio-Manguinhos e pagamento indevido de treinamento para tais trabalhadores;
- Após quatorze anos da assinatura do contrato, a transferência de tecnologia para Bio-Manguinhos não se encontrava concluída. À época dos trabalhos, o prazo estimado para a conclusão era de cerca de trinta meses;
- Desequilíbrio econômico-financeiro do contrato, em favor da Cimab S.A., resultante dos aumentos dos quantitativos de eritropoietina adquiridos, bem como da extensão do prazo contratual;
- Os preços acordados e praticados entre o Ministério da Saúde e Bio-Manguinhos para aquisição do medicamento eritropoietina, nas apresentações 2.000, 4.000 e 10.000 UI por ml, eram superiores aos preços de mercado.

205. Considerando o teor das falhas e irregularidades encontradas, o TCU iniciou a apuração de responsabilidades pelas suas ocorrências; determinou a adoção de diversas medidas corretivas aos Ministérios das Relações Exteriores e da Saúde, à Fiocruz e ao Bio-Manguinhos.

206. O TCU estabeleceu prazo para que a Fiocruz e ao Bio-Manguinhos apresentassem estudos complementares que comprovem a vantajosidade do projeto para o SUS e acompanhará os desdobramentos do projeto.

Auditoria Sobre a Construção do Novo Centro de Processamento Final de Imunobiológicos

TC 007.991/2017-7, Acórdãos 2008/2017, 297/2018 e 1.826/2018, todos do Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler.

207. O TCU realizou auditoria nas obras de construção do Novo Centro de Processamento Final de Imunobiológicos (NCPI) de Bio-Manguinhos, localizado em Santa Cruz, zona oeste do município do Rio de Janeiro/RJ. Trata-se de projeto estratégico para o SUS, com valor estimado total de aproximadamente R\$ 3,2 bilhões.

208. De maneira sintética, o TCU apurou as seguintes falhas e irregularidades:

- não comprovação da viabilidade econômico-financeira do empreendimento;
- projeto básico e executivo deficiente - sem grau de precisão adequado para se contratar e executar o objeto;
- contratação irregular de fundação de apoio como intermediária – gerenciadora;
- contrato de prestação de serviço de apoio logístico e gestão financeira para a 3^a fase da Implantação do projeto com potencial dano ao erário de R\$ 49.782.985,26.

209. Ao apreciar o processo, o TCU determinou diversas medidas corretivas nos estudos de viabilidade técnica, financeira e econômica, além de alterações e complementações nos projetos de engenharia da obra.

210. Decidiu-se, de igual forma, diante da culpabilidade pelas irregularidades já comprovadas nos autos, aplicar multa a alguns gestores, e apurar a responsabilização de outros; bem como a apuração de eventuais danos ao erário decorrentes do contrato celebrado para apoio gerencial da 2^a Fase do projeto, em virtude do pagamento de taxa de administração e de eventuais despesas não comprovadas, e do contrato para aquisição de equipamentos.

211. O TCU acompanhará a implantação do projeto e a adoção das medidas determinadas `a Fiocruz e ao Bio-Manguinhos.

Auditoria no Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde

TC 034.676/2017-1 e TC 003.372/2018-9, Acórdãos 1.961/2018 e 1.097/2018, todos do Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

212. *O Programa de Informalização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS) é um programa de iniciativa do Ministério da Saúde que consiste em fornecer apoio para que os municípios implementem o prontuário eletrônico nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a registrar e enviar as informações relativas às ações de atenção básica em saúde.*

213. *O programa foi concebido para levar conectividade, equipamentos, software, treinamento e suporte a todos os municípios do território nacional no prazo de doze meses, o que representa, conforme dados de junho de 2017, um potencial de 42.495 UBS beneficiadas pela iniciativa, sendo que aproximadamente 29.400 não possuiriam prontuário eletrônico.*

214. *Para tanto, o MS adotou a sistemática do credenciamento, com a intenção de contratar todos os possíveis interessados a prestarem o serviço, o que caracterizaria hipótese de inexigibilidade de licitação, a um custo estimado de R\$ 580 milhões para o exercício de 2018 e de R\$ 3,4 bilhões por ano a partir de 2019. Ao final de cinco anos de contrato, as cifras para custear o PIUBS alcançariam aproximadamente R\$ 17 bilhões.*

