

ATA DA REUNIÃO DA CPI DA SAÚDE REALIZADA NO PLENÁRIO
“JÚLIO MAIA”

15.10.13
CPI/Saúde Estadual
Proc. N.º 0137/13
Rubrica:



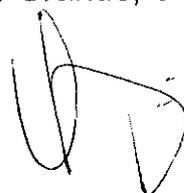
O SR. PRESIDENTE (Amarildo Cruz) (14h38min.) - Invocando a proteção de Deus, dou por aberta a reunião, a trigésima quinta Reunião da Comissão Parlamentar de Inquérito da Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul, instalada para apurar as irregularidade na aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde, no Sistema de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul. A nossa derradeira reunião conta com a presença de todos os Deputados, Deputado Lauro Davi, nosso vice-presidente; Deputado Junior Mochi, nosso relator; Deputado Eduardo Rocha, sub-relator e o Deputado Onevan de Matos, e tem como ponto principal a leitura do relatório elaborado pelo relator, Deputado Junior Mochi. Eu quero, antes de passar a palavra para a leitura do relatório, já de antemão agradecer a todos aqueles, que durante esses seis meses e uma semana, cento e oitenta e sete dias, estiveram junto conosco, aqueles que nos apoiaram, que nos acompanharam, que atenderam aos nossos chamamentos, os nossos requerimentos, os nossos pedidos de informações, a equipe técnica que esteve nos acompanhando nos onze municípios em que estivemos, nas oitivas, nas visitas às unidades de saúde, enfim, agradecer a confiança da Casa, da Assembleia Legislativa, do Deputado Jerson Domingos, de toda a Mesa Diretora, a Mesa Diretora aqui representada pela Deputada Mara Caseiro, nossa Terceira Vice-Presidente, a quem nós vamos entregar, ao final, o relatório elaborado, e também agradecer mais uma a vez a confiança e a colaboração dos integrantes desta comissão. Então, com essas palavras quero passar ao Deputado Junior Mochi, nosso relator, para que ele proceda a leitura do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito, da nossa investigação. Deputado Junior Mochi.

O SR. JUNIOR MOCHI – Senhor Presidente, Deputado Amarildo Cruz. Deputado Lauro Davi, vice-presidente desta comissão, Deputado



Fis. N.º	2
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	

Onevan de Matos e Deputado Eduardo Rocha, é com satisfação que, hoje, ao concluir todo esse trabalho de seis meses, nós apresentaremos à sociedade sul-mato-grossense o relatório final. Após trinta e cinco audiências com esta, vinte seis delas foram audiências de oitivas com testemunhas, noventa e seis pessoas foram ouvidas, quatorze hospitais visitados em onze cidades do nosso Estado, além de visitas a unidades de saúde. Foram encaminhados a esta CPI mais de setenta mil documentos para análise dos membros, portanto, neste momento, passo, então, a fazer a leitura do nosso relatório que contém cento e quatro páginas. Para que as pessoas possam entender o relatório nós o dividimos, inicialmente, no histórico da CPI, desde o seu início, tratamos depois de um parecer e daí os tópicos abordados pela CPI. Dentre os tópicos estão os subfinanciamentos dos procedimentos do SUS, os investimentos dos municípios, os investimentos da União, os investimentos do Estado, a terceirização, a baixa resolutividade, a humanização do atendimento, a judicialização da saúde, a falha de fiscalização e controle social, a demanda invisível dos estrangeiros, as necessidades locais e específicas identificadas nas audiências nos municípios sedes de microrregião, como Ponta Porã, Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Três Lagoas, e também o déficit mensal dos hospitais contratualizados, os critérios de distribuição dos recursos do SUS por parte do Estado, o Hospital Vida e o Hospital Universitário de Dourados, a demanda reprimida de Campo Grande, o Hospital do Trauma de Campo Grande, o trauma automobilístico, o Serviço Móvel de Atenção às Urgências - SAMU, a saúde indígena, os renais crônicos, o sistema de regulação, a manutenção de médicos no interior, a Estratégia de Saúde da Família – os FSFs, equipamentos, Sistema de Informação e Saúde – GISA, tratamento da oncologia e também da constatação nos grandes hospitais, Hospital Universitário de Campo Grande, Hospital do Câncer de Campo Grande, a Santa Casa de Campo Grande, o Hospital Regional



de Campo Grande. E, ao final as recomendações e encaminhamentos da
CPI. Passo, então, ao início da leitura.

Fis. N.º	3
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO – CPI DA SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

MEMBROS DA CPI

Dep. **Amarildo Cruz** (PT) - Presidente

- Suplente: Dep. Cabo Almi (PT)

Dep. **Lauro Davi** (PROS) - Vice Presidente

- Suplente: Dep. Mara Caseiro (PTdo B)

Dep. **Júnior Mochi**(PMDB) - Relator

- Suplente: Dep. Marquinhos Trad (PMDB)

Dep. **Eduardo Rocha** (PMDB)

- Suplente: Dep. Maurício Picarelli (PMDB)

Dep. **Onevan de Matos**(PSDB)

- Suplente: Dep. Dione Hashioka (PSDB).

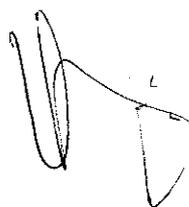
RELATÓRIO

PARECER

Subfinanciamento dos procedimentos do SUS

Investimentos dos municípios

Investimentos da União



Investimentos do Estado

Terceirização

Baixa resolutividade

Humanização do Atendimento

Judicialização da Saúde

Falhas de fiscalização e controle social

Demanda invisível - estrangeiros

Necessidades locais específicas

a) Atraso no Hospital Regional de Ponta Porã

b) Hospital de Aquidauana

c) Conflito de gestão da saúde e os hospitais

escolas

d) Santa Casa de Corumbá

e) A UPA de Corumbá

f) Centro cirúrgico de Jardim

g) Hospital de Naviraí

h) Déficit mensal hospitais contratualizados

i) Critérios de distribuição de recursos do SUS por parte do Estado

j) Hospital Vida e Hospital Universitário de Dourados

l) Demanda reprimida de Campo Grande

m) Hospital do trauma em Campo Grande

n) O Trauma automobilístico

o) Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU)

A Saúde Indígena

Renais crônicos

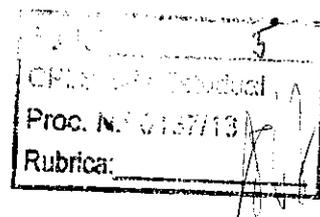
Sistema de regulação

Manutenção de médicos no interior

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Fls. N.º	4
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Equipamentos (tecnologia/tempo/baixo custo)
Sistema de Informações em Saúde – GISA
Tratamento da oncologia
Da constatação nos grandes hospitais



- a) Hospital Universitário de Campo Grande
- b) Hospital do Câncer de Campo Grande
- c) Santa Casa de Campo Grande
- d) Hospital Regional de Campo Grande

SUGESTÕES DA CPI

ENCAMINHAMENTOS DA CPI

RELATÓRIO

A presente Comissão Parlamentar de Inquérito, criada por ato da Mesa Diretora na Assembleia Legislativa de Mato Grosso do Sul em 23 de maio de 2013, foi motivada por uma série de denúncias veiculadas pela imprensa nacional, fortemente repercutida pela imprensa local, acerca de possíveis irregularidades nos investimentos públicos em saúde em Mato Grosso do Sul.

O requerimento para instauração da CPI foi apresentado pelos Deputados Amarildo Cruz e Lauro Davi e subscrito por todos os Deputados da Casa Legislativa.

O objeto de investigação da CPI foi definido no ato de criação: "*investigar a regularidade na aplicação dos recursos públicos por parte das instituições de saúde no Estado de*

*Mato Grosso do Sul, averiguando, inclusive, a legalidade, oportunidade e conveniência das terceirizações de serviços realizadas com as verbas repassadas"*¹.

Fis. N.º	6
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

São membros titulares os Deputados Estaduais Amarildo Cruz (PT), Junior Mochi (PMDB), Eduardo Rocha (PMDB), Lauro Davi (PROS) e Onevan de Matos (PSDB), e suplentes os Deputados Estaduais Cabo Almi (PT), Dione Hashioka (PSDB), Mara Caseiro (PT DO B), Marquinhos Trad (PMDB) e Maurício Picarelli (PMDB)².

Na primeira reunião da CPI, foram eleitos o Presidente, Deputado Amarildo Cruz (PT) e o Vice-presidente, Deputado Lauro Davi (PROS) e Relator o Deputado Júnior Mochi (PMDB).

Como metodologia de trabalho, a CPI definiu que iria investigar as irregularidades na aplicação dos recursos públicos na saúde, identificando, inicialmente, qual o valor total de recursos financeiros públicos aplicados na saúde em todo o Estado, somando os repasses da União, do Estado e dos Municípios.

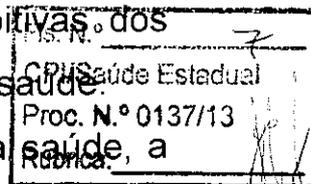
Ao mesmo tempo, a CPI examinaria a aplicação dos recursos, buscando dados de gestão e qualidade dos investimentos em confronto com o atendimento e a sua

¹ Ato n. 03/2013, de 22 de maio de 2013, publicado no DOALMS n. 0365, de 23 de maio de 2013.

² Ato n. 04/2013, de 02 de maio de 2013, publicado no DOALMS n. 0365, de 23 de maio de 2013.

resolutividade, através da requisição de documentos, entrevistas dos gestores e conselheiros, visitas aos hospitais e postos de saúde.

Diante da organização estadual da saúde, a



CPI se deslocou para conhecer a realidade das 4 macro regiões (**Campo Grande, Dourados, Três Lagos e Corumbá**) e das 7 micro regiões (**Aquidauana, Coxim, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba e Ponta Porã**) que centralizam o atendimento dos municípios próximos.

Foram realizadas várias audiências em Campo Grande e uma em cada município sede de macro ou micro região. Abaixo, estão listadas as pessoas ouvidas e seu cargo, por cidade e data:

a) Campo Grande:

Wilson Levi Teslenco, Presidente da Associação Beneficente Santa Casa, em 10 de junho de 2013;

Beatriz Figueiredo Dobashi, Secretária de Estado de Saúde, em 17 de junho de 2013;

Ivandro Corrêa Fonseca, Secretário Municipal de Saúde de Campo Grande, em 27 de junho de 2013;

Ronaldo Perches Queiroz, Ex-Diretor do Hospital Regional de Campo Grande, em 08 de julho de 2013;

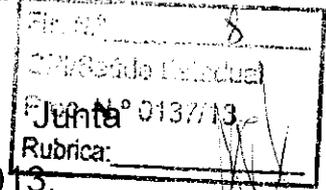
José Carlos Dorsa Vieira Pontes, Ex-Diretor do Hospital Universitário, em 08 de julho de 2013;

Antonio Lastória, Diretor da Junta Interventora da Santa Casa e, depois, nomeado Secretário Interino Estadual de Saúde, em 15 de julho de 2013;

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name 'Antonio Lastória'.

Issan Moussa, Diretor da Junta Interventora da Santa Casa, em 15 de julho de 2013;

Nilo Sérgio Laureano Leme, Diretor da Junta Interventora da Santa Casa, em 15 de julho de 2013,



Carlos Alberto Moraes Coimbra, Diretor Presidente do Hospital do Câncer, em 1 de agosto de 2013;

Florêncio Garcia Escobar, Ex-Presidente do Conselho Estadual de Saúde, em 1 de agosto de 2013;

Leandro Mazina, Ex-Secretário Municipal de Saúde de Campo Grande, 15 de agosto de 2013;

Luis Henrique Mascarenhas Moreira, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de MS, em 22 de agosto de 2013;

Adalberto Abrão Siufi, Ex-Diretor do Hospital do Câncer, em 29 de agosto de 2013;

Claudio Wanderley Luz Saab, atual Diretor do Hospital Universitário, em 29 de agosto de 2013;

Luiz Alberto de Oliveira Azevedo, Diretor-Presidente do Instituto Municipal de Tecnologia da Informação, em 05 de setembro de 2013;

João Mitumassa Yamaura, Ex-Diretor Presidente do Instituto Municipal de Tecnologia da Informação, em 05 de setembro de 2013;

Naim Alfredo Beydoun, Diretor-Presidente do Consórcio Telemídia, em 16 de setembro de 2013;

Ricardo Alexandre Corrêa Bueno, Presidente do Conselho Estadual de Saúde, em 16 de setembro de 2013;

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Leandro Peres de Matos, Prefeito de Naviraí, em setembro de 2013;

Fis. N.º	01
em 23 de	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Frederico Marcondes Neto, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Mato Grosso do Sul, em 23 de setembro de 2013;

Wedson Desidério Fernandes, Diretor Geral do Hospital Universitário de Dourados, em 30 de setembro de 2013;

Amarilis Pereira Amaral Scudellari, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem, em 30 de setembro de 2013;

Nelson Carmelo Olazar, Coordenador da Secretária Especial de Saúde Indígena, 3 de outubro de 2013;

Fernando da Silva Souza, Presidente do Conselho de Saúde Indígena, 3 de outubro de 2013;

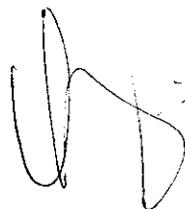
Luiz Henrique Mandetta, Ex-Secretário de Saúde de Campo Grande, em 21 de outubro de 2013;

Maria Cristina Abrão Nachif, Ex-Coordenadora do Grupo Gestor do Projeto de Desenvolvimento e Implantação do Sistema Integrado da Saúde (GISA), em 14 de novembro de 2013;

Mara Iza Arteman, Ex-Presidente da Comissão de Licitações da Prefeitura Municipal de Campo Grande, em 14 de novembro de 2013;

Silvia Raquel Bambokian, Chefe da Divisão de Convênios do Fundo Nacional de Saúde, em 14 de novembro de 2013;

b) Dourados:



Fis. N.º	10
CPI/Saúde Estadual	
Process. N.º	0137/13
Rubrica:	

Sebastião Nogueira, Secretário Municipal de Saúde;

Silvia Regina Bosso, Ex-Secretária Municipal de

Saúde;

Berenice de Oliveira, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Demétrius D. Pareja, Ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde;

João Alves de Souza, Ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde

Wilson César M. Alves, Ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 24 de junho de 2013.

c) Coxim:

Rogério Márcio Souto, Secretário Municipal de Saúde;

Mário Nakada, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Gilberto Portela Lima, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Elza Magali N. Vieira, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

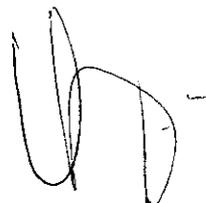
Franciel de Oliveira, Ex-Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Marcelo César Ferreira, Gestor do Hospital Regional de Coxim

Todos ouvidos no dia 1º de julho de 2013.

d) Aquidauana:

Ângela Maria Lelis Spada, Secretária Municipal de Saúde;



Francisco Roberto Rossi, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Fis. N.º	11
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Irene Franco Ferreira, Diretora da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar Dr. Estácio Muniz;

Aline Rigo Jardim, Diretora da Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar Dr. Estácio Muniz;

Patrícia Marques Magalhães, Vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Luiz Carlos Campos Torres, Ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 11 de julho de 2013.

e) Jardim:

Jorge Cafure Júnior, Secretário Municipal de Saúde;

Claudemyr Soares, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Marcos Antônio Ruiz, Diretor-Presidente do Hospital Marechal Rondon;

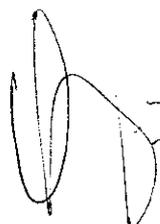
Heron dos Santos Filho, Ex-Diretor-Presidente do Hospital Marechal Rondon;

Luis Carlos Cristaldo Ribeiro, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 12 de agosto de 2013.

f) Paranaíba:

Antônio João Grande de Melo, Secretário Municipal de Saúde;



Fis. N.º	12
Município	Estadual
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Luciano Aparecido da Silva, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Jair Alves de Souza, Diretor-Presidente da Santa Casa de Misericórdia;

José Homero de Freitas, Ex-Diretor-Presidente da Santa Casa de Misericórdia;

Isaias Martins Severino, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 19 de agosto de 2013.

g) Três Lagoas:

Eliane Cristina Figueiredo Brillhante, Secretária Municipal de Saúde;

Sérgio Luís dos Santos Jeremias, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Aurélia Brioschi, Diretora-geral do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas;

Elvanir Dorneles Nogueira, Ex-Diretora-geral do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas;

Edson Aparecido de Queiroz, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 20 de agosto de 2013.

h) Naviraí:

Maria Cristina Tezolini Gradella, Ex-Gerente Municipal de Saúde;

Anaelize Andrade Coelho, Gerente Municipal de Saúde;



Edivan Thiago de Barros Barbosa, Ex-Diretor do Hospital Municipal;

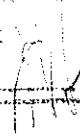
Renata Sena Moraes Hervatini, Diretora do Hospital Municipal;

Zelmo de Brida, Ex-Prefeito Municipal;

José Pereira da Silva, Ex-Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Aníbal da Silva Bezerra, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 26 de agosto de 2013.

