



PROCESSO Nº : 25299-9/2015
PRINCIPAL : SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
GESTORES : EDUARDO LUIZ CONCEIÇÃO BERMUDEZ – SECRETÁRIO DE
ESTADO DE SAÚDE
JOSÉ PEDRO GONÇALVES TAQUES – GOVERNADOR DO
ESTADO DE MATO GROSSO
ASSUNTO : AUDITORIA OPERACIONAL
RELATOR : CONSELHEIRO ANTONIO JOAQUIM

PARECER Nº 1.394/2016

EMENTA:

Auditoria Operacional. Monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão firmado entre o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, o Governo do Estado de Mato Grosso e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Manifestação pelo conhecimento. Recomendações. Encaminhamento de cópia aos Secretários Municipais de Saúde para conhecimento e providências cabíveis.

1. DO RELATÓRIO

1. Tratam os autos do **monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão – TAG**, firmado em 27/03/2015, entre o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, o Governo do Estado de Mato Grosso, por intermédio do Governador, Excelentíssimo Senhor José Pedro Gonçalves Taques, e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, representada por seu Secretário, Sr. Marco Aurélio Bertúlio



Neves, durante o Ciclo de Capacitação de Gestão Eficaz – Administração Pública (processo nº 6975-2/2015, julgado no Acórdão nº 1.198/2015 – TP).

2. O aludido Termo de Ajustamento de Gestão é decorrente da realização de **auditorias operacionais** realizadas pela equipe da Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, no ano de 2014, na Atenção Básica de Saúde, na Assistência Farmacêutica e na Regulação Assistencial no âmbito do SUS, nas quais foram detectadas a necessidade de cumprimento efetivo de diversas Portarias (nºs 1.101/2002, 204/2007, 1.559/2008, 1.820/2009, 2.488/2011, 1.554/2013, 1.555/2013), do Formulário Terapêutico Nacional e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde; das Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA (17/2009 e 21/2002); bem como de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (338/2004), da Comissão Intergestores Tripartite (1/2012) e da Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (245/2013) relativas aos medicamentos essenciais no Sistema Único de Saúde.

3. A Secretaria de Estado de Saúde, por meio do Ofício nº. 1565/2015/GBSES (doc. digital nº. 174491/2015), encaminhou Relatório de monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde – Processo nº 6.975-2/2015.

4. Ato contínuo, a Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais realizou o **1º monitoramento** que objetivou avaliar o cumprimento do Acórdão nº 1.198/2015-TP, de 15/04/15, quanto às ações constantes do Termo de Ajustamento de Gestão, com prazo para conclusão em **três meses** após o início de sua vigência.

5. Assim, a análise realizada considerou o período compreendido entre 16/06/15 e 16/09/15, conforme delimitação dada pelo texto do Acórdão. Dos três compromissos avaliados, constatou-se que: duas ações foram cumpridas e uma encontra-se em cumprimento.

6. Nesse diapasão, a Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais propôs, por meio do **1º Relatório Preliminar de Monitoramento do Termo de**



Ajustamento de Gestão, a citação do jurisdicionado, nos termos do art. 137, “c”, do Regimento Interno do TCE/MT (Resolução nº 14/2007) e a análise da manifestação do gestor pela equipe de monitoramento que elaborou o trabalho, nos termos do art. 141 § 1º do Regimento Interno do TCE/MT.

7. Ademais, apresentou a classificação das providências tomadas pelos gestores quanto ao atendimento dos compromissos acordados no TAG, para manifestação dos gestores, a saber:

I. Dos compromissos gerais a serem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde em relação à Assistência Farmacêutica do SUS Compromissos cumpridos:

Item 5.10.1 O compromissário deverá, no prazo de até 3 meses:

I – Elaborar diagnóstico acerca da infraestrutura da Farmácia de Demanda Especializada (Farmácia de Alto Custo) e da Farmácia de Demanda Extraordinária (Farmácia Cidadã Bandeirantes);

Compromissos em cumprimento:

Item 5.10.1 O compromissário deverá, no prazo de até 3 meses:

II – Promover a resolução do vínculo empregatício dos colaboradores remanescentes do convênio com o Instituto Pernambucano de Assistência Social – IPAS.

II. Dos compromissos gerais a serem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde em relação à Regulação Assistencial Compromissos cumpridos:

Item 6.3 O compromissário deverá, no prazo de até 3 meses, repassar, de forma tempestiva e integral, a contrapartida estadual para o financiamento tripartite das ações e serviços de saúde.
(grifou-se)

8. Em atendimento aos postulados constitucionais da ampla defesa, do contraditório e do devido processo legal, os gestores foram citados para se manifestarem acerca dos achados de auditoria e sugestões de recomendações/determinações contidas no relatório preliminar.

9. A Secretaria de Estado de Saúde, por meio do Ofício nº. 2.106/2015/GBSES/MT (doc. digital nº. 235585/2015), encaminhou o **Relatório do segundo ciclo de monitoramento** do Termo de Ajustamento de Gestão.

10. Em seguida, os autos foram encaminhados à Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais, para elaboração do relatório conclusivo acerca do



primeiro monitoramento, nos termos do art. 141 § 1º do Regimento Interno do TCE-MT.

11. Em análise aos documentos apresentados pelos gestores, a equipe de auditoria manifestou-se por meio do **2º Relatório Preliminar de Monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão com a SES/MT**, que considerou o período compreendido entre a data de publicação do Acórdão nº 1.198/2015–TP e o prazo de até **seis meses** de sua vigência.

12. Desse modo, considerando que a vigência do TAG se deu após 60 (sessenta) dias de sua homologação, o segundo monitoramento avaliou o período de 15/06/15 a 16/12/15.

13. Dos quatorze compromissos avaliados, constatou-se que: quatro foram cumpridos, um foi parcialmente cumprido, um encontrava-se em cumprimento e oito não foram cumpridos no prazo do segundo monitoramento do TAG.

14. Assim, a equipe técnica apresentou a seguinte proposta de encaminhamento: a) citação do jurisdicionado, nos termos do art. 137, “c”, do Regimento Interno do TCE/MT (Resolução nº 14/2007); e b) análise da manifestação do gestor pela equipe de monitoramento, nos termos do art. 141 § 1º do Regimento Interno do TCE/MT.

15. Outrossim, apresentou a classificação das providências tomadas pelos gestores quanto ao atendimento dos compromissos acordados no TAG no que se refere aos compromissos não cumpridos, parcialmente cumpridos e em cumprimento, para manifestação dos gestores, a seguir:

I. Compromissos não cumpridos no prazo de seis meses:

Item 4.1. I – Elaborar e implementar calendário anual de cursos de educação permanente em saúde alinhado às necessidades dos municípios, incluindo a capacitação para o processo de levantamento das necessidades de saúde da população).

Item 4.1. II – Elaborar e implementar programa de capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando dar maior efetividade ao controle social.

Item 5.2 – Repassar, de forma tempestiva e integral, a contrapartida para o financiamento tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme determina a Portaria GM-MS nº 1.555/2013 e CIB-MT nº 245/2013.



Item 5.4. I – Estruturar o Núcleo de Apoio Técnico, em conjunto com o Tribunal de Justiça de Mato Grosso, em termos de estrutura física, tecnologia da informação e pessoal (principalmente em relação a médicos e farmacêuticos), de modo que este núcleo tenha condições de assessorar os magistrados em todos os processos relativos ao acesso à saúde;

Item 5.4. III – Formular o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, de acordo com o prescrito no art. 5º da Lei Estadual nº 7.968/2003 e encaminhá-lo anualmente, até o dia 30 de outubro, ao Ministério da Saúde, após aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

Item 6.1 I – Diagnosticar as necessidades de saúde da população, observando sua epidemiologia e demografia, os recursos disponíveis, a estratégia de regionalização e a responsabilidade dos gestores, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no estado às necessidades do cidadão.

Item 6.1 II – Pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite, plano para suprir cada região de saúde com leitos necessários.

Item 6.5.1 – Concluir a informatização do sistema de regulação (por meio do SISREG III) nas centrais de regulação e unidades de saúde da esfera estadual (próprios e contratualizados).

II. Compromissos em cumprimento no prazo de seis meses:

Item 5.4. II – Implementar ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, no que se refere à resolução das demandas judiciais.

III. Compromissos parcialmente cumpridos no prazo de seis meses:

Item 5.7 IV – Publicar oficialmente a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais.

IV. Pedidos de prorrogação e repactuação: apresentam-se a seguir as cláusulas do TAG que, para o seu cumprimento, tiveram pedido de prorrogação de prazo e/ou de repactuação. Cumpre destacar que o prazo originário é de seis meses. Caberá ao Conselheiro Relator a apreciação do mérito dessas solicitações. **Houve o pedido de prorrogação de prazo para as quatro cláusulas a seguir relacionadas:**

a) **Item 4.1 II** – Elaborar e implementar programa de capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando dar maior efetividade ao controle social;

b) **Item 5.7 IV** – Publicar oficialmente a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais;

c) **Item 6.1.1 I** – Diagnosticar as necessidades de saúde da população, observando sua epidemiologia e demografia, os recursos disponíveis, a estratégia de regionalização e a responsabilidade dos gestores, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no estado às necessidades do cidadão;

d) **Item 6.5.1** O compromissário deverá, **no prazo de até 6 meses**, concluir a informatização do sistema de regulação (por meio do



SISREG III) nas centrais de regulação e unidades de saúde da esfera estadual (próprios e contratualizados).

Houve o pedido de repactuação para a cláusula seguinte:

Item 6.1.1 II – Pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, plano para suprir cada região de saúde com número de leitos necessários.

16. Assim sendo, verifica-se que existiram pedidos de prorrogação do prazo originário de seis de meses em quatro cláusulas do TAG (nº 4.1 II; 5.7 IV; 6.1.1 I e 6.5.1) e de repactuação de uma cláusula (nº 6.1.1 II). A equipe dispôs que, nesse casos, caberá ao Conselheiro Relator a apreciação do mérito das solicitações.

17. A Secretaria de Estado de Saúde, por meio do Ofício nº. 0337/2016/GBSES/MT, encaminhou resposta quanto ao Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas.

18. Os autos retornaram à Secex de Auditorias Operacionais para as providências de análise da manifestação dos gestores e elaboração do relatório conclusivo acerca do segundo monitoramento, nos termos do art. 141 § 1º do Regimento Interno do TCE/MT.

19. Desta feita, a Secretaria de Controle Externo de Auditorias Especiais, emitiu, então, o **2º Relatório Parcial de Monitoramento** do Termo de Ajustamento de Gestão com a SES/MT.

20. Apresentou, ainda, a classificação das providências tomadas pelos gestores quanto ao atendimento dos compromissos acordados no TAG no que se refere aos compromissos não cumpridos, parcialmente cumpridos e em cumprimento, para manifestação dos gestores, a seguir expostos:

Compromissos não cumpridos no prazo de seis meses:

Item 5.2 – Repassar, de forma tempestiva e integral, a contrapartida para o financiamento tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme determina a Portaria GM-MS nº 1.555/2013 e CIB-MT nº 245/2013.

Item 5.4. I – Estruturar o Núcleo de Apoio Técnico, em conjunto com o Tribunal de Justiça de Mato Grosso, em termos de estrutura física, tecnologia da informação e pessoal (principalmente em relação a médicos e farmacêuticos), de modo que este núcleo tenha condições



de assessorar os magistrados em todos os processos relativos ao acesso à saúde;

Item 5.4. III – Formular o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, de acordo com o prescrito no art. 5º da Lei Estadual nº 7.968/2003 e encaminhá-lo anualmente, até o dia 30 de outubro, ao Ministério da Saúde, após aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

Item 6.1 I – Diagnosticar as necessidades de saúde da população, observando sua epidemiologia e demografia, os recursos disponíveis, a estratégia de regionalização e a responsabilidade dos gestores, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no estado às necessidades do cidadão.

Item 6.1 II – Pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite, plano para suprir cada região de saúde com leitos necessários.

Item 6.5.1 – Concluir a informatização do sistema de regulação (por meio do SISREG III) nas centrais de regulação e unidades de saúde da esfera estadual (próprios e contratualizados).

