



PROCESSO Nº	: 29.110-2/2017
ÓRGÃO	: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CÁCERES
INTERESSADOS	: FRANCIS MARIS CRUZ - PREFEITO EVANILDA COSTA DO NASCIMENTO - EX-SECRETÁRIA
ASSUNTO	: MONITORAMENTO
RELATOR	: CONSELHEIRO INTERINO JOÃO BATISTA DE CAMARGO JÚNIOR

VOTO

251. Conforme relatado, estes autos tratam de monitoramento instaurado para identificar o grau de implementação das recomendações expedidas por este Tribunal de Contas à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres, por meio do Acórdão nº 3.292/2015 - TP (referente ao Processo de Auditoria Especial nº 21.672-0/2014).

252. O monitoramento se justifica pela necessidade de verificação do cumprimento das determinações lavradas por este Tribunal e possui previsão no art. 148, inciso V e § 6º, do Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (RI-TCE/MT), que assim dispõe:

Art. 148. O Tribunal, no exercício de suas atribuições, poderá realizar fiscalizações nos órgãos e entidades sob sua jurisdição, com vistas a verificar a legalidade, a economicidade, a legitimidade, a eficiência, a eficácia e a efetividade de atos, contratos e fatos administrativos, mediante os seguintes instrumentos:

- I. Auditorias;
- II. Levantamentos;
- III. Inspeções;
- IV. Acompanhamentos;
- V. Monitoramentos.**

[...]

§ 6º. **Monitoramento é o instrumento de fiscalização utilizado pelo Tribunal para verificar o cumprimento de suas decisões** e os resultados delas advindos. (Nova Redação do § 6º do artigo 148 dada pela Resolução Normativa nº 8/2017) (grifei).

253. Cabe destacar que, o monitoramento foi realizado para conhecer o grau de implementação das recomendações feitas aos 31 (trinta e um)



municípios auditados em 2014, conforme a deliberação do Tribunal Pleno no Acórdão nº 3.292/15 – TP.

254. O município de Cáceres foi selecionado para avaliação a partir de levantamento realizado dos 31 (trinta e um) municípios auditados em 2014. Além de Cáceres, o levantamento definiu a realização de monitoramento nos municípios de Cuiabá, Rondonópolis, Sinop e Várzea Grande.

255. Os responsáveis avaliados pelo monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres foram os gestores Sr. Francis Maris Cruz (Prefeito) e Sra. Evanilda Costa do Nascimento (ex-Secretária Municipal de Saúde).

256. O período abrangido pelo monitoramento foi de setembro de 2015 a setembro de 2017, e o período de realização do monitoramento foi de 1º de julho a 30 de setembro de 2017.

257. Este monitoramento visou avaliar o grau de implementação das recomendações para sanar as impropriedades identificadas nas auditorias realizadas em 2014, na **Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Regulação Assistencial** em Mato Grosso.

258. Diante da limitação de recursos humanos e do número de recomendações previstas no referido acórdão, um levantamento preliminar selecionou e identificou, consoante critérios de relevância, materialidade de risco, os municípios e as recomendações considerados prioritários para a realização dos trabalhos de monitoramento.

259. Dessa forma, o escopo limitou-se às providências adotadas nas seguintes áreas:¹

¹ Documento Digital nº 293679/2017, fls. 7-8.



a) **Atenção Básica:** planejamento municipal dos serviços de Atenção Básica; referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção; adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde às normas fixadas pelo Ministério da Saúde; avaliação do acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; mecanismos de monitoramento e avaliação; estrutura física de Tecnologia da Informação, equipes e adoção de portfólio de indicadores para o monitoramento de avaliação da Atenção Básica.

b) **Assistência Farmacêutica:** estruturação dos estabelecimentos farmacêuticos; responsabilidade técnica pelos estabelecimentos farmacêuticos; sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica; programação para aquisição de medicamentos; e interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público Estadual – MPE e Defensoria Pública – DPE.

c) **Regulação Assistencial:** infraestrutura da Central de Regulação; informatização do processo de regulação assistencial, oferta de serviços do SUS e comunicação com o usuário; fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos.

260. Dessa forma, passo à análise das irregularidades relativas à verificação do cumprimento dessas deliberações.

261. O primeiro ponto abordado pela equipe técnica foi a **Atenção Básica (item 2 - subitem 2.1)**, mais especificamente, a referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção.

262. O TCE/MT, almejando conceder maior resolutividade à Atenção Básica, recomendou à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cáceres que fossem criados mecanismos que institucionalizassem o registro de contrarreferência (**item b**) e estabelecessem controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos (**item c**).

263. Importante mencionar que o Ministério da Saúde destaca a importância dos estabelecimentos de fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde local, para a busca da integralidade do cuidado de várias doenças, como a asma, de acordo com o texto extraído do seu portal:



Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a atenção às pessoas com doenças respiratórias crônicas esteja pautada na integralidade do cuidado, com base em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Por isso, **o gestor precisa:**

- Colaborar para o planejamento e avaliação das ações de saúde locais;
- **Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde local;**
- Garantir a realização oportuna dos exames complementares necessários ao diagnóstico/acompanhamento;
- Estabelecer protocolos locais para o manejo de doenças respiratórias crônicas (DRC), bem como critérios para dispensação dos medicamentos e exames complementares;
- Determinar quais medicamentos específicos para as DRC serão disponibilizados e garantir o seu fornecimento.

Também é importante o gestor priorizar ações de educação permanente para as equipes de saúde, estimular a equipe a manter os prontuários clínicos atualizados e incentivar o correto preenchimento e envio de dados para os sistemas de informação em saúde.² (grifei)

264. Verifica-se que o sistema de referência e contrarreferência do SUS, para atendimento do paciente, baseia-se na hierarquização e no escalonamento do grau de gravidade da enfermidade.

265. Esse sistema é necessário para garantir a totalidade do tratamento do usuário e a integralidade de acesso deste aos serviços do sistema público de saúde.

266. Corroborar essa explicação o Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP):

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatórios de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários).

O paciente é atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico.

Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários).

Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente é reencaminhado (contrarreferência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento.

² Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/asma>. Acesso em 25/3/2020.



O modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contrarreferência do paciente procura garantir ao cidadão acesso aos serviços do sistema público de saúde - desde o mais simples até o mais complexo -, de acordo com as reais necessidades do tratamento.³

267. É importante destacar que a contrarreferência é um instrumento fundamental para a melhor abordagem e tratamento dos usuários encaminhados pela Atenção Básica.

268. Para monitorar esse item, a equipe técnica entrevistou a Coordenadora municipal da Atenção Básica e fez visitas às unidades de Atenção Primária no município de Cáceres.

269. Na entrevista feita com a Coordenadora Municipal da Atenção Básica, quando perguntada sobre a implantação do registro de dados de tempo médio de retorno e encaminhamento de pacientes, a própria gestora respondeu negativamente.

270. A Secex destacou ainda que, nas visitas realizadas, verificou que apenas uma dentre cinco unidades de saúde possuía linhas telefônicas, de modo que, nesses locais em que não havia linha telefônica, só se toma conhecimento da situação do paciente num eventual retorno ou visita dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

271. Em defesa, os responsáveis alegaram que a Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres estaria buscando mecanismos para o acompanhamento rigoroso do percentual dos encaminhamentos para média e alta complexidade.

272. Destacou que foram implementados em todas as unidades sistemas informatizados com *software* específico e que estaria em andamento um projeto para instalação de fibra ótica em todas elas.

³ Disponível em: <http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/index.php/sus/encaminhamento/12-atendimento/consulta-e-exames/130-hierarquizacao>. Acesso em 25/3/2020.



273. No entanto, examinando o que foi evidenciado pela equipe técnica após a fase de execução, entendo que as justificativas apresentadas pela defesa não alteraram o resultado apresentado preliminarmente acerca dos itens em comento.

274. Além disso, verifica-se que a própria defesa reconheceu que as recomendações não foram adotadas, pontuando que ainda estariam em fase de planejamento.

275. Posto isto, acompanho a equipe de auditoria e o Ministério Público de Contas, e considero as **recomendações do subitem 2.1 do Acórdão nº 3.292/2015-TP (item 20.1, alíneas “b” e “c”) como “não implementadas”**. **Desse modo, renovo a recomendação à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que: a) crie mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; e b) estabeleça controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e também do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos, no prazo de 90 (noventa) dias.**

276. Quanto ao **subitem 2.2**, trata sobre a adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde às normas fixadas pelo Ministério da Saúde, a fim de obter das unidades de Atenção Básica estrutura em conformidade com a legislação aplicável e que possibilite o aumento da produtividade e resolutividade dos atendimentos, bem como condições adequadas de trabalho aos profissionais da saúde e diminuição da demanda média e alta complexidade.

277. Desse modo, o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que elaborasse um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável (**item a**), exercesse controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços (**item b**), e avaliasse as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e



a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e outros serviços necessários (**item c**).

278. Para avaliar as recomendações exaradas, a equipe técnica realizou um acompanhamento *in loco* da infraestrutura das unidades vinculadas ao primeiro nível de atenção nos municípios selecionados para a amostra a ser monitorada.

279. Em Cáceres, foram realizadas visitas às seguintes unidades da Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde (UBS) Izabel e Marajoara e Unidade de Saúde Familiar (USF) Vitória Régia, Rodeio, Jardim Paraíso e CAIC.

280. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Cáceres tem 20 (vinte) unidades de Atenção Primária. Desse modo, a amostragem visitada pela equipe técnica representa 25% do total de estabelecimentos do primeiro nível de atenção.

281. Quanto ao **item a** (elaborar um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável), a defesa não se manifestou sobre o assunto nem acostou documentos de que o plano fora elaborado.

282. Com relação ao **item b** (exercer controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços), a equipe técnica informou que as inspeções realizadas evidenciaram que apenas na UBS Vitória Régia havia vigilantes durante 24 horas, os quais se revezavam em turnos de trabalho, de forma a garantir a segurança dos usuários e servidores.

283. Quanto às demais unidades visitadas, além de não possuírem nenhum serviço de vigilância eletrônica ou patrimonial, os vigilantes atuavam nelas apenas no período noturno.



284. Em alegações de defesa, os gestores confirmaram que os vigilantes atuam apenas no período noturno e que trabalham no período diurno apenas aos fins de semana e feriados.