215. *A fiscalização avaliou o planejamento do PIUBS, as condições existentes de execução do programa pelos atores envolvidos, a capacidade de fiscalização do MS, as estratégias de gestão de riscos executadas e as condições estabelecidas no edital de credenciamento, notadamente quanto à fixação do preço para os serviços a serem contratados.*

216. *O TCU identificou questões que podem comprometer o atingimento dos objetivos do PIUBS e acarretar má aplicação dos recursos públicos, inclusive no que se refere à fixação de preços acima do praticado pelo mercado.*

217. *A gravidade dos achados levou o TCU a adotar medida cautelar determinando a suspensão de assinatura dos contratos originados do edital de credenciamento até que o TCU avaliasse o mérito da matéria com os estudos adicionais a serem fornecidos pelo MS; e a anulação de um pregão e, consequentemente, a nulidade do contrato correspondente.*

218. *O TCU determinou ao MS o encaminhamento de diversos estudos e planos de ação sobre temas específicos e que fossem capazes de sanar as irregularidades e riscos apontados na fiscalização, inclusive as evidências que comprovassem as afirmações do então Ministro da Saúde de que o PIUBS teria potencial economia de R\$ 22 bilhões anuais aos cofres públicos, já que o Tribunal não encontrou justificativa nos processos do MS que corroborasse essa cifra.*

219. *Devido a isso, o MS deverá apresentar o estudo que subsidiou a previsão de recursos públicos que podem ser economizados com a implantação do prontuário eletrônico do cidadão. O documento deverá conter memória de cálculo que comprove a economia e os riscos relacionados à não informatização de todos os municípios do Brasil.*

220. *O TCU continuará acompanhando a execução do projeto.*

Auditoria na Compra de equipamentos médicos pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

TC 014.858/2017-7, Acórdão 1.290/2018-Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas.

221. *O TCU realizou auditoria com o objetivo de verificar a legalidade de importações de equipamentos de saúde efetuadas com recursos federais no estado do Rio de Janeiro pelo Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Intro), após tomar conhecimento de informações obtidas na Operação “Fatura Exposta” do Ministério Público Federal – MPF e da Polícia Federal - PF.*

222. *Foram avaliadas aquisições realizadas entre 2006 e 2010, totalizando aproximadamente R\$ 178 milhões.*

223. Em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estimou-se o montante do dano ao erário em aproximadamente R\$ 86 milhões, valor correspondente ao pagamento de bens com preços excessivos, ou cujo recebimento não foi comprovado.

224. Os dados levantados auxiliaram a PF e o MPF na operação que culminou com a prisão e afastamento de diversos gestores do Inteiro e de empresas fornecedoras.

225. Ao julgar a auditoria, o TCU decidiu pelo início do processo de responsabilização de empresas e gestores, e pela adoção de medidas para recuperar o valor do dano ao erário, aproximadamente R\$ 85 milhões.

Auditoria no processo de regulação da assistência à saúde no Espírito Santo

TC 027.161/2016-1, Acórdão 591/2018-Plenário. Relator: Ministro Bruno Dantas.

226. O TCU realizou auditoria para avaliar a eficácia, a eficiência e a efetividade do processo de regulação de assistência à saúde no Estado do Espírito Santo. Regular a assistência à saúde significa organizar o acesso dos usuários aos serviços oferecidos no SUS.

227. Dentre os principais problemas encontrados, destacam-se:

- Deficiências na implantação de complexos reguladores municipais, configuradas na ausência de Central de Regulação de Internações Hospitalares;
- Autorregulação das internações hospitalares por parte dos prestadores de serviços hospitalares da rede própria e contratualizados;
- Deficiência na publicidade de protocolos de regulação e de grade de referência;
- Deficiências do sistema de informação utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde na operacionalização da Central de Regulação de Internações Hospitalares; e
- Ausência de contratualização de hospitais da rede própria.

228. Ao analisar a situação, o TCU decidiu determinar prazo a diversos municípios e à Secretaria Estadual de Saúde para que apresentassem plano de ação, com cronograma de execução e estabelecimento de metas, a fim de adotar medidas com vistas à implantação de estrutura de regulação de internações hospitalares, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS. A implementação das medidas determinadas será monitorada pelo TCU.