II. Compromissos em cumprimento no prazo de seis meses:

Item 4.1. I – Elaborar e implementar calendário anual de cursos de educação permanente em saúde alinhado às necessidades dos municípios, incluindo a capacitação para o processo de levantamento das necessidades de saúde da população).

Item 4.1. II – Elaborar e implementar programa de capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando dar maior efetividade ao controle social.

Item 5.4. II – Implementar ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, no que se refere à resolução das demandas judiciais.

III. Compromissos parcialmente cumpridos no prazo de seis meses:

Item 5.7 IV – Publicar oficialmente a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais.

IV. Pedidos de prorrogação e repactuação: apresentam-se a seguir as cláusulas do TAG que, para o seu cumprimento, tiveram pedido de prorrogação de prazo e/ou de repactuação. Cumpre destacar que o prazo originário é de seis meses. Caberá ao Conselheiro Relator a apreciação do mérito dessas solicitações.

Houve o pedido de prorrogação de prazo para as quatro cláusulas a seguir relacionadas:

a) **Item 4.1 II** – Elaborar e implementar programa de capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando dar maior efetividade ao controle social;

b) **Item 5.7 IV** – Publicar oficialmente a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais;

c) **Item 6.1.1 I** – Diagnosticar as necessidades de saúde da população, observando sua epidemiologia e demografia, os recursos disponíveis, a estratégia de regionalização e a responsabilidade dos gestores, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no



estado às necessidades do cidadão;

d) **Item 6.5.1** O compromissário deverá, **no prazo de até 6 meses**, concluir a informatização do sistema de regulação (por meio do SISREG III) nas centrais de regulação e unidades de saúde da esfera estadual (próprios e contratualizados).

Houve o pedido de repactuação para a cláusula seguinte:

Item 6.1.1 II – Pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, plano para suprir cada região de saúde com número de leitos necessários.

21. **Logo, dos quatorze compromissos avaliados, após a análise da manifestação do gestor, a equipe técnica constatou que: quatro foram cumpridos, um foi parcialmente cumprido, três encontravam-se em cumprimento e seis não foram cumpridos no prazo do segundo monitoramento do TAG.**

22. Além disso, ressaltou que existiram **pedidos de prorrogação do prazo originário de seis de meses em quatro cláusulas do TAG (nº 4.1 II; 5.7 IV; 6.1.1 I e 6.5.1) e pedido de repactuação de uma cláusula (nº 6.1.1 II)**. Pontou que, nesse casos, caberá ao Conselheiro Relator a apreciação do mérito das solicitações.

23. Feitas essas considerações, os autos aportaram no Ministério Público de Contas para fins de análise e emissão de parecer.

É o relatório, no que necessário.

Segue a fundamentação.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO

2.1 Introdução

24. Dentre as competências atribuídas ao Tribunal de Contas de Mato Grosso, estatuídas no artigo 1º da Lei Complementar no 269/2007, consta a de fiscalizar a legalidade, legitimidade, eficiência e economicidade de atos administrativos em geral, bem como o cumprimento das normas relativas a gestão fiscal, com vistas a assegurar a eficácia do controle externo e instruir o julgamento das contas a cargo do Tribunal.



25. O art. 21, XXV, da Resolução no 14/2007 – Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso atribui ao Presidente desta Corte de Contas a possibilidade de designar Conselheiros, Auditores Substitutos de Conselheiro e/ou servidores para, isoladamente ou em conjunto, procederem a estudos e trabalhos de interesse geral.

26. Assim sendo, buscando priorizar as diretrizes do SUS, os processos de auditoria tem sido sistematizados como instrumentos de suporte estabelecidos para avaliar os serviços e suas intervenções, principalmente, quando a auditoria assume a posição de referencia para redefinição de objetivos, estabelecimento de conteúdos e estratégias para consolidar melhorias nos serviços de saúde, tomando por base imperativos sociais, políticos e técnicos.

27. O Tribunal de Contas da União foi o primeiro a realizar trabalhos com enfoque nos resultados da gestão pública, através da auditoria operacional, e a partir de então, determinados Tribunais de Contas Estaduais passaram a realizar auditorias deste tipo visando contribuir para a melhoria do desempenho de programas e órgãos do governo.

28. A auditoria operacional concentra-se nas áreas críticas ou de alto risco, e também naquelas em que o controle interno é menos atuante. Uma das maiores diferenças em relação a auditoria tradicional está no fato de não apenas apurar os efeitos, mas as causas que originaram as perdas e prejuízos, e oferecer informações ou sugestões, no formato de recomendações, com vistas ao aperfeiçoamento da administração pública.

29. Neste contexto, os Tribunais de Contas devem preocupar-se não somente com as regularidades das contas públicas, enfocando apenas os aspectos legal, orçamentário, contábil, financeiro e patrimonial, mas também confrontar a execução dos planos, normas e métodos com os objetivos da entidade auditada, visando avaliar o seu desempenho e os resultados obtidos. Possui uma ligação muito próxima com os conceitos de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade.



30. No exercício de sua missão institucional de fiscalizar os recursos públicos, o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso – TCE/MT definiu, entre outros, os objetivos estratégicos de “elevar a qualidade e celeridade de suas ações de controle” e “coibir erros, fraudes e desvios na administração pública”. Uma das iniciativas para a consecução desses objetivos e intensificar as auditorias especiais com ênfase, entre outras áreas, na de saúde.

31. Em decorrência da realização de **auditorias operacionais na Atenção Básica de Saúde, na Assistência Farmacêutica e na Regulação Assistencial no âmbito do SUS**, foi formalizado o **Termo de Ajustamento de Gestão-TAG**, celebrado em 27/03/2015, durante o Ciclo de Capacitação de Gestão Eficaz – Administração Pública Estadual, entre o Tribunal de Contas, o Governo do Estado de Mato Grosso, e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

32. Assim, por meio do Acórdão nº 3.292/2015 – TP (processo nº. 216720/2014), o Excelentíssimo Conselheiro Relator – Senhor Antônio Joaquim Moraes Rodrigues Neto – determinou a realização de **monitoramento** dos resultados alcançados a partir dos compromissos ajustados no Termo de Ajustamento de Gestão – TAG.

33. À vista disso, em cumprimento a aludida determinação, o presente processo tem por objetivo avaliar o cumprimento do Termo de Ajustamento de Gestão, sob a perspectiva das auditorias operacionais realizadas, de forma a identificar o grau de implementação de suas recomendações.

2.2 Do direito fundamental à saúde

34. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.



35. No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

36. Nesse sentido, a Carta Magna brasileira dispõe em seu art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

37. Assim, estabeleceu o Princípio do Acesso Universal e Igualitário às Ações e Serviços de Saúde, enquanto concretização da isonomia (art. 5º, CF/88), impondo ao Estado o dever de agir fornecendo, a todos, prestações materiais e jurídicas voltadas ao resguardo do direito à saúde, independentemente da situação econômica das pessoas.

38. O direito fundamental a saúde é debatido extensamente pela doutrina pátria. José Magalhães assim dispõe:

“o direito à saúde não implica somente direito de acesso à medicina curativa. Quando se fala em direito à saúde, refere-se à saúde física e mental, que começa com a medicina preventiva, com o esclarecimento e a educação da população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e de trabalho, lazer, alimentação saudável na quantidade necessária, campanhas de vacinação, dentre outras coisas. Muitas das doenças existentes no País, em grande escala, poderiam ser evitadas com programas de esclarecimento da população, com uma alimentação saudável, um meio ambiente saudável e condições básicas de higiene e moradia. A ausência de alimentação adequada no período da gestação e nos primeiros meses de vida é responsável por um grande número de deficientes mentais”¹.

39. Em sede de reforço, Pedro Lenza, debatendo sobre o caráter fundamental do direito à saúde, assim discorre:

¹ MAGALHÃES, José Quadros de. **Direito Constitucional**. Curso de Direitos Fundamentais. 3ed. ver. e atual. São Paulo: Método, 2008, p.10.



“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação”.²

40. O mesmo doutrinador explica que o direito à saúde se manifesta tanto positiva quanto negativamente. Nesta forma, o Estado se abstém de causar danos à população, ao passo em que naquela expressão existe a obrigação de um Estado protecionista para implementar o direito social à saúde.

41. No mesmo norte, o Ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal, em reiterados casos, vem enfatizando o caráter fundamental do direito à saúde. Veja-se, por exemplo, a seguinte decisão proferida:

“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos [...], o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado” (Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n.º 271.286/RS - julgado em 12.09.2000).

42. Como se vê, as políticas públicas materializam-se através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos

² LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado**, 17ª edição, Saraiva, São Paulo, 2013, p. 968.



pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes.

43. A partir dessa concepção, passa-se a analisar a realidade do Estado de Mato Grosso no que concerne às ações e serviços públicos de saúde.

2.3 Da atenção básica de saúde em Mato Grosso (Item 4.1, incisos I e II da Cláusula Quarta do Termo de Ajustamento de Gestão)

44. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Portaria GM/MS nº 2.488/11), consolidou a Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica, também denominada de Atenção Primária.

45. A atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

46. As Unidades Básicas de Saúde instaladas em locais próximos de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio para os entes federativos do Brasil.

47. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte



na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

48. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

49. A atenção primária deve ser tida como prioridade, pois é através dela que a maior parte dos problemas de saúde são resolvidos, impedindo-se assim excesso de carga nos níveis mais altos de complexidade e que exigem maiores dispêndios financeiros.

2.3.1 Do planejamento municipal (item 4.1 do Termo de Ajustamento de Gestão)

50. A equipe técnica expôs, por meio de seu Relatório, que durante a realização de auditoria operacional foi constatada insuficiência nas capacitações oferecidas aos seguintes profissionais de saúde da Atenção Básica: agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos.

51. Pontuou que, de acordo com 50% dos Secretários Municipais de Saúde e Coordenadores da Atenção Básica entrevistados, a Secretaria de Estado de Saúde-SES/MT não promoveu, nos últimos três anos, capacitações para os gestores e profissionais deste nível de atenção.

52. Na oportunidade, verificou, ainda, que a SES/MT não disponibiliza instrumentos técnicos e pedagógicos para o processo de educação e formação permanente dos gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.

53. Não obstante, frisou que, de acordo com a PNAB, compete às Secretarias Estaduais de Saúde a articulação com as Secretarias Municipais de Saúde para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde da Atenção Básica.



54. Em decorrência da situação apontada, salientou que, conforme consta no TAG, a Secretaria de Estado de Saúde comprometeu-se com o TCE/MT a:

Item 4.1. No prazo de até 6 meses da elaboração, e de até 18 meses da implementação do Termo de Ajustamento de Gestão:

I – Elaborar e implementar calendário anual de cursos de educação permanente em saúde alinhado às necessidades dos municípios, incluindo a capacitação para o processo de levantamento das necessidades de saúde da população;

II – Elaborar e implementar programa de capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando dar maior efetividade ao controle social. (grifou-se)

55. Desta feita, no que concerne a **análise do item 4.1 “I” – Educação permanente em saúde**, explanou que, para atender este item, a Secretaria de Estado de Saúde apresentou calendário anual de cursos de educação permanente da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso – ESP/MT.

56. Expôs que o documento apresentado pelo gestor trouxe cronograma e descrição de cursos e capacitações voltados para os profissionais de saúde do SUS em Mato Grosso com previsão de início em novembro de 2015 e encerramento em novembro de 2016.

57. Além dessa relação, destacou que a SES/MT informou também a disponibilidade de recursos para serem aplicados em educação permanente e capacitação no período, totalizando o valor de R\$ 6.073.260,20 (seis milhões, setenta e três mil, duzentos e sessenta reais e vinte centavos).

58. Informou, ainda, que, de acordo com a Lei Orçamentária Anual – LOA, estão previstos R\$ 5.312.453,18 (cinco milhões, trezentos e doze mil, quatrocentos e cinquenta e três reais e dezoito centavos) para o projeto-atividade *Realização de formação e qualificação dos trabalhadores, gestores e agente sociais do SUS* e R\$ 554.000,00 (quinhentos e cinquenta e quatro mil) para o projeto-atividade *Integração da gestão do trabalho e da educação na saúde*.

59. Além disso, expôs que a LOA 2016 previu também a aplicação de



R\$ 1.163.676,72 (um milhão, cento e sessenta e três mil, seiscentos e setenta e seis reais e setenta e dois centavos) na *Reestruturação da Escola de Saúde Pública*.

