7 Saúde

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

O SUS é um sistema único e público de saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142, ambas publicadas em 1990. O SUS se constitui em um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Uma das exigências contidas nos instrumentos normativos do SUS diz respeito ao planejamento das ações. Quanto a esse aspecto define o art. 95 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017, são instrumentos básicos de planejamento do SUS, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O §1º do artigo supracitado determina que os instrumentos de planejamento devem compor um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Cabe ressaltar a importância do plano de saúde como condição imprescindível para o repasse de recursos, visto que sua elaboração é exigência contida nas LOS, assim como nas Portarias GM/MS nº 204/2007 e nº 837/09, consolidadas na Portaria de Consolidação nº 6/2017, que regulamentam as transferências de recursos fundo a fundo. Ressalte-se que o planejamento e o orçamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser elaborados de forma ascendente (do nível local até o plano federal), com financiamento decorrente das respectivas propostas orçamentárias. Nessas, deverão constar os recursos oriundos de fontes próprias, e aqueles transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

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

7.2 Cenário do SUS em Pernambuco

7.2.1 Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

O sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco – SES-PE traz no ícone intitulado "Informações de Saúde" o Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019[1], aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – Resolução CES nº 664 de 15 de junho de 2016.

[1] Disponível em: portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf (consulta realizada em 19/07/2018).

Este documento traz em seu conteúdo análise situacional que engloba os seguintes aspectos: perfil sócio-demográfico e epidemiológico do estado; situação da atenção à saúde; estrutura e produção de serviços de saúde; planejamento, gestão e regulação de serviços de saúde; situação da gestão do trabalho e educação em saúde; e programas e projetos prioritários do governo. Encontra-se também inserido no referido PES 2016-2019 o mapa estratégico da SES-PE, diretrizes, objetivos estratégicos, ações e metas, critérios para monitoramento e avaliação do referido PES e recomendações da 8° Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni e do Conselho Estadual de Saúde.

A programação Anual de Saúde – PAS para o exercício de 2017 está disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES-PE[2]. O referido instrumento apresenta as diretrizes e os objetivos do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 e suas respectivas ações e metas propostas para o ano de 2017. Serve de referência para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Da mesma forma, o Relatório Anual de Gestão – RAG para o exercício de 2017 está disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES-PE[3]. Esse relatório apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de metas e indicadores desta, orientando eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao PES 2016-2019 e às programações seguintes.

Destaque-se, dentre as informações constantes do RAG 2017 recebido por este Tribunal, o item 5, que traz informações acerca da Execução da Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde, a qual contempla, segundo a análise das diretrizes do PES 2016-2019, um total de 927 metas de ações, distribuídas em meio a seis diretrizes. Cada diretriz contempla ações e estas abrigam as referidas metas. Em tais metas, o estado atribui os seguintes *status* de cumprimento: "executada", "não executada" ou "executada parcialmente".

Nesse contexto, o quadro abaixo resume o quantitativo em cada *status* acima descritos no âmbito de cada diretriz, a saber:

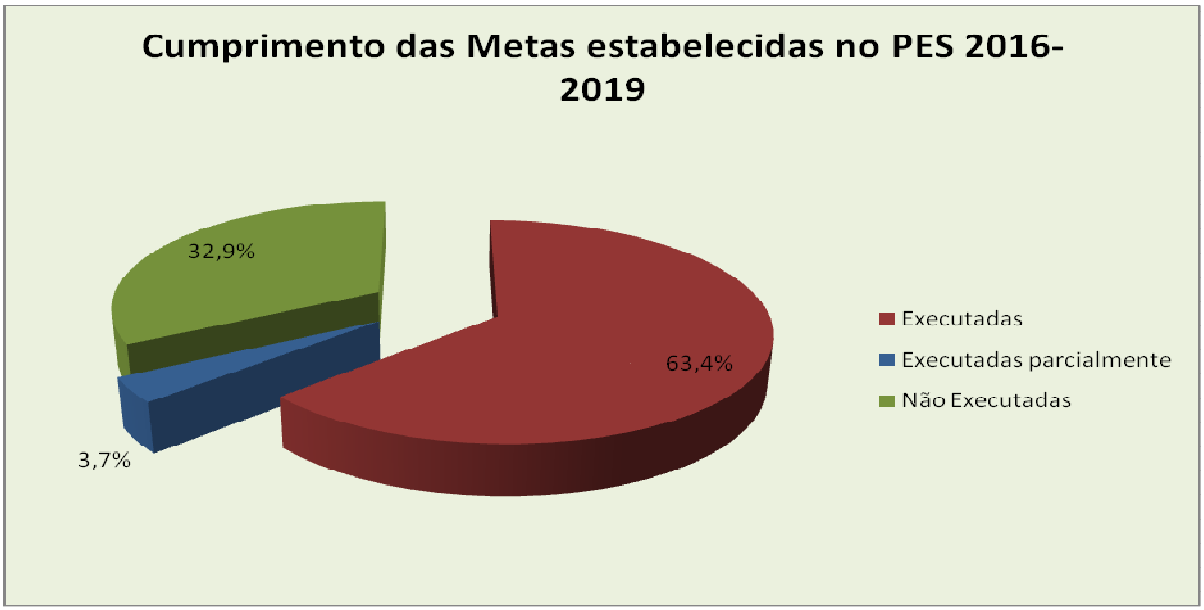
Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
1. Fortalecimento da Atenção Primária	150	1	84	235
2. Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado as ações de Média e Alta Complexidade	171	12	78	261
3. Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica	25	0	10	35
4. Desenvolvimento das Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde	72	12	25	109
5. Qualificação e inovação dos processos de Governança e Gestão Estratégica e Participativa na Saúde	163	9	100	272

[2] Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/programacao-anual-de-saud e-pas-2017 (consulta realizada em 19/07/2018).
[3] Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao (consulta realizada em 19/07/2018).

Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
6. Ampliação dos Investimentos em Saúde	7	0	8	15
Total	**588**	**34**	**305**	**927**

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2017 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_1.pdf p. 14-105) e Anexo IX – Resultados da PAS 2017 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_2.pdf, p. 126-137). Consulta realizada em 19/07/2018.

