



6. APLICAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE

6.1 SUS – LEGISLAÇÃO E HISTÓRICO

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.

Esse novo plano de atuação do Estado brasileiro procurou descentralizar não apenas o planejamento, mas a execução da prestação de serviços públicos. Para tanto, a Constituição Federal buscou fomentar o atendimento das necessidades sociais mediante a atuação do Poder Público na esfera local, ou seja, de forma mais próxima dos anseios e reclamos da comunidade.

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.

No entanto, a forma de 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.

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

Tendo em vista o sentido vasto a que se confere o conceito de saúde, o Sistema Único de Saúde conta com uma gama de ações que vão desde a assistência à saúde, notadamente no aspecto relativo à sua recuperação, até as atividades de controle e fiscalização da produção de fármacos, equipamentos e hemoderivados; da produção e transporte de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; de bebidas e águas para consumo humano; além da participação na formulação e execução das ações de saneamento; colaboração para proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; e a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e da saúde do trabalhador.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde 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, cujo artigo 1º dispõe:

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) “*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*”.

Estão compreendidas também neste sistema, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Dentre os objetivos do SUS está a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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;
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:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) **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.

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 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.

A Lei nº 8.142/90 estabelece como instâncias de controle social:

1. A Conferência de Saúde: Colegiado transitório convocado a cada quatro anos com a função de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes de governo; e
2. O Conselho de Saúde: Colegiado permanente de natureza deliberativa, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera governamental correspondente.

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.

Esses recursos transferidos pela União mediante o FNS, contaram inicialmente com dotações oriundas do orçamento da Seguridade Social, alocadas, de acordo com a Lei nº 8.080/90, para atender ao custeio



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

do SUS, no que tange “à realização de suas finalidades”, conforme proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e prioridades definidas na lei de diretrizes orçamentárias federal, a LDO.

Posteriormente passaram a compor os recursos do FNS, agregando-se aos recursos alocados pelo orçamento da Seguridade Social, os recursos advindos da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada pela Emenda Constitucional nº 12, promulgada em 1996, cuja instituição coube à União, e cujo prazo de vigência foi prorrogado por sucessivas Emendas Constitucionais. A última prorrogação definida nos termos do art. 3º da Emenda nº 42, fixou o seu termo final em 31/12/2007, não tendo sido mais prorrogada pelo Congresso Nacional mediante a promulgação de nova Emenda Constitucional. A sua alíquota também variou ao longo do tempo, deixando de financiar exclusivamente as ações de saúde a partir da Emenda nº 37.

De acordo com a Lei nº 8.142/90, ficou estabelecido que para receber as transferências de recursos da União os demais entes federados, no âmbito do SUS, devem observar as seguintes condições:

1. Constituição de Fundo de Saúde;
2. Constituição de Conselho de Saúde, de composição paritária entre integrantes da administração pública e de entidades representativas na área de saúde;
3. Elaboração de um plano de saúde;
4. Elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle pela auditoria do Ministério da Saúde da aplicação dos recursos transferidos;
5. Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
6. Constituição de Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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 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 necessário, 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.

Na NOB nº 01/96 o aspecto da regionalização não foi equacionado, no entanto, aquela norma introduziu o processo de pactuação integrada entre os entes componentes do SUS em âmbito estadual, ou seja, entre os municípios e o respectivo Estado, através das Comissões Intergestores Bipartite - CIB. Nesse processo, os municípios e o Estado negociam, pactuam, quanto à prestação de serviços e atendimentos sob sua responsabilidade, e sobre o seu respectivo financiamento pelo FNS, tendo homologação pelo Conselho Estadual de Saúde. A proposta, então, é encaminhada ao Ministério da Saúde, e avaliada pela Comissão Intergestores



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Tripartite – CIT, que é a Câmara de negociação entre a União, o Estado e os seus Municípios, sendo por fim homologada pelo Conselho Nacional de Saúde. O documento final resultante dessa pactuação é a Programação Pactuada Integrada – PPI-. A NOB nº 01/96 assim define:

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

A NOB 01/96 buscou redefinir e reorientar o modelo de atenção à saúde ao buscar estabelecer:

1. Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
2. Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
3. Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
4. A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
5. Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

A NOB nº 01/96 estabeleceu ainda as modalidades de gestão as quais os Estados e Municípios podiam se habilitar, em função da complexidade dos procedimentos de atenção à saúde que porventura eles desenvolvessem, e pactuassem na PPI. Os níveis de complexidade compreendem a atenção básica, a média complexidade e a alta complexidade. Em função disso, a NOB nº 01/96 estabeleceu as seguintes modalidades de gestão:

Municípios:

1. Gestão Plena da Atenção Básica;e
2. Gestão Plena do Sistema Municipal.

Estados:

1. Gestão Avançada do Sistema Estadual;e
2. Gestão Plena do Sistema Estadual.

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.