Auditoria coordenada na aquisição de medicamentos

TC 025.709/2017-8, Acórdão 2.108/2018-Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

229. Em parceria com o Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCE/ES) e com a Controladoria Geral da União no Estado (CGU/ES), o TCU realizou auditoria com o objetivo de avaliar a regularidade dos processos de aquisição de medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica, mediante transferência de recursos financeiros a municípios, com enfoque em potenciais falhas na fixação de preços de referência e condução de processos licitatórios.

230. Foram encontradas diversas irregularidades, dentre as quais destacam-se:

- Exigências e práticas restritivas ao caráter competitivo de licitações que acarretaram compras antieconômicas para a administração;
- Aquisição de medicamentos com preços acima dos praticados no mercado;
- Cláusulas dos editais não fazem menção ao desconto do ICMS;
- Direcionamento em processo licitatório;
- Deficiências na gestão dos estoques e descarte de medicamentos;
- Desclassificação indevida de licitantes.

231. Ao analisar o processo, o TCU decidiu expedir orientações com objetivo de aprimorar os procedimentos de aquisição e recebimento de medicamentos.

232. Além disso, foram iniciados os procedimentos para responsabilização de empresas e gestores pelas irregularidades e prejuízos ao erário decorrentes das irregularidades constatadas no processo.

Aquisição e Utilização de Dispositivos Médicos Implantáveis no Rio Grande do Norte

TC 021.258/2017-1, Acórdão 785/2018-Plenário. Relator: Ministro-Substituto Marcos Bemquerer.

233. Em 2015, o TCU realizou auditoria com o intuito de examinar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no que tange à aquisição e utilização de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME) (Acórdão 435/2016-TCU-Plenário-Relator Ministro Bruno Dantas).

234. Como desdobramento deste trabalho, o TCU realizou nova auditoria com o objetivo de verificar a regularidade da aquisição e utilização de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) para uso em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Norte.

235. A auditoria detectou diversos problemas. Dentre os principais achados, destaca-se:

- cobrança de procedimento diferente do realizado
- cobrança de OPME em quantidade superior à implantada no paciente
- contratações diretas, por dispensa e inexigibilidade de licitação, não justificadas ou indevidamente fundamentadas
- critérios de habilitação das licitantes com injustificada restrição ao caráter competitivo da licitação
- deficiência de realização de pesquisa de preços
- preços contratados incompatíveis com os preços de mercado.

236. O TCU decidiu pela constituição de processo específico para apuração dos valores totais desviados e dos respectivos responsáveis para fins de resarcimento aos cofres públicos.

Processos de Acompanhamento e Monitoramento

237. Dentre as estratégias adotadas pelo TCU para operacionalizar sua competência constitucional de exercer o controle externo da administração pública federal estão o acompanhamento e o monitoramento.

238. Acompanhamento é um tipo de fiscalização que se realiza de forma periódica e concomitante à execução dos atos de gestão, tendo como principal objetivo prevenir a ocorrência de atos danosos ao interesse público, seja por se mostrarem em desacordo com os normativos vigentes, seja por não alcançarem os objetivos previstos de forma econômica, eficiente, eficaz, efetiva e equitativa.

239. Já o Monitoramento é o instrumento utilizado pelo Tribunal para verificar o cumprimento de suas deliberações e os resultados delas advindos.

240. Ao longo do biênio 2017-2018 foram executados ou se encontravam em execução diversos acompanhamentos e monitoramentos, que resultaram em diversas decisões do TCU, dentre os quais se destacam:

Tabela 5: Processos de Acompanhamento e Monitoramento no TCU

PROCESSO	ASSUNTO
TC 008.749/2011-6	Verificar o cumprimento do processo de transferência de tecnologia de hemoderivados na Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia-Hemobrás, incluindo a etapa do serviço de fracionamento de plasma.
TC 001.076/2018-3	Avaliar a alteração da forma de transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para estados e municípios, na modalidade fundo a fundo, estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GMJMS