O gráfico a seguir apresenta uma posição acerca do cumprimento das metas do Plano Estadual de Saúde pelo estado:



Fonte: Relatório Anual de Gestão 2017 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_1.pdf p. 14-105) e Anexo IX – Resultados da PAS 2017 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_2.pdf, p. 126-137). Consulta realizada em 19/07/2018.

São aplicáveis as seguintes considerações:

a) A atribuição de status (“executada”, “não executada” ou “parcialmente executada”) é de autoria do próprio governo estadual;
b) As metas com execução parcial (34) ou não executadas (305) tiveram suas justificativa ou reprogramações discriminadas no Anexo IX do Relatório Anual de Gestão (RAG - 2017).

Quando buscamos construir um comparativo de cumprimento entre as metas, com base no maior quantitativo de metas executadas versus o total de metas por diretriz, assim como a menor quantidade de inexecução dessas metas, concluímos, com base nos dados e classificações fornecidas pelo estado, que a diretriz de maior cumprimento é a 3

(Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica), a de menor percentual de inexecução é a 4 (Desenvolvimento das Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde) e a de menor cumprimento e maior percentual de inexecução é a 6 (Ampliação dos Investimentos em Saúde).

7.2.1.1 Indicadores de Resultado

No Capítulo 5 do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 é apresentado o Processo de Monitoramento e Avaliação do PES. O PES 2016-2019 define que serão usados dois tipos de indicadores para efeito de monitoramento e avaliação: indicadores de processo e indicadores de resultados. Segundo o PES, os indicadores de processos são aqueles que acompanham periodicamente o processo de execução de ações e metas estabelecidas. De forma complementar, os indicadores de resultados são aqueles que avaliam as mudanças geradas com o alcance dos objetivos propostos durante os quatro anos de Gestão e têm seus resultados parciais apresentados no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Apesar de o PES 2016-2019 afirmar que foram adotados 41 indicadores de resultados pactuados pelo estado, apenas 24 indicadores são apresentados no documento. Ademais, o PES 2016-2019 não define metas para os indicadores. Recomenda-se que os indicadores possuam metas para o quadriênio, além de metas anuais, definidas no PES, para facilitar o monitoramento e a avaliação dos resultados das políticas públicas implantadas.

No RAG 2016, os 24 indicadores de resultado do PES 2016-2019 foram avaliados. Entretanto, apenas 13 desses indicadores estão listados no RAG 2017, que também apresenta outros 9 indicadores que não estão no PES, totalizando 22 indicadores. As informações sobre os indicadores estão no item 5 do RAG 2017, que apresenta a Execução da Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde e a relação dos indicadores da pactuação interfederativa 2017 a 2021. Cada indicador contém a meta esperada para 2017, o resultado alcançado e a unidade de medida. Uma análise a respeito dos indicadores e seus resultados é apresentada no Anexo X - Indicadores SISPACTO SARGSUS Pactuados. Nesse contexto, o quadro abaixo resume os 22 indicadores acima descritos, a saber:

Indicador	PES 2016-2019	Meta 2017	Resultado 2017	Unidade	Meta Alcançada
1 – Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Sim	339,76	360,01	/100.000	Não
2 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Sim	90	88,01	%	Não
3 – Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Sim	95	96,02	%	Sim
4 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) para crianças < 2 anos – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) e tríplice viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada	Não	75	25	%	Não
5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI)	Não	70	75,03	%	Sim

Indicador	PES 2016-2019	Meta 2017	Resultado 2017	Unidade	Meta Alcançada
encerradas em até 60 dias após notificação					
6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Sim	85	76,06	%	Não
7 – Número de casos autóctones de malária	Não	-	-	-	-
8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Sim	1462	1773	Número absoluto	Não
9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Sim	8	13	Número absoluto	Não
10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Sim	65	76,51	%	Sim
11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Sim	0,44	0,4	Razão	Não
12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Sim	0,35	0,35	Razão	Sim
13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	Sim	54,63	50,6	%	Não
14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Não	18,69	19,47	%	Não
15 – Taxa de mortalidade infantil	Sim	16	13,07	/1.000	Sim
16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Não	101	65	Número absoluto	Sim
17 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	Não	79	80,99	%	Sim
18 – Cobertura de acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família	Sim	75	78,05	%	Sim
19 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Não	62	63,25	%	Sim
20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios	Sim	50	46,5	%	Não
21 – Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica	Não	50	50,08	%	Sim
22 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Não	95	90,08	%	Não

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2017 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_1.pdf p. 13-14) e Anexo X – Indicadores SISPACTO SARGSUS Pactuados (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/rag_2017_parte_2.pdf, p. 138-172)

* Os dados de metas e resultados dos indicadores 11, 13, 14 e 17 estão divergentes na tabela consolidada do RAG 2017 e no Anexo X. Foram considerados como corretos os dados do Anexo X.

** Consulta realizada em 19/07/2018.

Analisando os 22 indicadores constantes do RAG 2017, pode-se perceber que dez deles (45,5%) alcançaram a meta estabelecida para 2017, onze (50%) não alcançaram a meta e um (4,5%) não pode ser avaliado, pois não apresentou valores.

Dentre os 9 indicadores não constantes do PES 2016-2019, cinco indicadores tiveram a meta alcançada (5, 16, 17, 19, 21), três não tiveram a meta alcançada (4, 14, 22) e um não apresentou valores (7). O indicador 7 (número de casos autóctones de malária) é listado na página 14 do RAG 2017, mas os dados não são apresentados, impossibilitado a avaliação desse indicador. Dentre os que não alcançaram a meta, indicador 14 (proporção de gravidez na adolescência) atingiu 95,9% da meta, enquanto o indicador 22 (proporção de preenchimento do campo "ocupação" nos agravos relacionados ao trabalho) atingiu 94,8% da meta.

