



## 7. Saúde

### 7.1. SUS – Contextualização da Legislação

Com o advento da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas voltadas à área de Saúde passaram a integrar o capítulo da Seguridade Social, a qual, ilustrada como gênero, contemplou também as áreas de Previdência Social e a de Assistência Social também a ela vinculadas.

A Saúde teve definição veiculada no art. 196 da Carta Federal, que assim dispôs:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso *universal* e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso).

Sua prestação ocorre a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços que atendem às diretrizes de descentralização, integralidade de atendimento e participação social, conforme disposto no art. 198 da Carta Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Para a execução dessas atividades, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se constitui no conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

O SUS conta com a participação direta da administração pública, e de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada. Sua regulamentação ocorreu por força do disposto no art. 200 da Constituição, mediante a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (a Lei Orgânica da Saúde), tendo como objetivos:

Art. 5º. *omissis*

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

---

3. a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Logo após sua edição, a Lei Federal nº 8.080/90 sofreu alterações promovidas pela lei nº 8.142/1990, notadamente em relação à previsão de controle social sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera governamental, com a criação das instâncias da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, bem como normas que passaram a disciplinar as transferências intergovernamentais voltadas à área.

De acordo com essa lei, as transferências de recursos da União, realizadas mediante o Fundo Nacional de Saúde - FNS<sup>1</sup>, devem ocorrer de forma regular e automática, para cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Ainda conforme a Lei nº 8.080/90, o planejamento e o orçamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser elaborados de forma ascendente (do nível local até o plano federal), com financiamento decorrente das respectivas propostas orçamentárias. Nessas, deverão constar os recursos oriundos de fontes próprias, e aqueles transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS. A referida lei somente teve regulamentação por meio de decreto em junho de 2011, por meio do Decreto nº 7.508, de 28/06/2011<sup>2</sup>.

Antes desta regulamentação por meio apropriado, a atuação dos agentes que atuam no SUS foi norteada por legislação emitida pelo Ministério da Saúde.

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB SUS) criaram, entre 1991 e 1996, o Piso de Atenção Básica e o repasse automático de recursos do FNS aos fundos municipais. Em seguida, tais normas passaram a denominar-se Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS nº 01/01 (Portaria nº 95 do MS, de 26/01/01) e 01/02 (Portaria MS/GM nº 373, de 27/02/02) aprofundaram o processo de descentralização das ações de saúde, objetivando sua regionalização. O processo de descentralização passa a ser feito orientando-se pela lógica do *arranjo regional* das ações e serviços de saúde e com vistas ao cumprimento dos princípios de *resolutividade* do sistema, *equidade* de acesso, *universalização*, *integralidade*, e *hierarquização* em grau de complexidade crescente. A função dos Estados dentro do SUS passa a ter definição mais precisa, cabendo a esses entes o papel de *coordenação*, *controle*, *avaliação* e *regulação* do sistema de saúde no âmbito do seu território, inclusive com *reforço no papel de controle* (auditoria do SUS). No plano municipal, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) cuidaram de definir os

---

<sup>1</sup> O Fundo Nacional de Saúde - FNS, criado pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, foi reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993 a fim de atender às determinações legais referentes ao SUS, constantes das Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, especialmente às necessidades de transferência regular de recursos pela União aos demais entes federados para a cobertura de ações e serviços de saúde.

<sup>2</sup> O Decreto traz novos dispositivos normativos acerca da Articulação Interfederativa, por meio de novo conceito denominado Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), bem como reiterados dispositivos trazidos já na lei 8.080/1990 acerca da Organização e Planejamento do SUS.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

critérios para enquadramento em gestão plena de saúde, “estágio” no qual o município passa a gerir os recursos financeiros destinados ao pagamento dos serviços prestados pelos conveniados do SUS em seu território (função confiada ao estado, no que tange aos demais municípios).

Posteriormente, ainda por meio de portarias, o Ministério da Saúde introduziu o conceito de Pacto pela Saúde, ao qual os municípios aderiam por meio do cumprimento de determinadas metas de estruturação de ações em seus territórios.

O conjunto de normas acima, vistas de forma sistemática, vigora no formato de atuação do SUS, o qual é estruturado a partir de uma atuação conjunta da União, estados e municípios, cada qual com direção própria. No que tange aos estados, a legislação do SUS define as seguintes atribuições:

1. A elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
2. A elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
3. A administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
4. A promoção da descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
5. Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
6. Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
7. A definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde, no seu âmbito de atividades;
8. Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS;
9. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

## **7.2. Pacto pela Saúde e COAP**

A Portaria nº 399/2006 GM do Ministério da Saúde instituiu o manual intitulado “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, buscando formalizar diretrizes operacionais de atuação por municípios. Com o advento do Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011, foi iniciada uma transição do Pacto pela Saúde para um novo conceito, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), que consiste num acordo de colaboração a ser formalmente celebrado entre entes “para organização da rede interfederativa de atenção à saúde”.

Todavia, como este contrato aproveita alguns princípios inseridos pelo Pacto da Saúde, necessário informar o processo histórico de implantação ainda do Pacto pela Saúde.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

Em fevereiro/2006, com a inserção do Pacto pela Saúde, os gestores do SUS passaram a assumir compromisso público de observância dos princípios constitucionais do SUS.

Foi então reforçada a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Foram extintos os conceitos anteriores de módulo assistencial, município-sede de módulo assistencial, e município-pólo e foi definido novo conceito, denominado “regiões de saúde”,

A divisão do território de estados em regiões de saúde visava garantir, dentro de cada uma, o oferecimento de determinados procedimentos integrantes da média complexidade, buscando, assim, suficiência em atenção básica e parte da média complexidade em cada região de saúde. As responsabilidades não compartilhadas numa região de saúde relativas à atenção básica e a ações básicas de vigilância em saúde deveriam ser assumido por cada município. Quando, todavia, a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não eram alcançadas, deveria ser definida estratégia regional para o seu atingimento, junto com a definição dos investimentos necessários.

Os dados ilustrados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde indicam que em setembro/2012 (última aferição) 4.589 dos 5.565 municípios brasileiros (82,46% do total) haviam aderido ao referido Pacto<sup>3</sup>.

**Percentual de municípios brasileiros que aderiram ao Pacto pela Saúde**

UF	Total de municípios no Estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde	Percentual de municípios
AL	102	102	100,00%
CE	184	184	100,00%
GO	246	246	100,00%
MS	78	78	100,00%
PR	399	399	100,00%
RN	167	167	100,00%
RO	52	52	100,00%
SC	293	293	100,00%
SE	75	75	100,00%
SP	645	645	100,00%
MG	853	841	98,59%
MT	141	135	95,74%
PA	143	134	93,71%
ES	78	71	91,03%

<sup>3</sup> Dados extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) percorrido o roteiro ACESSO À INFORMAÇÃO>SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA>>GESTÃO/FINANCIAMENTO>REGIONALIZAÇÃO>ADESÃO AO PACTO (ou <http://189.28.128.178/sage/>).



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

UF	Total de municípios no Estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde	Percentual de municípios
PE	185	157	84,86%
PB	223	186	83,41%
MA	217	154	70,97%
BA	417	288	69,06%
RR	15	9	60,00%
RJ	92	54	58,70%
AC	22	11	50,00%
AP	16	6	37,50%
RS	496	155	32,25%
PI	224	59	26,34%
AM	62	4	6,45%
DF	1	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>5.565</b>	<b>4.589</b>	<b>82,46%</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde (pagina eletrônica <http://189.28.128.178/sage>).

Obs: Totais recalculados, vez que na data de consulta (14/7/2014) a linha de totalização continha equívoco.

A adesão ao Pacto pela Saúde era um dos requisitos necessários a municípios que desejassem obter repasses financeiros oriundos do Ministério da Saúde. O número de municípios pernambucanos que havia aderido ao pacto, na última aferição (setembro/2012), era de 157, dentre o total<sup>4</sup> de 185, representando, então, 84,86%. Posteriormente, a Portaria n° 1580, de 19/07/2012 viria a afastar esse requisito.

O Decreto Federal n° 7.508, de 28/06/2011, ao introduzir o COAP, buscou firmar novo meio de interação entre entes federativos, buscando ocupar o espaço e ser sucessor do Pacto pela Saúde, de modo a compartilhar recursos e a evitar gastos processados por estes que na essência buscam a mesma ação de saúde. Percebe-se que, embora a pactuação ocorra por ente federativo, a sua efetivação ocorre setorialmente (por região de saúde), conforme “meta” e “resultado esperado” descritos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015: “Implantar o COAP nas doze regiões de saúde” e “COAP implantado nas doze regiões de saúde”.

No âmbito do estado de Pernambuco, a Resolução SES n° 2.547/2014 homologou, em 24/03/2014, dez diretrizes, as quais se desdobram em quinze objetivos e 39 metas mensuráveis, caracterizado como conjunto de metas e indicadores COAP Pernambuco para o exercício de 2013.

Abaixo, a título ilustrativo, são relacionadas algumas destas 39 metas:

<sup>4</sup> O estado possui 184 municípios, mas para esta e para várias outras aferições foi considerado 185 (Distrito de Fernando de Noronha equiparado a município).



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Indicador	Meta em 2013
Cobertura populacional estimada por equipes de atenção básica	70%
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica	33,5%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	73,0%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	50,0%
Razão entre procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	0,63 / 100
Razão entre internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	3,74 / 100
Razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25-64 anos e população da mesma faixa etária	0,52
Razão entre exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,31
Proporção de partos normais	48,0%
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	60,0%
Taxa de mortalidade infantil	13,39 / 1000
Proporção de Cura e Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	63%
Número (absoluto) de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	15
Número Absoluto de Óbitos por Dengue	43

fonte: Anexo (planilha de pactuação de indicadores e metas) da Resolução SES 2547, de 24/03/2014.