Para se proceder à regionalização a NOAS 01/01 introduziu a necessidade de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, com aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, e do Conselho Estadual de Saúde – CES, para encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Observe-se que os planos de regionalização deveriam ser elaborados seguindo as especificidades e estratégias próprias em cada Estado, levando-se em conta, dentre outros aspectos, as características demográficas, sócio-econômicas, epidemiológicas, geográficas, de oferta de serviços, e as relações entre os Municípios.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Foram introduzidos os conceitos de Região de Saúde, Módulo Assistencial, Município-sede de módulo assistencial, Município-Pólo, e Unidade Territorial.

O Plano Diretor de Regionalização deveria contemplar, em relação à assistência, no mínimo:

1. A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede, dos municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
2. A identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
3. O Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e dar forma a um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
4. A inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
5. Os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
6. A proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
7. A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

As NOAS 01/01 e 01/02 mantiveram as formas de gestão do SUS, ampliando, no entanto, a habilitação na gestão do SUS em relação à atenção básica, através da introdução da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A, que substituiu a Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB-

No entanto, mediante a portaria gm/ms nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, o governo federal extinguiu a habilitação nas modalidades Atenção Básica, e Atenção Básica Ampliada, tornando-se possível aos municípios, a partir da referida portaria, obter habilitação apenas na modalidade Gestão Plena do Sistema de Saúde do Município.

Assim, a atenção básica se caracterizou como um estágio na evolução do SUS, um *standard*, no qual os Municípios brasileiros já devem estar habilitados.

No que diz respeito à atenção da média complexidade, a NOAS 01/02 definiu a PPI, como:

...o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

Em relação aos procedimentos de alta complexidade, as NOAS estabeleciam como responsáveis solidários pela garantia de acesso, o Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais da Saúde, cabendo ao gestor estadual a gerência da política de alta complexidade no âmbito local. Apesar de o Estado dispor de tal condição, a execução dos serviços de alta complexidade pode também ser exercida pelos Municípios que estejam habilitados sob a forma de Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM.

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;



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

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.

Esse pacto, de natureza federativa, visa dentre outras coisas: aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS; com a finalidade de consolidar o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS.

A partir dessa nova forma de organização e responsabilização ficou extinto o processo de habilitação para Estados e Municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002. No entanto, foram mantidas até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido nessas normas.

As mudanças trazidas pelo Pacto, decorreram em parte do esgotamento do modelo vigente de gerência e pactuação do SUS, conforme se depreende da exposição contida na portaria nº 399/gm:

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Nesse sentido:

... os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A portaria nº 399/gm define esses três componentes:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

“O Pacto de Gestão” estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

O Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. 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 infra-estrutura 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.

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve 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.

As regiões podem assumir os seguintes formatos:

- Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo Estado;
- Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes Estados;
- Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

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.

Sob o componente de defesa do SUS, o Pacto reitera também a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Para a consecução dessas três componentes são mantidos instrumentos criados anteriormente pelas Normas Operacionais, como a Programação Pactuada Integrada, o Plano Diretor de Regionalização, e o Plano de Investimentos, tendo-se introduzidos novos elementos e responsabilidades. Destacam-se o Sistema de Planejamento no SUS e a forma de financiamento segmentada por blocos.

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;
- 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 do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Além disso, 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.

Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados observando sua vedação quanto ao pagamento de:

1. Servidores inativos;
2. Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
3. Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
4. Pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
5. Obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

6.2 GESTÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

Gestão Plena do Sistema Estadual

Mediante a Portaria nº 1.582/GM, de 02 de agosto de 2004, o Ministério da Saúde habilitou o Estado de Pernambuco e mais dezenove municípios na modalidade de Gestão Plena do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Municipal, respectivamente. Naquela época ficou definido como o teto financeiro para o Estado de Pernambuco, incluídos os Municípios em GPSM, destinado à média e alta complexidade, o valor de anual de R\$ 572.365.710,81 (quinhentos e setenta e dois milhões, trezentos e sessenta e cinco mil, setecentos e dez reais e oitenta e um centavos).



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

De acordo com a pactuação definida para 2007, formalizada pela portaria do Ministério da Saúde nº 49 de 30 de janeiro de 2007, foi estabelecido o teto de R\$ 654.741.475,50 (seiscentos e cinquenta e quatro milhões, setecentos e quarenta e um mil, quatrocentos e setenta e cinco reais, e cinquenta centavos), distribuídos da seguinte forma:

Em R\$ 1,00	
Total sob Gestão Estadual	430.172.120,23
Total dos Municípios em GPSM	206.455.880,27
Unidade Prestadora- Hospital das Clínicas	18.113.475,00
Teto para o Estado de Pernambuco	654.741.475,50

A parcela correspondente ao Hospital das Clínicas é transferida diretamente pelo FNS e diz respeito à parcela sob contrato de gestão.

Em 2007 o SUS-PE totalizava vinte e seis municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, tendo havido uma nova habilitação ao longo do ano: Surubim. Em 2008 foram habilitados nos termos do “Pacto pela Saúde” os municípios de Itambé e Garanhuns.

