



7 Saúde

7.1 Sistema Único de Saúde (SUS) – Contextualização da Legislação

O SUS é um sistema único e público de saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142, ambas publicadas em 1990. O SUS se constitui em um 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.

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

O SUS conta com a participação direta da administração pública, e de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada, conforme art. 199 da CF/88 e art. 4º da LOS nº 8.080/90. Segundo esta LOS, os principais objetivos do SUS consistem nas ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. A referida lei orgânica somente foi regulamentada em 28 de junho de 2011, por meio do Decreto nº 7.508¹.

Uma das exigências contidas nos instrumentos normativos do SUS diz respeito ao planejamento das ações. Quanto a esse aspecto define o art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.135, de 2013, são instrumentos básicos de planejamento do SUS, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O §1º do artigo supracitado determina que os instrumentos de planejamento devam compor um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Em 2006, a Portaria GM nº 399 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”.

A divisão do território de estados em regiões de saúde foi instituída com o objetivo de garantir a oferta de determinados procedimentos integrantes da média complexidade, buscando, assim, suficiência em atenção básica e parte da média complexidade em cada região de saúde.

Os dados ilustrados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde indicam que em setembro/2012 (última aferição) 3.994 dos 5.565 municípios brasileiros (71,77% do total)

¹ 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

havam aderido ao referido Pacto². Em Pernambuco, 157 municípios aderiram ao Pacto, representando, então, 84,86%.

A adesão ao Pacto pela Saúde era um dos requisitos necessários a municípios que desejassem obter repasses financeiros oriundos do Ministério da Saúde. O Decreto Federal nº 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.

A LOS nº 8.142/90 regulamentou a participação social, notadamente em relação à previsão de controle 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 estabeleceu mecanismos de financiamento 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, devem ocorrer de forma regular e automática, para cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Entretanto, para receberem os recursos, de que trata o art. 3º dessa lei, todos os entes da Federação deverão contar com, no mínimo: fundo de saúde, plano de saúde, conselho de saúde, relatório de gestão e contrapartida de recursos.

Cabe ressaltar a importância do plano de saúde como condição imprescindível para o repasse de recursos, visto que sua elaboração é exigência contida nas LOS, assim como nas portarias nº 204/2007 e 837/09 que regulamentam as transferências de recurso fundo a fundo. Ressalte-se que, 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.

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

Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas

² Dados extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (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

de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Em relação à obrigatoriedade instituída pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000 sobre o percentual mínimo de recurso público a ser aplicado por estados (12%) e municípios (15%), a Lei Federal nº 141/2012 regulamentou os valores a serem aplicados anualmente pelos entes federados, assim como estabeleceu normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. A lei em comento traz em seu artigo 3º as rubricas que são consideradas despesas com saúde e, em seu artigo 4º o que não pode ser gasto com recurso próprio para fins de comprovação do mínimo aplicado.

7.2 Cenário do SUS em Pernambuco

Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

O sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde³ (SES/PE) traz na aba intitulada “Informações de Saúde” o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Por sua vez, não ilustrava, até a data de 30 de julho de 2015, o Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado referente a 2014. A obrigatoriedade de utilização do referido Sistema SARGUS 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.

Apesar disso, vimos que o referido relatório foi remetido eletronicamente a este Tribunal em março/2015 por ocasião da prestação de contas da Secretaria Estadual de Saúde no item de relatório de gestão.

Destaque-se, dentre as informações constantes do RAG 2014 recebido, o item 5, que trata da Programação Anual de Saúde, a qual contempla 377 metas distribuídas em meio a sete diretrizes. Cada diretriz contempla ações e estas abrigam as referidas metas. Em tais metas, o estado atribui um status de metas: “executada”, “não executada” ou “executada parcialmente”.

O quadro abaixo sintetiza os status aplicados pelo estado a tais metas no âmbito de cada diretriz:

Diretriz	Metas				
	Previstas	Executadas	Não Executadas	Executadas parcialmente	% cumprimento
1. Fortalecer o controle social	52	20	25	7	33%
2. Consolidar política de descentralização e fortalecer a regulação	13	6	6	1	47%
3. Reverter os indicadores inaceitáveis	40	14	6	20	35%
4. Reestruturar o modelo assistencial	195	123	35	37	64%
5. Qualificar e consolidar o modelo de gestão da SES e dos serviços componentes do SUS estadual	29	18	5	6	63%
6. Participar de projetos intersetoriais prioritários	23	16	4	3	70%

³ Consultas efetuadas nos endereços www.informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude/ (relativo ao Plano Estadual de Saúde) e www.informacoes-em-saude/relatorio-anual-de-gestao/ (Relatório Anual de gestão)



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

7. Aperfeiçoar a gestão do trabalho e educação em saúde	25	17	6	2	68%
Total	377	214	87	76	56,76%

O percentual de cumprimento de tais metas pelo estado, considerada cada meta como um número unitário, chega a 56,76% (metas totalmente cumpridas), sendo aplicáveis as seguintes considerações:

- a) A atribuição de status é de autoria do próprio governo estadual;
- b) As três primeiras diretrizes tiveram percentual inferior a 50% e as demais, percentual entre 50% e 70%;
- c) Nenhuma das metas com execução parcial (76) ou não executadas (87) teve justificativa ou reprogramação nesta Programação Anual de Saúde (PAS).

A Portaria nº 2.135/2013, em seu art. 6º parágrafo § 1º, estabelece os itens que o RAG deve conter:

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - **as recomendações necessárias**, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Cumpra observar, assim, que não foram evidenciadas no RAG recomendações referentes às metas de tiveram cumprimento parcial ou não realizadas em 2014. Da mesma forma, não foram especificados percentuais de cumprimento para as metas cuja execução foram informadas como parcialmente executadas.

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.

A Atenção Básica exerce 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.

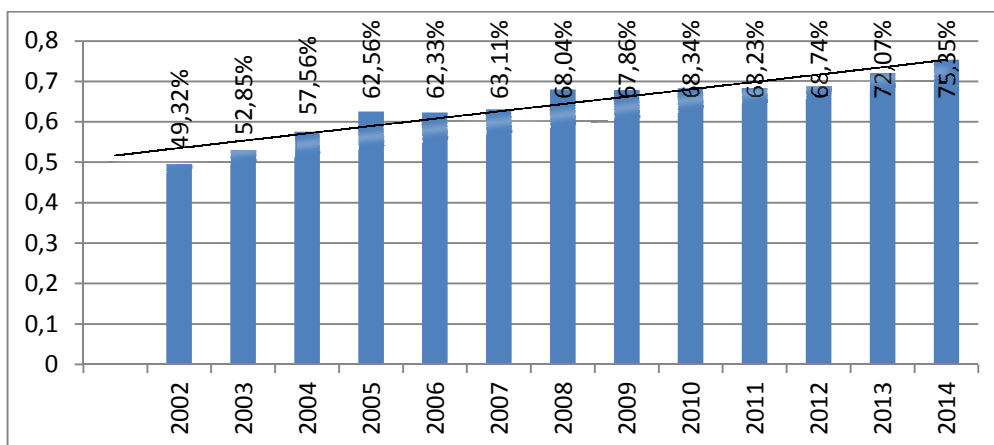
A Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização prioritária da Atenção Básica, conforme preceitua o Sistema Único de Saúde. As Equipes de Saúde de Família são compostas por, no mínimo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também atuam na atenção primária à população outras categorias profissionais como: cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário (ACD) e técnicos em higiene dental (THD).



