



---

## Relatório de Planejamento - Auditoria nos Convênios de Saúde Indígena

**TC 022.388/2016-8**

**Fiscalização 346/2016**

**Relator:** Ministro Bruno Dantas

**Modalidade:** Auditoria de conformidade.

**Ato originário:** Despacho do Ministro Relator, de 21/6/2016, (TC 015.398/2016-1)

**Objeto da fiscalização:** repasses e aplicação dos recursos efetuados nos anos de 2014 e 2015 por meio dos convênios assinados pelo Ministério da Saúde com as entidades beneficentes de assistência social: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip); Missão Evangélica Caiuá; e Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), os quais tinham como objeto a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito da Ação Orçamentária 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena, cuja atuação titular cabe à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

**Ato de designação:** Portaria de Fiscalização Secex-MT N° 841, de 28/7/2016, alterada pela Portaria N° 1.060, de 20/9/2016, e Portaria de Fiscalização Secex-MT N° 1.094, de 29/9/2016.

**Período abrangido pela auditoria:** de 1º/1/2014 a 31/12/2015.

**Período de realização da auditoria:** de 25/7/2016 a 30/11/2016.

**Unidade fiscalizada:** Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)

**Volume de recursos fiscalizados:** R\$ 1.357.755.845,37



Composição da equipe de fiscalização (fases de planejamento, execução e relatório):

Nome do AUFC	Matrícula	Lotação	Planejamento	Execução e Relatório
Alexandre Giroux Cavalcanti (supervisor)	7592-2	Secex-MT	25/7/2016 a 23/9/2016	26/9/2016 a 30/11/2016
Eduardo Mário Joerke Mendes Junior (coordenador)	10651-8	Secex-MT	25/7/2016 a 23/9/2016	26/9/2016 a 30/11/2016
Martin Mastelaro Pompeu de Barros	10213-0	Secex-MT	25/7/2016 a 23/9/2016	26/9/2016 a 30/11/2016
Evilásio Vilar Silva	9653-9	STI	15/8/2016 a 19/8/2016 e 5/9/2016 a 9/9/2016	-
Tiago Modesto Carneiro Costa	6583-8	Secex-MS	1º/8/2016 a 23/9/2016	26/9/2016 a 30/11/2016
Thadeu Felismino Taira	9653-9	Secex-MS	25/7/2016 a 21/8/2016	26/9/2016 a 30/11/2016



---

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>4</b>
<b>Visão Geral do Objeto de Auditoria .....</b>	<b>5</b>
I. Sobre a Saúde Indígena .....	5
II. Sobre a Sesai .....	5
III. Sobre os setores competentes .....	7
IV. Sobre o modelo de atendimento .....	9
V. Sobre os recursos humanos da Sesai .....	10
VI. Sobre o Chamamento Público de 2011 .....	11
VII. Sobre o Chamamento Público de 2013 .....	11
VIII. Sobre o objeto dos convênios e a aferição de resultados .....	12
IX. Sobre a legalidade das contratações de mão-de-obra .....	14
X. Sobre as atuais conveniadas .....	16
XI. Sobre o Instituto Nacional de Saúde Indígena .....	18
XII. Mapeamento do fluxo de processos dos convênios .....	19
XIII. Normativos .....	20
XIV. Principais sistemas existentes .....	21
XV. Ambiente de controle .....	23
XVII. Riscos enfrentados .....	29
<b>Problema de auditoria e objetivos da auditoria planejada .....</b>	<b>30</b>
XVIII. Problema de auditoria .....	30
XIX. Objetivo .....	31
XX. Questões de Auditoria .....	31
<b>Conclusão .....</b>	<b>31</b>

## Introdução

1. Trata-se de auditoria de conformidade realizada sobre os repasses de recursos efetuados no âmbito da Ação Orçamentária 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena nos anos de 2014 e 2015 por meio dos convênios assinados pelo Ministério da Saúde com entidades beneficentes de assistência social na área de saúde para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, cuja atuação titular cabe à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).
2. A Sesai é uma unidade integrante da estrutura do Ministério da Saúde, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e executar todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) em todo o território nacional. O SasiSUS, por sua vez, foi instituído pela Lei 9.836/1999, que no seu art. 19-E prevê que “os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações” voltadas para o atendimento das populações indígenas.
3. Para a execução destas ações complementares, entidades beneficentes de assistência social na área de saúde são selecionadas por meio de convênios, acordos estes cujo principal objeto consiste na contratação e administração de recursos humanos de equipes multiprofissionais que atenderão a população indígena. A última seleção ocorreu em 2013, ocasião na qual foram escolhidas três entidades privadas para execução de ações complementares.
4. Dentre as razões que motivaram esta auditoria, destaca-se a materialidade de recursos repassados, a relevância da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e o risco na utilização deste modelo para a execução dessas ações devido a fragilidades verificadas nas correspondentes estruturas de controle.
5. Acerca da materialidade destes ajustes, cumpre destacar que a Sesai informou que os orçamentos dos convênios alcançaram R\$ 652.505.272,08 em 2014 e R\$ 705.250.573,29 em 2015, totalizando, portanto, gastos na ordem de R\$ 1.357.755.845,37 entre os anos de 2014 e 2015.
6. A relevância da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena advém do fato de esta política visar garantir aos povos indígenas o acesso aos serviços de atenção integral à saúde, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e ambientais desses povos.
7. Sobre o risco na utilização desse modelo de execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, caracterizado pela celebração de convênios de altíssimos valores com entidades privadas, é necessário avaliar se o envolvimento destas ONGs na contratação de milhares de trabalhadores para atuarem no SasiSUS em todo o país, aliado a uma possível baixa capacidade de fiscalização e acompanhamento da execução dos acordos por parte dos servidores da Sesai, colaboraria para a construção de um potencial ambiente de desperdício de recursos e baixa qualidade dos serviços de saúde ofertados.
8. Nesse sentido, trabalhos anteriores do TCU apontaram insuficiências na estrutura de controle interno da Sesai sobre as atividades desenvolvidas por essas entidades beneficentes. Além disso, o Tribunal verificou deficiências na alimentação dos dados provenientes da execução das ações de saúde no sistema utilizado pela Sesai para monitorar as ações e a saúde indígena, Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). Tal fato enfraquece a qualidade da informação e, conseqüentemente, a capacidade de tomada de decisão por parte da Sesai no exercício da gestão desse Subsistema.

9. Ademais, deve-se ressaltar que estes convênios têm sido objeto de interesse do Congresso Nacional, em virtude do alto volume de recursos que são recebidos pelas entidades beneficentes para esse fim. Com efeito, uma das comissões parlamentares de inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados protocolou solicitação junto ao TCU (TC 015.938/2016-6) para que esta Corte informasse sobre possíveis irregularidades na aplicação dos recursos da Ação Orçamentária 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena, seus encaminhamentos, e que fosse realizada auditoria de conformidade na mencionada Ação, enfatizando as transferências às entidades beneficentes.

10. Assim sendo, e considerando o modelo adotado para a execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é conveniente e oportuno que seja executada auditoria com o intuito de avaliar a conformidade dos repasses às entidades beneficentes de assistência social pelo Ministério da Saúde e geridos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) no âmbito da Ação Orçamentária 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena.

11. Diante disso, a questão fundamental da fiscalização será verificar a legalidade das despesas decorrentes desses repasses às entidades beneficentes durante janeiro 2014 a dezembro de 2015, período representativo que concentrou o maior volume de recursos até então, além de passível de ser circunscrito ao escopo da fiscalização.

## **Visão Geral do Objeto de Auditoria**

### **I. Sobre a Saúde Indígena**

12. A Lei 9.836/1999 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), como componente do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos termos dessa lei, a União, com recursos próprios, é responsável pelo financiamento do Subsistema, podendo os Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais atuarem de forma complementar, tanto no custeio quanto na execução das ações.

13. Por sua vez, por meio da Lei 9.649/1998, foi atribuída a competência do Ministério da Saúde (MS) para as questões relacionadas à saúde indígena, assim como foram transferidos da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) os bens, equipamentos e documentos necessários ao exercício das atividades de assistência à saúde do índio. Desse modo, o MS, por intermédio da Funasa, assumiu a responsabilidade de estruturar o SasiSUS à época.

14. Para execução dessas ações, o MS optou por um modelo que prestigiava o estabelecimento de convênios com universidades e ONGs atuantes na questão indígena. Estes ajustes tinham como principais convenientes diversas entidades privadas beneficentes. Em acréscimo, havia também repasses efetuados aos municípios para execução de outras atividades desta natureza. Desta forma, havia uma pulverização de agentes atuando no âmbito da saúde indígena.

15. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão integrante da estrutura do MS, instituída pela Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, e pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, com posteriores revogações até a edição do Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, é a atual responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e executar todo o processo de gestão do SasiSUS em todo o território nacional.

### **II. Sobre a Sesai**

16. Segundo o art. 46 do Decreto 8.065/2013, compete à Sesai:

- a) planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;
- b) coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- c) planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;
- d) orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;
- e) planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- f) promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- g) promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;
- h) promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;
- e
- i) identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

17. Segundo o Relatório de Gestão do exercício de 2015, a Sesai tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do SUS.

18. Dentro do seu campo de atuação, cabe também à Sesai coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SasiSUS, promovendo a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena. É sua responsabilidade ainda identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos DSEI.

19. Diferentemente do que ocorre com outras secretarias do MS, a Sesai é um órgão que possui uma unidade no nível central, responsável pela coordenação em todo o país. Conforme o relatório de gestão de 2015, a Sesai possui competência no atendimento de cerca de 690.000 indígenas aldeados, os quais pertencem a aproximadamente 169.260 famílias residentes em 5.103 aldeias localizadas em 445 municípios de 25 estados. E, para cumprir com a sua missão institucional, a Sesai desenvolve suas ações agrupadas em cinco grandes conjuntos de atividades:

19.1 Atenção Integral à Saúde Indígena → conjunto de ações relacionadas com a assistência à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito da atenção primária, prioritariamente aos que habitam nas terras indígenas. Tais ações visam proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas considerando o fortalecimento da medicina tradicional indígena, bem como a definição de parâmetros, no diálogo com os Dsei, sobre as demandas de média e alta complexidade da população indígena no SUS e a inserção da rede de saúde indígena das articulações interfederativas, de modo a fortalecer a integração entre o SasiSUS com o SUS nos programas governamentais. Inclui-se a ainda a prestação de atenção à saúde no

apoio aos pacientes indígenas referenciados pelos DSEI para atendimento de média e alta complexidade na rede SUS.

19.2 Saneamento Ambiental e Edificações de Saúde Indígena → conjunto de ações referentes ao planejamento, à coordenação, à supervisão, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da execução das ações de saneamento ambiental e edificações em saúde pública em áreas indígenas realizadas pelos Dsei. As ações de saneamento ambiental em áreas indígenas estão relacionadas ao abastecimento de água, seja na implantação de novos sistemas, ampliação ou nas melhorias de sistemas implantados, com ênfase na água ofertada de boa qualidade para o consumo humano visando a redução de doenças de veiculação hídrica. Além disto destacam-se as ações relacionadas ao esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares e manejo de resíduos sólidos. Tais ações visam melhorar as condições sanitárias das populações atendidas. Já as ações de edificações em saúde pública referem-se a obras de implantação ou reforma/ampliação das unidades estruturantes da rede de referência de assistência à saúde indígena, tais como as Casas de Saúde Indígena (Casai), os polos-base e postos de saúde/unidades básicas de saúde indígena.