60. Destacou que, em visita à ESP/MT, constatou-se, por meio de análise do relatório fornecido pela gestão da unidade, que as capacitações oferecidas beneficiaram 3.197 (três mil, cento e noventa e sete) participantes durante 2015.

61. Explicou, que do total de beneficiados, 418 (quatrocentos e dezoito) eram profissionais da Atenção Básica, e que destes, 218 (duzentos e dezoito) eram Agentes Comunitários de Saúde.

62. Em que pese os números apresentados, pontuou que a insuficiência nas capacitações oferecidas é evidenciada ao se comparar o total de agentes comunitários capacitados com o total dos profissionais capacitados, por exemplo, nos três municípios visitados pela Equipe (Nova Mutum, Sinop e Sorriso).

63. Afirmou que, somente no universo dessa amostra, há 350 (trezentos e cinquenta) agentes de saúde e que nos 141 municípios de Mato Grosso, o número de agentes ultrapassa 10 mil (dez mil).

64. Assim, verificou que a capacitação oferecida pela SES/MT em 2016, contemplou um pouco mais de 200 (duzentos) agentes comunitários somente.

65. Explanou que, nas inspeções *in loco*, a equipe de monitoramento obteve a percepção dos gestores de saúde acerca das capacitações oferecidas pela SES/MT, seja por meio do auxílio dos Escritórios Regionais de Saúde, seja por meio da Escola de Saúde Pública.

66. Pontuou que ao serem questionados se *a Secretaria Estadual de Saúde tem desenvolvido ações em parceria com o município com a finalidade de promover a formação e educação permanente de gestores e profissionais da Atenção Básica*, 100% dos entrevistados responderam “*não*”.

67. De igual forma, informou que ao serem indagados se *a SES tem*



promovido capacitações para os gestores e profissionais da Atenção Básica nos últimos três anos, 100% dos entrevistados responderam “não”.

68. Frisou que a equipe responsável pelo monitoramento também visitou Postos de Saúde da Família – PSF e Unidades Básicas de Saúde – UBS nos municípios da amostra e obteve a percepção de enfermeiros e agentes comunitários acerca das capacitações ofertadas pela SES/MT aos profissionais da Atenção Básica.

69. Salientou que aos enfermeiros responsáveis pelas UBS, foram aplicadas três questões referentes ao tema, a saber:

1. Você realizou algum curso organizado/apoiado pelo estado para o desempenho da(s) sua(s) função(ões) desde que assumiu este cargo?

✓ 85,7% dos entrevistados responderam “*não*”.

2. Qual a sua percepção sobre os cursos organizados/apoiados pelo estado?

✓ 85,7% dos respondentes responderam que há “*baixa oferta*” em relação a capacitações.

3. Você já foi consultado sobre quais cursos ou capacitações teria necessidade/interesse de participar desde que começou a trabalhar neste município?

✓ 100% dos entrevistados responderam “*nunca*” terem sido consultados.

27. As mesmas questões foram aplicadas aos agentes comunitários de saúde lotados nas unidades visitadas, neste caso:

✓ 94,44% dos entrevistados afirmaram ter “*participado apenas de um curso introdutório*”;

✓ 100% afirmaram que há “*baixa oferta*” de capacitações;

✓ 94,4% dos entrevistados afirmaram “*nunca*” terem sido consultados.

70. Em razão do exposto, no relatório preliminar, propôs que o compromisso referente à capacitação permanente em saúde fosse considerado “*não cumprido*”. Todavia, após a análise da manifestação dos gestores, concluiu que o compromisso encontra-se “**em cumprimento**”, pelas razões abaixo expostas.

71. A SES/MT relatou que as necessidades dos municípios é traduzida por meio do Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde – Pareps, posteriormente consolidada e, após, validada pela Comissão Intergestora Bipartite.



72. Afirmou que diversos cursos programados para 2016 abrangem os profissionais da atenção básica, e que foi contabilizado 2.966 (dois mil, novecentos e sessenta e seis) profissionais capacitados de julho a dezembro de 2015.

73. Quanto a tais argumentações, **a equipe técnica** constatou que, no que se refere aos cursos de capacitação realizados, os dados apresentados pela Secretaria afrontam as informações fornecidas pela Escola de Saúde Pública (3.197 profissionais capacitados durante 2015) e a percepção dos gestores e profissionais de saúde entrevistados *in loco* durante a fase de execução do monitoramento.

74. Destacou que, de acordo com a argumentação da defesa, os profissionais foram capacitados por meio do serviço “Telessaúde Mato Grosso”, ferramenta que disponibiliza, por meio da internet, conferências com especialistas e vídeo-aulas.

75. Todavia, em visita ao endereço eletrônico citado no relatório, observou que os usuários do serviço não necessitam se identificar para ter acesso ao conteúdo.

76. Assim, entendeu que não é possível inferir se as informações disponibilizadas foram, de fato, acessadas por profissionais de saúde da Atenção Básica, e tampouco atestar a vinculação dos usuários do serviço aos municípios de Mato Grosso.

77. Em que pese essas constatações, ressaltou que, de acordo com o compromisso estabelecido por meio do TAG, **no prazo de seis meses a análise deve recair somente sobre a elaboração do plano de capacitação, não englobando a implementação do calendário de cursos de educação permanente.**

78. Desse modo, expôs que essa **implementação** será objeto de análise no prazo estabelecido de **18 meses**.

79. **Diante desse cenário, informou que optou por reconsiderar a análise do relatório preliminar de monitoramento, em razão da apresentação de cronograma anual de cursos pela SES/MT.**



80. Contudo, afirmou que, tendo em vista o não alinhamento integral às necessidades dos municípios, o compromisso será considerado “**em cumprimento**”, em razão da necessidade de revisão e de especificação das capacitações da atenção básica no cronograma existente.

81. Pelo exposto, o **Ministério Público de Contas**, após análise da defesa, e coadunando com o entendimento do corpo técnico, entende que o item 4.1, I do Termo de Ajustamento de Gestão deve ser, de fato, classificado como “**em cumprimento**”.

82. Conforme consta nos autos, o prazo previsto no referido item para a elaboração do calendário anual de cursos de educação permanente em saúde alinhado às necessidades dos municípios, incluindo a capacitação para o processo de levantamento das necessidades da população, é de 6 meses, e o prazo para sua implementação é de 18 meses.

83. O presente processo versa sobre o monitoramento do período compreendido entre a data de publicação do Acórdão nº 1.198/2015 – TP que homologou Termo de Ajustamento de Gestão com a SES/MT e o prazo de até **seis meses** de sua vigência.

84. Desse modo, considerando que a vigência do TAG se deu após 60 dias de sua homologação, verifica-se que o segundo monitoramento avaliou somente o período de 15 de junho a 16 de dezembro de 2015.

85. Por essa razão a análise possuiu como foco principal avaliar se o gestor cumpriu o item 4.1,I quanto a **elaboração** do plano de capacitação.

86. O gestor apresentou em sua manifestação calendário com diversos cursos programados para 2016. A implementação desses cursos deverá ser objeto de análise pela Secex competente no prazo de 18 meses.

87. Em sendo assim, o item 4.1,I do aludido Termo de Ajustamento de Gestão deve ser classificado como “em cumprimento”.



88. Quanto as demais considerações apontadas pela equipe técnica, o Ministério Público de Contas entende que, por se tratarem da implementação do calendário de cursos de educação permanente, deverão ser objeto de **reanálise** pelo corpo técnico quando da realização de novo monitoramento do TAG.

89. No que tange a **análise do item 4.1 “II” – Capacitação para os Conselhos de Saúde**, a equipe de auditores expôs que, no relatório de acompanhamento das ações referentes ao TAG, a equipe responsável da Secretaria de Estado de Saúde argumentou que:

Em virtude do atraso na elaboração do programa de capacitação para membros dos Conselhos Municipais de Saúde; da exigência de que o plano seja proposto pela Comissão de Educação Permanente do referido conselho; da exigência de aprovação do referido documento em plenário pelos membros do Conselho Estadual de Saúde; e que o Conselho Estadual de Saúde somente voltará a reunir-se ordinariamente no segundo dia do mês de Fevereiro de 2016: **pede-se aditivo de prazo de 3 meses** para conclusão da referida meta do Termo de ajustamento de Gestão, a fim de que possa ser transcorrido o rito exigido pela legislação vigente, e que, em caso de emendas e/ou alterações no corpo do documento, haja tempo hábil para reformatação e retomada da votação em plenário do Conselho Estadual de Saúde. **(Sem grifo no original)**

90. Assim, verificou que a equipe da SES/MT solicitou que o acompanhamento das atividades referentes ao item “4.1. II” fosse contemplado no relatório de abril de 2016.

91. Para comprovar a situação apresentou cópia da Ata de Reunião da Comissão Especial de Educação Permanente em Saúde e Capacitação de Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde – CES, em 27.11.15, cuja pauta foi o “*Plano de Capacitação 2016 (Conforme Comunicado Interno nº 28/2015)*”.

92. Diante do exposto, a equipe técnica afirmou que primeiramente



considerou “não cumprido” o compromisso de elaboração de programa de capacitação para os conselhos de saúde. Contudo, dispôs que, **após a análise dos comentários dos gestores, foi constatado que o compromisso encontra-se “em cumprimento”**.

93. Pontuou que essa alteração se deu tendo em vista que, em sede de manifestação, o gestor demonstrou que a conclusão dessa ação, apesar de já aprovada pela Comissão de Educação Permanente do Conselho Estadual de Saúde, carece de aprovação pelo plenário do Conselho.

94. Assim, a Secretaria de Estado de Saúde explicou que a primeira oportunidade para aprovar o plano proposto para dar cumprimento ao compromisso ocorreu em reunião ordinária realizada em 03/02/16.

95. Para comprovar o alegado apresentou cópias de *e-mails* enviados pela equipe da SES/MT responsável pelo acompanhamento do TAG e representantes do Conselho Estadual de Saúde, que demonstram que as tratativas para a inclusão do assunto na agenda do órgão ainda prosseguem não conclusas.

96. Relatou que, em mais uma oportunidade, tentou, sem sucesso, incluir o tema na pauta inicial da reunião ordinária realizada em 02/03/16. Ademais, informou que, em virtude de limitação de tempo, a proposta não foi votada.

97. Assim, considerando as alegações trazidas pelo gestor a equipe técnica entendeu que a classificação do compromisso deve ser alterada para **“em cumprimento”**.

98. Nesta senda, o **Ministério Público de Contas, acata os argumentos do gestor e manifesta no mesmo sentido da equipe técnica para que o item 4.1.II seja considerado como “em cumprimento”**.

99. O gestor demonstrou, por meio dos documentos acostados aos autos, ter envidado esforços para que a obrigação fosse cumprida. Assim, conforme demonstrado, verifica-se que a obrigação depende de deliberações do Conselho Estadual.



100. A Secretaria comprovou que não houve a votação do projeto pela ausência de *quorum* necessário ao seguimento dos trabalhos. Por essa razão conclui-se que a avaliação desse compromisso **deve ser classifica como “em cumprimento”**.

101. Ademais, entende que o aludido item deve ser objeto de **reanálise** pela Secex competente quando da realização de novo monitoramento de avaliação do cumprimento do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.4 Da assistência farmacêutica em Mato Grosso (Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão)

102. De acordo com a Resolução nº 388/04, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública, que trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial para a melhoria da qualidade de vida da população.

103. Ainda, conforme assevera a Portaria GM/MS nº 1.555/13, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS, refere-se aos medicamentos e insumos relacionados a agravos e programas de saúde específicos, na rede da Atenção Básica à Saúde.

104. Outrossim, a Portaria GM/MS nº 1.554/13, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, dispõe que este componente tem por objetivo garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial.

105. Feitas essas considerações, passa-se à análise do item 5.2 da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.4.1 Da contrapartida para o financiamento do Componente Básico da Assistência



Farmacêutica (item 5.2 do Termo de Ajustamento de Gestão)

106. A equipe técnica salientou que a auditoria operacional realizada na Assistência Farmacêutica do SUS identificou o descumprimento da gestão estadual em relação à contrapartida prevista na legislação vigente para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Farmácia Básica e *Diabetes Mellitus*.

