

GRUPO I – CLASSE I – Plenário

TC 005.391/2014-8

Apenso: TC 011.216/2015-8

Natureza: Pedido de Reexame.

Unidades: Ministério da Educação, Ministério da Saúde (vinculador), município de Altamira/PA, município de Apodi/RN, município de Belo Horizonte/MG, município de Benevides/PA, município de Bragança/PA, município de Breves/PA, município de Campinas/SP, município de Capitão Enéas/MG, município de Capitão Poço/PA, município de Caruaru/PE, município de Caucaia/CE, município de Currais Novos/RN, município de Extremoz/RN, município de Fernando Pedroza/RN, município de Fortaleza/CE, município de Goiana/PE, município de Imperatriz/MA, município de Itaquaquecetuba/SP, município de Melgaço/PA, município de Miranda do Norte/MA, município de Moreno/PE, município de Paragominas/PA, município de Pau dos Ferros/RN, município de Poções/BA, município de Registro/SP, município de Rosário/MA, município de Sabará/MG, município de São Francisco/MG, município de São José de Ribamar/MA, município de São José do Campestre/RN, município de São Miguel do Gostoso/RN, município de São Paulo/SP, município de Serrinha/BA, município de Simões Filho/BA, município de Surubim/PE, município de Teofilândia/BA, município de Ubajara/CE, município de Valença/BA, município de Viçosa do Ceará/CE, município de Vila Flor/RN e município de Vitória da Conquista/BA.

Recorrentes: Advocacia-Geral da União (CNPJ 26.994.558/0003-95) e Ministério da Saúde (CNPJ 00.530.493/0001-71).

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: PEDIDOS DE REEXAME INTERPOSTOS PELA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE CONTRA O ACÓRDÃO 331/2015-PLENÁRIO, QUE APRECIOU RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL DE ORIENTAÇÃO CENTRALIZADA REALIZADA NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, COM FOCO NO PERÍODO DE JUNHO DE 2013 A MARÇO DE 2014. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO INTERPOSTO PELA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO EM RAZÃO DA AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO INTERPOSTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE CONTRA OS SUBITENS 9.4.1, 9.4.4, 9.5.2, 9.6 E 9.7.1 ANTE A AUSÊNCIA DE INTERESSE RECURSAL. CONHECIMENTO E PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO INTERPOSTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE CONTRA OS SUBITENS 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.2, 9.3.1, 9.3.2 E 9.3.3.

RELATÓRIO

Adoto como relatório a instrução da Secretaria de Recursos - Serur (peça 298), acolhida pelo diretor (peça 299) e pelo secretário daquela unidade (peça 300):

“INTRODUÇÃO

Cuida-se do pedido de reexame em relatório de auditoria interposto pelo Ministério da Saúde, insurgindo-se contra o Acórdão 331/2015-TCU-Plenário (peça 169), por meio do qual se julgou relatório de auditoria operacional no Programa Mais Médicos (Projeto Mais Médicos para o Brasil), no período de junho de 2013 a março de 2014.

2. Eis o extrato da decisão recorrida (Acórdão 331/2015-TCU-Plenário - peça 169):

‘9.1. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

9.1.1. verifique, juntamente com as instituições de ensino contratadas, a compatibilidade de horários dos supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil que exerçam outras atividades ocupacionais, tendo em vista que o art. 37, XVI, ‘c’, da Constituição Federal estabelece que nos casos de acúmulo de funções deve haver compatibilidade de horários, informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.1.2. verifique, juntamente com os municípios, a compatibilidade de horários, bem como a ausência de prejuízo no desempenho das respectivas atividades, nos casos de acúmulo de funções por médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, especialmente nos casos identificados no presente trabalho, tendo em vista o disposto no art. 37, XVI, ‘c’, da Constituição Federal e no art. 21 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013, aplicando, se for necessário e conveniente, as penalidades previstas no art. 26 dessa Portaria Interministerial e informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.2) com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde, que, antes de transferir dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), corrijam ou excluam inconsistências eventualmente detectadas no Siab, em especial aquelas relativas a dados duplicados ou a informações de produção mensal destoantes da tendência dos municípios (que foram percebidas pela equipe de auditoria quando da análise das séries históricas mensais), informando ao TCU em 180 dias os resultados obtidos;

9.3. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

9.3.1. desenvolva, no prazo de 60 dias, mecanismos para aperfeiçoar os instrumentos que orientam a atuação dos tutores, de modo a que eles se dediquem à orientação acadêmica no âmbito da especialização e à integração ensino-serviço, exercendo assim as atribuições definidas no art. 14 da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

9.3.2. promova, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, a revisão das avaliações e, se for o caso, o desligamento dos médicos que supostamente deveriam ter sido reprovados no módulo de acolhimento, mas se encontram em atividade;