285. Cumpre aqui ressaltar que a Segurança Patrimonial Hospitalar⁴ é a atividade de vigilância patrimonial desempenhada dentro de um ambiente hospitalar, com o objetivo de garantir a incolumidade física das pessoas e a integridade do patrimônio nas dependências do complexo hospitalar.

286. Conforme a equipe técnica e a alegação da defesa, as unidades básicas de saúde do município ainda carecem na segurança patrimonial hospitalar, considerando que apenas uma unidade – Vitória Régia – possui segurança 24h, tendo as demais apenas no período noturno.

287. Outras medidas de segurança que podem vir a ser implementadas pelo município é o emprego de equipamentos eletrônicos de forma integrada, com o objetivo de garantir a segurança e a integridade das pessoas e bens materiais, controle de chaves e crachás, controle de acesso de colaboradores, fornecedores, pacientes, acompanhantes e visitantes.

288. No **item c**, o TCE/MT recomendou à SMS que avaliasse as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e outros serviços necessários.

289. Com relação a esse item, a equipe técnica destacou que não identificou extintores de incêndio nas unidades de saúde do primeiro nível de atenção visitadas, com exceção da USF Rodeio, onde os extintores estavam com carga vencida desde **2013**.

⁴ Disponível em: <https://gestaodesegurancaprivada.com.br/seguranca-patrimonial-hospitalar-2/>. Acesso em: 23/3/2020.



290. Impende observar que a falta de equipamentos básicos de combate e prevenção de incêndio acarreta um grande risco para a vida dos servidores e pacientes da Atenção Básica de Saúde, bem como ao patrimônio público municipal. Isso porque a ausência desse aparelhamento impede o combate a uma combustão que poderia ser neutralizada de início.

291. Assim, essas impropriedades na estrutura física das UBS podem desencadear acidentes, incêndio e danos nas demais instalações e no aparelhamento local, fatores que, além de colocarem em risco a integridade física dos servidores e pacientes, acarretam oneração posterior da administração pública e desrespeito aos princípios da eficiência e da economicidade.

292. A equipe técnica destacou ainda que a USF CAIC possui péssima infraestrutura. Isso porque, além de ser sediada numa edificação antiga e inadequada aos padrões previstos na legislação aplicável, não tem espaço físico ou instrumental para realizar procedimentos de nebulização nem equipamentos básicos como autoclave.

293. Do mesmo modo, na visita à USF Rodeio, a equipe técnica identificou que não havia estufa e instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde para fazer curativos.

294. Ato contínuo, a equipe técnica destacou que, apesar de ocorrer dispensação de medicamentos em todas as unidades visitadas, não havia farmacêutico ou responsável técnico em nenhuma delas.

295. Conforme relatado, em defesa, os gestores da SMS de Cáceres, quanto à instalação de extintores de incêndio, alegaram que o processo para aquisição dos equipamentos estaria em fase de cotação.

296. Com relação à dispensação de medicamentos, a defesa afirmou que, segundo a Lei nº 5.991/1973, não há exigência de profissional farmacêutico



ou responsável técnico específico para isso.

297. Quanto aos equipamentos, a defesa alegou que, por meio do Pregão nº 64/2017, já estaria sendo providenciada a compra de novas autoclaves para as unidades. Além disso, pontuou que o PSF CAIC já possui autoclave e instrumentos para nebulização. Em relação à USF Rodeio, destacou que já se encontra equipada com estufa e materiais curativos.

298. Pelo exposto, como muitas das recomendações citadas ainda estão em implementação e considerando, na mesma linha da unidade técnica, que as alegações de atendimento às recomendações carecem de razoabilidade e comprovação, sigo o mesmo entendimento da Secex.

299. Cumpre aqui destacar que as irregularidades estruturais, bem como as de controle interno, de prestação do serviço público em geral e na área da saúde constatadas não só neste monitoramento, mas em grande parte dos municípios, devem-se precipuamente à falta de planejamento e à manifesta inadequação do sistema de gestão e administração atualmente adotado, nos quais a Administração toma para si a execução direta dos serviços públicos nesta área, reprimindo o princípio da especialidade, que deve ser observado para obter a eficiência e angariar resultados positivos na prestação.

300. Nessa linha, de acordo com a doutrina:

A especialidade se baseia no princípio da indisponibilidade do interesse público e do dever de eficiência na execução da atividade administrativa, inerente aos órgãos estatais, o que justifica a necessidade de descentralização dos serviços do Estado e da desconcentração de atividades dentro da estrutura orgânica da Administração. Com efeito, na incessante busca pela eficiência da atividade administrativa, em determinadas situações, os entes estatais transferem a terceiros especializados a execução de alguns serviços públicos. **Isso ocorre porque a especialização em determinada atividade acaba por ensejar uma maior eficiência na atividade com a obtenção de resultados positivos, haja vista o fato de que estas entidades dedicam todos os seus esforços na execução de uma única atividade, não dividindo suas tarefas para execução de outros serviços.**⁵ (grifei)

⁵ CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito Administrativo**. 3ª. ed. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPODIVM, 2016. p. 90.



301. Importante mencionar que a especialidade deve ser alcançada não só na desconcentração de atividades dentro da estrutura orgânica da administração, mas de forma descentralizada, de forma a conduzir o ente descentralizado a executar o serviço público delegado ou outorgado com especialidade, dedicando o seu empenho somente na atividade imputada, de maneira a conferir à administração pública delegante somente o controle dos atos que serão realizados.

302. Em virtude dessas considerações, acompanho a equipe de auditoria e o MPC e **considero as recomendações do subitem nº 2.2 (item 27, alíneas “a”, “b” e “c”), do Acórdão nº 3.292/2015-TP, como “não implementadas”, e renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres que:

a) adeque a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e assegure o abastecimento dos insumos, materiais e medicamentos básicos necessários para a operacionalização das unidades e atendimento resolutivo aos usuários do SUS; e

b) encaminhe a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas em relação às recomendações acima.

303. O **subitem 2.3** refere-se à avaliação do acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

304. O TCE/MT recomendou à SMS que monitorasse e avaliasse a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às Unidades Básicas de Saúde (**item a**). Além disso, recomendou que ampliasse a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das Unidades Básicas de Saúde (**item b**).



305. O Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) é uma espécie de prestação de serviços que auxilia o diagnóstico clínico e executa procedimentos terapêuticos por meio de exames complementares, como laboratoriais e de imagem, conforme explica a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina:

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de determinada região. Eletroencefalograma, holter, teste ergométrico, ecocardiograma e ultrassonografia são alguns dos procedimentos diagnósticos disponíveis em certas unidades com SADT, sendo que os exames ofertados podem variar de acordo com a necessidade de saúde da população da região.⁶

306. Como explicado pela associação citada, os exames complementares são necessários para apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de determinada região.

307. Dessa forma, é dever do município realizar a oferta desses serviços de forma compatível com a demanda das unidades básicas de saúde, bem como monitorar e avaliar a prestação dos serviços.

308. Em entrevista realizada pela equipe técnica, a Coordenadora da Atenção Básica, quando perguntada sobre a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, respondeu que o ingresso de novos usuários no sistema de saúde foi maior que a capacidade municipal para aumentar a oferta de serviços no SUS. Além disso, afirmou que os exames laboratoriais atendem à demanda apenas de forma parcial.

309. Então, para conseguir mais informações sobre o assunto, a equipe técnica requereu via ofício: a) a relação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ofertados na Atenção Básica municipal e b) o quantitativo de

⁶ Disponível em: <https://www.spdm.org.br/onde-estamos/outras-unidades/sadt-servico-de-apoio-diagnostico-terapeutico> . Acesso em 25/3/2020.



pacientes em fila de espera por exames ofertados na Atenção Primária.

310. Em resposta, a SMS de Cáceres informou que há oferta dos serviços de Laboratórios de Análises Clínicas e Ultrassonografia Obstétrica.

311. Contudo, a SMS de Cáceres não atendeu à solicitação no que se refere ao quantitativo de pacientes em fila de espera por exames ofertados na Atenção Primária, apenas respondeu que o agendamento é realizado de forma contínua, conforme a demanda.

312. Em defesa, os gestores alegaram que houve uma melhoria do acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos, com a contratação, no ano de 2016, de dois laboratórios de análises clínicas (São Mateus e Exame). Entretanto, equipe técnica salientou que tais alegações não foram acompanhadas de evidências, bem como acrescentou que o panorama identificado pelo TCE/MT é posterior ao período citado pelos gestores.

313. Diante do exposto, acompanho a equipe de auditoria e o MPC e considero as **recomendações do subitem nº 2.3, (item 30, alíneas “a” e “b”), do Acórdão nº 3.292/2015-TP, como “não implementadas”, e por esse motivo renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que **amplie** a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das unidades básicas de saúde, **realize** o controle e avaliação da prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e **encaminhe** a este Tribunal, no prazo de **90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

314. O **subitem 2.4** trata da estrutura física de Tecnologia de Informação (TI) para Monitoramento e Avaliação.

315. O TCE/MT, visando à melhoria nos serviços prestados na Atenção Básica à população e objetivando garantir o monitoramento e avaliação das



ações de saúde, recomendou à SMS de Cáceres que: a) elaborasse um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica e b) adequasse a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico.

316. Atualmente, sabe-se que uma eficaz estrutura de tecnologia da informação é fundamental para o atendimento dos anseios na prestação dos serviços públicos. Assim, é obrigação do gestor público investir nessa área, já que, com a evolução da sociedade, a tecnologia da informação se tornou essencial para o cumprimento dos mandamentos constitucionais na área da saúde.

317. Dessa forma, uma estrutura de tecnologia da informação deficiente desencadeia vários fatores que contribuem para a malversação da gestão da saúde pública, como a morosidade do atendimento, erro de diagnósticos, bem como a dificuldade em levantar e registrar informações para futuros planejamentos e investimentos nessa área.

318. Vale ainda mencionar que um planejamento estratégico eficiente é fundamental para desenvolvimento de um órgão público e que a sua operacionalização cabe a sistemas de tecnologia da informação, de acordo com o que dispõe o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão:

A maior parte das ações previstas no Planejamento Estratégico de um órgão está associada a soluções oferecidas pela Área de Tecnologia da Informação, uma vez que cabe a ela operacionalizar estas ações e projetos.⁷

319. Impende ressaltar que a ausência ou precariedade de um sistema de tecnologia de informação impede a concretização do princípio da eficiência na administração, principalmente na gestão da saúde pública municipal, que

⁷ Guia de Boas Práticas em Contratação de Soluções de Tecnologia da Informação. Disponível em: https://www.governodigital.gov.br/documentos-e-arquivos/Guia_de_Boas_Praticas_v3.pdf. Acesso em: 25/3/2020.



necessita de registro, comparação e cálculo de inúmeros dados para que se possa elaborar um planejamento e executar os serviços de forma eficiente ou até mesmo para demonstrar eventuais necessidades e angariar recursos federais e estaduais.