A maioria dos municípios habilitados em GPSM ainda não assinou Termo de Compromisso de Gestão, permanecendo habilitados nos termos dos normativos anteriores (NOB nº 01/96 e NOAS 01/02), ou seja, sem a adesão ao “Pacto pela Saúde”. Os municípios de Itambé, Garanhuns, Palmares e Surubim firmaram o Termo de Compromisso de Gestão, ao longo do período 2006/2008.

O Ministério da Saúde mediante a Resolução nº 153, de 17 de janeiro de 2007, prorrogou o prazo para assinatura desses Termos para setembro de 2007. Apesar dessa prorrogação, o governo estadual não firmou o seu respectivo Termo de Compromisso de Gestão em 2007. No entanto, em 2008, a Comissão Intergestores Bipartite-CIB aprovou mediante Resolução 1.229, de 15 de março de 2008, a adesão do Estado ao “Pacto pela Saúde”. Por sua vez, o Conselho Estadual de Saúde mediante a Resolução nº 402, de 05 de março de 2008, também aprova a adesão do Estado ao “Pacto pela Saúde”.

Plano Estadual de Saúde-PES/Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde-PPI/Plano Diretor de Regionalização-PDR/Plano Diretor de Investimento – PDI

O Plano Estadual de Saúde, de responsabilidade da SES, referente ao período 2004/2007, foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - CES mediante a Resolução nº364, de 12/07/2006. A sua nova versão para o período 2008/2011 ainda se encontra em fase de elaboração, devendo incorporar os novos elementos introduzidos pelo “Pacto pela Saúde”.

Mediante a Resolução CES nº342, de 14/12/2005, foi aprovada a Programação Pactuada Integrada do Estado.

A Programação Pactuada Integrada de 2006, PPI-2006, foi revisada em 2006, atendendo ao pedido de remanejamento de metas físicas e financeiras de 133 municípios, tendo sido apreciada na Reunião da Comissão Intergestores Bipartite – CIB em 04/12/2006, e aprovada mediante a Resolução CIB nº1092. Como se tratou apenas de revisão não houve necessidade de ser submetido à apreciação do CES. Após o seu envio ao Ministério da Saúde – MS foi publicada a Portaria nº 49 de 30/01/07, com os novos tetos financeiros municipais, vigentes a partir de janeiro 2007, e os valores alocados ao Estado para a execução das ações de alta e média complexidade. De acordo com a referida portaria o remanejamento dos recursos não implicou em “impacto” no teto financeiro global do Estado.

O Plano de Regionalização, cuja configuração depende do que for estabelecido na Programação Pactuada Integrada-PPI, sofreu alteração em virtude da criação da XI Regional de Saúde, através do Decreto do Governador do Estado nº 29.115, de 12/04/2006. No entanto, as revisões para sua adequação ao “Pacto pela Saúde” ainda não ocorreram em 2007, estando atualmente em processo de revisão juntamente com o Plano Diretor de Investimento.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Relatório de Gestão

De acordo com informações obtidas na Secretaria de Saúde ainda não houve a aprovação, pelo Conselho Estadual de Saúde, do seu Relatório de Gestão referente ao exercício de 2007, o que deverá ocorrer em meados de junho do corrente ano. Em 2006 mediante Resolução nº 368, de 11/10/2006, do Conselho Estadual de Saúde, foram aprovados os Relatórios de Gestão de 2006 e 2005 da Secretaria de Saúde do Estado.

Estrutura da Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde adotou para execução de suas atribuições, uma estrutura disciplinada pelo Decreto nº 30.382/07, na qual é possível identificar os elementos de atenção e promoção à saúde; controle e prevenção à doenças de veiculação hídrica; vigilância sanitária e controle epidemiológico; regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS; planejamento e ações de municipalização.

De acordo com o referido decreto, a SES tem por finalidade:

...planejar, desenvolver e executar a política sanitária do Estado; orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; exercer as atividades de fiscalização e poder de polícia de vigilância sanitária; e coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde.

Apesar das mudanças introduzidas com o novo regulamento, observa-se que não houve descontinuidade entre a estrutura atual da Secretaria e a que fora concebida na vigência do decreto nº 25.318/03, posteriormente alterado pelo decreto nº 27.592/05. Apesar do “Pacto pela Saúde” haver sido editado mediante a portaria nº 399/gm de 22/02/2006, a estrutura da Secretaria já havia passado a incorporar os elementos integrantes das diretrizes desse instrumento normativo, que em linhas gerais, tratam da assistência à saúde; o controle, avaliação e o monitoramento; a vigilância sanitária e ambiental; além da regionalização das ações de saúde. As mudanças incorporadas mediante o decreto nº 30.382/07, que cumpre destacar, dizem respeito, dentre outras coisas, à inserção da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – APEVISA, e à Ouvidoria de Saúde, como parte da nova estrutura ali regulamentada. Merecem ainda referência, a criação da Gerência Geral de Assuntos Jurídicos, e a Superintendência de Comunicação.