19.3 Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena → conjunto de ações que visam garantir as condições necessárias à gestão do SasiSUS, promovendo o fortalecimento da gestão nos DSEI.

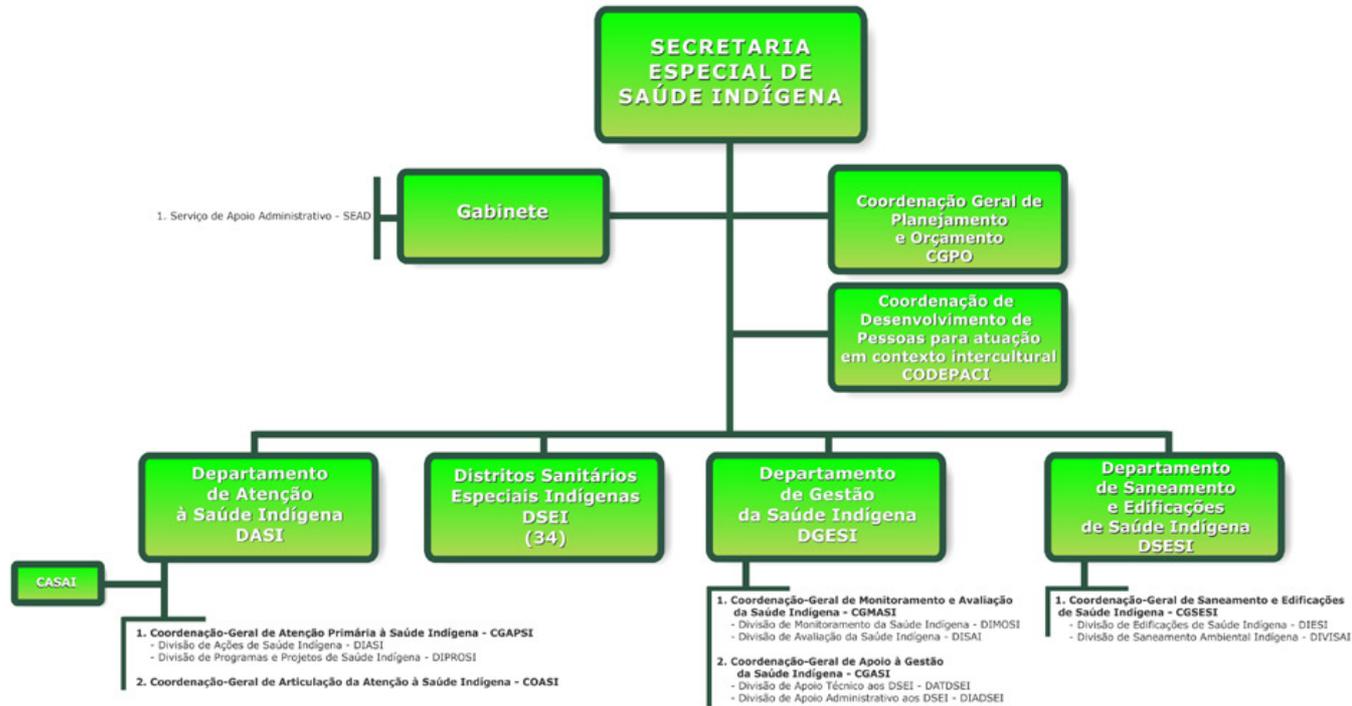
19.4 Fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena → conjunto de ações visando fortalecer e garantir a participação da população indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de atenção à saúde, saneamento e edificações, por meio dos Conselhos de Saúde Indígena.

19.5 Gestão de Pessoas e Educação Permanente no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde indígena → conjunto de atividades de apoio à política de gestão de pessoas para a saúde indígena, em parceria com as unidades do MS e do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP), e em educação permanente, na qualificação dos trabalhadores da rede de saúde indígena.

### **III. Sobre os setores competentes**

20. A estrutura organizacional da Sesai é dada pelo Decreto 8.065/2013. A secretaria está estruturada em sete unidades administrativas, dentre unidades finalísticas e de apoio: Gabinete, Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento, Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

## SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA



Fonte: Relatório de Gestão de 2015 da Sesai

21. Cabe ao gabinete prestar assessoramento direto ao secretário, auxiliando-o nas demandas técnicas, processos judiciais e administrativos ligados às áreas de atuação do órgão. Além disso, o gabinete também atua nas atividades relacionadas ao fortalecimento do controle social na saúde indígena.

22. Por sua vez, a Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (Cgpo) possui, dentre outras competências, a atribuição de avaliar os resultados alcançados na execução de programas e projetos desenvolvidos pelo órgão, disponibilizando informações que subsidiarão os processos de tomada de decisão e nas atividades de instrução de pagamentos dos convênios, sob responsabilidade da Sesai, celebrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Além disso, a Cgpo presta apoio às unidades internas na inserção de dados de acompanhamento e monitoramento no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv).

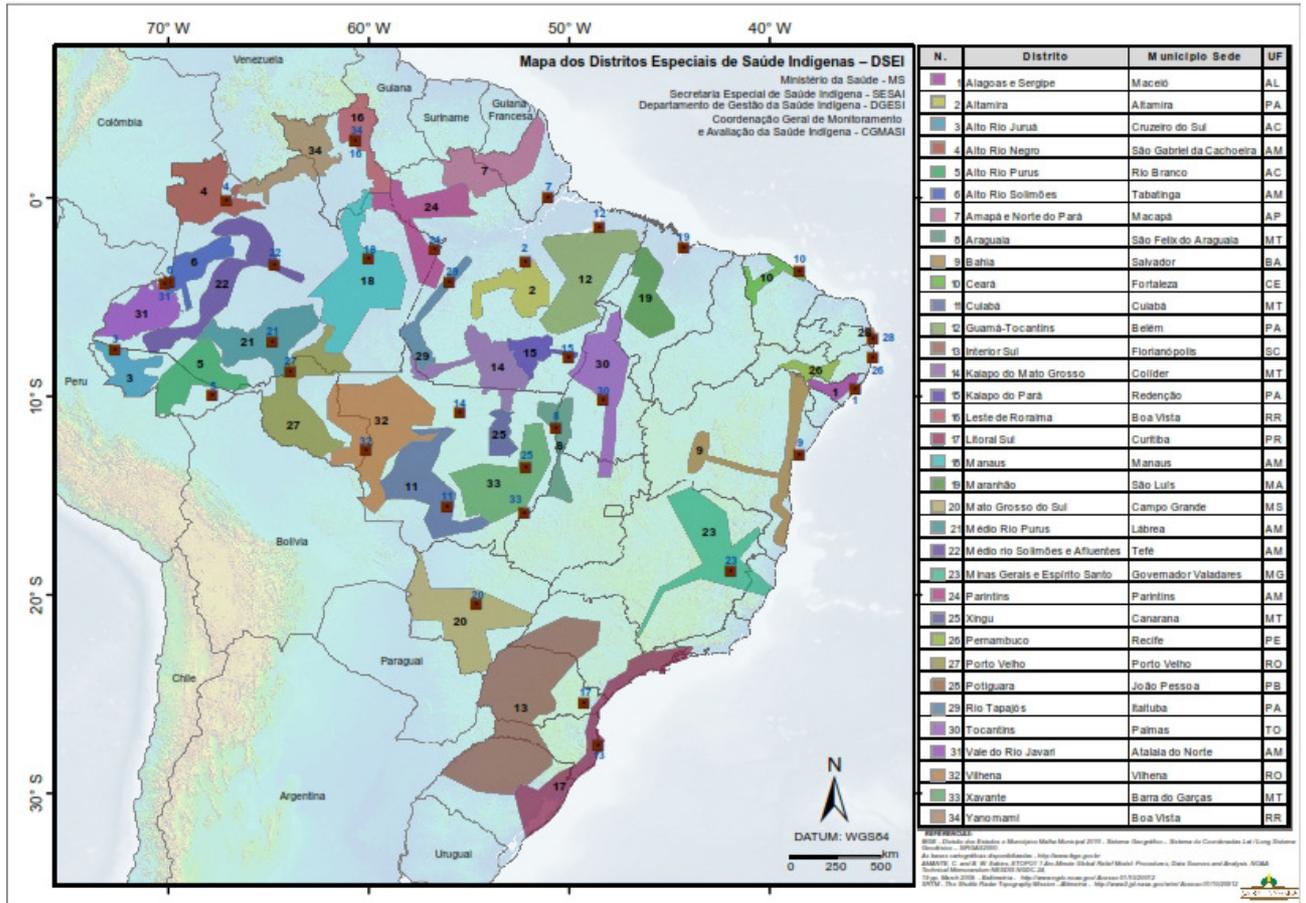
23. A Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural (Codepaci) é responsável por coordenar e articular o processo de capacitação e de desenvolvimento de pessoas para atuação em contexto intercultural. À unidade também compete o planejamento acerca do dimensionamento da força de trabalho para o SasiSUS.

24. Compete ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi) o planejamento, a coordenação, supervisão, o monitoramento e avaliação das atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas. O Dasi é a unidade administrativa da Sesai responsável pela condução dos macroprocessos finalísticos relacionados à atenção integral à saúde indígena.

25. O Departamento de Saneamento e Edificação de Saúde Indígena (Dsesi) tem como atribuições o planejamento e supervisão de programas e projetos de saneamento, edificações e de educação em saúde indígena.

26. Dentre outras competências, compete ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena (Dgesi) promover o fortalecimento da gestão nos Dsei, programar a aquisição de insumos em articulação com as unidades competentes, bem como coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações sobre a saúde indígena.

27. Por fim, os Distritos Sanitários de Saúde Indígena (DSEI) são unidades gestoras descentralizadas do Subsistema, responsáveis pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena. Foram divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, abrangem mais de um município e em alguns casos mais de um estado.



Fonte: Site da Sesai

#### IV. Sobre o modelo de atendimento

28. Além dos 34 Dsei, a estrutura de atendimento da Sesai conta com 360 polos-base, cerca de 1.007 postos de saúde e 66 Casas de Saúde Indígena (Casai), conforme dados do relatório de gestão de 2015 da Secretaria. Os polos-base representam a primeira instância de atendimento aos povos indígenas, sendo estruturados como unidades básicas de atendimento.

29. Os postos de saúde, também chamados de unidades básicas de saúde indígena, têm como função apoiar estrategicamente os polos-base. Nos postos de saúde são executadas atividades de atenção básica à saúde, tais como acompanhamento de gestantes, imunização e atendimento a casos de doenças mais frequentes.

30. Cada polo-base cobre um conjunto de aldeias e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Tais equipes são compostas principalmente por

médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan).

31. Há ainda as Casai, locais em que são executados serviços de apoio aos pacientes indígenas encaminhados à rede do SUS. Dentre suas atribuições, as Casai devem alojar pacientes e seus acompanhantes, prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação, bem como articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta.



