



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

7. SAÚDE

7.1 SUS – Contextualização da Legislação

Com o advento da Constituição Federal de 1988, e do processo de redemocratização que lhe foi subjacente, uma nova ordem foi estabelecida em relação à redefinição dos papéis dos entes federados, tanto do ponto de vista fiscal, quanto na execução das políticas públicas, especialmente no que diz respeito à área de saúde.

Ao integrar o capítulo da Seguridade Social, a Saúde é garantida em caráter universal nos termos do art. 196 da Constituição Federal:

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 ocorrerá de modo a compor uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços, que atendam às diretrizes de descentralização, integralidade de atendimento e participação social, pois assim dispõe o art. 198 da Carta Federal:

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.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o 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.

Para a execução dessas atividades o SUS conta com a participação direta da administração pública, e de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada.

A regulamentação do SUS 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.

São princípios norteadores do SUS, além dos definidos no art. 198 da Constituição, de acordo com a lei nº 8.080/90:

1. A **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;



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

2. A **integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
3. A **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
4. A **participação** da comunidade;
5. A **descentralização** político-administrativa, com **direção única** em cada esfera de governo, com:
 - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - **regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente;
6. A capacidade de **resolução** dos serviços em todos os níveis de assistência;
7. A organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins; idênticos;
8. A **conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
9. A utilização da **epidemiologia**, ou seja, o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
10. A **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. (grifo nosso)

A Lei Federal nº 8.142/1990, complementou a Lei nº 8.080/90 em aspectos que não haviam sido abordados, como o estabelecimento do controle social sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera governamental, e a disciplina das transferências intergovernamentais. Estabeleceu como instâncias de controle social a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

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.

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.

De acordo com a Lei nº 8.080/90, o planejamento e o orçamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS ocorrem em cada esfera de governo em estrita observância aos planos de saúde, devendo ser elaborados de forma ascendente do nível



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

local, até o plano federal, onde o seu financiamento constará na respectiva proposta orçamentária. Nessa proposta orçamentária do ente constarão os recursos oriundos de fontes próprias, e aqueles transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

Não obstante os recursos federais constantes do FNS e a obrigatoriedade de haver a contrapartida de recursos para a saúde nos orçamentos dos Estados e Municípios, tornou-se necessária, por disposição constitucional, a participação de um mínimo em aplicações de recursos próprios em ações e serviços de saúde. Por isso, em 13 de setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu vinculação mínima de aplicação de recursos de impostos em ações e serviços de saúde.

A estruturação do SUS, enquanto uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, organizados em complexidade crescente, além de contar com as disposições normativas já referidas, que dispuseram sobre as diretrizes gerais de sua ordenação, e dos respectivos meios de financiamento, contou com a edição dos normativos conhecidos como Normas Operacionais da Saúde. Essas Normas editadas em âmbito federal pelo Ministério da Saúde, por sua vez, foram formuladas a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltando-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientaram a operacionalidade deste Sistema.

As Normas Operacionais de Saúde passaram a ser editadas a partir de 1991, tendo a sua última atualização sido procedida em 2002. A primeira foi a Norma Operacional Básica nº 01/91, ou NOB nº 01/91, que, àquela época, não avançou muito no que tange à descentralização. Em 1996, com a edição da NOB nº 01/96, a questão da municipalização e hierarquização passou a ser mais reforçada, especialmente com a criação do Piso de Atenção Básica – PAB, e o seu repasse automático do FNS aos fundos municipais de saúde.

Em 2001 e 2002, com a edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, 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), houve um aprofundamento no processo de descentralização das ações de saúde, evoluindo-se no aspecto da regionalização. A partir das NOAS o processo de descentralização passa a ser feito orientando-se pela lógica do **arranjo regional** das ações e serviços de saúde, de modo que se cumpram os princípios de **resolutividade** do sistema, **equidade** de acesso, **universalização**, **integralidade**, e **hierarquização** em grau de complexidade crescente.

Ressalte-se ainda que com as NOAS o **papel dos Estados** dentro do SUS passou a ser mais definido, 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**, representado pela necessidade de desenvolvimento do componente estadual de auditoria do SUS.



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

Ao se constituir em um Sistema Único de Saúde, integrado pelas três esferas governamentais, o SUS pressupõe articulação permanente entre União, Estados e Municípios, onde **cabe** à sua **direção estadual**, representada pela Secretaria de Saúde, promover:

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.

Em fevereiro de 2006, mediante a Portaria nº 399/GM, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, aprovando as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

O financiamento das ações previstas no “Pacto pela Saúde” está regulamentado pelas portarias nº 204 e 1.497 de 2007. A primeira 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 a portaria nº 204/GM os recursos a serem repassados pelo FNS para os demais entes federados contam com a orientação, por blocos de financiamento, a seguir:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;



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

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Os recursos destinados a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. A portaria nº 204/GM prevê a possibilidade 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.

