



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

PROPOSTA DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE Nº 68, DE 2009

Propõe que a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle realize ato de fiscalização e controle em procedimentos e recursos federais destinados ao funcionamento e à manutenção das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Autor: Dep. Dr. Pinotti (DEM/SP)

Relator: Dep. Marcelo Castro (PMDB/PI)

RELATÓRIO FINAL

I – RELATÓRIO

Trata-se de Proposta de Fiscalização e Controle – PFC, apresentada a esta Comissão, em março de 2009, para a realização de ato de fiscalização e controle em procedimentos e recursos federais destinados ao funcionamento e à manutenção das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Na peça inaugural da PFC, consta que:

(..) estudos recentes promovidos pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI) chegaram à conclusão de que 70% dos 3.500 leitos das unidades de terapia intensiva não estão minimamente adequados ao modelo de humanização considerado ideal por especialistas da área. Detalhes simples (...) tais como janela e relógio no quarto para que o paciente tenha noção do dia e da noite, e a promoção de um maior contato deste com os familiares, não são levados em consideração em muitas dessas unidades.

(..) o Autor considera ainda alarmante um dado divulgado pelo presidente da SOBRATI, Dr. Douglas Ferrari, segundo o qual haveria déficit de 50% de leitos de UTI no país, sendo que nas áreas pediátrica e de neonatologia esse déficit chegaria a 70%.

No exame do pedido da PFC, esta Comissão entendeu que o pedido era por demais abrangente, porquanto não apresentava atos ou fatos concretos que justificassem ato de fiscalização e controle, como preconizado no art. 60 do RICD. Ademais, a proposição, embora calcada em dados originários de estudos promovidos pela SOBRATI, não se fez acompanhar dos mesmos.

Todavia, em face da relevância da matéria, a Comissão considerou oportuno e conveniente implementar a PFC por meio de pedido de informação ao Ministro de Estado da Saúde, acerca dos fatos narrados na PFC.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

Diante da aprovação da PFC, foi solicitado à Presidência da Casa (Ofício nº 176/2009/CFFC-P, de 28.05.2009) encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde o Requerimento de Informação nº 3.998, de 2009, o que foi feito pelo Ofício 1ªSEC/RI/E nº 1191, de 19.06.2009.

Em resposta ao citado requerimento, foi-nos encaminhado, por meio do Aviso nº 808/GM, de 17.03.2010, do Senhor Ministro de Estado da Saúde, o Parecer Técnico nº 129/2010, emitido pela Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

De início, o Parecer Técnico supracitado enfatiza que, à vista do princípio da *descentralização* que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS) e das normas vigentes, cabe ao Ministério da Saúde credenciar os leitos de UTI, a partir de processos formalizados pelos gestores locais (estaduais/municipais), que detêm as informações pertinentes aos seus serviços.

Especificamente, no que tange às perguntas formuladas por esta Comissão, assim se manifesta o Parecer Técnico nº 129/2010/SAS/MS:

“1- reais condições de funcionamento das UTI’s em termos de humanização no atendimento:

A política Nacional de Humanização da Atenção do SUS, instituída em 2003, tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde, estimulando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção da saúde.

(...) A implantação de suas diretrizes transcende o campo da terapia intensiva. Trata-se da incorporação sistêmica de uma concepção de atuação profissional que permita resgatar no ambiente das instituições hospitalares e demais serviços de atenção à saúde a valorização do usuário e dos trabalhadores em saúde (...).

(...) não conhecemos trabalho qualificado que tenha abordado tal tema com a amplitude conceitual e com os referenciais que o tema humanização incorpora na sua concepção e aplicação. (grifo nosso).

(...) no campo específico da terapia intensiva a legislação atual exige a incorporação de medidas pontuais como disponibilidade de informações, visitas regulares, relógios visíveis aos pacientes, ambiente climatizado, entre outros. Tais itens devem ser avaliados e fiscalizados pelos gestores locais. (grifo nosso).

“2- existência ou não de déficit na oferta de leitos dessas unidades:

(...) atualmente o Brasil possui um total de 17.830 leitos de UTI habilitados/disponibilizados aos usuários do SUS. Utilizando os parâmetros recomendados pela Portaria/GM 1101/2002, seriam necessários 18.961 leitos de UTI para atender ao mínimo preconizado pela referida Portaria, que é de 4% do número de leitos hospitalares necessários. A cobertura atual (...) é de 3,87 % (...).