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

A cobertura populacional por equipes de saúde da família em Pernambuco vem aumentando gradativamente. O sítio eletrônico do Ministério da Saúde informa que em dezembro de 2014 a cobertura populacional de equipes de saúde da família em Pernambuco era de 75,35%, conforme evidencia o gráfico a seguir:

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



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

Por outro lado, recente trabalho de auditoria especial (no processo TCE n° 1403946-1) promovido pela Gerência de Auditoria de Desempenho e Estatísticas Públicas (GEAP) verificou deficiências em Gestão de Pessoas, Planejamento e Financiamento da Atenção Básica, abaixo indicadas:

- Gestão de pessoas: deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- Planejamento: deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, englobando oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera e ausência de registro de contrarreferência dos pacientes; e
- Financiamento: baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica.

O trabalho ensejou Acórdão n° 795/2015, que julgou regulares com ressalvas a referida auditoria, e teceu recomendações na área.

7.3. Rede Estadual de Saúde

O sítio eletrônico da SES/PE traz as unidades e serviços que compõem a Rede Estadual de Saúde de Pernambuco, a qual se encontra estruturada da seguinte forma:

- Gerências Regionais de Saúde (GERES);
- Hospitais;
- Unidade de Pronto-atendimento (UPA);
- Unidade Pernambucana de Atenção especializada (UPAE);
- Programas;



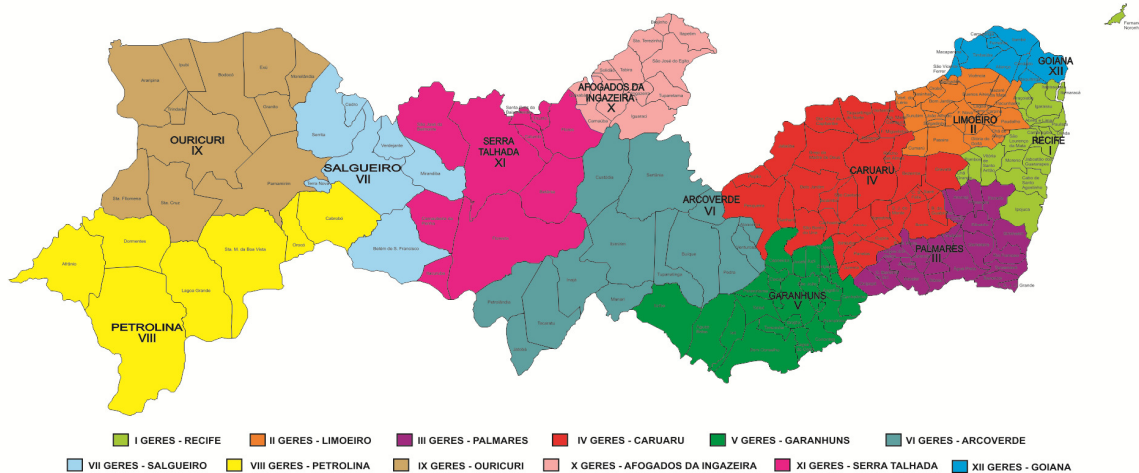
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

- 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.

Passa-se a comentar considerações acerca dos principais órgãos/unidades que integram a estrutura de saúde estadual.

Gerências Regionais de Saúde

O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife- RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regiões 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. As GERES encontram-se assim distribuídas:



Fonte: SES/PE

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.

Os dados relativos à população do estado (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>) informa um contingente estimado de 9.277.727 habitantes para o ano de 2014 (distribuídos entre os 184 municípios mais Distrito de Fernando de Noronha), os quais servem também para demonstrar a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:



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

Distribuição da população do estado por GERES (2014)

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	4.116.153	20	44,37
II GERES	Limoeiro	589.573	20	6,35
III GERES	Palmares	604.678	22	6,52
IV GERES	Caruaru	1.324.382	32	14,27
V GERES	Garanhuns	534.793	21	5,76
VI GERES	Arcoverde	408.604	13	4,40
VII GERES	Salgueiro	144.983	7	1,56
VIII GERES	Petrolina	475.740	7	5,13
IX GERES	Ouricuri	345.311	11	3,72
X GERES	Afogados da Ingazeira	187.244	12	2,02
XI GERES	Serra Talhada	234.379	10	2,53
XII GERES	Goiana	311.887	10	3,36
Total		9.277.727	185	100,00

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)

O percentual da população instalado na I GERES alcança 44,37%. Como essa gerência abrange toda a Região Metropolitana do Recife e mais alguns municípios, viu-se, com base no IBGE, que o percentual da população que reside na RMR representa percentual pouco inferior: de 41,9%. 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 em proporções o mais próximo possível da distribuição percentual acima ilustrada.

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.

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



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

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

Principais Unidades Hospitalares do Estado localizadas na Região Metropolitana de Recife

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 das Clínicas (UFPE; federal)	Recife
Hospital Colônia Professor Alcides Codeceira	Igarassu
Hospital Correia Picanço	Recife
Hospital do Câncer de Pernambuco	Recife
Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres	Jaboatão dos Guararapes
Hospital Geral da Mirueira	Paulista
Hospital Geral de Areias	Recife
Hospital Ulysses Pernambucano	Recife

Fonte: SES/PE. <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais>.

Principais Unidades Hospitalares localizadas no interior do Estado e Fernando de Noronha

Hospital	Localidade
Hospital Belarmino Correia	Goiana
Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	Barreiros
Hospital de Itaparica	Jatobá
Hospital Jesus Nazareno	Caruaru
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru
Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns
Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri
Hospital Regional Geral do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	Caruaru
Hospital Regional Inácio de Sá	Salgueiro
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina
Hospital João Murilo	Vitória de Santo Antão
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães	Palmares
Hospital Regional José Fernandes Salsa	Limoeiro
Hospital São Lucas	Fernando de Noronha

Fonte: SES/PE. <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais>.

A seguir, são apresentados os hospitais e suas OS mantenedoras com contratos de gestão vigentes no final de 2014:

Hospitais administrados por Organizações Sociais

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar



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

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista	
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina	
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	Fundação Manoel da Silva Almeida
Hospital Regional de Palmares Sívio Magalhães	Palmares	
Hospital João Murilo	Vitória de Santo Antão	Hospital do Tricentenário
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru	Fundação Altino Ventura

Fonte: SES/PE.

Cabe salientar que os três grandes hospitais metropolitanos possuem especialidades distintas. O Hospital Dom Hélder (Sul) possui um perfil mais voltado para cardiologia, o Hospital Miguel Arraes (Norte) é especializado em traumatologia e o Hospital Pelópidas Silveira (Oeste) em neurocirurgia e cardiologia. Além dos hospitais metropolitanos, a SES também firmou contratos com organizações sociais para a gestão dos hospitais Dom Malan (Petrolina), João Murilo (Vitória de Santo Antão), Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Sívio Magalhães (Palmares) e Mestre Vitalino (Caruaru).

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

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. O encaminhamento para a rede hospitalar se faz por meio da central de regulação médica de urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

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 enfermaria, 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 2014, 14 (quatorze) UPA's em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

Unidades de Pronto Atendimento administradas por Organizações Sociais

UPA	Organização Social (gestora)
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	



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

UPA	Organização Social (gestora)
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

Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)

Em Pernambuco, a partir de 2013, foram inauguradas as primeiras Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. São serviços que dispõem de consultas com médicos especialistas no interior do Estado, em média 12 (doze) especialidades distintas. As principais especialidades médicas oferecidas nessas novas unidades são: oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia.

Segundo informações colhidas da *home page* da SES/PE, todas as UPAE contam com consultórios e centros de apoio ao diagnóstico e exames, dentre eles: exames laboratoriais, eletrocardiograma, ecocardiograma, mapa, *holter*, teste ergométrico, raios-X, endoscopia e ultrassonografia, entre outros.