9.3.3. apresente, no prazo de 60 dias, em atendimento ao disposto nos arts. 13 a 17 da Portaria Conjunta MS/MEC nº 1, de 21/1/2014, plano de ação para realizar a prova de recuperação do módulo de acolhimento dos médicos participantes que se encontram em atividade apesar de terem realizado a recuperação de forma irregular ou não a terem realizado quando era necessário, promovendo o desligamento daqueles que forem reprovados;

9.3.4. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Caucaia - CE, Goiana - PE, Extremoz - RN, Breves - PA e Viçosa do Ceará - CE sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas ao não cumprimento adequado da garantia de fornecimento de alimentação aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

9.3.5. notifique, no prazo de 60 dias, os municípios de Currais Novos - RN, Capitão Poço - PA, Breves - PA e Apodi - RN sobre as irregularidades, identificadas nesta auditoria, relacionadas à oferta

inadequada de moradia aos médicos do Projeto Mais Médicos para o Brasil e acompanhe a regularização dessa situação;

9.4. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar ao Ministério da Saúde que:

9.4.1. somente divulgue novos resultados do Projeto Mais Médicos para o Brasil, apurados com base nos dados constantes do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ou do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), após a correção ou exclusão de inconsistências eventualmente detectadas nesses dados, em especial no que concerne a informações sobre a produção mensal que destoem da tendência verificada a partir da análise das séries históricas mensais, com vistas a reduzir o risco de serem divulgadas informações incorretas;

9.4.2. priorize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os municípios listados no Anexo I da Portaria Conjunta SGTES/SAS nº 3, de 19/2/2013, que ainda não tenham sido contemplados adequadamente com médicos do projeto;

9.4.3. utilize, nos novos ciclos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como um dos critérios para a distribuição dos médicos, indicadores que reflitam a disponibilidade desses profissionais nos municípios, como, por exemplo, o número de médicos (SUS e não SUS) por habitante registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

9.4.4. avalie os motivos que levaram à diminuição da quantidade de consultas em 466 municípios que receberam médicos do Projeto Mais Médicos do Brasil (1º e 2º ciclos) e adote as medidas cabíveis para que tal quadro seja revertido, com o objetivo de fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País, conforme preconizado no art. 1º, I, da Lei nº 12.871/2013;

9.4.5. estabeleça um canal de comunicação que possibilite aos médicos participantes encaminhar denúncias ou reclamações, especialmente em relação ao cumprimento das obrigações municipais;

9.4.6. reavalie a necessidade e os benefícios de oferecer cursos de especialização para os médicos estrangeiros, que, em princípio, não permanecerão no Brasil após o término do Projeto Mais Médicos para o Brasil;

9.5. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde que:

9.5.1. modifique a estrutura dos Relatórios de Supervisão Médica dos profissionais integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, de modo que esses documentos passem a ter foco nas atividades clínicas;

9.5.2. torne obrigatório, no ato de designação do médico participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil para atuar em determinado município, a definição do nome do respectivo supervisor, nos termos do art. 15, I, II e III, da Lei nº 12.871/2013;

9.6. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP e à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, ambas do Ministério da Saúde, que implementem mecanismos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) que identifiquem e corrijam eventuais inconsistências nos dados de produção;

9.7. com base no art. 250, III, do Regimento Interno do TCU, recomendar à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que:

9.7.1. regulamente a carga horária dos médicos supervisores, dedicando especial atenção aos casos em que ocorre a acumulação das atividades de supervisão médica com o exercício de outras funções;

9.7.2. estude a criação de mecanismos que possibilitem a consulta no site da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) da relação nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, a fim de dar maior transparência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil;

9.7.3. promova, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a atualização constante da lista nominal de médicos participantes e respectivos tutores e supervisores, de modo a evitar que haja médicos sem tutores ou supervisores vinculados;

9.7.4. estude, juntamente com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), uma sistemática para aprimorar o plano de trabalho, de forma a torná-lo compatível com os preceitos do art. 14, II, da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369/2013;

9.7.5. estude, juntamente com a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação, uma forma de vincular a homologação do resultado final das convocações de médicos participantes do projeto à aprovação no módulo de acolhimento, com o fito de evitar que médicos com desempenho

insuficiente naquele módulo e sem o diploma revalidado entrem em exercício na rede de atenção básica do SUS;

9.7.6. crie mecanismos de controle e monitoramento que contemplem análises específicas sobre os tópicos tratados no art. 11 da Portaria Interministerial nº 1.369/2013, inclusive no que concerne ao acompanhamento mensal do número de equipes de atenção básica que se encontram em atividade em cada município contemplado, à proibição da substituição dos médicos que integram tais equipes por participantes do projeto e às obrigações municipais referentes à garantia de alimentação e à oferta de moradia adequada, que foram regulamentadas pela Portaria SGTES/MS nº 30, de 12/2/2014;