3- medidas adotadas, ou em vias de implementação, no sentido de sanar eventuais anomalias detectadas nesses serviços, seja em termos de humanização seja na oferta de leitos:



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

Entendemos caber ao gestor local a realização sistemática de análises que incluam aspectos quantitativos e qualitativos de sua demanda e necessidade de leitos em terapia intensiva para adultos, pediátrica e neonatal, a qual pode ser bastante diferente de uma região para outra.

(...)

Cabe ao gestor competente, em conformidade com a legislação vigente, a formulação do processo referente ao credenciamento dos leitos de UTI, encaminhar o respectivo processo à SES para análise e pactuação na CIB, e após encaminhar ao Ministério da Saúde as informações necessárias para a efetivação do credenciamento (...). (grifo nosso).

4- estudos eventualmente desenvolvidos no âmbito do Ministério acerca dessas questões:

O Ministério da Saúde (...) tem pautado suas considerações relativas à necessidade de credenciamento de novo leitos de UTI na análise e aplicação dos conceitos e parâmetros definidos e divulgados pela PT/GM/MS nº 1.101, de 12/06/2002, a qual estabelece os parâmetros de cobertura hospitalar (...). Tais parâmetros têm o potencial de orientar as instâncias gestoras do SUS em relação ao planejamento, programação e priorização das ações de saúde. Na área específica da terapia intensiva, tal referência estabelece o parâmetro de que os leitos de atendimento a pacientes críticos devem estar situados no interstício entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares (...).

É o relatório.

II – EXAME DA MATÉRIA

Os esclarecimentos prestados pelo Ministério da Saúde nos dão conta de que o mesmo não dispõe de informações a respeito das condições de funcionamento das unidades de terapia intensiva, em termos de humanização, nem tem conhecimento da realização de trabalho qualificado sobre o tema. A inexistência dessas informações no âmbito do Ministério da Saúde decorre do fato de a *humanização* das UTIs estar no contexto da *Política de Humanização do SUS (PNH)*, cuja implementação e aferição estão na competência dos gestores locais.

De fato, dentre as diretrizes gerais da PNH, consta a recomendação para que a *Humanização do SUS* faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, devidamente aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes. Também estimula às direções locais do SUS a instituírem sistemática de acompanhamento e avaliação, incluindo processos de monitoramento e criação de indicadores relacionados à PNH, articulados com as demais políticas de avaliação do Ministério da Saúde.

No que tange à oferta de leitos dessas unidades de saúde, o Ministério informa que o total disponibilizado ao SUS está ligeiramente abaixo do mínimo recomendado pela Portaria/GM nº 1.101/2009, visto o parâmetro ali estabelecido situar-se entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, e os 17.830 leitos de UTI ofertados representarem cerca de 3,87 %.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E CONTROLE

É de se registrar que o déficit apontado está bastante distante daquele constante da inicial desta PFC, consoante a qual atingiria cerca de *50% de leitos de UTI no país, sendo que nas áreas pediátrica e de neonatologia esse déficit chegaria a 70%.*

Importa notar, conforme enfatizado nas informações do MS, que cabem aos gestores locais iniciar os processos de credenciamento dos leitos de UTI, de acordo com as suas necessidades, e encaminhá-los às secretarias estaduais de saúde competente (SES) para fins de análise e pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Ao Ministério da Saúde cabe efetivar tais credenciamentos, após a pactuação em nível estadual.

III – VOTO

As informações prestadas pelo Ministério da Saúde mostram, em suma, que – consoante o princípio da descentralização do SUS insculpido na Constituição –, eventuais anomalias relacionadas à implementação da *política de humanização nas UTI* ou da *oferta de leitos* dessas unidades devem ser avaliadas e corrigidas pelos gestores e órgãos de controle locais.

Há que se atentar para a existência de diversos órgãos de fiscalização a que os órgão e gestores do SUS estão sujeitos, tais como, TCU, CGU, DENASUS, na esfera federal, e tribunais de contas e conselhos de saúde, nos Estados e Municípios. Tanto a peça inicial quanto os esclarecimentos prestados pelo MS não evidenciam condição que ensejasse a instauração de procedimentos fiscalizatórios junto ao TCU.

Em face do exposto, voto pelo encerramento e arquivamento da presente proposição.

Sala da Comissão, de de 2011.

Dep. Marcelo Castro
Relator