Foram mantidas as estruturas administrativas em forma matricial previstas na Lei Complementar Estadual nº 49/03. A SES dispôs, para a promoção das ações em saúde, com o apoio de uma Superintendência de Gestão de Pessoas e uma Superintendência Administrativa Financeira, vinculadas diretamente ao Secretário.

Rede de Atendimento

Tendo em vista que o Estado ainda é o responsável pela alta complexidade, ele conta com uma rede de atendimento composta por seis grandes hospitais de referência, sendo cinco na região metropolitana do Recife (Hospital da Restauração, Barão de Lucena, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães e Otávio de Freitas), e um na região do Agreste do Estado (Hospital Geral do Agreste). A SES dispõe, ainda, de doze hospitais regionais vinculados às onze Gerências Regionais de Saúde - GERES.

Segue o total de recursos empenhados para repasse aos seis grandes hospitais estaduais em 2007:

Em R\$ 1,00	
HOSPITAIS	VALOR
Regional do Agreste	8.152.241,23
Agamenon Magalhães	21.782.385,93
Barão de Lucena	19.418.486,58
Otávio de Freitas	14.567.718,33
Getúlio Vargas	20.609.278,09
Restauração	26.572.338,08
Total empenhado para os 6 hospitais	111.102.448,24

Fonte: SIAFEM/2007



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Os postos de atenção básica, cuja prestação já é realizada por todos os Municípios pernambucanos, não mais existem na rede de atendimento sob gestão do Estado.

Em 2006 foi criada a XI Gerência Regional de Saúde – GERES, com sede em Serra Talhada, e integrada pelos seguintes Municípios, antes abrangidos na VI, VII e X, Regionais de Saúde: Serra Talhada, Calumbi, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, Triunfo, Betânia, São José do Belmonte, Floresta, Carnaubeira da Penha e Itacuruba. a partir de estudos baseados no Plano Diretor de Regionalização e no fluxo de referências da Programação Pactuada e Integrada;

Segue a distribuição das GERES no território estadual:



6. 3 O PLANO PLURIANUAL E ALGUMAS AÇÕES DE CONSOLIDAÇÃO DO SUS-PE

As diretrizes do Governo do Estado para a Saúde, constantes no Plano Plurianual - PPA 2004-2007 estão classificadas no Eixo da Equidade, opção estratégica: Habitabilidade e Qualidade de Vida. O Eixo da Equidade orienta programas e ações que visam expandir a provisão de infra-estrutura urbana básica e serviços de educação, saúde, segurança pública e cultura para toda a população pernambucana, canalizando recursos para a proteção social e melhoria da qualidade de vida em geral e para ações focadas em grupos de maior vulnerabilidade ou de maior exclusão social.

A LDO para 2007, lei nº 13.094 de 25 de setembro de 2006, elegeu dentro dessa opção estratégica nove “programas prioritários”, que, por sua vez, compreenderam um conjunto de programas e ações com execução prevista na Lei Orçamentária de 2007 em diversas áreas de atuação estatal. Dentre esses programas prioritários, o nono foi dedicado às ações de saúde, tendo sido denominado: “Modernização da Rede Saúde”. Em virtude da necessidade de identificar a correlação existente entre esse programa prioritário e os programas e ações constantes da LOA, foi enviado ofício GC01/DCE nº 010/2007 à Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado, a fim de que essa relação fosse evidenciada. A SEPLAG atendendo à solicitação, respondeu nos termos do ofício nº 1055/07-GS, no qual apresenta “as informações referentes aos programas prioritários sua correspondência no PPA 2004-2007 e na Lei Orçamentária Anual do exercício de 2007”.

A partir daí foi solicitado à Secretaria de Saúde do Estado, mediante ofício TC/DCE/GC01 nº 029/2007, relatório das ações realizadas pela Secretaria e suas entidades supervisionadas. A SES atendendo à solicitação encaminhou resposta nos termos do ofício GAB nº 300/08, em que apresenta as informações da Secretaria sobre as realizações das metas previstas no PPA/LOA para o exercício de 2007. Com base nessas informações, e o que foi posteriormente encaminhado pelo LAFEPE e HEMOPE, ao final deste relatório consta o resultado do acompanhamento realizado por esses órgãos acerca das ações previstas na lei orçamentária de 2007.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

6.4 ORÇAMENTO ESTADUAL DA SAÚDE

A área de **Saúde**, cuja execução orçamentária se encontra consolidada na **função 10 - Saúde**, apresentou a segunda maior despesa orçamentária do Estado no exercício de 2007, atingindo o valor de R\$ 1.800.299.473,62, representando 15,70% da despesa total do Estado no exercício, ficando atrás apenas do grupo de Encargos Especiais que absorveram 27,61% do total. 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.