A sistemática de definição dos indicadores acima e de seu monitoramento teve previsão da Portaria MS nº 05, de 19/06/2013. Conforme se percebe, o fato de a sistemática de criação de indicadores e metas relativas a 2013 terem sido previstos nacionalmente no curso do exercício referido e homologadas no estado de Pernambuco em 2014 (portanto *a posteriori*) sugere um estágio ainda inicial de implantação da sistemática do COAP em âmbito nacional.

### 7.3. Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

Conforme define o art. 4º, §1º da Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de setembro de 2006, são “instrumentos básicos de planejamento do SUS”, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

O sítio eletrônico da Secretaria de Saúde estadual<sup>5</sup> traz na aba intitulada “Informações de Saúde” o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Por outro lado, não apresentava, até a data de 30 de junho de 2014, o Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado referente a 2013, o qual, segundo informado pela Secretaria de Saúde do estado (Ofício Gabinete 883/2014) “foi enviado ao Conselho Estadual de Saúde no dia 30/03/2014 [...] encontrando-se em processo de análise”, o que é corroborado por informação constante do sistema SARGSUS<sup>6</sup> (Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão). A obrigatoriedade de utilização do referido Sistema SARGSUS para alimentação dos Relatórios Anuais de Gestão foi estabelecida a partir da competência 2012, conforme Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012. Ainda na mesma consulta, foi verificado que o RAG cuja análise pelo

<sup>5</sup> Consultas efetuadas nos endereços [www.informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude/](http://www.informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude/) (relativo ao Plano Estadual de Saúde) e [www.informacoes-em-saude/relatorio-anual-de-gestao/](http://www.informacoes-em-saude/relatorio-anual-de-gestao/) (Relatório Anual de gestão)

<sup>6</sup> Consulta efetuada no endereço <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus> em junho de 2014.





ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

---

Conselho Estadual de Saúde foi o relativo a 2012, ocasião em que o relatório teve aprovação **com 41 ressalvas**.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 traz, após diversos dados estatísticos expostos no capítulo “Análise Situacional”, as áreas de atuação em atenção básica (controle de hanseníase, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, metas de saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde) e em procedimentos de alta e média complexidade. No capítulo 3 do citado Plano Estadual, intitulado “Descentralização e Regionalização da Saúde”, todavia, não são identificados indicativos que possam sugerir **desconcentração** dos níveis de recursos de saúde por especialidades atualmente existentes no estado (quanto a isso verificar exame efetuado com base em dados do CNES, no item 7.9 deste relatório).

Faz-se necessário destacar a importância deste documento para adequado planejamento das ações de saúde, devendo nele constar as seguintes informações: (a) o resultado da apuração dos indicadores de saúde; (b) a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); (c) as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores), segundo exposto na Portaria GM/MS 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

#### **7.4. Assistência à Saúde em Pernambuco - Atenção Primária**

A gestão de saúde no estado ainda se depara com alguns desafios, dentre os quais o mais elementar é o de estender o atendimento primário à saúde às localidades mais distantes que compõem as Gerências Regionais de Saúde II a XII implantadas no estado.

O atendimento primário à saúde em nosso país recebe a denominação de Atenção Básica. Foi concebido de forma a exercer a função de “porta de entrada” preferencial do usuário no SUS e se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

A Atenção Básica tem o Programa Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. O programa é consubstanciado na atuação de *Equipes de Saúde de Família*. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são itens necessários para a implantação destas ESF: existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes (média recomendada de 3.000 habitantes), com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e *Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*; bem como número de ACS suficiente para cobrir um máximo de *750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de*

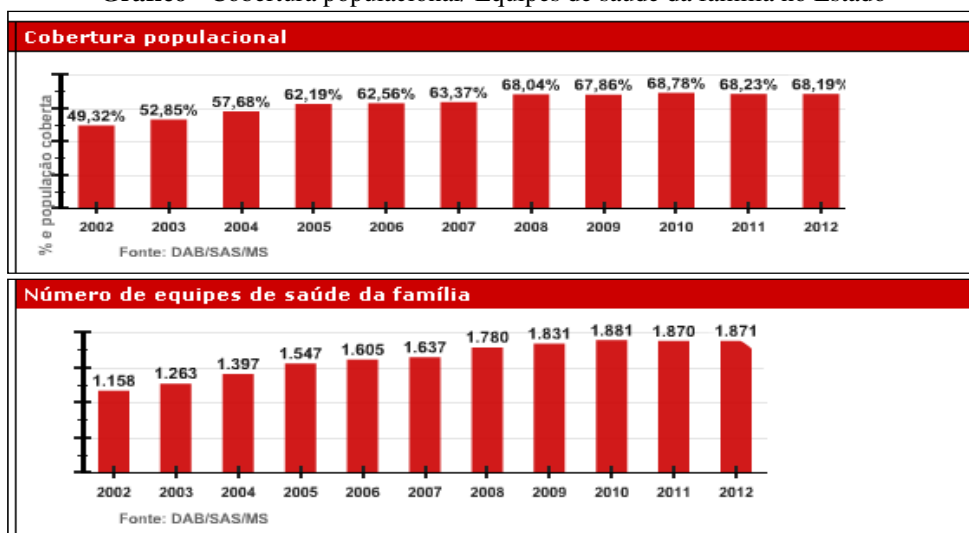


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

*Saúde da Família.* Também atuam na atenção primária à população, direcionando sua atuação na área de Saúde Bucal, outras categorias profissionais, como cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental.

A cobertura populacional por equipes de saúde da família em Pernambuco, assim como os valores repassados, vem aumentando gradativamente. O sítio eletrônico do Ministério da Saúde, que é tomado como fonte, informa que até 2012 havia uma cobertura populacional de 68,12%, com 1.871 equipes de saúde da família (dados mais recentes). Até o mês de julho/2014, a página eletrônica <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> não trazia dados referentes ao exercício de 2013.

Gráfico - Cobertura populacional/ Equipes de saúde da família no Estado



Fonte: DAB/SAS/MS; <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>

## 7.5. Financiamento da Saúde no estado

No que diz respeito ao financiamento das ações de saúde, o total de volume financeiro aportado no estado observa a regulamentação efetuada por meio das Portarias GM/MS nº 204/2007 (alterada pela GM/MS nº 837/2009) e nº 1.497/GM. A Portaria GM/MS nº 204/2007 – que continua recebendo periódicas avaliações – define o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. A segunda estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e especificada por bloco de financiamento.

De acordo com o art. 37 da portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos a serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS para os demais entes federados são segmentados conforme a orientação pretendida. Inicialmente foram definidos cinco blocos de financiamento abaixo discriminados: I - **Atenção Básica**; II - **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**; III - **Vigilância em Saúde**; IV - **Assistência Farmacêutica**; e V - **Gestão do SUS**. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 837/2009 (de





**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

23/04/2009) introduziu um sexto grupo de financiamento denominado VI- **Investimentos na Rede Pública de Saúde**.

Os recursos destinados aos entes devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco de financiamento respectivo, embora a portaria nº 204/GM preveja possibilidades de remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento. Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Segundo os dados gerais contidos no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, o FNS repassou para Pernambuco cerca de R\$ 2,842 bilhões, mas tal valor engloba instituições de outros entes federativos, tanto municipais quanto federais, como o Hospital das Clínicas (que pertence a Universidade Federal de Pernambuco).

A parcela que foi apropriada pelo estado de Pernambuco, segundo o sítio do Ministério da Fazenda, foi obtida quando verificado o total de transferências diretas tendo como beneficiário o Fundo Estadual de Saúde (CNPJ 11.430.018/0001-40), as quais totalizaram, segundo a informação daquele Ministério, em 1,316 bilhão. Divididos por blocos de financiamento, o total informado pelo Ministério da Saúde é assim constituído:

**Repasses do FNS ao Estado de Pernambuco em 2013**

<b>Bloco de Financiamento</b>	<b>Valor Repassado a Pernambuco</b>	<b>%</b>
Assistência farmacêutica	19.261.796,43	1,46%
Atenção básica	854.280,00	0,06%
Gestão do SUS	3.874.453,55	0,29%
Investimento	34.844.855,15	2,65%
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	1.257.367.965,89	95,53%
Vigilância em Saúde	0,00	0,00%
<b>Total</b>	<b>1.316.203.351,02</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde (pagina eletrônica <http://189.28.128.178/sage/>) Transferências diretas; consulta entidades; CNPJ 11.430.018/0001-40.

## **7.6. Rede Estadual de Saúde e Valores Alocados Internamente**

Ao longo da trajetória de implementação do SUS, os serviços de média e alta complexidade prestados à população pelos gestores públicos de saúde originaram-se, em sua maioria, de contratos ou credenciamentos junto a unidades privadas (hospitais, clínicas) com fins lucrativos, filantrópicas ou universitárias. A oferta dos prestadores e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes.

Esta situação compromete a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, aumentando ainda mais as desigualdades regionais. A inadequada acessibilidade dos cidadãos à atenção primária – que deveria ser a “porta de entrada” dos usuários do SUS – contribui para que esta função seja exercida indevidamente com serviços de especialidade e



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

a atenção hospitalar de média complexidade, fato que proporciona gastos públicos ineficazes em se tratando do SUS.