O Pacto reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Com essa nova forma de regionalização foram extintos os conceitos anteriores de módulo assistencial, município-sede de módulo assistencial, e município-pólo. A região de saúde passa a ser definida como:

Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

As regiões de saúde devem ser organizadas de modo a garantir, cada uma, determinados procedimentos integrantes da média complexidade, o que será feito mediante pactuação entre os gestores locais dos municípios integrantes de uma determinada região de saúde, buscando estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.

No entanto, o conjunto de responsabilidades não compartilhadas numa região de saúde diz respeito à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município.

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião. Em alguns Estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

O Estado de Pernambuco apresenta-se dividido em 11 regiões de saúde (aqui representadas com a sigla GERES – atribuídas às denominações Gerências Estaduais de Saúde) conforme a figura a seguir:



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



Tabela1

REGIÕES	POPULAÇÃO	MUNICÍPIOS	% POPULAÇÃO
I GERES	4.012.880	19	45,44
II GERES	833.389	31	9,44
III GERES	559.158	22	6,33
IV GERES	1.214.326	32	13,75
V GERES	519.796	21	5,89
VI GERES	378.678	13	4,29
VII GERES	140.233	7	1,59
VIII GERES	424.626	7	4,81
IX GERES	333.404	11	3,78
X GERES	184.183	12	2,09
XI GERES	230.333	10	2,61
TOTAL	8.831.006	185	100,00

A população estadual de 8.831.006 habitantes está distribuída heterogeneamente em 184 municípios e no Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Tal diversidade no adensamento populacional se reflete também na oferta de profissionais de saúde e de serviços de média e alta complexidade no Estado. Conforme já demonstrado no Relatório de Contas do Governo do exercício financeiro de 2009, a produção dos serviços ambulatoriais de média e alta complexidade da I GERES correspondem a 67 e 98% respectivamente. Esse comportamento se verifica também na produção de serviços hospitalares de média e alta complexidade na referida região: 57 e 95%.

A Rede de Atenção à Saúde é uma forma de organização dos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. Sua finalidade é melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, além de produzir economia, melhoria do acesso e evitar a desnecessária repetição de exames e procedimentos.



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

Neste contexto, é fundamental que os serviços de saúde do Estado se interconectem ou interajam entre si, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de arcar sozinho com a assistência à saúde do cidadão.

Para que a organização das redes e o planejamento das ações não ocorram de forma fragmentada, repercutindo na dificuldade de acesso da população aos serviços, a Norma Operacional Básica, editada pelo Ministério da Saúde em 1996, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) para organização das redes e dos fluxos assistenciais.

Na construção da rede, há a necessidade de gestão intergovernamental e articulação/cooperação entre diversos atores participantes, visando à construção dos arranjos institucionais imprescindíveis para garantir que o direito à saúde seja alcançado, bem como para atender ao princípio da integralidade da assistência.

A necessidade de regulação da assistência por meio de implantação de complexos reguladores foi estabelecida pela Norma Operacional de Assistência à saúde, NOAS 1/2001, que instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Retomando a importância de implantação dos complexos reguladores, o Pacto pela Saúde, de 2006, previu a regionalização e a regulação como diretrizes da gestão do SUS.

Na perspectiva de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, estabelecido pelas normas operacionais supracitadas, em 2008 foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (BRASIL, 2008).

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS (art. 2º da Portaria GM/MS n.º 1.559, de 01/08/2008) estão organizadas em três dimensões de atuação: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

I. Regulação de Sistemas de Saúde: define macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos;

II. Regulação da Atenção à Saúde: é exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Define estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, tendo como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, por meio da produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, sendo direcionada aos prestadores públicos e privados;



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

III. Regulação do Acesso à Assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem por objeto a organização, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS. A área técnica da regulação assistencial é composta por estruturas denominadas Complexos Reguladores, e estes comportam as Centrais de Regulação, que podem ser de três tipos: Urgência; Internações; e Consultas e Exames.

Considerando o volume de recursos investidos e as dificuldades observadas no acesso da população aos leitos disponibilizados pelos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, a Regulação do Acesso à Assistência, com foco na operacionalização das Centrais de Regulação, coloca-se como a dimensão crítica na Política de Regulação do SUS.

Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O processo de regulação da assistência no Estado de Pernambuco contempla atividades desenvolvidas isoladamente por alguns municípios e pela ação do gestor estadual, na operacionalização de centrais de regulação. Sob a gestão estadual estão a Central de Regulação Hospitalar, que regula o acesso às internações de urgência e emergência, clínicas, neurológicas, obstétricas, traumatológicas e de UTI e a Central de Regulação Ambulatorial e de APAC, que promove a regulação do acesso a consultas e procedimentos ambulatoriais especializados.

A Regulação do Acesso à Assistência no âmbito do Estado de Pernambuco foi objeto de Auditoria de Acompanhamento (Auditoria nº 797) realizada na Superintendência do Complexo Regulador da Secretaria Estadual de Saúde com foco na operacionalização das Centrais de Regulação sob gestão estadual. As avaliações e achados da referida auditoria integram a Prestação de Contas do Fundo Estadual de Saúde (Processo TC nº. 1102908-0), exercício financeiro de 2010.