Fls. N.º	13
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

i) Nova Andradina:

Silvio Carlos Senhorini, Secretário Municipal de Saúde;

José Carlos Paiva Souza, Ex-Secretário Municipal de Saúde;

Fábio José Judacewski, Diretor do Hospital Regional do Município;

Norberto Fabri Júnior, Ex-Diretor da Santa Casa do Município;

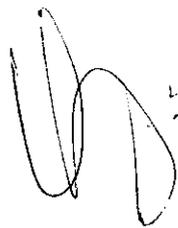
Clodoaldo Barthiman, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;

Todos ouvidos no dia 27 de agosto de 2013.

j) Ponta Porã:

Eduardo Santos Rodrigues, Secretário Municipal de Saúde;

Josué da Silva Lopes, Ex-Secretário Municipal de Saúde;



Estelita Aparecida Ajala, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;
Nelci Ribeiro de Andrade, Ex-Presidente do Conselho Municipal de Saúde;
Eduardo Santos Rodrigues, Diretor do Hospital Regional do Município;
Todos ouvidos no dia 2 de setembro de 2013.

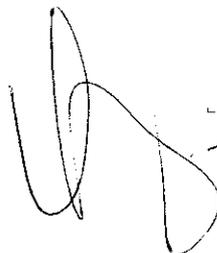
Fls. N.º	VA
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

k) Corumbá:

Dinaci Vieira Marques Ranzi, Secretária Municipal de Saúde;
Maria Antonieta Silva Sabatel, Ex-Secretária Municipal de Saúde;
Cristiano Ribeiro Xavier, Diretor da Santa Casa do Município;
Eduardo Lasmar Pacheco, Ex-Diretor da Santa Casa do Município;
Mariluce Gonçalves Leão de Almeida, Presidente do Conselho Municipal de Saúde;
Melchora Gomes Ibañhes, Ex-Presidente do Conselho Municipal de Saúde;
Todos ouvidos no dia 9 de setembro de 2013.

A CPI visitou e conheceu a realidade de atendimento nas seguintes unidades, abaixo, listadas por cidade e data:

Campo Grande:



Centro Regional de Saúde Nova Bahia, em 23 de julho de 2013;

Fls. N.º	15
CPI/Saúde Regional	
Proc. N.º	0137.13
Rubrica:	Coronel

Unidade de Pronto Atendimento do Coronel Antonino, em 23 de julho de 2013;

Centro Regional de Saúde das Moreninhas, em 23 de julho de 2013;

Centro Regional de Saúde Aero Rancho, em 23 de julho de 2013;

Central de Regulação do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência de Campo Grande (SAMU), em 23 de julho de 2013;

Hospital Santa Casa de Campo Grande, em 16 de agosto de 2013;

Hospital Universitário de Campo Grande, em 23 de agosto de 2013;

Hospital Regional Campo Grande, em 30 de agosto de 2013;

Hospital do Câncer Campo Grande, em 06 de setembro de 2013;

UPA Vila Popular, em 19 de setembro de 2013;

UPA Jardim Leblon, em 19 de setembro de 2013.

Dourados:

Hospital da Vida;

Posto de Assistência Médica de Dourados;

Em 24 de junho de 2013;

Coxim:

Hospital Regional de Coxim, em 1 de julho de 2013;



Fis. N.º	16
CPI/Saúde Fin. Inv.	
Proc. N.º	013/2013
Rubrica:	

Naviraí:

Centro de Especialidades Médicas;
Centro de Especialidades Odontológicas;
Hospital Municipal;

Em 26 de agosto de 2013.

Corumbá:

Associação Beneficente de Corumbá;

Em 9 de setembro de 2013.

Foram requisitados para todas as sedes de macro e micro regiões os documentos para analisar os gastos em saúde, tais como: Cópia de todos os contratos pagos com as verbas da saúde, todas as fontes incluindo contratos de obras de construção, ampliação de reformas de unidades de saúde, acompanhamento de seus planos de trabalhos, suas justificativas e pareceres jurídicos para os contratos de terceirização de mão de obra, serviços, locação e aquisição de bens móveis e imóveis, incluindo os termos aditivos destes contratos, dentro de um período de 05 (cinco anos).

Ainda, foram requisitadas informações sobre todos os equipamentos comprados ou recebidos do Estado, Município e União, no período de 05 anos, e sua utilidade, bem como informar se os referidos equipamentos estão ou não em uso.



Por fim, foram solicitadas informações sobre a jornada de trabalho e remuneração dos médicos contratados pelas sedes de macro e micro regiões.

Fls. N.º	17
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Da equipe técnica contratada pela CPI, somente o jurídico, supervisionado por Ronaldo Franco e Vinicius Coutinho entregaram relatório, escrito e assinado a este relator.

PARECER

Feita a análise de todo o acervo documental, das oitivas e das visitas, cabe a CPI da Saúde imprimir suas convicções sobre a *aplicação dos recursos públicos por parte das instituições de saúde no Estado de Mato Grosso do Sul, averiguando, inclusive, a legalidade, oportunidade e conveniência das terceirizações de serviços realizadas com as verbas repassadas.*

A abordagem sobre a regularidade da aplicação dos recursos públicos identifica que ocorrem impropriedades/insuficiências; irregularidades; e, ilegalidades.

As duas primeiras constatações, **IMPROPRIEDADES/INSUFICIÊNCIAS E IRREGULARIDADES**, derivam das condições de financiamentos, disponibilidade de profissionais existentes e condições estruturais, bem como do grau de fiscalização existente pelos órgãos de controle.



As condições de trabalho dos conselhos municipais é o claro exemplo de **impropriedade/insuficiência** do sistema SUS. Os conselhos são desprovidos de suporte técnico adequado e, por esta razão, não podem exercer com eficácia e eficiência sua tarefa fiscalizadora.

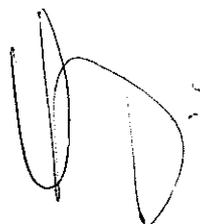
Fls. N.º	13
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

As **irregularidades** são as formas diversas de cumprimento de obrigações do SUS que não se constituem ilegalidades, já que tarefas são cumpridas de formas distintas ou não preconizadas.

A terceira constatação, as **ILEGALIDADES**, dizem respeito à ofensa direta às normas legais causando ou não prejuízo ao erário e ao direito dos usuários do SUS.

É mister a distinção destas constatações pois as insuficiências e as irregularidades são decorrentes em especial de problemas de gestão e de financiamento precário, enquanto as ilegalidades são decorrentes de ofensa explícita da lei por parte dos agentes e de terceiros prestadores de serviços ao SUS em Mato Grosso do Sul, constituindo fatos a serem apurados à luz da lei de improbidade e lei penal podendo ensejar ações de ressarcimento ao erário ou ações penais para apurar crimes contra a administração pública.

Infelizmente já há ilegalidades assimiladas ou toleradas – um problema de âmbito nacional, inclusive.



Um exemplo recorrente encontrado em todos os municípios, diz respeito ao cumprimento de horários pelos médicos contratados pelo SUS e, até mesmo, os pagamentos que extrapolam o teto do funcionalismo público.

Fls. N.º	44
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Inegavelmente, a exigência de cumprimento rigoroso de horários, afastaria, ainda mais, os médicos que ainda se dispõem a atender para o SUS, sob as atuais condições.

A carência de profissionais, em algumas áreas, dá ao médico o direito de impor as condições para que o SUS nos municípios possa funcionar minimamente.

Este não é um problema localizado, mas um problema estrutural de nosso país, tanto que assistimos o embate entre o governo federal e a classe médica acerca do Programa 'MAIS MÉDICOS'.

Nem mesmo Campo Grande, a capital, se livra da falta de profissionais em determinadas especialidades para atender no SUS.

Mesmo a rede privada, sofre com a escassez de algumas especialidades, o que de certa forma encarece e limita o acesso a prestação dos serviços, conforme notícias da mídia local.

Os indícios apontados pela Polícia Federal no Hospital Universitário de Campo Grande e no Hospital do Câncer



é o claro exemplo de ilegalidade, com prejuízo nefasto ao SUS, caracterizando sérios indícios de ato de improbidade e cometimento de crimes por parte de seus gestores.

Fis. N.º	20
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

A aferição da existência de IMPROPRIEDADE/INSUFICIÊNCIAS, IRREGULARIDADES E ILEGALIDADES, realizadas por esta CPI, tem seu embasamento legal na Lei n. 8.080/1990, que rege o Sistema Único de Saúde, e na Emenda Constitucional 29, que são os marcos legais de referência para todo o sistema.

Subfinanciamento dos procedimentos do SUS

Um dos primeiros problemas identificados pela CPI e que se destaca em qualquer análise sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde, refere-se ao financiamento do sistema, compartilhado pela União, Estado e municípios, além do subfinanciamento dos procedimentos do SUS.

Restou incontroverso a esta CPI que os municípios gastam acima do limite mínimo constitucional com serviços de saúde e, ainda assim, os serviços não são suficientemente capazes de oferecer uma boa qualidade de atendimento ao usuário do SUS.

O Brasil é o único país com mais de CEM MILHÕES de habitantes que se propôs a atender toda a sua população com serviços públicos de saúde. Nem a maior potência



do planeta, EUA, ousou tanto (por causa de programa muito tímido chamado MEDCARD o país está num grande debate).

Fls. N.º	21
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

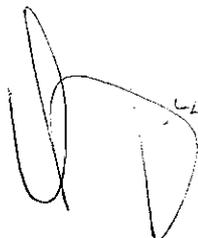
O financiamento do sistema é um problema grave e que dá azo a várias outras irregularidades constatadas.

Os 11 municípios de MS, que foram visitados e enviaram documentos a CPI, gastam bem mais do que o mínimo exigido pela Constituição Federal (15%) dos seus orçamentos próprios com serviços de saúde, que, ainda, são acrescidos dos recursos estadual e federal, dando um indicativo que o financiamento do SUS, no modelo atual, é insuficiente e ineficiente.

Neste sentido, é incontroverso, também, que a totalidade dos municípios não possui mais capacidade para financiar o sistema e financiar o subfinanciamento dos procedimentos do SUS, dadas as condições financeiras limitadas destes municípios.

Pode até haver problemas de gestão por parte dos municípios, mas com certeza não há espaço para mais financiamento por parte destes municípios, estrangulados por obrigações estabelecidas pela União e limitações fiscais estatuídas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A Confederação Nacional dos Municípios apresentou ao Supremo Tribunal Federal um bom resumo da situação municipal acerca do tema FINANCIAMENTO do SUS.



Vejamos:

70,6% dos municípios atendem apenas a atenção básica;

29,4% dos municípios brasileiros assumiram a média e alta complexidade;

98% dos municípios cumprem a EC 29;

Os municípios investem 30%, em média, a mais que o mínimo legal;

Fonte: CMN - Confederação Nacional dos Municípios.

O maior reclame é o reajuste da tabela SUS. A atual gestão da Santa Casa de Campo Grande já reclama pela adoção de outra tabela para remuneração.

Neste sentido, interessante a comparação da tabela SUS com outros serviços desde que entrou em vigor o Plano Real. Abaixo, os segmentos e sua variação de julho de 1994 a outubro de 2006 (%):

Tabela SUS (Impacto financeiro) 37,30 %

IGP-M (FGV) 418,10%

Inflação dos Hospitais 386,20%

Gasolina (*) 528,61%

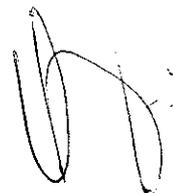
Energia Elétrica (*) 595,53%

Comunicações (*) 613,06%

Água (*) 533,04%

Gás de Cozinha (*) 672,01%

Transporte Urbano (*) 626,87%



(*) Fonte: Centro de Estudos e Pesquisas
Econômicas (Cepe/UFRGS).

Fis. N.º	23
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Vejamos, ainda, a defasagem dos valores
nos procedimentos da tabela SUS:

Procedimento:	Tabela SUS -(R\$)	Custo real (R\$)
Defasagem (%)		
Consulta em especialidade adulta:	7,55	20,94
177,4		
Raio-X simples :	4,91	27,58
461,7		
Endoscopia:	14,41	79,67
452,9		
Diária de UTI – II :	213,71	720,00
238,0		
Insuficiência respiratória:	793,01	3.083,44
288,8		
Pneumopatias agudas :	1.036,05	2.047,63
97,6		
Apendicectomia:	525,40	1.277,24
143,0		
Toracotomia:	1.065,66	3.322,04
221,7		

Fonte: Federação das Santas Casas e Hospitais
Filantrópicos do RS.

Do quadro supra é de fácil constatação que há um problema grave no subfinanciamento oriundo dos pagamentos pelo SUS dos procedimentos.

Ressalta-se que os hospitais contratualizados recebem por cumprimento de metas, exceto nos



procedimentos de alta complexidade onde se paga uma melhor remuneração.

Fis. N.º	76
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Tal fato com certeza é o maior ensejador para um ambiente de burla ao SUS com internações fictícias e AIH's (autorização de internação hospitalar) inverídicas, constantemente encontradas pelas auditorias do DATASUS e objeto de várias denúncias na mídia nacional e estadual.

A Lei n. 8.080/1990³ foi inteligente em atribuir a UNIÃO uma grande responsabilidade em relação à ALTA COMPLEXIDADE.

Os municípios e os estados não possuem condições financeiras em equipar e financiar a rede hospitalar de alta complexidade.

Em Mato Grosso do Sul a alta complexidade é financiada pela União e pelo Estado, apenas em Campo Grande há participação do município.

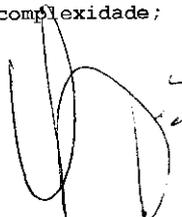
Somente a participação ativa da União é capaz de dotar municípios e regiões de equipamentos adequados para a rede hospitalar de alta complexidade, a exemplo da

³ Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

(...)

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;



implantação de centro de tratamento intensivo nas sedes de macro e micro regiões.

Fls. N.º	28
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

A boa notícia é que o Congresso Nacional discute duas propostas de fixar o repasse mínimo da União para a Saúde em 15% da Receita Líquida. A proposta de emenda constitucional foi aprovada no Senado⁴ e o projeto de lei de iniciativa popular tramita na Câmara⁵, fixando em 10% da receita bruta.

Contudo, até a presente data a questão do financiamento se constitui óbice determinante para impedimento da expansão dos serviços de saúde pública e melhoria de sua qualidade.

Investimentos dos municípios

Como já discorrido os municípios tem suportado na ponta um grande impacto financeiro para financiar o SUS.

Vejamos o comprometimento da receita tributária dos 11 municípios com gastos em saúde, conforme demonstra o quadro abaixo:



⁴ PEC 22-A/2000, Proposta de Emenda à Constituição do Orçamento Impositivo

⁵ PLP 321/2013, Projeto de Lei de Iniciativa Popular do movimento saúde +10

Município/ano	2008	2009	2010	2011	2012
Aquidauana	19,19	26,79	20,40	28,00	26,67
Campo Grande	24,31	23,47	26,47	24,31	26,13
Corumbá	15,89	21,50	24,27	18,91	16,86
Coxim	21,62	24,75	34,23	20,85	27,49
Dourados	22,97	21,46	21,00	20,76	20,85
Jardim	23,41	23,89	30,69	29,24	28,82
Naviraí	20,07	20,78	21,44	23,23	23,40
Nova Andradina	23,31	18,87	21,35	19,29	16,36
Paranaíba	19,29	24,15	26,66	22,84	22,73
Ponta Porã	16,16	17,81	18,27	20,02	18,27
Três Lagoas	18,69	25,06	24,25	23,04	27,20

Verifica-se que indistintamente todos os municípios aplicam recursos acima dos 15% preconizados pela EC-29, havendo, todavia, importantes oscilações que apontam para a variação da priorização do setor de saúde pelas gestões municipais.