9.7.7. inclua, entre os indicadores utilizados para avaliar o Projeto Mais Médicos para o Brasil, aqueles que mensurem os respectivos impacto e efetividade, como, por exemplo, o relativo ao número de internações em áreas sensíveis à atenção básica;

9.8. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte violação à norma legal:

9.8.1. negar aos Conselhos de Medicina o acesso aos dados dos profissionais que exercem as funções de supervisores ou tutores, os quais, nos termos do art. 15, II e III, da Lei nº 12.871/2013, devem ser médicos, é uma forma de restringir a competência prevista nos arts. 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, notadamente quanto à inspeção profissional;

9.9. dar ciência à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil sobre a seguinte impropriedade:

9.9.1. a existência de um número insuficiente de tutores prejudica a orientação acadêmica dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em afronta ao disposto no art. 15, III, da Lei nº 12.871/2013;

9.10. com base no art. 43, I, da Lei nº 8.443/1992 e no art. 250, II, do Regimento Interno do TCU, determinar ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação e à Coordenação do Projeto Mais Médicos para o Brasil que remetam a este Tribunal, no prazo de 90 dias, plano de ação contendo o cronograma de implementação das medidas adotadas para atender as deliberações acima e corrigir os problemas identificados, inclusive no que concerne à queda da quantidade de médicos em mais de cem municípios que receberam profissionais do projeto em questão (parágrafos 130 e 131 do Relatório);

9.11. encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor da instrução elaborada pela unidade técnica para os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, o Coordenador Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, o Secretário de Educação Superior do Ministério da Educação, o Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, o Presidente do Conselho Federal de Medicina e os Presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina;

9.12. restituir os presentes autos à SecexSaúde para que seja programado o monitoramento da implementação das deliberações constantes deste Acórdão.

HISTÓRICO

3. O Tribunal de Contas da União realizou auditoria de natureza operacional no Programa Mais Médicos, focado no Projeto Mais Médicos para o Brasil, em decorrência de determinação contida no processo TC-004.690/2014-1, resultando no Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos (peça 167), cujo julgamento se deu no Acórdão 331/2015-TCU-Plenário (peça 170), decisão contra a qual se insurge o Ministério da Saúde (peça 239).

EXAME DE ADMISSIBILIDADE

4. Manifesta-se concordância com o exame de admissibilidade contido nas peças 291-292 e acolhido pela Relatora Min. Ana Arraes (peça 297), pelo conhecimento do recurso.

EXAME DE MÉRITO

5. Delimitação

6. São os pontos de insurgência recursal: **a)** compatibilidade de horários para a execução das atividades de supervisão; **b)** inexistência de transferência de dados entre o SIAB e o SISAB; **c)** necessidade de extensão de prazo para desenvolvimento de mecanismos de orientação acadêmica; **d)** ocorrência de justificativas para a atribuição errônea de resultados de provas e prosseguimento dos médicos no programa.

7. Da compatibilidade de horários para a execução das atividades de supervisão
8. Entende o recorrente que a atividade de supervisão nos termos legais (art. 17 da Lei 12.871/2013) não implica vínculo empregatício e, portanto, não haveria necessidade de cumprimento de carga horária mínima para o desempenho das atividades. Afirma que a atividade de supervisão seria caracterizada pela entrega de produtos (relatórios) e participação em encontros, sendo possível a conciliação com outras ocupações, com a concentração de turnos intercalados e com períodos mais longos sem atividade.

Análise

9. Há uma distinção importante a ser recordada quanto a classificação dos agentes públicos: a) agentes políticos; b) servidores públicos; c) militares; d) particulares em colaboração com o Poder Público, classificação adotada por Di Pietro (Direito Administrativo, p. 511, 23ª ed.).

10. Enquanto os servidores públicos são regidos pela lei própria (servidores estatutários) ou pelo regime trabalhista (empregados públicos), os particulares em colaboração com o Poder Público são regidos exclusivamente pela lei que institui a nomeação para a atividade pública relevante, conforme leciona José dos Santos Carvalho Filho:

‘Outra categoria de agentes públicos é a dos agentes particulares colaboradores.

Como informa o próprio nome, tais agentes, embora sejam particulares, executam certas funções especiais que podem se qualificar como públicas, sempre como resultado do vínculo jurídico que os prende ao Estado. (Carvalho Filho, Direito Administrativo, 22ª ed. p. 561)’

11. Um ponto sensível para a diferenciação é a ausência de vínculo empregatício indicado na lei que institui o Programa Mais Médicos (art. 17 da Lei 12.871/2013): ‘Art. 17. As atividades desempenhadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza’.

12. Ou seja, todos os profissionais médicos designados no Projeto Mais Médicos para o Brasil não exercem serviço público *stricto sensu*, mas devem ser classificados como exercentes de atividades colaborativas com o Poder Público, ainda que percebam auxílio financeiro (bolsa), conforme leciona Di Pietro:

‘Nessa categoria entram as pessoas físicas que prestam serviços ao Estado, sem vínculo empregatício, com ou sem remuneração. Podem fazê-lo sob títulos diversos, que compreendem: [...] mediante requisição, nomeação ou designação para o exercício de funções públicas relevantes. Direito Administrativo, p. 518, 23ª ed.’