No quadro a seguir apresenta-se o total empenhado na função Saúde detalhado por subfunção. Observa-se que quase 74% dos recursos foram alocados na subfunção “Assistência hospitalar e ambulatorial” que concentra as ações de caráter curativo.

Em R\$ 1,00			
Código subfunção	Especificações (subfunções)	Valores (R\$)	% do total
302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.323.514.303,94	73,52%
122	Administração Geral	199.060.551,33	11,06%
303	Suporte Profilático e Terapêutico	128.277.667,59	7,13%
846	Outros Encargos Especiais	110.913.960,58	6,16%
305	Vigilância Epidemiológica	12.061.859,01	0,67%
301	Atenção Básica	10.188.487,62	0,57%
125	Normatização e Fiscalização	4.749.950,71	0,26%
304	Vigilância Sanitária	4.446.081,89	0,25%
234	Assistência a Criança e ao Adolescente	3.649.369,51	0,20%
126	Tecnologia da Informação	2.143.234,82	0,12%
128	Formação de Recursos Humanos	789.364,16	0,04%
121	Planejamento e Orçamento	481.529,41	0,03%
124	Controle Interno	12.204,31	0,00%
571	Desenvolvimento Científico	10.908,74	0,00%
Total		1.800.299.473,62	100,00%

Fonte: Demonstrativo da Despesa Conforme o Vínculo, com recursos por funções (função 10) Quadro 27.

O total gasto com a função saúde foi financiado com as diversas fontes de recursos abaixo relacionadas.

Fonte de Recursos	Especificações	Valores (R\$)
0101	Recursos Ordinários do Tesouro	1.020.767.669,82
0244	Recursos do SUS	652.093.951,88
0241	Recursos Próprios da Adm. Indireta	103.267.722,24
0242	Convênio com Adm. Indireta	21.327.804,52
0104	Rec. Arrecadados Diretamente	1.611.644,29
0103	Operação de Crédito	1.230.680,87
Total		1.800.299.473,62

Fonte: SIAFEM/2007.

Nota: A partir de 2007 foi utilizada a fonte 0244, em substituição à fonte 0241, com a finalidade de melhor identificar e controlar os recursos oriundos do FNS, aplicados pelo Estado.

6.5 VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO DE RECURSOS DE IMPOSTOS EM AÇÕES DE 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 de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. É o que estabelece o § 2º, inserto no art. 198 por força da referida Emenda:



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

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:" (AC)

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:

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

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.

Segue o demonstrativo da aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços públicos de saúde pelo Estado de Pernambuco, conforme consta do balanço geral do Estado referente ao exercício de 2007:

VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA VINCULAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE.

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA FAZENDA DIRETORIA DE CONTROLE DO TESOUREO ESTADUAL CONTADORIA GERAL DO ESTADO		DEMONSTRATIVO DA VINCULAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE (Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000)		EXECÍCIO 2007 TAB 21 Em Reais 1,00
FONTES	VALORES	APLICAÇÕES	VALORES	
RECEITAS DE IMPOSTOS (1)	8.640.589.149,12	Secretaria da Saúde	453.842.356,01	
		0599 - Concessão de vale-transporte e auxílio-alimentação a servidor	25.882.777,36	
Receita Resultante dos ICMS	5.366.324.680,59	0597 - Contr. patronais da Sec. Saúde ao FUNAFIN	64.341.169,43	
ICMS	5.293.542.373,78	0601 - Direção, Sup. e Coord. da Política Est. de Saúde	351.224,31	
Dívida Ativa do ICMS	14.343.144,93	0600 - Gestão adm. das ações da Sec. da Saúde	10.203.438,16	
Multas e Juros de Mora e Outros Encargos	58.439.161,88	0602 - Manutenção do pessoal das atividades fins do sistema de saúde	352.931.767,73	
		0598 - Ressarcimento de despesas de pessoal a disposição da Secretaria de Saúde	131.979,02	
Receita de Outros Impostos	578.351.859,46			
ITCD	9.883.684,13	Secretaria da Defesa Social	41.189.211,74	
IPVA	273.201.564,69	0297 - Assistência Médico-hospitalar aos policiais, bombeiros militares	38.706.301,92	
IRRF	284.026.449,87	0338 - Melhoria das instalações fiscais e reequipamento do complexo	2.159.014,32	
ISS	999.974,20	1526 - Atenção à saúde e nutrição da população carcerária	323.895,50	
Dívida Ativa do ITCD, IPVA e IRRF	992.783,85			
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos	9.247.402,72	SASSEPE	75.785.147,47	
		0318 - Concessão de Vale-transporte e Auxílio-alimentação a Servidor	1.215.990,00	
Transferências Constitucionais e Legais	2.695.912.609,07	1582 - Operação e Manutenção da Rede PE-Multidigital no IRH-PE	634.627,13	
Cota Parte do FPE	2.650.250.063,07	0299 - Prestação de Serviços de Atendimento a Saúde dos Beneficiários	73.934.530,34	
Cota Parte do IPI Exportação	23.934.914,80			
Cota Parte do ICMS - Exportação	21.727.631,20			