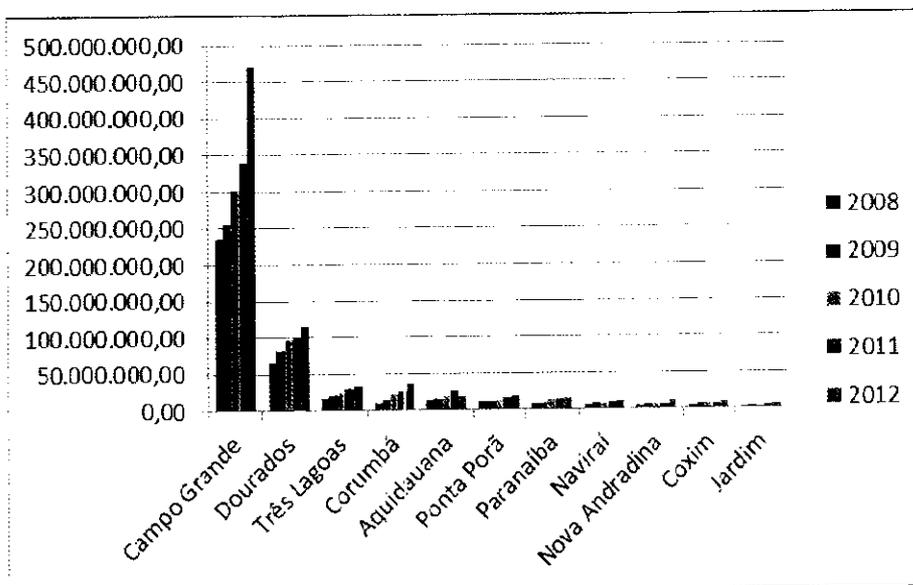
Investimentos da União

Assim evoluíram os recursos transferidos da UNIÃO para o SUS de Mato Grosso do Sul nas onze cidades investigadas, vejamos a tabela abaixo:



Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	%
Aquidauana	14.253.434,63	15.932.427,82	18.402.421,36	25.858.361,90	18.775.356,20	32
Campo Grande	236.028.532,68	254.837.144,19	301.996.109,37	339.100.405,13	469.622.416,99	99
Corumbá	9.760.531,68	13.406.951,42	22.155.170,69	26.709.093,97	35.719.187,75	266
Coxim	5.167.605,02	6.084.251,25	8.617.104,70	7.505.948,41	9.460.312,96	83
Dourados	66.701.892,40	82.037.527,06	97.442.764,65	101.722.914,76	115.370.460,29	73
Jardim	3.025.484,75	3.504.481,32	3.884.685,35	5.723.824,46	6.939.593,03	129
Naviraí	6.534.383,19	8.677.196,55	8.514.045,32	9.754.772,10	11.239.862,13	72
Nova Andradina	5.046.980,09	6.107.640,91	6.806.193,82	7.387.994,48	12.702.621,03	151
Paranaíba	7.958.324,31	8.524.164,64	12.857.787,12	12.983.052,88	15.606.560,81	96
Ponta Porã	11.645.699,32	12.295.039,92	13.541.820,31	17.215.740,88	19.537.702,94	68
Três Lagoas	16.934.581,98	19.868.329,53	24.615.264,05	28.862.508,50	32.862.360,63	94

Desta tabela se constata:



A princípio, temos uma desproporção da aplicação de recursos entre a capital e o interior, apontando uma concentração da atenção (mormente da assistência) à saúde no Estado do Mato Grosso do Sul.

Levando-se em consideração as estimativas populacionais do IBGE para 2013, para as cidades mencionadas, percebe-se que a somatória das populações das dez cidades, excetuando-se a capital, chega a 753.341.

Campo Grande tem estimativa populacional de 832.350.

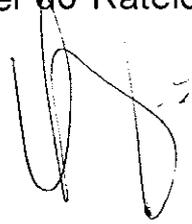
Portanto, populações aproximadamente equivalentes. No entanto, os recursos investidos em saúde pelos dez municípios alcançam 278.214.017,77, o que representa 59,24% do recurso empregado em Campo Grande, lembrando que as populações se equivalem.

Há que se considerar que dentre os critérios para repasse são considerados, além da população, a capacidade instalada e a complexidade do atendimento realizado, o que justifica a Capital receber mais recursos.

Em razão deste fato, há a necessidade premente de se investir na melhoria da estrutura e complexidade do atendimento da rede hospitalar nas sedes de macro e micro região, para efetivar a descentralização do atendimento e, com isso, evitar a prática do que comumente se chama de “ambulânciaterapia”.

Investimentos do Estado

Em Mato Grosso do Sul vige a Lei Estadual n. 2.261/2001, conhecida como a Lei do Rateio, onde o seu artigo



1^o, dispôs sobre o *sistema de rateio de despesas e apropriação de custos entre órgãos da administração direta (...) na proporção dos usos de recursos nas atividades-fins*, ou seja, nas despesas de saúde estão incluídas, também, as despesas de apoio como a arrecadação e administração de recursos do tesouro estadual.

Fls. N.º	29
Orgão/Divisão	SAÚDE Estadual
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

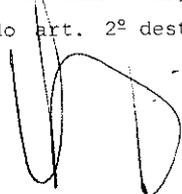
Em razão da vigência da Lei Estadual supramencionada, o Estado de Mato Grosso do Sul cumpre as exigências da emenda constitucional n. 29/CF.

Entretanto, a mencionada lei é questionada pela Procuradoria Geral da República que impetrou a Ação Direta de Inconstitucionalidade, ADIN 3320, argumentando que há afronta ao artigo 198, da Carta Constitucional, segundo o qual compete à União legislar sobre percentuais e critérios de rateio dos recursos destinados à saúde e desrespeita a exigência do artigo 77, parágrafo 3^o, do ADCT, que estabelece que os recursos destinados à saúde devem ser aplicados por meio de fundo de saúde e fiscalizados por conselho de saúde.

Noutro sentido, a atual legislação federal de saúde contempla as disposições da Lei do Rateio. Segundo a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu artigo 3^o⁷,

⁶ Art.1^o - O Poder Executivo adotará, a partir do exercício de 2001, sistema de rateio de despesas e apropriação de custos entre órgãos da administração direta, autarquias e fundações, para fins de alocação das despesas de custeio realizadas com a manutenção de serviços de arrecadação, suporte técnico administrativo e gestão do aparelho do Estado, na proporção dos usos de recursos nas atividades-fins, podendo, para essa finalidade, utilizar-se dos mecanismos previstos no inciso VI, art. 167, da Constituição Federal.

⁷ Art. 3^o Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6^o da Lei n^o 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2^o desta Lei Complementar, para



inciso XI e XII, são ações imprescindíveis ao desenvolvimento das ações de saúde aquelas chamadas de apoio administrativo e contam como despesas com saúde.

Fis. N.º	20
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

O processo da ADIN 3320 encontra-se em tramitação no Supremo Tribunal Federal desde 2004. Portanto, enquanto não houver declaração de inconstitucionalidade pela instância superior, a lei continua válida, vigente e eficaz.

Terceirização

Muito se discutiu e inquiriu acerca da legalidade e viabilidade da terceirização de serviços pelo SUS, no curso desta CPI.

Dos 18 hospitais regionais situados nas 11 cidades analisadas pela CPI, 09 são públicos e 09 são privados. Também se considerarmos o universo total dos hospitais do SUS em MS, teremos metade público e metade privado filantrópico.

A análise dos indicadores do SIOPS aponta para um sistema estadual dependente de serviços de hospitais privados filantrópicos, assim, identificamos que há um grande repasse de recursos dos SUS a terceiros privados, como demonstra a tabela abaixo:

efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

(...)

- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.



Município/ano	2008	2009	2010	2011	2012
Aquidauana	6,32%	6,50%	6,33%	7,20%	21,67%
Campo Grande	47,94%	49,88%	48,46%	49,26%	48,67%
Corumbá	11,72%	13,39%	13,21%	13,64%	12,30%
Coxim	4,96%	12,90%	4,45%	4,87%	2,72%
Dourados	21,10%	23,98%	20,64%	27,84%	28,71%
Jardim	24,31%	26,54%	24,61%	28,02%	9,51%
Naviraí	12,30%	11,69%	9,72%	9,49%	7,59%
Nova Andradina	25,65%	26,60%	24,54%	25,65%	7,79%
Paranaíba	30,95%	30,75%	30,62%	32,84%	32,81%
Ponta Porã	7,49%	7,19%	5,96%	6,52%	7,11%
Três Lagoas	35,11%	36,58%	36,41%	39,97%	37,34%

Chama a atenção os altos investimentos na contratação de terceiros nos municípios de Campo Grande, Dourados, Jardim, Nova Andradina, Paranaíba e Três Lagoas.

Entretanto, constatou-se que, nestes municípios, as contratações dos hospitais privados filantrópicos para prestarem serviços ao SUS não ocorreram em detrimento de unidades públicas, mas justificam-se porque eram os únicos em seus municípios e, por isso, são necessários para realizar o atendimento público.

No curso das oitivas surgiram opiniões contraditórias acerca do tema. Alguns argumentam que a terceirização do SUS é absolutamente inadequada.



Por sua vez, os gestores justificam a terceirização em cima da burocracia e necessidade de responder rapidamente a certas demandas ou que se evite a paralisação de serviços em face da demora na execução de procedimentos burocráticos.

A Constituição Federal, no seu artigo 197⁸, admite que Sistema Único de Saúde – SUS execute as ações e serviços de saúde diretamente ou através de terceiros.

A Lei 8.080/1990, no artigo 24⁹, também, determina que Sistema Único de Saúde – SUS utilize dos serviços ofertados pela iniciativa privada para garantir a cobertura assistencial à população.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, regulamentou a contratação de terceiros através da Portaria MS n. 3.277/06, no artigo 2^{o10}, que complementa a oferta com serviços

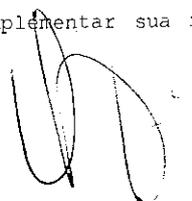
⁸ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199 (...)

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

⁹ Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

¹⁰ Art. 2º - Quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, e comprovada e justificada a necessidade de complementar sua rede e, ainda, se houver



privados de assistência à saúde, e, em 2007, editou um **MANUAL DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS PELO SUS.**

Fls. N.º	33
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Portanto, é inegável reconhecer ~~que a~~ terceirização de serviços (pessoal, exames e diagnósticos entre outros) é perfeitamente admitida no SUS, desde que seja para: a) Ampliar a cobertura assistencial; b) Diminuir custos; c) Melhorar a qualidade do atendimento; d) Possibilitar maior controle sobre os serviços.

Outro ponto para destaque são os limites da terceirização no SUS: a) Escolha; b) Fiscalização; c) Especificação do objeto e mensuração dos resultados; d) Estabilidade do vínculo; e, e) Responsabilidade subsidiária do ente público.

Logo não há que se falar em ilegalidade na contratação de serviços de saúde por terceiros.

A grande indagação que fica é: **O SERVIÇO DE TERCEIRO ATENDE MELHOR O INTERESSE DO USUÁRIO DO SUS, COM UM CUSTO COMPATÍVEL, CASO FOSSE EXERCIDO PELA PRÓPRIA ADMINISTRAÇÃO?**

Esta indagação merece uma resposta não simplória, pois recorrentemente se faz menção a custos diretos, sem considerar os custos indiretos para manutenção da estrutura

impossibilidade de ampliação dos serviços públicos, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde.



de equipamentos e pessoal, bem como a rápida reposição de equipamentos defeituosos, sem interrupção de serviços de saúde.

EFICIENTE é fazer um bom serviço de saúde com o recurso compatível.

Fis. N.º	24
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

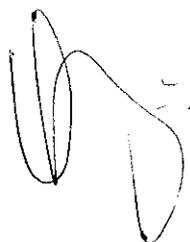
O que se constatou é que os gestores na motivação dos pedidos para contratação de terceiros deixam de apontar as vantagens da terceirização. Há debilidade nas motivações que ensejam as terceirizações.

Na maior parte dos hospitais públicos e da própria rede de atenção básica não há mapas comparativos que indiquem, com segurança, que a terceirização é a melhor solução, o que necessariamente não signifique sua inadequação.

Aqui não está a se afirmar que as terceirizações são antieconômicas para a administração, apenas que não há mapas detalhados de comparação entre executar os serviços diretamente e executar por terceiros.

É evidente que as experiências indicam que terceirizar atividades meios alivia a atenção da administração pública para melhor se dedicar a atividade fim.

A terceirização, como qualquer ferramenta administrativa, tem suas vantagens e desvantagens.



E é pela análise delas que as redes de saúde devem decidir sobre a utilização, ampliação e/ou permanência do processo em seus setores.

Fis. N.º	35
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Portanto, a decisão de terceirização de serviços exige análise prévia da viabilidade e comparação com a execução pela própria administração, bem como maior rigor na fiscalização e recebimento dos serviços prestados por terceiros.

Sempre que houver a terceirização, o usuário do SUS é quem deve ser o beneficiário direto, exegese da norma legal, Lei n. 8.080/1990, artigo 26¹¹.

Para que isto ocorra é preciso que o gestor hospitalar e o gestor de saúde tenham equipe técnica capacitada para acompanhar e fiscalizar os serviços terceirizados com a finalidade precípua de melhor atender os usuários do SUS.

Por fim, insta frisar que tanto para o MPE quanto para o TCE, a questão da terceirização é algo perfeitamente pacificado e permitido nos termos da Lei.

¹¹ Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.



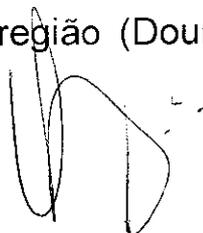
A terceirização é prevista legalmente e deve ocorrer dentro das normas do direito público, sendo necessário que os gestores justifiquem a terceirização à luz de índices de melhorias de atendimento dos serviços de saúde, com uma rede de regulação, fiscalização e controle.

Baixa resolutividade

Fis. N.º	36
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Das visitas, oitivas e dados do SUS em Mato Grosso do Sul se constata acerca da resolutividade:

- a) Baixa cobertura ambulatorial nos municípios, fazendo com que os pacientes sejam enviados para a capital para atendimento em ambulatório nos níveis básico (primário) e intermediário (secundário) que, na concepção do sistema deveriam ser atendidos no Município;
- b) Hospitais do interior pautados por uma estrutura de atendimento somente nas áreas básicas: pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Ou seja, hospitais com estruturas mais complexas estão deixando de atender a população em especialidades em razão da não contratação de corpo clínico completo de especialistas;
- c) As macrorregiões de saúde do Estado, em razão da situação geográfico-territorial e pelo papel das cidades polos dentro de cada região (Dourados, Corumbá e



Três Lagoas), possuem uma estrutura hospitalar de alta complexidade muito incipiente, gerando assim um envio de usuários para a capital;

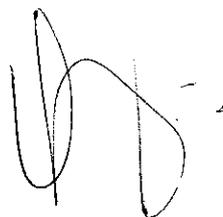
Fls. N.º	37
CFI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

d) Sobrecarga financeira e de pessoal nos municípios sede de micro região.

e) Os municípios não têm implantado nos centro de referência em saúde as estruturas de atendimento mais complexas – de atenção secundária – tais como cirurgias ambulatoriais, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e outros, todos atendimentos que estão fora do âmbito da ESF – Estratégia de Saúde da Família;

f) Há uma quase total dependência dos municípios dos hospitais filantrópicos conveniados com o SUS. Esses municípios contratam esses hospitais, repassam os recursos, porém não têm qualquer controle sobre os serviços oferecidos, muitas vezes inadequados e insuficientes para as necessidades próprias da população do Município, em razão da pequena cobertura de especialidades médicas.

Além disso, como não há cobertura ambulatorial adequada, esses hospitais acabam sendo utilizados – e sobrecarregados – com atendimentos de baixa e média complexidade, impossibilitando assim os atendimentos de maior



complexidade que a população do Município ou da região necessita.

Apenas Coxim, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã possui uma rede hospitalar toda pública.

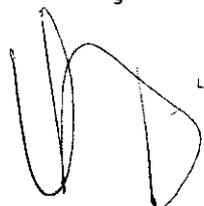
Proc. N.º	38
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

O SUS de Corumbá convive com uma intervenção do município em um hospital mantido por uma entidade privada.

Em Aquidauna o município administra o hospital, antes administrado por uma entidade privada, mas nos termos e costumes de administração privada. Situação absolutamente estranha.

As deficiências da resolutividade nos 10 municípios, exceto Campo Grande, é fruto de uma soma de vários fatores, segundo as oitivas feitas no interior são:

- a) Falta de profissionais médicos. Quando os municípios conseguem atraí-los a jornada e permanência são limitadas. Surgiu no interior o "médico itinerante".
- b) Custo elevado para atrair e manter profissionais de saúde nos 10 municípios.
- c) Não cumprimento, por parte dos médicos, de jornada nas unidades de atenção básica. Priorização



por parte dos médicos de se fazer presentes em plantões, mais rentáveis.

Fls. N.º	39
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

d) Ausência de equipamentos de diagnósticos que possam dar suporte a um diagnóstico mais preciso.

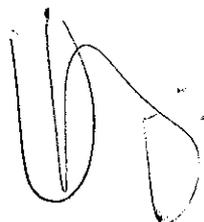
e) Burocracia nos procedimentos de compras e manutenção de equipamentos públicos, geralmente não sob responsabilidade da secretaria municipal de saúde.

f) Judicialização excessiva de atendimento e distribuição de medicamentos extra lista do SUS.

g) Não cooperação dos municípios ao redor das micro regiões, no que diz respeito ao financiamento.

h) Carência de pessoal devidamente qualificado nas áreas de compras da saúde e auditagem de despesas de saúde. Há também alta rotatividade de recursos humanos comissionados, impedindo a formação de equipe permanente.

i) A rede hospitalar acaba fazendo atendimento ambulatorial, em face da cultura da população em ir direto ao hospital.



j) Dificuldade em encaixar vagas na alta complexidade com a regulação de Campo Grande e Dourados.

Fis. N.º	40
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica	

k) Impedimentos causados pela Responsabilidade Fiscal nos limites de contratação de pessoal especializados.

l) Alto custo na manutenção e abastecimento da frota de veículo para transporte de usuários do SUS para realização de exames, tratamento, cirurgias e internações em centros mais especializados.