Unidades Pernambucana de Atenção Especializada

UPAE	Organização Social (gestora)
Petrolina	Instituto
Garanhuns	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Salgueiro	
Serra Talhada	Hospital do Tricentenário
Afogados da Ingazeira	
Caruaru	Fundação Altino Ventura
Belo Jardim	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
Arcoverde	
Limoeiro	Associação de Proteção Materna e Infantil

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

7.4 Financiamento da Saúde no estado e utilização dos recursos

7.4.1 Origens dos recursos (receitas)

Os recursos aplicados na função Saúde em 2014 foram provenientes, em sua maior parte, de duas origens principais: a arrecadação tributária do estado e os repasses do Fundo Estadual de Saúde. Residualmente também compuseram esse financiamento valores obtidos por meio de operações de crédito e demais fontes de financiamento.

No caso, do total da arrecadação tributária estadual (fonte 0101), o estado destinou à função Saúde a parcela de R\$ 2,82 bilhões. Além disso, deve-se considerar também a parcela de R\$ 247,2 milhões que, originários da arrecadação estadual, culminaram vinculados à fonte 0271. Esse total perfaz R\$ 3,07 bilhões.

Perceba-se que este total não se confunde com o valor aplicado em ações e serviços de saúde, demandado por norma constitucional, que incide sobre fonte de recurso específica e é sujeita a verificações específicas de adequação ao rol de despesas admitidos para a finalidade, a qual será objeto de comentários no item 7.5 deste Relatório.

Por sua vez, foi reconhecida pelo estado uma arrecadação orçamentária de recursos provenientes do SUS no total de R\$ 1,64 bilhão (identificada pela soma das fontes 144 e 244). O valor guarda correspondência com a ordem de grandeza informada pelo estado por ocasião do processamento das despesas que tiveram atribuída a fonte 0144 ou 0244. Quando consultado o sítio eletrônico mantido do Ministério da Saúde, vê-se que a parcela predominante⁴ dos recursos do SUS (97,7%) foi direcionada ao bloco de financiamento “Alta e Média Complexidade Ambulatorial”⁵, que na prática cuida da remuneração de serviços hospitalares e ambulatoriais executados pelos credenciados ao SUS no estado.

Além dos valores acima, das receitas com operações de crédito efetuadas pelo estado em 2014, R\$ 161 milhões foram destinados à função Saúde.

As três origens acima respondem por 93,86% do total de R\$ 5,23 bilhões despendidos em 2014 na função Saúde. As demais, veiculadas no item seguinte, respondem pelos 6,14% que financiaram a Saúde no exercício, conforme gráfico a seguir:

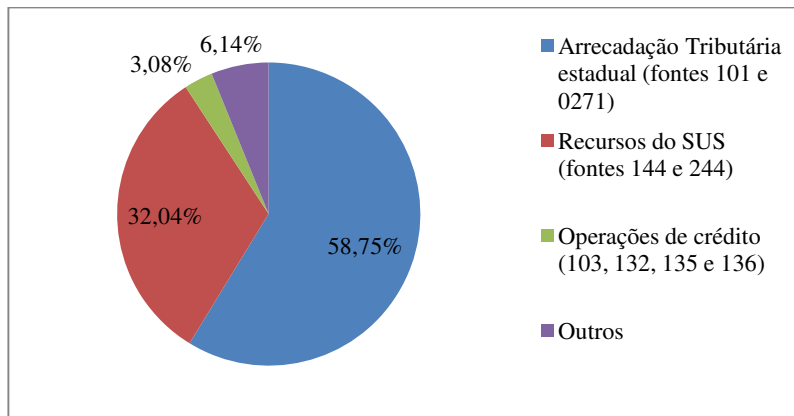
Recursos usados no financiamento das despesas na função Saúde em 2014

⁴ Pesquisa efetuada no portal de saúde do Ministério da Saúde em 07/07/2015, no quadro <http://189.28.128.178/sage/>. Nesta, consta que o FNS repassou para os fundos de saúde instalados em Pernambuco cerca de R\$ 3,62 bilhões, sendo que tal valor engloba o fundo estadual de saúde e todos os fundos municipais, além de unidades federais, como o Hospital das Clínicas (que pertence a Universidade Federal de Pernambuco). Visto apenas o FES (CNPJ 11.430.018/0001-40) como beneficiário, na consulta os critérios de “transferências diretas”, “competência” e “exercício 2014” e (FES), chega-se ao valor de R\$ 1,427 bilhão, dos quais a parcela de R\$ 1,396 bilhão veio direcionada ao bloco de financiamento de “Alta e Média Complexidade”.

⁵ Os repasses advindos do SUS (Fundo Nacional de Saúde) são destinados a aplicações designadas por blocos de financiamento, de acordo com o art. 37 da portaria GM/MS nº 204/2007 atualizada pela Portaria GM/MS nº 837/2009, de 23/04/2009, os quais atualmente são quantificados em seis: I - **Atenção Básica**; II - **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**; III - **Vigilância em Saúde**; IV - **Assistência Farmacêutica**; V - **Gestão do SUS**; e VI- **Investimentos na Rede Pública de Saúde**.



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



Fonte: eFisco 2014

7.4.2 Aplicações (despesas)

Como visto anteriormente, ao processar suas despesas (por ocasião do empenho), o estado efetua novo mecanismo de classificações, em diversos níveis, com vistas a fornecer informações sintéticas e detalhadas da execução orçamentária de suas despesas. Uma das mais amplas dessas classificações que indica as macroáreas de atuação estatal é conhecida como classificação funcional. Através desta, o estado informou que, em 2014, o volume de R\$ 5,23 bilhões de suas despesas esteve relacionado à função 10 (Saúde)⁶, correspondendo a 17,64% do total de despesas do exercício, que atingiu R\$ 29,66 bilhões.

Na gestão das ações de saúde, o estado se utiliza, em maior parte, de dois grandes grupos entre as fontes de recursos: os próprios, advindos principalmente de sua arrecadação tributária, e os provenientes do SUS. Nesse primeiro grupo, é aplicado em Saúde um valor de livre definição pelo estado que, todavia, deve respeitar um montante mínimo de ações e serviços de saúde especificamente definidos pela legislação, os quais não podem ser inferior a 12% das receitas de impostos e transferências correntes (conforme será melhor detalhado no item 7.5). Já os recursos provenientes do SUS devem ser integralmente aplicados na função Saúde. Além desses dois “grupos” de fontes recursos, as operações de crédito também integraram o financiamento da Saúde no exercício, bem como outras fontes de recursos adiante explicitadas.

7.4.2.1 Classificação dos gastos segundo a fonte de recursos (origem)

O total dos valores empenhados relacionados à função saúde (R\$ 5,23 bilhões) teve atribuídas as seguintes fontes de financiamento:

Em R\$		
Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.824.817.162,33
144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.509.152.856,99
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	249.936.988,87
241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	228.548.918,60

⁶ Este foi o segundo maior volume de recursos, dentre as 25 indicadas pelo estado, ficando atrás apenas da função Encargos Especiais, que teve atribuída um volume de despesas de R\$ 6,44 bilhões.