13. Nesse caso, a vedação de acumulação de cargos contida no art. 37, XVI, ‘c’ da Constituição Federal não se aplica a atividade desempenhada pelos médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, uma vez que os termos legais ‘cargos’ e ‘empregos’ devem ser interpretados de maneira restritiva, não se podendo interpretar de maneira extensiva para uma atividade que não é cargo público em sentido próprio.

14. A impossibilidade de caracterização das atividades de médicos, supervisores e tutores como cargo público é visível na lei de regência (Lei 12.871/2013), pois, além da ausência de vínculo empregatício, o bolsistas somente são titulares das vantagens financeiras contidas na lei (art. 25, V da Lei 12.871/2013), não podendo obter, por extensão analógica, outros benefícios previstos em estatutos públicos, bem como a vinculação ao RGPS como contribuinte individual (art. 20 da Lei 12.871/2013) e a sanções próprias aplicáveis aos profissionais (art. 21 da Lei 12.871/2013).

15. Deve ser levado em consideração que a forma de atuação dos tutores e dos supervisores (objeto da determinação 9.1.1 e 9.1.2), quando executam as atividades listadas no art. 14 e 15 da Portaria Interministerial 1.369/2013, mediante a entrega de relatórios e a participação em eventos, leva a conclusão de que a atividade não está sujeita a uma carga horária fixa, vinculando primordialmente ao resultado final (realização de atividades ou disponibilidade de horário por meio de telefone e internet – art. 15 da Portaria Interministerial), nos prazos combinados com os supervisores e com a Coordenação de Projeto.

16. Assim, a atividade executada pelos coordenadores e supervisores, conforme o modelo contido na Lei e na Portaria Conjunta, não constitui cargo ou emprego público e não está sujeita a uma carga horária estipulada (diversamente dos médicos participantes – art. 24, VII da Portaria Interministerial 1.369/2013), devendo qualquer participante ser avaliado somente pela possibilidade ou impossibilidade de execução da atividade proposta, sujeitando, em caso de impossibilidade, ao desligamento do projeto.

17. Ressalte-se, novamente, que os paradigmas indicados na decisão (item 92 do Voto; p., 14, peça 169), quais sejam, Acórdãos nº 1.176/2014-1ª Câmara, nº 2.880/2013-Plenário, nº 2.375/2013-Plenário e nº 8.094/2012-2ª Câmara, se reportam a situação de acumulação lícita de cargos públicos, não tendo incidência, por conseguinte, no caso concreto:

‘Acórdão nº 1.176/2014-1ª Câmara (Rel. Min. José Múcio Monteiro)

10. Quanto ao tema, o TCU entende que a verificação da compatibilidade de horários, para os cargos acumuláveis na atividade, deve ser aferida caso a caso, eis que a Constituição Federal não alude expressamente à duração máxima da jornada de trabalho. O TCU tem admitido como limite máximo a jornada de trabalho de 60 horas semanais. Acima disso, é necessária verificação não só da compatibilidade de horários como também de eventual prejuízo às atividades exercidas em cada um dos cargos. [...]

Acórdão nº 2.880/2013-Plenário (Rel. Min. André de Carvalho)

Tenho por adequado o exame da unidade instrutiva neste ponto, mostrando-se relevante anotar que a partir do Acórdão 1.338/2011-Plenário o TCU não mais tem se guiado necessariamente pelo limite de 60 (sessenta) horas semanais para considerar a legalidade da acumulação de cargos, devendo essa análise ser atualmente realizada segundo as peculiaridades de cada caso concreto.

O mérito dessa nova abordagem está em conferir menor peso ao aspecto meramente formal da análise para que seja possível focar a atenção no que realmente importa, que é a qualidade material do serviço prestado pelo servidor.

Acórdão 2.375/2013–Plenário (Rel. Min. José Jorge)

5. Na primeira etapa dos trabalhos, restou demonstrado que os servidores Viviane Bueno Bergamo, José Luis Estigarribia Ferreira, Janyleny Anastácio Hoscher, Cleide Roque Machado, Cacilda Rocha Hildebrand, Ecio Eduardo Theotino de Souza Pinto, André Jesus do Nascimento e Elizeu Mendes Silva, ocupam 02 (dois) cargos públicos que totalizam carga horária superior a 60 (sessenta) horas semanais, circunstância que levou a equipe de auditoria a se manifestar pela irregularidade da situação de tais servidores (peça 15, p. 5-6).