107. Assim, apontou que os repasses para este bloco de financiamento não foram executados de forma tempestiva e integral.

108. Expôs que a contraprestação mensal estadual aos 141 municípios está prescrita na Portaria GM/MS nº 1.555/2013 e na Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MT nº 245/2013.

109. Frisou que de acordo com o parecer da equipe técnica responsável pela análise:

Os valores da contrapartida da União e dos Estados são repassados aos municípios em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido.

Todavia, em questionário online, via webmail, aplicado aos Secretários Municipais de Saúde, 79% dos respondentes afirmaram que seu município não tem recebido os recursos de forma integral e, 74% afirmaram que há intempestividade nos repasses estaduais, **com atrasos de até seis meses.(sem grifo no original)**

110. Assim, enfatizou que essa situação contribui para o subfinanciamento das políticas municipais de fornecimento de medicamentos no âmbito Atenção Básica, tendo como principal consequência o desabastecimento da Farmácia Básica municipal.

111. Dispôs, ainda, que, diante deste apontamento, a Secretaria de Estado de Saúde, por meio da adesão ao Termo de Ajustamento de Gestão, comprometeu-se a:

Item 5.2. No prazo de até 6 meses, repassar, de forma tempestiva e integral, a contrapartida para o financiamento tripartite do



Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme determina a Portaria GM-MS nº 1.555/2013 e CIB-MT nº 245/2013.

112. Ressaltou que, de acordo com o relatório de acompanhamento do TAG, produzido pela equipe da Secretaria de Estado de Saúde:

Os repasses da contrapartida têm sido feitos nos prazos previstos até Setembro de 2015, como demonstra o anexo 7 deste relatório. Foi identificado, no entanto, um erro na atualização populacional dos municípios, conforme instrui a Portaria GM-MS nº 1.555/2013. A equipe da SAF já refez os cálculos de atualização populacional e deverá iniciar os repasses corrigidos no início de 2016. O referido cálculo pode ser averiguado através do anexo 8 deste relatório.

113. Nesse contexto, esclareceu que, tendo em vista que a documentação citada foi recebida pelo Tribunal de Contas via malote digital em 16.12.15, a equipe de auditoria solicitou junto à SES/MT, por meio do Ofício nº 02/2016/TAG, relatório atualizado dos repasses mensais aos 141 municípios da contrapartida estadual para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Farmácia Básica.

114. Expôs que, diante da resposta da Secretaria de Estado de Saúde, concluiu-se que os repasses referentes aos período de outubro a dezembro continuaram em atraso.

115. Ademais, informou que a equipe Técnica também avaliou este apontamento durante inspeções *in loco* nos municípios da amostragem selecionada para a realização do monitoramento e que, na análise, foram aplicadas entrevistas aos Secretários Municipais de Saúde.

116. Nessa senda, dispôs que ao serem questionados acerca da tempestividade dos repasses, 100% dos gestores afirmaram que os repasses de outubro a dezembro de 2015 e de janeiro de 2016, encontraram-se em atraso.

117. Outrossim, destacou que nessa entrevista foi considerado apenas o financiamento do bloco de financiamento básico da Assistência Farmacêutica. Informou que, de acordo com os entrevistados, a gestão estadual ainda não regularizou os valores



em atraso referentes aos exercícios de 2013 e 2014.

118. Além disso, citou, como exemplo, o Município de Sinop, abaixo exposto:

□□ estudo elaborado pelo setor financeiro do jurisdicionado aponta que os valores em relação a este bloco financiamento, não recebidos em 2013 e 2014, alcançam R\$ 142.985,37.

119. Destacou que durante as visitas da Equipe, os gestores de saúde também foram indagados acerca da integralidade dos repasses recebidos ocasião em que afirmaram que os recursos recebidos não estavam de acordo com o cálculo *per capita* expresso na legislação aplicável (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, art. 3º, inciso II).

120. Nesse ínterim, enfatizou que, por meio da Portaria Estadual nº 83/2013/GB/SES, os valores dos recursos estaduais destinados às ações e serviços de saúde da Atenção Básica – incluídos neste rol os recursos destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica – foram suprimidos em 50%.

121. Ressaltou que tal dispositivo afronta a Lei Estadual nº 9.870/2012 e a Portaria nº 1.555/2013 do Ministério da Saúde, haja vista que a normatização federal determina que o valor da contrapartida estadual a ser repassado aos municípios não poderá ser suprimido, mas somente majorado por meio de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB (art. 3º, § 6º).

122. Diante do exposto, propôs no seu relatório preliminar que o compromisso referente ao financiamento da assistência farmacêutica fosse considerado “não cumprido”. Propôs, ainda, a sua **reanálise** no próximo relatório de acompanhamento do TCE/MT.

123. Em razão da ausência de manifestação do gestor acerca desse item, a classificação do grau de cumprimento do compromisso foi mantida como “**não cumprida**” pela equipe técnica.

124. A obrigatoriedade de transferência de recursos para aplicação no



âmbito do SUS decorre de normas e como tal, são de observância obrigatória pelos entes federativos.

125. Os municípios são entes que, historicamente, por dispor de menor aporte orçamentário, necessitam de “auxílio” dos demais entes federativos, União e Estados, para que tenham condições de prover com seus serviços obrigatórios.

126. A saúde é um setor que enfrenta precárias condições estruturais, de pessoal e outros, ao longo de vários anos. A problemática da saúde é assunto recorrente na mídia em razão dos diversos problemas que o setor enfrenta a nível Brasil.

127. Por óbvio que mudanças estruturais demandam investimentos a longo prazo, e para isso, cada ente federativo tem o dever de aplicar bem seus recursos e de forma eficaz para a obtenção de resultados sociais melhores.

128. Nesta linha, é de suma importância que União e Estados cumpram com seus deveres de investimento direto na saúde, mas também, na prestação de auxílio financeiro aos municípios para que estes possam atender as demandas sociais.

129. A correta e eficiente administração dos recursos públicos é indispensável para o desenvolvimento das atividades e o cumprimento da função do Estado de fortalecer a cidadania, atender às necessidades da sociedade e elevar a qualidade de vida. Para tanto, é fundamental a atuação dos gestores públicos, a fim de otimizar os resultados e evitar prejuízos.

130. Cabe aos Estados e ao Distrito Federal a coordenação, o acompanhamento e a avaliação do sistema único de saúde em seu território, o apoio técnico e financeiro aos Municípios e a execução de ações de saúde em caráter supletivo àqueles. Além disso, os Estados participam da execução, em caráter suplementar, de uma série de atividades precípuas da União e dos Municípios (Lei nº 8.080/1990, art. 17).

131. Compete aos Municípios suplementar a legislação federal e a estadual no que couber e prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população. Além de prestar os serviços e



executar as políticas de saúde, os Municípios devem planejar, organizar, controlar e avaliar o sistema de saúde em seu território e participar do planejamento regional, em articulação com a direção estadual do SUS (Constituição Federal - CF, art. 30, incisos II e VII e Lei nº 8.080/1990, art. 18).

132. O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Constituição Federal, arts. 195 e 198 e Lei nº 8.080/1990, arts. 31 e 32).

133. A descentralização de recursos no âmbito da área de saúde é concretizada principalmente mediante convênios, contratos de repasse e repasse fundo a fundo para financiamento das ações e serviços de saúde.

134. Com edição da Emenda Constitucional – EC nº 29, de 13/09/2000, alterando os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentando o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, veio assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, provenientes das três esferas de governo, criando a possibilidade de a União intervir nos Estados e no Distrito Federal e desses nos Municípios para assegurar a aplicação do mínimo exigido das receitas provenientes de impostos estaduais e municipais nas ações e serviços públicos de saúde.

135. É possível perceber a atenção que o legislador dispôs no tratamento do segmento da saúde, em razão do histórico problema enfrentado no setor.

136. O fato de o Estado de Mato Grosso estar atrasando o repasse de recursos para ações na saúde aos municípios, ou repassando valores a menor, é preocupante, por impactar numa área sensível da sociedade.

137. A saúde é um segmento que deve receber atenção prioritária do poder público por envolver o direito fundamental à vida, assegurada pelo jusnaturalismo e disposições normativas.

138. Deste modo, é imperioso que o Estado regularize os repasses



financeiros aos municípios, de modo a assegurar que o investimento na execução do componente básico da assistência farmacêutica seja contínua.

139. Por todo o exposto, verifica-se que o compromissário do TAG não está cumprindo o seu dever de repassar tempestiva e integralmente a contrapartida estadual para o financiamento tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme determina a Portaria GM-MS nº 1.555/2013 e CIB MT nº 245/2013.

140. Além disso, conforme apontado pela equipe técnica, verifica-se que a Portaria Estadual nº. 83/2013/GB/SES afronta o disposto na legislação federal e estadual, que preveem apenas a possibilidade de majoração dos valores a serem repassados aos municípios.

141. Por conseguinte, o **Ministério Público de Contas**, em consonância com o corpo técnico opina pela classificação da obrigação contida no item 5.2 do TAG como “**não cumprida**”, bem como pela sua **reanálise** no próximo relatório de acompanhamento do TCE/MT.

2.4.2 Dos mecanismos para combater o crescimento da judicialização pelo acesso a medicamentos (item 5.4 do Termo de Ajustamento de Gestão)

142. A Secex constatou, em auditoria operacional realizada na Assistência Farmacêutica do SUS em Mato Grosso, um crescimento na judicialização pelo acesso a medicamentos.

143. Ademais verificou que a judicialização da saúde é um fenômeno que ocorre não apenas em Mato Grosso, mas também em vários estados da federação.

144. Desta feita, destacou que a análise evidenciou fragilidades que contribuem para a evolução deste processo em nosso Estado. **Por essa razão o Termo de Ajustamento de Gestão estabeleceu que o compromissário deverá:**



Item 5.4 No prazo de até 6 meses:

I – Estruturar o Núcleo de Apoio Técnico, em conjunto com o Tribunal de Justiça de Mato Grosso, em termos de estrutura física, tecnologia da informação e pessoal (principalmente em relação a médicos e farmacêuticos), de modo que este núcleo tenha condições de assessorar os magistrados em todos os processos relativos ao acesso à saúde;

II – Implementar ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, no que se refere à resolução das demandas judiciais;

III – Formular o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, de acordo com o prescrito no art. 5º da Lei Estadual nº.7.968/2003 e encaminhá-lo anualmente, até o dia 30 de outubro, ao Ministério da Saúde, após aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

2.4.2.1 Análise do item 5.4 “I” – Estruturação do Núcleo de Apoio Técnico - NAT:

145. De acordo com o parecer da equipe técnica:

A desestruturação do NAT-MT, frente ao volume processual recebido, cria um ambiente de permissibilidade para o ingresso de ações requerendo medicamentos que possuam linhas de tratamento alternativas nos programas públicos de saúde.

146. Na oportunidade, constatou-se que o NAT não dispunha de quadro de colaboradores suficiente para o cumprimento de suas atribuições de maneira efetiva e eficiente, tendo em vista que, à época da realização da análise, estavam lotados na unidade 14 funcionários, sendo que apenas um era farmacêutico.

147. De acordo com a análise, este quadro era insuficiente para atender a demanda de processos, que passou de 1.462 em 2012, para 1.891 em 2013. Assim, consoante o relato da equipe técnica:



A união de esforços entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Tribunal de Justiça de Mato Grosso traria resultados benéficos, uma vez que qualificaria as análises das demandas referentes ao acesso à saúde. De igual forma, otimizaria o trabalho dos magistrados, devido ao conhecimento técnico oferecido como subsídio para a tomada de decisão.

148. Diante disso, por meio do Termo de Ajustamento de Gestão, a Secretaria de Estado de Saúde comprometeu-se com o TCE/MT a, no prazo de até 6 meses, a estruturar o Núcleo de Apoio Técnico.

149. A equipe técnica ressaltou que, no relatório de acompanhamento do Termo de Ajustamento de Gestão, a SES/MT afirmou:

O NAT encontra-se estruturado nas imediações do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, com os equipamentos necessários para a realização do serviço de assessoria e há uma equipe multidisciplinar prestando apoio em jornada integral aos magistrados.

150. Expôs que a SES/MT também enviou, em documento anexo ao relatório de acompanhamento do TAG, a relação de servidores lotados no Núcleo de Apoio Técnico (12 servidores exclusivamente comissionados). Enfatizou que, de acordo com os dados fornecidos pelo gestor, atualmente, não há farmacêuticos lotados no NAT.