7.2. Execução Orçamentária na função Saúde

Em 2010 foram executadas despesas com a função Saúde no valor de R\$ 3.264.183.853,72. Tal montante representou a segunda maior despesa orçamentária do Estado, correspondendo a 17,15% da despesa total no exercício. Deste valor, cerca de R\$ 3,03 bilhões foram despesas correntes e em torno de R\$ 233 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.



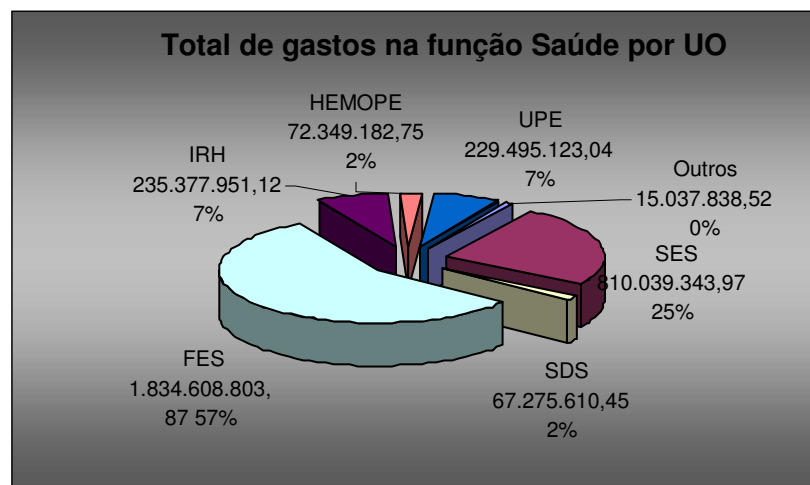
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

7.2.1. Despesas por Unidades Orçamentárias

De acordo com o e-Fisco, as unidades orçamentárias que mais executaram despesas em Saúde foram o Fundo Estadual de Saúde (FES), Secretaria de Saúde (SES), Universidade de Pernambuco (UPE) e Instituto de Recursos Humanos (IRH), conforme os percentuais expostos a seguir:

Gráfico 1

Em R\$ 1,00



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

Nota-se que do total de recursos destinados à função Saúde, 82% foi direcionado para duas unidades orçamentárias apenas: Fundo Estadual de Saúde (57%) e Secretaria Estadual de Saúde (25%).

Dos gastos efetuados diretamente pela SES, R\$ 811.167.343,38, quase a sua totalidade (99,98%) foram relacionados a despesas de pessoal e encargos, dos quais os mais expressivos foram relativos às seguintes ações:

- Manutenção do Pessoal de Saúde e do Pessoal de Residência Médica e Outras Residências: R\$ 640.095.846,89;
- Contribuições patronais da Secretaria de Saúde ao FUNAFIN: R\$ 137.470.340,48; e
- Concessão de vale transporte e auxílio alimentação a servidores da Secretaria: R\$ 32.229.867.

Todas as despesas foram custeadas pela fonte 101- Recursos Ordinários da Administração Direta.

Das despesas relativas ao FES-PE, R\$ 1.852.319.013, verifica-se que mais de 88% dos gastos se relacionam com apenas quatro ações. São eles:

- Garantia da oferta de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar: R\$ 1.227.320.248,59;



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

- Gestão administrativa das ações: R\$ 194.913.021,14;
- Implementação da aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos especiais e excepcionais: R\$ 107.867.293,00; e
- Construção e equipagem dos hospitais Miguel Arraes, Metropolitano Sul e Metropolitano Oeste: R\$ 107.169.228,26.

No que concerne à origem dos recursos, o FES teve um comportamento diferente da SES já que foram muitas as suas fontes. As mais expressivas foram: *244-Recursos do SUS Exclusive Convênios, 101-Recursos Ordinários - Administração Direta, 242-Convênio com Administração. Indireta, 131-Programa Multissetorial de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável de Pernambuco - BNDES Estados.*

7.2.2. Despesas por subfunção

Em 2010, do montante destinado à função Saúde, as Sub-funções 302 – *Assistência hospitalar e ambulatorial e 126 – Tecnologia da Informação* foram as que receberam mais recursos.

Tabela 2

Em R\$ 1,00

Total empenhado na Função 10 - Saúde em 2010		
Subfunção	Valor empenhado	Percentual empenhado na Subfunção
Assistência hospitalar e ambulatorial	1.321.038.620,58	40,47%
Tecnologia da informação	1.235.490.455,56	37,85%
Administração geral	256.195.492,17	7,85%
Outros encargos especiais	209.584.751,02	6,42%
Suporte profilático e terapêutico	180.084.033,50	5,52%
Vigilância epidemiológica	40.685.012,22	1,25%
Atenção básica	9.962.420,60	0,31%
Formação de recursos humanos	5.589.260,83	0,17%
Vigilância sanitária	2.216.468,58	0,07%
Custódia e reintegração social	2.017.555,47	0,06%
Planejamento e orçamento	696.124,21	0,02%
Comunicação Social	348.758,78	0,01%
Normatização e fiscalização	198.656,56	0,01%
Alimentação e nutrição	62.755,61	0,00%
Assistência à criança e ao adolescente	13.488,03	0,00%
Total	3.264.183.853,72	100%

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

A exemplo do exercício anterior nota-se que mais de 98% dos gastos com saúde estão relacionados com apenas cinco subfunções: Assistência hospitalar e ambulatorial, Tecnologia da informação, Administração geral, Outros encargos especiais e Suporte profilático e terapêutico.