320. Corroborando o exposto acima o Informativo Fórum Jacoby de Gestão Pública, no qual foi ressaltada a necessidade da tecnologia da informação para o planejamento de atos administrativos e o cumprimento do princípio constitucional da eficiência:

Com vistas a atender às disposições contidas no art. 6º, I, do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e à necessidade de fazer cumprir o princípio constitucional da eficiência, a Administração deve implantar processos de planejamento de seus atos administrativos. Assim sendo, **torna-se cada vez mais impraticável pensar a estratégia institucional do órgão sem que esta esteja intrinsecamente alinhada com a Tecnologia da Informação.**⁸ (grifei)

321. Importante mencionar que o Ministério da Saúde fornece **gratuitamente** aos municípios o sistema de tecnologia da informação e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que possui dois softwares, o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

322. O CDS apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação. Por sua vez, o PEC é um sistema com prontuário eletrônico, que auxilia nas ações de gerenciamento de unidades básicas de saúde, conforme trecho extraído do manual do Departamento de Atenção Básica:

O Sistema e-SUS AB é um software público e gratuito, portanto não é permitido qualquer tipo de cobrança pela aquisição ou pelo seu uso. Seu fornecimento é feito pelo Ministério da Saúde sob responsabilidade do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio do Portal do DAB (<http://dab.saude.gov.br/esus>). O desenvolvimento é feito em cooperação com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

⁸ Disponível em:

http://www.bidforum.com.br/bidBiblioteca_informativo_telacheia_pesquisa.aspx?n=1696&p=17.

Acesso em 25/3/2020.



O Sistema e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é um sistema de software que auxilia nas ações de: gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde; organização da agenda e processo de trabalho; registro e organização, em formato de prontuário eletrônico, para os profissionais de saúde; registro e organização, em formato de Coleta de Dados Simplificada (módulo CDS), por meio de fichas e processo de digitação destas; monitoramento e avaliação das ações de saúde no território; entre outras.⁹

323. Isso posto, para realizar este monitoramento, a equipe técnica fez visitas à SMS, à Coordenadoria de Atenção Básica e a unidades de saúde do primeiro nível de atenção. Nessas visitas, aplicou uma entrevista estruturada à Coordenadora da Atenção Básica e indagou-a sobre a existência de um diagnóstico sobre a estrutura de TI que reflita as necessidades demandadas para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, bem como perguntou se a estrutura de TI é suficiente e adequada para a atividade de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

324. Em resposta, a Coordenadora, nas duas questões, respondeu negativamente. Por seu turno, a defesa alegou que implementou em todas as unidades sistemas informatizados com *software* específico e que estaria em andamento um projeto para instalação de fibra ótica.

325. Contudo, conforme relatado, a gestão não apresentou evidências acerca do que foi alegado sobre essa matéria na defesa.

326. Em virtude disso, acompanho o posicionamento da equipe técnica e do MPC e considero as **recomendações do subitem nº 2.4 (item 33.1, alíneas “a” e “b”), do Acórdão nº 3.292/2015-TP, como “não implementadas”, e renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que: a) **adeque** a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades da população local, inclusive implantando internet de qualidade suficiente para a gestão dos sistemas gratuitos do governo

⁹ Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_3_0/index.php?conteudo=introdutorio/introdutorio. Acesso em: 25/3/2020.



e outros necessários à execução dos trabalhos locais; b) **implemente** o sistema e-SUS em todas as unidades de atenção básica da saúde, encaminhando a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

327. O **item 3** aborda a **Regulação Assistencial**, que trata da informatização do processo de regulação assistencial, oferta de serviços do SUS, comunicação do usuário, fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos.

328. Em relação especificamente ao **subitem 3.1**, tratou da informatização do processo de regulação assistencial por meio da implantação do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg III).

329. O objetivo da Regulação Assistencial foi propiciar agilidade no agendamento dos serviços de saúde, possibilitar a emissão de relatórios tempestivos que auxiliem o controle, avaliação, planejamento e programação, bem como acesso aos leitos e às consultas não dependentes da gerência interna de cada estabelecimento de saúde, ficando sob o controle da central de regulação.

330. Além disso, também possuía o objetivo de garantir o acesso baseado em critérios impessoais, de acordo com as condições clínicas dos usuários, fluxos estabelecidos e protocolos de regulação.

331. A Portaria nº 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), no seu art. 4º, inciso XII, determina a utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde nos estados da federação:

Art. 4º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:



XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

332. Em atenção a tais preceitos, o Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde desenvolveu o Sisreg III, que é um sistema *on-line* para o gerenciamento de todo complexo regulatório, desde a rede básica até a internação hospitalar, cujo objetivo é a humanização dos serviços, maior controle do fluxo, otimização na utilização dos recursos, bem como a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria, nos seguintes termos:

O SISREG 3.4, Sistema *on-line* desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS, passou a integrar com o Cartão Nacional de Saúde (CADWEB 4.5) higienizado, através de um serviço que faz parte do projeto Barramento SOA-SUS. Esta integração visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos. O sistema funciona com navegadores (Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, **visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.**¹⁰ (grifei)

333. Importante mencionar que o Departamento de Informática do SUS (Datusus) ainda disponibiliza um espaço *on-line* denominado ambiente de treinamento (<http://sisregiii.saude.gov.br/>) para que os gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática conheçam as funcionalidades do Sisreg III.

334. Frisa-se que, para ter acesso a esse sistema, basta realizar o treinamento acima mencionado e encaminhar um ofício à Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), solicitando o acesso, de acordo com a informação extraída do site do Datusus:

É também **disponibilizado um espaço *on-line* denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática** para que

¹⁰ Disponível em: <<http://datusus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>>. Acesso em: 25/3/2020.



naveguem e **conheçam o escopo de funcionalidades** que permite compor uma central de regulação de maneira rápida e prática. **Para ter acesso ao sistema é necessário ter realizado o treinamento e encaminhar um ofício para CGRA - Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, solicitando acesso.** Atualmente o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil com 204 CENTRAIS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL e 19 CENTRAIS DE REGULAÇÃO HOSPITALAR. Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS.¹¹

335. Acentua-se que o Sisreg III possui três módulos de operação, o **Módulo I**, de Central de Regulação Ambulatorial, para o controle de consultas, exames, agendas dos profissionais de saúde; o **Módulo II**, de Central de Internação Hospitalar, que controla o funcionamento de procedimentos hospitalares do SUS; o **Módulo III**, de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac), que possui funcionalidade para autorização e acompanhamento de procedimentos de alta complexidade, conforme explica o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass):

O sistema é composto de três módulos: Ambulatorial (marcação de consultas e exames especializados), Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).

Módulo I: Central de Regulação Ambulatorial – tem como funcionalidades:

- Disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados.
- Controlar as agendas dos profissionais de saúde.
- Controlar o fluxo dos usuários no sistema – solicitação, agendamento e atendimento.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos, não execução por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Controlar os limites de solicitação e execução dos procedimentos especializados por estabelecimento de saúde solicitante e executante.

Módulo II: A Central de Internação Hospitalar – tem como funcionalidades:

- Acompanhar a alocação de leitos (urgência e eletiva).
- Acompanhar a disponibilidade de leitos em tempo real.
- Encaminhar e autorizar internações de urgência.
- Agendar e autorizar as internações eletivas.
- Controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais (admissão, período da internação e alta).
- Controlar limites de solicitação de procedimentos hospitalares por estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar limites de execução dos estabelecimentos de saúde executantes.

¹¹ Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>>. Acesso em: 25/3/2020.



-Controlar as emissões e autorizações das AIH.
-Disponibilizar informações sobre internações para o faturamento das AIH.

Módulo III: A Autorização de procedimentos de alta complexidade – APAC – acompanha os processos envolvidos nos encaminhamentos de procedimentos de alta complexidade/custo, permitindo aos administradores seguir todas as etapas, desde a requisição até a autorização e execução.¹²

336. Demonstrados os benefícios do sistema em análise, percebe-se a relevância da necessidade de implantação desse sistema nos municípios mato-grossenses, visto que é gratuito e de fácil acesso pelos operadores da saúde e que necessita apenas de uma estrutura de tecnologia de informação básica.

337. Considerando isso, o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que implementasse e operacionalizasse o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo.

338. Entre os módulos de operação do Sisreg III, estão o módulo ambulatorial e o módulo hospitalar. O módulo ambulatorial tem como função disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados, controlar o fluxo dos usuários no sistema (agendamento e atendimento) e detectar a ocorrência de cancelamentos por motivo definido e impedimentos de agendas.

339. O módulo hospitalar permite acompanhar a alocação e a disponibilidade de leitos (urgência e eletiva em real, agendar e autorizar as internações eletivas e controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais, desde a admissão, internação e alta do paciente).

340. A equipe técnica esclareceu que, para averiguar a implementação das recomendações pertinentes à implantação e operacionalização do Sisreg III, foi necessário examinar, em conjunto com os técnicos da Central de Regulação, o sistema de informação adotado pela Secretaria.

¹² Disponível em: < <http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 25/3/2020.



341. Na oportunidade, a equipe técnica constatou que as Unidades Básicas de Saúde inspecionadas pela auditoria **não utilizavam** o Sisreg III (módulo ambulatorial) para o agendamento de consulta e exames para os pacientes daquelas localidades, mas sim o sistema informatizado denominado G-MUS (sistema privado).

342. Entretanto, esse sistema não é integrado ao Sisreg III, o que inviabiliza o processo regulatório, pois todas as informações alimentadas no G-MUS devem ser retransmitidas manualmente ao Sisreg III, que, por sua vez, é utilizado para regular os pacientes para os municípios referenciados.

343. A equipe técnica destacou ainda que a Central de Regulação do município realiza a regulação das cirurgias eletivas para o Escritório Regional de Saúde de Cáceres por meio de planilha on-line do *Google Drive*.

344. Em defesa, os gestores informaram que o Sisreg III foi implantado em setembro/2017 na Central de Regulação da SMS de Cáceres e que somente o regulador cadastrado no Ministério da Saúde opera o sistema.

345. Com relação à implantação do Sisreg III nas unidades, a defesa informou que ainda estaria em fase de estudo, pois havia necessidade de recursos efetivos, servidores com familiaridade com informática, bem como da devida logística (computador e internet).

346. Destacou que o sistema G-MUS foi implantado nas unidades básicas de saúde, a fim de atender em módulo ambulatorial para atendimento básico, agendando apenas consultas daquela unidade.

347. Porém, com relação aos prestadores de serviços, a defesa informou que estaria em estudo a implantação do sistema.

348. Como já explanado, é notório que a falta de um sistema



informatizado acarreta morosidade nos agendamentos e atendimentos dos pacientes, bem como resulta em erros de diagnósticos, repetição desnecessária de exames, dificuldade de análise da eficácia dos atendimentos e da realização de planejamentos.

349. Nota-se que esses fatores e a não implantação do Sistema Sisreg no módulo hospitalar impedem a eficácia da prestação do serviço público essencialíssimo de saúde.

350. Apesar da menção dos gestores de que o Sisreg III foi implementado no ano de 2017, restou comprovado que o sistema utilizado nas unidades básicas de saúde é o G-MUS.

351. Diante disso, é essencial que a SMS de Cáceres **adote o Sisreg III (módulo ambulatorial e hospitalar)** visando referenciar os pacientes, em todos os níveis de atenção nas redes pública e privada de prestadores, conforme recomendado por esta Corte de Contas.

352. Dessa forma, acompanho o posicionamento da equipe técnica e do MPC e considero **a recomendação do subitem nº 3.1 (item 12, alínea “a”)**, do **Acórdão nº 3.292/2015-TP**, “não implementada”, e **renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que implemente e operacionalize o Sisreg III, de forma integrada e integral, em todos os módulos de operação, nas centrais de regulação e em todas as unidades básicas de saúde de Cáceres, e encaminhe a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

353. O **subitem 3.2** trata da fiscalização e acompanhamento da execução das obrigações contratadas junto aos prestadores de serviços médicos.

354. O objetivo do TCE/MT foi ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde e reduzir as filas de espera pela continuidade dos



atendimentos.

355. Assim, o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que fiscalizasse e monitorasse o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir a prestação dos serviços contratualizados.

356. Cumpre ressaltar que é dever do município controlar e avaliar o desempenho dos prestadores de serviços contratados, de acordo com o que dispõe o art. 10 da Portaria nº 1.034/2010¹³, do Ministério da Saúde, vejamos:

Art. 10. Os Estados, **os Municípios** e o Distrito Federal **adotarão instrumentos de controle e avaliação dos serviços contratados**, além daqueles já previstos no âmbito do SNA, visando garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade. (grifei)

357. Impende observar que a administração pública possui o poder-dever de fiscalizar a execução dos contratos realizados com o particular, bem como tem a prerrogativa de assumir a sua execução ou sancionar o contratado em caso de descumprimento. Nessa linha, de acordo com Laerte Roberto Marques da Silva:

O regime jurídico dos contratos administrativos confere à Administração a prerrogativa de fiscalizar-lhes a execução, autorizando inclusive a assunção, pela Administração, da execução do contrato para eliminar falhas, resguardando o interesse público. A fiscalização se constitui na atividade de controle, exame e verificação das cláusulas contratuais, acompanhando o representante da Administração a execução do contrato e verificação do cumprimento das obrigações estabelecidas no instrumento contratual como disposto no art. 67 da Lei nº 8.666/93.¹⁴

¹³ PORTARIA Nº 1.034, DE 5 DE MAIO DE 2010 - Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 23/3/2020.

¹⁴ MARQUES, Laerte. Gestão e fiscalização dos contratos administrativos e o processo de contratações públicas. **Interesse Público – IP**, Belo Horizonte, ano 15, n. 79, maio/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.bidforum.com.br/PDI0006.aspx?pdiCntd=96033>>. Acesso em: 23 mar. 2020.



358. Ressalta-se ainda que o controle e acompanhamento dos contratos administrativos é um dever legal, e não uma faculdade dos gestores públicos, de acordo com o disposto no art. 67 da Lei de Licitações:

Art. 67. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por um representante da Administração especialmente designado, permitida a contratação de terceiros para assisti-lo e subsidiá-lo de informações pertinentes a essa atribuição.

§ 1º O representante da Administração anotarà em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

§ 2º As decisões e providências que ultrapassarem a competência do representante deverão ser solicitadas a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

359. A equipe técnica, para avaliar o grau de implementação de ações atinentes à fiscalização e monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços contratualizados, solicitou à SMS de Cáceres relatórios sobre o acompanhamento e a fiscalização desses serviços.

360. Em resposta à solicitação, a SMS de Cáceres encaminhou a relação e o quantitativo de procedimentos, por prestador, que foram realizados entre janeiro e abril de 2017.

361. Contudo, nesse documento não havia especificação das fiscalizações e dos acompanhamentos exercidos sobre os prestadores de serviços, de forma a se verificar o cumprimento das disposições contratuais, técnicas e administrativas, decorrente de avaliação de desempenho dos prestadores.

362. Em defesa, os gestores alegaram que a fiscalização e acompanhamentos são feitos de acordo com o setor de avaliação e monitoramento da Secretaria de Saúde. Porém, nem a argumentação apresentada, nem a documentação anexada na defesa foram capazes de modificar a avaliação preliminar.



363. Em razão disso, acompanho o posicionamento da Secex e do *Parquet* de Contas e considero a **recomendação do subitem nº 3.2 (item 6.1, “c”), do Acórdão nº 3.292/2015-TP, “não implementada”**. Além disso, **renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde para que fiscalize e monitore, efetivamente, o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir uma eficiente prestação de serviços públicos e, caso necessário, nomeie uma comissão de avaliação de monitoramento. Por fim, determino que encaminhe a este Tribunal, **no prazo de 60 (sessenta) dias**, as providências adotadas.

364. O **subitem 3.3** trata da adequação da infraestrutura da Central de Regulação e implantação do sistema de informação de regulação do acesso às ações e serviços de saúde.

365. O TCE/MT, ao recomendar o monitoramento deste subitem, objetivou proporcionar condições adequadas de trabalho que favoreçam o aumento da produtividade e a tempestividade dos processos de regulação.

366. Assim, o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que estruturasse adequadamente as Centrais de Regulação do Município com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam, de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas.

367. As ações implementadas deveriam ter como objetivo: prover infraestrutura física proporcional ao quantitativo de servidores; informatizar as Centrais de Municipais de Regulação, a fim de integrar o Sistema de Regulação Municipal e Estadual; implantar o Sistema de Informação de Regulação do acesso às ações e serviços de saúde (Sisreg III); configurar controle de acesso dos usuários de forma equânime ao sistema informatizado; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre unidades e municípios; permitir um referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; dotar a Central de Regulação dos profissionais



necessários à adequada execução dos trabalhos.

368. Sobre esse tópico, a equipe técnica destacou que não foi apresentado ao TCE/MT o relatório gerencial das ações implementadas pela SMS de Cáceres para atender ao comando expresso na recomendação.

369. Para monitorar a realização da recomendação, a equipe técnica avaliou a infraestrutura da Central de Regulação de Cáceres por meio de observação direta, aplicação de *checklist* e entrevista estruturada com os coordenadores da Regulação Assistencial.

370. Em visita à Central de Regulação, a equipe técnica constatou as más condições de trabalho dos servidores, em razão da ausência de mobiliários para atividades de regulação de pacientes, conforme evidenciado na foto 7.

Foto 7 – Insuficiência de mobiliários disponíveis na Central de Regulação de Cáceres



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Documento Digital nº 18713/2018, fl. 26.

371. A Secex destacou que essa informação foi corroborada pelos profissionais entrevistados, que também relataram a baixa qualidade do acesso à internet, bem como a inadequação do espaço à quantidade de servidores lotados na Central de Regulação.

372. Por outro lado, durante a inspeção física realizado pela equipe técnica, constataram melhorias na disponibilização de equipamentos de informática para atendimento do usuário na Central de Regulação de Cáceres.



373. Abaixo, na foto 8, verifica-se que as marcações de consultas e exames para os pacientes eram realizadas de forma ineficiente, por meio de registros manuais em livros físicos. Já no ano de 2017, observando a foto 9, verifica-se que os agendamentos de pacientes (consultas e exames) vêm sendo controlados por meio do sistema informatizado – G-MUS.

Foto 8 – Situação encontrada em 2014

Foto 9 – Situação encontrada em 2017



Fonte: inspeções físicas realizadas.

Documento Digital nº 18713/2018, fl. 27.

374. Os entrevistados informaram haver materiais de consumo e equipamentos de informática em quantidade e qualidade suficiente para execução dos trabalhos.

375. A equipe técnica ressaltou que, no que se refere ao Sistema de Regulação (Sisreg III), conforme visto no subitem “3.1”, houve implantação apenas do módulo ambulatorial na Central de Regulação do Município.

376. Já no que tange à implantação do módulo hospitalar, não ficaram demonstradas iniciativas voltadas à implantação desse módulo no município, conforme já foi abordado no subitem 3.1.

377. Desse modo, a Secex destaca a necessidade de sua implantação nas unidades públicas e privadas de saúde prestadoras de serviços ao SUS, com o fim de permitir um referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados, visando interligar o fluxo de



informações entre as unidades solicitantes, o complexo regulador e as unidades executantes (hospitais públicos e privados e demais prestadores de serviços ao SUS).

378. Assim, a equipe técnica entendeu que a situação encontrada durante este monitoramento difere daquela verificada na auditoria realizada em 2014.

379. Em defesa, os gestores alegaram que estaria em processo de viabilização de reforma a aquisição de equipamentos e mobiliários. Para corroborar essas alegações, anexaram à defesa o Memorando nº 2.455/2017/SMS.

380. Em razão do disposto, acompanho o posicionamento da equipe técnica, dirirjo do MPC e considero a **recomendação nº 3.3 (item 4, alínea “a”)** do **Acórdão nº 3.292/2015-TP**, “**parcialmente implementada**”, por isso renovo a **determinação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que: **a) estructure** adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam e de acordo com a legislação aplicável, **fornecendo** a este Tribunal o relatório gerencial acerca das ações implementadas. Além disso, determino que encaminhe a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

381. Quanto ao tópico **Assistência Farmacêutica (item 4)**, trata das fragilidades em relação à suficiência de farmacêuticos nas unidades de dispensação e de distribuição inadequada dos estabelecimentos farmacêuticos nas redes de saúde dos municípios da amostragem.

382. O objetivo da Assistência Farmacêutica é a busca pela maior qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população, com vistas à atenção farmacêutica, à promoção da saúde individual e coletiva e ao uso racional de medicamentos.



383. Quanto ao **subitem 4.1** (Estabelecimentos Farmacêuticos), o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que adotasse o parâmetro definido pela Organização Mundial de Saúde para a definição da cobertura de uma rede de farmácias (**item a**).

384. Na avaliação, a equipe técnica requereu à SMS de Cáceres a relação de farmácias públicas ou estabelecimentos de dispensação de medicamentos.

385. A Coordenação da Assistência Farmacêutica de Cáceres informou que existem duas Farmácias Básicas e mais 15 (quinze) pontos de dispensação de medicamentos localizados no interior de unidades de saúde da Atenção Primária.

386. Na Auditoria Operacional da Assistência Farmacêutica em 2014, existiam apenas 11 (onze) estabelecimentos de dispensação de medicamentos no município, sendo todos localizados no interior de unidades de saúde de Atenção Primária e nenhuma Farmácia Básica centralizada.

387. Ante o exposto, em razão da evolução considerável no aumento no número de Farmácias Básicas e estabelecimentos de dispensação de medicamentos, acompanho o posicionamento do Ministério Público de Contas e considero a **recomendação do subitem nº 4.1 (item 35, alínea “a”) do Acórdão nº 3.292/2015- TP, como “implementada”**.

388. Quanto ao **subitem 4.1.1** (Quadro de farmacêuticos), referente à recomposição do quadro de farmacêuticos nas farmácias municipais e centrais de abastecimento (**item b**), os arts. 5º e 6º da Lei Federal nº 13.021/2014 estabelecem que nas farmácias de qualquer natureza é obrigatória a presença de um farmacêutico habilitado, durante todo o horário de funcionamento, vejamos:



Art. 5º No âmbito da assistência farmacêutica, **as farmácias de qualquer natureza requerem, obrigatoriamente, para seu funcionamento, a responsabilidade e a assistência técnica de farmacêutico habilitado** na forma da lei.

Art. 6º Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:

I - ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento;

II - ter localização conveniente, sob o aspecto sanitário;

III - dispor de equipamentos necessários à conservação adequada de imunobiológicos;

IV - contar com equipamentos e acessórios que satisfaçam os requisitos técnicos estabelecidos pela vigilância sanitária. (grifei)

389. No mesmo sentido dispõe o art. 3º da Resolução nº 94/1972, do Conselho Federal de Farmácia (CFF):

Art. 3º - Não se admitirá o exercício de atividade técnico-científica e sanitária sem a presença física do profissional no estabelecimento sob sua responsabilidade.

390. Além disso, reforça a obrigatoriedade acima a Resolução nº 577/2013, do CFF, nos seus art. 2º e 4º, vejamos:

Art. 2º - **A empresa ou estabelecimento que exerça como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento, dispensação, distribuição de drogas e medicamentos deverá dispor, obrigatoriamente, de um farmacêutico diretor técnico ou farmacêutico responsável técnico.**

Art. 4º - Nos requerimentos para registro de empresas ou estabelecimentos, deverá ser indicado pelo representante legal o horário de funcionamento, incluindo sábados, domingos e feriados. §

1º - **As empresas ou estabelecimentos de que trata o artigo 2º deverão apresentar o horário de trabalho do farmacêutico diretor técnico ou farmacêutico responsável técnico e de cada farmacêutico assistente técnico, tantos quanto forem necessários à prestação da assistência farmacêutica, durante todo o horário de funcionamento.** (grifei)

391. Conforme a Coordenação de Assistência Farmacêutica do município, a Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres tem um total de 12 (doze) farmacêuticos: 3 (três) lotados nas Farmácias Básicas e 2 (dois) no Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

392. É importante destacar que o município tem ainda 15 (quinze) dispensários de medicamentos localizados no interior da unidade de saúde da



Atenção Primária. A equipe técnica informou que, na fase de execução do monitoramento, foram visitadas 5 (cinco) unidades de Atenção Básica no município que faziam dispensação do Componente Básico e não havia farmacêutico em nenhuma.

393. Já nas visitas realizadas ao Centro de Abastecimento Farmacêutico e às Farmácias Básicas municipais, a equipe técnica constatou a presença de farmacêuticos de plantão e a existência de Certidões de Regularidade Técnica (CRT) válidas.

394. Quanto à defesa apresentada pelos gestores, eles informaram que a Lei Federal nº 5.991/1973, combinada com a decisão da Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), estabelece que não é obrigatória a presença de farmacêutico em dispensário de medicamentos existente em clínicas e hospitais com até 50 (cinquenta) leitos, vejamos:

PROCESSO CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. CONSELHOS PROFISSIONAIS. MANDADO DE SEGURANÇA NA ORIGEM. ARTS. 165, 458 E 535 DO CPC/1973. INOCORRÊNCIA DE OMISSÃO. RESPONSÁVEL TÉCNICO FARMACÊUTICO EM DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS. DESNECESSIDADE. RESP 1.110.906/SP, REL. MIN. HUMBERTO MARTINS, DJE 7.8.2012, SUJEITO AO REGIME DO ART. 543-C DO CPC/73. AGRAVO INTERNO DO CONSELHO DESPROVIDO. 1. O Tribunal de origem concluiu se tratar o ora agravado de simples dispensário de medicamentos, estando em conformidade com a jurisprudência desta Corte, firmada no julgamento do REsp. 1.110.906/SP, Rel. Min. HUMBERTO MARTINS, DJe 7.8.2012, sujeito ao regime do art. 543-C do CPC/1973, segundo a qual não é obrigatória a presença de farmacêutico em dispensário de medicamentos de hospital ou de clínica. Precedentes: AgRg no AREsp. 518.115/SP, Rel. Min. HERMAN BENJAMIN, DJe 24.9.2014; AgRg no REsp. 1.304.384/SP, Rel. Min. BENDITO GONÇALVES, DJe 6.3.2014.2 Agravo Interno do Conselho desprovido.

(STJ – AgInt no REsp: 1620580 SP 2016/0216797-6, Relator: Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, Data de Julgamento: 20/04/2017, T1 – PRIMEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 04/05/2017.

395. Diante disso, entendo que assiste razão à defesa, tendo em vista que as Farmácias Básicas estão com profissionais farmacêuticos alocados e que, conforme posicionamento do STJ, não há necessidade da presença de farmacêutico em dispensário.



396. Assim, sigo o entendimento da equipe técnica e do MPC quanto à **recomendação do subitem nº 4.1.1 (item 35, alínea “b”)** do **Acórdão nº 3.292/2015-TP**, e a considero **“implementada”** pelo município.

397. Quanto ao **subitem 4.1.2 (Estruturação)**, trata das fragilidades identificadas em relação ao armazenamento e à distribuição de medicamentos nos municípios da amostragem.

398. O objetivo foi garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, em prol de um tratamento adequado das doenças para melhoria na qualidade de vida da população.

399. Assim, o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que estruturasse a Central de Abastecimento e as farmácias públicas municipais conforme as boas práticas farmacêuticas preconizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e órgãos competentes.

400. A equipe técnica responsável pelo monitoramento realizou a verificação por meio de observação direta, aplicação de *checklist* e entrevista estruturada com a coordenação da Assistência Farmacêutica.

401. Destacou que a avaliação das condições sanitárias e estruturais da Farmácia Básica central e do Centro de Abastecimento Farmacêutico foi realizada em inspeções no dia 31/7/2017.

402. Em sua visita, a equipe técnica aplicou *checklist* a fim de averiguar o cumprimento das normas da Anvisa acerca de boas práticas farmacêuticas e avaliar as condições de infraestrutura predial dos dois estabelecimentos.

403. Conforme a análise realizada na Farmácia Básica central, 84% dos critérios elencados no instrumento de checagem eram atendidos, apenas as seguintes inconformidades foram identificadas:



- Ausência de fichas para registro e controle de indicadores de temperatura e umidade;
- Inexistência de refrigeradores para acondicionamento de medicamentos termolábeis; e
- Inexistência de *pallets* armazenamento de medicamentos.

404. Foi realizada ainda uma checagem no Centro de Abastecimento Farmacêutico. Durante a inspeção, a equipe técnica utilizou o manual de boas práticas de estocagem de medicamentos.

405. Em conclusão, a equipe técnica evidenciou que o almoxarifado para armazenamento de medicamentos pela SMS de Cáceres descumpria vários critérios elencados no manual, uma vez que a situação verificada evidenciava:

- Inexistência de extintores de incêndio;
- Inexistência de locais apropriados para armazenagem de produtos termolábeis;
- Inexistência de câmara fria ou refrigeradores;
- Inexistência de higrômetro para medição de umidade;
- Inexistência de termômetro para medição de temperatura;
- Inexistência de registro de temperatura e umidade em fichas;
- Ausência de proteção contra a luz solar nas janelas;
- *Pallets* inadequados para o acondicionamento e movimentação dos produtos;
- Ausência de sinalização na separação dos medicamentos;
- Piso inadequado para suporte e movimentação de cargas; e
- Acondicionamento inadequado de medicamentos vencidos.

406. A Secex destacou que, apesar das irregularidades identificadas, o almoxarifado possui Alvará Sanitário pela Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde.



407. Desse modo, a equipe técnica esclareceu que o Centro de Abastecimento Farmacêutico de Cáceres neste monitoramento pouco diferiu do panorama da época da Auditoria.

408. Em defesa, os responsáveis alegaram que a SMS de Cáceres previa a reforma do almoxarifado com recursos remanescentes do Programa Farmácia Popular e que, conforme a documentação anexa à manifestação, essa reforma foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em 27/7/2017 por meio da Resolução nº 05/17.

409. Assim, em razão da evolução municipal de Cáceres em relação à distribuição dos estabelecimentos farmacêuticos e a iminência da reforma e adequação do Centro de Abastecimento Farmacêutico às boas práticas para estocagem, **acompanho o entendimento da equipe técnica e do MPC e considero a recomendação subitem 4.1.2 (item 35, alínea “b”), do Acórdão nº 3.292/2015-TP, “em implementação”.**

410. Quanto ao **subitem 4.2**, trata do sistema informatizado de gestão da Assistência Farmacêutica, adequação da infraestrutura de Tecnologia da Informação, capacitação dos profissionais de saúde e implantação de sistema público de saúde de gerenciamento de Assistência Farmacêutica.

411. O objetivo foi aperfeiçoar os mecanismos de controle de estoque de medicamentos, qualificar a gestão da assistência farmacêutica e obter melhorias na qualidade dos serviços farmacêuticos prestados à população.

412. O TCE/MT recomendou a SMS de Cáceres que adequasse a infraestrutura de tecnologia da informação dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica (**item a**), implantasse sistema informatizado público que permita o gerenciamento de todas as etapas que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, tendo como preferência o uso do sistema Hórus ou SIGAF (**item b**) e capacitasse os profissionais de saúde para a implantação e operacionalização dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica (**item c**).



413. A equipe técnica relatou que, em entrevista realizada com o Coordenador da Assistência Farmacêutica, constatou-se que o município implementou o sistema G-MUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

414. Esse sistema possui plataforma de gerenciamento de Assistência Farmacêutica e atende as necessidades municipais em relação às etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Além disso, a empresa responsável pelo sistema estaria oferecendo aos servidores do setor capacitação e todo o suporte necessário para a operacionalização da plataforma.

415. A equipe técnica destacou ainda que há integração de informações entre os pontos de dispensação e o Centro de Abastecimento Farmacêutico, de modo que a solicitação de medicamentos é feita por meio da plataforma.

416. Enfatizou também que o programa implementado para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica em Cáceres oferece a possibilidade de interação com o sistema *Hórus*, que é a plataforma fornecida e utilizada pelo Ministério da Saúde.

417. Contudo, as funcionalidades referentes à Assistência Farmacêutica não foram implementadas em nenhum dos pontos de dispensação localizados nas unidades de Atenção Primária, em que pese o sistema G-MUS já ter sido implementado em outros módulos nesse nível de atenção.

418. Já com relação à adequação da infraestrutura de tecnologia da informação para suportar o funcionamento dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica, identificou-se a existência de computadores e rede de *internet* que, de acordo com os profissionais de saúde entrevistados, é de boa qualidade.

419. Desse modo, conforme relatado pela equipe técnica, muito embora o sistema G-MUS tenha sido implementado em alguns módulos nesse nível de



atenção, ele não foi implementado em nenhum ponto de dispensação localizados nas unidades de Atenção Primária, descumprindo o item “b”.

420. Oportuno pontuar que o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF) disponibiliza gratuitamente aos municípios brasileiros o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus, que contribui amplamente para o acesso aos medicamentos, de forma a subsidiar o planejamento e desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica municipal, conforme informação do Ministério da Saúde:

Para qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS, e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) apresenta o **HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**.¹⁵

421. Portanto, consoante já amplamente abordado nas recomendações anteriores, mais especificamente na recomendação nº 3.1, a eficiência na prestação de um serviço público e a possibilidade de se realizar um planejamento estratégico para desenvolvimento do órgão, bem como um controle eficaz, dependem da capacidade de acesso à tecnologia da informação, o que não foi totalmente atendido pelo município, mesmo após a recomendação deste Tribunal de Contas.

422. Em razão disso, acompanho o posicionamento da equipe técnica e dirijo MPC e considero as **recomendações do tópico 4.2 (item 36, alíneas “a”, e “c”) do Acórdão nº 3.292/2015-TP, “implementadas”, e a da alínea “b”, “não implementada”**. Assim, **renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que implante um sistema informatizado público eficaz, de preferência o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde, nos pontos de dispensação localizados na Atenção Primária, bem como encaminhe a este

¹⁵ Sistema Hórus. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus>. Acesso em: 27/3/2020.



Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

423. Com relação ao **subitem 4.3** (Aquisição de Medicamentos), o objetivo da recomendação foi assegurar a eficiência e a economicidade nos processos de aquisição de medicamentos pelos municípios de Mato Grosso.

424. O TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que utilizasse uma base de cálculo de programação adequada (perfil epidemiológico, demanda real e reprimida, consumo histórico e estoque máximo e mínimo) para subsidiar os processos de aquisição de medicamentos (**item a**), realizasse consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços (**item b**) e registrasse periodicamente os dados referentes às compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde (**item c**).

425. No **subitem 4.3.1**, a equipe técnica, para avaliar o grau de implementação das ações referentes à adequação da programação para aquisição de medicamentos, indagou a Coordenação da Assistência Farmacêutica municipal durante a inspeção ao Centro de Assistência Farmacêutica (CAF) sobre os instrumentos utilizados na programação para aquisição de medicamentos.

426. Em resposta, o Coordenador afirmou que a programação é realizada com base no consumo histórico, estoque mínimo, estoque máximo e estudo de demanda.

427. Em conclusão, a equipe técnica frisou que o estudo do perfil epidemiológico da população não tem sido utilizado como critério para a realização da programação; no entanto, a utilização das ferramentas citadas acima para a realização adequada da programação é indispensável.

428. Insta salientar que, apesar de a recomendação ter mencionado apenas a “programação”, a fim de garantir acesso aos administrados e realizar um uso racional de medicamentos, é necessário que o município promova, de



maneira conjunta e eficaz, **o planejamento, a programação e a aquisição de medicamentos.**

429. No tocante às medidas acima mencionadas, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde elaboraram o Boletim “Uso Racional de Medicamentos”, que é direcionado a gestores, profissionais e usuários do SUS, sendo de grande valia para orientação da Assistência Farmacêutica na aquisição de medicamentos, vejamos:

A assistência farmacêutica desenvolve um conjunto de atividades relacionadas aos serviços de abastecimento em que **o planejamento, a programação e a aquisição de medicamentos têm um papel fundamental para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos.** O planejamento fornece um conjunto de informações gerenciais obtidas a partir do levantamento de informações epidemiológicas, da definição da organização dos serviços, do financiamento, da padronização de medicamentos, da gestão de estoques e da infraestrutura de recursos humanos, físicos e materiais que permitirão à equipe responsável pela programação definir o quê, para quem, quando e quanto comprar. Neste sentido, a programação deve estabelecer normas e procedimentos com definição de método de trabalho, das atribuições, responsabilidades e prazos, dos instrumentos apropriados e da periodicidade e métodos. Elaborada a programação, inicia-se o processo de aquisição o qual reúne uma série de procedimentos com o objetivo de disponibilizá-los em quantidade e qualidade adequadas ao menor custo, visando manter a regularidade e assegurar a efetividade das intervenções em saúde com o uso destes produtos. (grifei)¹⁶

430. Dessa forma, o planejamento é a base que visa definir prioridades, garantir a oferta de medicamentos e assegurar a efetividade das intervenções em saúde com o seu uso.

431. Isso porque é no planejamento que devem ser analisados aspectos como as informações epidemiológicas, organização dos serviços, financiamento, padronização de medicamentos, gestão de estoque, infraestrutura de recursos humanos, físicos e materiais.

432. As informações epidemiológicas visam identificar o perfil de

¹⁶ Disponível em:

https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-razional-medicamentos-284&alias=1538-planejamento-programacao-e-aquisicao-prever-para-prover-8&Itemid=965. Acesso em: 25/3/2020.



morbimortalidade da população para estabelecer as prioridades de intervenções.

433. A organização dos serviços envolve os mecanismos de controle e avaliação, sistemas de informação para que se tenha otimização de tempo e recursos.

434. No financiamento, busca-se estabelecer o recurso orçamentário com previsão detalhada dos gastos de acordo com as necessidades de saúde. No SUS, é utilizada a Programação Anual de Saúde (PAS).¹⁷

435. A Padronização de Medicamentos pode ser obtida por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que é a lista de medicamentos selecionados e padronizados oferecidos pelo SUS, sendo orientadora para o processo de organização dos serviços, seleção, programação e aquisição.

436. Esse instrumento permite padronizar e definir o que adquirir, além de assegurar a oferta de medicamentos de qualidade que propiciem ganhos terapêuticos e econômicos, contribuindo para a racionalidade na prescrição e no uso dos medicamentos.¹⁸

437. A gestão de estoque deve possibilitar o atendimento oportuno ao menor custo possível, de forma a não ocorrerem faltas, excedentes e perdas por erros de projeção de demandas.

438. A infraestrutura de recursos humanos, físicos e materiais é fundamental dispor de uma equipe especializada, em um espaço físico compatível com a função, e com um sistema de informações que possibilite acesso tempestivo de dados para o processo de programação e aquisição dos medicamentos.¹⁹

¹⁷ Ministério da Saúde (BR), Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v8.pdf. Acesso em: 27/3/2020.

¹⁸ Decreto nº 7.508, de 28/6/2011.

¹⁹ SERRANO, Rossana Maria Souto Maior; MÁSCULO, Francisco Soares. **Aquisição e armazenagem de medicamentos pelos serviços públicos de saúde**. 2001. Disponível em:



439. Já a programação é uma atividade associada ao planejamento, que consiste em estimar quantidades de medicamentos a serem adquiridas, para atendimento de determinada demanda de serviços por período definido.

440. Assim, faz-se necessário ressaltar que, para subsidiar e assegurar a eficiência e economicidade nos processos de seleção e aquisição de medicamentos, é salutar que seja utilizada uma base de cálculo de programação com base nos aspectos do planejamento relacionados acima.

441. Por fim, a aquisição é o conjunto de procedimentos para efetivar a compra dos medicamentos estabelecidos na programação, com qualidade e menor custo, a qual deve ser realizada de acordo com a Lei nº 8.666/1993 (Lei de Licitações).²⁰

442. Feitos esses esclarecimentos, **coaduno-me com o posicionamento da equipe técnica e considero a recomendação em implementação**, tendo em vista a ausência do estudo do perfil epidemiológico como critério para a realização da programação.

443. Desse modo, acompanho o posicionamento da Secex e do MPC e considero **a recomendação 4.3.1 (item 39.1, alínea “a”) do Acórdão nº 3.292/2015-TP, em implementação**, bem como renovo a **recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres que utilize também o estudo do perfil epidemiológico da população como critério para a realização da programação, encaminhando a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas.

444. No **subitem 4.3.2** (Participação em consórcios intermunicipais de saúde), foi recomendado à SMS de Cáceres que participasse de consórcios

Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2001_tr10_0974.pdf>. Acesso em 27/3/2020.

²⁰ Disponível em: https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1538-planejamento-programacao-aquisicao-prever-para-prover-8&Itemid=965. Acesso em: 27/3/2020.



intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos por meio de registro de preços.

445. A participação em consórcios públicos para aquisição de medicamentos na Assistência Farmacêutica é um fator que contribui para a eficiência da gestão pública, já que possibilita a racionalização de recursos públicos e redução da judicialização das demandas de saúde, bem como permite a aquisição em larga escala, reduzindo o custo unitário do medicamento.

446. Considerando isso, a Confederação Nacional de Municípios incentiva a participação de seus membros em consórcios públicos de aquisição de medicamentos, vejamos:

A aquisição dos medicamentos inseridos na Assistência Farmacêutica Básica **por meio de consórcio público tem se mostrado uma estratégia positiva implementada pelos Municípios para contornar os problemas decorrentes do subfinanciamento da saúde**, já que: (a) **por meio da aquisição em larga escala, possibilita a redução do custo unitário do medicamento, resultando em economia aos cofres públicos**; (b) preserva a autonomia de cada Município na seleção e quantificação dos medicamentos de acordo com as suas necessidades; (c) o Município arca, por meio de contrato de rateio celebrado com o consórcio, apenas com o custo dos medicamentos que demandar. Diante desses benefícios, a CNM estimula que os Municípios avaliem essa alternativa de gestão a fim de contribuir, entre outras ações, para a racionalização de recursos públicos e para reduzir a judicialização das demandas de saúde. (grifei)²¹

447. Importante destacar que a constituição do Consórcio intermunicipal de Saúde de Mato Grosso (Consus/MT) tem por objetivo a compra e distribuição de medicamentos, insumos, serviços e equipamentos.

448. O Consus/MT foi resultado de uma proposição do Ministério Público de Mato Grosso, Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso e da Associação Mato-Grossense dos Municípios, que se baseou na experiência de

²¹ Confederação Nacional de Municípios (CNM). Consórcios públicos para aquisição de medicamentos. Alternativa para reduzir a judicialização da saúde. Disponível em: [https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Cons%C3%B3rcios%20p%C3%BAblicos%20para%20aquisi%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamentos%20-%20Alternativa%20para%20reduzir%20a%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20\(2017\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Cons%C3%B3rcios%20p%C3%BAblicos%20para%20aquisi%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamentos%20-%20Alternativa%20para%20reduzir%20a%20judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20(2017).pdf). Acesso em: 27/3/2020.



sucesso do Consórcio do Paraná, o qual reduziu em até 70% os custos de aquisição de medicamentos.

449. Em visita, a equipe técnica indagou à Coordenação da Assistência Farmacêutica sobre a participação de Cáceres em consórcio intermunicipal de saúde destinado à aquisição de medicamentos.

450. Em resposta, o responsável argumentou que o município participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Cáceres do Oeste de Mato Grosso. Contudo, a equipe técnica, ao consultar o *site*²² do consórcio na *internet*, não encontrou informações acerca da compra de medicamentos por esse condomínio de municípios.

451. Na defesa, os gestores argumentaram que vêm tentando participar de um consórcio para aquisição de medicamentos desde o dia 3/3/2017, conforme o Memorando nº 294/2017/Almoxarifado/Saúde, anexado à defesa.

452. Contudo, os responsáveis esclareceram que o processo, até o momento da elaboração da defesa, não havia tido andamento, de modo que eles não possuíam uma posição sobre a situação em que se encontrava o processo por parte do consórcio.

453. Assim, verifica-se que a gestão municipal **não** apresentou documentação comprovando seu ingresso no consórcio, tampouco lei municipal autorizando seu ingresso neste.

454. Com isso, acompanho o posicionamento da Secex e do MPC considero a **recomendação nº 4.3.2 (item 39.1, alínea “b”)** do Acórdão nº 3.292/2015-TP, **“não implementada”**. Assim, renovo a recomendação para que à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres participe de consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos por meio de registro de preços.

²² Disponível em: <http://cisomt.com.br/public/pages/home-view.aspx>. Acesso em: 27/3/2020.



455. Quanto ao **subitem 4.3.3** (Banco de Preços em Saúde – BPS), o TCE/MT recomendou à SMS de Cáceres que registrasse periodicamente os dados referentes às compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde.

456. O Banco de Preços em Saúde é um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que tem o objetivo de registrar e disponibilizar, de maneira *on-line*, as informações das compras públicas e privadas de medicamentos e produtos para a saúde.

457. Esse sistema favorece as negociações da administração com os fornecedores e aumenta a transparência das aquisições de medicamentos e produtos, pois gera conhecimento dos preços do mercado aos cidadãos e entes públicos.

458. Imperioso aludir que a utilização do BPS pelos estados, municípios e distrito federal se tornou obrigatória com o advento da Resolução nº 18, de 20 de junho de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite, que impôs aos entes públicos licitantes que realizem o cadastro no sistema e a divulgação das informações de compra de medicamentos:

Art. 1º Tornar obrigatório o envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde - BPS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Art. 2º Os entes federados, por meio de suas instituições, deverão realizar seu cadastramento e de seus usuários no período de 1º de setembro à 30 de novembro de 2017, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 3º A partir de 01 de dezembro de 2017, os entes federados deverão enviar as informações de compras homologadas, referente ao exercício 2017, por meio da alimentação direta no BPS, via web, ou interoperação com os sistemas próprios de gestão da informação de compras, ou importação de planilha eletrônica no sistema.

§1º O prazo a que se refere o caput diz respeito a informações de aquisições de medicamentos.

§2º Será acordado no âmbito da CIT até agosto de 2017, o prazo para envio das informações relativas aos produtos para a saúde, tais como: gases medicinais, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME, materiais médicos hospitalares, reagentes para diagnóstico clínico, produtos químicos, materiais odontológicos e de laboratório, devido à complexidade de padronização inerente aos itens.



Art. 4º Caberá ao Ministério da Saúde a estabilidade e a manutenção do sistema, bem como a inserção e a atualização de itens da base de medicamentos e produtos para a saúde do CATMAT e o desenvolvimento de serviço de Webservice, de forma a permitir as condições necessárias para a alimentação, interoperabilidade e consulta por parte dos usuários. Parágrafo Único Enquanto a interoperabilidade dos sistemas não estiver assegurada as instituições deverão enviar as informações de compras por meio da alimentação direta no BPS, via web, ou importação de planilha eletrônica no sistema.

459. Diante do exposto, percebe-se a grande importância do BPS para garantir, dentre outros princípios, a transparência, a eficiência, a publicidade da administração pública, bem como o controle pelos cidadãos e demais órgãos públicos.

460. Para averiguar o cumprimento da recomendação, a equipe técnica em entrevista estruturada, questionou o Coordenador sobre o tema. Em resposta, o responsável afirmou que a SMS de Cáceres tem adotado todas as rotinas pertinentes ao registro e consulta de informações no banco de dados.

461. Entretanto, a equipe técnica, em consulta ao *site* do Ministério da Saúde, não identificou registro de informações pelo município de Cáceres entre os meses de janeiro e setembro de 2017.

462. Em defesa, os responsáveis anexaram um sistema de cotação do BPS para o pregão eletrônico para demonstrar os registros.

463. Contudo, o anexo citado pela gestão é apenas de uma consulta realizada ao Banco de Preços em Saúde, não demonstrando de fato nenhum registro referente ao município de Cáceres no sistema de informações ministerial.

464. Em virtude disso, acompanho a Secex e o MPC e **considero a recomendação 4.3.3 (item 39.1, alínea “c”) do Acórdão nº 3.292/2015-TP, “não implementada”**, razão pela qual **renovo a recomendação** à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres para que realize o seu cadastramento e de seus usuários no sistema Banco de Preços em Saúde – BPS, envie a esse sistema as



informações atualizadas de aquisições de medicamentos, bem como balize suas aquisições nos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública, bem como encaminhe a este Tribunal as providências adotadas **no prazo de 30 (trinta) dias** contados a partir da publicação deste julgamento, sob pena de aplicação das sanções cabíveis em caso de descumprimento.

465. Com relação ao **subitem 4.4** (interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público de Contas e Defensoria Pública), a recomendação objetivava reduzir as ações judiciais dirigidas aos municípios e, igualmente, diminuir o impacto orçamentário/financeiro que os municípios tenham sofrido para evitar o desequilíbrio das Políticas Municipais de Saúde.

466. Apesar do argumento da Secex de que não é possível, neste momento, realizar o monitoramento da recomendação em análise diante da ausência de evidências e dificuldade de comprovação de sua correlação com o crescimento da judicialização da saúde nos municípios, entendo que o município pode criar mecanismos no sentido de aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública.

467. Como exemplo de implementação de tais medidas, cumpre citar o município de Rondonópolis, que criou a C.T-SMS - Câmara Técnica de Avaliação, apoio e assessoramento aos processos relacionados às questões de saúde no âmbito de sua Secretaria Municipal. Com efeito, o art. 2º do Decreto nº 8.261, de 28 de junho de 2017, que instituiu a C.T-SMS de Rondonópolis, demonstra a competência e os objetivos da Câmara Técnica da seguinte forma:

Art. 2º Compete a Câmara Técnica, auxiliar na resolução dos processos relacionados à saúde, devendo para tanto:

- I - Prestar consultoria técnica e emissão de relatório final, quanto ao fornecimento de medicamentos, suplementos, insumos, exames, equipamentos, consultas e tratamentos oferecidos pela Rede Municipal de Saúde;
- II - Colaborar na orientação de saúde e na ordenação dos fluxos corretos aos pacientes;
- III - Realizar avaliação presencial do paciente, sempre que imprescindível;



IV - Expedir recomendações quanto à necessidade de reavaliação de pacientes para readequação de tratamentos;

V - Colaborar com o Sistema de Justiça, auxiliando Magistrados, membros do Ministério Público, Defensoria e outros operadores do direito nos processos relacionados à saúde, subsidiando com informações técnicas, sempre que solicitado/requisitado.

468. Assim, extrai-se do artigo acima que a Câmara Técnica daquele município possui, dentre outros, o objetivo de colaborar com o sistema de justiça.

469. Dessa forma, apenas **recomendo** à Prefeitura de Cáceres e à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres que busquem meios para diminuir a judicialização das demandas de saúde no município, mediante, entre outras medidas, o cumprimento das determinações e das recomendações constantes neste voto, o acatamento das orientações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, da Anvisa, bem como a obediência às normas regentes sobre a saúde pública brasileira e referentes à compra de medicamentos e produtos nesta área.

CONCLUSÃO

470. Em conclusão, verifico que, das 15 (quinze) recomendações monitoradas, o município implementou somente 3 (três), deixou de implementar 9 (nove), implementou parcialmente 1 (uma), e está em implementação 2 (duas) recomendações emanadas por este Tribunal de Contas.

471. Os pontos de discordância com o Ministério Público de Contas (MPC) foram as recomendações 3.3 (item 4, alínea “a”), o qual acompanhei o posicionamento da equipe técnica e considerei a recomendação “parcialmente implementada”, e a recomendação 4.2 (item 36, alínea “a” e “c”), a qual considerei “implementadas”, e (item 36, alínea “b”) “não implementada” pelos motivos expostos no voto.



472. Deixo ainda de acompanhar o posicionamento do MPC pela aplicação de multa em solidariedade (art.286, inciso III, c/c art. 189, §1º, ambos do Regimento Interno do TCE/MT) aos responsáveis Sr. Francis Maris Cruz (Prefeito) e Sra. Evanilda Costa do Nascimento (ex-Secretária da SMS), em razão da renovação das recomendações não implementadas, implementadas parcialmente e em implementação, com determinação de prazo para o seu cumprimento.

473. Posto isso, **recomendo e determino** à Prefeitura de Cáceres e à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres que cumpram as recomendações e determinações exaradas pelo Tribunal de Contas de Mato Grosso, sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis em caso de descumprimento ou reiterada não implementação, haja vista o grande lapso temporal que possuíram para implementar as recomendações analisadas, desde a publicação do Acórdão nº 3.292/2015-TP, de 15/9/2015.

474. Feitas essas considerações, profiro meu voto.

VOTO

475. Diante do exposto, com base no art. 29, inciso XXI, c/c o art.148, inciso V e § 6º, ambos do Regimento Interno deste Tribunal, **acolho em parte** o parecer do Ministério Público de Contas nº 294/2018, da lavra do Procurador-Geral de Contas Dr. Alisson Carvalho de Alencar, e **voto** no sentido de:

1. Considerar **implementadas** pela Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres as seguintes recomendações constantes do Acórdão nº 3.292/2015-TP, do Processo nº 21.672-0/2014:

a) 4.1 e 4.1.1, item 35, alínea “a” (adotem o parâmetro definido pela Organização Mundial de Saúde para a definição da cobertura de uma rede de farmácias); e

b) 4.2, item 36, alíneas “a” e “c” (adequem a estrutura de



Tecnologia da Informação para o pleno funcionamento dos sistemas informatizados de gestão da assistência farmacêutica e capacitem os profissionais de saúde para a implantação e operacionalização dos sistemas informatizados de gestão da Assistência Farmacêutica).

2. Considerar **parcialmente implementada** pela Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres a seguinte recomendação constante do Acórdão nº 3.292/2015-TP, do Processo nº 21.672-0/2014:

a) **3.3, item 4, alínea “a”** (estruturem adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais mobiliários necessários às atividades que realizam, de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas).

3. Considerar **em implementação** pela Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres as seguintes recomendações constantes do Acórdão nº 3.292/2015-TP, do Processo nº 21.672-0/2014:

a) **4.1.2, item 35, alínea “b”** (recomponham o quadro de farmacêuticos nas farmácias públicas municipais e Centrais de Abastecimento Farmacêutico, conforme determina a Lei nº 3.021/14 e a Resolução CFF nº 578/13);

b) **4.3.1, item 39.1, alínea “a”** (utilizem uma base de cálculo de programação adequada (perfil epidemiológico, demanda real e reprimida, consumo histórico e estoque máximo e mínimo) para subsidiar os processos de aquisição de medicamentos).

4. considerar **não implementadas** pela Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres as seguintes recomendações constantes do Acórdão nº 3.292/2015-TP, do Processo nº 21.672-0/2014:

a) **2.1, item 20.1, alíneas “a” e “b”** (criem mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; e b) estabeleçam controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos.);



- b) 2.2, item 24, alíneas “a”, “b” e “c”** (elaborem um plano de ação para adequação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde à legislação aplicável; exerçam controle efetivo sobre os serviços de segurança das Unidades Básicas de Saúde de forma a garantir a contínua prestação de serviços; e avaliem as Unidades Básicas de Saúde quanto à necessidade de manutenção elétrica e hidráulica e a disponibilidade de equipamentos de combate e prevenção de incêndios, assim como de lâmpadas e disponibilizem os serviços necessário);
- c) 2.3, itens 6.1, alínea “a” e 30, alínea “a”** (ampliem a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das unidades básicas de saúde; monitorem e avaliem a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a garantir a oferta de um serviço adequado às unidades básicas de saúde);
- d) 2.4, item 33.1, alíneas “a” e “b”** (elaborem um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica e adequem a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico);
- e) 3.1, item 12, alínea “a”** (implementem e operacionalizem o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo);
- f) 3.2, item 6.1, alínea “c”** (fiscalizem e monitorem o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir a prestação dos serviços contratualizados);
- g) 4.2, item 36, alínea “b”** (implantem sistema informatizado público que permita o gerenciamento de todas as etapas que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, tendo como preferência o uso do sistema Hórus ou SIGAF);
- h) 4.3.2, item 39.1, alínea “b”** (realizem consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços);
- i) 4.3.3, item 39.1, alínea “c”** (registrem periodicamente os dados referentes às compras de medicamentos no Banco de Preços em Saúde);



j) **4.4, item 42.1, alínea “a”** (implementem ações para aumentar a interlocução com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública).

5. renovar as recomendações “não implementadas”, “parcialmente implementada” e “em implementação” e determinar o cumprimento dos prazos estabelecidos à Secretaria Municipal de Saúde de Cáceres as seguintes medidas:

a) **crie** mecanismos que institucionalizem o registro da contrarreferência; e estabeleça controles do tempo médio de retorno de encaminhamento e do percentual de encaminhamentos da Atenção Básica para a média e alta complexidade, por meio de indicadores específicos, no **prazo de 90 (noventa) dias (Recomendação nº 2.1, item 20.1, alíneas “b” e “c”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);**

b) **adeque** a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e assegure o abastecimento dos insumos, materiais e medicamentos básicos necessários para a operacionalização das unidades e atendimento resolutivo aos usuários do SUS; e encaminhe a este Tribunal, no prazo de **90 (noventa) dias**, as providências adotadas em relação a essas determinações (**Recomendação nº 2.2, item 24, alíneas “a”, “b” e “c”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);**

c) amplie a oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de forma compatível com a demanda das unidades básicas de saúde e realizem o controle e avaliação a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e encaminhe a este Tribunal as providências adotadas no **prazo de 90 (noventa) dias. (Recomendação nº 2.3, itens 6.1, alínea “a” e 30, alínea “a”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);**

d) elabore um diagnóstico da estrutura de Tecnologia da Informação que reflita as necessidades demandadas para monitoramento e avaliação da Atenção Básica e adequem a estrutura de Tecnologia da Informação para atendimento das necessidades levantadas no diagnóstico, e encaminhem a este Tribunal, as providências adotadas **no prazo de 90 (noventa) dias. (Recomendação nº 2.4, item 33.1, alíneas “a” e “b”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);**



e) implemente e operacionalize o Sisreg III, de forma integrada, em todos os módulos de operação, para acompanhamento do usuário em todo o processo, nas centrais de regulação e em todas as unidades básicas de saúde de Cáceres, encaminhando a este Tribunal, **no prazo de 90 (noventa) dias**, as providências adotadas. (**Recomendação nº 3.1**, item 12, alínea “a”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);

f) fiscalize e monitore, efetivamente, o desempenho dos prestadores de serviços de forma a garantir uma eficiente prestação de serviços públicos e, caso necessário, nomeiem uma comissão de avaliação de monitoramento, encaminhando as providências adotadas a este Tribunal **no prazo de 60 (sessenta) dias**. (**Recomendação nº 3.2**, item 6.1, alínea “c”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);

g) estruture adequadamente as Centrais de Regulação Municipais com os materiais e mobiliários necessários às atividades que realizam e de acordo com a legislação aplicável, fornecendo a este Tribunal relatório gerencial acerca das ações implementadas; bem como encaminhando as providências adotadas a este Tribunal **no prazo de 90 (noventa) dias**. (**Recomendação nº 3.3** item 4, alínea, “a”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);

h) implante um sistema informatizado público eficaz – de preferência, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde, e encaminhem as providências adotadas a este Tribunal **no prazo de 90 (noventa) dias**. (**Recomendação nº 4.2**, item 36, alínea “b”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);

i) utilize uma base de cálculo de programação adequada (perfil **epidemiológico**, demanda real e reprimida, consumo histórico e estoque máximo e mínimo) para subsidiar os processos de aquisição de medicamentos, encaminhando a este Tribunal as providências adotadas **no prazo de 90 (noventa) dias**. (**Recomendação nº 4.3.1**, item 39.1, alínea “a”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);

j) participe de consórcios intermunicipais de saúde destinados à aquisição de medicamentos, por meio de registro de preços bem como encaminhem as providências adotadas a este Tribunal. (**Recomendação nº 4.3.2**, item 39.1, alínea, “b”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);



k) realize o seu cadastramento e de seus usuários no sistema Banco de Preços em Saúde – BPS e enviem a este sistema as informações atualizadas de aquisições de medicamentos, bem como balizem suas aquisições nos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública, encaminhando a este Tribunal as providências adotadas **no prazo de 30 (trinta) dias. (Recomendação nº 4.3.3, item 39.1, alínea “c”, do Acórdão nº 3.292/2015-TP);**

6. recomendar à Prefeitura de Cáceres e à Secretaria Municipal de Cáceres que:

5.1) busquem meios para diminuir a judicialização das demandas de saúde no município, mediante, entre outras medidas, o cumprimento das determinações e das recomendações constantes neste voto, o acatamento das orientações da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde, da Anvisa, bem como a obediência às normas regentes sobre a saúde pública brasileira e referentes à compra de medicamentos e produtos nesta área;

5.2) cumpram as recomendações e determinações exaradas pelo Tribunal de Contas de Mato Grosso, sob pena de aplicação das sanções legais cabíveis em caso de descumprimento ou reiterada não implementação, haja vista o grande lapso temporal que possuíram para implementar as recomendações analisadas, desde a publicação do Acórdão nº 3.292/2015-TP, de 15/9/2015.

É como voto.

Cuiabá/MT, 15 de setembro de 2020.

(assinatura digital)

JOÃO BATISTA DE CAMARGO JÚNIOR

Conselheiro Interino

(Portaria nº 127/2017, DOC TCE/MT de 18/09/2017)