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

		Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável	1.003.463,91
		1482 - Ações de Apoio à Saúde	1.003.463,91
		Fundação de Hematologia e Hemoterapia de PE	24.890.675,38
		0606 - Atendimento a Pacientes Hematológicos	6.771.889,43
		0653 - Concessão de vale-transporte e auxílio alimentação a servidor	1.523.807,00
		0781 - Contribuições patronais da Fundação Hemope ao FUNAFIN	2.334.616,23
		0649 - Direção, supervisão e coordenação das ações da Fundação Hemope	1.398.827,29
		0790 - Encargos com o PASEP da Fundação HEMOPE	142.540,76
		1092 - Gestão administrativa das ações da Fund. HEMOPE	2.245.225,26
		0645 - Produção de hemoderivados e anti-soros	502.517,65
		0536 - Realização de transplante de medula óssea	-
		1412 - Realização de procedimentos hemoterápicos	8.575.487,27
		0607 - Realização de procedimentos hemoterápicos à população da Mata	48.040,85
		0608 – 0609 – 0610 - Realização de procedimentos hemoterápicos a população do Agreste	950.079,47
		0611 – 0612 – 0614 – 0616 – 0617 - Realização de Proced. Hemot. à população do Sertão	397.644,17
DEDUÇÕES – Transferências Tributárias aos Municípios (2)	1.488.830.086,98	Fundo Estadual de Saúde –FES	342.339.554,72
		1482 - Ações de apoio à saúde	5.425,40
		1524 - Ações e serviços ofertados pelo Lacen à população	37.684,94
		0875 - Manutenção do Conselho Estadual de Saúde	3.516,97
		0822 - Apoio aos municípios na gestão doSUS	7.370.452,64
		0870 - Apoio aos municípios na execução do Programa de Agentes Comunitários	39.340,97
		0824 - Articulação com instituições governamentais e não governamentais	126.000,00
		0806 - Capacitação de pessoal para promoção a saúde e prevenção de doenças	1.584,28
		1377 - Assistência à saúde dos portadores de deficiências	354.845,19
		1372 - Assistência à saúde mental	6.031,84
		0683 - Assistência à saúde da população carcerária	684,83
		0864 - Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatoria	78.072.245,85
		0868 - Assistência domiciliar (hospitalar) aos portadores de doença	37.595,04
		1406 - Assistência Farmacêutica à População em caráter excepcional	48.651.854,59
		1357 - Atenção à saúde da criança e do adolescente	4.754,99
		0874 - Atenção à saúde da mulher	30.103,25
		1367 - Atenção à saúde do idoso	13.267,25
		1373 - Atenção à saúde dos portadores de doença infecto-contagiosas	544.485,57
		0581 - Capacitação de profissionais na área de vigilância epidemiológica	15.453,06
		0869 - Construção, melhoria e equipagem de unidades de terapia intensiva	2.149.398,19
		0805 - Construção, reforma, melhoria e equipagem da rede de laboratórios	53.675,24
		0810 - Controle e avaliação das ações e serviços do SUS	7.198,23
		0734 - Desenvolvimento de Recursos Humanos do SUS	110.372,88
		0814 - Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE	3.216.608,66
		0867 - Execução do Programa Nacional de Imunizações	93.081,09
BASE DE CÁLCULO: (1) – (2)	7.151.759.062,14	1379 - Expansão da rede sanitária, sistemas de esgotamento sanitário	272.389,26
		0872 - Fornecimento de medicamentos básicos à população	1.365.264,33