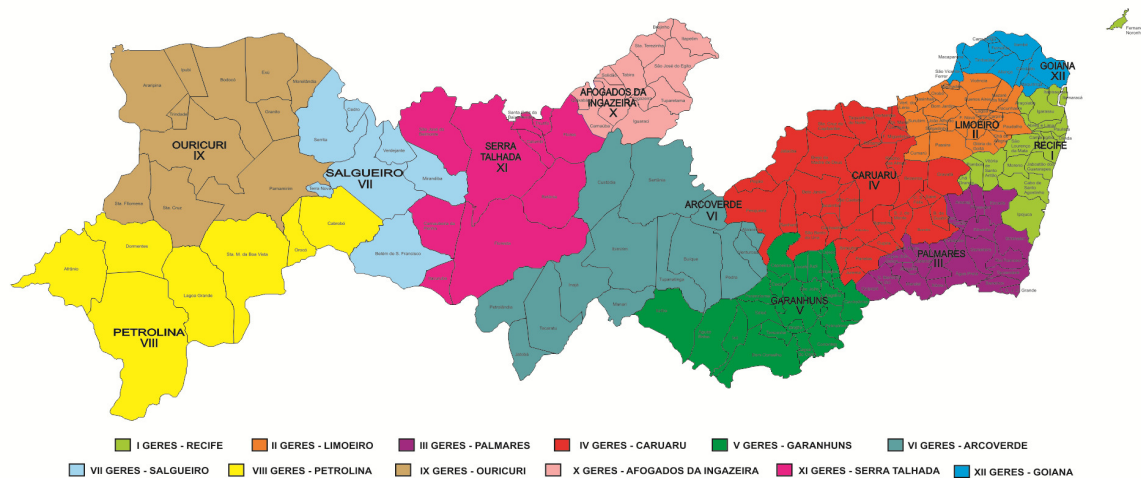
A Rede Estadual de Saúde de Pernambuco encontra-se estruturada da seguinte forma:

- Gerências Regionais de Saúde (GERES);
- Hospitais;
- Unidades de Pronto-atendimento (UPAs);
- Programas;
- Farmácia de Pernambuco;
- Laboratório Central de Pernambuco (LACEN);
- Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA);
- Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE);
- Fundação de Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE);
- Central de Transplantes;
- Central de Regulação;
- Escola de Saúde Pública e;
- Ouvidoria.

A seguir, são oferecidas considerações acerca dos principais órgãos/unidades que integram a estrutura de saúde estadual, bem como os repasses a eles efetuados.

### 7.6.1 Gerências Regionais de Saúde

As Gerências Regionais de Saúde (GERES) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pelos municípios, que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. Quantificadas em número de 12 (doze), as Gerências de Saúde encontram-se assim distribuídas:



Fonte: SES/PE



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Este modelo de gestão da Saúde é concebido de forma a permitir que a atuação e processo de tomada de decisão seja definido em função das particularidades de cada região.

O dado mais recente relativo à população do estado (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>) informa um contingente estimado de 9.208.550 habitantes para o ano de 2013 (distribuídos entre os 184 municípios mais Distrito de Fernando de Noronha), tendo 01/07/2012 como data de referência. Embora o sítio eletrônico do Ministério da Saúde contemple dado ainda de 2011 (8.831.006 habitantes), os dados ali expostos servem para demonstrar a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:

**Distribuição da população do estado por GERES (dado mais recente: 2012)**

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	3.978.934	20	45,06
II GERES	Limoeiro	568.868	20	6,44
III GERES	Palmares	559.158	22	6,33
IV GERES	Caruaru	1.214.326	32	13,75
V GERES	Garanhuns	519.796	21	5,89
VI GERES	Arcoverde	378.678	13	4,29
VII GERES	Salgueiro	140.233	7	1,59
VIII GERES	Petrolina	424.626	7	4,81
IX GERES	Ouricuri	333.404	11	3,78
X GERES	Afogados da Ingazeira	184.183	12	2,09
XI GERES	Serra Talhada	230.333	10	2,61
XII GERES	Goiana	298.467	10	3,38
<b>Total</b>		<b>8.831.006</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/380/aceso-a-informacao.html> (acessar campo denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, aba “Gestão/Financiamento”; Regiões de saúde)

A estratégia de saúde dos estados deve ser definida buscando alocar oferta de profissionais de saúde, leitos hospitalares e serviços de média e alta complexidade no Estado numa proporção próxima à da distribuição percentual acima ilustrada.

Os repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde às doze GERES no exercício de 2013 totalizaram R\$ 40,3 milhões (em 2011 e 2012, estes valores alcançaram R\$ 26,8 e 43,1 milhões respectivamente), conforme quadro abaixo:

Gerências Regionais	Repasses Financeiros do FES às GERES			Em R\$
	2011	2012	2013	
<b>I</b>	691.182,55	5.780.866,66	1.743.620,37	
<b>II</b>	4.750.425,72	2.540.089,44	1.499.606,40	
<b>III</b>	6.083.801,69	3.880.605,94	3.588.720,01	
<b>IV</b>	3.822.165,27	6.940.595,41	9.725.636,04	
<b>V</b>	664.063,72	982.922,77	495.575,74	
<b>VI</b>	800.871,32	1.416.740,67	1.112.565,19	
<b>VII</b>	2.676.394,75	6.460.821,12	6.730.106,12	



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Gerências Regionais	2011	2012	2013
VIII	1.016.246,35	1.299.198,42	1.203.796,84
IX	1.093.907,83	1.667.407,42	1.278.265,69
X	2.277.639,98	5.837.688,00	6.343.730,16
XI	2.914.993,67	6.159.002,01	6.471.095,06
XII	Criada em 2012	128.777,14	240.684,47
<b>Total</b>	<b>26.791.692,85</b>	<b>43.094.715,00</b>	<b>40.433.402,09</b>

Fonte: e-Fisco 2011 a 2013

### 7.6.2. Hospitais

A rede hospitalar pública de Pernambuco encontrava-se, segundo dados constantes do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, constituída por 240 unidades hospitalares (públicas e privadas), das quais 179 mantinham convênio junto ao SUS. Esses dados já eram posteriores à inauguração dos Hospitais Dom Helder Câmara, Pelópidas Silveira e Miguel Arraes (ocorrida entre dezembro/2009 e dezembro/2011).

Destacam-se do quantitativo de 179 unidades acima, 8 (oito) hospitais estaduais de grande porte situados na Região Metropolitana do Recife, dos quais os 3 (três) recém-inaugurados acima citados, 01 (um) hospital estadual de grande porte no município de Caruaru e outros 6 (seis) hospitais regionais. Além destas unidades estaduais, destaca-se também o Hospital das Clínicas (UFPE) como unidade federal de grande porte e com atendimento extensivo ao SUS.

De forma resumida, as principais unidades encontram-se abaixo relacionadas:

#### Principais Unidades da Rede Hospitalar de saúde no Estado de Pernambuco

Hospital	Localidade
Hospital da Restauração	Recife
Hospital Getúlio Vargas	Recife
Hospital Agamenon Magalhães	Recife
Hospital Barão de Lucena	Recife
Hospital Geral Otávio de Freitas	Recife
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista
Hospital Geral do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	Caruaru
Hospital das Clínicas (UFPE; federal)	Recife
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Sílvio Magalhães	Palmares
Hospital João Murilo	Vitória de Santo Antão
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Sílvio Magalhães	Palmares

Fonte: SES/PE; Plano Estadual de Saúde 2012-2015



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

Desde o exercício de 2011, os cinco hospitais de grande porte do Recife geridos diretamente pela Secretaria de Saúde (Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena e o Hospital Geral Otávio de Freitas) passaram a ser credenciados como Unidades Gestoras Executoras, o mesmo tendo ocorrido em relação ao Hospital Geral do Agreste, situado em Caruaru, e ao Laboratório Central de Saúde Pública - Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN-PE), o que se deu por meio da Portaria SES nº 083/2010.

A referida norma alterou o processamento orçamentário e financeiro dos recursos a elas repassados. Anteriormente, os recursos financeiros lhes eram disponibilizados através de REFIN, a exemplo do aplicado atualmente às GERES, e suas prestação de contas a estas eram enviados. Após o credenciamento como Unidades Gestoras, tais hospitais passaram a efetuar o processamento orçamentário e financeiro junto ao e-Fisco, bem como a prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado, permanecendo, de toda forma, sob a gestão administrativo-financeira da própria Secretaria de Saúde estadual.

Os totais repassados aos referidos estabelecimentos de saúde (credenciados como Unidades Gestoras) nos exercícios de 2011 a 2013 são demonstrados na tabela a seguir.

<b>Repasses aos hospitais da rede estadual</b>		<b>Em R\$</b>	
<b>Hospital</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>HR</b>	47.094.648,93	68.393.882,62	79.448.370,92
<b>HAM</b>	38.406.521,27	43.127.680,99	46.977.214,33
<b>HOF</b>	28.628.737,20	36.212.445,73	42.074.252,07
<b>HGV</b>	28.388.861,21	27.540.203,80	36.599.533,56
<b>HBL</b>	27.787.700,17	35.963.991,92	37.580.682,37
<b>HGA</b>	20.152.026,90	29.491.221,90	26.871.482,83
<b>TOTAL</b>	<b>190.460.506,68</b>	<b>240.731.438,96</b>	<b>269.553.549,08</b>

**Fonte:** e-Fisco 2011 a 2013 (Balanço Sintético; Repasses Recebidos)

No que tange aos Hospitais Miguel Arraes de Alencar, Dom Hélder Câmara e Pelópidas da Silveira, inaugurados entre dezembro/2009 e dezembro/11, o Governo do Estado de Pernambuco optou por neles implantar um modelo de gestão indireto, se utilizando de Organizações Sociais. Assim, foram celebrados contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais – OS's, o que tornou a gestão e prestação de contas daqueles hospitais segundo os modelos definidos para essas instituições.

Tal modelo é caracterizado por maior autonomia gerencial a que são conferidas àquelas organizações na prestação de serviços, sendo o foco deslocado para o controle dos resultados. Ou seja, as Organizações Sociais são dispensadas de determinados procedimentos na compra de serviços e bens. Em contrapartida, se comprometem a atender



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

metas estabelecidas nos contratos de gestão e não devem se afastar do cumprimento dos princípios da administração pública.

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2013, às Organizações Sociais que administram 08 (oito) hospitais públicos, somou R\$ 300,5 milhões (31,2% a mais que em 2012, quando foram repassados R\$ 229 milhões).

Em 2013, o total repassado às Organizações Sociais para administrar hospitais segundo o modelo de gestão por OS ultrapassou, pela primeira vez, o total repassado aos hospitais de grande porte administrados diretamente pela SES, tendo sido equivalente a 111,5% dos R\$ 269,5 milhões repassados aos seis hospitais submetidos à administração própria pela Secretaria de Saúde (HR, HAM, HGV, HGOF, HBL e HRA).