Humanização do Atendimento

Durante as visitas da Comissão Parlamentar de Inquérito nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e através das oitivas realizadas no Estado, principalmente no depoimento dos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, restou caracterizado que o atendimento dos profissionais na área de saúde pública é um dos grandes reclames da população sul-mato-grossense.

Em várias oportunidades, nas unidades de saúde do Estado, os membros da CPI da saúde indagaram a população sobre a qualidade do atendimento e, não foram poucas as vezes, que a resposta era o descontentamento com o atendimento prestado pelos médicos e outros profissionais da área.



A população reclama que o tempo para marcar uma consulta é imenso e que quando consegue ser atendida, o médico lhe dá pouca atenção e empatia, no jargão ouvido "se quer te olha na cara", razão pela qual tempo é muito reduzido, dificilmente ultrapassa cinco minutos.

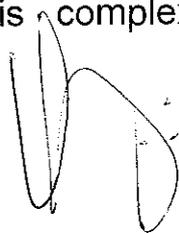
Fis. N.º	11
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Estas características do atendimento demonstra algo mais que uma simples deficiência, a própria ineficiência, porque o usuário mal atendido busca outro ponto de serviço até encontrar a verdadeira solução para o seu mal, sobrecarregando, muitas vezes, a ponta final do atendimento, os hospitais, que devem atender casos de maior complexidade.

Para uma melhor compreensão sobre o tema é conveniente conceituar o que esta comissão entende por "humanização de atendimento", nesse sentido, vejamos:

"Humanizar o atendimento é, o desempenho das atividades profissionais, pelos médicos, técnicos e funcionários da área da saúde pública de modo eficiente, seguindo os ditames éticos da classe profissional, aliado ao respeito ao paciente, que não se perfaz somente das normas de educação moral, mas também no cumprimento da jornada de trabalho do profissional e de outras normas da instituição de saúde ao qual pertence".

A humanização do atendimento na área de saúde é um fator muito mais complexo e extenso e está



estritamente ligado ao desenvolvimento cultural, econômico e social de um país, pois quanto mais desenvolvida é a nação, maiores são os índices de humanização de atendimento.

Fls. N.º	42
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

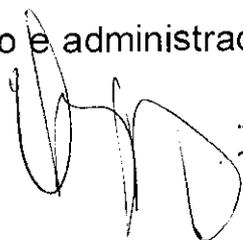
Uma proposta é criar ou seguir o projeto do Ministério da Saúde, que dispõe sobre criação de comissões permanentes de acompanhamento do atendimento das instituições de saúde, com a função de fiscalizar o atendimento e capacitar os profissionais da área de saúde, para atender de forma humana, respeitando o usuário final e aproximando a comunidade dos hospitais e das unidades de saúde.

Em outras palavras, precisamos de uma forma e condição de controle de qualidade de atendimento, identificando os problemas nos atendimentos da população sul-mato-grossense e atuando juntamente aos profissionais, com acompanhamento psicológico, oferecendo palestras e interatividade com a população.

Judicialização da Saúde

É cada vez mais comum em nosso país a intervenção ativa do judiciário nas áreas de competência do executivo, principalmente, na saúde, obrigando a realizar internações, cirurgias com próteses e órteses e a fornecer remédios não cobertos pela lista do SUS.

Conforme os relatos dos gestores do Sistema Único de Saúde no Estado e administradores de hospitais,



esta interferência do judiciário é um fator de imprevisão orçamentária, que desestabiliza as contas das unidades de saúde, com a obrigação de custear tratamentos de alto custo, nunca reembolsados pela União.

Fls. N.º	43
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Falhas de fiscalização e controle social

Talvez nenhum outro serviço público tenha tanta fiscalização formal quanto às despesas públicas em saúde.

Principais instâncias de participação e controle do SUS:

Conferências de Saúde

São espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. As Conferências são compostas por diversos segmentos sociais e a Conferência Nacional de Saúde (CNS) é convocada a cada quatro anos.

Conselhos de Saúde

São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Existem nas três esferas de gestão do SUS.



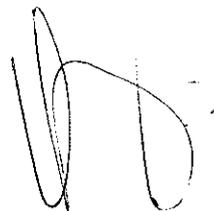
Fls. N.º	44
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT é a instância de articulação e participação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Constitui-se em uma Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões operacionais, financeiras e administrativas da gestão do SUS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País, além dos presidentes do Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

A CCT no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.123 de 29 de agosto de 2007, com representação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicarão cada qual, três membros para compô-la. A Comissão é integrada por nove membros escolhidos e designados pelo Ministério da Saúde, pertencentes à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conass e Conasems.



Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

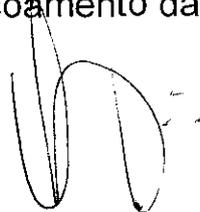
É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta paritariamente e integrada por representação do estado e de cada município e as decisões sempre serão tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Regional (CIR)

No âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

O sistema de auditoria do SUS assim define:

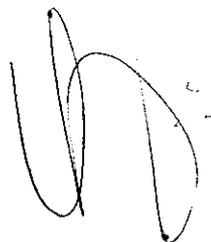
Auditoria: é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde.



Fls. N.º	46
CPI/Saúde Estadual	
Proc. Nº	013713
Rubrica:	

Regulação: é a função de fortalecimento da capacidade de gestão que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- a) Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno;
- b) Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- c) Aperfeiçoar a utilização dos recursos disponíveis;
- d) Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- e) Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI).



Fls. N.º 67
CPI/Saúde Estadual
PROCESSOS
Proc. N.º 0137/13
Ribeira dos

Controle: consiste no monitoramento de (normas e eventos) para verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa, detalhada e profunda.

Avaliação: é a identificação quantitativa e qualitativa dos resultados (impactos) obtidos pelo SUS em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecidos pelos órgãos competentes do SUS.

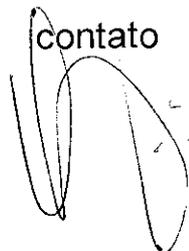
Fiscalização: consiste em submeter à atenta vigilância a execução de atos e disposições da legislação pelo exercício da função fiscalizadora.

Inspeção: é a atividade realizada sobre um produto final numa fase determinada de um processo ou projeto, visando detectar falhas ou desvios.

Supervisão: é a ação orientadora ou de inspeção em plano superior.

Consultoria: é a verificação dos fatos para apontar sugestões ou soluções num problema determinado.

Acompanhamento: processo de orientação no qual o orientador, mediante contato com o processo,



acompanha o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s).

Fis. N.º	AS
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Perícia: trata-se de um conjunto de atos voltados a prestar esclarecimentos, quando designada por autoridade judicial ou policial.

Ação preventiva: é a atuação objetiva sobre uma não conformidade potencial, evitando sua ocorrência.

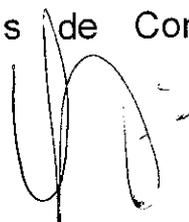
Ação corretiva: é a eliminação da causa de uma não conformidade evitando sua recorrência.

Tipos de auditoria:

- **Conformidade** – Examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial;
- **Operacional** – Avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade.

Há instrumentos legais e formais para uma boa fiscalização e controle dos recursos do SUS.

Nesta rede de auditoria nacional, estadual e municipal se acresce outros agentes de fiscalização: a) Controladoria Geral da União; b) Tribunal de Contas da União; c) Congresso Nacional; d) Tribunais de Contas Estaduais; e)



Assembleias Legislativas Estaduais; f) Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal; g) Conselhos Estaduais e Municipais; h) Câmaras Municipais; e, i) Conselhos Gestores/deliberativos de hospitais e fundações privadas.

Fls. N.º	49
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Todavia a extensa rede de fiscalização e controle dos recursos do SUS é absolutamente desarticulada, incipiente e sujeita a tolerâncias sob o argumento de “não paralisar de vez o pouco que ainda resta de ação efetiva do SUS”.

Nas oitivas foi comum ouvir presidentes do controle social argumentar que a insurgência sempre esbarrava na urgência e na falta de alternativa, caso contrário haveria paralisação dos serviços de saúde aos usuários.

O fato é que são vários órgãos fiscalizando sem conversar com os demais ou mesmo entre si.

E mais.

Todos esses órgãos de fiscalização não estão dotados de instrumentos muito eficazes para tratar de questões cheias de detalhes e especificidades como a área da saúde pública.

O fato é que a desarticulação provoca demora em ações corretivas totalmente necessárias.



Fls. N.º	30
MPF/SAÚDE Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

O caso típico é a ação do MPE/MPF frente às denúncias do Hospital do Câncer. O Inquérito Civil que deu suporte para o afastamento da direção do HC no ano de 2013 foi aberto em Outubro de 2009 e arquivado pelo promotor à época, sendo somente reaberto graças à dura intervenção de um Procurador de Justiça para submeter o arquivamento ao Conselho Superior do Ministério Público de Mato Grosso do Sul. Somente em 2011 foi possível retomar as investigações no Hospital do Câncer.

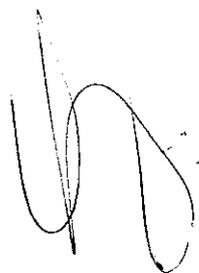
Depreende-se que entre 2009 e o afastamento da direção do HC passou-se 04 anos. Muito tempo para o usuário do SUS que sofre deste tipo de morbidade.

A própria atuação da NEORAD foi tolerada pelo MPF e MPE inicialmente, sob o manto do 'mal menor'.

Durante todos esses anos percebeu-se que os problemas do Hospital do Câncer de Campo Grande nunca foram pautados, de forma articulada, pelo DATASUS, SESAU, SES, Conselho Estadual e Municipal de Saúde, MPE, MPF e Conselho Deliberativo da Fundação Carmem Prudente.

Um problema da coletividade tratado de forma isolada por diversos órgãos.

Um problema tão latente, recorrente e conhecido, mas ignorado pelo conjunto dos órgãos de fiscalização.



Insta frisar ainda que até o ano de 2009 a Fundação Carmem Prudente teve suas contas aprovadas pelo próprio MPE, nos termos da legislação que rege a matéria.

Fis. N.º	11
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

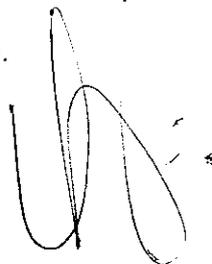
Somente após o inquérito da Polícia Federal é que o problema passou a ser tratado de forma célere e resolutiva, ainda assim limitando-se até a presente data apenas ao afastamento da direção do Dr. Adalberto Siufi, afora as medidas já adotadas pela nova direção do HC de Campo Grande.

Desde 2010 a mídia local já apontava problemas no serviço de oncologia do Estado.

Somente em 2013 o problema se revela caso de polícia, quando poderia ter sido tratado como problema de gestão da saúde pública.

Enquanto os órgãos de fiscalização e controle continuavam desarticulados a NEORAD foi se consolidando como 'mal necessário' ao tratamento de oncologia em Campo Grande, estendendo seu rol de serviços à Santa Casa, chegando ao cúmulo do relatório da Polícia Federal asseverar que o Dr. Adalberto Siufi tinha ascendência sobre os demais hospitais na área de oncologia.

Este modelo desarticulado de fiscalização se estende às prestações de contas dos municípios e do Estado, avaliação dos planos operativos dos hospitais contratualizados e fiscalizações pontuais do DATASUS.



Todos cumprem formalmente seu dever. Contudo, sem ouvir outros agentes que poderiam dar a análise documental um grau de fidedignidade fática do atendimento ao cidadão de forma conjunta e articulada.

Fls. N.º	521
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

A desarticulação e fragmentação da fiscalização ofende o princípio CONSTITUCIONAL da EFICIÊNCIA e se constitui como elementos para perpetuação de maus hábitos no gerenciamento do SUS/MS.

Neste sentido o modelo de fiscalização é perfeito desde que aja articuladamente, sob pena da inércia admitir as práticas insuficientes, irregulares e ilegais com recursos do SUS.

Se não for criada uma REDE ARTICULADA PERMANENTEMENTE DE FISCALIZAÇÃO DO SUS dificilmente serão superadas as ações dispersas e pontuais no campo da fiscalização e controle do SUS.

Acerca dos Conselhos de Saúde, nos Municípios e no Estado a CPI constatou:

- a) A falta de disponibilidade e capacitação dos seus membros para as atividades de fiscalização;
- b) A falta de estrutura para o funcionamento adequado: falta de pessoal técnico, de pessoal de apoio e falta de espaço físico adequado, equipamentos, veículos e recursos financeiros;



c) A recorrente tentativa de cooptação dos conselheiros por alguns gestores públicos, por entender que estes interferem na administração do sistema, desvirtuando o projeto político original, fazendo com que os conselhos deixem de ser órgãos decisórios para serem meramente homologadores.

d) O processo histórico de esvaziamento dos papéis deliberativos e fiscalizatórios dos conselhos promovido por diversas administrações.

Restou ainda incontroverso que os componentes de auditorias municipais são inexistentes ou fragilizados, em especial por não existirem do ponto de vista de carreira própria, constituída de servidores efetivos, logo com baixo grau de especialização e autonomia fiscalizatória.

A nossa capital somente em 2010 dotou sua auditoria com servidores especializados e escolhidos mediante concurso público.

O ralo dos desperdícios, do desvio, da má gestão e das insuficiências do SUS somente serão superados se for constituído uma rede interativa de fiscalização e controle dos serviços e recursos do SUS no âmbito de cada município e no Estado de MS.



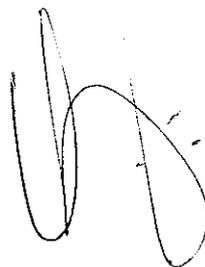
Não faz sentido o diálogo entre os atores ocorrem de forma esparsa e em meio a escândalos. O episódio envolvendo o HC de Campo Grande é o grande exemplo de uma desarticulação da rede de fiscalização: Conselhos, Conselho deliberativo da Fundação Carmem Prudente, MPE/MPF, TCE, Auditoria municipal, estadual e DENASUS.

Demanda invisível - estrangeiros

A população estrangeira tem porta de entrada no atendimento pelo SUS em Ponta Porã e Corumbá, e, dependendo da complexidade de tratamento, chega a Dourados e Campo Grande, para realizar procedimentos de alto custo.

O problema é tão sério que estes municípios começam agora a desenvolver métodos para quantificar o número de atendimentos de população estrangeira, como se população nacional fosse, para fins de reivindicar maior aporte de recursos que garanta uma qualidade mínima de atendimento.

É imperioso que a União, através do Ministério das Relações Exteriores, e os governos da Bolívia e do Paraguai, firmem tratados bilaterais com objetivo de complementar o financiamento da saúde aos municípios de Mato Grosso do Sul com fronteira a estes países e tenham este tipo de demanda.



Necessidades locais específicas

Fls. N.º	53
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

A CPI constatou problemas próprios em alguns municípios que merecem ser destacados no presente relatório, pois são fundamentais para o SUS nos referidos municípios:

a) Atraso no Hospital Regional de Ponta Porã.

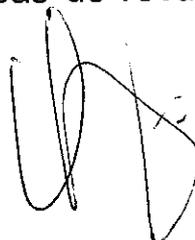
Ponta Porã sofre com uma reforma que já duram 03 anos injustificáveis, segundo as oitivas colhidas neste município. A divulgação governamental do Estado de Mato Grosso do Sul vem informando que o Hospital Regional de Porã será ampliado e reformado, no bojo do MS FORTE DA SAÚDE.

b) Hospital de Aquidauana.

O gestor de Aquidauana não conseguiu esclarecer a esta CPI qual a situação do seu hospital.

O antigo gestor entregou ao Município a administração do hospital, caracterizando assim uma 'encampação' do hospital pelo SUS de Aquidauana.

Todavia o hospital tem como gestor o próprio, o Prefeito Municipal, mas suas compras são feitas com o CNPJ da antiga administração privada, o que pode estar se constituindo em burla de procedimentos de despesas de recursos públicos, já que



não há licitação para compras de insumos, equipamentos e medicamentos.

Fls. N.º	26
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

A capacidade de controle e fiscalização da aplicação destes recursos é escassa.

c) Conflito de gestão da saúde e os hospitais escolas

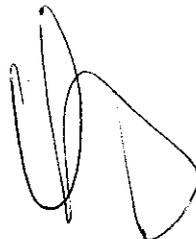
Tanto em Dourados como em Campo Grande a relação dos hospitais universitários se mostra conflituosa com o gestor do SUS local.

O grande reclame é que estes hospitais estendem seus níveis de subordinação administrativa e funcional ao Governo Federal à política de atendimento de usuários do SUS.

Em Campo Grande o gestor local ameaçou entrar na justiça para reabrir o PAM do HU/Campo Grande. No curso da CPI o PAM foi reaberto, adaptado em outro ambiente para atender as exigências da vigilância sanitária.

Em Dourados o gestor local discorda da política de atendimento e aplicação dos recursos do SUS pelo HU/Dourados.

A subordinação funcional/administrativa dos hospitais públicos tem sido um fator determinante para dispersão de esforços e foco destes hospitais.



Uma grande tarefa é fazer que, mesmo com subordinação administrativa com entes federados distintos, estes hospitais ajam de forma coordenada e complementar aos demais.

d) Santa Casa de Corumbá

Fis. N.º	57
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

O único hospital de Corumbá possui instalação física completamente inadequada às normas do SUS.