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

	1525 - Fortalecimento do componente estadual de auditoria	2.259,34	
	0866 - Gestão administrativa das ações do FES-PE	139.363.988,30	
	0809 - Implantação de centros de parto normal	5.000,00	
	1041 - Secretaria Estadual de Saúde	561,73	
	1523 - Implementação das Ações e Serviços da Central de Transplante	39.927,50	
	1650 - Implementação, Operacionalização e Manutenção da Ouvidoria	105,00	
	0845 - Instalação do Núcleo Setorial de Informática	205.238,77	
	1666 - Operação e Manutenção da Rede PE-Multidigital	1.900.289,17	
	0876 - Melhoria das instalações físicas e equipamentos dos hospitais da rede pública do Estado	54.428.987,33	
	0580 - Municipalização da vigilância epidemiológica	4.560,00	
	0808 - Oferta de estágios remunerados na área de saúde	797.493,17	
	0828 - Operacionalização da Central de Regulação Médica	1.781.524,98	
	0840 - Realização de oficinas e campanhas de promoção de saúde	830,00	
	0850 - Vigilância epidemiológica para o controle de doenças	1.225.474,89	
	Universidade de Pernambuco – UPE	77.055.468,83	
	1587 - Concessão de vale-transporte e auxílio alimentação a servidores	4.149.996,25	
	0076 - Atendimento ambulatorial e hospitalar	60.537.865,57	
	1583 - Contrib. patronal das unidades de saúde da UPE	10.944.199,38	
	1589 - Gestão Adm. das Unidades de Saúde da UPE	1.423.407,63	
	Secretaria Executiva de Ressocialização	2.926.762,62	
	1944 - Atenção à saúde e nutrição da população carcerária	2.926.762,62	
	Distrito Estadual de Fernando de Noronha	999.276,69	
	0864 - Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial e hospitalar	276.715,20	
	0216 - Desenvolvimento da assistência hospitalar e ambulatorial no DEFN	669.377,41	
	0215 - Desenvolvimento da atenção básica à saúde no DEFN	45.700,98	
	0218 - Desenvolvimento da vigilância epidemiológica no DEFN	7.083,10	
	0217 - Desenvolvimento da vigilância sanitária no DEFN	400,00	
	FUNDAC	3.649.369,51	
	1540 - Assistência especial de saúde à criança, ao adolescente e jovem institucionalizado	3.649.369,51	
	Recursos sob supervisão da Sec. Administração	3.150.690,00	
	1778 - Encargos com INSS do pessoal contratado e comissionado da Secretaria de Saúde	3.116.384,38	
	1779 - Encargos com o FGTS do pessoal contratado da Secretaria de Saúde	34.305,62	
MÍNIMO LEGAL (12,00%)	858.211.087,46	TOTAL DAS APLICAÇÕES (14,36%)	1.026.831.976,88

Fonte: SIAFEM/PE – Secretaria da Fazenda

Nota: 1) As despesas demonstradas referem-se aquelas executadas na fonte 0101 – Recursos Ordinários e 0241 no Distrito Estadual de Fernando de Noronha.

2) O percentual da aplicação difere do Demonstrativo da LRF, porque este Demonstrativo não exclui o cancelamento de restos a pagar no valor de R\$ 7.423.491,85.

Na formação da base de cálculo

A base de cálculo sobre a qual é aplicado o percentual de 12% é formada pelos impostos arrecadados diretamente pelo Estado, quais sejam: ICMS, IPVA, ITCMD, 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 apresentado no referido demonstrativo de R\$ 7.151.759.062,14 encontra-se correto.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

Em relação à aplicação dos recursos

O Poder Executivo demonstra uma aplicação de 14,36% de recursos de impostos em ações serviços públicos de saúde. No entanto, após análise desses gastos 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, conforme exposto a seguir.

Restos a Pagar não Processados

A lei nº 4.320/64 determina que despesa do exercício é a nele legalmente empenhada, o que significa que os restos a pagar processados e não processados constituem despesa do exercício.

Os valores constantes do demonstrativo referem-se às despesas empenhadas, incluindo, portanto, os restos a pagar processados e os não processados.

O Demonstrativo aqui analisado, introduzido por força da Emenda Constitucional nº 29/00, visa refletir o valor efetivamente aplicado nas ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro, não recepcionando o conceito de despesa introduzido pela lei nº 4.320/64, que inclui os Restos a Pagar não Processados. Isso em face dos restos a pagar não processados tratarem de despesas empenhadas que não tiveram a sua contraprestação de bens ou serviços reconhecida até o dia 31 de dezembro, ou seja, despesas sequer reconhecidas pela Administração Pública dentro do exercício, portanto passíveis de cancelamento, motivo pelo qual devem ser excluídos do referido demonstrativo.

Os restos a pagar não processados inscritos em 2007, que devem ser excluídos do demonstrativo, corresponderam a R\$ 2.493.012,00, todos relativos ao FES.

No entanto, seguindo o conceito de efetiva aplicação, os restos a pagar não processados inscritos em 2006, e pagos em 2007, embora não sejam despesas orçamentárias desse último exercício, devem ser incluídos no demonstrativo. Pelos levantamentos feitos no SIAFEM esse valor correspondeu a R\$ 98.536,90.

Assim, o valor líquido dos Restos a Pagar não Processados, ou seja, os Restos a Pagar não Processados inscritos ao final de 2007, menos os Restos a Pagar não Processados inscritos ao final de 2006, pagos em 2007, foi de R\$ 2.394.475,10, devendo ser reduzido do valor total demonstrado.

Ações não relacionadas a serviços universais de saúde

Seguindo a Lei Orgânica de Saúde, Lei Federal nº 8.080/90, e a Resolução CNS nº 322/03, de acordo com informações extraídas do SIAFEM/07 e as informações contidas no balanço geral do Estado, foram indevidamente incluídos no demonstrativo os seguintes valores:

- A Atividade 0814 - *Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE*, no valor de R\$ 3.216.608,66, 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*, no valor de R\$ 38.706.301,92, executada pela Secretaria de Defesa Social, 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 0338 – *Melhoria das instalações físicas e Reequipamento do Complexo Hospitalar do CBMPE e da PMPE*, no valor de R\$ 2.159.014,32, executada pela Secretaria de Defesa Social, tem por finalidade “Dotar o complexo médico hospitalar de instalações físicas e ambientes adequados para uma assistência médica de qualidade aos seus usuários”. 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\$ 73.934.530,34, 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;