A seguir, são apresentados os hospitais que se encontravam submetidos ao modelo de gestão por Organizações Sociais ao final de 2013:

**Hospitais administrados por Organizações Sociais**

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista	
Regional Dom Malan	Petrolina	
Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	Fundação Manoel da Silva Almeida
Sílvio Magalhães	Palmares	
João Murilo	Vitória de Santo Antão	Hospital do Tricentenário
Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	Santa Casa de Misericórdia do Recife

Fonte: SES/PE

Dos oito hospitais acima, os sete primeiros já se encontravam geridos por Organizações Sociais no início do exercício. O contrato de gestão nº 02/2013, celebrado pela Secretaria de Saúde do Estado, deu início a esse modelo de gestão no Hospital Regional Fernando Bezerra em Ouricuri.

Outras considerações acerca das Organizações Sociais com as quais o estado manteve contratos de gestão em 2013 serão objeto de comentário no Capítulo 10, intitulado “Terceiro Setor”.





**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

### 7.6.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passaram, desde janeiro de 2010, a integrar a rede estadual pública de urgência e emergência, com o objetivo de preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS e mitigar as grandes emergências, sobrecarregadas com vítimas de acidentes de trânsito e violência.

Essas unidades de saúde funcionam 24 horas por dia e atendem as especialidades de Ortopedia, Clínica médica e Pediatria. A estrutura conta com consultórios, área de acolhimento com classificação de risco, leitos de enfermagem, salas de Raio-X e inalação coletiva (nebulização).

A gestão das Unidades de Pronto Atendimento no estado é atualmente submetida às Organizações Sociais, existindo, ao final de 2013, 14 (catorze) UPA's em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

#### **Unidades de Pronto Atendimento administradas por Organizações Sociais**

<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>	<b>Organização Social (gestora)</b>
Olinda - Gregório Lourenço Bezerra	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Igarassu - Honorata de Queiroz Galvão	
Paulista - Geraldo Pinho Alves	
São Lourenço da Mata - Professor Fernando Figueira	
Barra de Jangada - Wilson Campos	
Engenho Velho - Carlos Wilson	
Caruaru - Dr. Horácio Florêncio	
Cabo de Santo Agostinho - Deputado Francisco Julião	
Imbiribeira - Maria Esther Souto Carvalho	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS
Torrões - Dulce Sampaio	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Nova Descoberta - Solano Trindade	Fundação Manoel da Silva Almeida
Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	Fundação Manoel da Silva Almeida
Curado - Fernando de Lacerda	Hospital do Tricentenário
Ibura - Pediatra Zilda Arns	

**Fonte:** SES/PE

Em 2013, conforme relatado no capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi destinado o montante de R\$ 164,3 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 Unidades de Pronto Atendimento - UPA's (em 2012 haviam sido transferidos R\$ 161,56 milhões para o mesmo conjunto de Organizações Sociais).

### 7.7. Execução Orçamentária na Função Saúde

Em 2013, foram liquidadas despesas na função Saúde no valor de R\$ 4.473.283.654,21. Tal montante representou a segunda maior despesa orçamentária do



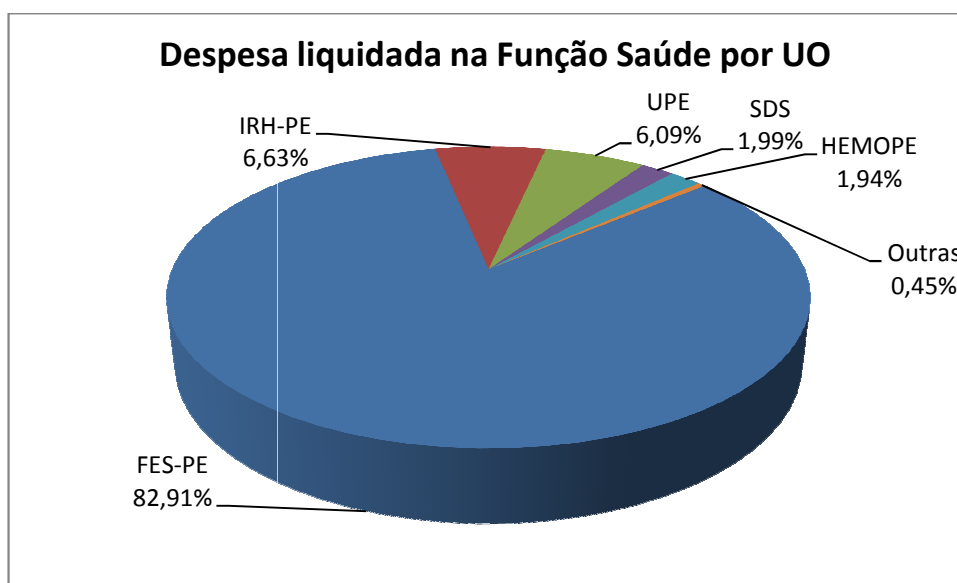
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Estado, correspondendo a 16,49% do total da despesa liquidada no exercício. Deste valor, cerca de R\$ 4,24 bilhões foram despesas correntes e R\$ 235,68 milhões foram despesas de capital.

Ressalta-se, entretanto, que essa despesa contempla as ações de saúde executadas no âmbito do orçamento fiscal, nada dispondo acerca dos gastos realizados pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE, que figura apenas no orçamento de investimento das empresas estatais.

### 7.7.1. Despesas por Unidades Orçamentárias - UO

De acordo com dados obtidos no e-Fisco, as unidades orçamentárias - UO que mais executaram despesas em Saúde foram o Fundo Estadual de Saúde (FES), o Instituto de Recursos Humanos (IRH) e Universidade de Pernambuco (UPE), conforme os percentuais expostos a seguir:



Fonte: e-Fisco 2012

### 7.7.2. Despesas por Subfunção

Em 2013, as despesas liquidadas na função Saúde, por subfunção, foram as seguintes:

Subfunção	Valor empenhado	Em R\$
		Percentual empenhado na Subfunção
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.521.963.899,43	<b>78,73%</b>
122 - Administração Geral	489.116.278,00	<b>10,93%</b>
846 - Outros Encargos Especiais	219.498.830,83	<b>4,91%</b>
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	168.052.277,82	<b>3,76%</b>



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

301 - Atenção Básica	33.342.963,93	<b>0,75%</b>
305 - Vigilância Epidemiológica	11.751.792,41	<b>0,26%</b>
126 - Tecnologia da Informação	11.616.532,25	<b>0,26%</b>
128 - Formação de Recursos Humanos	5.443.729,82	<b>0,12%</b>
421 - Custódia e Reintegração Social	4.300.251,66	<b>0,10%</b>
121 - Planejamento e Orçamento	4.040.675,35	<b>0,09%</b>
304 - Vigilância Sanitária	2.704.909,07	<b>0,06%</b>
125 - Normatização e Fiscalização	705.665,40	<b>0,02%</b>
244 - Assistência Comunitária	546.906,34	<b>0,01%</b>
131 - Comunicação Social	195.289,90	<b>0,00%</b>
571 - Desenvolvimento Científico	3.652,00	<b>0,00%</b>
<b>Total</b>	<b>4.473.283.654,21</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2013

A Subfunção 302 - *Assistência hospitalar e ambulatorial* foi responsável isoladamente por 78,73% dos recursos liquidados na função Saúde. A tabela a seguir apresenta os programas classificados nesta subfunção que aplicaram mais recursos.

Programa	Valor
1033 - Melhoria da Atenção à Saúde	2.134.116.139,20
0984 - Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações do Fundo Estadual e Saúde - FES-PE	788.090.824,87
0141 - Atendimento à Saúde dos Servidores Beneficiários do SASSEPE	294.987.243,09
0061 - Promoção da Saúde	204.008.767,56
0963 - Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações da Secretaria de Defesa Social	89.054.801,65
0065 - Conservação e Ampliação das Unidades de Ensino e de Saúde da Universidade de Pernambuco	7.996.757,02
0083 - Prevenção, Promoção e Assistência à Saúde no DEFN	2.684.719,02
0527 - Promoção das Ações Finalísticas da Fundação HEMOPE	1.024.647,02
<b>Total</b>	<b>3.521.963.899,43</b>

Fonte: e-Fisco.

O programa 1033 – Melhoria da Atenção à Saúde, presente na programação orçamentária do FES-PE, representou 60,59% do total liquidado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Das ações que pertencem a este programa, classificadas na subfunção indicada, a atividade 4610 – Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública, juntamente com a atividade 4611 – Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Complementar, representaram 89,24% do total liquidado, alcançando um valor de R\$ 1.904.512.244,39.

O programa 0984 – Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações do Fundo Estadual e Saúde - FES-PE, presente na programação orçamentária do FES-PE, por sua vez, representou 22,38% do total liquidado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Dentre as ações pertencentes a esse programa, apenas a atividade 0602 – Manutenção do Pessoal da Secretaria de Saúde e do Pessoal de Residência médica e outras Residências está classificada na subfunção 302 - Assistência



hospitalar e ambulatorial, correspondendo, portanto, a 100% do valor mostrado na tabela anterior no montante de R\$ 788.090.824,87. Tal atividade teve por finalidade garantir a remuneração de pessoal e dos residentes para prestação das atividades fins do sistema de saúde.