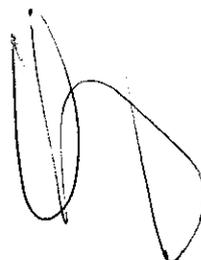
Tal elemento se constitui óbice enorme na estruturação e dotação do referido hospital de equipamentos mais modernos em face da incompatibilidade de sua rede elétrica em receber referidos equipamentos.

Mesmo nestas condições este hospital possui oncologia e hemodiálise, terceirizada, em seu recinto.

Mesmo nestas condições este hospital já chegou a receber pacientes de Navirai, quase 800 quilômetros de distância.

Há equipamentos doados pela empresa Vale do Rio Doce sem instalação enquanto os usuários são atendidos por equipamentos antigos e de custo de manutenção alto.

A justificativa é a inadequação da rede elétrica.



A atual gestora indicou que um plano diretor da saúde de Corumbá está em elaboração com a previsão de construção de um hospital público neste município.

e) A UPA de Corumbá

Fls. N.º	58
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Esta CPI constatou que o Governo Federal em parceria com o município de Corumbá construiu uma UPA sem prever sua necessária rede de gases.

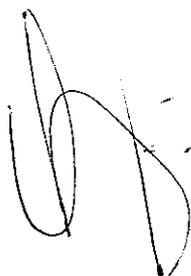
Resultado: A obra 'planejada' foi concluída sem que possa ser utilizada por ausência desta rede de gases. Há compromisso da atual gestora em solucionar rapidamente tal irregularidade.

f) Centro cirúrgico de Jardim

O Hospital de Jardim construiu um novo e necessário centro cirúrgico, todavia após a conclusão da obra se constatou, pela vigilância sanitária, que o revestimento do piso é inadequado.

Há um novo centro cirúrgico, mas por inadequação de seu piso não pode ser usufruído pelos usuários do SUS. Há compromisso em solucionar o problema.

g) Hospital de Naviraí



O Hospital Público de Naviraí foi reformado com recursos federais, incluindo um laboratório. A referida obra vai melhorar em muito o atendimento dos usuários do SUS.

Fls. N.º	59
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Ocorre que por falta de previsão de uma porta e de um muro de separação a nova obra não vem sendo utilizada, ainda.

O Prefeito local, em oitiva nesta CPI, garantiu que vai solucionar o problema com recurso próprio até 14 de Novembro, aniversário da cidade.

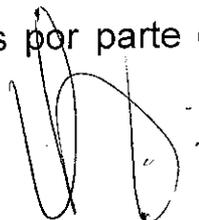
h) Déficit mensal hospitais contratualizados

Há algo unânime nos hospitais filantrópicos contratualizados pelo SUS: **DÉFICIT MENSAL**.

Esta situação acontece inclusive em Campo Grande com a Santa Casa. Tal condição deficitária tem sido óbice de uma melhor dotação de equipamentos tecnológicos mais eficientes e eficazes, já que os níveis de endividamento não permitem maiores investimentos para melhorar o atendimento hospitalar.

i) Critérios de distribuição de recursos do SUS por parte do Estado.

No curso da CPI houve severas críticas aos critérios de distribuição de recursos por parte do Estado de Mato



Grosso do Sul à rede hospitalar, causando uma grande insatisfação e este fato se constitui como grande elemento de justificativa para o baixo nível de atendimento e resolutividade destes hospitais.

Fls. N.º	60
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Informou	

A Secretaria de Estado de Saúde que os repasses feitos como incentivo à contratualização são baseados em critérios estabelecidos pelos serviços prestados e metas a serem atingidas pela unidade hospitalar, o que varia de um para o outro.

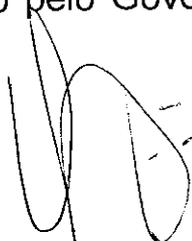
j) Hospital Vida e Hospital Universitário de Dourados.

O Hospital VIDA de Dourados tem problemas sérios que impede que se façam investimentos permanentes em face do prédio estar construído em terreno objeto de litígio judicial.

Segundo o atual secretário de saúde de Dourados, Sebastião Nogueira, ouvido em oitiva, esta indefinição de quem pertence a propriedade do Hospital VIDA de Dourados se constitui grande entrave na melhoria da rede hospitalar douradense.

Há, ainda, denúncia do Deputado Federal Geraldo Resende, protocolada junto ao MPF, de que desde 27 de Dezembro de 2007, existe R\$ 2.900.000,00 disponíveis para reforma e ampliação do Hospital da Vida de Dourados.

No curso desta CPI, recebemos a informação que este problema foi solucionado pelo Governo Estadual através



de desapropriação do imóvel, o que foi aceito pelo Ministério da Saúde para formalização de convênios e repasses de recursos

Fis nº 61
CP/ Saúde Estadual
Proc. N.º 0137/13
Roberto já

No mesmo sentido o Ministério da Saúde disponibilizou à Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD o valor de R\$ 12.900.000,00 para implantação do Instituto da Mulher e da Criança, em anexo ao Hospital Universitário.

O projeto implica em 8.7 mil metros de edificação, cinco pisos, 19 leitos de UTI neonatal, 12 leitos de CTI neonatal, 21 quartos de enfermaria e 16 quartos de internação pediátrica.

Em vista da necessidade e da grande demanda por atendimento na principal sede de macro região do interior do Estado, faz-se necessário medidas urgentes para utilização destes importantes recursos já viabilizados junto ao Governo Federal/Ministério da Saúde.

k) Demanda reprimida de Campo Grande.

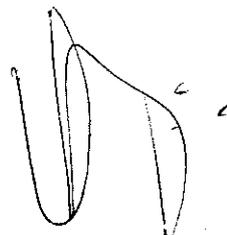
Campo Grande apresentou um relatório de que na Capital havia no início de 2013 uma demanda reprimida de:

6.983 exames de especialidades.

14.282 ultrassonografia.

33.901 consultas especializadas.

Há, ainda, a construção de 02 UPAs (Vila Popular e Leblon) paralisadas para readequação de projetos e conclusão da física.



I) Hospital do trauma em Campo Grande.

Fls. N.º	62
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Apesar do crescimento exponencial de traumas automobilísticos, Campo Grande assiste a uma novela denominada "HOSPITAL DO TRAUMA".

O convênio para construção desta unidade de saúde iniciou-se em 2002 através do convênio 916/2002.

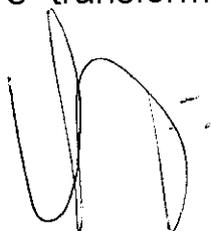
O valor inicial do convênio era de R\$3.715.882,45.

O convênio tem a Santa Casa e o Fundo Nacional de Saúde como partes.

Inicialmente o convênio e o projeto visavam a implantação de uma maternidade.

As obras se iniciaram em Setembro de 2004. Foram paralisadas por problemas ainda em 2004. O Ministério embargou a obra e bloqueou os recursos, em função de mudança no objeto e descumprimento do plano de trabalho.

Somente em 2008 a junta interventora da Santa Casa, retomou as negociações com o Ministério da Saúde para readequar a finalidade do convênio e, ao invés de construir uma maternidade, alterar o objeto e transformar a obra numa unidade especializada no trauma.



Fls. N.º	63
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Butrica	

As justificativas foram a queda na mortalidade e o aumento dos traumas automobilísticos, que já ganharam contornos de epidemia.

Em 2009, houve a assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta entre o MPF, MPE, MPT, SES, SESAU, Estado, Município de Campo Grande e a Santa Casa, para retomar a obra com 100% de destinação do SUS. Neste termo, o valor da obra foi reajustado para R\$ 6.916.147,09.

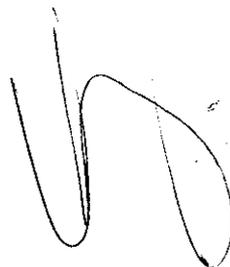
Ficou garantido que a obra seria de usufruto da União.

Em 29 de Setembro de 2009, a readequação da obra e de objeto do convênio foi aprovada pelo Ministério da Saúde.

Em 2010, uma nova licitação foi realizada e a vencedora retomou a obra em 25 de junho de 2010.

Houve readequação de diversas planilhas em face da alteração do objeto (de maternidade para hospital do trauma). Tal readequação implicava em aumento de custo da obra.

A obra passou a ser orçada em R\$9.857.949,68.



A diferença entre os R\$ 6.916.147,09 previstos pelo Ministério da Saúde para o custo total da obra, R\$ 9.857.949,68, portanto, R\$ 2.925.724,81, ficou sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Campo Grande

Fis. N.º	U4
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Em 23 de Janeiro de 2012, houve a assinatura do aditivo que formalizou todas estas alterações no objeto e valor da obra.

Houve problemas na licitação dos elevadores. Estava prevista para outubro de 2013 a realização de nova licitação de elevadores.

A previsão é que a obra seja concluída em junho de 2014, conforme ofício do Sr. Wilson Teslenko, datado de 25 de Setembro de 2013.

Deste sucinto resumo se constata que uma obra de tamanha relevância precisa ganhar contornos estratégicos para esta CPI.

Até a presente data o Ministério da Saúde já despendeu: R\$ 4.770.586,03. A Prefeitura de Campo Grande já despendeu: R\$ 3.280.000,00. O dinheiro parado já rendeu: R\$ 1.507.232,55.

Já foram pagos a duas empreiteiras que passaram pela obra: R\$ 6.493.118,23.

E vidas são ceifadas aguardando a solução da burocracia.



m) O Trauma automobilístico.

Fis. N.º	65
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica	

Considerando o número e a gravidade, sem sombra de dúvidas, nos dias de hoje, o trauma automobilístico se constitui num dos maiores de saúde pública deste país, ganhando contornos de epidemia.

Analisando os relatórios do DATASUS, no que tange a morbidade hospitalar do SUS, por causas externas (acidentes de transporte), constata-se uma evolução, nos últimos cinco anos, de aproximadamente oito vezes o custo despendido pelo SUS em Mato Grosso do Sul.

Os acidentes de trânsito vêm aumentando de forma exponencial não somente na capital de Mato Grosso do Sul, mas em várias cidades do interior do Estado.

Há, também, o problema da facilidade para comprar as motos, inclusive, com diminuição do IPVA e facilidade de acesso ao crédito, com alongamento do número de parcelas.

n) Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU).

Dentre as ações desenvolvidas pelo sistema de saúde, para atenuar as consequências provocadas pelos acidentes automobilísticos, está o Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU), que é um componente pré-hospitalar da rede de atenção às urgências e emergências.



Em Mato Grosso do Sul ele se organiza em

04 bases de regulação regional:

Fis. N.º	66
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

1. Campo Grande (+ Terenos, Ribas do Rio Pardo e Sidrolândia);
2. Dourados (+ Navirai, Nova Andradina, Ponta Porã e Mundo Novo);
3. Três Lagoas (+ Paranaíba);
4. Estadual (Corumbá, Ladário, Aquidauana, Anastácio, Coxim).

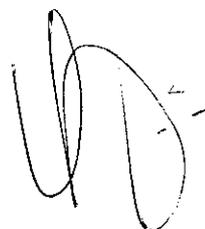
Nos casos atendidos pelo SAMU as sequelas são menores e os índices de manutenção dos pacientes vivos são maiores, o que antes não ocorria.

A falta de adesão dos municípios, sob argumentação de dificuldades financeiras impediu maiores expansões desse serviço que é importantíssimo na preservação da vida.

A Saúde Indígena

A saúde indígena no país deixou de ser atribuição da FUNASA e passou a ter uma secretaria específica, a SESAI.

Mato Grosso do Sul que possui a 2ª maior população indígena do Brasil tem um DSEI - Distrito de saúde



indígena. Neste distrito há R\$ 21 milhões de reais ~~comentados~~ para 2013.

Fis. N.º	67
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Atualmente tanto a SESAI quanto o DSEI de Mato Grosso do Sul, passam por um processo, ainda, de implantação física, financeira e de recursos humanos.

Da oitiva de representantes da população indígena e do ex-dirigente da DSEI de Mato Grosso do Sul se constata:

- a) Lentidão na implantação físico burocrática da DSEI, causando demora nos procedimentos de compras e atendimento da população indígena;
- b) Falta de diálogo entre a DSEI e a comunidade indígena. Tal fato já causou a ocupação do prédio da DSEI e a exoneração de seu dirigente;
- c) Desarticulação no atendimento da população indígena pela DSEI na atenção básica com os municípios, na hora de realização de exames e atendimentos especializados.

Como o limite da DSEI e SESAI é a atenção básica, toda vez que a continuidade no atendimento necessita de exames e atendimento especializado, ocorre a interrupção do fluxo de resolutividade, já que este procedimento depende dos municípios.

Os municípios estão organizados para realizar exames e atendimentos especializados a partir de suas



unidades de atenção básica. Há dificuldade de encaixe de procedimentos de média complexidade da população indígena oriunda das unidades de atenção básica da SESAI/DSEI

Fis. N.º	68
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Renais crônicos

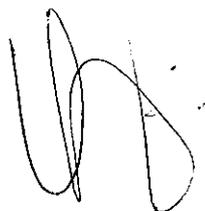
Os pacientes que precisam do atendimento de hemodiálise em Mato Grosso do Sul vivem um verdadeiro martírio, pois, em média, três vezes por semana, saem de suas localidades, em veículos normalmente não apropriados, percorrendo distâncias, em muitos casos, superiores a 400 km entre ida e volta, para realizarem o tratamento.

Os centros de atendimento existem, apenas, na Capital e nos municípios de Dourados, Corumbá, Três Lagoas, Ponta Porã e Aquidauana.

Faz-se necessário, de forma urgente, a implantação de centros de atendimentos aos pacientes renais crônicos nos municípios sede de micro região e a aquisição de veículos apropriados para o deslocamento.

Sistema de regulação

O Presidente do Conselho dos Secretários Municipais (CONASEMS), Frederico Marcondes Neto, em oitava nesta CPI, reclamou do sistema regulatório de Dourados e Campo Grande, que, segundo ele, inviabiliza em muito o atendimento da rede hospitalar na alta complexidade para pacientes do interior.



O que se constata é que a demanda é muito maior do que a capacidade instalada para o atendimento de alta complexidade.

Fis. N.º	69
UF	RS
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

O Hospital Regional de Campo Grande está vocacionado a cumprir um papel ainda maior no âmbito da alta complexidade.

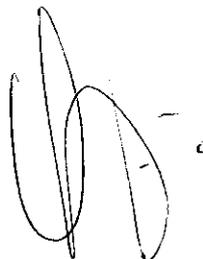
A ativação do PAM, a contratação de mais médicos especialistas e abertura de novos concursos são sinais que a administração do Hospital Regional de Campo Grande pretende transformar esta unidade hospitalar no grande hospital público de Campo Grande no âmbito da alta complexidade, diminuindo a dependência da Santa Casa de Campo Grande.

Por outro lado, faz-se necessário a interiorização da alta complexidade.

Manutenção de médicos no interior

O Superior Tribunal de Justiça firmou o entendimento de que os médicos públicos estão vinculados ao teto do funcionalismo público por cada cargo que exercerem, já que a Constituição Federal assegura à classe médica a possibilidade de acumular dois cargos.

Sendo assim a percepção salarial de um médico não pode extrapolar o teto salarial do funcionalismo por cada cargo que exerça.



Este ponto é relevante pois cada vez mais chegam notícias de verdadeiros leilões para contratação de médicos para os municípios do interior.

Fis. N.º	70
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Há notícias de contratação de médicos como prestadores de serviços, sem vínculo empregatício, buscando reduzir os custos previdenciários e trabalhistas (férias, 13º salário).

Noutra vertente a carga horária parece ser uma pretensão impossível.

Apenas o município de Naviraí afirmou que seus médicos cumprem a carga horária de 08 horas diárias, ainda assim admitindo possíveis tolerâncias.

O fato é que em face da escassez de profissionais de saúde para atender a atenção básica e a rede hospitalar acaba por ensejar um processo de vistas grossas acerca do cumprimento da jornada de trabalho.

O próprio presidente do CRM ouvido perante a CPI reconheceu a ilegalidade no cumprimento da carga horária dos médicos.

A Presidente do COREN também apontou profissionais da enfermagem fazendo tarefas de médico, sem receber por esta prestação de serviço, mas dando cobertura a falta de cumprimento de horário por parte dos médicos.



A saída proposta é uma carreira de Estado, com dedicação exclusiva, tempo integral e salário compatível, o projeto deve garantir o piso salarial proposto pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM), que é de R\$ 9.813,00, por 20 horas semanais.

Fls. N.º	71
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	municipais

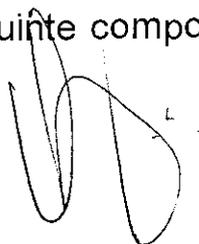
O fato é que as normas estatutos, e a normas do SUS são sistematicamente descumpridas, sem que uma solução se vislumbre, tudo sob o manto da escassez de profissionais médicos.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

O programa Estratégia Saúde da Família do Governo Federal tem nitidamente um bom fundamento de validade, porque, além da ação preventiva, visa desafogar dos hospitais aqueles atendimentos ambulatoriais e de pequena monta, que são responsáveis pela grande lotação dos hospitais brasileiros.