Já o indicador 4 (proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação com cobertura vacinal preconizada) obteve o pior desempenho entre todos os indicadores, atingindo apenas 33,3% da meta. Das quatro vacinas selecionadas nesse indicador, apenas a tríplice viral obteve a cobertura esperada (97,23%). As demais (poliomielite, pentavalente e pneumocócica) apresentaram cobertura entre 77,46 e 84,93%, valor abaixo dos 95% de cobertura mínima esperada. A vacina com a menor cobertura foi a de poliomielite, com 77,46%. Em julho de 2018, o Ministério da Saúde lançou um alerta[4] sobre a baixa cobertura vacinal da poliomielite no Brasil. Dos 312 municípios brasileiros com cobertura vacinal abaixo de 50%, cinco estão em Pernambuco (Cortês com 35,94% de cobertura; Palmares, 38,90%; Frei Miguelinho, 39,44%; Correntes, 43,06%; e Jaboatão dos Guararapes, 49,47%). A poliomielite foi erradicada no Brasil em 1990. Porém, o risco de a doença voltar existe em todas as cidades com cobertura abaixo de 95%. Em 2017 foram registrados 96 casos de poliomielite no mundo[5], 54 casos a mais do que em 2016. A baixa cobertura vacinal colaborou para esse aumento. Por conseguinte, recomenda-se que o estado promova ações para melhorar a cobertura vacinal de poliomielite, como também das vacinas pentavalente e pneumocócica.

De outra parte, os indicadores constantes do PES 2016-2019 são passíveis de comparação com o ano anterior, pois o Relatório Anual de Gestão de 2016 apresentou uma avaliação de todos os indicadores do PES. Nesse contexto, o quadro abaixo resume os treze indicadores do PES constantes no RAG 2017, apresentando as metas e os resultados de 2016, se a meta de 2016 foi alcançada e o comparativo desses valores com o apresentado em 2017, para avaliar a evolução da meta (coluna 'Meta Melhor') e do resultado do indicador ('Resultado Melhor').

Indicador	Meta 2016	Resultado 2016	Meta Alcançada	Meta Melhor	Resultado Melhor
1 – Taxa de Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias	356,6	361	Não	Sim	Sim

[4] Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43797-ministerio-da-saude-alerta-para-baixas-coberturas-vacinais-para-polio (consulta realizada em 19/07/2018).
[5] Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/noticia/casos-de-sarampo-e-poliomelite-aumentaram-em-todo-o-mundo-diz-relatorio-da-oms.ghtml (consulta realizada em 19/07/2018).

Indicador	Meta 2016	Resultado 2016	Meta Alcançada	Meta Melhor	Resultado Melhor
crônicas)					
2 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	85	94,1	Sim	Sim	Não
3 – Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95	95,7	Sim	Igual	Sim
6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	85	73,9	Não	Igual	Sim
8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1214	1349	Não	Não	Não
9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	11	6	Sim	Sim	Não
10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	60	69,4	Sim	Sim	Sim
11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,43	0,42	Não	Sim	Não
12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,45	0,33	Não	Não	Sim
13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	49	48,37	Não	Sim	Sim
15 – Taxa de mortalidade infantil	16	14,7	Sim	Igual	Sim
18 – Cobertura de acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família	74	75,03	Sim	Sim	Sim
20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios	30	45,11	Sim	Sim	Sim

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2016 (http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/relatorio_anual_de_gestao_2016.pdf p. 11-13), Relatório Anual de Gestão 2017 e Anexo X – Indicadores SISPACTO SARGSUS Pactuados do Relatório Anual de Gestão 2017. Consulta realizada em 19/07/2018.

De acordo com o quadro acima, pode-se perceber que três indicadores tiveram meta igual em 2016 e 2017 (3, 6, e 15), dois tiveram meta pior em 2017 (8 e 12) e os demais tiveram meta melhor em 2017. Dentre os que tiveram meta mais baixa em 2017, o indicador 8 (número de casos novos de sífilis congênita) teve uma grande piora em 2017 tanto na meta quanto no resultado. Foi prevista uma meta de 1.214 casos em 2016, mas ocorreram 1.349 novos casos. Como resultado, a meta não foi cumprida em 2016. Em 2017, a meta piorou significativamente, passando a ser de 1.462 casos, mais do que tinha acontecido em 2016. Não obstante isso, o resultado obtido em 2017 foi ainda pior, chegando a 1.773 casos, 31% a mais do que em 2016. Vale lembrar que esse indicador expressa a qualidade do pré-natal, pois a sífilis pode ser diagnosticada e tratada durante a gestação e durante o parto. Segundo o RAG 2017, esse indicador apresenta tendência de aumento desde 2013, havendo um aumento de 87% dos casos no período de 2013 a 2017. Em decorrência disso, recomenda-se que haja

um maior esforço do estado no sentido de diminuir esses números e inverter essa tendência de crescimento, investindo na prevenção, especialmente na Atenção Básica.

Ademais, para o indicador 12 (razão de exames de mamografia), houve uma piora significativa na meta (passando de 0,45 para 0,35) e um ligeiro aumento no resultado (de 0,33 para 0,35), fazendo com que a meta fosse alcançada em 2017, apesar de não ter sido alcançada em 2016. Como resultado, o alcance da meta em 2017 está mais relacionado à alteração do indicador do que à melhoria do desempenho do estado. Vale lembrar que a mamografia é o método utilizado para rastrear o câncer de mama. A detecção precoce da doença resulta na redução da mortalidade, o que torna esse indicador de fundamental importância para a saúde da mulher.

Comparando os resultados obtidos em 2016 e 2017, observa-se que quatro indicadores (2, 8, 9, 11) apresentaram uma piora no resultado em 2017. O indicador 2 (proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados) teve uma meta de 85% e um resultado de 94,1% em 2016. Já em 2017, a meta subiu para 90%, mas o resultado piorou, chegando a 88,01%. Segundo o RAG 2017, esse valor corresponde apenas aos meses de janeiro a outubro de 2017, então há uma chance de a meta ser atingida quando os dados de novembro e dezembro de 2017 forem considerados. Esses valores devem ser atualizados no RAG 2017.

Além disso, o indicador 9 (número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos) apresentou uma meta de 11 casos e um resultado de 6 casos em 2016. Em 2017, a meta melhorou, chegando a uma previsão de 8 casos, porém o resultado piorou bastante, chegando a 13 casos, mais do que o dobro de casos de 2016. O RAG 2017, nas suas páginas 352-353, menciona a implantação do Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites B e C. Recomenda-se que esse comitê faça um estudo para compreender as causas desse aumento e proponha e execute ações para diminuir esse número a patamares menores do que o de 2016, mantendo a tendência de queda que vinha sendo observada nos anos anteriores.

