



## 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 não se limitam apenas à assistência à saúde, nos aspectos de sua promoção, proteção e recuperação, mas dentre outras, às atividades de controle 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*”.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

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.

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 a serem 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.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

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 o custeio 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 é de competência da União, e cujo prazo de vigência tem sido prorrogado por sucessivas Emendas Constitucionais. Atualmente vigora a Emenda nº 42, que estabelece como termo limite de vigência para essa contribuição o dia 31/12/2007. A sua alíquota também tem variado 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, são 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 orientam 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



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

de Saúde. A proposta, então, é encaminhada ao Ministério da Saúde, e avaliada pela Comissão Intergestores 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.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

Observe-se que os planos de regionalização devem 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.

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

O Plano Diretor de Regionalização deve 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 mantêm 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 substitui 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 devem estar habilitados

No que diz respeito à atenção da média complexidade, a NOAS 01/02 define 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 estabelecem 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;



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

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.

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



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

“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.

Esse 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.

Reitera 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.”

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.

## **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. Nesta portaria ficou definido como o teto financeiro para o Estado de Pernambuco, incluídos os Municípios em GPSM, 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), destinado à média e alta complexidade, distribuído da seguinte forma:

<b>Em R\$ 1,00</b>	
Total dos Municípios em GPSM	141.408.055,08
Total sob Gestão Estadual	430.957.655,73
<b>Teto para o Estado de Pernambuco</b>	<b>572.365.710,81</b>

Esse teto anual sofreu alterações, sendo o limite para 2006 fixado em R\$623.206.539,29, através da Portaria MS/SAS nº100, de 15/02/2006, compreendendo a Gestão Plena do Sistema Estadual, a Gestão Plena do Sistema Municipal, e a parcela transferida ao Hospital das Clínicas diretamente. De modo que:

<b>Em R\$ 1,00</b>	
Total dos Municípios em GPSM	173.812.795,09
Total sob Gestão Estadual	428.126.181,92
Unidade Prestadora- Hospital das Clínicas	21.267.562,28
<b>Teto para o Estado de Pernambuco</b>	<b>623.206.539,29</b>

Em 2006 o SUS-PE totalizava vinte e cinco municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, tendo havido duas novas habilitações ao longo do ano: Limoeiro e Palmares.

Tendo em vista as disposições contidas na Portaria nº 399/gm de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde) dois municípios do Estado assinaram o Termo de Compromisso de Gestão Municipal: Palmares (Município em GPSM) e Surubim. No entanto, ainda não houve homologação desses processos pela Comissão Tripartite.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

O Estado de Pernambuco, no entanto, ainda não assinou o Termo de Compromisso de Gestão Estadual. O Ministério da Saúde mediante a Resolução nº153, 17 de janeiro de 2007 prorrogou o prazo para assinatura desses Termos para setembro de 2007.

### **Plano Estadual de Saúde/PPI e Plano Diretor de Regionalização**

O Plano Estadual de Saúde, de responsabilidade da SES, referente ao período 2005/2007, foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - CES mediante a Resolução nº364, de 12/07/2006.

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.

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 nº29.115, de 12/04/2006.

### **Relatório de Gestão**

De acordo com Resolução nº 368, de 11/10/2006, do Conselho Estadual de Saúde, foi aprovado o Relatório de Gestão de 2005 da Secretaria Estadual 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 25.318/03, 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, executar a política de saúde 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; coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema de Saúde.”

A Secretaria passou a contar na sua estrutura com as Secretarias Executivas de Assistência à Saúde; e de Promoção à Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, vinculadas diretamente ao Secretário de Saúde.

Por força da Lei Complementar Estadual nº 49/03, que prevê estruturas administrativas em forma matricial, 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. No mesmo nível hierárquico se encontrava a Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Desenvolvimento Institucional, que dentre suas atribuições, concentrava a promoção, coordenação e integração: do planejamento das ações de saúde; da elaboração do Plano Plurianual; da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual; além de executar o monitoramento e acompanhamento dessas ações.