Pela metodologia empregada neste programa, a baixa complexidade nos atendimentos da Saúde deve ser acompanhada por equipes de multiprofissionais, lotadas em Unidades Básicas de Saúde, que seriam responsáveis pelo atendimento e acompanhamento da saúde da população localizada em uma dada área geográfica.

As equipes de Saúde da Família, conforme configuração do programa deve ter a seguinte composição mínima



por equipe: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Fis. N.º	72
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Ocorre que, em nosso Estado, devido as grandes distâncias das cidades e da baixa densidade demográfica, tornou-se um martírio a contratação de profissionais médicos e de equipes técnicas especialidades, o que faz com que os médicos na grande maioria deixem de cumprir seus horários nos ESFs.

Ademais, este é um dos casos mais claros de subfinanciamento, que foi relatado por todos os gestores de saúde dos municípios visitados por esta Comissão Parlamentar de Inquérito. Nesse ponto os gestores foram unânimes em relatar que o programa é bom, entretanto, a União, responsável pela idealização do projeto, não financia nem um terço do custo do programa.

Os gestores municipais informaram que este Programa de Saúde da Família tem um custo mensal, por equipe, aos municípios de mais de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) e que representa uma carga altíssima na verba da saúde do município.

Pois bem, tendo em vista a falta de profissionais médicos no mercado, o descumprimento de horários e o baixo financiamento pela União do Programa de Estratégia Saúde da Família, ficou evidente na totalidade dos municípios visitados,



que o indigitado programa apresenta índices irrisórios de resolutividade.

Fls. N.º	73
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Desta forma, o programa não consegue atingir a finalidade para qual foi criado e os hospitais continuam, cada vez mais, a ser um grande posto de saúde, respondendo por todo tipo de atendimento ambulatorial.

Nesse sentido, é de fácil conclusão que o dinheiro empregado nos ESFs é ineficaz para o fim que se destina, uma vez que sua finalidade não é atendida na íntegra. Assim, o programa Estratégia Saúde da Família para alcançar o seu desiderato, precisa, urgentemente, que sua configuração seja adaptada à nossa realidade e, principalmente, de um maior aporte financeiro da união.

É cristalina a responsabilidade da União pelo bom funcionamento deste programa e o Ministério da Saúde deve tomar ciência da baixa resolutividade dos ESFs no Estado.

Equipamentos (tecnologia/tempo/baixo custo)

O grande reclame do SUS em todo o interior, inclusive, justificando os níveis de terceirização de serviços, é a ausência e/ou longevidade dos equipamentos de diagnósticos, exames e imagens.

Cabe ao SUS Estadual, produzir mecanismos que garantam no interior, a presença de equipamentos



modernos, diminuindo o fluxo de usuários do SUS para Campo Grande.

Fis. N.º	74
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Há vários obstáculos para tal pretensão:

- Rede física inadequada.
- Custo de aquisição e manutenção elevadas.
- Falta de profissionais qualificados para sua operacionalização e manutenção.
- Desarticulação do SUS local com o SUS Estadual para buscar esses equipamentos junto ao Ministério da Saúde/SUS Federal.

O Hospital de Câncer de Barretos, recentemente apresentou em Campo Grande, um veículo com equipamentos modernos e capacidade para pequenos atendimentos na área de oncologia. Este veículo vai se deslocar por diversos pontos de Campo Grande, além de se deslocar, também, para o interior do Estado.

Talvez um modelo semelhante a este, seja uma alternativa para atender usuários do interior, com equipamentos modernos para os exames e diagnósticos, sem sobrecarregar um determinado município ou fazer com que o usuário se desloque constantemente de seus municípios para centros maiores.

O fato é que, enquanto a Capital concentrar a presença de equipamentos modernos e ágeis para a realização



dos mencionados exames haverá uma concentração de usuários na fila do SUS de Campo Grande, aguardando diagnóstico para tratamento.

Fls. N.º	75
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

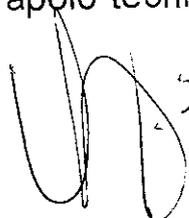
Sistema de Gerenciamento de Informações em Saúde -

GISA

A Prefeitura de Campo Grande, em 6 de junho de 2008, apresenta junto ao Ministério da Saúde, projeto básico e plano de trabalho, cujo objeto é a "**modernização da gestão para implementação de ações de regulação**", no valor total de R\$8.983.000,00, destinado às seguintes ações:

1. Apoio à gestão com profissionais da área de saúde e de sistemas (R\$ 454.320,00);
2. Capacitação dos Profissionais de Saúde no uso da Tecnologia (R\$ 1.491.640,00);
3. Implantação do Sistema desenvolvido na SESAU e nas unidades de saúde (R\$1.972.060,00);
4. Operação Assistida (apoio técnico durante o período de absorção e transferência da tecnologia (R\$ 698.400,00);
5. Desenvolvimento dos diversos módulos do software a ser implantado (R\$2.490.880,00);
6. Transferência tecnologias adotadas no sistema (R\$ 1.472.500,00);
7. Suporte e manutenção do sistema (R\$ 403.200,00).

Aprovado pelo Ministério da Saúde a proposta e o plano de trabalho apresentados pela Prefeitura Municipal, em 4 de julho de 2008, firmou-se o convênio 1051/2008, cujo objeto *ipsis literis* é o seguinte: "dar apoio técnico e financeiro

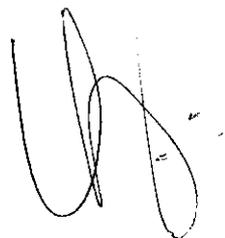


para “modernização da gestão para implementação de ações de regulação”, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme especificações técnicas e objetivos constantes do Plano de Trabalho que passa a integrar o presente Termo

Fls. N.º	76
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Após a assinatura do convênio com o Ministério da Saúde, a Prefeitura Municipal de Campo Grande abriu o processo administrativo n. 37346/2009-11 e foi determinado ao IMTI – Instituto Municipal da Informação a construção do Termo de Referência sob a justificativa de apresentar “*os requisitos para contratação de sistema de informação em atendimento às operações e gestão da rede de serviço de saúde, da dispensação de medicamentos em farmácia e almoxarifado, da regulação de consultas, exames e internações hospitalares e da vigilância de saúde e de um prontuário eletrônico integrado, conforme padrões e normas vigentes, para ser implantado na SMS – Secretaria Municipal da Saúde de Campo Grande*”.

Com base nesse termo de referência, foi elaborado o edital de licitação 025/2009, na modalidade concorrência, com objetivo de “contratação de empresa ou consórcio de empresas da área de tecnologia de informação e de sistemas de informática, para atender as unidades de saúde do município de Campo Grande/MS”, conforme publicado no diário oficial – diogrande, na data de 28 de maio de 2009, onde consta expressamente o valor total máximo permitido de R\$ 9.983.000,40 (item 2.1) e a estrutura básica composta por 12 módulos (item 2.2), entre outros.

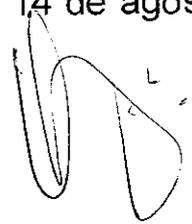


Fls. 13.º	77
CPI/Saúde Estadual	
Proc. nº 013703	
Rubrica:	
Salvador, de	

Nesse ponto, há diferença entre o convênio 1051/2008, firmado com Ministério da Saúde, no valor de R\$8.983.000,00, o que, por si só, não caracteriza nenhuma irregularidade/ilegalidade, uma vez que nada impede a Convenente/Prefeitura de Campo Grande em aumentar a sua contrapartida para atender algum objetivo, que não estava contemplado no convênio, exatamente como o relatório de verificação "in loco" n. 8-4/2012: "A diferença a maior do valor contratado em relação ao aprovado se deu segundo justificativas da Convenente, apresentadas por meio Ofício n. 164/10 GAB-SESAU/DGPS, pela necessidade da inclusão de serviços na execução do objeto do convênio que não estavam previstos no Plano de Trabalho Aprovado, para a realização de um interfaceamento dos sistemas de recursos humanos, controle orçamentário, financeiro e contábil, entre outros, para o atingimento dos objetivos deste convênio".

Prosseguindo, conforme a ata n. 540-B/2009, datada de 6 de agosto de 2009, a Prefeitura Municipal de Campo Grande, torna público que, por força da análise técnica do IMTI, foi vencedor do processo licitatório para execução do objeto convênio firmado junto ao Ministério da Saúde, o consórcio liderado pela empresa Telemídia & Informática Ltda, composto pelas empresas Telemídia & Technology International Comércio e Serviços De Informática Ltda, Estrela Marinha Informática Ltda e Avansys Tecnologia Ltda, publicado no diogrande de 10 de agosto de 2009.

Na sequencia, através das atas 564-B/2009, de 13 de agosto de 2009, 566-A/2009, de 14 de agosto de 2009, a



Fls. N.º	77
CPI/Saúde Estadual	
Ass. N.º	01379.3
Rubrica	

comissão de licitação, sob a presidência de Mara Isaia, em continuidade à licitação, foi aberta a proposta de consórcio vencedor, sendo esta no importe de R\$ 9.983.000,40, considerada aprovada. Em 18 de agosto 2009, através do diogrande n. 2852, foi publicado o aviso de classificação da concorrência 025/2009.

Em 27 de agosto de 2009, foi firmado o contrato n. 305-A, entre a Prefeitura Municipal de Campo Grande, com a interveniência da Secretaria Municipal de Saúde Pública e do Instituto Municipal de Tecnologia da Informação, com o consórcio vencedor, tendo como objeto: *“Contratação de consórcio de empresas da área de tecnologia de informação e de sistemas de informática, para fornecer, conforme especificações constantes no Anexo I do Edital, um produto que permita a implantação e o desenvolvimento e o desenvolvimento técnico e tecnológico de um sistema de informação para atender à gestão da rede de serviço de saúde de todo o Município”*.

O sistema tem a seguinte estrutura básica: *“composto por módulos, os quais devem funcionar de forma integrada e coordenada:*

- a) Mod. I – Cadastros e tabelas gerais*
- b) Mod. II – Atenção Básica e Especializada;*
- c) Mod. III – Prontuário Eletrônico Unificado;*
- d) Mod. IV – Regulação de Consultas, Exames Especializados, APACs;*
- e) Mod. V – Assistência Farmacêutica e Almojarifado;*



- f) *Mod. VI – Serviço Auxiliar de Diagnose e Terapia (SADT);*
- g) *Mod. VII – Atenção hospitalar;*
- h) *Mod. VIII – Urgência e Emergência;*
- i) *Mod. IX – Vigilância e Saúde;*
- j) *Mod. X – Vigilância Sanitária;*
- k) *Mod. XI – Sistema de acesso por reconhecimento de voz;*
- l) *Mod. XII – Gestão e Indicadores.”*

Fls. N.º	79
OPM/ Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Através de ordem de início dos serviços n. 004/2009, datada de 7 de outubro de 2009, foi autorizado ao consórcio vencedor iniciar os serviços contratados.

Conforme consta do termo de referência antes mencionado, o programa deve reunir, em uma só plataforma, todas as informações da saúde pública municipal, como o agendamento de consulta, a gestão da compra e dispensa de medicamentos, os exames, os prontuários médicos completos dos pacientes e a regulação de leitos e internações, tudo ao alcance dos médicos atendentes e gestores.

Como saúde pública reúne, também, as ações coletivas, o sistema deverá produzir, automaticamente, todas as comunicações obrigatórias de vigilância e controle de saúde pública às instâncias estadual e nacional, evitando retrabalhos no preenchimento de formulários e permitindo a tomada de decisões mais rápidas pelas autoridades em casos endêmicos.



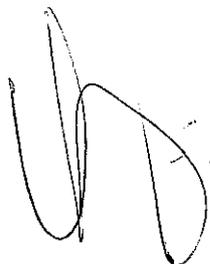
Além do desenvolvimento do produto, também se obrigava o consórcio contratado, ao treinamento de todo o pessoal de saúde encarregado de operar o sistema, bem como, a sua respectiva implantação em toda a rede de saúde municipal.

Proc. N.º	70
Proc. N.º	0137/13
Rubrica	

Após as oitivas dos responsáveis da gestão passada e atual, do exame da documentação apresentada e da vistoria *in loco* nas unidades de saúde onde o programa está instalado, observa-se que o programa não está plenamente funcionando para agilizar o atendimento e a gestão da saúde pública da Capital.

A Administração Municipal atual, através do depoimento do Secretário de Saúde, Ivandro Correa Fonseca, e do Presidente do IMTI, Luis Alberto de Oliveira Azevedo, corroborados pelos documentos enviados a esta CPI, afirmam que:

- a) O sistema GISA não atende à demanda;
- b) A rede municipal de comunicação de dados, não suporta o programa;
- c) O consórcio contratado não entregou o código fonte do programa, condição prevista no contrato e imprescindível para operar a manutenção e atualização do programa;
- d) Houve a subcontratação irregular da empresa Alert Serviços de Licenciamento de Sistemas de Informática para a Saúde Ltda, que não tem nenhuma obrigação de entregar o código fonte;



Por sua vez, a Administração Municipal passada, nas pessoas dos ex-Secretários de Saúde, Luiz Henrique Mandetta e Leandro Manzina, bem como, do ex-Diretor do IMTI, João Mitumaça Yamaura, e da Coordenadora do Grupo Gestor do GISA, Maria Cristina Nachif, e o representante do consórcio, Naim Alfredo Beydoun, sustentam que:

Fls. N.º	31
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

- a) O sistema foi desenvolvido conforme previsto no termo de referência, parâmetro técnico para o edital de licitação e convênio com o Ministério da Saúde;
- b) A execução do convênio foi acompanhada por um grupo gestor e fiscalizada por comissão do Ministério da Saúde, que avaliou as fases de desenvolvimento, declarando que o programa é consistente e atende a modernização para a implementação de ações de Regulação da Saúde no Município de Campo Grande, trazendo inovações que podem vir a ser incorporadas nacionalmente;
- c) A rede de dados da Capital, chamada *infovia*, estava sendo modernizada para atender as exigências do sistema, equipamentos foram comprados, mas não instalados pela atual gestão, inclusive, com outra fonte de recursos federais liberados por convênio com o Ministério da Saúde;
- d) Os códigos fonte somente serão entregues ao final, como rege o contrato;
- e) A Alert foi subcontratada por solicitação do Secretário da época, Luiz Henrique Mandetta, em razão da qualidade do programa que detinha sobre o prontuário



de pacientes e atendeu procedimento de anuência da Prefeitura Municipal, com parecer da Procuradoria Jurídica de que não havia óbices na subcontratação;

Fls. N.º	92
anúncia da	
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

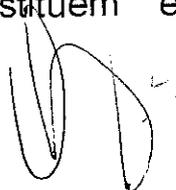
f) O processo de licitação foi feito dentro dos parâmetros legais, portanto, sem vícios;

g) O programa está desenvolvido e falta a implantação, fase que a atual gestão impediu com a demissão de todos os multiplicadores contratados e já treinados, que seriam responsáveis pelo treinamento dos operadores do sistema.

Diante das assertivas, observa-se que o atual sistema de informações, denominado HYGIA, está muito aquém da necessidade da Capital e a aquisição de um novo programa, mais completo e abrangente, justifica-se como necessário.

O interesse e as manifestações do Ministério da Saúde sobre a construção do termo de referência e o desenvolvimento do programa GISA, indicam que está correta a aquisição do equipamento para melhoria da gestão de saúde pública na Capital.

A necessidade de implantação do sistema restou incontroversa, entretanto, o conflito nos depoimentos colhidos nesta CPI em relação ao programa GISA, bem como, os documentos encaminhados e as denúncias surgidas, trouxeram algumas constatações que se constituem em indícios de



irregularidades que devem ser devidamente apuradas pelos órgãos competentes para eventual responsabilização civil ou criminal, a saber:

Fls. N.º	21
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

1. Processo licitatório:

1.1. Divergências entre os endereços do contrato social e das certidões da empresa Telemídia & Technology International Comércio e Serviços de Informática Ltda, quando da habilitação (no endereço da Rua Uruguai, 432, Jardim São Luiz, em Santana do Parnaíba, nunca existiu nenhum imóvel edificado);

1.2. Falta de demonstração de expertise na prestação dos serviços. Em resposta ofício n. 334/CPI-SAÚDE/ALMS, de 14/11/2013, a empresa Telemídia apresentou notas fiscais de serviços realizados “após o ato licitatório”;

1.3. Suspeita de irregularidade no atestado de experiência emitido pelo Gabinete do Ministério da Saúde em São Paulo, subscrito por assessor de publicidade;

1.4. A garantia exigida no item 3.1, do edital de licitação, foi efetivada através de Carta Fiança n. 1003/2009, emitida pelo “Banco dos Estados S/A”, que segundo o Banco Central do Brasil, em resposta a consulta oficial desta CPI, informa que a mencionada instituição teve a sua falência decretada em 22 de fevereiro de 1957 e, apesar de levantada a falência, não



obteve deferimento no pedido de autorização para reiniciar suas atividades;

Fls. N.º	84
CFI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

2. Execução do objeto do contrato:

2.1. Subcontratação da Alert

2.1.1. De acordo com o item 5.2, do edital de licitação “é vedada a subcontratação do objeto da presente licitação”.

2.1.2. Contudo, o item 8.1.16, do contrato 305-A, admite a possibilidade de transferência das obrigações contratadas, mediante a anuência prévia e escrita da administração;

2.1.3. Incontroverso é que, não há no processo administrativo 37346/2009-11, qualquer termo formalizado de subcontratação da empresa Alert, apenas informação de uma parceria entre esta e a empresa Telemídia. Fato que, por corolário lógico, denota que a obrigação de entrega do código fonte, continuam de inteira responsabilidade do consórcio contratado e deve ser efetivado ao final do contrato, que está válido e vigente. Portanto, por ser esta obrigação futura, ainda não pode ser exigida.