Fonte: Site da Sesai

## V. Sobre os recursos humanos da Sesai

32. Em 2011, foi realizado um dimensionamento da Força de Trabalho da Sesai, totalizando 12.178 profissionais/trabalhadores. Em seguida foi realizado também o dimensionamento do número ideal, que resultou em um levantamento que apontou a necessidade de 19.020 profissionais/trabalhadores.

33. À essa época, para evitar a descontinuidade da prestação de serviço, foi realizado Chamamento Público por meio do Edital nº 1, de 11 de agosto de 2011, para seleção de entidades privadas, sem fins lucrativos, para execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio dos convênios, com previsão de contratação de 12.185 profissionais/trabalhadores. Considerando que a vigência dos convênios firmados no âmbito deste chamamento de 2011 se encerraria em 31/12/2013, a Sesai publicou novo edital de chamamento público para a pactuação de novos ajustes.

34. Conforme relatório de gestão do órgão, em 2015 havia 2.040 cargos efetivos, 269 contratos temporários com a União (CTU), 4.553 terceirizados, 13.317 contratados por meio de convênios e 78 cargos comissionados sem outro vínculo, totalizando assim em uma força de trabalho de 20.257 trabalhadores.

## VI. Sobre o Chamamento Público de 2011

35. Em 2011, a Sesai, com a finalidade de selecionar Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos para prestar ações complementares de saúde à população indígena nos 34 Dsei, publicou o Edital de Chamamento Público nº 01, em 11 de agosto de 2011. Este edital apresentou exigências mais rigorosas para as entidades, tal qual a necessidade de apresentação do Certificado de entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas). Tal rigor teve como resultado uma diminuição de entidades credenciadas. De fato, vinte e uma entidades participaram do processo seletivo, contudo apenas uma atendeu inicialmente a todos os requisitos expressos no Edital do Chamamento Público. Na fase recursal, restaram mais duas entidades habilitadas. Desta forma, 34 convênios foram firmados com três entidades beneficentes, a saber: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip); Missão Evangélica Caiuá; e Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

36. Em seguida, o Ministério da Saúde celebrou 34 convênios com estas três entidades, sendo 17 convênios firmados com a entidade Missão Evangélica Caiuá, 14 com a SPDM e 3 com a IMIP. Tais convênios continham vigência inicial de 12 meses, percorrendo o período entre novembro de 2011 a outubro de 2012. Contudo, em setembro de 2012, o FNS prorrogou a vigência destes 34 convênios, de forma que eles vigeram até final de dezembro de 2013.

## VII. Sobre o Chamamento Público de 2013

37. Em vista a substituição dos convênios celebrados em 2011, vigentes até 31/12/2013, a Sesai publicou novo edital de chamamento público, no final de 2013, resultando na celebração de 34 novos convênios para o ano de 2014, no valor total de R\$ 652.505.272,08. Com efeito, em 21/10/2013, a Sesai publicou o Edital de Chamamento Público nº 07, que selecionou as seguintes entidades para a execução de ações complementares de saúde dos povos indígenas:

Entidades beneficentes	DSEI	Total de DSEI
Missão Evangélica Caiuá	Alto Rio Juruá Alto Rio Negro Alto Rio Purus Alto Rio Solimões Interior Sul Leste de Roraima Litoral Sul Manaus Mato Grosso do Sul Médio Rio Purus Médio Rio Solimões e Afluentes Minas Gerais e Espírito Santo Parintins Porto Velho Tocantins, Vale do Javari Vilhena Yanomami Casai-DF	19
SPDM	Altamira Araguaia Cuiabá Guamá-Tocantins Kayapó – Mato Grosso, Kayapó – Pará Rio Tapajós Xavante Xingu	9

IMIP	Sergipe Bahia Ceará Pernambuco Potiguara Maranhão	6
------	--	---

38. Após proclamado o resultado, foram celebrados pelo Ministério da Saúde em dezembro/2013 34 convênios com vigência até 12/2014, com posterior prorrogação até fevereiro de 2015, conforme primeiro Termo Aditivo, que perfizeram o valor total de R\$ 652.505.272,08 (Seiscentos e cinquenta e dois milhões, quinhentos e cinco mil, duzentos e setenta e dois reais, oito centavos), com cronograma de liberação em 03 (três) parcelas no decorrer do exercício de 2014.

39. Em novembro de 2014, foi publicado o 2º Termo Aditivo dos 34 convênios, com objetivo de prorrogar a vigência, até 31/12/2015 e suplementar recursos para o exercício de 2015, totalizando R\$ 705.250.573,29 (setecentos e cinco milhões, duzentos e cinquenta mil, quinhentos e setenta e três reais e vinte e nove centavos), valor a ser liberado em duas parcelas em 2015. Em dezembro do 2015, foi publicado termo aditivo destes 34 convênios, com o objetivo de prorrogar suas vigências até a data de 31/12/2016.

### VIII. Sobre o objeto dos convênios e a aferição de resultados

40. Os termos dos convênios resultantes do chamamento público de 2013 tinham como objeto a execução de ações complementares de saúde no âmbito do SasiSUS, visando promover a atenção integral dos povos indígenas por meio da assistência à saúde, ações de saneamento ambiental e estruturação, por meio de elaboração de projetos, acompanhamento de obras, implantação e acompanhamento do programa de monitoramento da qualidade da água e da política de resíduos sólidos, apoio ao fortalecimento do controle social e da educação permanente, conforme especificações constantes do plano de trabalho, com vistas ao fortalecimento do SUS.

41. A justificativa para a execução desse objeto reside na alegada dificuldade que as comunidades indígenas têm de acessar o SUS de forma equânime. Conforme ainda tal justificativa – que se encontra inserida no Siconv –, é necessária a existência de um subsistema dentro do SUS que vise especificamente o atendimento indígena, vez que os dados estatísticos dos agravos em saúde dessa população, como a desnutrição infantil por exemplo, são significativamente maiores que os registrados em relação à média nacional. Outro fator seria a questão cultural e geográfica, que dificultaria seu acesso, além da existência de uma estrutura já montada e em funcionamento. Assim sendo, segundo o que vem sendo declarado no Siconv, este modelo (celebração de convênios com ONGs) tem por finalidade garantir, de forma diferenciada e com qualidade, a assistência permanente à saúde da comunidade indígena, impedindo a descontinuidade das ações, fortalecendo o subsistema de saúde indígena (SasiSUS) e amenizando esta distorção com relação à vulnerabilidade da população indígena.

42. Deve-se destacar que ao tratar de “ações complementares”, o chamamento fez referência ao art. 19-E da Lei 9.836/1999, que prevê que “os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações”. Desta forma, a expressão “complementar” não se refere à natureza da ação em si, mas, sim, àquele que a custeia ou a executa, conferindo um caráter de complementaridade às ações que venham a ser executadas diretamente pela União.

43. Nada obstante, o edital do último chamamento público (2013) relaciona as medidas que compreendem as denominadas ações complementares a serem realizadas:

#### 2. DA AÇÃO COMPLEMENTAR

2.1. As ações complementares de Saúde, referidas no item 1.1, compreendem as seguintes ações de atenção à saúde:

- a) atenção integral à saúde da mulher indígena, com ênfase no diagnóstico, na prevenção e no tratamento do câncer de colo de útero e de mama em mulheres em idade fértil, bem como na atenção ao pré-natal e prevenção do óbito materno;
- b) atenção integral à saúde da criança e do adolescente indígenas, com ênfase nas ações dos programas de imunização, conforme calendário vacinal indígena aprovado pelo Ministério da Saúde, crescimento e desenvolvimento, de vigilância alimentar e nutricional e das doenças prevalentes da infância, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil;
- c) atenção integral à saúde bucal indígena, por meio da execução de ações coletivas e individuais e em consonância com a política nacional de atenção à saúde bucal;
- d) vigilância à saúde indígena;
- e) apoio ao funcionamento das Casas de Saúde do Índio (CASAI), com mecanismos de garantia da atenção integral à saúde dos indígenas referenciados pelas unidades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS);
- f) desenvolvimento de estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos no SasiSUS;
- g) ações de saneamento ambiental, tais como: elaboração de projetos, acompanhamento de obras, atividades de educação ambiental, implantação e acompanhamento do programa de monitoramento da qualidade da água e da política de resíduos sólidos nas aldeias, com experiência comprovada;
- h) ações de estruturação da rede do SasiSUS tais como: elaboração de projetos de edificações e acompanhamento das obras, com experiência comprovada;
- i) apoio ao fortalecimento do controle social na saúde indígena; e
- j) apoio ao processo de educação permanente para os trabalhadores do SasiSUS, observadas as diretrizes definidas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS);

44. Esse rol de medidas, aparentemente, tem caráter exemplificativo, haja vista que seu conteúdo está longe de exaurir todas as possibilidades de demandas que serviços abrangendo atenção integral à saúde pode vir a suprir. Considerando a diversidade de ações abrangidas no conceito de “atenção integral dos povos indígenas”, surge a questão de como a Sesai acompanha essa ampla gama de procedimentos e se assegura que os serviços são devidamente prestados.

45. Por meio do Ofício 1-346/2016, a Secex-MT requisitou informações detalhadas sobre as medidas e procedimentos tomados pela Sesai para assegurar que as ações previstas no objeto dos 34 convênios firmados em decorrência do chamamento de 2013 sejam efetivamente executadas. Em resposta encaminhada mediante o Of. 733/2013/GAB/Sesai/MS, a Secretaria citou as unidades e setores competentes pelas atividades, conforme Portaria 15/2014/Sesai. Não houve maiores esclarecimentos sobre a maneira como os resultados pactuados nos termos dos convênios são verificados, sendo que tal portaria mencionada no expediente da Sesai já havia sido abordada no próprio ofício da Secex-MT.

46. Ademais, deve-se observar que consta nos termos dos convênios o item 2.10.2, que trata da restituição de valores pelo conveniente em caso de inexecução total ou parcial do objeto pactuado. Em visita ao Dsei Cuiabá, o apoiador técnico da conveniente SPDM reportou que não há impacto nos repasses caso os empregados não consigam cumprir as metas de atendimento estipuladas.

47. Assim, da mesma forma que não se verificou de que maneira eventuais falhas na execução dos acordos refletem nos montantes dos repasses, não se vislumbra de que jeito

haveria restituição de valores já repassados, posto que o parâmetro do convênio é a própria contratação de trabalhadores, e não o resultado em si, vale dizer, a produção destes empregados. Feitas tais considerações, percebe-se o risco da entrega destes convênios não se coadunarem com o que havia sido previamente pactuado, vale dizer, as metas e indicadores presentes nos planos de ação.

## **IX. Sobre a legalidade das contratações de mão-de-obra**

48. Consoante com o que já foi descrito, atualmente o serviço de saúde à população indígena é basicamente prestado por profissionais contratados por instituições beneficentes sob a égide de convênios celebrados com a União – mais precisamente, com o Fundo Nacional de Saúde, que é quem assina e operacionaliza as transferências financeiras desses convênios. Encontra-se vigente atualmente um convênio para cada Dsei e seu objeto abrange a execução de ações complementares de saúde no âmbito do SasiSUS, visando promover a atenção integral dos povos indígenas por meio da assistência à saúde, ações de saneamento ambiental e estruturação, por meio de elaboração de projetos, acompanhamento de obras, implantação e acompanhamento do programa de monitoramento da qualidade da água e da política de resíduos sólidos, apoio ao fortalecimento do controle social e da educação permanente.