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

A Sub-função 302 - *Assistência hospitalar e ambulatorial* foi responsável isoladamente por 40,47% dos recursos aplicados na Saúde: R\$ 1.321.038.620,58. A tabela 3 apresenta os programas que receberam mais recursos.

Tabela3. Total Empenhado na Sub-função 302 por Programa **Em R\$ 1,00**

Programa	Valor destinado
0278- Gestão da política de saúde do Estado	640.095.846,89
0141- Atendimento à saúde dos servidores beneficiados pelo SASSEPE	232.707.505,77
0061- Promoção da saúde	167.718.927,40
0650- Programa de Expansão da Rede Hospitalar Pública de Saúde	156.206.896,47
0173- Assistência médica e social aos servidores da SDS e seus dependentes	67.275.610,45
Outros	57.033.833,60
Total	1.321.038.620,58

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

Verifica-se que algo em torno de R\$ 300 milhões de reais foram destinados à assistência médica e social de servidores e dependentes beneficiados pelo SASSEPE e da SDS, ou seja, gastos considerados de natureza não universais (clientela fechada)¹.

Do expressivo montante destinado à sub-função 126-Tecnologia da Informação, cerca de R\$ 1.227.320.248,59 foram destinados ao programa 0709- *Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População* e R\$ 6.451.888,73 ao Programa 0445 - *Sistema Estadual de Informática de Governo - SEIG*.

Dado o volume expressivo de recursos destinados ao Programa 0709, buscou-se o seu detalhamento na LOA 2010. Verificou-se que se trata de um Programa vinculado à sub-função *Tecnologia da informação*, tendo como objetivo: *Garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma integral e equânime*. Constituem este Programa:

Tabela 4. Atividades componentes do Programa 709

Atividade	Finalidade
00208.101260709.3431– Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	Garantir a execução dos procedimentos de média e alta complexidade pelas unidades de saúde sob gestão estadual, para atendimento às necessidades de saúde da população.
00208.103020709.3437 - Implantação das Unidades Semi-intensivas	Ofertar leitos em unidades semi-intensivas garantindo o acesso da população usuária do SUS.

Fonte: Lei Orçamentária Anual 2010 e Balanço Geral do Estado 2010

Constatou-se que todo o montante do volume liquidado no Programa foi destinado à *Atividade 3431– Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar*.

¹ A respeito deste tema, tem-se que será pormenorizado no item Ações e Serviços Públicos de Saúde mais adiante neste relatório.



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

Evidenciou-se incompatibilidade entre a natureza das despesas liquidadas e a Subfunção escolhida nesta Atividade (3431), conforme demonstrado na Tabela 5:

Tabela5

Em R\$ 1,00

Atividade	Sub-elemento	Descrição do Elemento	Valor liquidado
00208.101260709.3431 - Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	33903950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	425.079.143,61
	33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos E Laboratoriais - Oper.Intra-Orcamentarias	131.309.161,97
	33504301	Inst. de Carater Assistencial ou Cultural	73.906.930,52
	33404105	Transf. aos Municipios Decorrentes de Convenio	73.108.579,79
	33903941	Fornecimento de alimentação preparada	32.824.673,18
	31901612	Produtividade SUS	21.964.650,04
	33909230	Material de Consumo	6.174.099,80
	33903009	Material Farmacológico	1.767.850,44
	33903004	Gás e Outros Materiais Engarrafados	3.361.028,77
	33904718	Contribuições Previdenciárias s/Serv.Terceiros-Pessoa Física e Cooperativas	3.781.825,89
	33903912	Locação de Máquinas e Equipamentos	3.229.287,70
	33903914	Locação Bens Móveis De Outras Naturezas E Intangíveis	2.155.779,09
	31909290	Outras Despesas de Exercicios Anteriores	1.594.567,09
		Sub-Total	780.257.577,89
		Outros	447.062.670,70
	Total	1.227.320.248,59	

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

Verifica-se, portanto que vários elementos de despesa não guardam relação com a subfunção *126 Tecnologia da Informação*. Há, por exemplo, gastos com produtividade SUS (destinadas aos servidores), materiais de consumo e farmacológicos, locação de máquinas, bens móveis e equipamentos, fornecimentos de alimentação preparada e aquisição de gás e outros engarrafados. Gastos com Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais, relacionados à subfunção *302 - Assistência hospitalar e ambulatorial*.

Os elementos de despesa verificados não se coadunam com a subfunção 126-Tecnologia da Informação, assim como a finalidade da Atividade 3431– Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Da mesma forma se diz do objetivo do Programa 0709 - Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População. Todos eles guardam relação com a subfunção 302-Assistência hospitalar e ambulatorial.



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

Tal fato já foi evidenciado em exercícios anteriores, sem, no entanto, a defesa do Governo do Estado se pronunciar a respeito. Convém que esta Corte de Contas determine ao Governo que proceda a adequada classificação orçamentária da Atividade 3431 e do Programa 0709.