2.2. Código fonte;



Fis. N.º	73
Termino de cada	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

2.2.1. O convênio 1051/2008, de sua cláusula 12ª, que a titularidade dos programas desenvolvidos "serão incorporados" ao patrimônio do Ministério da Saúde;

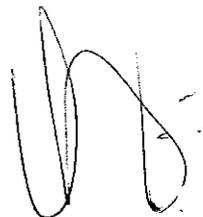
2.2.2. O contrato 305-A/2009, no item 8.1.11, estabelece a obrigação de "disponibilizar" ao município os códigos fonte do sistema objeto do contrato;

2.2.3. A participação da empresa Alert no desenvolvimento do objeto do contrato e final disponibilização do código fonte através de "escrow agreement", atende ou viola as cláusulas acima mencionadas?

2.2.4. Nos casos de subcontratação, a responsabilidade do subcontratado é solidária à do subcontratante, mesmo que não havendo vínculo direto do subcontratado com o poder público, razão pela qual a empresa Alert não poderá resistir a entrega do código fonte.

2.3. Cronograma físico/financeiro

2.3.1. Está correto o pagamento do contrato em acordo com a execução física do projeto, algo como uma medição do que foi entregue ao que foi produzido?



2.3.2. Na aferição *in loco*, na leiga observação dos membros da OPI, muito pouco funciona do sistema instalado.

Fls. N.º	86
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

2.3.3. Entretanto, a nota técnica n. 008/2011, de 18 de novembro de 2011, do DATASUS, atestou que 89,9% do programa estaria executado;

2.3.4. Ofício do atual Prefeito Alcides Bernal, enviado ao Ministério da Saúde, datado de 16 de janeiro de 2013, confirma que “o projeto está com 95,4% de execução física e 96% de execução financeira”;

2.3.5. Não resta dúvida sobre a execução financeira do contrato, entretanto, o que é preciso esclarecer é se a execução física está concomitante à financeira.

2.3.6. Somente uma perícia técnica nos módulos desenvolvidos, implantados ou a implantar, poderia dizer quem tem razão sobre a execução do desenvolvimento do programa realizado até o momento.

2.4. Demora na conclusão do projeto

2.4.1. É justificável a demora na conclusão do projeto e na falta de utilização do sistema?

2.4.2. O convênio 1051/2008, determina em sua cláusula 8, duração de 360 dias, por sua vez o contrato 305-A/2009, no item 6.1, estabelece a prazo máximo para conclusão



dos serviços é de 12 meses; Houve vários aditivos justificados de prorrogação de prazo para conclusão do projeto, inclusive o último ainda está vigência até 2014

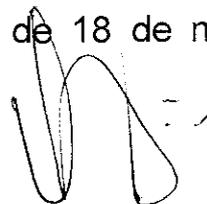
N.º de	87
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

2.4.3. Portanto, caso estejam corretos os índices de execução física do projeto e que somente falta a implantação nas unidades de saúde, porque a atual administração deixou de notificar o consórcio contratado para a sua conclusão?

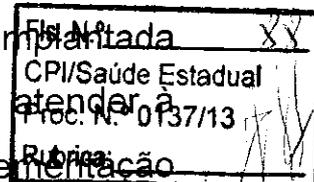
2.4.4. É verdadeira a afirmação feita pelos membros da administração anterior de que a demissão dos multiplicadores, num total de 40 funcionários públicos de contrato precário, prejudicou a implantação do projeto?

O que é fundamental destacar, é que se houve irregularidade ou ilegalidade na execução do projeto GISA, o Ministério da Saúde e o DATASUS, são, no mínimo, coniventes com esta situação, porque são três documentos:

- o primeiro, parecer GESCON N. 8711, de 30 de dezembro de 2010, que afirma “o objeto pactuado está sendo cumprido, opinamos pela APROVAÇÃO da parcela analisada e, sugerimos liberar o valor da próxima parcela (...);”
- o segundo, denominado NOTA TÉCNICA 008/2011, do DATASUS, de 18 de novembro de



2011, atesta que “a solução GISA implantada demonstrou ser bastante consistente e atender à Modernização da Gestão para a Implementação de Ações de Regulação da Saúde no município de Campo Grande, trazendo inovações que podem vir a ser incorporadas em soluções do Ministério da Saúde e aplicadas em outros municípios”; e,



- o terceiro e último, denominado Relatório de Verificação “in loco”, de 14 de maio de 2012, afiança que “o objeto do convênio está sendo executado em 89,9% (...) os objetivos do convênio estão sendo alcançados, tendo em vista que o convênio está vigente e o objeto do convênio “Modernização da Gestão para Implementação de Ações de Regulação” está em fase de implantação (...)”.

Por tudo o que foi levantado por esta CPI, não me atrevera emitir juízo de valor quanto à execução física do projeto, somente uma perícia capacitada, poderia dizer o quanto foi produzido, desenvolvido e entregue ao município de Campo Grande até o momento e se está adequado à respectiva execução financeira.

O que é incontroverso, é que na ponta, para o usuário da saúde pública, o sistema **não está implantado**. Consumiu-se quantia superior a R\$ 8 milhões de reais e Campo Grande continua necessitando de um programa de gestão de saúde pública, seja este GISA ou qualquer outro.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Fls. N.º	89
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Ser. logo	
Assinatura:	

Se o programa é bom, deve ser colocado em uso para melhorar a resposta da administração aos latentes problemas da saúde, aproveitando o **serviço que já está pago** na sua quase integralidade, inclusive, o treinamento e manutenção do sistema por quatro anos, sem ônus adicional. Também, por estar à disposição da Prefeitura, que seja procedida a instalação dos equipamentos de melhoria da *inforvia*.

Também foi encaminhada a esta CPI comprovantes de passagens aéreas, utilizadas pelo ex-Secretário Luiz Henrique Mandetta, e pagas pela empresa Beydoim International Intermediações e Agendamentos, que pertence a Naim Alfredo Beydoim, Presidente do Consórcio Telemídia, com a denúncia que teriam sido usadas durante o período eleitoral, sem a devida prestação de contas eleitoral.

Tendo em vista que o objeto da CPI é "*investigar a regularidade na aplicação dos recursos públicos por parte das instituições de saúde no Estado de Mato Grosso do Sul*", portanto, sem qualquer interferência na área eleitoral, remeterá as denúncias ao Ministério Público Eleitoral para a adequada apuração dos fatos.

Assim, diante de tudo que foi apresentado e relatado, deve esta CPI remeter, em especial, os documentos juntados e cópias de todos os depoimentos relativos ao projeto GISA, ao Ministério Público Federal para que, entendendo que há necessidade de responsabilização civil e criminal, sejam tomadas as providências cabíveis.



Fls. N.º	90
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Tratamento da oncologia

O relatório da Força Tarefa do Ministério da Saúde de 2013 confirmou que o tratamento do câncer em Campo Grande não atende aos preceitos da:

- a) **integralidade**;
- b) **qualidade**; e
- c) **quantidade**.

Desta forma, todas as instituições de tratamento oncológico de Campo Grande, segundo relatório, funcionam de forma improvisada, sem atender à Portaria n.741/2005/SAS/MS e às disposições do Manual de Bases Técnicas da Oncologia/2011.

A demanda de atendimento é muito maior do que a capacidade instalada para que Campo Grande atenda, em radioterapia, além da sua população de micro região, a macro região de Corumbá, as micro regiões de Aquidauana, Jardim, Coxim, Três lagoas e Paranaíba, o que corresponde a cerca de 1,7 milhão de pessoas. É evidente que apenas o Hospital Regional e o Hospital Universitário não dão conta de efetivar estes atendimentos.

O esforço é viabilizar os hospitais públicos de condições físicas para receber os equipamentos de oncologia e de dotá-los de profissionais capazes para operar este novos instrumentos.



Da constatação nos grandes hospitais

Fls. N.º	91
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Esta CPI foi criada após a grande repercussão das denúncias pela Polícia Federal quando da realização a operação denominada "sangue frio".

Considerando a extensão da ação policial, a CPI procurou não repetir suas providências, mas não deixou de averiguar a situação do SUS e o atendimento aos seus usuários nos dois principais hospitais investigados.

A comissão teve acesso aos autos da operação "sangue frio", mas, em respeito e acatamento à decisão da 5ª vara da justiça federal de Campo Grande, nos autos 0002922-17.2012.403.6000, manterá o segredo de justiça e deixará de divulgar qualquer fato reputado como criminoso para não atrapalhar as investigações e apurações que estão em andamento.

a) Hospital Universitário de Campo Grande

Esta comissão ouviu o ex-diretor José Carlos Dorsa e o atual diretor do HU de Campo Grande, Cláudio Wanderlei Luz Saab.

O relatório de gestão e a oitiva do atual diretor do HU de Campo Grande trazem fortes indícios de que existiram fatos que demonstram ilegalidades da gestão anterior.



Segundo as palavras da atual direção do HU
de Campo Grande:

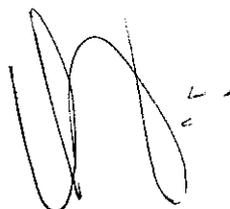
Fls. N.º	197
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

- a) O HU estava entregue nas mãos de 30 empresas terceirizadas;
- b) Havia 08 meses de atraso no pagamento de energia;
- c) Havia 04 meses de atraso no pagamento de água;
- d) O HU devia, até dezembro de 2013, o valor de R\$29.000.000,00 (vinte e nove milhões de reais);
- e) Todos os contratos foram revisados, alguns tiveram o valor reduzido e três rescindidos, gerando uma economia de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), sem prejuízo algum para a administração do hospital.

Sendo assim, tais fatos devem ser apurados e, em se constatando, responsabilizados àqueles que deram causa.

b) Hospital do Câncer de Campo Grande

Dos documentos entregues a CPI, em especial o Inquérito Civil 63, da 49ª Promotoria, e no processo de destituição da direção do HC de Campo Grande, se observa que



existem irregularidades que precisam de apuração específica das autoridades.

Fls. N.º	93
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

A Fundação Carmem Prudente, mantenedora do hospital, apesar de ser uma fundação privada, como recebe dinheiro público do SUS, deve guardar respeito a todas as normas de direito público que exigem a adequação da conduta do administrador destes recursos.

É fato que o HC, quando administrado por Adalberto Siufi, contratou a clínica Neorad, de sua propriedade, para prestar serviços e foi remunerado com dinheiro público.

Outrossim, restou incontroverso que o HC, na mesma administração de Adalberto Siufi, procedeu a contratação de 07 parentes seus, inclusive, foram remunerados com salários acima da média, o que pode-se caracterizar ato de improbidade por afronta aos princípios de moralidade.

Ainda, no campo da prestação de serviços pelo HC a situação, também, guarda preocupação.

Comparando as Auditorias do DENASUS em 2010 e 2013, foi possível comprovar a reincidência em erros que, propositais ou não, sempre ocorreram em desfavor do serviço público, com ônus indevidos e sucessivos para o Fundo Municipal de Saúde.



Como medida corretiva, a Força Tarefa do Ministério da Saúde, determinou a necessidade de uma Auditoria linear em todos os atendimentos realizados pelo Hospital do Câncer Alfredo Abrão, desde o início da contratualização com o Sistema Único de Saúde.

Fls. N.º	074
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

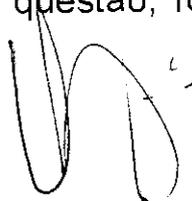
O Município de Campo Grande, por sua vez, foi recomendado a instituir o Serviço Municipal de Auditoria, com auditores designados exclusivamente para o Hospital do Câncer Alfredo Abrão, bem como, instituir a automação das autorizações dos procedimentos em interface direta com o Departamento de Informática do SUS, em seus diversos módulos, permitindo melhor controle das solicitações e autorizações dos procedimentos.

c) Santa Casa de Campo Grande

A Santa Casa de Campo Grande é o maior e mais importante Hospital de alta complexidade do Estado, sendo responsável pelo atendimento da Capital, bem como, de todos os pacientes encaminhados pelo restante do Estado.

A Santa Casa foi analisada por prismas distintos, tendo em vista que durante o curso desta CPI a administração do Hospital deixou de pertencer à junta administrativa (01/2005 à 04/2013) e passou à Associação Beneficente de Campo Grande.

Para a elucidação da real situação financeira e administrativa da unidade hospitalar em questão, foram ouvidos



os depoentes Antonio Lastória, Nilo Sérgio Laureano Leme e Issan Moussa, que são componentes da junta administrativa e o atual presidente da ABCG, Wilson Levy Teslenco.

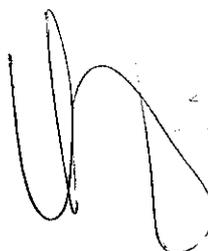
Fis. N.º	95
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Primeiramente, a Comissão de Inquérito voltou suas indagações a respeito da situação financeira da unidade hospitalar; percebeu-se que a junta administrativa e a atual gestão não concordavam sobre o valor da dívida.

A única unanimidade nos depoimentos foi a respeito do déficit mensal que, segundo relatos, girava em torno de 3.000.000,00 (três milhões) mensais. Neste contexto, o colapso financeiro da instituição era questão de tempo.

Ainda, durante o curso da CPI a real dívida da Santa Casa de Campo Grande foi elucidada, através de uma auditoria Contábil realizada pela empresa "Altercont auditoria e consultoria S/A", que foi contratada pela atual gestão. Ficou constatada que o montante da dívida corresponde a quantia de R\$ 80.000.000,00 (oitenta milhões de reais).

A atual gestão da Santa Casa conseguiu com a Caixa Econômica Federal um empréstimo para pagar a dívida consolidada e o Governo Estadual já assumiu a responsabilidade pelo pagamento de 50% deste empréstimo, com o respaldo da Assembleia Legislativa.



Neste momento, a atual diretoria da Santa Casa negocia e aguarda que a Prefeitura Municipal de Campo Grande assumira o restante do empréstimo (50%).

Fis. N.º	76
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Neste novo cenário, com este aporte financeiro, a Santa Casa conseguiu elaborar um Plano de Reestruturação Financeira, já enviado a esta Comissão, no qual a mantenedora detalha minuciosamente as economias que a entidade vai conseguir fazer e, inclusive, faz uma projeção de superávit para 2014.

Nesse sentido, vejamos as considerações finais do plano de reestruturação financeira:

“O empréstimo que está sendo viabilizado junto a Caixa Econômica Federal garante o saneamento de dívidas de nossa instituição, e as ações do planejamento estratégico que já estão sendo executadas possibilitaram que a Santa Casa de Campo Grande se torne uma instituição sustentável e que corresponde aos anseios dos gestores da saúde pública, bem como da diretoria da ABCG.

Os investimentos que estão sendo realizados pelos gestores da saúde pública na Santa Casa demonstram a confiança e a importância que esta instituição possui para a rede de saúde do Estado.



O planejamento estratégico descreve todas as ações possíveis que podem melhorar a gestão desta instituição, por meio da revisão dos processos de trabalho que reduzirão custos, otimizarão serviço disponíveis e possibilitando que a entidade evolua de forma sustentável.

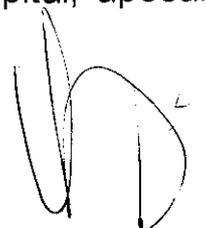
Fis. N.º	97
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

O fluxo de caixa prospectivo demonstrou que com o pagamento das dívidas e a execução de algumas ações previstas neste relatório será possível obter uma mudança considerável nas finanças, **com a previsão de sobra de caixa no primeiro ano** após o empréstimo na ordem de R\$ 27.061.069, que conforme previsão estatutária serão reinvestidos para o alcance da excelência do serviço prestado.

A direção da Santa Casa está confiante de que o empréstimo pleiteado é indispensável para que a instituição possa cumprir com o planejamento de reestruturação financeira.”

Neste aspecto, cabe, agora, aos órgãos de controle, conjuntamente, acompanhar este plano de reestruturação financeira da Santa Casa de Campo Grande, que, inclusive, prevê que haverá capital para ser reinvestido na instituição.

A CPI, quando visitou a Santa Casa de Campo Grande, pode constatar que o Hospital, apesar de possuir



muitas condições estruturais precárias, atende na sua capacidade máxima, 24 horas por dia, sem interrupções.