49. Nada obstante a grande abrangência dos objetos pactuados, o plano de trabalho, elemento essencial do projeto básico, se limitava a qualificar e quantificar a necessidade de mão de obra, bem como apurar seu custo. Coube ao plano de ação as atividades a serem executadas durante o cumprimento do objeto.

50. Disso, fica evidente que a execução da atividade fim que envolve a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena é desempenhada por instituições não integrantes do serviço público. O Decreto 2.271/1997 dispõe em sentido que somente certas atividades poderão ser objeto de execução indireta no âmbito da Administração Pública Federal, sendo somente aquelas que se constituem acessórias, instrumentais ou complementares aos assuntos da área de competência legal dos órgãos ou entidades federais, salvo expressa disposição legal em contrário. Haveria atualmente, portanto, um modelo de execução incompatível com a legislação nacional.

51. Sendo utilizado esse modelo de convênios muito antes da instituição da Sesai, cabe mencionar que o Ministério Público do Trabalho ajuizou ação civil pública (Nº 00751-2007-018-10-00-4), versando sobre a suposta intermediação irregular de mão de obra que culminou na assinatura de termo de conciliação judicial, em que a Funasa, então titular das ações de saúde indígena, se comprometeu, entre outras coisas, a cumprir a realizar concurso público para admissão de novos servidores e/ou empregados públicos.

52. O TCU, por meio do Acórdão 402/2009-Plenário, chegou a determinar que a Funasa utilizasse contratação temporária, com base na Lei n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993, alterada pela Lei n.º 11.784/2008, até que este fosse realizado concurso público em cumprimento ao Termo de Conciliação Judicial, que previa a substituição paulatina dos terceirizados até 2012, como forma de evitar solução de continuidade na prestação dos serviços.

53. Durante o monitoramento da mencionada deliberação (TC 020.271/2014-0), constatou-se que a Sesai, por meio do Ministério da Saúde, solicitou ao Ministério do Planejamento a realização de processo seletivo simplificado e a realização de concurso público visando o ingresso de profissionais para as ações do SasiSUS. Entretanto, de acordo com a Departamento de Modelos Organizacionais e Força de Trabalho do Ministério do Planejamento, não houve convencimento quanto ao sucesso desse modelo de contratação em razão de suas peculiaridades e o histórico de insucesso de outras experiências.

54. Diante disso, em novembro de 2014, foi estabelecido um novo acordo entre as partes envolvidas. Decidiu-se que, no prazo de sessenta dias, o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento apresentariam um plano de trabalho para realização de processos seletivos públicos, com critérios objetivos e regras diferenciadas, que garantissem as especificidades de cada grupo indígena e levassem em conta a atuação dos atuais trabalhadores na área de saúde indígena, afastando sua execução das conveniadas (arquivo “Memorial de reuniao TCJ - NOV14” contida na pasta 5 da pasta planejamento).

55. Em consequência dessas exigências e considerando o risco de insucesso no modelo de contratação temporária seguido de concurso público, o Poder Executivo Federal, visando atender o que foi pactuado, concebeu a possibilidade de solução dessa problemática mediante a criação de um serviço social autônomo, denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). O INSI, além de sanear a prestação da atividade fim do SasiSUS por instituições conveniadas, possibilitaria que o serviço fosse prestado num regime de regras mais flexíveis do que o regime jurídico do servidor público, haja vista a natureza e a especificidade que esses serviços exigem, resultando, por exemplo, na carga horária diferenciada dos agentes, que se deslocam para aldeias em regiões remotas com frequência e passam semanas nesses locais.

56. A medida foi questionada pelo Ministério Público que, resumidamente, alegou por meio de Nota Pública que:

- a) a saúde pública é serviço que deve ser executado pelo poder público, mediante SUS, tendo a iniciativa privada papel meramente complementar;
- b) a criação do INSI é contrária à Constituição Federal, vez que transfere a execução da saúde indígena para pessoa jurídica de direito privado;
- c) o Ministério Público perderia a atribuição de fiscalizar a aplicação dos recursos do INSI, pois, segundo a Súmula 516 do Supremo Tribunal Federal, serviços sociais autônomos não estão sujeitos à jurisdição federal;
- d) o controle social seria prejudicado, uma vez que apenas três membros do conselho deliberativo do INSI, de um total de treze, seriam indicados pelas organizações indígenas;
- e) a proposta de criação do INSI não teria sido apresentada na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
- f) o regime geral de CLT não prevê especificidade alguma para a prestação de serviços de saúde indígena; e
- g) o concurso público poderia levar em conta as particularidades da saúde indígena, visto que o termo de conciliação previa que o concurso fosse específico e diferenciado, levando em conta títulos, cursos promovidos pela Sesai, tempo de atuação em saúde indígena, etc.

57. A Advocacia-Geral da União elaborou parecer rebatendo o posicionamento da Nota Pública do Ministério Público. Em essência, o parecer trouxe os seguintes argumentos:

- a) o art. 197 da Constituição Federal expressamente prevê que os serviços de saúde devem ter sua execução feita diretamente pelo Poder Público ou através de terceiros, inclusive pessoas jurídicas de direito privado;
- b) a Lei 8.080/1990, art. 19-E, também prevê expressamente que instituições não governamentais poderão atuar complementarmente na execução das ações de saúde;

- c) o STF entende (ADI 1.923-MC) que o dever de prestar assistência à saúde não elimina a possibilidade de que esse dever se cumpra por meio de iniciativas como as organizações sociais criadas e mantidas pelo Poder Público;
- d) o Ministério Público não perderia sua possibilidade de atuação, porquanto os dirigentes dos serviços sociais autônomos são considerados autoridades federais, por força do art. 2º da Lei 12.016/2009, vez que a consequência de seus atos são suportados pela União e, ademais, o TCU reconhece a submissão dessas entidades ao controle externo e às derrogações do direito público, justamente pelos mesmos motivos, isso tudo reforçado pelo art. 37, inciso II, da Lei Complementar 75/1993, que prevê que a defesa dos interesses dos índios e das populações indígenas são uma das funções do Ministério Público Federal;
- e) a CLT, ao contrário do regime estatutário, admite pactuação de regras diferenciadas acerca da jornada de trabalho mediante convenções e acordos coletivos;
- f) o princípio da ampla concorrência do concurso público estatutário não possui as mesmas decorrências práticas no âmbito de serviços sociais autônomos, possibilitando que, no caso desses serviços, haja estipulação de cotas para indígena, exigência de conhecimentos técnicos, requisitos de capacitação profissional mais específicos, de modo a prestigiar a contratação de empregados no âmbito das próprias comunidades; e
- g) no INSI os indígenas teriam participação direta no conselho de administração, ao contrário do que ocorre no modelo atual, nem mesmo se a Sesai passasse a realizar concursos públicos, os indígenas teriam meios de participar diretamente execução das ações do SasiSUS.

58. Sem entrar no mérito da questão, há de se reconhecer que existe uma grande controvérsia acerca do modelo de execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Ambas as preocupações que norteiam os diferentes posicionamentos sobre o modelo definitivo para a execução das ações do SasiSUS são legítimas, contudo, admitindo-se que as ações de saúde indígena são espécie de serviço específico e que exigem alto grau de flexibilidade em sua execução, não se pode desconsiderar o risco de que, caso o serviço seja diretamente prestado pela União, a baixa flexibilidade no regime de trabalho somada às espécies de critérios objetivos utilizados para seleção e as prerrogativas típicas dos cargos públicos possibilitem que pessoas sem aptidão sejam selecionadas e que, por meio de licenças e pedidos de remoção, ocorra um esvaziamento do serviço sem que os postos de trabalho possam ser substituídos, prejudicando, assim, os indígenas.

59. Além disso, ao se admitir que a Lei 9.836/1999 instituiu o SasiSUS como uma ação afirmativa em prol da população indígena, visando eliminar desigualdades historicamente acumuladas, garantindo a igualdade de oportunidade e tratamento, e ao reconhecer que ações afirmativas perduram até que aquela desigualdade seja eliminada, há de se concluir que ações afirmativas são temporárias e que uma contratação permanente poderia não ser uma solução mais adequada.

## **X. Sobre as atuais conveniadas**

60. A partir de pesquisas realizadas no website das próprias conveniadas, faz-se uma transcrição das informações relativas a cada uma das três instituições que possuem convênios atualmente com a Sesai.

*Missão Evangélica Caiuá:*

A Missão Evangélica Caiuá, agência missionária que atua entre os indígenas, foi criada em 28 de agosto de 1928, fruto do sonho de Albert Maxwell, pastor presbiteriano norte-americano que veio ao Brasil para investir na expansão do evangelho, após ter vendido todos os bens que possuía nos Estados Unidos. Ao se instalar em solo brasileiro, o rev. Maxwell dedicou atenção especial aos índios da região de Dourados (MS), da tribo Kaiwá. Deparou-se com a difícil situação daquele povo, composto, em sua maioria, por crianças e mulheres, que trabalhavam na colheita do mate.

O rev. Maxwell concluiu que deveria cuidar, não só da dimensão espiritual do índio Kaiwá, como também de seu corpo e mente. Para tanto, o pastor contou com o apoio da Comissão Brasileira de Cooperação das Igrejas Evangélicas, que reuniu representantes da Igreja Presbiteriana do Brasil, da Igreja Presbiteriana Independente e da Igreja Metodista.

Assim, em 1928, foi organizada a Associação Evangélica de Catequese dos Índios, com sede em São Paulo, mas que distribuiria os obreiros em regiões específicas do país. A primeira missão criada através da associação foi a Missão Evangélica Caiuá, contando com os seguintes missionários: rev. Albert Maxwell e sua esposa Mabel Maxwell, da Igreja Presbiteriana dos Estados Unidos, o médico, dr. Nelson de Araújo, da Igreja Metodista, o agrônomo, Sr. João José da Silva, sua esposa Guilhermina Alves da Silva e o filho, de seis meses de idade, Erasmo, da Igreja Presbiteriana do Brasil. A missão contava também com o professor Esthon Marques, da Igreja Presbiteriana Independente.

Ao longo desses anos, a Missão Caiuá perdeu alguns colaboradores, como o próprio rev. Maxwell, vítima de uma doença nos pulmões, mas ganhou adesão de muitos outros voluntários. Juntos, e sob a direção do rev. Orlando Andrade, criaram uma escola para alfabetização de adultos e educação primária, um ambulatório médico, um orfanato e, sobretudo, diversos pontos de pregação do evangelho. Em 1956 foi enviada à missão a dra. Lorraine Briedgman e a família Taylor, da Missão Wicliff, para trabalhar na tradução da Bíblia Sagrada para a língua kaiwá. O novo testamento foi concluído em 1985, e a dra. Lorraine atua até hoje na tradução do velho testamento.

(Fonte: <http://www.missaocaiua.org.br/atual/index.html>)

### *IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira:*

Fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, seu mentor, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas.