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

244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	167.682.888,67
(A)	Operações de Crédito Diversas	160.959.874,18
102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	25.952.193,31
125	Fundo de Aperfeiçoamento das Atividades Fazendárias	22.264.603,89
104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	22.239.112,50
245	FDS – Administração Indireta	13.096.924,49
128	Compensação Financeira Recursos do Fundo de Petróleo	8.090.739,99
242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	1.270.399,64
Total		5.234.012.663,46

Fonte: e-Fisco 2014

Nota: (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);

A maior parcela de recursos vinculados à função Saúde, portanto, teve como origem informada a de recursos estaduais (fontes principais foram 0101, 241 e 271), sobretudo da fonte de recursos ordinários (não vinculados), caracterizados sob o código de fonte 0101. Os recursos provenientes do SUS também tiveram peso relevante no custeio da função Saúde, sendo representados pela soma das fontes 144 e 244. As demais fontes, inclusive de operações de crédito, tiveram participação residual no financiamento.

7.4.2.2 Gastos por aplicação direta e por meio do Terceiro Setor

Como visto anteriormente, o total de gastos empenhados pelo estado na função Saúde em 2014 atingiu R\$ 5,23 bilhões. Esse valor também pode ser visualizado conforme os itens de gastos, que incluem os mais diversos tipos de produtos, materiais recebidos e serviços tomados. O quadro abaixo ilustra a classificação de itens de gasto utilizada para as despesas com a função Saúde em 2014:

Em R\$

Item de gasto	Descrição	Valor
31.90.11.01	Vencimentos e Salários Pessoal Civil	874.180.462,48
31.91.13.01	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	234.894.597,34
	Outros itens de gasto do subgrupo 3.1	377.480.141,73
Subtotal 3.1 (Pessoal e Encargos Sociais)		1.486.555.201,55
33.90.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	438.667.656,87
33.50.41.13	Contribuições - Organização Social - OS	627.659.333,47
33.91.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper. Intra-Orçamentária	373.746.398,65
33.50.43.01	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	436.639.402,73
33.90.92.39	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	219.963.378,14
	Outros itens de gasto subgrupo 3.3	1.407.602.473,18
Subtotal 3.3. (Outras Despesas Correntes)		3.504.278.643,04
44.90.51.02	Obras Públicas de Uso Comum de Povo	81.072.859,54
44.90.52.08	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar	36.774.001,63
44.90.92.01	DEA – Obras e instalações	56.436.497,93
	Outros	65.895.459,77



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

Subtotal 3.5 (Investimentos)		240.178.818,87
45.90.61.01	Aquisição de Imóveis para Uso da Adm. Estadual	3.000.000,00
Subtotal 3.6 (Inversões Financeiras)		3.000.000,00
Total Geral das Despesas Função Saúde		5.234.012.663,46

Fonte: e-Fisco 2014

A tabela acima contempla despesas que foram aplicadas diretamente pelo Poder Público (identificadas pelas sequências “90” e “91” nos 3º e 4º algarismos do item de gasto) e recursos repassados ao terceiro setor (detectadas pela sequência “50” naqueles algarismos) para serviços de saúde na origem atribuídos ao estado. A codificação expressa por esses dois algarismos identifica a “modalidade de gasto” do setor público.

Das parcelas processadas diretamente pelo estado (modalidades “90” e “91”), se destaca a remuneração de serviços médicos hospitalares, odontológicos e laboratoriais pagos pelo estado junto a clínicas e hospitais particulares prestadores de serviços de saúde (item 3.3.91.39.50). São incluídos também os gastos com folha de pagamento de pessoal da Secretaria de Saúde (em sua maior parte contabilizada no item 3.1.90.11.01) – a qual inclui todo o pessoal administrativo e todos os profissionais de saúde daqueles 6 hospitais sob administração direta – bem como os encargos incidentes sobre essa folha (item 3.1.91.13.01). Também são contabilizados como aplicação direta os valores repassados aos 6 (seis) hospitais de grande porte sob administração direta do estado para os serviços necessários à sua manutenção geral (item 3.3.90.39.50).

Já na modalidade de aplicação 50, as parcelas mais expressivas dos recursos de saúde foram aplicadas em Subvenções e Contribuições a Organizações Sociais e OSCIPS (itens 3.3.50.43.01 e 3.3.50.41.13), as quais, na prática, fazem face, respectivamente, à remuneração dos Contratos de Gestão e Termos de Parceria mantidos pelo estado para funcionamento de hospitais, UPAs e UPAs, inclusive folha de pessoal alocado nessas unidades; e subvenções direcionadas à manutenção destas.

7.4.2.3 Repasses Financeiros

Quando verificados os valores alocados internamente nos principais integrantes dessa estrutura (hospitais, UPAs, UPAs e GERES), verifica-se que houve aplicação financeira mais significativa nas unidades submetidas à gestão por Organizações Sociais (UPAs, UPAs e hospitais submetidos a essa gestão) em relação às unidades hospitalares sob gestão própria da Secretaria de Saúde, tendo havido ainda repasses às gerências regionais de saúde.

Foram identificados repasses de R\$ 313,2 milhões aos seis grandes hospitais geridos diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde. Por sua vez, outros R\$ 709,2 milhões foram repassados a Organizações Sociais encarregadas de gerir 09 (nove) hospitais, 14 UPAs e 09 (nove) UPAs na estrutura do estado. Adicionalmente, foram identificados R\$ 43,7 milhões direcionados às 12 Gerências de Saúde.

Adiante, tais valores serão resumidos, em comparativo aos dois últimos exercícios financeiros, quando aplicável:



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

Aos Hospitais de grande porte sob administração própria (direta)

Os totais repassados aos referidos estabelecimentos de saúde (credenciados como Unidades Gestoras) no exercício de 2014, além dos dois exercícios anteriores, são demonstrados na tabela a seguir.

Repasses estaduais (por qualquer UG) aos hospitais da rede estadual Em R\$

Hospital	2012	2013	2014
HR	68.393.882,62	79.448.370,92	97.538.200,66
HAM	43.127.680,99	46.977.214,33	49.180.320,65
HOF	36.212.445,73	42.074.252,07	47.806.993,46
HGV	27.540.203,80	36.599.533,56	43.351.671,10
HBL	35.963.991,92	37.580.682,37	41.108.749,12
HGA	29.491.221,90	26.871.482,83	34.266.981,87
TOTAL	240.731.438,96	269.553.549,08	313.254.930,86

Fonte: e-Fisco 2012 a 2014 (Balanço Financeiro; Repasses Recebidos)

Aos Hospitais geridos por Organizações Sociais

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2014, às Organizações Sociais que administram 09 (nove) hospitais públicos, somou outros R\$ 431,14 milhões, o que representou 43,45% a mais que em 2013, quando as OS eram encarregadas da gestão de 08 (oito) hospitais.

Ano	2012	2013	2014
TOTAL	229.413.033,15	300.552.222,68	431.137.845,19

Fonte: e-Fisco 2012 a 2014.

Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em 2014, conforme relatado no capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi destinado o montante de R\$ 197,57 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 Unidades de Pronto Atendimento - UPA's.

Ano	2012	2013	2014
TOTAL	161.555.958,38	164.305.038,58	197.569.730,18

Fonte: e-Fisco 2012 a 2014.

O valor acima foi 20,25% a mais do que em 2013, quando foram transferidos R\$ 164,3 milhões para o mesmo conjunto de unidades.



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

Às Unidades de Pronto Atendimento Especializado

Em 2014, foram repassados a estas 9 UPAs o valor de R\$ 80,51 milhões.

Como dito anteriormente, as UPAs tiveram implantação recente na estrutura de saúde do estado, de modo que as 09 (nove) unidades existentes no estado ao final do estado foram todas inauguradas entre julho/2013 e o término do exercício de 2014.