Acórdão 8.094/2012-2ª Câmara (Rel. Min. Aroldo Cedraz)

Efetuada a diligência, a Unidade Técnica, na instrução de fls. 24/27, informa que o servidor exerce atualmente dois cargos públicos de enfermeiro, na Fundação Universidade Federal de Sergipe e na Secretaria de Estado de Saúde, cumprindo 70 horas semanais. Ressalta a Unidade Técnica que, embora não haja superposição de horário de trabalho, a carga horária semanal de 70 horas exercida pelo servidor, afronta a regra da compatibilidade de horários, consoante a jurisprudência pacífica deste Tribunal.

18. Assim, no caso concreto, há de ser perseguir a *ratio* contida no Acórdão nº 2.880/2013-Plenário (Rel. Min. André de Carvalho), ao tratar do novo entendimento modificado quanto a limitação de 60 horas semanais, no sentido de que a análise deve ‘conferir menor peso ao aspecto meramente formal da análise para que seja possível focar a atenção no que realmente importa, que é a qualidade material do serviço prestado pelo servidor’.

19. Ou seja, considerando que a atividade dos coordenadores e dos supervisores não está sujeita a uma carga horária fixada no regramento, deve ser analisada (e a lei possui instrumentos para tal análise) a qualidade do serviço prestado, sendo que a possibilidade de prestação do serviço de coordenação e tutoria em conjunto com o exercício de cargo público deve ser avaliada em cada caso quanto a apresentação de um trabalho de qualidade pelo profissional participante do programa público.

20. Deste modo, merece provimento o recurso no ponto em questão, para suprimir a determinação contida no item 9.1 do Acórdão.

21. Da inexistência de transferência de dados entre o SIAB e o SISAB e da impossibilidade de execução da determinação do Tribunal

22. Alega o recorrente que não existe transferência de dados entre o SIAB e o SISAB, pois as bases de dados dos sistemas são desenvolvidas em plataformas diferentes, impossibilitando a migração de dados. Ressalta outrossim a origem distinta dos dados alimentados no sistema (SIAB – registros consolidados da produção dos profissionais da atenção básica; SISAB – registros individualizados de atendimentos).

Análise

23. Destaque-se inicialmente que a análise se restringe ao item 9.2 do Acórdão, uma vez que não foi admitido o recurso para a revisão dos itens 9.4.1, 9.4.4 e 9.6 do *decisum*, por se tratarem de recomendações, de natureza irrecuráveis, conforme decidido na admissão do recurso.

24. No pressuposto da decisão está a noção de que os dados contidos no Sistema Siab seriam migrados para o Sistema Sisab, tendo o Tribunal se utilizado dos dados contidos no Siab para a avaliar a inconsistência em dados de produção do Sistema Sisab:

172. Esse sistema é um importante instrumento de monitoramento das ações da estratégia Saúde da Família. No entanto, cabe destacar que a Portaria GM/MS nº 1.412, de 10/7/2013, instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), o qual está progressivamente substituindo o Siab. Consoante disposto no art. 2º dessa última norma, a operacionalização do Sisab será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

173. De acordo com o Ministério da Saúde, a implantação do novo sistema de informação está prejudicando a representatividade das informações coletadas pelo Siab e, por via de consequência, sua utilização para o monitoramento das políticas da Atenção Básica. Contudo, a unidade técnica optou pela utilização desses dados, uma vez que esse sistema ainda estava sendo utilizado por grande parte dos municípios, em especial no período abrangido pela presente avaliação (em sua maior parte, o segundo semestre de 2013). Além disso, quando da realização desta auditoria, ainda não era possível acessar os dados alimentados no Sisab, que passava por um processo de adaptação e melhoria. (peça 169, p. 33; Voto)

25. Ocorre que, à época da análise, no ano de 2013, os 2 sistemas estavam sendo alimentados em paralelo, ocorrência autorizada pela norma de implementação do Sisab, como estratégia para a implementação gradual do novo sistema:

‘Art. 3º Os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB terão cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde.

[...]

§ 2º O envio da base de dados do Distrito Federal e dos Municípios que não estiverem com o SISAB em operação ocorrerá por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em processamento paralelo.’

26. Razão assiste ao recorrente no sentido de que a implementação do SISAB, conforme se extrai da Portaria 1.412/2013 do Ministério da Saúde, é prospectiva, não havendo menção a possibilidade de transferência de dados produzido em uma plataforma para outra, havendo apenas a substituição gradual das plataformas, *verbis*:

‘Art. 5º O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do DAB/SAS/MS.

Parágrafo único. O SISAB substituirá gradativamente o SIAB e os outros sistemas de ‘software’ nos módulos utilizados na atenção básica’

27. O Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica¹ informa que os instrumentos de coleta de dados são as seguintes fichas: a) cadastramento das famílias; b) acompanhamento de gestantes; c) acompanhamento de hipertensos; d) acompanhamento de diabéticos; e) acompanhamento de pacientes com tuberculose; f) acompanhamento de pacientes com hanseníase; g) acompanhamento de crianças; h) registro de atividades, procedimentos e notificações.