Em 31 de janeiro de 2005, essa estrutura sofreu reformulações introduzidas pelo Decreto nº 27.592, que além de criar novas estruturas, reestruturou as vinculações dos órgãos de atuação direta da SES. Destacam-se dentre as alterações promovidas:

1. A transformação da Secretaria Executiva de Promoção à Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, em Secretaria Executiva de Gestão e Vigilância em Saúde, com a alteração de vínculo de vários órgãos da SES, que passam à sua subordinação, desvinculando-se da Secretaria Executiva de Assistência à Saúde;



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

2. A extinção da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Desenvolvimento Institucional;
3. A criação da Superintendência de Planejamento;
4. A criação da Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência a Saúde, responsável pela coordenação e acompanhamento da elaboração do planejamento estratégico e do processo de contratualização das unidades públicas de saúde.

Destaca-se ainda que integram a estrutura da SES, de forma vinculada o Conselho Estadual de Saúde-CES, a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco-HEMOPE, e o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco-LAFEPE.

### **Rede de Atendimento**

Tendo em vista que o Estado 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 sete hospitais regionais vinculados às onze Gerências Regionais de Saúde - GERES.

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;

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.

### **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 2006, lei nº 12.880 de 19 de setembro de 2005, 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 2006 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 GC03/DCE nº 021/2006 à Secretaria de Planejamento do Estado, a fim de que essa relação fosse evidenciada. A SEPLAN atendendo à solicitação, respondeu nos termos do ofício nº 285/2006-GS, no qual apresenta “os programas prioritários constantes da Lei de Diretrizes Orçamentárias 2006 e a correspondência dos mesmos com os programas do Plano Plurianual 2006 e seus respectivos órgãos executores”.

A partir daí foi solicitado à Secretaria de Saúde do Estado, mediante ofício TC/DCE/GC03 nº 037/2006, relatório das ações realizadas pela Secretaria. A SES atendendo à solicitação encaminhou resposta nos termos do ofício nº 100/06-SUPLAN, em que discrimina a execução financeira e física das ações vinculadas aos programas relacionados ao programa prioritário “Modernização da Rede Saúde”. Com base nessas informações foi elaborada análise em tópico específico sobre a execução orçamentária dos “programas prioritários”.



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 2006, atingindo o valor de R\$ 1.575.690.247,64, representando 14,98% da despesa total do Estado no exercício, ficando atrás apenas do grupo de Encargos Especiais que absorveram 28,21% 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.

Dentre as despesas orçamentárias constantes da função 10 – Saúde, destacam-se as subfunções de: assistência hospitalar e ambulatorial; suporte profilático e terapêutico; e administração geral, como segue:

Em R\$ 1,00		
Especificações (subfunções)	Valores (R\$)	% do total
Planejamento e Orçamento	327.293,03	0,02%
Administração Geral	178.509.007,18	11,33%
Controle Interno	173.376,56	0,01%
Normatização e Fiscalização	4.637.720,78	0,29%
Tecnologia da Informação	1.499.487,38	0,10%
Formação de Recursos Humanos	2.070.715,05	0,13%
Assistência a Criança e ao Adolescente	3.720.381,05	0,24%
Atenção Básica	19.820.828,75	1,26%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.141.675.398,03	72,46%
Suporte Profilático e Terapêutico	102.703.189,07	6,52%
Vigilância Sanitária	12.691.775,45	0,81%
Vigilância Epidemiológica	15.387.625,82	0,98%
Desenvolvimento Científico	11.430,90	0,00%
Outros Encargos Especiais	92.462.022,59	5,87%
<b>Total</b>	<b>1.575.690.251,64</b>	<b>100,00%</b>

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 recursos do Tesouro, repasses do FNS, e recursos de convênios (vinculados).

#### 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:

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:



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

"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 públicos 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 2006:

**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 2006 TAB 21  Em Reais	
FONTES	VALORES	APLICAÇÕES	VALORES
<b>RECEITAS DE IMPOSTOS (1)</b>	<b>7.658.555.375,51</b>	<b>Secretaria da Saúde</b>	<b>407.130.877,11</b>
		Concessão de vale-transporte e auxílio-alimentação a serv. da Sec. de Saúde	24.493.268,00
<b>Receita Resultante dos ICMS</b>	<b>4.810.386.107,95</b>	Contribuições paronais da Sec. Saúde ao FUNAFIN	58.022.189,10
ICMS	4.756.908.885,21	Direção, Sup. e Coord. da Política Est. de Saúde	393.169,29
Dívida Ativa do ICMS	9.085.488,30	Gestão adm. das ações da Sec. da Saúde	8.825.883,47
Multas e Juros de Mora e Outros Encargos do ICMS e da Dívida Ativa do ICMS	44.391.734,44	Inversões em apoio a implantação da unidade produtiva da hem.	1.020.275,50
		Manutenção do pessoal das atividades fins do sistema de saúde	314.177.868,51
<b>Receita de Outros Impostos</b>	<b>518.080.676,27</b>	Ressarcimento de despesas de pessoal a disposição da Secretaria	198.223,24
ITCD	8.290.113,38		
IPVA	233.776.862,23	<b>Secretaria da Defesa Social</b>	<b>38.390.027,44</b>
IRRF	264.022.281,46	Assistência Médico-hospitalar aos policiais, bombeiros militares e seus dependentes	35.986.369,50
ISS	1.320.730,98	Melhoria das instalações fiscais e reequipamento do complexo	626.704,00
Dívida Ativa do ITCD, IPVA e IRRF	1.164.247,59	Atenção a saúde e nutrição da população carcerária	1.776.953,94
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos do ITCD, IPVA, IRRF e da Dívida Ativa	9.506.440,63		
		<b>SASSEPE</b>	<b>68.670.481,20</b>
<b>Transferências Constitucionais e Legais</b>	<b>2.330.088.591,29</b>	Concessão de Vale-transporte e Auxílio-alimentação aos Servidores do IRH-PE	1.412.407,82
Cota Parte do FPE	2.287.693.159,69	Implantação da rede pe-multidigital no IRH-PE	294.354,51
Cota Parte do IPI Exportação	20.667.800,40	Prestação de Serviços de Atendimento a Saúde dos Beneficiários do SASSEPE	66.963.718,87
Cota Parte do ICMS – Exportação	21.727.631,20		
		<b>Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável - PROMATA</b>	<b>78.505,97</b>
		Ações de Apoio à Saúde	78.505,97
		<b>Fundação de Hematologia e Hemoterapia de PE - HEMOPE</b>	<b>27.632.821,33</b>
		Atendimento a Pacientes Hematológicos	7.786.720,72
		Concessão de vale-transporte e auxílio alimentação a servidores	1.538.754,50



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

		Contribuições patronais da Fundação Hemope ao FUNAFIN	2.407.986,94
		Direção, supervisão e coordenação das ações da Fundação Hemope	1.297.810,70
		Encargos com o PASEP da Fundação HEMOPE	134.068,29
		Gestão administrativa das ações da Fund. HEMOPE	2.573.447,25
		Produção de hemoderivados e anti-soros	498.392,14
		Realização de transplante de medula óssea	91.413,22
		Realização de procedimentos hemoterápicos	10.040.976,27
		Realização de procedimentos hemoterápicos a pop. da Mata	34.848,89
		Realização de procedimentos hemoterápicos a população do Agreste	829.658,92
		Realização de Proced. Hemot. à pop.do Sertão	398.743,49
<b>DEDUÇÕES – Transferências Tributárias aos Municípios (2)</b>	<b>1.329.383.553,38</b>	<b>Fundo Estadual de Saúde -FES</b>	<b>231.514.679,59</b>
		Ações de apoio à saúde	61.767,00
		Ações e serviços ofertados pelo Lacen à população	555,75
		Ampliação do acesso a exames clínicos oftalmológicos	34.902,00
		Apoio aos conselhos municipais de saúde e aos conselhos gestores	6.238,00
		Apoio aos municípios na gestão do SUS	10.973.057,84
		Articulação com instituições governamentais e não governamentais	136.321,92
		Assistência à saúde dos portadores de deficiências	94.364,93
		Assistência à saúde mental	119.702,81
		Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial	28.793.61751
		Assistência domiciliar (hospitalar) aos portadores de doenças	24.708,96
		Assistência Farmacêutica à População, em caráter excepcional	23.765.308,94
		Atenção à saúde da criança e adolescente	115.447,47
		Atenção à saúde da mulher	185.418,73
		Atenção à saúde do idoso	59.500,42
		Atenção à saúde dos portadores de doenças infecto-contagiosas	265.414,30
		Capacitação de profissionais na área de vigilância epidemiológica	19.941,00
		Construção, melhoria e equipagem de unidades de terapia intensiva	2.908.324,23
		Construção, reforma, melhoria e equipagem da rede de laboratórios	248.302,12
		Controle e avaliação das ações e serviços do SUS	1.036,00
		Desenvolvimento de recursos humanos do SUS	195.879,34
		Devolução de saldo de recursos de convênio do FES-PE	1.553.785,82
		Execução do programa nacional de imunizações	65.452,37
		Expansão da rede sanitária, sistemas de esgotamento sanitário	1.673.609,93
<b>BASE DE CÁLCULO: (1) – (2)</b>	<b>6.329.171.822,13</b>	Fornecimento de medicamentos básicos à população	3.082.838,34
		Fortalecimento do componente estadual de auditoria	69.900,00
		Gestão administrativa das ações do FES-PE	134.865.420,05
		Implantação da rede PE-Multidigital na Secretaria de Saúde	492.773,76
		Implantação de centros de parto normal	480.396,65
		Implantação de serviços para atendimento, via internet, aos	224.081,74
		Implantação do núcleo setorial de informática	650.712,31
		Implantação do sistema de compras eletrônicas na Secretaria	318.780,60
		Implantação do sistema de gestão digital – GRP na Secretaria	130.233,80
		Manutenção do Conselho Estadual de Saúde	39.824,05