	3.992/2017.
TC 004.876/2018-0	Acompanhar as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para solução de obras paralisadas, ou já concluídas, mas sem funcionamento, das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).
TC 023.421/2016-9	Acompanhar ações de prevenção e controle adotadas pelo Ministério da Saúde para combate ao mosquito Aedes Aegypti e doenças relacionadas.
TC 034.653/2018-0	Acompanhar as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo firmadas no âmbito do Ministério da Saúde, conferindo especial atenção ao cumprimento das determinações assente no Acórdão 1730/2017-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.
TC 010.084/2017-7	Monitorar a implantação do Sistema de Informações de Agrotóxicos (SIA), conforme abordado nos Acórdãos 2303/2013-Plenário e 2597/2014-Plenário, ambos da relatoria do Ministro Walton Alencar, e da conclusão de reavaliação de ingredientes ativos de agrotóxicos, nos termos do Acórdão 1083/2015-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler.
TC 039.287/2018-1	Monitorar as deliberações do Acórdão 1714/2015-Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler, endereçadas ao MS, decorrente da Auditoria Coordenada sobre as ações de atenção básica à saúde.
TC 032.520/2017-4	Monitorar as deliberações do Acórdão 1169/2017-Plenário, de relatoria do Ministro Augusto Nardes, referentes às ações de aquisição e dispensação de medicamentos com o Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) L-Asparaginase.
TC 031.944/2010-8	Monitorar as deliberações do Acórdão 2843/2011-Plenário, de relatoria do Ministro José Jorge, relativo à Auditoria na Política Nacional de Atenção Oncológica, que avaliou se a rede de atenção oncológica tem permitido aos doentes com câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento, bem como se as condutas terapêuticas disponibilizadas aos pacientes do Sistema Único de Saúde se mostram suficientemente atualizadas.

Fonte: Tribunal de Contas da União

Processos com Adoção de Medidas Cautelares

241. Além das auditorias realizadas, o TCU analisou processos de representação e denúncia sobre questões graves e que ensejaram a adoção de medidas cautelares para, por exemplo, paralisar licitações, suspender contratos e acordos de cooperação.

242. Apresentam-se, a seguir, os trabalhos de maior relevância e que envolveram especificamente o tema Saúde, excluindo-se os casos envolvendo temas relacionados a logística, tais como licitações para locação de prédios, para aquisição de computadores, suprimentos etc.

243. Em geral, pode-se afirmar que os processos trataram em sua maioria sobre os temas aquisição de medicamentos e acordos de transferência de tecnologia para laboratórios públicos produzirem medicamentos.

Aquisição pelo Ministério da Saúde do medicamento Trastuzumabe via PDP com o Tecpar
TC 018.120/2018-0, Acórdão 2.300/2018-Plenário. Relator: Ministro Aroldo Cedraz.

244. Durante rotina de acompanhamento das compras de medicamentos efetuados pelo Ministério da Saúde, o TCU detectou irregularidades, ocorridas no MS, relacionadas à aquisição do medicamento Trastuzumabe, utilizado no tratamento do câncer de mama, no valor de R\$ 222.896.819,40. A aquisição foi realizada por dispensa de licitação, via Parceira para o

Desenvolvimento Produtivo (PDP) com o Instituto de Tecnologia do Paraná (Tecpar), empresa pública vinculada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná.

245. As evidências encontradas apontaram para a ocorrência de diversas irregularidades ao longo do processo de compra e da escolha do Tecpar para a celebração do acordo. Destaca-se, dentre elas, o fato de o preço da aquisição estar 27,39% acima do praticado no mercado (cerca de R\$ 28 milhões do total contratado), e irregularidade na formação do acordo de parceria (PDP) do Trastuzumabe com o Tecpar, o qual não foi aprovado pelos colegiados competentes, em afronta aos normativos vigentes.

246. Devido às graves irregularidades encontradas, e após ouvir as partes envolvidas, o TCU decidiu determinar cautelarmente a suspensão provisória do acordo com o Tecpar até análise conclusiva do processo; proibir a celebração de novos contratos com a empresa, no âmbito da PDP objeto da representação; reter a diferença de preço de 27,39% em relação aos valores devidos à empresa por compras já efetuadas. Como medida para garantir o abastecimento da rede assistencial, no curto prazo, autorizou-se a aquisição de quantitativo mínimo de medicamentos junto ao Tecpar, adotando-se como preço máximo de referência o valor da última aquisição realizada pelo Ministério da Saúde.