Às Gerências Regionais de Saúde

O total repassado às doze GERES somou R\$ 43,74 milhões em 2014, conforme adiante ilustrado:

Repasses Financeiros do FES às GERES			Em R\$
Gerências Regionais	2012	2013	2014
I	5.780.866,66	1.743.620,37	1.621.961,50
II	2.540.089,44	1.499.606,40	1.703.422,13
III	3.880.605,94	3.588.720,01	3.580.837,72
IV	6.940.595,41	9.725.636,04	10.934.784,63
V	982.922,77	495.575,74	537.424,19
VI	1.416.740,67	1.112.565,19	643.478,08
VII	6.460.821,12	6.730.106,12	7.811.917,26
VIII	1.299.198,42	1.203.796,84	1.106.611,28
IX	1.667.407,42	1.278.265,69	1.383.636,23
X	5.837.688,00	6.343.730,16	6.093.179,25
XI	6.159.002,01	6.471.095,06	7.863.586,55
XII	128.777,14	240.684,47	455.154,42
Total	43.094.715,00	40.433.402,09	43.738.007,24

Fonte: e-Fisco 2012 a 2014.

7.5 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;



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

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)

7.5.1 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.

O valor da base de cálculo, R\$ 15.861.209.948,18, 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 2014 correspondeu a R\$ 1.903.345.193,78.

7.5.2 Aplicação dos Recursos

Da contabilização das ações da UPE, HEMOPE e DEFN

O parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar federal nº 141/2012 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. Na mesma linha, o artigo 14 da mesma Lei Complementar determina que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. No estado de Pernambuco, o Fundo Estadual de Saúde se caracteriza como unidade gestora específica (530401), sendo o responsável primário pela execução orçamentária dessas ações.

Ocorre que algumas ações e serviços de saúde, de fato, têm execução final por entidades da administração indireta do estado, a exemplo do HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), as quais constituem cada qual uma unidade



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

gestora própria. Em 2014, essas entidades participaram, como agente final, da execução dessas ações em cerca de R\$ 250,3 milhões. Como nesses casos o recurso é repassado do FES para essas entidades, antes de originar a ação efetiva, o orçamento estadual passou a prever duas execuções orçamentárias para um mesmo recurso, sendo a primeira do FES para um desses órgãos (na modalidade 91, fonte 0101) e a segunda como aplicação final da despesa. Para tanto, foi utilizada a fonte de recursos 0271 – Recursos Ordinários Oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE⁷.

Em decorrência, os valores finais utilizados pelo HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN) passaram a compor o total das ações e serviços de saúde, em vez de serem computados os recursos repassados pelo FES a estas entidades, como efetuado anteriormente a 2013, o que deu grau maior de exatidão à quantificação dessas ações e serviços de saúde do estado.

Necessário apenas, nesse cenário, que o gestor do FES-PE tome ciência das efetivas ações realizadas com recursos ordinários oriundos do referido Fundo, com vistas a aferir o cumprimento dos princípios, diretrizes e disposições definidas nos artigos 2º e 3º da referida Lei Complementar.

Despesas não relacionadas a gastos com saúde

Na Fundação de Hematologia e Hemoterapia - HEMOPE

- ***Atividade 0789 – Devolução de Saldo de Recursos de Convênio da Fundação HEMOPE:***

Esta atividade tem por finalidade apenas a devolução dos saldos não utilizados de convênios realizados pela entidade, não havendo, desta forma, utilização dos recursos. Valor da atividade R\$ 1.654,32.

No Distrito Estadual de Fernando de Noronha

- ***Atividade 0219 – Desenvolvimento da Assistência Hospitalar e Ambulatorial no Distrito Estadual de Fernando de Noronha:***

Foram observadas despesas no valor total de R\$ 652.772,09, da fonte 0271 (recursos ordinários oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE), executadas pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, que não podem ser consideradas no demonstrativo ora em análise. Estas despesas corresponderam a gastos que não trazem

⁷ O recurso originário é proveniente da arrecadação tributária, sendo reconhecido como fonte 0101. O orçamento prevê execução do FES de parcelas para UPE, DEFN e HEMOPE. O empenho indica a fonte 0101. Essa primeira execução não é computada como ação e serviço de saúde. Quando o recurso é repassado para essas entidades, elas reconhecem nova receita, indicando agora a fonte 0271. As despesas efetuadas com esses recursos (segunda execução orçamentária) é que passam a compor o total das ações e serviços de saúde. Logo, a fonte 0271, na prática, consiste em um “desmembramento” da fonte 0101, vez que os recursos atribuídos a esta fonte são receitas intraorçamentárias sempre provenientes do FES com fonte de recurso originária informada como 0101 (recursos ordinários).



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

nenhuma correlação com a função saúde e subfunções a ela vinculadas. Exemplificando os fatos temos:

Descrição da despesa	Em R\$ Valor
Contratação de empresa para prestação de serviços de suporte logístico operacional do DEFN	132.856,38
Despesas com hospedagem com café da manhã para técnicos da Polícia Militar	2.100,00
Aquisição de material para uso de máquinas do DER lotadas no DEFN	2.857,80
Aquisição de gêneros alimentícios, material de limpeza e outros materiais para a residência oficial do administrador do DEFN	7.201,80
Aquisição de materiais para o almoxarifado	12.284,20
Confecção de apostilas para atender cursos especializados do RH	7.600,00
Confecção de sacolas plásticas para atender o setor de ecoturismo	7.500,00
Confecção de squeezes para atender o setor de turismo	7.500,00
Confecção de camisas para serem utilizadas no evento da Travessia Marítima em FN	3.600,00
Passagens aéreas no trecho Recife/Fernando de Noronha/Recife	63.677,01
Locação de veículos	122.814,44
Serviços prestados de fotógrafo na cobertura da chegada de Ministros do STF no DEFN	800,00
Contratação de empresa para prestação de serviços de terceirização	123.931,16
Recuperação de painéis e módulos de madeira para uso na FENEART 2014	5.190,00
Montagem e instalação de galpão	12.924,00
Serviços de reparo na casa funcional do sueste	15.660,00
Serviços de reparo na Pousada da Linda no DEFN	7.000,00
Serviços de reparo na TV Golfinho	7.140,00
Serviços extras na instalação das centrais de ar condicionado do escritório de apoio	35.521,09
Fornecimento de refeições para funcionários e técnicos a serviço do DEFN	72.614,21
Fornecimento de refeições para autoridades e convidados do governo	2.000,00
Total	652.772,09

Fonte: e-Fisco

Desta forma, as despesas de R\$ 654.426,41 acima ilustradas (atividades 0219 e 0789), por terem finalidade estranha à caracterização como “ação ou serviço de saúde”, devem ser deduzidas do total expresso no demonstrativo de ações e serviços de saúde.

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 2014, 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.



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

Os saldos das disponibilidades financeiras por fonte de recursos existentes ao final de dezembro, na conta contábil nº 891110100, 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 2014 era de R\$ 31.497.336,90.

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 2014 a disponibilidade de recursos na fonte 0271 na UPE foi de R\$ 1.005.325,31, no DEFN foi de R\$ 244.487,96 e no HEMOPE de R\$ - 6.735.650,71. Portanto, os restos a pagar processados do HEMOPE, inscritos e reinscritos em 2014, das ações constantes do demonstrativo da saúde, fonte 0271, no valor de R\$ 2.462.472,14, não poderão ser considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde em razão do saldo da referida fonte no HEMOPE estar negativo.

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 norma 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.