Referência também na implantação de serviços, o IMIP executa pesquisas e treinamento técnico em recursos humanos da área de saúde para organismos nacionais e internacionais, governamentais e não governamentais. Por incentivar o aleitamento materno numa época em que pouco se falava sobre o assunto, o IMIP foi o primeiro hospital do Brasil a receber o título de "Hospital Amigo da Criança", concedido pela Organização Mundial de Saúde/UNICEF/Ministério da Saúde.

Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, ao prestar assistência integral à saúde da criança, da mulher e do adulto, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do país. Com mais de mil leitos, o IMIP realiza mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços.

O Complexo Hospitalar do IMIP é um conjunto de dez prédios, incluindo o Hospital Pedro II, distribuídos numa área de 53 mil m<sup>2</sup> que oferece, através do SUS, serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados para crianças, mulheres e homens, com centro de diagnóstico

e medicina intervencionista próprios, Hospital-Dia, emergências e salas para realização de diferentes terapias.

(Fonte: <http://www1.imip.org.br/imip/home/index.html>)

*SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina:*

É uma das maiores entidades filantrópicas de saúde do Brasil, atuante em 7 estados, com aproximadamente 40 mil funcionários e com a vocação de contribuir para a melhoria dos serviços médicos prestados à população, gerencia unidades hospitalares e ambulatoriais construídas e equipadas pelo Estado e por alguns municípios, tendo como objetivo levar o que há de mais avançado em conhecimento médico.

Fundada em 1933, é dirigida por um Conselho Administrativo eleito pela Assembleia Geral dos Associados, de acordo com o seu Estatuto Social.

Missão: Atuar com excelência na atenção à saúde sem preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos.

Visão: Ser reconhecida como organização filantrópica brasileira em saúde de maior abrangência e competência.

(Fonte: <https://www.spdm.org.br/>)

## **XI. Sobre o Instituto Nacional de Saúde Indígena**

61. O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Planejamento, propôs um novo modelo de gestão, consistente na criação de um Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), na forma de serviço social autônomo, que firmaria contrato de gestão com a Sesai, de forma a definir a especificação do programa de trabalho, estipulação das metas e os prazos de execução. Segundo o MS, a criação do INSI propiciaria as seguintes melhorias:

1. Maior garantia de resultados, com o INSI sendo o único responsável pela execução das ações de saúde indígena;
2. O novo modelo possibilitaria a contratação de profissionais com perfil necessário à complexidade da saúde indígena, além de permitir a inclusão de trabalhadores indígenas na prestação dos serviços de saúde, à semelhança do que ocorre com as ONGs;
3. Maior agilidade na aquisição de bens e insumos e na contratação de serviços de apoio para a execução das ações com a elaboração de um manual de licitações próprio.

62. Para execução de suas atividades, o orçamento do INSI seria elaborado anualmente pelo MS/Sesai em parceria com o instituto. O projeto, no entanto, prevê que a Sesai continuaria sendo responsável pela gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas.

63. O Ministério Público Federal manifestou-se em sentido contrário à criação do INSI, alegando que a saúde indígena tem natureza essencialmente pública, integrando o SUS, sendo dele subsistema. Desta forma, segundo o entendimento do MPF, haveria então grave violação a estes princípios ao se transferir a execução da saúde indígena para pessoa jurídica de direito privado, constituída sob forma de serviço social autônomo.

64. Ademais, argumenta o MPF que, conforme jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), tal modelo de serviço social autônomo não está sujeito à jurisdição da Justiça

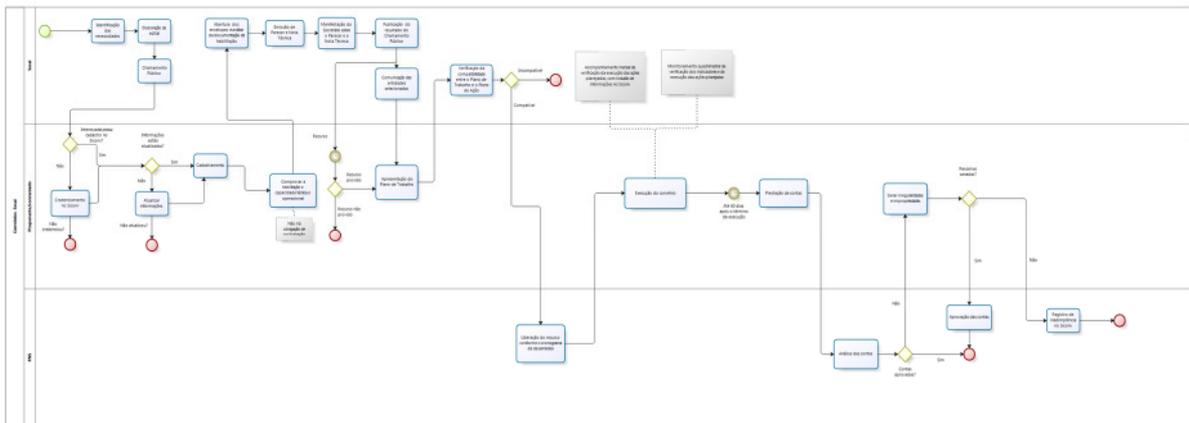
Federal, havendo assim esvaziamento da competência do MPF de fiscalizar a aplicação desses recursos.

65. O MPF também afirma que o controle social restaria diminuído caso o modelo pretendido para o INSI prospere, posto que apenas três dos treze membros do conselho deliberativo seriam indicados pelos indígenas.

66. Por fim, o MPF também asseverou que não há na CLT contratação específica para prestação de serviços de saúde indígena.

## **XII. Mapeamento do fluxo de processos dos convênios**

67. Durante a fase de produção de conhecimento, que deu fundamento para a proposta desta fiscalização, mapeou-se o fluxo destes convênios, conforme figura abaixo:



68. Deste mapeamento, foi realizada então uma análise dos principais riscos verificados. Na elaboração do termo de referência, existe a possibilidade de identificação errônea das necessidades, o que pode eventualmente causar uma alocação ineficiente dos recursos de mão-de-obra.

69. Sobre a elaboração do chamamento público, destaca-se maior rigor nos requisitos exigidos das conveniadas. Contudo, deve-se considerar que uma maior exigência pode também restringir indevidamente a competitividade, gerando assim o risco de direcionamento do edital.

70. Considerando o caráter primordialmente operacional que as fases de credenciamento e cadastramento no Siconv possuem, não foram identificados riscos relevantes nessas etapas. Além do mais, deve-se atentar ao fato que tais informações inseridas no Portal são em sua maioria pública, fortalecendo a expectativa de controle tanto dos órgãos responsáveis como da própria sociedade, fato que mitiga a ocorrência de riscos.

71. Acerca da etapa de verificação de compatibilidade do plano de trabalho elaborado pela interessada frente ao plano de ação da Sesai, percebe-se que o grande risco é justamente a aceitação de um plano de trabalho discrepante com almejado.

72. Sobre o processo de liberação de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde foram identificados dois riscos. O primeiro é sobre eventual atraso do fluxo das liberações em virtude de questões de financeiras. Outro risco, mais difícil de ser identificado, é o eventual descompasso da liberação dos recursos frente às necessidades do programa, ou seja, deficiência de recursos em determinadas situação, ao passo que em outras poderia haver recursos ociosos. Este risco está ligado às fases de planejamento e acompanhamento das ações, também ligado à identificação das necessidades.

73. A fase de execução do convênio é a mais sensível de todas, pois apresenta o maior número de riscos identificados. Primeiramente, deve-se explicar que os dados de execução do ajuste são mensalmente inseridos no Siconv por servidores da Sesai. Tais dados têm como referência relatórios e informações elaborados pelas próprias conveniadas. Durante visita ao Dsei Cuiabá, verificou-se que seus servidores não foram devidamente capacitados para tal função. Além do mais, tais servidores argumentaram que eles meramente alimentavam o sistema com as informações enviadas pela conveniada, não havendo maior análise crítica nesse recebimento. Assim sendo, ainda que formalmente quem insira os dados no Siconv sejam os servidores da Sesai, tais dados são elaborados pela própria conveniada, restando prejudicada a confiabilidade dessas informações como um todo.

74. Outro risco identificado na etapa de execução/acompanhamento é a falta de efetividade na fiscalização da produção, seja pelas restrições orçamentárias e operacionais da Sesai, seja pela falta de treinamento adequado dos fiscais.

75. Considerando o risco de contratações ilícitas no âmbito do convênio, faz-se necessário efetuar cruzamentos e análises de dados sobre os contratados. Ainda sobre as contratações, verifica-se risco de má-gestão do passivo trabalhista. Trata-se de risco sensível, posto que, ainda que os contratados não sejam formalmente servidores da União, há entendimentos de Tribunais de que a União pode ser solidariamente responsável. Dentre este eventual passivo, destaca-se o risco de cálculo errôneo dos índices de insalubridade nos ambientes de trabalho, bem como dos cálculos do FGTS e aviso-prévio.

76. Sobre o monitoramento, há risco de falta de direcionamento tático das ações. Sobre o Siasi, há risco de intempestividade e inconsistência dos dados, visto que a alimentação destes é tardia e muitas vezes de baixa qualidade. Ainda, considerando o modelo adotado, há o risco de falta de flexibilidade no redirecionamento das ações, posto que há dificuldades em revisar o plano de trabalho.

77. Sobre a prestação de contas, considerando o elevado volume de operações, há o risco de baixa qualidade na análise das prestações de contas. Além disso, há também o risco de intempestividade na análise, bem como ausência de correção dos problemas identificados.

78. Por fim, ainda que seja tratada como ação complementar, verifica-se que tais convênios acabaram tornando-se imprescindíveis na viabilização de toda a política de saúde indígena. Considerando a natureza contínua das atividades de atenção à saúde, deve ser dada devida atenção para o risco de as prestações de contas, mesmo que apresentem defeitos insanáveis e irregularidades, sejam consideradas regulares, pois do contrário haveria registro de inadimplência no Siconv e interrupção na liberação de novos recursos, inviabilizando a totalidade da política.

### **XIII. Normativos**

79. A Sesai foi instituída pelo Decreto 7.336/2010, com fundamento na Lei 12.314/2010, que transferiu para o Ministério da Saúde a estrutura do Departamento de Saúde Indígena pertencente até então à Funasa (Fundação Nacional de Saúde). Atualmente, após revogações, é o Decreto 8.065/2013 o regulamento que define as competências da Sesai e de seus departamentos, assim como dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei).

80. Abaixo, estão relacionados os principais normativos que regulamentam o objeto de auditoria em ordem cronológica.

Quadro 1 – Normativos relacionados ao objeto

<b>Norma</b>	<b>Data</b>	<b>Sinopse</b>
--------------	-------------	----------------

Decreto 64.867	24/07/1969	Gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde, na esfera federal, sendo o principal repassador de recursos à Sesai destinados a custear os convênios.
Lei 8.080	19/09/1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulando, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.
Decreto 3.156	27/08/1999	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde.
Lei 9.836	23/09/1999	Acrescenta dispositivos à Lei 8.080/1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS.
Decreto 6.170	25/07/2007	Dispõe sobre as normas relativas às transferências voluntárias de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, inclusive para entidades beneficentes de assistência social na área de Saúde, caso das entidades conveniadas com a Sesai.
Lei 12.314	19/08/2010	Transferiu o então Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para o Ministério da Saúde.
Decreto 7.336 (Revogado)	19/10/2010	Institui a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e funções gratificadas do Ministério da Saúde, além de dar outras providências.
Portaria Ministério da Saúde 3.965 (Regimentos Internos)	14/12/2010	Aprova os regimentos internos dos órgãos do Ministério da Saúde, inclusive o da Sesai, em sua Seção IX.
Portaria Interministerial 507	24/11/2011	Regula os convênios, os contratos de repasse e os termos de cooperação celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.
Decreto 8.065	07/08/2013	Aprova a estrutura regimental, o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e define as competências dos órgãos que compõem o Ministério, inclusive da Sesai em seu art. 46.
Portaria Sesai 64/2013 (Revogada)	29/11/2013	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas por meio de convênios no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS).
Portaria Sesai 15/2014	21/05/2014	Regulamenta os procedimentos de acompanhamento e monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas por meio de convênios no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS).