151. Além disso, pontuou que, por meio de inspeção *in loco* realizada em 26/01/16 na sede do Núcleo de Apoio Técnico, constatou-se que 11 profissionais estavam lotados no setor, sendo: nove médicos, um fisioterapeuta e um auxiliar administrativo, ou seja, confirmou que o Núcleo de Apoio Técnico não contava com nenhum profissional farmacêutico em seu quadro de pessoal.

152. Diante deste contexto, propôs na análise preliminar que fosse considerado “não cumprido” o compromisso estabelecido em relação à estruturação do Núcleo de Apoio Técnico, optando por manter esse mesmo posicionamento após a manifestação do gestor.

153. Isso porque, na sua manifestação, a Administração alegou estar em contato com o TJ/MT e com o NAT a fim de identificar qual seria a estrutura ideal para fa-



zer frente ao fluxo de processos.

154. Ademais, propôs a determinação de novo prazo para o atendimento do compromisso firmado no TAG, sob a justificativa de que ainda que está aguardando a resposta do Tribunal de Justiça sobre a necessidade de recursos humanos para tomar as providências de reestruturação do NAT.

155. Contudo, como bem explicou a equipe técnica, a SES/MT já conhecia a situação do NAT desde 2014, conforme demonstrado exaustivamente por meio do Relatório de Auditoria Operacional da Assistência Farmacêutica (Autos nº 52.981/2015). Por essa razão entendeu que **o compromisso não foi cumprido**.

156. Desta feita, cumpre ao **Ministério Público de Contas opinar pela classificação desse compromisso como “não cumprido”**, em razão da não adoção de medidas efetivas para a reestruturação do NAT, quer seja em relação à estrutura, quer seja em relação aos recursos humanos.

157. Ressalte-se que a desestruturação do NAT-MT, frente ao volume processual recebido, fomenta o ingresso de ações requerendo medicamentos que possuam linhas de tratamento alternativas nos programas públicos de saúde. Ainda, possibilita que sejam pleiteados remédios sem registro na ANVISA ou que não atendam aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

158. Assim, o Ministério Público de Contas entende que a obrigação não foi cumprida, e quanto ao pedido de prorrogação do prazo para implementação do compromisso feita pelo gestor, entende que este teve tempo suficiente para promover o seu devido atendimento.

159. Entretanto, como o prazo já foi descumprido, opina para que esse item seja objeto de **reanálise** no próximo relatório de acompanhamento a ser realizado pela Corte de Contas.

2.4.2.2 Análise do item 5.4 “II” - Da Interlocação com o Poder Judiciário, com o Ministério Público e com a Defensoria Pública:



160. A Equipe Técnica constatou, por meio da realização de entrevistas, que a falta de articulação da Secretaria de Estado de Saúde com o Poder Judiciário, com o Ministério Público Estadual e com a Defensoria Pública contribui para a evolução da judicialização da saúde em Mato Grosso.

161. Ressaltou que ficou determinado no Termo de Ajustamento de Gestão (Item 5.4,II), que no prazo de até 6 meses, o compromissário deveria adotar medidas para implementar ações para aumentar a interlocução com os referidos órgãos, no que se refere à resolução das demandas judiciais.

162. No que concerne a essa obrigação, a equipe técnica dispôs que, na oportunidade, em questionário eletrônico aplicado aos juízes do Tribunal de Justiça de Mato Grosso, 72% dos respondentes afirmaram que inexistia interlocução entre a SES/MT, a Defensoria Pública, o Ministério Público e o Poder Judiciário para a resolução extrajudicial das demandas relacionadas a medicamentos.

163. Salientou que uma das principais consequências dessa falta de articulação, que deveria ser promovida pelo setor de apoio judicial da SES/MT, referia-se à dificuldade que a gestão estadual de saúde tinha em relação ao tratamento reativo das decisões emanadas do Poder Judiciário, seja no cumprimento de liminares ou na elaboração de contestações.

164. Reforçou que tal fragilidade tinha como repercussão o enorme volume de bloqueios judiciais de valores que, em 2013 somava R\$ 47.247.550,69 (quarenta e sete milhões, duzentos e quarenta e sete mil, quinhentos e cinquenta reais e sessenta e nove centavos) e até setembro de 2014 já chegava a R\$ 49.421.730,65 (quarenta e nove milhões, quatrocentos e vinte e um mil, setecentos e trinta reais e sessenta e cinco centavos), de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Fazenda – Sefaz/MT.

165. Após a realização da análise, a Equipe Técnica afirmou em seu parecer que *uma melhor interlocução entre o Executivo, o Judiciário e os demais operadores do direito envolvidos com a judicialização propiciaria a resolução das*



demandas de forma mais célere e econômica para o Estado.

166. Enfatizou que em relatório de acompanhamento das ações relativas ao Termo de Ajustamento de Gestão produzido pela equipe da SES, a gestão se posicionou em relação ao tema da seguinte forma:

Foram organizadas e realizadas diversas palestras com os referidos órgãos sobre os problemas que levam à judicialização dos processos na saúde e sobre maneiras de cooperar para a resolução das demandas judiciais. As evidências destas palestras podem ser encontradas nos anexos 10, 11 e 12 deste relatório. Tais notícias podem também ser encontradas no site da Secretaria Estadual de Saúde.

167. Ressaltou que, de acordo com a análise, a ineficiência na interlocução da SES/MT com os demais atores envolvidos na judicialização se deve, principalmente, a falta de estrutura física e pessoal para atender reativamente às rotinas geradas pelas decisões emanadas do Poder Judiciário.

168. Nesse sentido, constatou que a organização de palestras para tratar do tema em questão auxiliou na conscientização acerca da importância do diálogo entre as instituições envolvidas. Entretanto, concluiu que, isoladamente, não mitigará o crescimento da judicialização.

169. Expôs que, para melhor averiguação, a equipe técnica realizou, em 27.1.16, inspeção *in loco* na Secretaria de Estado de Saúde com o objetivo de avaliar a estrutura do setor de Apoio Judicial.

170. Explicou que, durante a visita, observou-se que a unidade havia sido reestruturada em 2015, e que o departamento contava com seis assessores – operadores de direito –, dois servidores responsáveis pelo protocolo e uma técnica em enfermagem.

171. Desta feita, expôs que no relatório preliminar propôs-se que fosse considerado “em cumprimento” o compromisso estabelecido para a interlocução com o Poder Judiciário, com o Ministério Público e com a Defensoria Pública.

172. Em sua manifestação, o gestor afirmou que está em andamento pro-



jeto que culminará na criação da Câmara de Conciliação, que reunirá representantes da SES/MT, da Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá, do Ministério Público, da Defensoria Pública e do Tribunal de Justiça a fim de dar resolutividade às demandas dos usuários pelos serviços do SUS e evitar a provocação do Poder Judiciário.

173. Relatou, ainda, que a comunicação com o Ministério Público, com a Defensoria Pública e com o Tribunal de Justiça é atualmente facilitada por meio de um fórum de comunicação utilizando o aplicativo *whatsapp*.

174. O gestor também solicitou a alteração da avaliação do compromisso referente ao fortalecimento da interlocução com os demais atores envolvidos com a judicialização da saúde para “cumprido”.

175. Contudo, após a análise da manifestação do gestor acerca desse item, a classificação do grau de cumprimento do compromisso foi mantida como “**em cumprimento**” pela Secex.

176. Da mesma forma, o **Ministério Público de Contas** entende que o compromisso contido no item 5.4, II, de implementar ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, com o Ministério Público e com a Defensoria Pública, no que se refere à resolução das demandas judiciais, deve ser considerado “**em cumprimento**”, haja vista que o próprio compromissário revelou que as ações promovidas para o seu atendimento ainda estão sendo desenvolvidas.

177. Ademais, entende que o referido item deve ser objeto de **reanálise** pela equipe do Tribunal de Contas quando da realização do próximo monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.4.2.3 Análise do item 5.4 “III” - Do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica:

178. A auditoria operacional realizada pelo TCE/MT constatou a ausência de um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, o que evidenciou a deficiência no planejamento realizado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica – SAF.



179. A elaboração desta peça está prevista no art. 5º da Lei Estadual 14 nº 7.968/2003 e deve ser encaminhada, anualmente, ao Ministério da Saúde - MS, após a aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

180. Pelo exposto, ficou determinado no item 5.4, III do Termo de Ajustamento de Gestão, que no prazo de até 6 meses, o compromissário deveria formular o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica e encaminhá-lo ao Ministério da Saúde, após a aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

181. Nesse contexto, o corpo técnico do TCE/T destacou que a falta de planejamento da SES/MT em relação à Política Pública de Fornecimento de Medicamentos tem como uma de suas principais consequências, o desabastecimento no estoque da Central Estadual de Abastecimento e Distribuição de Insumos de Saúde – Ceadis, e que a falta de medicamentos, por sua vez, leva os usuários do SUS a buscarem o Poder Judiciário.

182. Expôs que, em relatório de acompanhamento do Termo de Ajustamento de Gestão, a equipe responsável pela elaboração do documento afirmou, em apertada síntese, que *foi formulado o Plano Estadual de Saúde (PES) no qual estão contidas as informações a respeito do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.*

183. No entanto, a equipe técnica destacou que, após uma análise mais aprofundada do Plano Estadual de Saúde para o período de 2012 – 2015, foi constatado que este documento não contempla informações que possam ser consideradas peças de planejamento relevantes para o eventual *Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.*

184. Ainda no que se refere a este tema, enfatizou que a própria gestão estadual de saúde afirma no relatório de acompanhamento do TAG que:

O atendimento à referida Lei, no entanto, não pode ser integralmente realizado por conta de itens da própria legislação que carecem de atualização para com as legislações federais mais recentes.

185. Frisou que este argumento carece de melhor especificação, tendo



em vista que as normas mais atuais atinentes a Políticas Públicas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica são a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916/1998 e a Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

186. Ressaltou que a primeira norma aprovou a Política Nacional de Medicamentos – PNM e foi editada anteriormente à legislação estadual relativa ao tema (Lei Estadual nº 7.968/2003), e a segunda, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – Pnaf, foi publicada menos de um ano após a Política Estadual de Medicamentos.

187. Deste modo, propôs no seu relatório preliminar que fosse considerado “não cumprido” o compromisso estabelecido em relação ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.

188. Por fim, em razão da ausência de manifestação do gestor acerca desse item, manteve a classificação do grau de cumprimento do compromisso como “**não cumprido**”.

189. Conforme exposto nos autos, o próprio compromissário admitiu, sem nenhuma justificativa plausível, que não obteve êxito no atendimento desse item. Por essa razão cumpre ao **Ministério Público de Contas**, em consonância com a manifestação da equipe técnica, opinar pela manutenção da classificação como “**não cumprido**”, bem como pela **reanálise** cumprimento dessa obrigação no próximo monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.4.3 Da atualização do elenco de medicamentos fornecidos gratuitamente (item 5.7 do Termo de Ajustamento de Gestão):

190. O relatório produzido pela equipe responsável pela auditoria operacional na Assistência Farmacêutica do SUS identificou a desatualização da lista de medicamentos fornecidos pelo Estado de Mato Grosso, estabelecida pela Portaria nº 225/2004/SES/MT.

191. Assim, explicou a equipe técnica que a lista baseia-se na Relação



Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename e estabelece os medicamentos padronizados que serão fornecidos gratuitamente aos usuários do SUS.

192. Afirmou, ainda, que, para tanto, a gestão estadual conta com financiamento federal para adquirir parte dos remédios constantes do elenco e indicados nas linhas de tratamento estabelecidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PDCT do Ministério da Saúde.

193. Salientou que na inspeção *in loco* realizada nos municípios da amostragem, foram aplicados questionários aos responsáveis técnicos das farmácias públicas locais, e que, do total de respondentes, 67% afirmaram que a lista de medicamentos fornecidos pelo SUS em Mato Grosso encontrava-se desatualizada.

194. Informou que, na oportunidade, foram visitadas 56 unidades de saúde (centrais de abastecimento farmacêutico, farmácias públicas municipais e estaduais) em 24 municípios, e que essa amostragem tinha uma representatividade de 56,38% da população do Estado.