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

Em 2013, 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\$ 1.140,56 ao longo de 2014, que pela legislação já mencionada, deverá ser aplicado até o final de 2015, 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 exclusão de despesas não relacionadas a gastos com saúde, assim como dos restos a pagar processados inscritos ao final de 2014 sem suficiência de saldo na fonte de recursos, relatados anteriormente, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 2.625.971.634,42, conforme exposto a seguir:

Ajustes para cálculo do percentual de aplicação em saúde	Em R\$
Total de aplicações (Demonstrativo)	2.629.088.532,97
(-) Despesas não consideradas como gastos em saúde	654.426,41
(-) RPP inscritos em 2014 sem suficiência de disponibilidade de caixa	2.462.472,14
Total aplicado (entendimento do TCE)	2.625.971.634,42

Base de Cálculo	15.861.209.948,18
Total aplicado (entendimento do TCE)	2.625.971.634,42
% de aplicações (TCE)	16,56%

Fonte: Balanço Geral do Estado 2014 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2014, o Estado de Pernambuco, após os ajustes realizados, aplicou 16,56% 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.

7.6 Quantitativos de Leitos Hospitalares e Equipamentos Hospitalares e sua distribuição interna no estado

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 2014, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos esse conceito a leitos e equipamentos de saúde) **disponibilizados à rede SUS dentro do estado**, comparando com outros estados da federação que tenham maior similaridade demográfica.



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

Num segundo momento, buscou-se aferir **o grau de concentração dos recursos** na região metropolitana da capital no estado, comparando-o ao verificado em exercícios anteriores, tal como um indicador.

7.6.1 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 2014, agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:

Leitos Hospitalares **disponíveis ao SUS** em Pernambuco em 2014

Especialidade	Quantidade	Varição frente a dez/2013
Cirúrgico	4.414	+6,88%
Clínico	5.957	+9,60%
Complementar	1.290	+0,87%
Obstétrico	2.405	-2,83%
Pediátrico	2.446	+2,95%
Outras especialidades	2.012	-15,00%
Hospital-dia	208	+23,08%
Total	18.732	+2,75%

Fonte: Consulta ao CNES (http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26) em 18/12/2014.

Os dados acima informam que houve um acréscimo de 2,75% em quantidade de leitos no estado entre o final de 2014 e o ano anterior. O dado quantitativo quando dividido pela população do estado (9,277 milhões, segundo estimativas do IBGE para 01/07/2014), perfaz um quociente de 2,02 leitos para cada grupo de mil habitantes⁸ 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.

O quociente acima permite uma análise apenas preliminar. Deve-se ponderar que para o exame acima leitos de diferentes tipos, com custos de instalação e manutenção bem diversos, são indistintamente considerados. Ademais, é considerado nesse primeiro exame apenas o número total de leitos, não sendo questionada sua localização por região de saúde dentro do estado.

⁸ Em 2013, esse quociente era de 1,98, apontando um avanço no comparativo entre os exercícios.



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

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 2014 foram:

Especialidade	Quantidade	Variação frente a dez/2013
Audiologia	144	+ 21,01%
Diagnóstico por imagem	1.866	+ 3,84%
Equipamentos de infraestrutura	488	+ 6,32%
Equipamentos de Odontologia	7.661	+ 5,38%
Equipos. p/ manutenção da vida	18.208	+ 8,68%
Equipos. por métodos gráficos	906	+ 1,23%
Equips. por métodos óticos	1.331	+ 49,55%
Outros Equipamentos	2.130	+ 5,13%
Total	32.734	+ 8,35%

Fonte (quantidades): http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26
(consulta em 18/12/2014)

Os dados apontam que houve elevação de 8,35% na quantidade de equipamentos registrados no CNES disponibilizados ao SUS no território estadual. Nas especialidades de “equipamentos por métodos óticos”, que observou a maior elevação, viu-se que o acréscimo decorreu de uma considerável elevação de equipamentos oftalmológicos disponibilizados à população usuária do SUS.

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.

7.6.2 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 mínimo⁹ de 2,92. Os equipamentos de saúde, por sua

⁹ 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

vez, são tratados no item 2.7 do Anexo à Portaria, denominado “parâmetros para cálculo da necessidade, da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia”. Relativamente aos leitos hospitalares, o estado alcançou o quociente de 2,02 em 2014 (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 a seguir ilustrado:

Parâmetros de necessidade dos equipamentos e proporção alcançada em Pernambuco (2014)

EQUIPAMENTO	PROPORÇÃO ESPERADA	PROPORÇÃO ALCANÇADA	ATENDEU PARÂMETROS?
Máquina para diálise	1 / 15 mil habitantes	1 / 9,5 mil habitantes	Sim
Raio X simples	1 / 25 mil habitantes	1 / 11,4 mil habitantes	Sim
Raio X c/ densitometria óssea	1 / 140 mil habitantes	1 / 290 mil habitantes	Não
Mamógrafo	1 / 240 mil habitantes	1 / 67 mil habitantes	Sim
Tomógrafo por Raio X Computadorizado	1 / 100 mil habitantes	1 / 145 mil habitantes	Não
Tomógrafo por Ressonância Nuclear Magnética	1 / 500 mil habitantes	1 / 289 mil	Sim
Aparelho de ultrassonografia	1 / 25 mil habitantes	1 / 14,4 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)

Em dados absolutos, portanto, o estado de Pernambuco somente não havia satisfeito ao final de 2014 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).

7.6.3 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 simplificadoramente por Região Metropolitana da Capital e Demais Regiões¹⁰.

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, 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 simplificadoramente denominado como “Demais áreas”¹¹.

¹⁰ Embora o estado de Pernambuco seja dividido em 12 Gerências de Saúde, o estudo dividiu todo o território estadual em duas apenas: RMR e Demais Áreas. As áreas de abrangência da RMR e da I GERES são bastante coincidentes, diferindo apenas em relação a 5 municípios (Pombos, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá e Vitória de Santo Antão), além do Distrito de Fernando de Noronha, que não compõem a RMR, mas que fazem parte da I GERES.

¹¹ O mesmo exame efetuado em relatórios de contas de governo até 2013 aplicou nomenclatura de “Interior” à área não caracterizada como RMR. A partir deste, preferimos a nomenclatura “Demais áreas”, que melhor se adequa ao propósito, sendo, todavia, inalterado o conjunto de município antes identificados como “interior”.



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

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 Demais áreas). Como resultado do exame, foram obtidas as seguintes relações proporcionais:

Leitos hospitalares

Coletados junto ao CNES os quantitativos de leitos do estado, verificou-se uma elevação¹² no quantitativo de leitos hospitalares de livre acesso ao SUS no estado (qualquer especialidade), tendo o número total de leitos saltado de 16.952 para 17.446 entre o final de 2013 e o término de 2014 (2,89% de aumento). Por sua vez, quando verificada a especialidade e o município de instalação, e considerado o quantitativo de 9,277 milhões de habitantes, os dados do CNES permitem calcular as seguintes relações habitantes/leito no estado:

Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2014)

Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Recife	Demais Áreas
Cirurgia Geral	(cód. 03)	Qtde de leitos	884	1.182
		(habitantes/ leito)*	(4.397,35)	(4.560,46)
Cardiologia Cirúrgica	(cód. 02)	Qtde de leitos	134	70
		(habitantes/ leito)*	(29.009,41)	(77.006,66)
Obstetrícia Cirúrgica	(cód. 10)	Qtde de leitos	482	563
		(habitantes/ leito)*	(8.064,86)	(9.574,54)
Pediatria Cirúrgica	(cód. 68)	Qtde de leitos	221	55
		(habitantes/ leito)*	(17.589,42)	(98.008,47)
Oncologia Cirúrgica	(cód. 12)	Qtde de leitos	207	35
		(habitantes/ leito)*	(18.779,04)	(154.013,31)
NeuroCirurgia	(cód. 09)	Qtde de leitos	309	56
		(habitantes/ leito)*	(12.580,13)	(96.258,32)
Clínica (Geral)	(cód. 33)	Qtde de leitos	1.413	2.961
		(habitantes/ leito)*	(2.751,07)	(1.820,49)
Cardiologia Clínica	(cód. 32)	Qtde de leitos	314	113
		(habitantes/ leito)*	(12.379,81)	(47.703,24)
Obstetrícia Clínica	(cód. 43)	Qtde de leitos	233	1.127
		(habitantes/ leito)*	(16.683,52)	(4.783,02)
Pediatria Clínica	(cód. 45)	Qtde de leitos	642	1.528
		(habitantes/ leito)*	(6.054,92)	(3.527,79)
Oncologia Clínica	(cód. 44)	Qtde de leitos	199	42
		(habitantes/ leito)*	(19.533,97)	(128.344,43)
Neurologia	(cód. 42)	Qtde de leitos	229	52
		(habitantes/ leito)*	(16.974,94)	(103.662,81)

Fonte: CNES (http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26) entre 19 e 23/12/2014

* Consideradas as populações estimadas de 3.887.261 habitantes (RMR) e 5.390.466 (demais áreas), conforme estimativa do IBGE para o ano de 2014.