28. Por outro lado, os dados que geram as informações consolidadas no SISAB estão referenciados na Portaria 1412/2013, quais sejam, a Coleta de Dados Simplificados (art. 2º, § 1º, I) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (art. 2º, § 1º, II).

29. Tanto o Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada² quanto o Manual do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão³ apontam para a tabulação das seguintes informações: a) cadastro domiciliar; b) cadastro individual; c) ficha de atendimento individual; d) ficha de atendimento odontológico individual; e) ficha de procedimentos; f) ficha de atividade coletiva; g) ficha de visita domiciliar.

30. Portanto, é razoável a alegação do recorrente de que os dados coletados no sistema antigo (SIAB) não podem ser transferidos para o novo sistema (SISAB), justificando, desta forma, a ocorrência de inconsistências nas informações consolidadas, no período de utilização simultânea dos dois sistemas até a implementação definitiva do SISAB, uma vez que a colheita de dados distintos importou a geração de resultados consolidados distintos.

31. Da necessidade de extensão de prazo para desenvolvimento de mecanismos de orientação acadêmica (revisão dos instrumentos da tutoria)

¹ http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf

² http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf

³ http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_1.3/index.php?conteudo=Cap07/Manualv1.3Cap07#h.ptplb8bsimoc

32. Afirma o recorrente que a Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos para o Brasil reconheceu a necessidade de inclusão do registro das atividades pedagógicas nos planos de trabalho. Alega que as atividades de tutoria ultrapassam o plano de trabalho informatizado, estando de acordo com a Portaria Interministerial 1.369/2013, respeitando a diversidade de arcabouços pedagógicos das instituições de ensino envolvidas.

33. Entende o recorrente que a análise do TCU coincide com o seu próprio diagnóstico, indicando a necessidade de implementação de novos instrumentos de auxílio a tutoria e a convergência da orientação pedagógica. Por fim, assevera a inexistência de descumprimento da norma pela não participação dos tutores em orientação das atividades de integração ensino-serviço.

Análise

34. No que tange ao descumprimento da norma mencionado pelo recorrente, há de se ressaltar que um dos elementos que compõe o ato administrativo é a forma, para a qual deve ser adotada, como regra, a forma escrita: 'A obediência à forma não significa, no entanto, que a Administração esteja sujeita a formas rígidas e sacramentais; o que se exige, a rigor, é que seja adotada como regra, a forma escrita, para que tudo fique documentado e passível de verificação a todo momento (...)' (Di Pietro. Direito Administrativo, p. 208).

35. Deste modo, a alegação do recorrente de que os tutores estariam participando em atividades de integração ensino-serviço, com meras falhas nos instrumentos de acompanhamento e registros dessas atividades, não deve ser acolhida, uma vez que todos os atos praticados pelos supervisores e tutores devem estar registrado formalmente, com vistas a permitir a fiscalização das atividades praticadas pelos agentes públicos.

36. Contudo, o pedido do recorrente de extensão de prazo para adoção de medidas (de 60 para 120 dias) é possível de ser acolhido, em função da afirmação do recorrente de adoção de 'novos instrumentos informatizados de auxílio à atividade de tutoria, que possam registrar, incentivar e dar uma direção convergente à orientação pedagógica de todas as IS, sem prejuízo à autonomia e à diversidade de abordagens' (peça 239, p. 10), demonstrando que o órgão está implementando mecanismos de aperfeiçoamento da atuação dos tutores.

37. Da ocorrência de justificativas para a atribuição errônea de resultados de provas e prosseguimento dos médicos no programa

38. O recorrente explicita as seguintes situações: **a)** Médicos com nota igual a 3; **b)** Médicos que não tiveram suas notas convertidas para escala 0-10; **c)** Médicos reavaliados sem envio da documentação ao TCU; **d)** Médica cujo conceito foi erroneamente atribuído.

39. Para a classe de médicos com nota igual a 3, apresenta a comunicação da Coordenação Pedagógica ao núcleo Gestor do Projeto afirmando que a nota 3 corresponderia ao conceito 'parcialmente suficiente'.

40. Para a classe de médicos que não tiveram suas notas convertidas para escala 0-10, apresenta cópia das provas realizadas e as comunicações das secretarias acadêmicas, afirmando que eventuais inconsistências não equivaleriam a incapacidades dos médicos participantes.

41. Para a classe dos médicos reavaliados sem o envio de documentação ao TCU, apresenta as provas da avaliação regular, da reavaliação e comunicações dos Coordenadores Pedagógicos.

42. Por fim, para a médica cujo conceito foi erroneamente atribuído, afirma ocorrência de fato isolado que gerou nova avaliação e a aprovação na avaliação subsequente.