195. Sublinhou que a desatualização dessa lista padronizada leva os usuários do sistema a acionarem o Poder Judiciário para terem acesso a linhas de tratamento e outros medicamentos mais atualizados, e que, em sua maioria, estas solicitações incluem remédios não contemplados pelas linhas de tratamento do SUS e geram enormes prejuízos à Administração Pública.

196. Dispôs, ainda, que durante a análise realizada pela equipe técnica do Tribunal de Contas também foi identificada a ausência da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – Resme.

197. Pontuou que essa relação é uma ferramenta primordial para orientar a padronização, a prescrição e o abastecimento de medicamentos no âmbito do SUS, contribuindo para a redução de custos e para a promoção do uso racional de medicamentos.

198. Feitas essas considerações, ressaltou que ficou estabelecido **no**



item 5.7 do Termo de Ajustamento de Gestão que o compromissário deverá no prazo de 6 meses:

- I – Instituir grupos de trabalho com o objetivo de prover a atualização dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos Estaduais e a reformulação da Portaria nº 225/2004;
- II – Elaborar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, com base nos critérios técnico-científicos que envolvem a seleção de medicamentos;
- III – Divulgar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais para os profissionais de saúde que atuam na Assistência Farmacêutica e para os atores envolvidos – Tribunal de Justiça, Defensoria Pública e Ministério Público Estadual;
- IV – Publicar oficialmente a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais.

199. Destacou que de acordo com o relatório técnico do Tribunal de Contas de Mato Grosso:

[...] a RESME deve ser amplamente divulgada para todos os atores envolvidos (médicos prescritores, profissionais de saúde, usuários, fornecedores, poderes públicos) e necessita de contínua atualização, considerando-se as doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

200. Frisou, ainda, que a elaboração de tal documento tem como previsão legal dispositivos como a Política Nacional de Medicamentos, a Política Estadual de Medicamentos (Lei Estadual nº 7.968/2003) e a Resolução nº 01/2012 da Comissão Intergestores Tripartite16- CIT.

201. Em sendo assim, passa-se a análise do cumprimento dos compromissos pactuados no item 5.7 do TAG.

2.4.3.1 Análise do item 5.7 “I” – Atualização do elenco de medicamentos:

202. O corpo técnico explicou que cabe à Comissão Permanente de



Farmácia e Terapêutica - CPFT promover a atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PDCT no âmbito do Estado, a elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e a reformulação do elenco de medicamentos (Portaria nº 225/2004/GBSES17) fornecidos gratuitamente pelo SUS em Mato Grosso.

203. Informou que a Comissão, formada por uma equipe multiprofissional da saúde, foi instituída por meio da Portaria nº 078/2014/GBSES de 22 de maio de 2014 e atualmente está promovendo a atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estaduais.

204. Expôs, também, que a CPFT também já promoveu, por meio da edição da Portaria Estadual nº 139/2015/GBSES18 – publicada no Diário Oficial do Estado – DOE em 6 de agosto de 2015, – a atualização da lista de medicamentos contemplados na Portaria Estadual nº 225/2004.

205. Assim sendo, propôs que o compromisso fosse considerado **“cumprido”** em relação à atualização do elenco de medicamentos. **Essa conclusão foi mantida após a análise da manifestação do gestor.**

206. Nessa senda, **o Ministério Público de Contas**, tendo em vista o atendimento do item 5.7,I, que prevê a obrigação do compromissário de instituir grupos de trabalho para que seja promovida a atualização dos Protocolos Clínicos e Terapêuticos e a reformulação da Portaria nº. 225/2004, manifesta pela classificação da obrigação como **“cumprida”**.

2.4.3.2 Análise do item 5.7 “II” – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais:

207. A equipe técnica, em apertada síntese, dispôs que a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica de Mato Grosso também já concluiu o trabalho de elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, baseada na Rename, em critérios técnico-científicos e considerando as demandas da Portaria nº 172/2010/GBSES19 e judiciais²⁰.



208. Esclareceu que a Resme foi estabelecida por meio da Portaria Estadual nº 140, publicada no DOE em 6 de agosto de 2015, e ressaltou que essa norma revogou a Portaria Estadual nº 172/2010.

209. Diante do exposto, propôs considerar “**cumprido**” o compromisso em relação à Relação Estadual de Medicamentos Essenciais. **Essa conclusão foi mantida após a análise da manifestação do gestor.**

210. Assim sendo, cumpre ao **Ministério Público de Contas** coadunar com a equipe técnica e propor que a obrigação de elaborar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais, com base nos critérios técnico-científicos que envolvem a seleção de medicamentos seja considerada “**cumprida**”.

2.4.3.3 Análise do item 5.7 “III” – Divulgação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais:

211. A equipe técnica dispôs que, de acordo com o relatório elaborado pela equipe da SES/MT responsável pelo acompanhamento do TAG, a divulgação da Resme e demais produtos da CPFT acontece do seguinte modo:

A divulgação dos trabalhos da “Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica” vem sendo realizada através da página da CPTF no site da Secretaria Estadual de Saúde, na qual se pode encontrar a relação dos manuais elaborados pela referida comissão, bem como a RESME e a atualização dos protocolos clínicos já publicados.

212. Destacou que em consulta ao sítio da Secretaria de Estado de Saúde, pode-se encontrar a publicação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e também de materiais explicativos produzidos pela CPFT e voltados para profissionais de saúde e usuários do SUS.

213. Pontuou que o relatório da SES/MT também informou a solicitação de agendamento para apresentação da Resme ao Conselho Estadual de Saúde,



Conselho Regional de Farmácia - CRF e Conselho Regional de Medicina – CRM.

214. Enfatizou, ainda, que o relatório produzido pela gestão estadual de saúde demonstrou que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estaduais serão divulgados à medida em que forem atualizados, validados e publicados.

215. Deste modo, propôs que o compromisso fosse considerado **“cumprido”** em relação à divulgação da relação de medicamentos essenciais. **Essa conclusão foi mantida pelos auditores após a análise da manifestação do gestor.**

216. Tendo em vista o atendimento do compromisso assumido pela Secretaria de Estado de Saúde quanto à divulgação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais para os profissionais de saúde que atuam na Assistência Farmacêutica e para os atores envolvidos – Tribunal de Justiça, Defensoria Pública e Ministério Público Estadual, cumpre ao **Ministério Público de Contas** considerar como **“cumprido”** o item 5.7,III do TAG.

2.4.3.4 Análise do item 5.7 “IV” – Publicação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais:

217. A equipe técnica informou, primeiramente, que, com relação a este item do Termo de Ajustamento de Gestão, a Secretaria de Estado de Saúde requereu **extensão do prazo** para o atendimento do compromisso, conforme exposto abaixo:

Em virtude da complexidade da elaboração dos protocolos clínicos e terapêuticos; da impossibilidade de elaboração de mais de um protocolo simultaneamente visto a escassez de recursos humanos qualificados para realização de tal tarefa; e ainda da observação do rito que o próprio Ministério da Saúde utiliza para a atualização de seus protocolos clínicos e terapêuticos: **pede-se o aditivo de prazo de 4 meses para a publicação do último protocolo a que se refere o Termo de Ajustamento da Gestão** (deixando claro que a publicação de cada protocolo será realizada conforme a atualização seja efetuada, e que o prazo se refere à publicação da totalidade dos protocolos clínicos e terapêuticos). *(grifos nossos)*



218. Enfatizou que, conforme já destacado no tópico acima, a CPFT da SES/MT já vem trabalhando na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas adotados no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso.

219. Assim, entendeu que tendo em vista a importância e o alto grau de complexidade dessa atividade, **demonstrou-se razoável a prorrogação do prazo para o cumprimento do compromisso.**

220. Diante do exposto, propôs-se considerar o compromisso “parcialmente cumprido” em relação à publicação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Estaduais. **Em razão da ausência de manifestação do gestor acerca desse item, a classificação do grau de cumprimento do compromisso foi mantida como “parcialmente cumprido”.**

221. **O Ministério Público de Contas**, em consonância com o posicionamento acima exposto, entende que o compromisso deve ser entendido como “**parcialmente cumprido**, contudo, opina pela **reanálise** desse item pela equipe técnica quando da realização de novo monitoramento de avaliação de cumprimento do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.5. Da regulação assistencial em Mato Grosso (itens 6.1 e 6.5 da cláusula 6ª do Termo de Ajustamento de Gestão):

222. Preliminarmente, explicou a equipe técnica que a Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pela Portaria do Ministério da Saúde no 1.559, de 1º de agosto de 2008, em que se estabeleceu sua implantação em todas as unidades da federação como instrumento de alcance das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

223. Dispôs, ainda, que, entre as atividades regulatórias exercidas pelos entes federativos, destaca-se a Regulação do Acesso a Assistência ou Regulação Assistencial, que gerencia e prioriza o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do



Sistema Único de Saúde – SUS.

224. Feitas essas considerações, passa-se a análise dos itens 6.1 e 6.5 do Termo de Ajustamento de Gestão, que tratam, respectivamente, dos compromissos assumidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso quanto as ações e serviços públicos de saúde, e quanto ao Sistema de Regulação.

2.5.1 Das ações e serviços públicos de saúde (item 6.1 do Termo de Ajustamento de Gestão):

225. A equipe técnica salientou que a auditoria operacional realizada no âmbito da Regulação Assistencial no Sistema Único de Saúde de Mato Grosso revelou insuficiência na oferta de serviços regularmente buscados pela população na rede pública de saúde.

226. Expôs que essa fragilidade provoca o crescimento das demandas judiciais e traz prejuízos à organização do sistema.

227. Outrossim, frisou que a análise identificou que deficiências em relação ao planejamento realizado pela gestão pública de saúde contribuem diretamente para o quadro, e que, para corrigir essas falhas, foi destacado na auditoria da Regulação Assistencial que:

A oferta de serviços do SUS deve considerar as necessidades de sua população, promovendo uma distribuição adequada das ações e serviços de saúde. Para isso, a atuação dos gestores responsáveis e fundamental no processo de identificação e planejamento das necessidades de cada região.

228. Diante disso e, visando o aumento da resolutividade e da oferta de serviços nas redes de atenção do SUS em Mato Grosso, dispôs que **a Secretaria de Estado de Saúde, mediante adesão ao Termo de Ajustamento de Gestão, comprometeu-se, no prazo de 6 meses a:**



I- Diagnosticar as necessidades de saúde da população, observando sua epidemiologia e demografia, os recursos disponíveis, a estratégia de regionalização e a responsabilidade dos gestores, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no estado às necessidades do cidadão;

II- Pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite-CIB, plano para suprir cada região de saúde com número de leitos necessários.

2.5.1.1 Análise do item 6.1.1 “I” – Diagnóstico das necessidades de saúde da população:

229. No que concerne a esse item, pontuou a equipe técnica que, em relatório de monitoramento e controle do TAG, a equipe da SES/MT responsável pelo acompanhamento do cumprimento do termo afirmou:

Há uma equipe da Superintendência de Gestão Estratégica da SES empenhada na entrega deste diagnóstico. **O resultado parcial deste extenso trabalho pode ser encontrado nos anexos 17 e 18 deste relatório.** Apesar dos significativos avanços alcançados no sentido de melhor conhecermos as necessidades do usuário dos serviços de saúde em Mato Grosso, o trabalho ainda não se faz conclusivo, pois ainda há dados de algumas regiões de saúde que não foram analisados. A previsão de encerramento deste trabalho é para fevereiro de 2016. *(grifou-se)*

230. Ademais, destacou que o diagnóstico parcial enviado pela SES/MT contemplou apenas uma das regiões de saúde, sendo que, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, para o quadriênio 2012/2015, o Estado de Mato Grosso está dividido em 16 regiões de saúde. Portanto, concluiu que quinze destas regiões (93,75%) ainda não possuem diagnóstico.

231. Dispôs que a Secretaria de Estado de Saúde, por meio do mesmo relatório, solicitou **dilação de três meses** no prazo para o cumprimento do compromisso:

Em virtude da complexidade e dimensão do referido diagnóstico; da limitação de recursos humanos disponíveis para a realização de uma tarefa de grande especificidade: pede-se o aditivo de prazo de 3 meses para a finalização deste trabalho.