A maioria das conclusões obtidas do quadro acima reproduzem as verificações efetuadas no mesmo estudo nos exercícios de 2012 e 2013. O número em negrito na tabela acima informa qual a média de habitantes que dispõe de um leito hospitalar em cada

¹² Quando verificado o número total de leitos, inclusive sem acesso ao SUS, vê-se uma redução de 0,88% no quantitativo, vez que o número total de leitos públicos ou privados caiu de 20.690 (2013) para 20.509 (2014)



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

especialidade e em cada área geográfica. Obviamente, quanto menor este número, melhor. Em 2014, permanece a constatação de que, regra geral, há maior equivalência na oferta de leitos entre RMR e demais áreas para especialidades **clínicas** do que **cirúrgicas**, visto que para especialidades cirúrgicas, predomina a maior concentração de leitos na RMR e quantitativo mais reduzido nas demais áreas.

De todo modo, visto apenas o Interior¹³ do estado (área com assistência quantitativa mais frágil), viu-se que houve melhora nas relações habitantes/leito hospitalar para 11 das 12 especialidades testadas¹⁴.

Especialidades cirúrgicas

Quando a análise se torna mais minuciosa, vê-se que entre as especialidades **cirúrgicas**, permanece um quadro de equivalência de distribuição de leitos (entre RMR e Interior) nas especialidades de Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica. Por outro lado, persiste uma considerável discrepância de oferta para Pediatria, Oncologia, Cardiologia e Neurocirurgia, com maior 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 a essas especialidades tem uma propensão de se deslocar para a RMR bem mais elevada 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.

Todavia, algumas disparidades foram suavizadas.

Para ilustrar, viu-se que a especialidade de Cardiologia Cirúrgica melhorou em cerca de quatro vezes a proporção de leitos no interior do estado entre 2013 e 2014. Em 2014, o quociente de habitantes/leito foi reduzido para **77.006 habitantes/leito**. Esse número ainda é bastante divergente do verificado na RMR, que é de 29.009 habitantes/leito, mas aponta uma significativa melhora em relação ao dado verificado ao final de 2013, quando havia **316.518 habitantes para cada leito** dessa especialidade no interior do estado. No caso específico, essa melhora se deveu à abertura de 42 leitos na cidade de Vitória de Santo Antão, outros 10 leitos em Caruaru e um em Serra Talhada em 2014, o que fez com que o número de leitos disponibilizados à rede SUS no Interior do estado saltasse de 17 para 70 entre os exercícios.

Especialidades clínicas

A concentração de leitos na RMR permanece também sobre algumas especialidades **clínicas** (na amostra, Neurologia, Oncologia e Cardiologia). Semelhantemente ao comentado anteriormente em especialidades **cirúrgicas**, as disparidades em leitos de especialidades **clínicas** também foram suavizadas em 2014, quando confrontada a RMR e Demais áreas, notadamente com a abertura de leitos nos municípios de Caruaru (nas três especialidades acima) e Vitória de Santo Antão (em Cardiologia Clínica). Para a especialidade de Obstetrícia Clínica, a relação é inversa: o

¹³ Para efeito do presente estudo, entenda-se Interior como demais áreas (não inseridas na RM da capital)

¹⁴ Das 12 especialidades da amostra, apenas "obstetrícia cirúrgica" teve aumento na relação habitantes por leitos entre 2013 e 2014, fruto principalmente da redução de 592 para 563 leitos na área geográfica externa à RMR.



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

número de leitos no Interior chega a oferecer uma relação quatro vezes mais favorável à gestante que resida no Interior do que na RMR.

Permanecem com bons números de distribuição as especialidades de Clínica Geral e Pediatria Clínica, nas quais se verifica proporção discretamente superior no Interior do estado do que na Região Metropolitana da Capital (evidenciando o esforço público de prevenção de deslocamento de pacientes do Interior para a RMR nessas especialidades). Exames equivalentes oferecidos nos relatórios de contas de governo 2012 e 2013 apontaram ali que os níveis de distribuição de recursos em Pernambuco eram próximos ao verificado no estado do Ceará, ligeiramente melhores que no estado de Goiás e significativamente aquém dos registrados para o estado do Paraná, onde os dados capturados do CNES informavam boa equivalência de distribuição de leitos hospitalares SUS quando comparada a Região Metropolitana de Curitiba e o Interior daquele estado, **inclusive para especialidades cirúrgicas**.

Diante da melhoria na distribuição de leitos hospitalares havida entre os finais de 2013 e 2014, verificou-se que o estado de Pernambuco começou a ampliar a área geográfica de instalação de novos leitos hospitalares de especialidades cirúrgicas, avançando sobre a Região Agreste e Zona da Mata, até então carente de leitos nessas especialidades até 2013. Os números, todavia, apontam que os municípios escolhidos foram os de Caruaru (cujos leitos foram significativamente elevados com a inauguração do Hospital Mestre Vitalino) e Vitória de Santo Antão (este para a área de Cardiologia). Considerando que os poucos leitos de interior preexistentes no Interior do estado até 2013 nessas especialidades eram distribuídos quase que integralmente entre as cidades de Petrolina, Caruaru e Garanhuns, vê-se que, apesar do crescimento verificado, ainda perdura uma extensa área geográfica, sobretudo no Sertão do estado, com baixos níveis de cobertura em Cardiologia, Neurologia e Oncologia. Nessas situações, o deslocamento do usuário do SUS passou a ser minimizado, visto que antes, era-lhe recomendável, na maioria das vezes, deslocar-se à capital do estado, existindo agora também como opção efetiva o deslocamento até Caruaru (120 km antes).

Importante que o estado mantenha o esforço de interiorização desses recursos, se possível até municípios em pontos mais centralizados no mapa do estado, visando a minimizar o distanciamento de recursos na área geográfica compreendida entre os municípios de Caruaru e Petrolina, respeitadas por óbvio as peculiaridades de cada uma dessas especialidades.

Equipamentos Hospitalares

No exercício de 2014, foram escolhidos 12 equipamentos como amostra¹⁵. Os dados obtidos no CNES oferecem as seguintes relações habitantes/equipamento para cada um deles, dentro da RMR e Demais áreas:

¹⁵ Nos exercícios de 2012 e 2013, a amostra definida para o mesmo estudo abrangeu 10 equipamentos. Em 2014, foram suprimidos os equipamentos de audiômetro 1 canal e audiômetro 2 canais. Por outro lado, foram acrescentados os equipamentos mamógrafo computadorizado, eletrocardiógrafo, oftalmoscópio e raio X para hemodinâmica.