Similarmente, o indicador 11 (razão de exames citopatológicos do colo do útero) apresentou uma meta de 0,43 e um resultado de 0,42 em 2016, não alcançando a meta proposta. Já em 2017, a meta foi melhorada para 0,44, mas o resultado piorou, chegando a 0,40. Certamente esse indicador é bastante significativo para o diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. Por isso, recomenda-se que haja um esforço por parte do estado de forma a diminuir as dificuldades relatadas no RAG 2017, nas suas páginas 356-357, para melhorar o resultado desse indicador em 2018. Dentre as possíveis melhorias, pode-se citar a melhora do prazo de entrega do resultado dos exames para atender ao prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde, a disponibilização da realização do exame em mais de um dia da semana, a alimentação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e a execução de ações com o intuito de incentivar a realização do exame, para diminuir a dependência da demanda espontânea.

Partindo para a análise dos resultados, pode-se constatar que, dos treze indicadores do PES 2016-2019 constantes no RAG 2017, seis não cumpriram a meta de 2016 (1, 6, 8, 11, 12, 13) e oito não cumpriram a meta de 2017 (1, 2, 6, 8, 9, 11, 13, 20), o que representa uma piora no cumprimento das metas. Para o indicador 1 (taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT),

foi previsto uma melhora na meta, que passou de 356,6 em 2016 para 339,76 em 2017, mas que não foi acompanhada de uma melhora significativa no resultado, que passou de 361 para 360,1. Como resultado, a meta do indicador não foi alcançada em 2016 e 2017. Certamente esse indicador tem muita relevância, uma vez que as DCNT representam a maior causa de óbito do país. Em razão disso, é importante que o estado trabalhe para melhorar os resultados desse indicador, trazendo resultados concretos para 2018.

O indicador 6 (proporção de cura dos casos novos de hanseníase) manteve a meta de 85% de 2016 para 2017 e apresentou uma pequena melhora no resultado, passando de 73,9 para 76,06. Porém, apesar da melhora no resultado, a meta não foi alcançada novamente em 2017. O cumprimento da meta é de grande relevância, pois a cura reflete na redução de focos de contágio e previne incapacidades físicas.

Além disso, o indicador 13 (proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar) teve um acréscimo significativo na meta (passando de 49 em 2016 para 54,63 em 2017), que não foi acompanhada de uma grande melhora no resultado (que passou de 48,37 para 50,6). Por consequência, o resultado não foi alcançado em 2016 e 2017. Vale lembrar que a Organização Mundial de Saúde estabelece em até 15% a proporção recomendada de partos por cesariana. Com isso, a proporção mínima recomendada de parto normal é de 85%, valor muito acima do encontrado em Pernambuco (50,6%). Em 2017, o UNICEF lançou um alerta[6] sobre a importância do trabalho de parto espontâneo para a saúde da mãe e do bebê. Além disso, afirmou que o elevado número de cesarianas no país coloca o Brasil em 2º lugar no mundo nesse tipo de parto. Assim, faz-se necessário aumentar as ações de incentivo ao parto normal, tanto na rede SUS quanto na saúde suplementar.

Soma-se a isso o indicador 20 (percentual de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ação de vigilância sanitária), que teve um aumento bastante significativo na meta, passando de 30% em 2016 para 50% em 2017. Porém, o resultado apresentou um leve aumento, de 45,11% para 46,5%, fazendo com que a meta de 2017 não tenha sido alcançada. As ações de vigilância sanitária contribuem para a redução de riscos e agravos à saúde.

Já para o indicador 15 (taxa de mortalidade infantil), foram apresentados dados que afirmam que a meta de 2017 foi cumprida (meta de 16 óbitos por 1.000 nascidos vivos, resultado de 13,07). Porém, quando da confecção do RAG 2017, os dados sobre mortalidade e nascidos vivos ainda estavam sujeitos à entrada de dados. Portanto, não se pode afirmar que o estado cumpriu essa meta. Recomenda-se que o RAG 2017 seja republicado com os resultados dos indicadores atualizados quando os dados finais de todos os indicadores estiverem disponíveis.

Por fim, é certo que a análise dos indicadores de resultado proporciona uma visão dos resultados obtidos pelo estado, permitindo aferir o impacto da ação pública na saúde. Por essa razão, essa análise possui uma grande relevância. Soma-se a isso o artigo 99 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017, que afirma que o Relatório Anual de Gestão deve contemplar os indicadores do Plano de Saúde. Dessa forma, recomenda-se que o estado avalie todos os indicadores previstos no PES 2016-2019 anualmente no respectivo Relatório Anual de Gestão. Isso não foi feito no RAG 2017, pois apenas 54% dos indicadores de resultado do PES 2016-2019 foram analisados.

[6] Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_35978.html (consulta realizada em 19/07/2018).

7.2.2 Monitoramento do Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019

O Plano Estadual de Saúde (2016-2019) apresentou o seguinte macro objetivo estratégico: ampliar o acesso regionalizado à rede de atenção à saúde com qualidade e atendimento humanizado. Para tanto, organizou-se em seis diretrizes estratégicas.

Para cada diretriz estratégica são definidos objetivos, metas e indicadores, que deverão ser acompanhados a fim de verificar o desempenho das ações e serviços de saúde realizados.

> O Monitoramento e Avaliação são parte de um ciclo que envolve todo o planejamento. O primeiro deles compreende o acompanhamento constante das metas e indicadores, que expressam as Diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período.
>
> O segundo, o processo de avaliação, compreende a apreciação dos resultados alcançados, devendo contemplar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde promoveram ou não a melhoria das condições de saúde da população ao final de quatro anos. (PES 2016/2019, pág. 301)

Para realizar esse acompanhamento foram selecionados 41 (quarenta e um) indicadores de resultados pactuados pelo Estado, em conformidade com o Sistema de Pactuação de Indicadores do SUS – SISPACTO, organizados de acordo com as Diretrizes e os Objetivos do PES 2016-2019.