232. Diante do exposto, propôs que o compromisso fosse considerado “não cumprido” em relação ao diagnóstico das necessidades de saúde. Destacou, também, que caberá ao Conselheiro Relator a avaliação final acerca do pedido de prorrogação de prazo, e, por fim, sugeriu que o acompanhamento da implementação desse compromisso seja realizado no próximo monitoramento do TAG.

233. **Em razão da ausência de manifestação do gestor acerca desse item, manteve no seu relatório técnico conclusivo a classificação do grau de cumprimento do compromisso como “não cumprida”.**

234. Por todo o exposto, **ao Ministério Público de Contas** não resta outra alternativa senão a de considerar como “**não cumprido**” o compromisso pactuado.

235. O próprio gestor admitiu ter descumprido o prazo previsto. Ademais, verificou-se que das dezesseis regiões de saúde, a SES/MT promoveu o diagnóstico de apenas uma. Assim, recomenda-se que o referido item seja objeto de **reanálise** quando da realização de novo monitoramento pela Secex competente.

2.5.1.2 Análise do item 6.1.1 “II” – Pactuação por meio de CIB:

236. No que tange a esse item, salientou a equipe técnica que a Secretaria de Estado de Saúde não apresentou documentação referente ao compromisso especificado neste item do TAG.

237. Entretanto, no parecer enviado ao Tribunal de Contas de Mato Grosso, o órgão explicou:

Uma vez que o diagnóstico que confronta a oferta assistencial da saúde estadual com as necessidades do usuário ainda não foi finalizado, a pactuação na CIB em relação ao número de leitos necessários em cada região ainda não se fez possível.

238. Expôs que, embora seja procedente a argumentação apresentada no relatório de acompanhamento do projeto, o atraso na elaboração do diagnóstico deve ser atribuído à própria gestão estadual da saúde.



239. Ressaltou que o trabalho de monitoramento das ações referentes ao Termo de Ajuste de Gestão não tem o propósito nem a prerrogativa de alterar as cláusulas do compromisso.

240. Diante do exposto, propôs, em seu relatório preliminar, considerar o compromisso “não cumprido” em relação à pactuação por meio de Comissão Intergestores Bipartite.

241. Em manifestação, a SES alegou que para o cumprimento desse inciso do TAG ser indispensável a prévia elaboração do diagnóstico das necessidades de saúde da população, no intuito de ajustar a oferta assistencial disponível no estado às necessidades do cidadão.

242. Argumentou ainda o gestor:

A distribuição e ampliação de leitos devem estar articulados ao planejamento dos demais serviços da rede ambulatorial e hospitalar para tornar os planos regionais e estadual de saúde peças integradas e fidedignas às necessidades da população.

243. Em seguida, a gestão estadual de saúde propôs que o compromisso estabelecido para a pactuação do número de leitos hospitalares fosse incluído no Plano de ação de que trata o item 6.1.2 do TAG, em que se comprometeu a:

6.1.2 Elaborar e implementar Plano de Ação para alcançar a organização e a resolutividade adequada em cada nível de atenção e região de saúde, que deve estar evidenciada no planejamento realizado pelo Colegiado Gestor Regional e nos Planos de Saúde do estado e dos municípios que compõem a região. Para isso, a definição dos investimentos necessários deverá estar expressa e acompanhada de um cronograma no Plano Diretor de Investimento - PDI do estado. O Plano de Ação deve conter:

- a) diagnóstico de cada nível de atenção;
- b) levantamento das necessidades junto aos municípios e centrais de regulação regionais;
- c) ações a serem implementadas;



d) cronograma e responsáveis.

244. Assim, a equipe técnica verificou que o gestor propôs a alteração desse compromisso, aglutinando-o ao item 6.1.2 do TAG, que trata de plano de ação para a organização e a resolutividade adequada em cada nível de atenção e região de saúde, com prazo de 36 meses para cumprimento.

245. Sublinhou, contudo, que também não houve o cumprimento da cláusula 6.1, inciso I do Ajuste, que previa a realização de diagnóstico das necessidades locais e regionais de saúde da população, baseada em critérios demográficos e epidemiológicos, como base ao cumprimento da cláusula 6.1, inciso II do TAG.

246. Diante disso, concluiu que a solicitação de prorrogação do prazo teria efeitos meramente protelatórios, uma vez que não foram apresentadas providências, ainda que intermediárias, para o cumprimento do compromisso no prazo acordado.

247. Reiterou, desse modo, a classificação desse compromisso foi mantida como “**não cumprida**” pelo corpo técnico. Por fim, destacou que a avaliação pertinente à solicitação de prorrogação do prazo para implementação desse compromisso cabe ao Conselheiro Relator.

248. Pois bem. Para que a obrigação prevista no item 6.1.1, II, de pactuar, por meio da Comissão Intergestores Bipartite, plano para suprir cada região de saúde com número de leitos necessários, fosse cumprida, era preciso que o item 6.1.1, I, que trata do diagnóstico das necessidades da população também tivesse sido cumprido.

249. O próprio gestor admitiu o descumprimento do pactuado nos aludidos itens, não tendo apresentado nenhum argumento capaz de justificar o desatendimento do prazo de 6 meses.

250. Assim sendo, **o Ministério Público de Contas**, em consonância com a manifestação da equipe técnica opina pela classificação do item 6.1.1, II como “**não cumprido**”. Ademais, sugere que seja recomendado que o aludido item seja objeto



de **reanálise** quando da realização de nova avaliação de cumprimento do Termo de Ajustamento de Gestão pelo corpo técnico.

2.5.2 Do Sistema de Regulação (item 6.5 do Termo de Ajustamento de Gestão):

251. Primeiramente, a equipe técnica destacou que a Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 (art. 4º, XII) estabelece que a Regulação da Atenção Básica à Saúde seja efetivada com *“a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso”*.

252. No mesmo sentido, dispôs que o protocolo de regulação do Estado de Mato Grosso, aprovado por meio da Comissão Intergestores Bipartite - CIB nº 89, de 6 de outubro de 2011, define que os Complexos Reguladores Municipais, Regionais e Estadual utilizarão como instrumento o Sistema Nacional de Regulação – Sisreg desenvolvido pelo Ministério da Saúde e disponibilizado para o Estado e municípios.

253. Entretanto, pontuou que a equipe de auditoria, identificou, no diagnóstico realizado na Regulação Assistencial, que a informatização do processo de regulação apresentava deficiências que resultavam na morosidade dos agendamentos dos serviços, na fragilidade do fluxo regulatório e na ausência de relatórios tempestivos que subsidiem o planejamento.

254. Em decorrência da situação apontada, informou que **a Secretaria de Estado de Saúde comprometeu-se com o TCE/MT, por meio da formalização do TAG a:**

6.5.1 O compromissário deverá, no prazo de até **6 meses**, concluir a informatização do sistema de regulação por meio do Sisreg III) nas centrais de regulação e unidades de saúde da esfera estadual (próprios e contratualizados).

6.5.2 O compromissário deverá, no prazo de até **6 meses para elaboração**, e de até **18 meses para implementação**, confeccionar,



em articulação com os municípios, Plano de Ação com o objetivo de integrar as centrais de regulação estadual e municipais e assegurar a utilização dos protocolos. O plano deverá conter: diagnóstico da situação atual, ações a serem implementadas, cronograma e responsáveis.

255. Assim, passa-se à análise dos itens 6.5.1 e 6.5.2 do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.5.2.1 – Da informatização do sistema de regulação (item 6.5.1 do TAG):

256. No relatório de acompanhamento das ações referentes ao TAG fornecido ao TCE/MT, a equipe responsável da Secretaria de Estado de Saúde afirmou que:

[...]

A implantação dos complexos reguladores vem sendo **acompanhada pela tecnologia de informática da SES** (Analistas de Sistemas), juntamente com o **Gestores e Técnicos** dos Complexos Reguladores Estadual e Municipais. [...]

A implantação do SISREG tem ocorrido de forma **lenta e gradual** nas **Unidades de Saúde do Estado**, apesar das dificuldades encontradas nos últimos anos/ou gestões passadas.

Neste ano, a equipe da SES solicitou junto ao Ministério da Saúde a **dilatação** do prazo, a fim de que pudessemos dar cumprimento. [...]

Atualmente, o Sistema de Regulação – SIREG III está **implantado nas 16 regionais**, no Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade – CERMAC, nos hospitais regionais de Cáceres, Sorriso e Metropolitano, para o Módulo Ambulatorial. Para o Módulo Hospitalar, foi realizada a capacitação e configuração para os operadores no hospital Metropolitano, mas **não entrando em operacionalização**, com previsão de concluir a configuração em



março de 2016.

As demais unidades descentralizadas, CRIDAC, CEOPE, CIPAS e HEMOCENTRO estão em fase de conclusão da implantação do SISREG III Ambulatorial, com **previsão de funcionamento para o 1º semestre de 2016.**

Foram realizadas capacitações e configurações para os municípios: Nortelândia, Várzea Grande, Santo Afonso, Arenópolis, Brasnorte, Nova Maringá, Campo Novo do Parecis e Poconé, dos quais, Várzea Grande, Diamantino, Primavera do Leste, Cuiabá e Campo Verde, no qual, utilizam o sistema no módulo ambulatorial, e que segundo informações do seus técnicos **encontram-se em fase de implantação do módulo hospitalar.**

Após o processo de capacitação e configuração do Sistema, detectamos alguns problemas para a consolidação do mesmo na maioria dos municípios, entre os quais citamos: **grande rotatividade de funcionários e baixa qualificação técnica dos mesmos para operacionalizá-los, falta de apoio da gestão.** *(Sem grifo no original)*

257. Nesse diapasão, constatou a equipe técnica que, conforme Relatório de Acompanhamento das Ações do TAG fornecido pelo gestor, a implantação do Sisreg III tem ocorrido de forma lenta e gradual nas unidades da saúde do Estado: em algumas regiões, a previsão é que seja efetivada no primeiro semestre de 2016; em outras, o sistema já está em fase de implantação.

258. Frisou que, de acordo com a SES/MT, a grande rotatividade de funcionários, a baixa qualificação técnica dos operadores do Sistema de Regulação – Sisreg III – e a falta de apoio da gestão nos municípios, são fatores que têm contribuído para a não implementação dessa ferramenta na rede pública de saúde estadual.

259. Reforçou, ainda, que a gestão estadual de saúde solicitou **aditamento de prazo de quatro meses** para a finalização da implantação do Sisreg III na



totalidade das unidades estaduais.

260. Outrossim, destacou que, conforme cronograma de implementação do sistema informatizado para os complexos reguladores estaduais (Portaria nº 2.907/2009), a SES/MT já cumpriu a primeira e a segunda etapas de desembolso (junho a novembro de 2015) na ordem de R\$ 1.604.659,65 (um milhão, seiscentos e quatro mil, seiscentos e cinquenta e nove reais e sessenta e cinco centavos) para adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliários e capacitação de pessoal.

261. Sublinhou que em visita ao Complexo Regulador de Sinop, constatou-se, por meio de observação direta, que a capacitação de servidores oferecida pela SES/MT é insatisfatória.

262. Expôs que, de acordo com direção da unidade, o Escritório Regional de Sinop conta com 76 servidores e somente três servidores (3,94%) foram treinados para usar o sistema.

263. Pontuou que em visita ao Hospital Regional de Sinop, a interventora na unidade, Sra. Rejane Potrich Zen, afirmou que a implementação do Sisreg no módulo hospitalar enfrenta resistência por parte dos próprios administradores do hospital.

264. Destacou que, de acordo com a gestora, o módulo hospitalar do Sisreg não atenderia às condições locais uma vez que a demanda é por atendimento em urgência e emergência.

265. No que tange à capacitação do Sisreg, observou que a SES/MT não ofereceu treinamento *in loco* para os servidores do hospital, e que a falta de recursos para diárias foi apontada como outro fator impeditivo para participação dos profissionais de saúde da unidade em eventuais capacitações em Cuiabá.

266. A Equipe Técnica também constatou que, no Hospital Regional de Sorriso, o Sisreg é utilizado apenas no módulo ambulatorial. De acordo com profissionais de saúde da unidade, a alta demanda e condições estruturais inadequadas (*hardware, internet*) impossibilita a implementação de um sistema de regulação hospitalar.