247. O processo continua em análise, sem haver pronunciamento definitivo do TCU.

Aquisição pelo Ministério da Saúde de Imunoglobulina Humana

TC 040.559/2018-1, Acórdãos 2.875/2018 e 26/2019, todos do Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes.

248. O processo se originou de representação, com pedido de medida cautelar, formulada por unidade técnica da própria Corte de Contas. Havia indícios de irregularidades que teriam sido praticadas pelo Ministério da Saúde relacionadas a formação e assinatura da Ata de Registro de Preços 108/2018, em novembro de 2018. O objeto era a aquisição, pelo período de 12 meses, do medicamento imunoglobulina humana 5g injetável, no valor aproximado de R\$ 280.000.000,00.

249. Em dezembro, o relator do processo no TCU, Ministro Augusto Nardes, suspendeu cautelarmente a contratação, por indícios de irregularidades na ata de registro de preços. O preço ofertado pela empresa vencedora estava 15,18% acima do limite máximo permitido para venda ao governo, estabelecido pela Lei 10.742/2003 e Resolução CMED 1, de 09 de março de 2018.

250. O MS e a empresa fornecedora interpuseram recurso de agravo contra a medida cautelar do TCU que suspendeu a execução do contrato. Diante disso, em janeiro (16), o Relator revogou a medida cautelar e autorizou, excepcionalmente, a execução do contrato por haver risco iminente de o medicamento em estoque não ser suficiente para atender os pacientes do SUS. Essa decisão monocrática foi, em seguida, confirmada pelo Plenário do Tribunal.

251. O Ministro Augusto Nardes alertou haver indícios de formação de cartel, por isso a Corte de Contas enviou cópia do processo ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) e ao Ministério Público Federal, para que tomassem as providências que entendessem cabíveis.

252. Além disso, o Tribunal de Contas da União proferiu diversas determinações e recomendações ao Ministério da Saúde.

PDP firmada pela Hemobrás para o fator VIII recombinante

TC 020.378/2017-3, Acórdãos 2.207/2017, 2.780/2017, 162/2018, 346/2018 e 809/2018, todos do Plenário. Relator: Ministro Vital do Rêgo.

253. O processo teve início por meio de uma representação do Ministério Público junto ao TCU, com pedido de medida cautelar, com o objetivo de apurar possível ilegalidade e antieconomicidade praticadas pelo Ministério da Saúde na suspensão da PDP firmada entre a Hemobrás e a empresa Baxter/Baxalta (sucedida pela Shire Farmacêutica Brasil Ltda.) para a produção e transferência de tecnologia do produto denominado fator de coagulação VIII recombinante, usado por hemofílicos, a

fim de firmar nova PDP com outra empresa farmacêutica sem a realização do necessário procedimento licitatório.

254. O TCU verificou a existência de riscos financeiros e sociais caso ocorresse a rescisão antecipada da parceria com a Hemobrás, empresa pública totalmente financiada com recursos públicos federais, sem justificativas baseadas em estudos financeiros e técnicos detalhados. À época das análises iniciais, a União já teria aportado na construção da fábrica da Hemobrás e em equipamentos para a Empresa Estatal mais de R\$ 700 milhões de reais.

255. Entendendo estarem configuradas diversas irregularidades e riscos, o TCU determinou ao Ministério da Saúde, cautelarmente, manter a parceria para transferência de tecnologia do fator VIII recombinante, firmada com a Hemobrás e laboratório privado, até que novos estudos comprovem os benefícios de eventual mudança, em aspectos como impacto sobre futuros investimentos frente aos já realizados e interrupções no cronograma de transferência de tecnologia, dentre outros parâmetros.

256. O TCU ainda não apreciou o caso de maneira definitiva.

Aquisição pelo Ministério da Saúde do Medicamento Alfaepoetina

TC 014.687/2017-8, Acórdãos 2.438/2017 e 1.756/2018, todos do Plenário. Relatores: Ministro Augusto Nardes e Ministro-Substituto Augusto Sherman.

257. O TCU analisou a contratação, mediante dispensa de licitação, para a aquisição, no setor privado, de Alfaepoetina Humana 2.000 UI e 4.000 UI, nos valores globais de R\$ 2.750.851,05 e R\$ 63.509.560,80, respectivamente.