7.2.3. Despesas por grupo

Conforme demonstrado abaixo, os grupos de despesa que mais receberam recursos na função Saúde foram: *Outras Despesas Correntes* - com pouco mais de R\$1,9 bilhões e *Pessoal e Encargos Sociais* – em torno de R\$ 1 bilhão.

Gráfico 2

Em R\$1,00



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

Dos gastos referentes a *Outras Despesas Correntes*, os mais expressivos foram:

- R\$ 556,41 milhões foram destinados a pagamentos por serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (outros serviços de terceiros);
- R\$ 238,80 milhões a pagamentos por apoio administrativo, técnico e operacional;
- R\$ 131,30 milhões a pagamentos por serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (aplicações diretas – operações intra-orçamentárias);
- R\$ 119,75 milhões a pagamentos de serviços de terceiros – pessoa jurídica;
- R\$ 104,66 milhões a gastos por medicamentos distribuídos gratuitamente;
- R\$ 95,21 milhões a pagamentos por meio de repasses financeiros (REFIN) a onze hospitais incluindo os seis maiores hospitais públicos e onze gerências regionais de saúde;
- R\$ 77,10 milhões a pagamentos de subvenções sociais a instituições de caráter assistencial e cultural (Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP, Instituto do Desenvolvimento Social e do Trabalho de Pernambuco, Hospital



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

do Tricentenário, Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP, Fundação Manoel da Silva Almeida e Fundação Professor Martiniano Fernandes).

Dos gastos relativos ao grupo *Pessoal e Encargos Gerais*, mais de 86% do total destinado ao grupo corresponde ao somatório das seguintes ações:

- R\$ 757,09 milhões foram destinados a pagamentos de vencimentos e vantagens fixas de pessoal civil;
- R\$ 166,81 milhões a pagamentos do FUNAFIN – obrigação patronal de servidor ativo civil;
- R\$ 63,96 milhões a pagamentos referentes a produtividade SUS e
- R\$ 47,70 milhões a pagamentos a pessoal civil contratado por tempo determinado.

Dos gastos direcionados ao grupo *Investimentos*, R\$108,18 milhões foram referentes à construção de obras públicas de uso comum do povo; R\$ 42,84 milhões a compras de aparelhos, utensílios e equipamentos médico-hospitalares e R\$ 17,66 milhões a compras de mobiliário em geral.

7.2.4. Fontes de financiamento

O total de gastos liquidados com a função Saúde foi financiado com diversas fontes de recursos, conforme sinteticamente demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 6 **Em R\$ 1,00**

Fontes de Recursos relativos à função Saúde -10		
0101	Recursos Ordinários - Administração Direta	1.838.721.051,97
0244	Recursos do SUS Exclusive Convênios	1.049.507.502,26
0241	Recursos Próprios da Administração. Indireta	147.157.668,36
0130	Operação de Crédito - BNDES - Programa Emergencial federal e BNDES Estados	100.372.907,39
0242	Convênio com Administração. Indireta	62.734.931,61
0131	Programa Multissetorial de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável de Pernambuco - BNDES Estados	33.164.142,12
	Outros	32.525.650,01
	Total	3.264.183.853,72

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2010

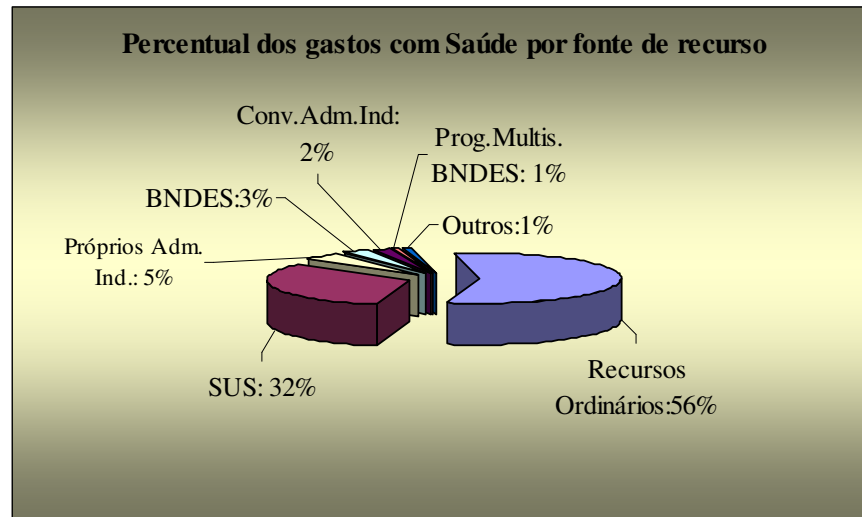
Verifica-se que, do total de recursos destinados para a Saúde em Pernambuco, R\$ 2.888.228.554, 88,4% foram oriundos de apenas duas fontes de financiamento: Recursos Ordinários do Tesouro- Administração Direta e Recursos do SUS Exclusive Convênios.