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

Quantidade de habitantes por equipamento disponível ao SUS – Pernambuco (2014)

Equipamento	Código CNES	Disponibilidade	RM Recife	Demais Áreas
Eletroencefalógrafo	(cód.42)	Qtde equipamentos	25	24
		(habitantes/ equipamento)	(155.490,44)	(224.602,75)
Endoscópio Digestivo	(cód.33)	Qtde equipamentos	153	114
		(habitantes/ equipamento)	(25.406,93)	(47.284,79)
Mamógrafo Comando Simples	(cód. 2)	Qtde equipamentos	49	54
		(habitantes/ equipamento)	(79.331,86)	(171.809,76)
RaioX c/ Densitometria Óssea	(cód. 9)	Qtde equipamentos	13	20
		(habitantes/ equipamento)	(299.020,08)	(269.523,30)
Ressonância Magnética	(cód.12)	Qtde equipamentos	13	16
		(habitantes/ equipamento)	(299.020,08)	(336.904,13)
Tomógrafo Computadorizado	(cód. 11)	Qtde equipamentos	29	25
		(habitantes/ equipamento)	(134.043,48)	(215.618,64)
Ultrassom Convencional	(cód.15)	Qtde equipamentos	84	188
		(habitantes/ equipamento)	(46.276,92)	(28.672,69)
Ultrassom Colorido Doppler	(cód.13)	Qtde equipamentos	114	84
		(habitantes/ equipamento)	(34.098,78)	(64.172,21)
Mamógrafo Computadorizado	(cód.17)	Qtde equipamentos	4	15
		(habitantes/ equipamento)	(971.815)	(359.364)
Eletrocardiógrafo	(cód.41)	Qtde equipamentos	480	381
		(habitantes/ equipamento)	(8.098)	(14.148)
Oftalmoscópio	(cód.16)	Qtde equipamentos	29	17
		(habitantes/ equipamento)	(134.043)	(317.086)
Raio X para hemodinâmica	(cód.10)	Qtde equipamentos	14	2
		(habitantes/ equipamento)	(277.662)	(2.695.233)

Fonte: CNES (http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=26)

* Consideradas as populações estimadas de 3.887.261 habitantes para (RMR) e 5.390.466 (demais áreas), conforme estimativa do IBGE para o ano de 2014

Da mesma forma que a aplicada à tabela de leitos hospitalares, a primeira informação extraída da tabela acima é que quanto menor a relação habitantes/equipamento (número entre parênteses), mais confortável a oferta de serviços na referida região. Nota-se que existem algumas diferenças entre as relações habitantes/equipamento verificados na RMR e Demais áreas. Tais diferenças, todavia, se afiguram em menores proporções que a ilustrada na tabela de leitos hospitalares. Há que se considerar sempre que a necessidade de instalação de equipamentos hospitalares próximos 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, dispensam o pernoite de paciente/acompanhante fora do seu domicílio.

Assim, se existe justificativa para uma concentração de leito hospitalar que determine migração de pacientes Interior-RMR quando de internamentos de altas especialidades (Oncologia Cirúrgica, por exemplo), a mesma perde consistência quando aplicada a equipamentos hospitalares. Se, como dito, exames não requerem o pernoite de paciente/acompanhante, deve-se considerar o fator transporte/distância quando da definição dos locais de instalação dos equipamentos (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 58,1% da população do estado reside no Interior, recomendável



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

utilizar tal percentual como “base” de distribuição de equipamentos, sendo aceitável que o percentual destes disponível à rede SUS instalado no Interior 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, notadamente, dentro desse, em municípios de maior porte.

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 três dos doze equipamentos: Raio X com densitometria óssea, Ultrassom Convencional e Mamógrafo Computadorizado. Para os demais, a relação continua sendo mais favorável à RMR. A título comparativo, viu-se, ao final de 2012 e 2013, em estudo efetuado com base em dados do CNES¹⁶, que os estados de Ceará e Goiás também apresentavam relações médias mais favoráveis às respectivas regiões metropolitanas das capitais do que em relação às demais áreas do estado. Noutro sentido, o estado do Paraná apresentou números mais favoráveis aos habitantes de Interior (vistos no conjunto, como uma única área geográfica) do que os da Região Metropolitana de Curitiba.

Relativamente ao estado de Pernambuco, o comparativo de dados entre os termos de 2013 e 2014 demonstrou discretas variações nos quantitativos dos equipamentos da amostra, tanto aqueles instalados na Região Metropolitana do Recife quanto nas demais áreas. As principais variações ocorridas nos números dos oito primeiros equipamentos do quadro anterior (que também foram medidos ao final de 2013) foram visualizadas no item Ultrassom Colorido Doppler (eram 173 disponibilizados à rede SUS ao final de 2013 e passaram a ser 198 ao final de 2014).

De todo modo, percebe-se que a abertura, ao longo do exercício de 2014, de UPAs em áreas externas à Região Metropolitana do Recife contribuiu para o aumento de alguns equipamentos nas regiões Agreste e Sertão. Em dados gerais, os números do CNES demonstram que cada UPA inaugurada no estado recebeu uma unidade dos seguintes equipamentos: oftalmoscópio, endoscópio digestivo, ultrassom Doppler, mamógrafo de comando simples e raio X com densitometria óssea. Adicionalmente, viu-se que nas UPAs de Garanhuns e Petrolina também foi instalado um eletroencefalógrafo.

Visando reduzir a necessidade de deslocamentos humanos para fins de realização de exames e procedimentos de curta duração, recomendável que a instalação de novos equipamentos hospitalares no estado ocorra de modo a que o percentual de população instalado no Interior (58,1%) seja reconhecido também como o percentual-base de equipamentos hospitalares do estado dentre aqueles disponíveis à rede SUS, devendo-se aplicar tal raciocínio ao maior número possível de equipamentos demandados pela população.

¹⁶ Capítulo 7 “Saúde” do relatório de contas de governo do estado de Pernambuco, subitens 7.10 (2012) e 7.9 (2013), disponível em <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2013-05-30-15-40-10/relatorio-de-contas-do-governo>



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

Conclusão:

Os dados do CNES coletados entre 19 e 23/12/2014 indicaram uma relação de leitos hospitalares/habitante, no estado de 2,02 (independentemente do local de instalação), com um avanço em relação ao quociente de 1,98 verificado ao final de 2013. A relação ainda se mantém abaixo do parametrizado pela Portaria MS/GM 1.101/2002, que define como recomendável um quociente mínimo de 2,92. Relativamente a equipamentos, o estado já demonstra haver atendido os parâmetros no tocante a equipamentos para hemodiálise, raio X simples, mamografia, ressonância nuclear magnética e ultrassom. Todavia, permanece o quadro de não atendimento aos parâmetros normativos quanto a 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.

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 nove entre doze equipamentos de saúde, os quais apresentam uma relação habitantes/equipamento mais favorável à área da RMR do que ao Interior do estado. Ou seja, permanece, em níveis gerais dentro do estado de Pernambuco, uma considerável concentração de recursos de saúde na Região Metropolitana do Recife.

Contudo, os dados do CNES apontam que em 2014 houve uma minimização deste grau de concentração de leitos hospitalares (Cardiologia Cirúrgica como maior exemplo) a partir de disponibilização de novos leitos nas cidades de Caruaru e Vitória de Santo Antão, bem como em relação a equipamentos hospitalares, após a inauguração de UPAs no Agreste e Sertão. Importante que o estado mantenha o esforço de interiorização de recursos, se possível também 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, como um dos instrumentos de fixação do profissional de saúde em áreas afastadas da RMR.