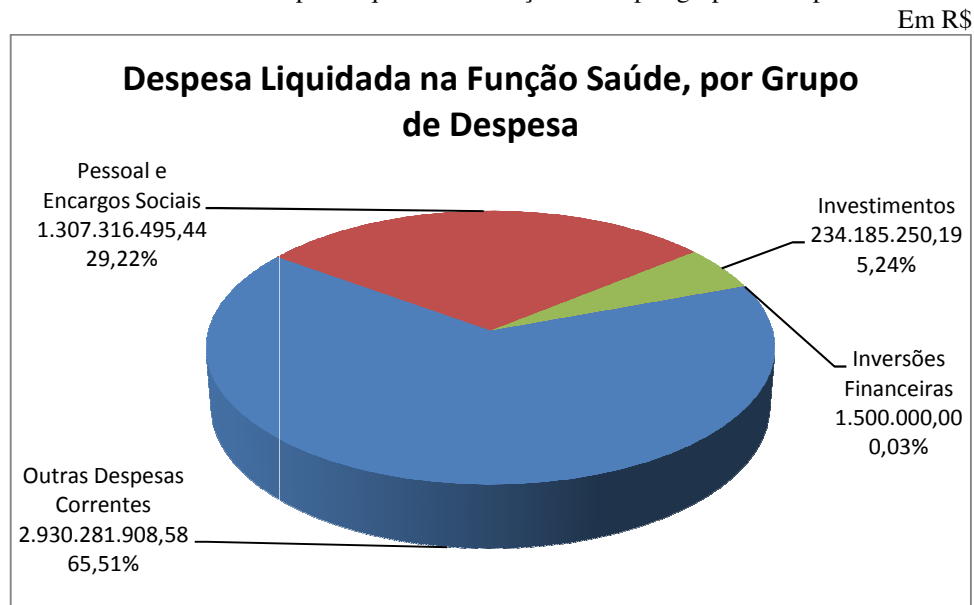
O programa 0141 – Atendimento à Saúde dos Servidores Beneficiários do SASSEPE, presente na programação orçamentária do IRH-PE, correspondeu a 8,38% do total liquidado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Quase a totalidade dos gastos desse programa (98,88%) foi referente à atividade 0299 - Prestação de serviços de atendimento à saúde dos beneficiários do SASSEPE, que tem como finalidade prestar serviços médicos e odontológicos aos servidores beneficiários, através de Unidades de Saúde.

Os demais programas classificados na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial representaram 8,65% do total liquidado na referida subfunção.

### 7.7.3. Despesas por Grupo

Conforme demonstrado abaixo, a despesa liquidada na função Saúde apresentou a seguinte composição por grupo de despesa:

Gráfico 3 – Despesa liquidada na função saúde por grupo de despesa



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2013

As despesas liquidadas na função Saúde, R\$ 4.473.283.654,21, corresponderam aos valores empenhados, não havendo inscrição em restos a pagar não processados. Dentre essas despesas, as que mais se destacaram, por grupo de despesa, foram:



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

### Grupo 1 – Pessoal e Encargos Sociais

Em R\$

Item de gasto	Descrição	Valor
31901101	Vencimentos e Salários Pessoal Civil	814.079.794,25
31911301	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	179.942.393,21
31901612	Produtividade SUS	83.874.706,56
31901143	13º Salário - Pessoal Civil	58.786.218,42
31900401	Contratação por Tempo Determinado - Pessoal Civil - Vencimento e Vantagens Fixas	40.410.217,04
	Outros	130.223.165,96
<b>Total</b>		<b>1.307.316.495,44</b>

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2013

Das despesas liquidadas no grupo 1 (pessoal e encargos sociais), classificadas na função saúde, destacam-se as concernentes aos vencimentos e salários do pessoal civil bem como às obrigações patronais ao FUNAFIN, que juntas representaram 76,04% do total liquidado no referido grupo.

### Grupo 3 – Outras Despesas Correntes

Em R\$

Item de gasto	Descrição	Valor
33903950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	650.207.545,88
33504113	Contribuições - Organização Social - OS	405.727.557,83
33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper. Intra-Orçamentária	340.460.699,49
33504301	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	252.311.738,79
33909239	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	208.873.278,33
	Outros	1.072.701.088,26
<b>Total</b>		<b>2.930.281.908,58</b>

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2013

Em relação às despesas liquidadas no grupo 3 (outras despesas correntes), classificadas na função saúde, destacam-se as relativas aos serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, despesas inerentes à referida função, que representaram 22,19% do total liquidado neste grupo.

O valor das contribuições destinadas às organizações sociais descrito na tabela acima não espelha o valor correto de tais transferências, tendo em vista terem sido observadas contabilizações de repasses financeiros para entidades qualificadas como Organização Social em contas diversas das existentes para tal propósito, a exemplo da conta 3.3.3.50.41.14 – OSCIP, 3.3.90.39.05 – Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica e 3.3.50.43.01 – Subvenções/ Instituição de Caráter Assistencial ou Cultural. Outrossim, verificou-se a existência de contabilizações de valores nas contas 3.3.50.41.13 – Contribuições – Organização Social – OS e 4.4.50.42.12 – Auxílios – Organizações Sociais – OS, que não condizem a valores destinados às OSs. O capítulo 10 – Terceiro Setor, deste relatório, traz o detalhamento de todos esses fatos.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Por fim, ressalta-se que, após os ajustes efetuados no capítulo 10 deste relatório, do total de R\$ 605,95 milhões repassados às OS's, no exercício de 2013, R\$ 482,50 milhões foram repassados às Organizações Sociais da área de saúde, correspondente a 80% do total dos referidos repasses financeiros.

#### Grupo 4 – Investimentos

		Em R\$
Item de gasto	Descrição	Valor
44905102	Obras Públicas de Uso Comum de Povo	174.519.371,34
44905208	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar	24.500.750,49
44909205	Outras Despesas de Exercício Anteriores (DEA)	5.659.586,32
44909202	Equipamentos e Material Permanente – Imobilizáveis (DEA)	5.016.451,55
44905242	Mobiliário em Geral	3.597.326,50
	Outros	20.891.763,99
<b>Total</b>		<b>234.185.250,19</b>

**Fonte:** Sistema Informatizado e-Fisco 2013

**Nota:** DEA – Despesas de Exercícios Anteriores

Em relação às despesas liquidadas referentes a investimentos, classificadas na função saúde, destacam-se as obras públicas de uso comum do povo, que representaram 74,52% do total liquidado neste grupo, entre as quais estão inseridos os gastos destinados à construção e reforma de hospitais e construção de UPAs - Unidade Pernambucana de Atenção Especializada. Em seguida temos a aquisição de Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar, que representou 10,46% do referido total.

#### Grupo 5 – Inversões Financeiras

		Em R\$
Item de gasto	Descrição	Valor
45906101	Aquisição de Imóveis para Uso da Adm. Estadual	1.500.000,00
<b>Total</b>		<b>1.500.000,00</b>

**Fonte:** Sistema Informatizado e-Fisco 2013

Em relação à despesa liquidada referente a inversões financeiras, classificados na função saúde, esta foi referente a pagamento de parcelas de imóvel adquirido pelo FES-PE em São José do Egito.

#### 7.7.4. Fontes de Financiamento

Em 2013, As despesas liquidadas na função saúde tiveram as seguintes fontes de financiamento:

		Em R\$
Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.374.284.151,91
144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.356.152.072,72
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	208.580.291,78





**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	183.225.574,49
244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	150.323.005,94
(A)	Operações de Crédito Diversas	142.926.720,96
102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	28.538.264,44
104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	26.433.454,98
119	Recursos do FRSMA <sup>(B)</sup>	2.734.221,04
242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	85.895,95
<b>Total</b>		<b>4.473.283.654,21</b>

**Fonte:** Sistema Informatizado e-Fisco 2013

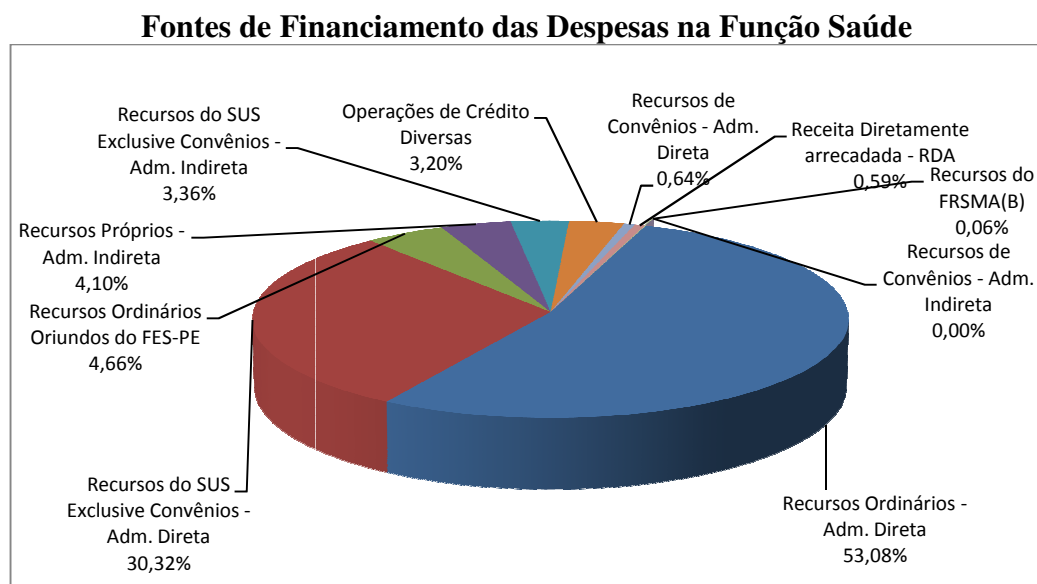
**Notas:** (A) Fontes: 0103 - Recursos de Operações de Crédito - Adm. Direta; 0132 - Programa Multissetorial de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável de Pernambuco-BNDES Estados II; 0135 - Recursos do Proinveste/FINISA - Caixa Econômica Federal; 0136 - Recursos do DPL II (BIRD);

(B) Recursos Decorrentes da Operacionalização da Conta Única para Projetos de Responsabilidade Social e Modernização Administrativa - FRSMA

Verifica-se que, do total de recursos liquidados na função Saúde, 83,39% foram oriundos de apenas duas fontes de financiamento: Recursos Ordinários do Tesouro-Administração Direta e Recursos do SUS Exclusive Convênios – Adm. Direta.

Registra-se que do total dos recursos oriundos de operações de crédito, 92,29% foram provenientes da linha de financiamento Proinveste/FINISA da Caixa Econômica Federal.

O gráfico a seguir ilustra os percentuais das fontes de financiamento das despesas liquidadas na função Saúde.