258. Em síntese, verificou-se forte indício de que o Ministério da Saúde desconsiderara a existência, à época da compra, de estoque do medicamento em laboratório público (Bio-Manguinhos), o qual decorreu da aquisição e produção oriunda da execução de acordo de cooperação entre o Brasil e Cuba para a transferência de tecnologia de produção do fármaco em laboratório nacional público. Esse indício, se confirmado, tornaria ilegal a dispensa de licitação efetivada.

259. Houve, ainda, a preocupação do TCU de resguardar o interesse público. Nesse sentido, buscou-se harmonizar a gestão dos estoques do medicamento por meio de compra privada (licitação), quando necessário, e do fornecimento decorrente da execução do acordo de transferência de tecnologia, de modo a preservar a economicidade das compras, manter o abastecimento regular da rede pública, assim como mitigar o risco de perda dos vultosos recursos públicos investidos na transferência de tecnologia (cerca de R\$ 1,3 bilhão).

260. Assim, o TCU determinou, cautelarmente, ao Ministério da Saúde (MS) que, até a decisão final sobre o assunto, adquirisse do Bio-Manguinhos os quantitativos do medicamento alfaepoetina que atendessem ao mínimo contratual vigente necessário para garantir a continuidade da transferência de tecnologia, assim como a demanda que excedesse a esse mínimo, caso o valor final unitário do medicamento fosse menor ou igual ao de mercado, restando autorizada, desde que devidamente justificada, qualitativa e financeiramente, a aquisição do quantitativo remanescente junto ao setor privado. Ainda não houve o julgamento definitivo do processo.

261. Questões envolvendo o citado medicamento foram fiscalizadas pelo TCU sob duas diferentes perspectivas: a implementação do acordo entre Cuba e Brasil para a transferência de tecnologia de produção do fármaco, cuja análise ocorreu no TC 011.645/2018-0 (anteriormente citado neste relatório); e a aquisição do medicamento no setor privado, que é objeto do presente tópico.

Proposta de encaminhamento

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

- I. considerar cumpridos os objetivos pretendidos por este processo;
- II. enviar, para ciência, cópia do acórdão que vier a ser adotado, bem como do relatório e voto que o fundamentarem;

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

É o relatório.

VOTO

Trata-se do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2017-2018, elaborado com o objetivo de apresentar a visão do TCU acerca da saúde no Brasil e ampliar a divulgação de suas análises e conclusões sobre os relevantes temas fiscalizados, como forma de aprimorar o controle externo e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas.

2. Em continuidade aos anteriores relatórios sistêmicos da Função Saúde, este buscou igualmente obter elementos para aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos do Congresso Nacional. Não tem como pretensão fornecer diagnóstico completo da situação da saúde do país, porém estes Relatórios (FiscSaúde) contêm informações relevantes aos controles externo, social e legislativo. Ressalte-se que a compilação de diferentes iniciativas de relevância na área da saúde, bem como a orientação para a adoção de medidas que possibilitem o aprimoramento dos instrumentos de governança, gestão e desempenho da administração pública e a publicidade dos temas ora tratados pode e deve ser promovida com a finalidade de transmitir as informações técnicas produzidas por este Tribunal por meio de linguagem acessível ao público geral.

3. Em síntese, este trabalho oferece aos interessados na área informações relevantes, como as seguintes:

3.1. Breve contexto sobre a Função Saúde, destacando os seguintes tópicos: a) a saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável, b) a situação da Saúde a partir de indicadores; c) Mortalidade materna, d) Mortalidade na infância; e) Mortalidade prematura; f) Ferimentos globais por acidentes nas estradas; g) AIDS, Tuberculose e Doenças Negligenciadas; h) Prevalência de drogas entorpecentes; i) Prevalência de bebidas alcoólicas; j) Prevalência do tabaco;

3.2. Diversas publicações sobre o tema, tais como: a) Cartilha “Orientação para Aquisições Públicas de Medicamentos”; b) Cartilha “Guia de Governança e Gestão em Saúde”;