O gráfico 3 apresenta o percentual dos gastos destinados à Saúde por fonte de financiamento:



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

Gráfico 3



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco2010

Diante dos dados extraídos do e-Fisco e confrontados com os apresentados pelo Governo do Estado por meio do Balanço Geral, referente ao exercício financeiro de 2010, passa-se agora a analisar a aplicação dos recursos de impostos destinados às ações e serviços públicos de saúde.

7.3 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. (...)

§ 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 – (...)

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 – (...)

O art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), introduzido pela Emenda Constitucional nº 29/00, estabeleceu esse limite mínimo para as despesas dos Estados com ações e serviços públicos de saúde, prevendo uma regra de transição que se encerrou em 2004, onde se estabeleceu que:



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

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - (...)

II - **no caso dos Estados** e do Distrito Federal, **doze por cento** do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. (grifos nossos)

III - (...)

Em 08 de maio de 2003, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução nº 322 que aprova algumas diretrizes acerca da Emenda Constitucional nº 29, e estabelece a base de cálculo para apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde.

7.3.1 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 Exportação (Lei Kandir), deduzidas as transferências aos municípios.

O valor da base de cálculo, R\$ 10.464.882.577,97, confere com os dados do e-Fisco. Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2010 corresponde a R\$ 1.255.785.909,36.

7.3.2 Aplicação dos Recursos

Por meio do Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2010, o Estado de Pernambuco, expõe ter aplicado em Saúde R\$ 1.831.208.061,10, cerca de 17,50% dos recursos oriundos de impostos, conforme segue:

Tabela 7

R\$1,00

Unidades Orçamentárias receptoras de recursos na função Saúde	
Secretaria da Saúde - SES	811.167.343,38
Fundo Estadual de Saúde - FES-PE	700.841.927,99
Universidade de Pernambuco - UPE	129.647.610,34
Instituto de Recursos Humanos de Pernambuco - IRH	91.177.761,48
Secretaria da Defesa Social - SDS	49.947.379,38
Fundação de Hematologia e Hemoterapia de PE- HEMOPE	34.738.414,39
Encargos Gerais do Estado	12.052.644,23
Fundação da Criança e do Adolescente - FUNDAC	2.017.555,47
Distrito Estadual de Fernando de Noronha - DEFN	1.166.862,71
Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos - SDSDH	13.488,03
Instituto Agrônomo de Pernambuco - IPA	22.888,15
Sub-Total	1.832.793.875,55



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

Unidades Orçamentárias receptoras de recursos na função Saúde	
Cancelamento de Restos a Pagar no Exercício	(1.585.814,45)
Total	1.831.208.061,10

Fonte: Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2010 e Sistema Informatizado e-Fisco 2010

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 7.2.4, mediante outras fontes de financiamento.

Porém, para efeito do cálculo dos recursos aplicados em Saúde são considerados apenas aqueles provenientes de impostos classificados na fonte 0101 (Recursos Ordinários).

Do total de recursos presentes no Demonstrativo apresentado pelo Estado, constatou-se que as despesas executadas pela Universidade de Pernambuco (UPE) por meio das unidades gestoras *Hospital Universitário Oswaldo Cruz- HUOC, Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco-PROCAPE e Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM*, foram financiadas na sua totalidade pela fonte 0244 - Recursos do SUS Exclusive Convênios. Portanto, por não serem provenientes da fonte 0101, deverão ser excluídos do cálculo referente à aplicação das despesas com saúde no referido Demonstrativo.

Ações não relacionadas a serviços universais de saúde

Sobre os gastos com ações e serviços de saúde não universais, o Tribunal de Contas por ocasião das sessões em que emitiram Pareceres Prévios sobre as Prestações de Contas do governo de 2006/2008 entendeu que esse aspecto será devidamente regulamentado quando da edição da Lei Complementar prevista na EC 29. No entanto, tal regramento ainda encontra-se em análise no Congresso Federal.

A respeito do tema, a Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde - COFIN/CNS e o Grupo de Trabalho referente às Auditorias da Emenda Constitucional 29 (EC29) do referido Conselho – GT/CNS/Auditorias EC29 estiveram reunidos nos dias 28 e 29 de julho de 2010 para analisar os resultados do Relatório Gerencial da Ação das auditorias realizadas nos 27 Estados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS².

O escopo das auditorias realizadas pelo DENASUS compreendeu os exercícios financeiros de 2006 e 2007. De acordo com os achados desta auditoria, o

² Fonte: Ofício-Circular nº003/PRES/CNS/GM/MS, emitido pelo Conselho Nacional de Saúde a todos os Tribunais de Contas (PETCE nº67789/2010). Compõe Relatório apresentando considerações sobre os resultados das auditorias DENASUS a respeito do cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 pelos 27 estados da federação.