**Fonte:** Sistema e-Fisco2013

Registra-se que nem todas as despesas classificadas na função saúde são consideradas na verificação do cumprimento do percentual mínimo dos recursos de impostos destinados às ações e serviços públicos de saúde. Diante do que estabelece a Lei Complementar Federal n° 141, passa-se agora a analisar os dados apresentados pelo



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

Governo do Estado por meio do Balanço Geral, referente ao exercício financeiro de 2013, concernentes ao cumprimento do referido percentual.

### **7.8. Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde**

A Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00, mediante alterações promovidas no art. 198 da Constituição Federal, impôs à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a obrigatoriedade de aplicação de um mínimo de recursos oriundos de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. É o que estabelece o § 2º, inserto no art. 198 por força da referida Emenda:

Art. 198. omissis

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:"

I – omissis

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – omissis

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal nº 141, que regulamentou o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O artigo 6º da Lei Complementar Federal nº 141 assim determinou:

Art. 6º. **Os Estados** e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços de saúde, no mínimo, **12% (doze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (grifos nossos)

#### **7.8.1 Formação da base de cálculo**

A base de cálculo sobre a qual é verificado o percentual aplicado de 12% é formada pelos impostos arrecadados diretamente pelo Estado, quais sejam: ICMS, IPVA, ITCD, IRRF, ISS (Fernando de Noronha) e os transferidos pela União como cota parte do FPE, do IPI - Exportação e do ICMS - Desoneração, deduzidas as transferências aos municípios.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

O valor da base de cálculo, R\$ 14.580.277.758,17, apresentado no Balanço Geral do Estado confere com os dados obtidos por meio do e-Fisco. Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2013 correspondeu a R\$ 1.749.633.330,98.

## **7.8.2 Aplicação dos Recursos**

### ***Informações trazidas pelo demonstrativo***

Por meio do Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2013, o Estado de Pernambuco informa ter aplicado em Saúde R\$ 2.180.865.068,55, correspondendo a 14,96% da base de cálculo mencionada anteriormente.

As unidades Orçamentárias responsáveis por tais aplicações foram Fundo Estadual de Saúde – FES-PE (informado como sendo a Secretaria de Saúde), a Universidade de Pernambuco – UPE (informada como sendo o Fundo Estadual de Saúde – FES-PE), Fundação de Hematologia e Hemoterapia – HEMOPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha.

Esses gastos não representam o total das aplicações do Estado com as ações em saúde, uma vez que o seu financiamento ocorre, como visto no item 7.8.4, mediante outras fontes de financiamento.

### ***Equívocos no preenchimento do demonstrativo***

As informações trazidas no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2013, no que concerne às aplicações, apresentou equívocos no seu preenchimento. As ações que se encontram descritas como sendo da Secretaria de Saúde na realidade são do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE. As ações descritas como sendo do FES-PE pertencem à Universidade de Pernambuco – UPE.

A Ação “Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos Excepcionais e Especiais”, apesar de aparecer no demonstrativo ora em análise, não compõe o rol de ações presentes na Lei Orçamentária Estadual para 2013, nem tampouco consta do e-Fisco 2013. Na realidade, os valores trazidos pelo Demonstrativo como sendo desta ação, no valor de R\$ 46.009.905,40, deverão ser somados ao da ação, “Implementação da Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos Excepcionais e Especiais”, no valor de R\$ 25.697.288,87, perfazendo um total de R\$ 71.707.194,27, que é o valor que consta no e-Fisco.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

***Ações com valores a menor no demonstrativo***

Algumas ações incluídas no demonstrativo apresentaram valores menores que os constantes no e-Fisco. Conforme consulta ao referido Sistema, as despesas liquidadas nas ações a seguir elencadas foram as seguintes:

<b>Descrição da Ação</b>	<b>Valor no Demonstrativo</b>	<b>Valor no e-Fisco</b>	<b>Diferença</b>
2141 - Ações e Serviços Ofertados pelo LACEN	8.794,20	11.372,29	2.578,09
2178 - Ampliação da Cobertura Estadual de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/SAMU	12.811.118,54	13.097.993,54	286.875,00
3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS	923.213,38	925.309,00	2.095,62
4217 - Melhoria da Atenção Básica	24.192.437,54	24.193.546,56	1.109,02
4231 - Melhoria do Atendimento Ambulatorial e Auxiliar	552.969,49	554.047,26	1.077,77
4405 - Suporte às Atividades Fins do Fundo Estadual de Saúde - FES-PE	208.268.635,63	208.272.292,59	3.656,96
<b>Total</b>	<b>246.757.168,78</b>	<b>247.054.561,24</b>	<b>297.392,46</b>

Fonte: Sistema e-Fisco2013

***Da contabilização das ações da UPE, HEMOPE e DEFN***

O estado passou a demonstrar, no Balanço Geral do Estado 2013, os valores efetivamente utilizados pelo HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN) em vez dos valores a estas entidades repassados, proporcionando, desta forma, maior transparência à indicação de ações e serviços de saúde, a qual é verificada quando do detalhamento das ações que efetivamente utilizaram os recursos oriundos do FES-PE. Para tanto, foi utilizada a fonte de recursos 0271 – Recursos Ordinários Oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE, a qual, conforme se verificou, consistiu num “desmembramento” da fonte 0101.

Em razão dos recursos terem sido processados inicialmente por ações existentes no Fundo Estadual de Saúde – FES-PE, há a observação do disposto no parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar nº 141/2012, que definiu que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Entretanto, o artigo 14 da Lei Complementar 141/2012 determina que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. Desta forma, necessário se faz que o gestor do FES-PE dê ciência das ações financiadas com recursos ordinários oriundos do referido Fundo, informando que estas cumprem os princípios, diretrizes e disposições definidos nos artigos 2º e 3º da referida Lei Complementar.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

---

### *Dos Restos a Pagar*

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 define em seu artigo 24, inciso II, que, para efeito de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, serão consideradas as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

Em 2013, não houve inscrição de restos a pagar não processados nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde.

Em relação aos restos a pagar processados, é necessário que, para serem considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde, haja disponibilidade de caixa ao final do exercício nas fontes utilizadas.

Os saldos das disponibilidades financeiras por fonte de recursos existentes ao final de dezembro, na conta contábil nº 193290200, do sistema informatizado e-Fisco, reflete a disponibilidade por fonte de recursos já diminuída das despesas liquidadas realizadas ao longo do exercício financeiro, estando, portanto, incluídos os valores dos restos a pagar processados, já que estes se referem a despesas empenhadas e liquidadas, porém ainda não pagas.

Nesse sentido, a disponibilidade por fonte, diante da sistemática de registro admitida pelo e-Fisco, pode vir a ser positiva, indicando “sobra de recursos”; pode ser nula, indicando a inexistência de saldo financeiro para outros compromissos não liquidados; ou negativa, indicando a insuficiência de saldo financeiro tendo em vista a liquidação de despesa em volume superior à disponibilidade financeira existente.

As despesas ora em análise referem-se àquelas financiadas com o produto da arrecadação de impostos com vistas ao cumprimento da aplicação do percentual mínimo de 12% dessas receitas em ações e serviços públicos de saúde. Quando da contabilização dessas receitas, a fonte de recursos utilizada, classificação que indica a origem e vinculação dos recursos, é a 0101 – recursos ordinários. Logo, a disponibilidade a ser observada será aquela existente na fonte 0101 – recursos ordinários do Fundo Estadual de Saúde – FES- PE, que ao final de 2013 era de R\$ 64.273.580,80.

Para as despesas liquidadas pelas unidades orçamentárias UPE, HEMOPE e DEFN, tem-se que verificar a disponibilidade de recursos na fonte 0271, pois esta indica os recursos ordinários oriundos do FES-PE que financiaram as despesas em ações e serviços públicos de saúde realizados pelas referidas unidades orçamentárias. Ao final de 2013 a disponibilidade de recursos na fonte 0271 na UPE foi de R\$ 4.797.303,77, no DEFN foi de R\$ 117.728,03 e no HEMOPE de - R\$ 7.385.906,58. Portanto, os restos a pagar processados do HEMOPE no valor de R\$ 1.298.410,14 não poderão ser considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde em razão do saldo da fonte 0271 do HEMOPE estar com saldo negativo.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

O artigo 24, § 1º, da Lei Complementar Federal 141/2012, estabelece que “A disponibilidade de caixa vinculada aos restos a pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ação e serviços públicos de saúde”. Nesse aspecto, a Lei Complementar Federal procura garantir que os valores de restos a pagar, considerados em anos anteriores como aplicação em saúde, de fato sejam executados, mediante a obrigatoriedade de utilização dos possíveis valores cancelados. Para tanto, o § 2º do mesmo artigo 24, determina que “Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente”. Logo, além de garantir a aplicação, de fato, dos recursos, evita-se que estes sejam considerados novamente no cálculo do mínimo constitucional de saúde no exercício em que for utilizado, tendo em vista já o ter sido no exercício em que foi inscrito como restos a pagar.

Em 2012, houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve o cancelamento de R\$ 578.000,61 ao longo de 2013, que pela legislação já mencionada, deverá ser aplicado até o final de 2014, mediante dotação específica, em ações e serviços públicos de saúde, já que não foi observada a utilização destes valores no exercício em que foram cancelados.

### ***Percentual de aplicação após ajustes***

Ajustando o valor das aplicações apresentadas no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, considerando a atualização dos valores de algumas ações e a exclusão dos restos a pagar processados relatados, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 2.179.864.050,87, conforme exposto a seguir:

Ajustes para cálculo do percentual de aplicação em saúde	Em R\$ 1,00
Total de aplicações (Demonstrativo)	2.180.865.068,55
(+) Atualização dos valores de algumas ações	297.392,46
(-) RPP inscritos em 2013 sem suficiência de disponibilidade de caixa	1.298.410,14
<b>Total aplicado (entendimento do TCE)</b>	<b>2.179.864.050,87</b>
Base de Cálculo	14.580.277.758,17
Total aplicado (entendimento do TCE)	2.179.864.050,87
<b>% de aplicações (TCE)</b>	<b>14,95%</b>

**Fonte:** Balanço Geral do Estado 2013 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2013, o Estado de Pernambuco, após os ajustes realizados, aplicou 14,95% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, alcançando o percentual mínimo de 12%, exigido pela Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu artigo 6º.