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

	Melhoria das instalações físicas e equipagem dos hospitais	16.613.251,36	
	Municipalização da vigilância epidemiológica	13,50	
	Oferta de estágios remunerados na área de saúde	904.919,92	
	Operacionalização da central de regulação médica	397.015,26	
	Realização de oficinas e campanhas de promoção da saúde	24.450,52	
	Vigilância epidemiológica para o controle de doenças	1.917.410,34	
	<b>Universidade de Pernambuco - UPE</b>	<b>54.377.329,47</b>	
	Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial	283.107,73	
	Atendimento ambulatorial e hospitalar	52.204.623,37	
	Conservação e adaptação de unidade de saúde	95.963,99	
	Construção e ampliação de unidades de saúde	705.435,66	
	Melhoria das instalações físicas e equipagem dos hospitais	1.088.198,72	
	<b>Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros</b>	<b>500.000,00</b>	
	Atendimento ambulatorial e hospitalar	500.000,00	
	<b>Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP</b>	<b>3.000,00</b>	
	Atendimento ambulatorial e hospitalar	3.000,00	
	<b>Hospital Universitário Oswaldo Cruz -HUOC</b>	<b>376.475,87</b>	
	Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial	10.500,00	
	Atendimento ambulatorial e hospitalar	365.975,87	
	<b>Distrito Estadual de Fernando de Noronha - DEFN</b>	<b>1.143.340,55</b>	
	Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial	240.142,38	
	Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial	280.230,06	
	Desenvolvimento da assistência hospitalar e ambulatorial no	613.838,15	
	Desenvolvimento da atenção básica à saúde no DEFN	8.517,96	
	Desenvolvimento da vigilância sanitária no DEFN	612,00	
	<b>Fundação da Criança e do Adolescente - FUNDAC</b>	<b>3.720.381,05</b>	
	Assistência especial de saúde à criança, ao adolescente	3.720.381,05	
	<b>Recursos sob supervisão da SARE</b>	<b>4.730.515,28</b>	
	Encargos com INSS do pessoal contratado e comissionado da Secretaria de Saúde	4.351.488,36	
	Encargos com o FGTS do pessoal contratado da Secretaria de Saúde	379.026,92	
<b>MÍNIMO LEGAL (12,0%)</b>	<b>759.500.618,66</b>	<b>TOTAL DAS APLICAÇÕES (13,24%)</b>	<b>838.268.434,86</b>

Fonte: Balanço Geral do Estado 2006

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

### 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, 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.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

O valor da base de cálculo apresentado no referido demonstrativo R\$ 6.329.171.822,13, encontra-se correto.

### Aplicações

Em 2006, os gastos do Estado com saúde, demonstrados para efeito de vinculação, foram realizados pela Secretaria de Saúde, pela Secretaria de Defesa Social, pelo Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado – SASSEPE, pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata – PROMATA, pela Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Pernambuco – HEMOPE, pelo Fundo Estadual de Saúde – FES, pela Universidade de Pernambuco – UPE, pelo Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros – CISAM, pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP, pelo Hospital Universitário Osvaldo Cruz – HUOC, pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, pela Fundação da Criança e do Adolescente - FUNDAC e pela unidade Encargos Gerais do Estado sob supervisão da SARE, conforme descrito sinteticamente abaixo:

#### Aplicação dos recursos em ações e serviços de Saúde por órgão e unidade gestora

Unidade gestora	Valor aplicado (R\$ 1,00)	Percentual
Secretaria de Saúde	407.130.877,11	48,56
Secretaria de Defesa Social	38.390.027,44	4,57
SASSEPE	68.670.481,20	8,19
PROMATA	78.505,97	< 1%
HEMOPE	27.632.821,33	3,29
FES-PE	231.514.679,59	27,61
UPE	54.377.329,47	6,48
CISAM	500.000,00	<1%
FOP	3.000,00	< 1%
HUOC	376.475,87	< 1%
Distrito Estadual de Fernando de Noronha	1.143.340,55	< 1%
FUNDAC	3.720.381,05	< 1%
Encargos Gerais – SARE	4.730.515,28	< 1%
<b>Total</b>	<b>838.268.434,86</b>	<b>100%</b>

Fonte: Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – Tab. 21 do Balanço Geral do Estado/2006

Vale ressaltar, que do total das aplicações com recursos da fonte 0101 (Tesouro), em ações e serviços públicos de saúde, que as maiores despesas foram executadas pela Secretaria Estadual de Saúde – SES, diretamente pelo seu órgão central - R\$ 407,13 milhões (48,56%), e através do Fundo Estadual de Saúde - FES, R\$ 231,51 milhões (27,61%), cuja soma representou 76,17% do total. Note-se que esses gastos não representam o total das aplicações do Estado com as ações em saúde, uma vez que o seu financiamento ocorre, como visto acima (ORÇAMENTO ESTADUAL DA SAÚDE), mediante outras fontes de financiamento.

Os gastos efetuados diretamente pela SES foram, praticamente, com pessoal e encargos, incluídos os gastos referentes à auxílio-alimentação e vale-transporte. Do total de aplicações do FES, merecem destaque os gastos com “Gestão Administrativa das Ações do FES”, da ordem de R\$ 134,8 milhões.

Observou-se que R\$ 103,9 mil do total registrado das aplicações em saúde foram inscritos em **Restos a Pagar não Processados** na UG FES, representando despesas empenhadas, mas cuja prestação do bem ou serviço não ocorreu dentro do exercício financeiro. Por essa razão esse montante não deve ser considerado para efeito de cálculo do mínimo legal em saúde, tendo sido ajustado conforme quadro abaixo.

Outrossim, deve-se desconsiderar o valor de R\$ 1,55 milhão referente à “Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE”, tendo em vista não poder se enquadrar como aplicação em ações de saúde, tendo em vista as diretrizes traçadas pela Resolução CNS n° 322/03.

Em resumo, têm-se:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

<b>Em R\$ 1,00</b>	
<b>Base de cálculo (I)</b>	<b>6.329.171.822,13</b>
Total de aplicações apresentado pelo governo	838.268.434,86
(-) Restos a Pagar não processados de 2006	103.908,40
(-) Devolução de Saldo de Recursos de Convênio	1.553.785,82
(+) Restos a pagar não processados de 2005, pagos em 2006.	12.610.078,44
<b>Novo valor das aplicações (II)</b>	<b>849.220.819,08</b>
<b>Percentual das aplicações (II/I x 100)</b>	<b>13,42%</b>

- As despesas inscritas em Restos a Pagar não Processados, em 2005, e pagas, em 2006, foram consideradas para efeito das aplicações do exercício de 2006.

Sobre os gastos com ações e serviços de saúde promovidos pela Secretaria de Defesa Social, o Tribunal de Contas por ocasião da sessão em que emitiu Parecer Prévio sobre a Prestação de Contas do governo de 2003, entendeu que esse aspecto será devidamente regulamentado quando da edição da Lei Complementar prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000.

Dessa forma, verifica-se que o Estado de Pernambuco aplicou 13,42% nas ações e serviços públicos de saúde, acima, portanto, do mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/00, que seria de 12% para o exercício de 2006.

## 6.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2006, terceiro ano da Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, a Secretaria de Saúde deu continuidade ao aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão e do acompanhamento de suas ações. Destacam-se a aprovação do Plano Estadual de Saúde; A aprovação dos relatórios de gestão referentes aos anos de 2005 e 2006; e a instituição mediante a Lei Complementar nº 084 do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos servidores da saúde, além da criação da XI GERES. Outro dado importante está relacionado à necessidade de aperfeiçoamento das ações contidas na Lei de Orçamento de forma a melhor adequar as metas físicas à sua previsão financeira.