267. Identificou, ainda, a inexistência de cobrança e fiscalização, pela SES/MT, para a implementação do Sisreg módulo hospitalar, e que inexistente, ainda, cronograma de capacitação para os servidores da unidade hospitalar para uso do sistema.

268. Diante do exposto, propôs, em relatório preliminar, que o compromisso fosse considerado “não cumprido” em relação à informatização do sistema de regulação.

269. Na manifestação, a gestão propôs que a avaliação em relação ao compromisso estabelecido seja modificada para “em cumprimento”, uma vez que seu cronograma *prevê a implantação do Sisreg III em toda a esfera estadual até abril de 2016*.

270. Em análise da manifestação do gestor, a equipe técnica não acatou os argumentos do compromissário e reiterou a conclusão do relatório preliminar de monitoramento, classificando o compromisso como “**não cumprido**” em relação à informatização do sistema de regulação.

271. **O Ministério Público de Contas**, corroborando com o entendimento dos auditores, entende que a obrigação deve ser classificada como “**não cumprida**”. Isso porque, durante as visitas realizadas pela equipe do TCE constatou-se que a SES/MT não atingiu de forma satisfatória a conclusão da informatização dos sistema de regulação.

272. Outrossim, entende que o aludido item deve ser objeto de reanálise no próximo relatório de acompanhamento do Tribunal de Contas do Termo de Ajustamento de Gestão.

2.5.2.2 Análise do item 6.5.2 – Plano de Ação para integração das centrais de regulação:

273. Preliminarmente, a equipe técnica, destacou, no que tange às ações para o cumprimento da proposta de configuração que envolvem as Centrais de Regulação Estadual e Municipais e das alternativas estudadas e a solução escolhida, que a SES/MT



informou por meio do Relatório de Acompanhamento que:

Existem **várias propostas** para a configuração, dependendo sempre da estruturação e operacionalização do Complexo Regulador (instituído pela Portaria da Política Nacional de Regulação nº 1.559 de 01/08/2008 em seu art. 9º).

Atinente ao assunto de configuração, é de suma importância a **manifestação do Gestor atual, para definição de qual modelo a ser adotado, para que possamos dar continuidade a implantação do SISREG III.**

Conforme visita técnica realizada nas unidades descentralizadas e **propostas encaminhadas pelos municípios** ao Complexo Regulador Estadual, verificou que os municípios que compõem as regionais possuem unidades com uma **infraestrutura deficitária** incapaz de realizar a informática básica, a infraestrutura de redes de computadores, o processamento das informações em saúde, o armazenamento e o backup das informações e o conjunto elétrico precisando de **reparos** ou **substituições. (Sem grifo no original)**

274. Dispôs que foram informadas, também, as soluções escolhidas, os produtos, a estrutura de composição dos produtos, os beneficiários alvos e as instituições envolvidas.

275. Salientou que, em pesquisa ao sítio da SES/MT, a Equipe Técnica identificou uma proposta de Implantação e/ou Implementação do Complexo Regulador Estadual e Informatização das Centrais Regionais do Estado de Mato Grosso elaborada em 2009 e com similaridade de dados da proposta apresentada nesse plano de ação.

276. Salientou que, por meio do Relatório de Acompanhamento do TAG, a SES informou que a implementação e implantação do sistema informatizado para os complexos reguladores municipais ocorreu em junho e julho de 2015, após a adequação da proposta. Informou, ainda, que o encaminhamento à CIB se deu em agosto de 2015.

277. Ressaltou que, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, está previsto para os meses de fevereiro e março de 2016 o repasse de R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais), destinados à promover a adequação do espaço físico (Equipamentos e Mobiliários) conforme CIB – 068 de 08/2015 e Capacitações, e que a segunda e terceira etapas estão previstas para ocorrer entre abril e julho de 2016, com



desembolso de R\$ 4.400.000,00 (quatro milhões e quatrocentos mil reais) e R\$ 3.300.000,00 (três milhões e trezentos mil reais), respectivamente.

278. Por todo o exposto e, considerando a elaboração do Plano de Ação com o objetivo de integrar as centrais de regulação estadual e municipais, propôs, no seu relatório preliminar, que, especificamente em relação à elaboração do Plano de Ação, fosse considerado “cumprido” o compromisso estabelecido.

279. O gestor não se manifestou quanto a esse item e a equipe técnica manteve a classificação, quanto à elaboração do Plano de Ação, como “**cumprida**”.

280. Desta feita, o **Ministério Público de Contas**, após análise dos autos, entende que o compromissário, envidou esforços para cumprir o seu dever de **elaborar Plano de Ação** com o objetivo de integrar as centrais de regulação estadual e municipais e assegurar a utilização e protocolos.

281. Desse modo, quanto a obrigação específica de elaborar o referido Plano de Ação, o Ministério Público de Contas opina pela classificação da obrigação como “**cumprida**”.

282. O Termo de Ajustamento de Gestão previu o prazo de 18 meses para a sua implementação. Assim, entende que o aludido item deve ser objeto de **reanálise** quanto ao cumprimento dessa obrigação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

283. Neste trabalho de monitoramento buscou-se avaliar o grau de cumprimento dos compromissos acordados no Termo de Ajustamento de Gestão acerca das auditorias operacionais realizadas na saúde em 2014.

284. Para medir o grau de cumprimento dos compromissos do TAG, foram adotados quatro níveis de classificação: a) cumprido; b) parcialmente cumprido; c)



em cumprimento; e d) não cumprido.

285. A classificação “**parcialmente cumprido**” compreendeu os compromissos em que o gestor considerou concluídas as providências referentes ao cumprimento ou à implementação, sem cumpri-la ou implementá-la totalmente.

286. A classificação “**em cumprimento**” contemplou os compromissos em que as providências para cumprir ou implementar a deliberação ainda estão em curso ou o cumprimento ou a implementação é medida em unidades de produtos e nem todos os produtos foram concluídos.

287. A versão preliminar deste segundo relatório de monitoramento do Termo de Ajustamento de Gestão foi submetida, aos gestores signatários do Acordo – Governo do Estado e Secretaria de Estado de Saúde – com a finalidade de se obter os comentários acerca da avaliação preliminar do grau de cumprimento dos compromissos do TAG com prazo de **seis meses** para cumprimento.

288. A resposta da gestão foi encaminhada em 9.3.16 por meio do Ofício nº 337/2016/GBSES/MT, sob o nº de Protocolo 51.632 – D. Nessa ocasião, a Secretaria de Estado de Saúde encaminhou as alegações e observações referentes aos compromissos avaliados, bem como disponibilizou documentos com a finalidade de comprovar algumas dessas alegações.

289. Os comentários do gestor estadual de saúde restringiram-se a seis itens avaliados no parecer do TCE/MT, quais sejam:

1. Elaborar calendário de educação permanente (cláusula quarta – item 4.1, inciso I, do TAG);
 2. Capacitar os membros do Conselho Estadual de Saúde (cláusula quarta – item 4.1, inciso II, do TAG);
 3. Estruturar o Núcleo de Apoio Técnico do Tribunal de Justiça (cláusula quinta – item 5.4, inciso I, do TAG);
 4. Implementar ações para a interlocução com Tribunal de Justiça, Defensoria Pública e Ministério Público (cláusula quinta – item 5.4, inciso II, do TAG);
 5. Pactuar plano para aumentar o número de leitos hospitalares (cláusula sexta – item 6.1.1, inciso II, do TAG); e
- Concluir a informatização do sistema de regulação dos serviços de



saúde (cláusula sexta – item 6.5.1 do TAG).

1. Com efeito, essa segunda etapa de monitoramento abrangeu **14 compromissos assumidos por meio da adesão ao TAG**, dos quais: quatro foram considerados “**cumpridos**”; oito foram considerados “**não cumpridos**”; um foi considerado “**em cumprimento**”; e um foi considerado “**parcialmente cumprido**”.

2. A Secretaria de Estado de Saúde se manifestou sobre 42,86% dos compromissos avaliados no segundo relatório de monitoramento. Em relação a algumas metas avaliadas como “**não cumpridas**”, foram elaboradas justificativas e incluídos anexos que objetivavam sustentar a argumentação.

3. Nos demais casos, a equipe da SES/MT atualizou o andamento das ações realizadas para cumprir os compromissos assumidos e pleiteou mudança de *status* no relatório de monitoramento.

4. Para os demais oito compromissos avaliados, não houve manifestação específica por parte dos gestores signatários.

5. Diante do exposto, a equipe técnica encaminhou Relatório de Monitoramento ao Conselheiro Relator, para apreciação pelo Tribunal Pleno, em cumprimento à Cláusula Sétima – item 7.1 do Termo de Ajustamento de Gestão:

O Tribunal de Contas do Mato Grosso constituirá comissão de auditores para que exerça de forma concomitante as ações de auditoria, inspeção e controle das obrigações constantes neste documento, de modo a permitir que possíveis irregularidades na execução do Termo de Ajustamento de Gestão sejam corrigidas imediatamente, impedindo possíveis prejuízos à Administração Pública.

6. Nesse relatório apresentou-se a classificação das providências tomadas pelos gestores quanto ao atendimento dos compromissos acordados no TAG no que se refere aos compromissos não cumpridos, parcialmente cumpridos e em cumprimento, para manifestação dos gestores.

7. Entendeu que foram cumpridos os itens 5.7, incisos I, II e III, que



não foram cumpridos no prazo de seis meses os itens a) 5.2; b) 5.4. I; c) 5.4. III; d) 6.1 I; e) 6.1 II; e, f) 6.5.1, que encontram-se em cumprimento os itens a) 4.1. I; b) 4.1. II, e, c) 5.4. II, e que foi parcialmente cumprido no prazo de seis meses o item 5.7 IV.

8. Verificou que houve o pedido de prorrogação de prazo para as quatro cláusulas a seguir relacionadas: a) Item 4.1 II; b) Item 5.7 IV; c) Item 6.1.1 I; d) Item 6.5.1, e que houve o pedido de repactuação para o item 6.1.1 II.

4. CONCLUSÃO

9. O **Ministério Público de Contas**, instituição permanente e indispensável à fiscalização e ao controle externo contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial do Estado de Mato Grosso, no exercício de fiscal da Lei e da Constituição, **manifesta**:

a) pela classificação do **item 4.1, inciso I da Cláusula Quarta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**em cumprimento**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

b) pela classificação do **item 4.1, inciso II da Cláusula Quarta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**em cumprimento**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

c) pela classificação do **item 5.2 da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

d) pela classificação do **item 5.4, inciso I da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela



recomendação de reanálise pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

e) pela classificação do **item 5.4, inciso II da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**em cumprimento**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

f) pela classificação do **item 5.4, inciso III da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

g) pela classificação do **item 5.7, inciso I da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**cumprida**”;

h) pela classificação do **item 5.7, inciso II da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**cumprida**”;

i) pela classificação do **item 5.7, inciso III da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**cumprida**”;

j) pela classificação do **item 5.7, inciso IV da Cláusula Quinta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**parcialmente cumprido**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

l) pela classificação do **item 6.1, inciso I da Cláusula Sexta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

m) pela classificação do **item 6.1, inciso II da Cláusula Sexta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela



recomendação de reanálise pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

n) pela classificação do **item 6.5.1 da Cláusula Sexta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**não cumprida**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG;

o) pela classificação do **item 6.5.2 da Cláusula Sexta do Termo de Ajustamento de Gestão** como “**cumprida**”, bem como pela **recomendação de reanálise** pela equipe da Secex quando da realização de novo monitoramento do TAG.

p) **pelo encaminhamento de cópia** da decisão que julgar o presente feito e do Voto que a fundamentar, deste Parecer, bem como dos Relatórios Conclusivos da equipe de auditoria, ao Exmo. Sr. Governador do Estado, aos Prefeitos dos Municípios do Estado de Mato Grosso, ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde e ao Tribunal de Contas da União, para conhecimento e providencias cabíveis.

É o Parecer.

Ministério Público de Contas, Cuiabá em 13 de abril de 2016.

(assinatura digital)³

ALISSON CARVALHO DE ALENCAR

Procurador de Contas

(Em substituição ao Procurador de Contas William de Almeida Brito Júnior)

³Documento assinado por assinatura digital baseada em certificado digital emitido por autoridade certificadora credenciada, nos termos da Lei Federal nº 11.419/2006.