## 7.9. Estudo efetuado

De modo a subsidiar a análise e oferecer um breve retrato das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde no Estado de Pernambuco, foi realizado estudo com base em informações existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), relativa a leitos hospitalares e equipamentos de saúde.

O objetivo principal desse teste foi de, a partir dos dados constantes do cadastro do CNES ao final de 2013, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos esse conceito a leitos e equipamentos de saúde) disponibilizados à rede SUS dentro do estado, bem como aferir o **grau de concentração dos recursos** na região metropolitana da capital no estado.

### 7.9.1. Quantitativos de Leitos Hospitalares e de Equipamentos de Saúde em Pernambuco

#### Leitos Hospitalares

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde contempla 50 tipos diversos de leitos hospitalares agrupados em 07 (sete) segmentos: Cirúrgico, Clínico, Complementar, Obstétrico, Pediátrico, Hospital-Dia e Outras Especialidades. Conforme tal cadastro contemple **as parcelas disponíveis de atendimento ao SUS** (independente de se encontrarem em unidades de saúde públicas ou particulares) e **as parcelas não disponíveis ao SUS**, limitamo-nos a reproduzir abaixo os quantitativos absolutos dos leitos **disponíveis a atendimento ao SUS**.

Assim, o quantitativo total de leitos disponíveis ao SUS, ao final de 2013, agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:

**Leitos Hospitalares disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2013**

Especialidade	Quantidade
Cirúrgico	4.130
Clínico	5.435
Complementar	1.279
Obstétrico	2.475
Pediátrico	2.376
Outras especialidades	2.367
Hospital-dia	169
<b>Total</b>	<b>18.231</b>

fonte: CNES ([http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=26](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26))

O quantitativo acima, quando dividido pela população do estado (9,209 milhões, segundo estimativas do IBGE para 01/07/2013), perfaz um quociente de 1,98 leitos para cada grupo de mil habitantes em Pernambuco, o que, visto unitariamente, encontra-se abaixo da meta definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12/06/2002, que estipula em 2,92 o número mínimo a ser observado pelos estados.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

O quociente acima permite uma análise apenas preliminar. Deve-se ponderar que os diferentes tipos de leitos são igualmente considerados como uma unidade apenas, independentemente dos seus custos de instalação diferenciados, bem como o número total de leitos utilizado no cálculo não se preocupa nesse momento com a sua decomposição por região de saúde.

### **Equipamentos de Saúde**

No que se refere a Equipamentos de Saúde, foram identificados no CNES 80 tipos diferentes, agrupados em 8 (oito) grupos de Equipamentos: Audiologia, Diagnóstico por Imagem, Equipamentos de Infraestrutura, Odontologia, Equipamentos para Manutenção da Vida, Equipamentos por métodos gráficos, Equipamentos por métodos ópticos e Outros Equipamentos.

Os totais de equipamentos disponíveis ao SUS em Pernambuco ao final de 2013 foram:

<b>Especialidade</b>	<b>Quantidade</b>
Audiologia	119
Diagnóstico por imagem	1.797
Equipamentos de infraestrutura	459
Equipamentos de Odontologia	7.270
Equiptos. p/ manutenção da vida	16.754
Equiptos. por métodos gráficos	895
Equips. por métodos óticos	890
Outros Equipamentos	2.026
<b>Total</b>	<b>30.210</b>

fonte:[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=26](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26)

Novamente, deve-se ponderar o caráter apenas quantitativo do número acima, que considera como uma única unidade de equipamento tanto aqueles de maior porte/custo quanto aqueles de características mais simplificadas.

### **7.9.2. Parâmetros Quantitativos Definidos na Portaria GM/MS 1101/2002**

A portaria GM/MS nº 1101, de 12/06/2002, definiu parâmetros de cobertura assistencial do SUS, a serem aplicados pelos estados relativamente a leitos, procedimentos médico-hospitalares e a quantitativos de equipamentos de saúde a serem disponibilizados às populações. Relativamente a procedimentos, a portaria estipula proporção média esperada para as consultas médicas, sobretudo a distribuição esperada entre Básicas, Especializadas e Urgência/Emergência, bem como número de internações aguardadas, por especialidade, calculadas em percentual sobre a população total.

O número de habitantes (em grupos de mil) dividido pelo quantitativo de leitos hospitalares deve atender o quociente mínimo<sup>7</sup> de 2,92. Os equipamentos de saúde, por sua vez, são tratados no item 2.7 do Anexo à Portaria, denominado “parâmetros para cálculo da

---

<sup>7</sup> Simplificadamente, significa que os estados devem ter um leito hospitalar para cada 2.920 habitantes



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

necessidade, da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia”. Relativamente aos leitos hospitalares, o estado alcançou o quociente de 1,98 em 2013 (insuficiente, portanto). Quanto a equipamentos, foram coletados dados junto ao CNES referente àqueles expressamente previstos na Portaria GM/MS nº 1101, de 12/06/2002, como abaixo ilustrado:

**Parâmetros de necessidade dos equipamentos e proporção alcançada em Pernambuco (2013)**

<b>EQUIPAMENTO</b>	<b>PROPORÇÃO ESPERADA</b>	<b>PROPORÇÃO ALCANÇADA</b>	<b>ATENDEU PARÂMETROS?</b>
Máquina para diálise	1 / 15 mil habitantes	1 / 10,3 mil habitantes	Sim
Raio X simples	1 / 25 mil habitantes	1 / 11,3 mil habitantes	Sim
Raio X c/ densitometria óssea	1 / 140 mil habitantes	1 / 317,5 mil habitantes	Não
Mamógrafo	1 / 240 mil habitantes	1 / 71,4 mil habitantes	Sim
Tomógrafo por Raio X Computadorizado	1 / 100 mil habitantes	1 / 148,5 mil habitantes	Não
Tomógrafo por Ressonância Nuclear Magnética	1 / 500 mil habitantes	1 / 307 mil	Sim
Aparelho de ultrassonografia	1 / 25 mil habitantes	1 / 15,2 mil habitantes	Sim

fonte: Portaria GM/MS 1101/2002 e dados extraídos do CNES ([http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Equipamento.asp?VEstado=26](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Equipamento.asp?VEstado=26))

Em dados absolutos, portanto, o estado de Pernambuco somente não havia satisfeito ao final de 2013 a proporção esperada acima relativamente aos itens Raio X com densitometria óssea e Tomógrafo por Raio X Computadorizado (itens 29 e 31 do cadastro de equipamentos do CNES).

### **7.9.3. Grau de Concentração de Leitos Hospitalares e de Equipamentos de Saúde na Região Metropolitana do Recife**

Conforme mencionado, dentre os objetivos pretendidos com a visualização dos dados do CNES, estava não apenas a obtenção de dados absolutos dentro do estado de Pernambuco, mas também a sua distribuição por regiões. Nesse contexto, para facilitar a coleta e interpretação de dados, segregamos os dados totais do estado em duas regiões, designadas simplificadamente por Região Metropolitana da Capital e Interior<sup>8</sup>.

Dessa forma, no estado de Pernambuco, compõem a Região Metropolitana do Recife os municípios do Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itapissuma, Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Moreno,

<sup>8</sup> Embora o estado de Pernambuco seja dividido em 12 Gerências de Saúde, o estudo dividiu todo o território estadual em duas apenas: Região metropolitana da capital e Interior. A área de abrangência da RMR equivale, grosso modo, à da I GERES, sendo acrescidos à área de abrangência desta apenas o Distrito de Fernando de Noronha e os municípios de Pombos, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá e Vitória de Santo Antão.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata. Os demais 170 municípios do estado, bem como o distrito de Fernando de Noronha, foram inseridos no grupo simplificado denominado como “Interior”<sup>9</sup>.

O objetivo, logo, foi o de comparar a quantidade de habitantes para cada leito hospitalar e para cada equipamento trazido na amostra entre as regiões seccionadas nesse estudo (RMR e Interior). Como resultado do exame, foram obtidas as seguintes relações proporcionais:

### Leitos hospitalares

Coletados junto ao CNES os quantitativos de leitos do estado, disponíveis ao SUS, conforme a especialidade e o município de instalação, e considerado o quantitativo de 9,209 milhões de habitantes, calculamos as seguintes relações habitantes/leito no estado:

**Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2013)**

Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Recife	Pernambuco Interior
Cirurgia Geral	(cód. 03)	Qtde de leitos	857	1.163
		(habitantes/ leito)	<b>(4.466,96)</b>	<b>(4.626,67)</b>
Cardiologia Cirúrgica	(cód. 02)	Qtde de leitos	131	17
		(habitantes/ leito)	<b>(29.222,76)</b>	<b>(316.518,75)</b>
Obstetrícia Cirúrgica	(cód. 10)	Qtde de leitos	516	592
		(habitantes/ leito)	<b>(7.418,96)</b>	<b>(9.089,22)</b>
Pediatria Cirúrgica	(cód. 68)	Qtde de leitos	221	36
		(habitantes/ leito)	<b>(17.322,09)</b>	<b>(149.467,19)</b>
Oncologia Cirúrgica	(cód. 12)	Qtde de leitos	179	17
		(habitantes/ leito)	<b>(21.386,49)</b>	<b>(316.518,75)</b>
NeuroCirurgia	(cód. 09)	Qtde de leitos	273	20
		(habitantes/ leito)	<b>(14.022,64)</b>	<b>(269.040,94)</b>
Clínica (Geral)	(cód. 33)	Qtde de leitos	1.426	2.616
		(habitantes/ leito)	<b>(2.684,56)</b>	<b>(2.056,89)</b>
Cardiologia Clínica	(cód. 32)	Qtde de leitos	303	59
		(habitantes/ leito)	<b>(12.634,26)</b>	<b>(91.200,32)</b>
Obstetrícia Clínica	(cód. 43)	Qtde de leitos	244	1.121
		(habitantes/ leito)	<b>(15.689,27)</b>	<b>(4.800,02)</b>
Pediatria Clínica	(cód. 45)	Qtde de leitos	664	1.457
		(habitantes/ leito)	<b>(5.765,33)</b>	<b>(3.693,08)</b>
Oncologia Clínica	(cód. 44)	Qtde de leitos	171	22
		(habitantes/ leito)	<b>(22.387,03)</b>	<b>(244.582,67)</b>
Neurologia	(cód. 42)	Qtde de leitos	262	16
		(habitantes/ leito)	<b>(14.611,38)</b>	<b>(336.301,17)</b>

Fonte: CNES ([http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=26](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26))

<sup>9</sup> A pretensão foi apenas a de separar região metropolitana da capital ante áreas externas a ela, não tendo sido aplicado a “interior” o conceito geográfico (antônimo de “litoral”).