Análise

43. A Portaria Conjunta nº 1, de 21 de janeiro de 2014, que dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas, estabeleceu os critérios de nota a serem adotados no programa Mais Médicos para o Brasil:

'Art. 13. A partir das notas das avaliações dos eixos de Língua Portuguesa e de Saúde são gerados conceitos que definem a aprovação do médico no Módulo de Acolhimento e Avaliação com os seguintes critérios:

I - Suficiente: nota maior ou igual a 5,0

II - Parcialmente Suficiente: nota entre 3,0 e 5,0

III - Insuficiente: nota menor ou igual a 3,0'

44. Assim, a atribuição do conceito 'parcialmente suficiente' para candidatos com nota igual a 3,0 seria contrária ao parâmetro legal, uma vez que o candidato deveria ter atribuído o conceito 'insuficiente', não lhe sendo facultado o acesso a recuperação mencionada no art. 15 da Portaria, devendo ser o médico intercambista ser reprovado de imediato:

‘Art. 14. O médico intercambista será aprovado se obtiver conceito suficiente nos eixos de Língua Portuguesa e de Saúde.

Art. 15. Ao obter conceito parcialmente suficiente em apenas um dos eixos, o médico intercambista deverá realizar recuperação e ser submetido à nova avaliação.

Art. 16. O médico intercambista será reprovado ao obter conceito insuficiente nas avaliações de qualquer dos eixos ou parcialmente suficiente em ambos os eixos.

Art. 17. Na avaliação da recuperação, o médico intercambista é aprovado somente se obtiver conceito suficiente na avaliação.’

45. Assim, a atribuição de nota ‘parcialmente suficiente’ para médicos que obtiveram nota 3 e a posterior realização de recuperação seria ato nulo, em contrariedade com o normativo. Contudo, os candidatos foram julgados segundo o critério existente à época, uma vez que as normas do processo avaliativo enviadas pela Secretaria Acadêmica, em momento anterior à norma em comento (peça 239, p. 43), indicava que a obtenção da nota 3 importava o conceito ‘parcialmente suficiente’ e a realização de recuperação:

‘A nota máxima possível de ser obtida no exame é 10. Será considerado suficiente (S) em sua participação o intercambista que atingir nota igual ou superior a 5,0 em cada um dos Eixos; parcialmente suficiente (PS) aquele que obtiver média entre 3,0 e 4,9 em pelo menos um dos Eixos; e insuficiente (I) aquele cuja média for inferior a 2,9 em ambos os eixos.’

46. Ademais, é de se notar que a norma posterior (Portaria Conjunta 31, de 5 de junho de 2015, publicada no DOU de 8/6/2015, p. 15), revogadora da Portaria Conjunta 1/2014, indica que à nota 3,0 deve ser atribuído o conceito de ‘parcialmente suficiente’, ratificando, portanto, os atos anteriormente praticados:

‘Art. 13. A partir das notas das avaliações dos eixos de Língua Portuguesa e de Saúde são gerados conceitos que definem a aprovação do médico no Módulo de Acolhimento e Avaliação com os seguintes critérios:

I - Suficiente: nota maior ou igual a 5,0

II - Parcialmente Suficiente: nota maior ou igual a 3,0 e menor ou igual a 4,9

III - Insuficiente: nota menor ou igual a 2,9’

47. Também é justificável a modificação de nota para médicos avaliados numa escala de 0 a 6, pois os espelhos de avaliação, no eixo temático de língua portuguesa, permitiam a atribuição de nota máxima 6 (5 – parte oral e 1 – parte escrita), embora as notas devessem ser atribuídas numa escala de 0 a 10.

48. Um ponto que deve ser observado é que a escala de avaliação não está presente na Portaria Conjunta 1/2014 (estando apenas mencionado no manual do processo avaliativo), sendo razoável, portanto, o procedimento de conversão das notas atribuídas numa escala 0 a 6 para uma escala de 0 a 10, para aquelas provas cujo o espelho de avaliação permitia atribuição de nota máxima igual a 6 (peça 239, p. 45-60).

49. Quanto aos casos particulares de Ely Demny Cabreira Ortiz e Osmay Torres Suarez, reavaliados sem a apresentação da documentação ao TCU, o recorrente apresentou documentação que evidencia motivos para a alteração das notas, justificando as inconsistências julgadas pelo TCU:

‘a) aprovação direta de Ely Demny Cabreira Ortiz, embora tivesse obtido a menção 4,74 no Eixo Língua Portuguesa: Consta dos autos a declaração de Ana Cecília Cossi Bizon, coordenadora de Língua Portuguesa do Projeto Mais Médicos, afirmando que a revisão das provas do candidato permitia a concessão de média 5,0 (peça 239, p. 103-122);

b) situação de Osmay Torres Suarez, que não teve lançado o resultado na recuperação do Eixo de Saúde: o candidato foi submetido a nova avaliação inicial, uma vez que ‘foi verificada uma inconsistência entre as notas atribuídas e o registro escrito da prova nos quesitos: anamnese e exame físico, raciocínio clínico, conduta e registro’, tendo obtido conceito suficiente e, portanto, não sendo necessária a submissão ao processo de recuperação (peça 239, p. 123-138).’