3.3. Fiscalizações sobre o tema, desenvolvidas pelo TCU, no período: a) Perfil Nacional de Gestão das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (TC 023.961/2016-3); b) Fiscalização de Orientação Centralizada na Aquisição de Medicamentos (TC 014.109/2015-8); c) Auditoria nos Reajustes dos Planos de Saúde (TC 021.852/2014-6, Acórdão 679/2018-TCU-Plenário); d) Auditoria no Processo de Concessão do Registro de Medicamentos (TC 017.920/2017-5, Acórdão 407/2018-Plenário); e) Auditoria nas Renúncias de Receitas nos Hospitais de Excelência (TC 016.264/2017-7, Acórdãos 394/2018, 682/2018 e 924/2018, ambos do Plenário); f) Avaliação do Plano Estratégico e do Plano de Resultados de 2018 da Funasa (TC 010.658/2018-1 Acórdão 2.781/2018-Plenário); g) Auditoria operacional sobre Judicialização da Saúde (TC 009.253/2015-7, Acordão 1.787/2017-Plenário); h) Auditoria no Acordo celebrado entre Brasil e Cuba para aquisição e produção de alfaep (TC 011.645/2018-0, Acórdão 2.977/2018- Plenário); i) Auditoria Sobre a Construção do Novo Centro de Processamento Final de Imunobiológicos (TC 007.991/2017-7, Acórdãos 2008/2017, 297/2018 e 1.826/2018, todos do Plenário); j) Auditoria no Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (TC 034.676/2017-1 e TC 003.372/2018-9, Acórdãos 1.961/2018 e 1.097/2018, todos do Plenário); k) Auditoria no processo de regulação da assistência à saúde no Espírito Santo (TC 027.161/2016-1, Acórdão 591/2018-Plenário); l) Auditoria coordenada na aquisição de medicamentos (TC 025.709/2017-8, Acórdão 2.108/2018-Plenário).

4. O Relatório que antecede este Voto está bem completo, organizado e de fácil leitura. Contém uma análise bastante abrangente e objetiva de questões importantes da área de saúde, assim não há necessidade de repeti-las.

5. Dessa forma, destaco e louvo a SecexSaúde pela qualidade do trabalho produzido e aprovo a proposta sugerida pela unidade de que esses dados apresentados devem chegar ao conhecimento das principais partes envolvidas que compartilham o desafio de trabalhar pela melhoria da saúde pública brasileira.

6. Aprovo também a proposta de realização do próximo FiscSaúde, por entender a enorme colaboração que vem prestando à Administração Pública na área da saúde deste país.

Ante o exposto, acolhendo os fundamentos do Relatório oferecido pela unidade instrutora, VOTO por que este Tribunal aprove a minuta de acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 23 de outubro de 2019.

Ministro JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Relator

ACÓRDÃO Nº 2562/2019 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 040.771/2018-0.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Levantamento.
3. Interessados/Responsáveis:
 - 3.1. Interessado: Identidade preservada (art. 55, caput, da Lei n. 8.443/1992).
 - 3.2. Responsável: Identidade preservada (art. 55, caput, da Lei n. 8.443/1992).
4. Órgão/Entidade: Ministério da Saúde (vinculador).
5. Relator: Ministro Augusto Nardes.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos que tratam do Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2017-2018.

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

9.1. considerar cumpridos os objetivos deste processo;

9.2. dar ciência deste acordão:

9.2.1. ao Congresso Nacional; à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO); às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados; às Comissões de Assuntos Sociais (CAS), de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA) do Senado Federal; e aos Diretores das Consultorias Legislativas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal;

9.2.2. ao Ministério da Saúde e ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus);

9.2.3. à Casa Civil da Presidência da República;

9.2.4. à Controladoria-Geral da União;

9.2.5. ao Conselho Nacional Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina;

9.2.6. aos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);

9.2.7. ao Ministério Público Federal;

9.2.8. à Defensoria Pública da União;

9.2.9. aos Tribunais de Contas estaduais;

9.3. autorizar a elaboração do FiscSaúde 2019-2020;

9.4. encerrar o presente processo, com fundamento no art. 169, inc. V, do Regimento Interno/TCU.

10. Ata nº 41/2019 – Plenário.

11. Data da Sessão: 23/10/2019 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-2562-41/19-P.



13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: José Mucio Monteiro (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Augusto Nardes (Relator), Raimundo Carreiro e Ana Arraes.

13.2. Ministros-Substitutos convocados: Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
JOSÉ MUCIO MONTEIRO
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
AUGUSTO NARDES
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral