

SENADO FEDERAL
Comissão de Assuntos Sociais

PARECER Nº , DE 1999

Da **Comissão de Assuntos Sociais**, sobre o Aviso nº 31, de 1999, abrangendo a Decisão nº 635/99, do Tribunal de Contas da União, acerca auditorias realizadas com o objetivo de promover diagnóstico da saúde pública no País.

Relator: Senador DJALMA BESSA

I – RELATÓRIO

I.1 – Considerações iniciais

Por intermédio do Aviso nº 975 – SGS – TCU, o Tribunal de Contas da União (TCU) encaminhou ao Senado Federal cópia da Decisão nº 635/99, adotada por seu Plenário em 15.09.99, acompanhada dos respectivos Relatório e Voto que a fundamentam. Tal Decisão versa sobre amplo diagnóstico da área da saúde pública, subsidiado por extensos estudos e trabalhos de auditoria realizados em diversas unidades da Federação. Nesta Casa Legislativa, a matéria foi protocolada como Aviso nº 31, de 1999.

Em virtude das atribuições conferidas pelo Regimento Interno do Senado Federal, em especial as previstas no art. 100, o processo foi remetido à Comissão de Assuntos Sociais - CAS. Em seu âmbito, fomos imbuídos de examinar e emitir parecer acerca da matéria, tarefa que cumprimos com a apresentação do presente trabalho.

O processo enviado pelo Tribunal contém estudo pormenorizado envolvendo diferentes programas e órgãos gestores da saúde pública no Brasil, tecendo considerações valiosas sobre as falhas existentes e possíveis correções de rumo para as políticas públicas do setor. O trabalho do Tribunal envolveu a realização de várias auditorias no Distrito Federal e em diversos estados e municípios, nos meses de agosto e setembro de 1998. Foram formadas 83 equipes de auditoria, resultando em igual número de relatórios, consolidados de forma a gerar o Relatório final.

O Relatório enviado ao Senado Federal fornece uma visão global da área, abordando questões como o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, a implementação dos princípios básicos do modelo brasileiro de saúde, o relacionamento entre os diversos órgãos e entidades partícipes do processo, nos três níveis de governo, e a fiscalização dos vultosos recursos envolvidos. Passemos a expor, sinteticamente, os principais tópicos levantados pelo TCU em seu trabalho.

I.2 – Visão geral do sistema de saúde pública

Anteriormente à Constituição Federal de 1988, a situação da saúde pública no País caracterizava-se basicamente por:

→ ênfase na assistência médica curativa em detrimento de ações preventivas;

→ sistema discriminatório de acesso à saúde pública, propiciando apenas aos contribuintes da Previdência Social (INPS) a utilização da maior parte de hospitais e postos de saúde públicos. Trabalhadores do setor informal e desempregados encontravam-se alijados do sistema, dependentes tão somente de alguns hospitais estaduais, municipais e filantrópicos. Na mesma linha, trabalhadores rurais não tinham acesso aos mesmos serviços do restante da população segurada;

→ grande centralização administrativa das ações públicas em nível federal;

→ ações isoladas e pouco concatenadas dos diversos órgãos responsáveis pelas ações públicas de saúde na administração federal.

A Constituição Federal de 1988 trouxe uma nova visão ao sistema de saúde público do País, ao estabelecer uma série de princípios basilares a serem observados na gestão do Sistema Único de Saúde. Não obstante a promulgação da nova ordem constitucional ter se dado em outubro de 1988, a implementação do SUS somente se iniciou com a entrada em vigor das Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90.

Dentre os princípios estabelecidos no novo ordenamento jurídico merecem destaque:

- universalidade - estendendo a todos o acesso às políticas públicas da área da saúde;

- equidade - assegurando tratamento isonômico a todos, na medida das desigualdades existentes;

- integralidade - dilatando o conceito de saúde de forma a abranger um amplo conjunto articulado de ações públicas tendentes a gerar ganhos de natureza fisiológica aos usuários do sistema.

Operacionalmente, o SUS requer o atendimento a outros pressupostos elementares, a saber: descentralização das ações às unidades federadas subnacionais, existência de rede de atendimento regionalizada e hierarquizada, participação da sociedade civil e complementaridade de atendimento por parte de entidades privadas, mormente aquelas sem finalidade lucrativa.

De todo modo, mister reconhecer a profunda alteração do quadro institucional da saúde pública com o advento da Constituição Federal e sua posterior regulamentação, exigindo-se mudanças significativas de mentalidade dos gestores e uma reestruturação funcional importante. Por tudo isso, diz-se que o processo de implantação do SUS encontra-se ainda incompleto, perdurando alguns vícios oriundos do sistema precedente. Sem embargo, as imperfeições detectadas neste e em outros trabalhos não podem ser negligenciadas, ou justificadas com base nessa argumentação, uma vez que os notórios problemas enfrentados pelo sistema de saúde no Brasil estão a exigir ações corretivas céleres tendentes a minimizar as falhas constatadas.

I.3 – Principais constatações do trabalho do Tribunal

Neste tópico, listaremos as principais impropriedades e avanços do sistema atual, detectados pelo TCU a partir da consolidação das auditorias realizadas. Para fins didáticos, agruparemos as constatações em itens genéricos.

a) Assistência ambulatorial e hospitalar:

1. baixa qualidade no atendimento ao usuário, com a formação constante de filas, grande tempo de espera, cobrança indevida de valores e instalações deficientes;

2. inobservância de critérios equitativos para a distribuição regional dos recursos destinados ao setor, não se observando a priorização das regiões mais carentes (basicamente Norte e Nordeste)¹. Isso ocorre essencialmente pela utilização de critérios relacionados à capacidade instalada de atendimento (a qual é sempre preenchida) e não daqueles atinentes à efetiva demanda social. Aliado a isso, ao se proceder o cálculo de definição dos tetos financeiros para transferência de recursos a estados e municípios, o Ministério da Saúde desconsidera variáveis importantes, como o perfil epidemiológico da população e os níveis de participação da saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

3. participação majoritária da rede privada em relação ao total de recursos recebidos no âmbito do SUS, em desarmonia, portanto, com o princípio da complementaridade previsto na Constituição Federal. Observa-se uma nítida tendência de desestatização dos serviços de saúde, inclusive por meio de uma

¹ Consoante informado pelo TCU, a Região Sul possui um gasto anual per capita com assistência hospitalar e ambulatorial superior em 50% em relação à Região Nordeste e correspondente ao dobro da Região Norte. As Regiões Sudeste e Centro-Oeste aproximam-se, em termos relativos, aos gastos da Região Sul.

nova modalidade, a terceirização de serviços ambulatoriais e hospitalares. Esse processo deve ser acompanhado com atenção, pois existe o risco de se gerar um instrumento de exclusão claramente contrário ao princípio da equidade, com a materialização de duas portas de acesso, uma para os pagantes e outra para os usuários do SUS;

4. maioria dos municípios averiguados não cumprem os requisitos ou assumem as responsabilidades decorrentes da habilitação ao sistema, muito embora permaneçam habilitados;

5. cadastros de prestadores do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) não condizem com a realidade da rede assistencial integrante do SUS, com reflexos prejudiciais ao planejamento, controle e avaliação do Sistema. Ademais, a maioria dos estados e municípios auditados não realizam fiscalização periódica da capacidade instalada dos prestadores de serviço cadastrados.

a) Financiamento do SUS:

1. Necessidade de repensar a forma de financiamento do setor, haja vista a sempre crescente demanda por serviços de saúde. O Relatório do Tribunal informa que o Brasil gasta em saúde aproximadamente 3,4% do PIB, ao passo que países desenvolvidos despendem proporcionalmente mais (a exemplo dos Estados Unidos, com 13,6%, Canadá, com 9,2% e Inglaterra, com 6,9%)². Vale ressaltar que nesses países existe grande heterogeneidade quanto às fontes diretas de financiamento ao setor, por vezes preponderando recursos públicos e outras vezes, privados (decorrentes do mercado de planos de saúde, por exemplo).

A questão do financiamento do SUS passa pela reordenação do sistema tributário do País. Parece-nos incontroversa a necessidade de ampliar a base de contribuintes, incorporando ao sistema a parcela da denominada economia informal com habilidade de pagamento, hoje excluída das obrigações contributivas. De forma simétrica à oferta do serviço, se instituiria a universalidade no financiamento dos gastos.

Outra discussão atual concernente à questão é a criação de uma vinculação de recursos ao setor. Não obstante o TCU ter constatado um aumento dos repasses de recursos federais à Saúde nos últimos anos, o Ministro-Relator defende, em seu voto, a vinculação constitucional de recursos públicos para o setor, nos mesmos moldes da existente para a área educacional (art. 212 – CF/88);

2. a distribuição do financiamento entre as três esferas de governo no Brasil resta, da mesma forma, sem solução. Em 1995, coube à União cerca de 63,0% do gasto total, ficando os estados com 20,7% e os municípios com 16,3%. Some-se a isso participações díspares dos estados e municípios entre

² Cumpre mencionar que o percentual de 3,4% para o Brasil tem como fonte trabalho do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), referindo-se ao ano de 1995 (V.Fl. 60 – Aviso nº 31/99). À Fl. 08 do mesmo processado, o TCU informa que o País gastou 4,2% do PIB em saúde em 1993, creditando como fonte o Banco Mundial.

si, com alguns entes direcionando parcelas expressivas de seus orçamentos para a área e outros com participações pífias.

3. A instituição da CPMF não representou aporte adicional de recursos ao SUS, tendo ocorrido apenas uma substituição das fontes de financiamento do Sistema;

4. diante do quadro atual, mister envidar esforços tendentes à definição de prioridades para aplicação dos recursos, combinando essa iniciativa com a adoção de providências efetivas de combate à má gestão, ao desperdício e aos atos de corrupção.

a) Vigilância epidemiológica e sanitária:

1. informações epidemiológicas geradas no âmbito do SUS precárias e intempestivas, prejudicando as ações de combate às enfermidades;

2. grande carência de recursos humanos especializados nas ações de vigilância sanitária nos três níveis de governo, além da utilização equipamentos de trabalho sucateados.

a) Medicamentos e combate a doenças:

1. ausência de diretrizes nacionais na área de medicamentos no período entre a desativação da CEME e a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, acarretando indefinição do papel dos entes federados, com prejuízos ao abastecimento de fármacos à população;

2. nos programas de combate à dengue, tuberculose, malária e hanseníase, falta de integração entre órgãos e entidades partícipes da União, estados e municípios;

3. no que atine às atividades de combate a doenças a cargo da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, as ações de descentralização aos entes subnacionais enfrentam dificuldades operacionais, com os gestores locais desprovidos de condições para implementar a contento as ações públicas.

a) Saneamento:

1. ausência de integração entre a FUNASA e a Secretaria de Política Urbana, do Ministério do Planejamento, formuladores e executores, em nível federal, da política estatal de saneamento básico, bem como entre esses Órgãos e seus correspondentes nos estados;

2. descentralização de recursos na área de saneamento realizada sem base em indicadores técnicos que beneficiem as localidades mais carentes.

a) Controle e avaliação do SUS:

1. Conselho Nacional de Saúde não vem exercendo plenamente suas atribuições, principalmente quanto ao planejamento do setor, ao cronograma de transferência de recursos financeiros a estados e municípios, e à manifestação acerca de fiscalizações e auditorias realizadas pelos órgãos de controle;

2. estruturação inadequada do Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo, sofrendo com a não implantação formal de unidades

na maioria dos estados e municípios visitados, com a inexistência de carreira específica, com a carência de recursos humanos e com o acesso limitado às informações geradas pelo Ministério da Saúde;

3. mecanismos de acompanhamento, avaliação e controle das gestões descentralizada do SUS são insuficientes, haja vista os problemas verificados quanto à estruturação e atuação dos conselhos de saúde e do Sistema Nacional de Auditoria;

4. necessidade de desenvolvimento de uma nova sistemática de fiscalização e acompanhamento, baseada na definição de uma série de indicadores que reflitam a efetividade, a eficácia e a eficiência das gestões públicas;

5. baixa participação da sociedade civil na fiscalização dos recursos repassados, sendo constatadas atuações pouco efetivas dos conselhos de saúde.

O TCU assere, ainda, que grande parte das impropriedades detectadas associam-se a vícios do sistema anterior à CF/88. De toda sorte, cabe destacar a implementação, ainda incipiente, de ótimas opções no setor da saúde pública, quais sejam, o Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS, o Programa Saúde em Família – PSF e os consórcios intermunicipais de saúde.

O PACS estava, em 1998, presente em todos os estados federados e em 3.541 municípios, com cobertura estimada de 50 milhões de pessoas. Visa a fornecer orientações preventivas sobre cuidados com a saúde, voltando-se para o controle da mortalidade materno-infantil.

Já o PSF se propõe a introduzir mudanças no modelo assistencial vigente, voltado para ações curativas e focado no atendimento hospitalar. Com o Programa, a família passa a ser o núcleo do sistema, devendo ser atendida a partir de suas necessidades básicas. Estima-se que mais de 10 milhões de pessoas estejam sendo cobertas pelas 3.147 equipes de Saúde em Família em 1.117 municípios e na quase totalidade dos estados.

Por outro lado, a associação entre municípios para realização conjunta de ações e serviços de saúde, notadamente em Minas Gerais e no Paraná, com o uso comum de recursos humanos e materiais e a adequação da infra-estrutura, tem proporcionado um aumento da qualidade do atendimento oferecido à população.

I.4 – Análise do trabalho do Tribunal

Inicialmente, cumpre-nos felicitar a Corte de Contas pela qualidade do trabalho apresentado, tendo alcançado os objetivos a que se propôs. O resultado final confirma a qualidade do corpo técnico lotado naquela Instituição. A leitura do Relatório permite a formação de um juízo bem fundamentado acerca dos

problemas enfrentados pela saúde pública no País. Foram analisados diversos aspectos relativos ao setor, alguns de forma minuciosa, bem como sugeridas algumas correções de rumo para as políticas desenvolvidas.

Trabalhos dessa natureza devem ser estimulados de forma a alterar o enfoque preponderante no TCU, de privilegiar processos de prestações de contas em prejuízo de ações fiscalizatórias e auditorias de natureza operacional. A contribuição do Tribunal para o aprimoramento da administração pública envolve, também, a instituição de canais informativos de retroalimentação junto aos gestores públicos, tecendo-se sugestões construtivas e acompanhando sua efetiva implementação.

A Decisão nº 635/99 determinou o encaminhamento do Relatório final a autoridades federais, estaduais e municipais relacionadas à saúde pública. Ademais, informou às autoridades que as determinações e recomendações oriundas do trabalho serão efetivadas oportunamente, por ocasião da apreciação dos processos apartados gerados nas unidades técnicas a partir das constatações das auditorias efetuadas.

II - VOTO

Diante das considerações expostas, votamos por que esta Comissão:

- tome conhecimento do teor da Decisão nº 635/99, adotada pelo Plenário do Tribunal de Contas da União;
- oficie ao Tribunal de Contas da União que esta Comissão tomou ciência do conteúdo do trabalho realizado, considerando-o de grande valia, e visualiza a necessidade do acompanhamento da implementação das determinações e recomendações a serem comunicadas às autoridades referidas na Decisão;
- determine o arquivamento do presente processo.

Sala das Comissões, em 10 de setembro de 1999.

Senador OSMAR DIAS
Presidente

Senador DJALMA BESSA
Relator