Fonte: Compilação da legislação.

#### **XIV. Principais sistemas existentes**

81. **SICONV**: O Sistema de Convênios foi criado em 2008 para administrar as transferências voluntárias de recursos da União nos convênios firmados com estados, municípios, Distrito Federal e também com as entidades privadas sem fins lucrativos. A ferramenta propõe uma maior agilidade na efetivação dos contratos, a transparência do repasse

do dinheiro público e a qualificação da gestão financeira, de forma a desburocratizar a máquina pública e viabilizar investimentos para a educação, saúde, infraestrutura, emprego e outros setores que atendem diretamente a população.

82. SIASI: O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena consiste numa ferramenta de monitoramento do Subsistema de SasiSUS, gerido pelo Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI) e alimentado mediante registros inseridos pelos Dsei, visando à coleta, ao processamento e à análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo, em princípio, óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura. Esse sistema de informações foi criado com o intuito de melhorar a disponibilidade e o acesso às informações sobre saúde indígena, fundamentais para o planejamento, operação e avaliação das ações implementadas nesta área e, dessa forma, servindo de subsídio à tomada de decisão dos órgãos gestores e de controle social.

83. Até 1999, a assistência à saúde dos povos indígenas era de responsabilidade do órgão indigenista oficial do Brasil, a Fundação Nacional do Índio (Funai), vinculada ao Ministério da Justiça. Assim, cabia à Funai a produção e gestão de informações sobre a saúde dos povos indígenas. Contudo, com o advento da Lei 9.836/99, a responsabilidade pela assistência à saúde dos povos indígenas passou para o Ministério da Saúde, por meio da Funasa. Neste ano, foram criados os 34 Dsei e a concepção do Siasi. Em 2000, iniciou-se a implantação do sistema em todos os Dsei.

84. Conforme documento elaborado em 2002 pela Funasa, o Siasi deve subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

85. O Siasi foi desenvolvido no intuito de captar informações, de forma a serem úteis para a tomada de decisões. O sistema foi estruturado em módulos, assim dispostos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infraestrutura e saneamento. Tal disposição em módulos possibilita a elaboração de relatórios específicos.

<b>Módulo</b>	<b>Finalidade</b>
Demográfico	Informações demográficas/ cadastro individual
Morbidade	Informações epidemiológicas e de produtividade das unidades e dos profissionais
Imunização	Informações de vacinas aplicadas e planejamento de doses a aplicar
Nutrição	Informações sobre o estado nutricional dos grupos de alto risco (idosos, crianças, gestantes e nutrízes)
Saúde bucal	Informações sobre as ações de saúde bucal
Acompanhamento à gestação	Informações sobre o pré-natal
Recursos humanos	Informações de capacitação, formação e quantitativo de pessoal
Infraestrutura	Informações sobre infraestrutura

Fonte: Documento sobre o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde 2004.

86. Em visita ao Dsei Cuiabá, contratada da SPDM informou à equipe de auditoria que os dados presentes no Siasi são extraídos de formulários preenchidos manualmente pelos agentes de saúde que atuam na saúde indígena. No âmbito do Dsei Cuiabá, a digitação desses dados e inserção deles no sistema ocorria apenas na sede do distrito, não havendo alimentação de tais dados nas aldeias ou menos nos polos-base. A contratada também informou que, de forma geral, as equipes de saúde não têm acesso às informações presentes no Siasi.

87. A alimentação deficiente do principal sistema de monitoramento dos resultados das ações, qual seja, o Siasi, somado ao reconhecimento da Sesai de que, em seu próprio relatório de gestão de 2015, os registros do Siasi não correspondem à realidade resultam, ao menos, em duas consequências possíveis: a) não há um acompanhamento satisfatório dos resultados das ações de saúde; e b) por conseguinte não deve haver uma formulação precisa das reais necessidades de cada região, uma vez que não se considera de forma sistemática os resultados das ações empreendidas, prejudicando de forma significativa toda a política de atenção à saúde dos povos indígenas.

88. É oportuno ressaltar que a pessoa responsável por gerenciar a alimentação do sistema no Dsei Cuiabá era do corpo de profissionais da conveniada e não servidor efetivo da Sesai, como se esperava que fosse. Conquanto não se possa afirmar que a situação verificada no citado Dsei corresponda à realidade dos demais, não se pode deixar de considerar a hipótese de que o gerenciamento desse processo, fundamental para produzir informações estratégicas, esteja, em muitos casos, a cargo das instituições conveniadas em vez de estarem sob a guarda do Poder Público, por meio da Sesai nos Dsei.

89. Desta forma, verifica-se a possibilidade de o sistema não estar sendo utilizado de maneira satisfatória pelo Poder Público, vale dizer, deixando de ser fonte tempestiva de informações, comprometendo assim seu papel de ferramenta de subsídio de tomada de decisões.

90. Ademais, constata-se também falta de transparência na divulgação das informações constantes de tal sistema. Por meio de consulta ao *site* da Sesai, verifica-se página contendo explicação sobre o Siasi, bem como a divulgação de alguns relatórios gerados a partir de dados do sistema. Contudo, tais dados tratam basicamente do quantitativo populacional. Não se localizou informações ou indicadores mais específicos sobre a saúde indígena, a exemplo de dados sobre morbidade infantil ou mesmo sobre a incidência de determinadas endemias em tais populações. Esta falta de transparência tem como potencial consequência o enfraquecimento do controle social, bem como a mitigação da *accountability*, componente essencial da governança pública.

## XV. Ambiente de controle

91. Nos termos do relatório de gestão do exercício de 2014, não há um departamento de auditoria interna na estrutura organizacional da Secretaria em razão da ausência de competência para executar atividades de correição e apurar irregularidades. Essa função, segundo o relatório de gestão do exercício de 2014, é desempenhada pela Corregedoria-Geral do Ministério da Saúde. Adicionalmente, o relatório de gestão de 2015 menciona que os órgãos de auditoria interna são o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e a própria CGU. Desse modo, percebe-se que não há controles internos na Sesai a nível de entidade, pelo menos formalmente constituídos, vez que não há uma composição em sua estrutura para exercer tal atribuição. Contudo, a instituição detém controles internos a nível de operação, conforme se constata.

92. Com efeito, segundo a Portaria Sesai 15/2014, compete aos coordenadores dos Dsei emitir parecer técnico sobre a execução das ações complementares na atenção aos povos indígenas, de cada parcela a ser liberada com os recursos do convênio. Por força do mesmo

normativo, o dever de monitorar as informações enviadas pelas unidades administrativas dos Dsei e elaborar relatórios de monitoramento é competência comum de vários departamentos, quais sejam: Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural (Codepaci); Departamento de Atenção à Saúde Indígena (Dasi); Departamento de gestão da Saúde Indígena (Dgesi); Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (Dsesi) e, por fim, Assessoria para Apoio ao Controle Social.

93. Merece destaque o fato de que o controle sobre as atividades do Dsei pela sede da Sesai seja tratado de forma difusa entre cinco departamentos diferentes. Essa situação se aplica também à elaboração do relatório de monitoramento das atividades dos Dsei, levando a crer que o documento deve ser escrito a muitas mãos. Conquanto possa favorecer uma atuação colaborativa entre os diversos setores, a configuração de atribuições em competência comum, sem uma segregação clara de funções, pode vir a causar um esvaziamento da responsabilidade. Deveras, podendo acontecer de nenhum departamento se tornar inteiramente responsável por uma etapa definida da atividade, representando, *a priori*, um risco para os controles, caso outras medidas não sejam tomadas.

94. Contudo, a Nota Técnica Nº 33/16GAB/SESAI/MS, levantada pela produção de conhecimento da Secex-MT, em seu parágrafo 5, afirma que o monitoramento das ações dos Dsei é da Dasi, cabendo ao FNS o acompanhamento da execução financeira até a análise da prestação de contas final.

95. Visando inteirar-se sobre o objeto de auditoria, a equipe da Secex-MT visitou por duas vezes (em abril e em agosto de 2016) o Dsei Cuiabá para conhecer como é a fiscalização e o controle da execução dos serviços de atenção à saúde indígena. A situação encontrada revelou que o controle das atividades é realizado por responsáveis técnicos, profissionais contratados pela instituição conveniada. Esses profissionais recebem lotes de formulários físicos que foram preenchidos pelos agentes de área durante os atendimentos, que geralmente ocorrem nas aldeias. Os formulários são confrontados com as planilhas consolidadas dos atendimentos, elaboradas mensalmente pelos profissionais dos polos base. Feita a checagem das planilhas com os formulários, aquelas são encaminhadas à apoiadora de planejamento, profissional contratada também pela instituição beneficente conveniada, a qual, entre outras coisas, confere e converte as planilhas de atendimento para o formato PDF.

96. Após conferido e criado o arquivo em PDF das planilhas consolidadas, ele é encaminhado para o servidor do Dsei designado como fiscal do convênio, que recebe e submete as planilhas ao portal Siconv. Segundo foi relatado por dois fiscais do convênio em ocasiões distintas, eles apenas postam as informações repassadas pelos responsáveis técnicos, não realizando qualquer tipo de crítica, análise ou teste que visasse assegurar que o conteúdo da planilha consolidada foi devidamente prestado. Durante reunião com esses fiscais e uma das responsáveis técnicas, o próprio fiscal demonstrou não saber como são as atividades de controle desempenhadas pela contratada da conveniada, não conhecendo, sequer, os formulários de atendimento. Em outra ocasião, outro fiscal disse desconhecer o propósito do que estava sendo realizado e, aparentemente, não tinha noção de que, ao interpor as informações no Siconv, ele assumia a responsabilidade acerca da veracidade daquelas informações sobre os serviços.

97. Chamou a atenção também o fato de que, durante a reunião com a apoiadora técnica, contratada da conveniada, ela possuía a senha e login de um dos fiscais, fato que foi confirmado pelo fiscal, porém negado por uma das responsáveis técnicas. Segundo um dos fiscais, na prática, suas atividades se concentram em atividades de suporte às equipes multidisciplinares de saúde indígena, providenciando, com outros setores, soluções que venham a atender as necessidades das equipes, não havendo disponibilidade de tempo para analisar a execução dos convênios. Sobre o compartilhamento indevido de senhas, verificou-se por meio de consulta ao

Portal Siconv situação em que o perfil do servidor do Dsei fiscal do Convênio foi utilizado para upload do parecer do Coordenador do Dsei Segundo informações constantes no portal, tal utilização foi necessária pois o Coordenador não possuía senha de acesso (Fonte: <https://www.convenios.gov.br/siconv/DetailharParecerProposta/ParecerPropostaVisualizarParecerPlanoTrabalho.do?idParecer=303281>).