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

- *A atividade 0318 – Concessão de Vale Transporte e Auxílio Alimentação a Servidores do IRH-PE*, no valor de R\$ 1.215.990,00, executada pela unidade gestora (420202) SASSEPE, não atende ao Princípio constitucional da universalização das ações e serviços públicos de saúde;
- *A atividade 1582 – Operação e Manutenção da Rede PE-Multidigital no IRH-PE*, no valor de R\$ 634.627,13, executada pela unidade gestora (420202) SASSEPE, cuja finalidade é disponibilizar uma solução integrada em telecomunicação e telefonia para compartilhar recursos de transmissão de dados, voz e demais mídias e acesso à internet, proporcionando racionalização de custos e uniformização de tarifas e serviços, não atende ao Princípio constitucional da universalização das 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 de caráter universal, deve ser excluído do demonstrativo o valor de R\$ 119.867.072,37.

Percentual de aplicação após ajustes

Portanto, ajustando o valor das aplicações demonstradas, no montante de R\$ 1.026.831.976,88, em ações e serviços públicos de saúde, considerando-se as exclusões relatadas: 1) valor líquido dos restos a pagar não processados, R\$ 2.394.475,10; e 2) os valores das ações orçamentárias constantes no demonstrativo, que não representam ações e serviços públicos de saúde de caráter universal, R\$ 119.867.072,37, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 904.570.429,41.

Dessa forma, em 2007, o Estado de Pernambuco, mesmo após os ajustes realizados, alcançou o percentual exigido pela Constituição Federal, aplicando 12,65% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde de caráter universal.

Não obstante a autorização concedida pelo artigo 7º da Lei Complementar nº 43/02, para inclusão no demonstrativo das aplicações em ações e serviços públicos de saúde de caráter universal, a ação “*Contribuição Complementar da Secretaria de Saúde ao FUNAFIN*”, que corresponde ao déficit do sistema previdenciário estadual em relação aos ex-servidores da saúde e seus pensionistas, não houve a sua inclusão no demonstrativo, tendo sido nula a sua realização orçamentária em 2007.

Por fim, merecem registro os valores apresentados como aplicados em algumas ações constantes do demonstrativo, referentes aos saldos do subelemento 96 (repasso financeiro), repassados como adiantamento aos hospitais e às Gerências Regionais de Saúde - GERES, para posterior aplicação. Essas despesas só são efetivamente conhecidas após a sua aplicação pelas unidades receptoras, quando há a reclassificação para os subelementos adequados, mediante prestação de contas.

No cômputo geral, dos valores apresentados no demonstrativo, observou-se, ao final do exercício, um saldo pendente de prestação de contas, referente aos repasses diretamente aos hospitais e GERES, de R\$ 5.701.327,37. Isso significa que 0,08% do valor demonstrado, referiu-se a despesas pendentes de prestação de contas.

6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o final de 2007 havia sido pequena a adesão ao “Pacto pela Saúde”, pois tanto o Estado de Pernambuco, quanto a maioria dos municípios já habilitados em Gestão Plena do Sistema de Saúde, ainda não tinham firmado o Termo do Compromisso de Gestão.

Apesar do “Pacto pela Saúde” buscar dentre as suas finalidades a definição mais clara das responsabilidades sanitárias, mediante um processo de fortalecimento da gestão e de uma descentralização com regionalização diferenciada em relação ao modelo anterior, é possível observar que o Estado de Pernambuco permaneceu detentor da execução de boa parte das ações relativas à alta complexidade no âmbito do seu território.

Esse fato é confirmado pelo significativo volume de recursos aplicados pelo Estado, nessa área, durante a sua execução orçamentária de 2007. A subfunção 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial correspondeu a aproximadamente 73% de todo gasto classificado na função saúde, que por sua vez, foi responsável pela segunda maior despesa orçamentária do Estado.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

A prestação desses serviços em grande medida ocorre dentro das unidades hospitalares estaduais, razão porque as ações de modernização da gestão, monitoramento e avaliação, integrantes do componente “Pacto de Gestão” são essenciais para a melhor qualificação desse gasto. Conforme se pode observar no item deste relatório acerca da Organização Administrativa do Estado, pouco foi o avanço nos últimos anos quanto à implantação de modelos gerenciais por resultado na administração direta do Estado, aonde se inclui a Secretaria de Saúde. Até o final de 2007 ainda não havia sido firmado nenhum Termo de Desempenho pelas Secretarias estaduais.

Apesar da edição lei nº 13.377, de 20 de dezembro de 2007 dispor sobre o Fundo Estadual de Saúde, não se observou ao longo de 2007 uma redefinição do modelo de gestão financeira nas unidades de saúde, especialmente os seis grandes hospitais estaduais, no sentido de transformá-los em unidades gestoras no âmbito do SIAFEM.