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

COFIN/CNS e o GT/CNS/Auditoria EC29 tecem algumas considerações e apresentam alguns resultados, dentre os quais:

- A maioria dos Estados (16 em 2006 e 17 em 2007) não cumpriu a referida EC, aplicando percentual abaixo do mínimo exigido;
- Como conseqüência da situação anterior, o montante não aplicado em saúde nos Estados atingiu R\$ 5,98 bilhões e R\$ 6,03 bilhões nos anos de 2006 e 2007 respectivamente, com valores atualizados para junho de 2010 da ordem de R\$ 7,55 bilhões e R\$ 7,32 bilhões;
- Apesar dos 27 Estados realizarem despesas indevidamente classificadas como sendo ações e serviços públicos de saúde, a maioria teve as contas aprovadas pelos respectivos Tribunais de Contas (26 em 2006 e 24 em 2007). Situação diferente foi observada em relação à aprovação das contas pelos respectivos Conselhos de Saúde (8 em 2006 e 10 em 2007);

No que concerne a Pernambuco extrai-se do relatório que o percentual de recursos próprios destinados às ações e serviços públicos de saúde compreendeu 11,33% em 2006 e 10,23% em 2007, discordando dos valores apresentados nos respectivos Balanços Gerais do Estado, 13,14% e 14,25%, respectivamente. Tal fato se deveu, segundo a auditoria, à inclusão de despesas indevidas computadas como gastos de saúde: despesas com assistência à saúde que não atendem ao princípio da universalidade (clientela fechada) e despesas de exercícios anteriores.

Diante dos resultados apresentados foi proposto pelos órgãos em destaque, dentre outras deliberações, que se marcasse uma reunião com a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON, bem como com os respectivos Procuradores de Contas para busca de alinhamento mínimo das análises.

Com vistas a um entendimento uníssono, buscou-se aqui verificar o que diz a Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29) e coletar a definição do que é ou não *ação e serviço público de saúde* por meio dos instrumentos normativos vigentes. Nota-se, quando da leitura da EC 29, que não há nenhuma menção de que o termo ações e serviços públicos de saúde esteja vinculada à sua pretensa regulamentação. Tão somente versa sobre as obrigações mínimas de cada ente federado. Assim, buscou-se nos instrumentos normativos vigentes, a definição legal das referidas ações e serviços.

De acordo com a lei 8.142/90, que trata do financiamento das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde, mediante Portaria, está autorizado a estabelecer condições para a sua aplicação.

Sendo assim, em 5/11/2002, o Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando a auto-aplicabilidade do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, aprovou as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que assegura recursos mínimos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.



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

Neste instrumento normativo está expresso claramente o que são *ações e serviços públicos de saúde*:

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 6º Para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam, simultaneamente, aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente Federativo;
- III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º, do ADCT.

Art. 7º Atendidos os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes, e para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);



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

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência; e

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Parágrafo único. Poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, excepcionalmente, as despesas listadas neste artigo, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, excepcionalmente, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, para financiar ações e serviços públicos de saúde.

Vê-se mais adiante que tal norma não deixa margem a dúvida quando revela o que **não** deve ser enquadrado como *ações e serviços públicos de saúde*:

Art. 8º Em conformidade com os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes Operacionais, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito de aplicação do disposto no art. 77 do ADCT, as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II - **assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);**

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7º, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7º, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

Parágrafo único. Não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, as despesas de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas listadas no art. 7º, no exercício em que ocorrerem, realizadas com



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

receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las. (grifo nosso)

Diante dos instrumentos normativos apresentados e após análise dos gastos empreendidos pelo Poder Executivo por meio do e-Fisco pode-se ajustar o valor demonstrado com a finalidade de compatibilizá-lo tanto ao conceito de efetiva aplicação de recursos em saúde, quanto ao Princípio Constitucional da universalidade das ações e serviços públicos de saúde. Verificou-se, portanto, que foram indevidamente incluídos no demonstrativo os seguintes valores:

- *A Operação Especial 0814 - Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FESPE*, no valor de R\$ 1.827.642,55, que tem por finalidade devolver o saldo dos convênios celebrados com a União, cujos recursos não foram efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde;
- *A Atividade 0297 – Assistência Médico-hospitalar aos policiais, bombeiros militares e seus dependentes* no valor de R\$ 49.947.379,38, executada pela Secretaria de Defesa Social, que tem por finalidade “prestar serviços de saúde aos militares e servidores civis da PMPE e CMBPE e seus dependentes”. Essa atividade, por sua finalidade, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- *A Atividade 292 – Ampliação, Reforma e Reequipagem das Unidades de Saúde*, no valor de R\$ 49.807,50, executada pela unidade gestora SASSEPE, que tem por finalidade “Melhorar a estrutura física das unidades de saúde próprias para o atendimento aos servidores beneficiários do SASSEPE”. Essa atividade, por sua finalidade, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- *A Atividade 0299 – Prestação de serviços de atendimento à saúde dos beneficiários do SASSEPE*, no valor de R\$ 88.457.704,01, executada pela unidade gestora SASSEPE, cuja finalidade é prestar serviços médicos e odontológicos aos servidores beneficiados. Essa atividade, por sua finalidade, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- *A Operação Especial 3584 - Concessão de Auxílio Alimentação a Servidores do SASSEPE*, no valor de R\$ 1.352.442,00, executada pela unidade gestora SASSEPE. Essa operação especial não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- *A Atividade 3585 – Operacionalização do Acesso à Rede Corporativa de Governo-PE-MULTIDIGITAL no SASSEPE*, no valor de R\$ 176.862,49, executada pela unidade gestora (420202) SASSEPE, cuja finalidade é efficientizar a estrutura de serviços de comunicação de dados, voz, imagem e videoconferência, utilizada para consecução das atividades necessárias à prestação de serviços aos usuários do SASSEPE. Esta atividade, por sua finalidade, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;