98. Conquanto só se tenha visitado, por enquanto, o Dsei Cuiabá, a situação contrasta com o relatório de gestão do exercício de 2015, que afirma que a Sesai procura “segregar as funções de modo adequado nos processos e atividades” e “delegar, quando for o caso, atividades acompanhadas de definições claras das responsabilidades assumidas” (Relatório de gestão de 2015, página 122, seção 4.2).

99. Nesse contexto, merece menção as recomendações do Plano de Providências Permanente, acompanhado pela CGU. Nele constam, entre outras recomendações do órgão de Controle Interno, que a Sesai (i) readequasse sua metodologia para avaliação de desempenho das entidades conveniadas; (ii) normatizasse rotinas de verificação da fidedignidade das informações prestadas pelas entidades convenientes; (iii) atribuisse responsabilidades pela aprovação e acompanhamento das transferências por meio de normativo da Sesai.

100. Como atendimento a essas recomendações a Sesai elaborou a Portaria Sesai 64/2013, já revogada pela Portaria Sesai 15/2014, disciplinando processos de acompanhamento e monitoramento dos convênios, bem como a avaliação de desempenho das entidades conveniadas. Contudo, a situação encontrada no Dsei Cuiabá, durante a fase de planejamento da auditoria, contrasta com a expectativa criada pela edição dos citados normativos, indicando o risco de que as medidas tomadas não foram suficientes ou não surtiram efeitos práticos desejados.

101. Sobre as atividades de controle realizadas pelos responsáveis técnicos, cumpre mencionar que, durante uma das visitas ao Dsei Cuiabá, a equipe de fiscalização observou que uma das responsáveis técnicas do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena (Nasi) utiliza planilhas para controlar a prestação dos serviços de forma quantitativa e de forma qualitativa. A título de exemplo, foi disponibilizada *in loco* planilha de controle de partos da tribo Enawenê-nawê do mês de junho de 2016. Ela continha informações qualitativas, tais como o tipo de parto, se houve intervenção médica, entre outras várias informações.

102. Na mesma oportunidade, a equipe de fiscalização indagou se havia metas e, por conseguinte, algum indicador que controlasse o seu atingimento. Foi explicado por uma das responsáveis que há dois tipos de plano com metas, o plano operacional, de abrangência anual, e o plano distrital, de alcance quadrienal. A responsável técnica apresentou no computador de seu posto de trabalho trecho do plano operacional de 2016 para as atividades de atenção à maternidade no Dsei Cuiabá. O plano continha, entre outras metas, a de realizar quatro atendimentos para 70% de todas as gestantes das tribos da jurisdição do Dsei Cuiabá. Não havia, porém, uma planilha que consolidasse e revelasse qual percentual da meta estava sendo atingido naquele momento.

103. É pertinente tratar nesta seção do conteúdo da autoavaliação sobre a efetividade dos controles internos na Sesai. O sistema de controles internos é avaliado anualmente pela própria instituição em seu relatório de gestão, mediante o preenchimento de formulário. A autoavaliação pode ser consolidada da seguinte forma:

Dimensão	Valores				
	1	2	3	4	5
Ambiente de Controle	-	-	2	2	5
Avaliação de Risco	-	-	3	3	3
Procedimentos de Controle	-	-	1	3	-

Informação e Comunicação	-	1	-	3	-
Monitoramento	-	-	-	3	-
<b>Totais</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Fonte: Relatório de gestão Sesai do exercício de 2014.

104. Os números do cabeçalho representam as notas a serem atribuídas de forma que o valor “1” representa “prática integralmente não observada”, e o valor “5” indica “prática inteiramente observada”. Já os números do conteúdo mostram a quantidade de notas que foram dadas às questões da autoavaliação. Por exemplo, na dimensão “Ambiente de Controle”, das catorze questões, duas receberam nota “3”, duas receberam nota “4” e cinco receberam nota “5”, indicando que a Sesai se vê possuindo um ambiente de controle com a maioria das boas práticas sendo integralmente observadas.

105. Ao observar a distribuição das notas, percebe-se que a Sesai se considera uma instituição que, no geral, atende em grande parte as boas práticas do controle, mais uma vez contrastando com a situação encontrada preliminarmente no Dsei Cuiabá. Ao analisar individualmente as questões, é notável que o quesito que avalia a percepção da importância dos controles por todos os servidores da instituição recebeu nota “3” e o que avalia a suficiência das informações para permitir a tomada de decisão por parte do gestor recebeu a única nota “2”, indicando, para ambos os casos, um nível insatisfatório de atendimento. Não há formulário de autoavaliação de controles para o exercício de 2015.

106. Cabe tratar ainda das estruturas de governança instituídas para as ações da saúde indígena. Depreende-se do relatório de gestão que o principal elemento da estrutura de governança são os conselhos estaduais e municipais de saúde, que, no caso do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, é assegurado o direito de participação dos indígenas desses organismos colegiados, visando formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. No âmbito do Subsistema, de acordo com a Portaria GM/MS nº 755, de 18 de abril de 2012, as instâncias colegiadas do controle social estão estruturadas da seguinte forma:

- a) Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI), composto pelos presidentes dos 34 CONDISI, constituindo-se numa instância permanente e consultiva;
- b) Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), composto paritariamente por usuários (50%), trabalhadores (25%) e gestores/prestadores de serviço em saúde (25%), constituindo-se legalmente nos 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), com caráter permanente e deliberativo; e
- c) Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), composto apenas por indígenas, constituindo-se numa instância permanente, consultiva e propositiva. Atualmente é composto por 397 CLSI.

107. A título de exemplo, a equipe consultou a página virtual do Conselho Distrital de Saúde Indígena Cuiabá – Condisi Cuiabá (<http://condisicuiaba.blogspot.com.br/?view=magazine>). Embora no *website* constasse o teor dos normativos que regulamentam sua atuação e um conteúdo histórico e cultural de diversas etnias, não se encontrou evidências da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas publicadas na página.

108. No âmbito da Sesai a unidade responsável pela condução das atividades relacionadas ao controle social é a Assessoria de Apoio ao Controle Social, subordinada ao Gabinete da Sesai. Segundo o relatório de gestão, essa Assessoria promove formação e capacitação de conselheiros de saúde nos Dsei, a realização de reuniões das instâncias do controle social e de conferências nacionais de saúde indígena.

109. Importa registrar, também, que a CGU, por meio do Relatório de Auditoria Anual de Contas 201306056, relatou, entre outras coisas, as seguintes deficiências na Sesai:

a) ausência de normativos internos que determinem os responsáveis pelos processos de concessão (aprovação) e de acompanhamento (fiscalização e prestação) dos Convênios celebrados pela Unidade, relacionados à gestão de Transferências;

b) ausência de normativos estabelecendo procedimentos consistentes concernentes ao planejamento de metas visando ao adequado acompanhamento e fiscalização dos serviços de saúde prestados pelos profissionais contratados por meio de Entidades Beneficentes que celebraram Convênios com a Unidade;

c) ausência de plano de fiscalização de Convênios;

d) deficiências na alimentação do Siconv;

e) deficiências na alimentação do Siasi;

f) inadequação na definição de metas nos Termos de Convênios e ineficácia da metodologia utilizada para avaliação de desempenho das Entidades Convenientes; e

g) inexistência de identificação clara dos processos críticos relacionados aos macroprocessos da Unidade, da mesma forma, inexistente rotina normatizada de diagnóstico dos riscos em áreas relevantes por sua materialidade e criticidade, tais como o acompanhamento e monitoramento dos Convênios.

110. De todo o exposto, com base no que foi levantado preliminarmente, durante a fase de planejamento, constata-se a existência do risco de a Sesai, por meio dos Dsei, não supervisionar e monitorar a contento as atividades do SasiSUS nas suas regiões de atuação, violando, assim, os arts. 46, inciso V, e 50, inciso I, do Decreto 8.065/2013.

#### **XVI. Critérios para a definição da necessidade de pessoal por convênio/Dsei**

111. Ao se analisar alguns projetos básicos, constatou-se que tais projetos são essencialmente planilhas que relacionam o número de profissionais a serem contratados e suas respectivas especialidades, bem como os respectivos salários, dimensionando, assim, o valor de cada convênio. Dado que cada projeto básico já traz uma relação da quantidade de profissionais pré-estabelecida, sem detalhar como é calculada essa necessidade, e por ser uma questão fundamental para a definição dos valores dos convênios e conseqüentemente da materialidade envolvida, faz-se necessário abordar os critérios de definição da necessidade de pessoal.

112. Em 2011, a Sesai elaborou critérios para o dimensionamento da força de trabalho que pautou o primeiro chamamento público, ocorrido no mesmo ano. Segundo resposta obtida por e-mail, esses critérios foram definidos a partir de reuniões entre o Gabinete de Sesai, entidades beneficentes (conveniadas), CGPO, Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Coordenadores Distritais, Dasi e Dsesi. O total calculado àquela época resultou num quantitativo de 12.185 profissionais.

113. O critério escolhido era a quantidade de habitantes da região. A relação de profissionais de área por grupo de habitantes era a mesma para cada Dsei, com exceção da região da Amazônia Legal, conforme se constata no quadro abaixo:

<b>Critérios para quantitativo da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI</b>		
<b>Categoria Profissional</b>	<b>EMSI</b>	<b>EMSI – Amazônia Legal</b>
	<b>Qtd/Habitante</b>	<b>Qtd/Habitante</b>
Médico	1/3.000	1/1.500
Enfermeiro	1/1.500	1/750
Odontólogo	1/3.000	1/1.500
Auxiliar de Enfermagem	1/1.500	1/750

Técnico de Enfermagem	1/1.500	1/750
AIS	1/500 (ou 3 para cada EMSI)	1/250 (ou 3 para cada EMSI)
AISAN	1/500	1/150

<b>Critérios para quantitativo do Núcleo de Apoio à Saúde Indígena – NASI</b>					
<b>Habitantes &lt; 15.000</b>	<b>QD T</b>	<b>15.000 &lt; Habitantes &lt; 30.000</b>	<b>QD T</b>	<b>Habitantes &gt; 30.000</b>	<b>QD T</b>
Antropólogo	1	Antropólogo	1	Antropólogo	1
Arquiteto	1	Arquiteto	1	Arquiteto	1
Assistente Social	1	Assistente Social	1	Assistente Social	2
Biólogo	1	Biólogo	1	Biólogo	1
Enfermeiro II	2	Enfermeiro II	3	Enfermeiro II	4
Enfermeiro	1	Enfermeiro	2	Enfermeiro	2
Epidemiologista/Sanitarista	1	Epidemiologista/Sanitarista	1	Epidemiologista/Sanitarista	2
Farmacêutico/Bioquímico	2	Farmacêutico/Bioquímico	3	Farmacêutico/Bioquímico	2
Geólogo	1/UF	Geólogo	1/UF	Geólogo	1/UF
Médico	1	Médico	1	Médico	1
Nutricionista	1	Nutricionista	2	Nutricionista	3
Odontólogo	1	Odontólogo	1	Odontólogo	1

<b>Critérios para as Casas de Saúde Indígena – Casai</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>QDT</b>
Assistente Social	1
Enfermeiros	4
Farmacêutico	1
Nutricionista	1
Técnico de Enfermagem	14

<b>Para cada 5 EMSI</b>	
<b>Categoria Profissional</b>	<b>QDT</b>
Técnico de Saneamento	1
Técnico de Laboratório	1
Técnico de Vigilância Ambiental	1

114. Em 2013, houve outro chamamento público que utilizou os mesmos critérios para o quantitativo de pessoal definido em 2011, resultando numa contratação de 13.299 profissionais.