A construção do PES 2016-2019 levou em consideração análise situacional que considerou, entre outros, os perfis sociodemográficos e epidemiológicos do estado. Essa análise destaca os principais desafios no atual contexto de saúde no estado:

> O perfil epidemiológico demonstra avanços no combate às doenças negligenciadas, a partir do Programa SANAR, mas ainda há um grande esforço a ser feito, sobretudo em relação à esquistossomose, tuberculose e hanseníase. A dengue também se apresenta como desafio, junto com a chikungunya e a zika. E ainda, a sífilis na gestação e a congênita, relacionados ao parto e ao puerpério também permanecem como questões a serem priorizadas na intervenção governamental.
>
> Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, ressalta-se o crescimento das internações por neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Destaca-se ainda, o crescimento da internação por causas externas nos últimos anos, que também é a principal causa de óbitos. Por fim, ressalta-se a persistência da mortalidade materna e a mortalidade por doenças cardiovasculares, com forte impacto na mortalidade geral. (PES 2016-2019, pág. 35)

Dessa forma, a equipe de auditoria apurou resultados de alguns indicadores relacionados aos desafios acima descritos, especialmente junto ao Ministério da Saúde, conforme segue:

7.2.2.1 Melhorar a Saúde Materna

O Brasil participou da reunião da cúpula do Milênio, onde foram definidas as oito Metas do Milênio, das quais uma delas é: Melhorar a saúde materna.

Segundo equipe multidisciplinar de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão, em artigo intitulado “Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil em 2002 a 2011 em São Luís, Maranhão”, publicado na Revista Pesquisa em Saúde, em 2014, a redução da

mortalidade materna "poderá ser alcançada através da promoção da saúde de mulheres em idade reprodutiva".

Destacam ainda a relevância e, inclusive, a obrigatoriedade de investigações de óbitos relacionados à mulher:

> E em 2008, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil através do preenchimento da ficha de investigação de óbito de mulheres em idade fértil e identificação de possível óbito materno. Martins, et al (2014)

Nesse contexto, o PES 2016-2019 definiu 02 (dois) indicadores, de um total de 41 (quarenta e um), com foco tanto na mortalidade de mulheres em idade fértil, quanto na mortalidade materna. Essa última representando um dos tipos de óbitos ocorridos entre as mulheres. Os referidos indicadores são os seguintes:

> 9. Proporção de óbitos maternos investigados.
>
> 10. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados. (PES 2016-2019, pág. 303)

O Ministério da Saúde considera que Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a

> morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Considera também o conceito de morte materna tardia, que é aquela decorrente de causa obstétrica, mas ocorrida após os 42 dias e menos de um ano depois do parto. Inclui também o conceito de morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, quando ocorrida um ano ou mais após o parto.

Acrescenta também outras mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especificamente:

> doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; necrose pós-parto da hipófise (E23.0); osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

Assim, buscou-se averiguar os resultados alcançados, com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e concluir se houve ou não, avanços quanto à redução dos casos, tanto de mortalidade de mulheres em idade fértil, quanto especificamente de mortalidade materna, e ainda se houve adequação das investigações de óbitos respectivas.

7.2.2.1.1 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Os dados analisados revelaram que o desempenho do Estado de Pernambuco, com relação à mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – MIF (número de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), segundo o local de residência de falecida) caracterizou-se por queda gradual, de 2011 a 2015, porém com aumento significativo em 2016.

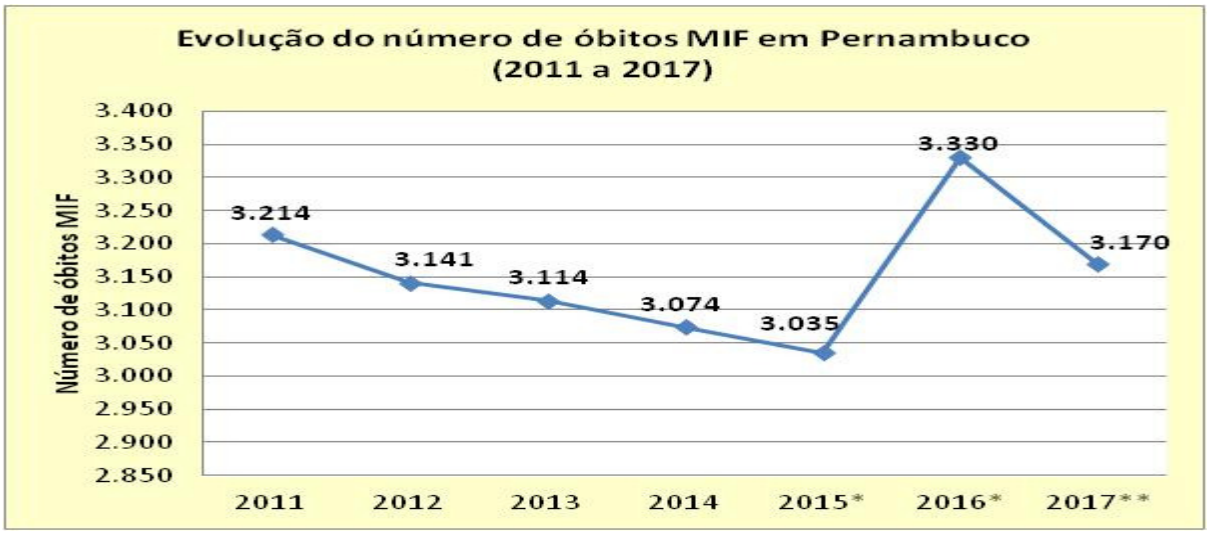
No exercício de 2017 houve queda em relação ao exercício de 2016, porém a mortalidade de MIF ainda é superior à ocorrida em 2015, como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

Quadro de Evolução do número de óbitos de MIF em Pernambuco (2011 a 2017)

Exercício	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017**
Número de Óbitos	3.214	3.141	3.114	3.074	3.035	3.330	3.170

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados no exercício de 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:

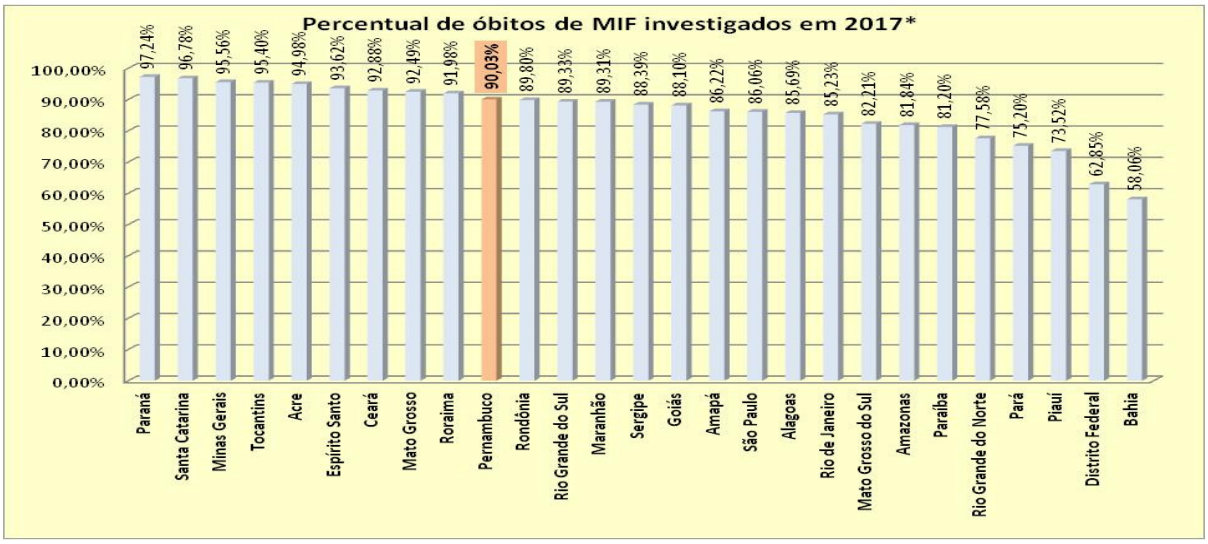


Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados no exercício de 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

No atual PES não foram definidas metas de ampliação percentual explícita dessa investigação, mas no RAG 2017 observa-se meta de 90% para o exercício de 2017.

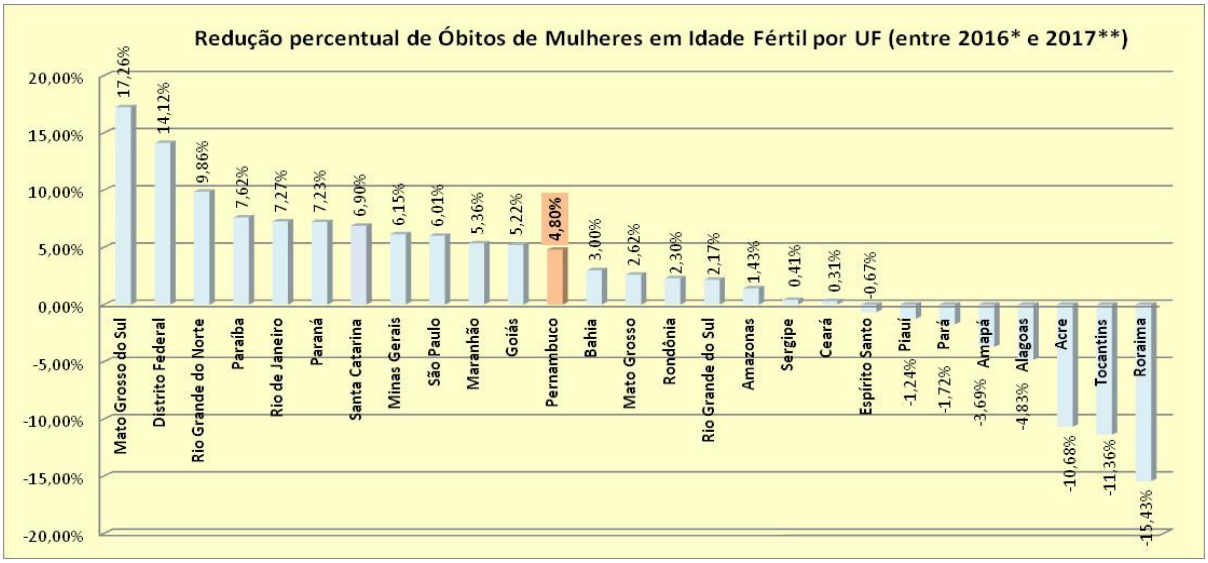
Dessa forma, atingiu-se em 2016 o patamar de 93,69% dos casos de óbito de MIF devidamente investigados, com vistas à sua evitabilidade. Entretanto, em 2017 houve queda, alcançando o percentual de 90,03% segundo o DATASUS e de 88,01% segundo o RAG 2017, mas de qualquer forma, acima da meta definida para 2017.

Por outro lado, em 2017, Pernambuco atingiu o 10º melhor desempenho dentre as Unidades Federativas – UFs brasileiras, conforme o gráfico a seguir.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