50. Por fim, o recorrente não apresentou nenhum elemento de fato para justificar a aprovação de Nereida Cuello Barreira, médica que, estando em atividade, não teve nota satisfatória nem na primeira avaliação (nota 4), nem na segunda avaliação (nota 1,5), relativamente ao eixo de Língua Portuguesa (peça 137, p. 7), tratando-se, portanto, de ato absolutamente nulo, não sendo dado ao Administrador fazer um juízo de ponderação em relação a eventual ‘risco a população’, não havendo discricionariedade para a aprovação *contra legem*.

51. Tem-se, portanto, para os casos dessa nulidade apontada, afirmar a correição da decisão, pois a própria norma de vigência impõe a abertura de procedimento, assegurado o contraditório e a ampla defesa, com

vistas a julgar a aprovação em desconformidade com os critérios previstos à época, sopesando eventual boa-fé de terceiros:

‘Art. 24. São deveres dos médicos participantes do Projeto, além de outros estabelecidos nas regras definidas para o Projeto, em editais e termos de adesão e compromisso:

I - exercer com zelo e dedicação as ações de capacitação;

II - observar as leis vigentes, bem como normas regulamentares;

Art. 26. O descumprimento das condições, atribuições, deveres e incursão nas vedações previstas no Projeto sujeitará o médico participante às seguintes penalidades, aplicáveis isoladas ou cumulativamente:

[...]

III - desligamento do Projeto, com cancelamento do registro provisório expedido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e do registro de estrangeiro.

Art. 28. As penalidades previstas nos incisos II e III do art. 26 serão aplicadas, de ofício ou mediante provocação, pela Coordenação do Projeto, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, sendo obrigatória a apresentação pelo supervisor de relatório, documentos e manifestação quanto à conduta imputada ao médico participante para fins de decisão acerca de eventual aplicação de penalidade.

[...]

§ 5º Além dos casos previstos no art. 27 e nos §§ 2º e 3º deste artigo, outras infrações ao disposto na Medida Provisória nº 621, de 2013, nesta Portaria e no termo de adesão e compromisso também estarão sujeitas à aplicação das penalidades de que trata o art. 26.’

CONCLUSÕES

52. No que concerne a compatibilidade de horários para a execução de atividades de supervisão, tema objeto de recurso do item 9.1 da decisão, há de se notar que a atividade desempenhada pelos médicos supervisores não constitui cargo público e, portanto, não está sujeita a limitação constitucional do art. 37, XVI, ‘c’. Verifica-se que a atividade desempenhada deve ser analisada estritamente quanto a qualidade do serviço prestado, sendo a análise da carga horária um aspecto inexigível na atividade do particular em colaboração com o Poder Público, segundo a lei de regência.

53. A análise dos manuais do SIAB e do SISAB, objeto do recurso no item 9.2, permite concluir que os sistemas são alimentados com informações distintas, sendo justificável a ocorrência de inconsistências nos dados consolidados, sendo que a adoção progressiva do SISAB não implica a transferência de informações do SIAB para o novo sistema, mas apenas a substituição gradativa do sistema anterior.

54. O pedido recursal, no que tange a adoção de mecanismos de orientação acadêmica para as atividades de tutoria (item 9.3.1 do *decisum*), deve ser acolhido somente para a extensão do prazo para implementação de medidas de aperfeiçoamento, uma vez que todos os atos praticados pelos tutores devem ser reduzidos a termo (forma escrita), possibilitando o escrutínio das ações empreendidas pelos tutores.

55. Por fim, no ponto em que se discute a atribuição errônea de resultados de provas e prosseguimento de médicos no programa (itens 9.3.2 e 9.3.3), embora parte das ocorrências tenha sido justificada documentalmente, é certo que existe ao menos um caso em que houve aprovação de médica com nota insuficiente no Eixo de Língua Portuguesa, impondo a abertura de procedimento, assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas a avaliar a aprovação em desconformidade com os critérios previstos à época (e a ponderação de um critério inexistente na lei – risco à população), sopesando eventual boa-fé de terceiros, mantendo-se a decisão quanto a irregularidade em questão.

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Deste modo, submete-se à consideração superior a presente análise do pedido de reexame contra o Acórdão 331/2015-TCU-Plenário, interposto pelo Ministério da Saúde, nos termos dos arts. 32, 33 e 48 da Lei 8.443/92, propondo conhecer e dar provimento parcial para:

a) afastar os itens 9.1 e 9.2 do Acórdão;

b) conceder prolongamento do prazo para implementação dos mecanismos indicados no item 9.3.1 do Acórdão, para 120 dias após o exame do presente recurso;

c) manter os itens 9.3.2 e 9.3.3 do Acórdão;

d) dar ciência as autoridades listadas no item 9.11 da decisão.”

É o relatório.