115. Em 2015, os critérios foram revisados, resultando na edição do Memorando Circular 84/2015-GAB/SESAI/MS, de 24/12/2015.

<b>Profissionais de nível superior</b>	
<b>Profissionais</b>	<b>Critérios</b>
Médico da EMSI	1 para cada 1.000 indígenas
Médico do NASI	1 por NASI
Enfermeiro da EMSI	1 para cada 500 indígenas
Enfermeiro do NASI	4 por NASI
Enfermeiro CASAI	5 por CASAI, 4 para cobrir escala de 12/36h, 1 responsável técnico com jornada de 40 horas semanais. OBS: para CASAI com até 50 pacientes, esse número poderá ser reduzido.
Cirurgião dentista da EMSI	1 para cada 1.000 indígenas
Cirurgião dentista do NASI	2 por NASI
Assistente Social do NASI	2 por NASI
Assistente Social da CASAI	1 por CASAI
Nutricionista do NASI	2 por NASI
Nutricionista da CASAI	1 por CASAI
Epidemiologia/Especialista em saúde pública do NASI	1 por NASI
Farmacêutico/Bioquímico do NASI	2 por NASI
Farmacêutico/Bioquímico da CASAI	1 por CASAI
Biólogo do NASI	1 por NASI
Antropólogo do Nas	1 por NASI

Educador em saúde do NASI	1 por NASI
Psicólogo do NASI	2 por NASI
Terapeuta ocupacional/Fisioterapeuta do NASI	2 por NASI
Arquiteto do NASI	2 por NASI
Engenheiro civil do NASI	2 por NASI
Geólogo do NASI	1 por NASI
Químico do NASI	1 por NASI
Administrador do DSEI	2 por DSEI
Contador do DSEI	2 por DSEI
<b>Profissionais de nível médio</b>	
Técnico de enfermagem da EMSI	1 para cada 250 indígenas
Técnico de enfermagem do NASI	4 por NASI
Técnico de enfermagem da CASAI	12 por CASAI para cobertura de 24 horas, 7 dias por semana, com jornada de 40h semanais, sendo 3 técnicos por turno de 12/36h
Auxiliar de saúde bucal da EMSI	1 para cada cirurgião dentista
Técnico de laboratório do NASI	5 por NASI
Agente de combate a endemias do NASI	10 por NASI para os 25 DSEI da Amazônia Legal e 5 por NASI para os demais DSEI
Técnico de saneamento do NASI	10 por NASI ou 5 para cada engenheiro
Recepcionista/Secretária/Auxiliar administrativo	Mínimo de 13 por DSEI
Técnico em contabilidade	4 por DSEI
<b>Profissionais de nível fundamental</b>	
AIS da EMSI	Amazônia Legal: 1 para cada 100 indígenas Demais DSEI: 1 para cada 150 indígenas
AISAN	1 para cada sistema de abastecimento

116. Com o estabelecimento de critérios fixos pelo citado memorando, surge o risco de que não exista uma análise de necessidade minuciosa e “personalizada” do quantitativo de pessoal para a realidade de cada Dsei. Por conseguinte, pode não haver uma contratação adequada com a real necessidade de ações a serem realizadas em cada região, resultando em serviços de saúde inadequados e/ou desperdício de recursos para custear serviços desnecessários.

## **XVII. Riscos enfrentados**

117. A partir do levantamento de informações e do estudo do objeto de auditoria, além de outros registros não presentes neste relatório, a equipe de fiscalização detectou três riscos que entendeu possuir maior coeficiente de risco tratável (impacto x probabilidade de ocorrência x capacidade de atuação do Tribunal). A sintaxe do risco utilizada foi a seguinte: *Devido a <CAUSA/FONTE>, poderá acontecer <DESCRIÇÃO DA INCERTEZA>, o que poderá levar a <DESCRIÇÃO DO IMPACTO, CONSEQUÊNCIA, EFEITO> impactando no/na <DIMENSÃO DE OBJETIVO IMPACTADA>.* A seguir, os riscos mapeados.

118. **Risco 1:** Devido a deficiências nos procedimentos de verificação de parte das convenientes e da Sesai quanto à existência de vínculos empregatícios adicionais dos profissionais contratados incompatíveis com sua obrigação laboral nas atividades do SasiSUS, poderá acontecer a contratação e/ou manutenção de profissionais no quadro das equipes que possuem vínculos empregatícios com carga horária incompatível com a contratada pelo conveniente, o que poderá levar ao pagamento de profissionais que não cumprem com suas obrigações laborais, impactando nos objetivos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e causando prejuízos ao erário federal e/ou de demais entes.

119. **Risco 2:** Devido à ausência de treinamento dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento e pela supervisão do convênio, bem como a ausência de medidas gerenciais adequadas por parte dos coordenadores dos Dsei e da sede da Sesai, poderá acontecer uma

fiscalização precária da execução dos convênios, em desconformidade com os normativos aplicáveis, o que poderá levar a uma prestação incompatível e/ou insuficiente dos serviços pactuados nos planos trabalho e planos de ação, impactando no fornecimento de assistência à saúde dos povos indígenas.

120. **Risco 3:** Devido à precariedade na fiscalização das despesas dos convênios e devido à falta de metodologia e critérios consistentes para a definição do montante destinado à taxa de administração (gestão), poderá acontecer a aplicação dos recursos destinados à gestão dos convênios em finalidades diversas à pactuada, configurando desvio de finalidade, o que poderá levar a prejuízo ao erário federal, impactando na legalidade da aplicação dos recursos da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

121. A partir da cadeia de eventos de riscos mapeadas, a presente auditoria tem como proposta descobrir se tais riscos se materializam em eventos indesejados. Logo, por se tratar de uma incerteza, é possível que os riscos indicados, bem como suas sintaxes (relação de causa e efeito), não procedam ou procedam em parte. Para isso, durante a execução, visar-se-á a coleta de evidências que permitam fazer um juízo conclusivo de tais riscos. Nada obstante, também é possível que os procedimentos previstos sofram alterações em razão do aumento de conhecimento da equipe sobre o objeto auditado em relação ao momento em que os procedimentos foram concebidos.

122. Impende registrar a equipe identificou a possibilidade da ocorrência de outros riscos no objeto auditado, mas que, na percepção da equipe de auditoria, possuíam menor coeficiente de risco tratável, ficando fora do escopo desta fiscalização.

123. Ficaram fora do escopo da fiscalização os seguintes riscos: (i) possibilidade de desvio de objeto dos convênios; (ii) ausência de contabilização das despesas com salários dos profissionais contratados para fins de cálculo dos limites de pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal; (iii) superdimensionamento ou subdimensionamento da mão de obra; (iv) restrição à competitividade do chamamento público; (v) incompatibilidade entre o plano de ação e o plano de trabalho; (vi) atraso nos pagamentos dos profissionais por eventual atraso nas liberações financeiras dos convênios; (vii) possibilidade de as instituições conveniadas terem capacidade operacional e/ou administrativa insuficiente para executar o objeto pactuado; (viii) superveniência de passivos trabalhistas a serem arcados pelas União em razão de eventuais litígios advindos dos vínculos empregatícios dos contratados pelas conveniadas e (ix) pagamentos de obrigações do convênio a entidades que deviam estar registradas como inadimplentes.

## **Problema de auditoria e objetivos da auditoria planejada**

### **XVIII. Problema de auditoria**

124. O SasiSUS, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído pela Lei 9.836/1999, que no seu art. 19-E prevê que “os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações” voltadas para o atendimento das populações indígenas. Desta forma, para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, a Sesai realiza convênios com entidades beneficentes de assistência social na área de saúde, que atingiram a monta de R\$ 1.357.755.845,37 no biênio 2014-2015. Estes convênios têm como principal objeto a contratação e administração de recursos humanos de equipes multiprofissionais que atenderão a população indígena.

## **XIX. Objetivo**

125. Avaliar a conformidade dos repasses de recursos efetuados nos anos de 2014 e 2015 por meio dos convênios assinados pelo Ministério da Saúde com as entidades beneficentes de assistência social (ONG): Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip); Missão Evangélica Caiuá; e Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina SPDM, os quais tinham como objeto a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito da Ação Orçamentária 20YP – Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena, cuja atuação titular cabe à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

## **XX. Questões de Auditoria**

126. Questão 1 – Os profissionais cumpriam com sua obrigação laboral de trabalhar o total de horas para os quais foram contratados, em razão dos convênios firmados pelo Ministério da Saúde com entidades beneficentes no âmbito do SasiSUS, vigentes em 2014 e 2015, quando detinham outro(s) vínculo(s) trabalhista(s) concomitante(s)?

127. Questão 2 – A fiscalização da execução dos convênios, firmados pelo Ministério da Saúde com entidades beneficentes no âmbito do SasiSUS, vigentes em 2014 e 2015, foi realizada em conformidade com o estabelecido nos arts. 7º, 8º e 11º da Portaria Sesai Nº 15/2014, no art. 5º, inciso I, alínea “a” e § 2º, e art. 68 da Portaria Interministerial Nº 507/2011 c/c arts. 46, inciso V, e 50, inciso I, do Decreto 8.065/2013?

128. Questão 3 – Os recursos repassados para custear despesas administrativas dos convênios, firmados pelo Ministério da Saúde com entidades beneficentes no âmbito do SasiSUS, vigentes em 2014 e 2015, foram gastos com despesas ligadas ao objeto pactuado, respeitando o estabelecido no art. 25, § 2º, da Lei de Responsabilidade Fiscal, no art. 52, inciso IV, da Portaria Interministerial CGU/MF/MP 507/2011 e na cláusula segunda, itens 2.10.2.2 e 2.20, do Termo do Convênio?

## **Conclusão**

129. O presente relatório reuniu grande parte das informações coletadas acerca do objeto de auditoria e serviu de base para a se desenhar a fiscalização como um todo. Conquanto se tenha abordado apenas três riscos, o objeto de auditoria possui escopo extenso e com o patamar de recursos disponíveis (pessoal e tempo), a equipe decidiu atacar aqueles que resultariam em redução do risco de auditoria em nível tolerável. Essa questão será melhor abordada na seção limitações do trabalho do relatório de fiscalização propriamente dito.

SECEX-MT, em 31 de outubro de 2016.

ALEXANDRE GIRAUX CAVALCANTI  
AUFC – Matrícula 7592-2  
Supervisor

EDUARDO MARIO JOERKE MENDES  
JUNIOR  
AUFC – Matrícula 10651-8  
Coordenador

MARTIN MASTELARO P. DE BARROS  
AUFC – Matrícula 10123-0