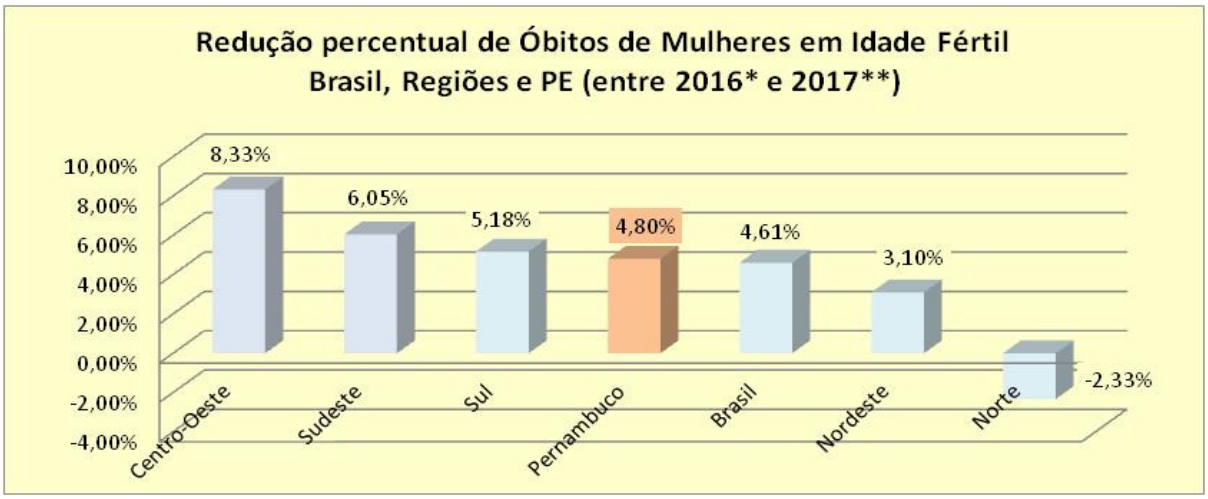
O gráfico a seguir demonstra a redução percentual nos números de óbitos de MIF por estados da federação, entre 2016 e 2017:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados no exercício de 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Como se pode observar, Pernambuco conseguiu reduzir em 4,80% o número de óbitos de MIF de 2016 para 2017, ficando na 12ª melhor posição dentre as UFs e Distrito Federal. Tal resultado se apresenta como positivo (em 2016 ficou com a 4ª pior posição dentre UFs e DF) e pode resultar do aumento percentual de casos investigados em 2017, atestando o que afirma a literatura.

No gráfico a seguir é apresentada a comparação do número de óbitos de MIF ocorridos em 2016 e em 2017, em Pernambuco, Brasil e Regiões:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados no exercício de 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Considerando os exercícios de 2016 e 2017, o estado de Pernambuco apresentou redução de óbitos de MIF superior à apresentada pelo Brasil e Regiões Norte e Nordeste, bem como inferior à apresentada pelas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as ações e metas definidas no PES (2016-2019), uma vez realizadas, embora tenham conseguido reduzir a mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, no exercício de 2017, ainda não conseguiram contribuir para redução significativa, permanecendo em níveis próximos aos obtidos ainda em 2011, quando se iniciou um processo de redução progressiva de tais mortes.

7.2.2.1.2 Mortalidade Materna

Os dados analisados revelaram que o desempenho do estado de Pernambuco, com relação à mortalidade materna, não se caracterizou por queda gradual do número de óbitos, ficando abaixo das metas previstas no PES 2012-2015 (redução de 5% a cada exercício).

O PES 2016-2019 ressalta a importância de acompanhar o desempenho de ações criadas para fazer face à mortalidade materna:

> A relevância da mortalidade materna enquanto evento evitável traz, para a saúde pública, a possibilidade de sua categorização como evento sentinela que permite alertar gestores e profissionais da área sobre problemas e inadequações no cuidado à saúde da mulher que podem ser evitados ou corrigidos em tempo oportuno. (PES 2016/2019, pág. 71)

Embora o PES 2016-2019 não tenha definido explicitamente os valores esperados (reduções de óbitos maternos) para os exercícios de sua vigência (fato que o empobrece como instrumento de planejamento) o RAG 2017 apresenta a meta de 101 óbitos maternos, para o exercício de 2017. Essa meta não parece razoável, tendo em vista que desde 2011 os resultados são significativamente menores.

Observou-se que, em 2017 (75), ocorreu leve aumento no número de óbitos maternos, em relação a 2016 (71), mas se manteve em patamar equivalente ao esperado para

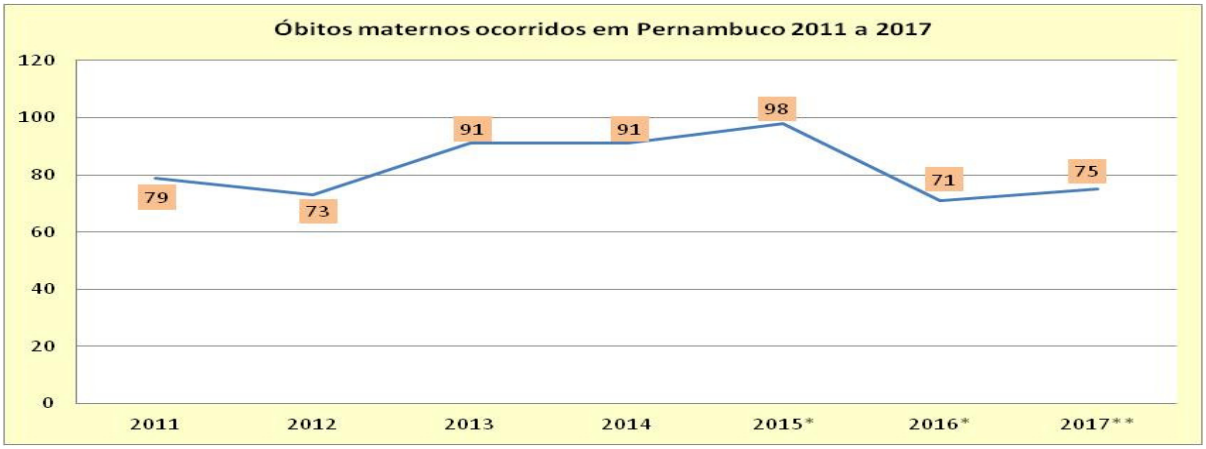
o exercício de 2012 (75), conforme PES (2012-2015), como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

Quadro de Evolução do número de óbitos maternos em Pernambuco (2011 a 2016)

Exercício	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017**
Número de Óbitos	79	73	91	91	98	71	75
Meta de Óbitos (PES)	-	75	71	67	64	Não definida	Não definida