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

Note-se que há maior equivalência na oferta de leitos entre RMR e Interior para especialidades clínicas. No que tange a especialidades cirúrgicas, predomina a concentração de leitos na RMR.

Entre estas especialidades cirúrgicas, há equivalência de distribuição de leitos (entre RMR e Interior) apenas nas especialidades de Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica. Por outro lado, há grande discrepância de oferta para Pediatria, Oncologia, Cardiologia e Neurocirurgia, com carência de recursos no Interior. Ou seja, um paciente que resida fora da Região Metropolitana do Recife e que necessite de um leito hospitalar voltado à especialidade de NeuroCirurgia, por exemplo, tem propensão de se deslocar para a RMR vinte vezes maior do que ser atendido no seu município ou em outro do Interior que lhe seja mais próximo, dada a oferta diminuta de leitos nesses locais.

A concentração de leitos na RMR avança inclusive sobre parte das especialidades clínicas, como observado para as especialidades de Neurologia, Oncologia e Cardiologia. Há boa equivalência na distribuição para a especialidade de Clínica Geral. No que tange às especialidades de Pediatria e Obstetrícia, é verificado efeito inverso: maior concentração de leitos no Interior (evidenciando o esforço público de prevenção de deslocamento de pacientes do Interior para a RMR no que tange a gestantes e crianças).

O retrato apontado ao final de 2013 acima (para o estado de Pernambuco) também tinha sido verificado no estudo comparado oferecido no relatório de contas de governo 2012, realizado entre Pernambuco, Ceará, Goiás e Paraná (Capítulo de Saúde; item 7.10). Ali, viu-se, de forma mais ampla, situação similar nos estados de Ceará e de Goiás (grande concentração de leitos hospitalares SUS nas regiões metropolitanas de Fortaleza e Goiânia), enquanto situação diversa foi constatada no estado do Paraná, ou seja, boa equivalência de distribuição de leitos hospitalares SUS quando comparada a Região Metropolitana de Curitiba e o Interior daquele estado, **inclusive para especialidades cirúrgicas**.

Dada a finalidade na qual se fundamenta a gestão de saúde por unidades administrativas regionais (no caso as GERES), e visando minimizar os deslocamentos para fins de internamento hospitalar, recomendável que os quantitativos leitos/habitante tornem-se **o quanto mais equivalentes possíveis** entre RMR e Interior.

### Equipamentos Hospitalares

Os dados obtidos no CNES oferecem as seguintes relações habitantes/equipamento:

**Quantidade de habitantes por equipamento disponível ao SUS – Pernambuco (2013)**

Equipamento	Código CNES	Disponibilidade	RM Recife	Pernambuco Interior
Audiômetro 1 canal	(cód.91)	Qtde equipamentos	5	6
		(habitantes/ equipamento)	(765.636,26)	(896.803,12)
Audiômetro 2 canais	(cód.92)	Qtde equipamentos	10	7
		(habitantes/ equipamento)	(382.818,13)	(768.688,39)
Eletroencefalógrafo	(cód.42)	Qtde equipamentos	27	25
		(habitantes/ equipamento)	(141.784,49)	(215.232,75)



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Equipamento	Código CNES	Disponibilidade	RM Recife	Pernambuco Interior
Endoscópio Digestivo	(cód.33)	Qtde equipamentos	148	105
		(habitantes/ equipamento)	(25.866,09)	(51.245,89)
Mamógrafo Comando Simples	(cód. 2)	Qtde equipamentos	48	52
		(habitantes/ equipamento)	(79.753,78)	(103.477,28)
RaioX c/ Densitometria Óssea	(cód. 9)	Qtde equipamentos	11	19
		(habitantes/ equipamento)	(348.016,48)	(283.200,98)
Ressonância Magnética	(cód.12)	Qtde equipamentos	12	14
		(habitantes/ equipamento)	(319.015,11)	(384.344,19)
Tomógrafo Computadorizado	(cód. 11)	Qtde equipamentos	30	20
		(habitantes/ equipamento)	(127.606,04)	(269.040,94)
Ultrassom Convencional	(cód.15)	Qtde equipamentos	82	185
		(habitantes/ equipamento)	(46.685,14)	(29.085,51)
Ultrassom Colorido Doppler	(cód.13)	Qtde equipamentos	102	71
		(habitantes/ equipamento)	(37.531,19)	(75.786,18)

Fonte: CNES ([http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=26](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26))

A discrepância entre RMR e Interior, para equipamentos, se afigura em menores proporções que a ilustrada na tabela de leitos hospitalares. Todavia, há de se considerar que, com relação a equipamentos hospitalares, a necessidade de instalação de recursos próximo ao usuário é ainda mais evidente do que em relação a leitos hospitalares, porque equipamentos servem, em regra, para realização de exames e procedimentos de curta duração, o que, também em regra, dispensa o pernoite de paciente/acompanhante fora do seu domicílio.

Assim, se existe justificativa para uma concentração de leito hospitalar em altas especialidades que determine migração de pacientes Interior-RMR quando de internamentos (Oncologia Cirúrgica, por exemplo), a mesma perde consistência quando aplicada a equipamentos hospitalares. Se, como dito, exames não requerem o pernoite de paciente/acompanhante, dever-se-ia considerar o fator transporte/distância quando da definição dos quantitativos de equipamentos instalados (maior disponibilidade de transporte e menores distâncias entre municípios na RMR do que no Interior). Recomendável, então, que a relação **habitantes/equipamento** seja mais favorável a municípios do Interior do que da capital. Noutros termos: se 58,43% da população do estado reside no Interior, recomendável que o percentual de equipamentos disponível à rede SUS aí instalado “parta” desse percentual e até avance alguns pontos percentuais para cima (quando assim aplicado, a relação equipamentos/habitante do Interior se torna mais confortável que o da Região metropolitana da capital). Idêntico raciocínio pode ser entendido como um dos instrumentos de estímulo à fixação do profissional de saúde no Interior.

Nos quantitativos verificados no estado de Pernambuco, a premissa acima (relação mais confortável para habitantes do Interior do que os da região metropolitana da capital) é verificada em relação a apenas dois dos dez equipamentos: Raio X com densitometria óssea e Ultrassom Convencional. Para os demais, a relação continua sendo mais favorável à RMR.

No estudo comparado oferecido no relatório de contas de governo 2012 (Capítulo de Saúde; item 7.10), o retrato identificado no estado de Pernambuco também





**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

---

tinha sido verificado nos estados de Ceará e de Goiás (melhor relação de equipamentos/habitante para regiões metropolitanas de Fortaleza e Goiânia frente aos municípios de Interior), enquanto situação diversa foi constatada no estado do Paraná, no qual todas as dez especialidades da amostra apresentaram uma relação “equipamentos hospitalares/ habitante” mais favorável a municípios de Interior quando comparada às existentes na Região Metropolitana de Curitiba.

Visando reduzir deslocamentos humanos desproporcionais à finalidade pretendida (exames e procedimentos de curta duração), recomendável, portanto, que, a instalação de novos equipamentos hospitalares no estado ocorra de modo a que o percentual de população instalado no Interior (58,43%) seja reconhecido também como o percentual mínimo de equipamentos hospitalares do estado dentre aqueles disponíveis à rede SUS.

**Conclusão:**

Os dados do CNES coletados entre 18 e 20/12/2013 indicam uma relação de leitos hospitalares/habitante, no estado de 1,98 (independentemente do local de instalação), quando a Portaria MS/GM 1.101/2002 define como recomendável um quociente mínimo de 2,92. Relativamente a equipamentos, os quantitativos de máquinas para hemodiálise, raio X simples, mamografia, ressonância nuclear magnética e ultrassom atenderam aos parâmetros globais ali fixados, o mesmo não se podendo inferir quanto aos equipamentos de raio X com densitometria óssea e tomografia computadorizada, cujos parâmetros de 1 equipamento disponível à rede SUS para cada 140 mil e 1 para cada 100 mil habitantes, respectivamente, não havia sido alcançados.

Quando segmentados os quantitativos totais de leitos hospitalares e equipamentos do estado em duas regiões (Região Metropolitana do Recife e Interior), vê-se que os mesmos dados indicam reduzida oferta de serviços à rede SUS no interior do estado, sobretudo quando verificados leitos hospitalares de especialidades de cardiologia, oncologia e neurocirurgia (tanto cirúrgica quanto clínica), e também em relação a equipamentos de saúde, os quais apresentam uma relação habitantes/equipamento mais favorável à área da RMR do que ao Interior do estado.

Conclusivamente, tem-se então, dentro do estado de Pernambuco, um nível elevado de concentração de recursos de saúde na Região Metropolitana do Recife.

Tal retrato, embora sabidamente existente em outros estados da federação, possui meios de gradual reversão a partir da instalação de novos produtos de saúde pública (leitos e equipamentos, sobretudo) em áreas das regiões do Agreste e do Sertão. No estado, o quadro poderia se alterar se instalados esses novos produtos em pontos intermediários entre as cidades de Caruaru e Petrolina, de modo a reduzir os constantes deslocamentos humanos, para fins de internamentos e realização de exames, bem como a estimular a fixação do profissional de saúde em áreas afastadas da RMR.