Fls. N.º	93
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

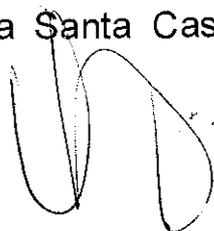
Ainda, quanto a estrutura física, no plano de reestruturação financeira, a Santa Casa manifestou que existe à disposição R\$ 29.503.192,04 (vinte e nove milhões quinhentos e três mil, cento e noventa e dois reais e quatro centavos) em convênios com o Ministério da Saúde, estes, planejados e deixados pela Junta Interventora, para reforma e aquisição de equipamentos, visando a modernização do hospital.

Neste ponto, também, é imperioso o acompanhamento dos órgãos de controle.

Para ajudar a desafogar a Santa Casa com o atendimento dos usuários do interior, dois projetos importantes foram divulgados. O Estado já lançou um pacote de obras onde está prevista a construção e ampliação de hospitais no interior, e, em Campo Grande, existe a notícia da construção de um hospital municipal, orçado em 112.000.000,00 (cento e doze milhões) com capacidade para 250 leitos.

De toda a forma, em razão da experiência e como recomendação desta CPI, é preciso que o SUS local mantenha, junto a atual administração da Santa Casa, mecanismos rápidos e céleres de controle e fiscalização.

A experiência mostra que a demora do gestor do SUS local em detectar problemas na Santa Casa de Campo



Grande aprofunda os seus problemas e, ainda, alonga suas soluções, causando danos imensuráveis ao SUS estadual.

d) Hospital Regional de Campo Grande

Fla. N.º	99
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

O Hospital Regional de Campo Grande, que juntamente com a Santa Casa, representam os dois maiores hospitais do Estado, foi visitado pela Comissão Parlamentar de Inquérito, antes da abertura do “novo” Pronto Atendimento Médico.

Na visita foi constatado que as pessoas estavam alocadas nos corredores do Hospital porque estavam atendendo ao máximo de sua capacidade.

Na época, a explicação do Presidente da instituição, Rodrigo de Paula Aquino, foi no sentido de que a disposição das pessoas pelo corredor era algo temporário, tendo em vista que havia em andamento e, quase concluída, a construção de um novo setor de Pronto Atendimento Médico, com maior capacidade e qualidade que o antigo.

Durante o curso da CPI o novo PAM entrou e funcionamento e revisitada a instituição, quando foi observada significativa melhoria no atendimento à população.

Analisando os contratos do Hospital Regional, a CPI questionou os aditivos que indicavam aumento superior a 25%, vedado pela Lei n.8.666/93.



Foi esclarecido, através da execução financeira dos contratos, que os contratos, apenas, foram prorrogados para o ano seguinte e, ainda, sem alterar o valor dos serviços, sendo equivocada a redação dada ao contrato porque somava o valor despendido nos anos anteriores.

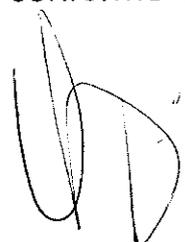
Fls. N.º	100
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

Em reunião com a direção do Hospital Regional de Campo Grande, a CPI foi informada que este erro formal na redação dos contratos de prestação de serviço continuado foi sanado e, todos os novos contratos, já apresentavam uma nova redação.

RECOMENDAÇÕES e ENCAMINHAMENTOS DA CPI

É URGENTE a revisão no financiamento da Saúde

1. O financiamento da saúde deve ser proporcional a arrecadação de cada ente federado, assim a união deve aumentar, urgente, a destinação e o repasse de recursos para os municípios;
2. É fundamental para melhoria da Saúde Pública do Brasil, que o Congresso Nacional e o Poder Executivo Federal encontrem consenso para aprovação de Lei para vincular o orçamento da União para Saúde, assim como é para a Educação, em pelo menos, 10% da receita bruta, conforme as melhores defesas sobre tema;



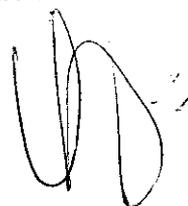
Fls. N.º	101
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

3. União deve destinar quantia suficiente para a cobertura de despesas com as equipes da ESF e reformular o programa para que possa ter maior resolutividade e atender as condições geográficas e demográficas de MS.

a) Alternativamente, enquanto subsiste o subfinanciamento deste programa e as outras inconsistências identificadas, a CPI opina pela discussão com o Ministério da Saúde para que seja possível aos Municípios, diminuir a carga horária dos médicos de oito horas para quatro, neste programa, e permitir que estes profissionais fiquem responsáveis por até duas equipes.

4. Revisar e atualizar todos os valores dos procedimentos pagos com tabela SUS, permitindo a sobrevivência financeira dos hospitais públicos e privados filantrópicos conveniados;

5. Considerando a realidade da judicialização das atividades da saúde pública, é fundamental que os entes federados e os hospitais façam uma reserva orçamentária para atender às ordens judiciais sem prejuízo da manutenção dos serviços; Com relação às ordens judiciais, recomenda-se que seja observada a lista de medicamentos reconhecidos, aprovados e recomendados pela ANVISA.

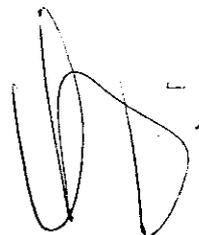


Fls. N.º	182
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Rubrica:	

6. O Estado deve adequar a lei do rateio a Lei Complementar Federal n. 141/2012, que contabiliza o apoio às ações de saúde;
7. Priorizar os investimentos com dinheiro público na rede pública visando diminuir a dependência de hospitais privados filantrópicos; e exercer maior controle sobre qualidade e eficiência quando contratualizar os serviços;
8. Organizar o consórcio dos municípios ao redor das sedes de micro e macro regiões para financiar atendimento de especialidades médicas no interior;

É URGENTE a interiozação no atendimento da Saúde

9. Disponibilizar equipamentos modernos para diagnóstico nas sedes de macro e microrregião a exemplo de tomografia, ressonância magnética, mamografia, entre outras, podendo os técnicos operarem no local e o diagnóstico ser feito pelo especialista à distância;
10. Aumento dos investimentos na melhoria da estrutura e complexidade do atendimento da rede hospitalar nas sedes de macro e micro região, para efetivar a descentralização do atendimento e, com



isso, evitar a prática do que comumente se chama de “ambulânciaterapia”.

Fis. N.º	103
CPV/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0937/13
Rubrica:	

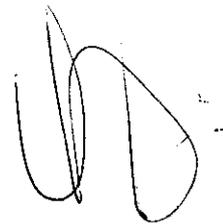
11. Os Municípios devem ter efetivo atendimento ambulatorial para desafogar os hospitais das sedes de macro e micro região;
12. Aumentar resolutividade do interior, efetivação da média e alta complexidade nas sedes de macro, com disponibilização de leitos de UTI, e unidades intermediárias nas sedes de microrregião, não complexas com a UTI, mas com a resolutividade média necessária;
13. Incentivar a implantação de NASF's – Núcleo de Apoio a Saúde da Família nos municípios do interior, com equipe multidisciplinar, além dos ESF's;
14. Caminhão diagnóstico para atender interior com exames de diagnóstico por imagem (tomografia, mamografia e ressonância magnética), com diagnóstico à distância;
15. A implantação de uma rede de hemodiálise nos centros de atendimentos aos pacientes renais crônicos nos municípios sede de micro região e a aquisição de veículos apropriados para o deslocamento, tudo para diminuir o martírio dos renais crônicos.



Fls. N.º	104
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Hospitais do interior

16. Conclusão da reforma do Hospital Regional de Ponta Porã;
17. Apuração e acompanhamento da ampliação do Hospital Público de Naviraí, que por falta de previsão de uma porta e de um muro de separação a nova obra não vem sendo utilizada;
18. Tendo em vista que, os impasses que impediam a liberação de Recursos Federais para a reforma do Hospital da Vida de Dourados foram solucionados, com a desapropriação do terreno no qual a Unidade encontra-se edificada, deve ser imediatamente agilizada a liberação de recursos e a confecção de convênios para a reforma da unidade hospitalar;
19. Urgência na ampliação e oferta de atendimento do Hospital Universitário de Dourados, com a construção do anexo que abrigará o Instituto da Mulher e da Criança;
20. Construção de um Hospital Público em Corumbá;
21. Acompanhar a rápida adequação do piso do Centro Cirúrgico do Hospital Marechal Rondon, em Jardim;



22. Construção do Hospital Público em Três Lagoas.

Oncologia

23. A rápida entrega dos aparelhos radioterapia pela para aumentar a capacidade instalada para atendimento em Campo Grande e no interior;

Fls. N.º	105
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
Assinatura:	

Santa Casa

24. Acompanhamento do Plano de reestruturação financeira da Santa Casa de Campo Grande, pelos órgãos de controle, de maneira articulada. Encaminhamento ao Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Ministério Público Estadual e Tribunal de Consta do Estado.

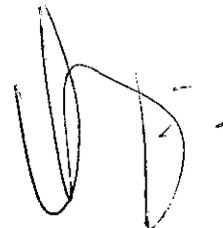
- a) Urgência na conclusão do Hospital Trauma;
1. Ações contra epidemia do trauma, como maior rigor na fiscalização das motos;

25. Urgência na conclusão das obras das UPAs da Vila Popular e Jd. Leblon, em Campo Grande;

26. Necessidade de adesão dos municípios ao SAMU para agilizar o atendimento e diminuir os índices de mortalidade e lesões;

Médicos

27. Efetivo controle de jornada;



28. Controle e respeito ao teto de remuneração pública;
29. Criação de cargo médico e carreira que visem atrair o profissional;

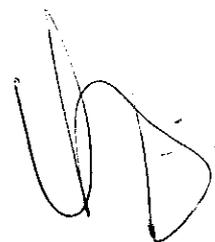
Fls. N.º	106
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Saúde indígena

30. Agilidade para vencer a burocracia de implantação da DSEI em Mato Grosso do Sul;
31. Urgente articulação da DSEI com os municípios para atendimento dos índios;

É URGENTE a articulação na fiscalização da Saúde

32. Tendo em vista que foi detectado que os órgãos de controle atuam de forma desarticulada no Estado, esta comissão sugere aos órgãos de controle e fiscalização a criação de uma comissão permanente para troca de informações e acompanhamento do desempenho dos trabalhos, com reuniões periódicas. Encaminhamento ao Ministério Público Estadual, Conselho Municipal e Estadual de Saúde, Tribunal de Contas do Estado, Secretária de Saúde Estadual, Corregedoria Geral da União, DATASUS e DENASUS.
33. Articulação de todas as esferas – REDE ARTICULADA PERMANENTEMENTE DE FISCALIZAÇÃO DO SUS;



34. As auditorias dos municípios devem ter especializado;

Fis. N.º	307
CP/ Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

35. Capacitação dos conselheiros, estrutura de apoio e efetivo papel deliberativo;
36. Criação de comissões permanentes de acompanhamento do atendimento das instituições de saúde, visando fiscalizar o atendimento e capacitar os profissionais da área de saúde, conforme demonstrado no tópico que trata sobre a "humanização do atendimento". Encaminhamento à Secretária de Estado de Saúde e a Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul.

GISA

37. Recomendação para convocar, imediatamente, o Consórcio Telemídia para concluir a implantação e contrato do sistema GISA;
38. Tendo em vista que, o Hospital Regional de Aquidauana, há aproximadamente 05 (cinco) anos era mantido e gerido pela Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar e sofreu uma intervenção judicial, que incumbiu o Município de Aquidauana como gestor do Hospital e hoje as compras, ainda, são feitas no CNPJ da antiga mantenedora, é imperioso que sejam auditas as licitações realizadas por esta Unidade Hospitalar, bem como, a



desapropriação e, ou, regularização do Hospital de Aquidauana;

Fis. N.º	108
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

Estrangeiros

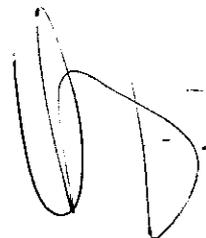
39. A criação de meios para a quantificação dos atendimentos de estrangeiros no Estado, principalmente nas cidades de fronteira. Encaminhamento à Secretaria de Saúde Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde.

40. A confecção de tratados com a Bolívia e o Paraguai, através do Ministério das Relações Exteriores, com objetivo de complementar o financiamento da saúde aos municípios de Mato Grosso do Sul que atendem a população destes países. Encaminhamento ao Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores.

41. Revisão da legislação federal da subordinação dos hospitais escolas à Gestão Municipal de saúde onde for plena;

GISA

42. Auditoria do contrato, desenvolvimento e implantação do projeto GISA pelo Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados DENASUS e DATASUS;



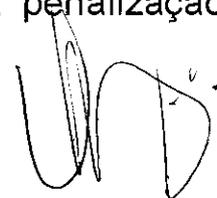
43. Encaminhar os documentos sobre a licitação e execução do projeto GISA para Ministério Público Estadual e Federal para apurar eventual responsabilidade civil e criminal;

Fls. N.º	104
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º	0137/13
Rubrica:	

44. Considerando todo o conteúdo deste relatório, corroborado pelos documentos e oitivas das testemunhas, realizadas ao longo desta CPI, cabemos encaminhar o presente relatório para os seguintes órgãos:

- a) Ministério da Saúde;
- b) Congresso Nacional, através da bancada de MS;
- c) Controladoria Geral da União;
- d) Tribunal de Contas da União;
- e) Ministério Público Federal;
- f) Ministério Público Estadual;
- g) DENASUS;
- h) DATASUS;
- i) Polícia Federal;
- j) Governo do Estado de Mato Grosso do Sul;
- k) Secretaria de Estado de Saúde;
- l) Municípios do Estado;
- m) Conselho Estadual de Saúde e
- n) Conselhos Municipais de Saúde;

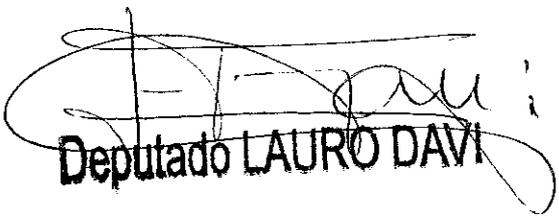
Para que se adotem as medidas que julgarem pertinentes a fim de corrigir as irregularidades e apurar eventuais ilegalidades, com a devida penalização dos

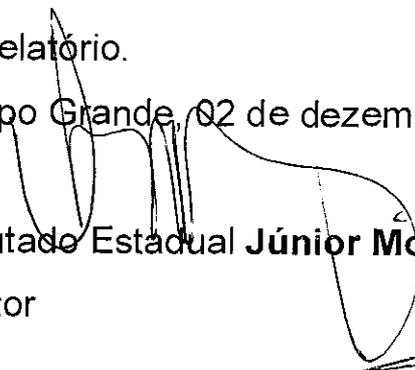


responsáveis e, conseqüente, ressarcimento ao erário público.

É o relatório.

Campo Grande, 02 de dezembro de 2013.


Deputado LAURO DAVI


Deputado Estadual Júnior Mochi

Relator

Deputado ONEVAN DE MATOS


Deputado EDUARDO ROCHA

O SR. PRESIDENTE (Amarildo Cruz) (16h50min) - Antes da aprovação final por esta Comissão, eu gostaria de consultar os membros, durante o... Vamos aguardar o relator fazer o encaminhamento, até porque ele acabou de ler o relatório da conclusão dos trabalhos. Quero fazer o encaminhamento, então, com relação às manifestações dos demais Deputados acerca do relatório apresentado pelo nosso eminente relator Deputado Junior Mochi. Eu queria pedir à Comissão licença, até em função de que acompanhando toda a elaboração do relatório o Deputado Junior Mochi, que sempre construiu o relatório, e eu na condição de Presidente e os demais membros sempre tivemos toda a abertura e todas as informações necessárias na construção desse relatório. E é importante externar que os pontos divergentes que tivemos sempre tratamos de maneira mais responsável e respeitosa possível. Em função disso eu construí um voto em separado do relatório do Deputado Junior Mochi. Eu diria aqui que nós temos discordância, que a grande maioria do relatório tem a concordância e tem a aprovação deste Parlamentar, mas eu, por uma questão de consciência, por uma questão de entendimento, elaborei um voto em separado em função de discordância pontuais que eu tenho com o relatório. Então, eu gostaria de fazer a leitura com a Comissão e em seguida a Comissão encaminha a aprovação, na íntegra, do relatório do Deputado Junior Mochi ou a aprovação parcial. A aprovação parcial seria a aprovação do relatório do Deputado com a inclusão do voto em separado, esse é o encaminhamento. Eu gostaria, inclusive, nesse encaminhamento propor que uma vez lido já o relatório de cento e quatro paginas do Deputado Junior



Fis. N.º	11
CPI/Saúde Estadual	
Proc. N.º 0137/13	
feita de	
Rubrica:	

Mochi, que eu posso fazer essa leitura também e a votação a ser feita de imediato sem que seja necessário fazermos mais discussões, senão nós vamos discutir aqui o relatório a noite inteira. Então, não é essa a intenção, as discordâncias são pontuais e na leitura vocês vão entender.

VOTO EM SEPARADO