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

- A *Atividade 3586 - Operacionalização do Núcleo de Informática - NI do SASSEPE*, no valor de R\$ 1.141.140,86, executada pela unidade gestora (420202) SASSEPE, cuja finalidade é gerenciar, desenvolver e manter a infraestrutura, os recursos e ativos de tecnologia de informação, necessários ao funcionamento do Núcleo Setorial de Informática – NSI. Esta atividade, por sua finalidade, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- A *Atividade 0789 - Devolução de Saldo de Recursos de Convênio da Fundação HEMOPE*, no valor de R\$ 12.292,36, executada pelo HEMOPE, cuja finalidade é que tem por finalidade devolver o saldo dos convênios celebrados com a União, cujos recursos não foram efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde;

Portanto, somando-se os valores das ações acima comentadas, que não representam aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, bem como aqueles de caráter não universal, chega-se ao valor de R\$ 142.965.271,15.

Some-se a isso, o volume de recursos aplicados pela UPE e executados pelas unidades gestoras *Hospital Universitário Oswaldo Cruz- HUOC, Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco-PROCAPE e Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM*, financiado na sua totalidade com recursos da fonte 0244 - Recursos do SUS Exclusive Convênios e não da fonte 0101, no valor de R\$ 129.647.610,34.

Por conseguinte, deve ser excluído do cálculo de aplicação em recursos com ações em saúde o valor de R\$ 272.612.881,49.

Restos a Pagar não Processados

Os valores constantes do demonstrativo referem-se às despesas empenhadas, que incluem os restos a pagar processados e os não processados. Os restos a pagar não processados são despesas empenhadas que não tiveram sua contraprestação de bens ou serviços reconhecida até 31 de dezembro (despesas não liquidadas). Não houve restos a pagar não processados, inscritos em 2010, na função Saúde.

O Tribunal de Contas de Pernambuco, porém, entende que não deve ser computada a presunção de aplicação, e sim os valores efetivamente aplicados. Desta forma, mantém-se a metodologia adotada em anos anteriores, que consiste na exclusão dos restos a pagar não processados inscritos no exercício e a compensação pela inclusão dos valores inscritos no ano anterior e pagos durante o exercício.

Percentual de aplicação após ajustes

Portanto, ajustando o valor das aplicações apresentadas no Demonstrativo, no montante de R\$ 1.831.208.061,10, em ações e serviços públicos de saúde, considerando-se as exclusões relatadas, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 1.558.680.323,36.



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

Diante do exposto, após realizados os devidos ajustes, o entendimento do TCE-PE fica resumido na tabela 9:

Em R\$ 1,00	
Total de aplicações (Demonstrativo)	1.831.208.061,10
(+) Cancelamento de Restos a Pagar em 2010 oriundos de 2009(Demonstrativo)	1.585.814,45
(-) RPNP inscritos em 2010	0
(+) RPNP inscritos em 2009 e pagos em 2010	56.375,00
(-) RPP inscritos em 2009 e cancelados em 2010	1.557.045,70
Subtotal das aplicações (TCE)	1.831.293.204,85
(-) Ações não relacionadas a serviços públicos de saúde	272.612.881,49
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.558.680.323,36
Base de Cálculo (TCE)	10.464.882.577,97
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.558.680.323,36
% de aplicações (TCE)	14,89

Fonte: Balanço Geral do Estado 2010 e Sistema Informatizado e-Fisco 2010

Dessa forma, em 2010, o Estado de Pernambuco, mesmo após os ajustes realizados, alcançou o percentual exigido pela Constituição Federal, aplicando 14,89% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde de caráter universal.

A Secretaria de Tesouro Nacional – STN, nas suas orientações (Manual de Demonstrativos Fiscais, aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, válido para o exercício de 2010, Portaria STN nº 462, de 2009) como órgão central de contabilidade, admite que sejam incorporados os restos a pagar processados e não processados, desde que haja recursos financeiros para suportá-los no ano seguinte.

DESPESAS LIQUIDADAS: ... No encerramento do exercício, as despesas com ações e serviços públicos de saúde inscritas em Restos a Pagar poderão ser consideradas para fins de apuração dos percentuais de aplicação estabelecidos na Constituição, *desde que haja disponibilidade financeira vinculada à saúde.* ... (grifos nossos)

Para que seja verificada a disponibilidade de saldo nas fontes que financiam a função Saúde, especificamente fontes 0101 – Recursos Ordinários - Adm. Direta, é necessário que o governo melhore seu controle sobre as despesas realizadas por fonte de recurso, controle esse ainda frágil, estando, por exemplo, a fonte 0101 com saldo negativo ao final de 2010, conforme relatado no capítulo 11 do presente relatório, o que impediria qualquer despesa lançada em restos a pagar nesse exercício financiada com esta fonte.