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores

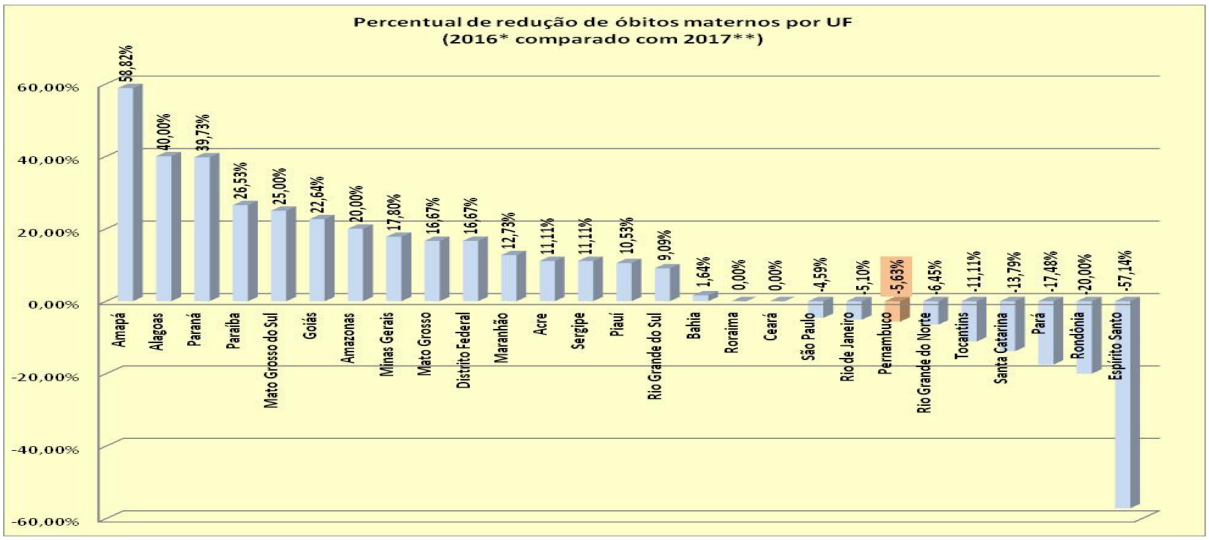
Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores

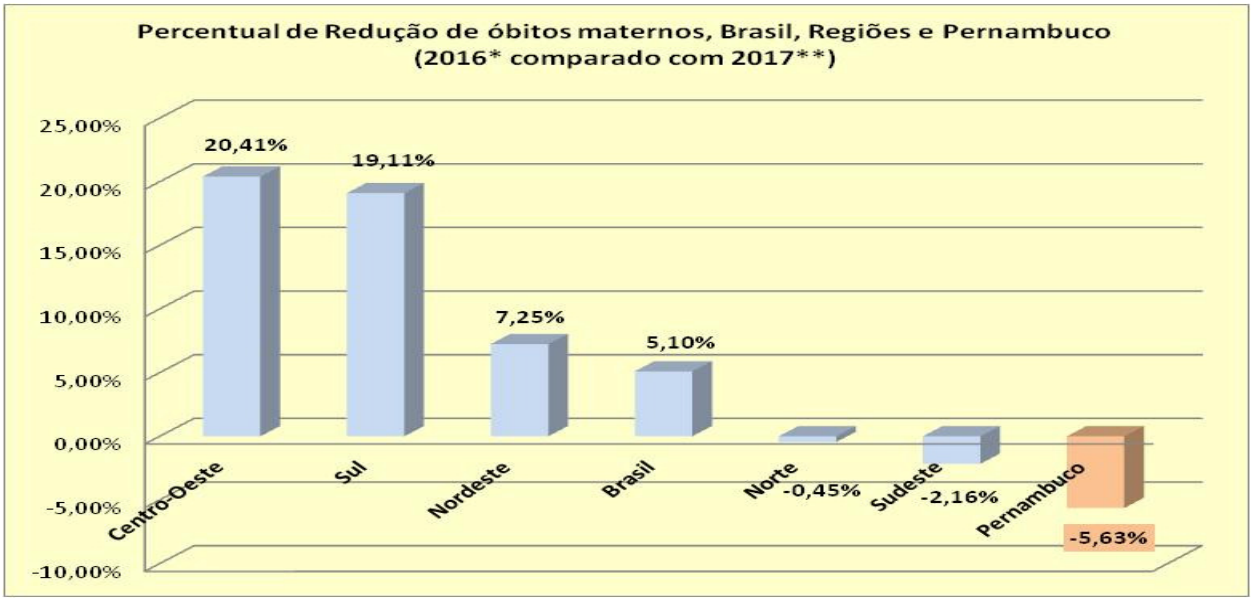
Observa-se que o estado terminou 2017 (75 casos) com número de óbitos maternos 5,06% inferior ao aferido em 2011 (79 casos), o qual serviu de base para as metas definidas no PES 2012-2015. Já no contexto do PES 2016-2019, quando se compara o número de óbitos em 2016 (71 casos) com o número de óbitos de 2015 (98 casos), observa-se que houve uma queda significativa de 27,55%. Entretanto, o número de óbitos em 2017 (75 casos) cresceu 5,63% em relação a 2016 (71 casos).

Considerando o desempenho de um exercício (2016) para outro (2017), comparativamente aos demais estados da federação e DF, Pernambuco figura na vigésima primeira posição, conforme descrito a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

O desempenho de Pernambuco ao comparar o resultado de 2017 com 2016, em relação ao Brasil e Regiões pode ser observado no gráfico a seguir.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Os dados demonstram que Pernambuco apresentou desempenho inferior em relação ao Brasil e a todas as Regiões. Entretanto, esses números são relativos à quantidade absoluta de óbitos ocorrida no período e podem não refletir a qualidade da assistência à saúde da mulher, tendo em vista que não está comparada ao total de gestações ocorridas no período.

Quando se considera a taxa de mortalidade materna (coeficiente de mortalidade materna), que segundo o Ministério da Saúde "estima a freqüência de óbitos femininos em

idade fértil atribuídos a causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações (representado pelo total de nascidos vivos)", fica claro que o desempenho de Pernambuco não apresentou tendência de queda para a referida taxa de 2012 a 2015, mas apresentou sinais de queda a partir de 2016.

Esse resultado merece atenção por parte da gestão do estado de Pernambuco, tendo em vista que essa taxa, segundo o Ministério da Saúde, reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher e que, quando elevada, está associada à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo.

A taxa de mortalidade materna, ainda segundo o Ministério da Saúde, é obtida multiplicando o número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério por 100.000 e dividindo-se em seguida pelo número de nascidos vivos de mães residentes.

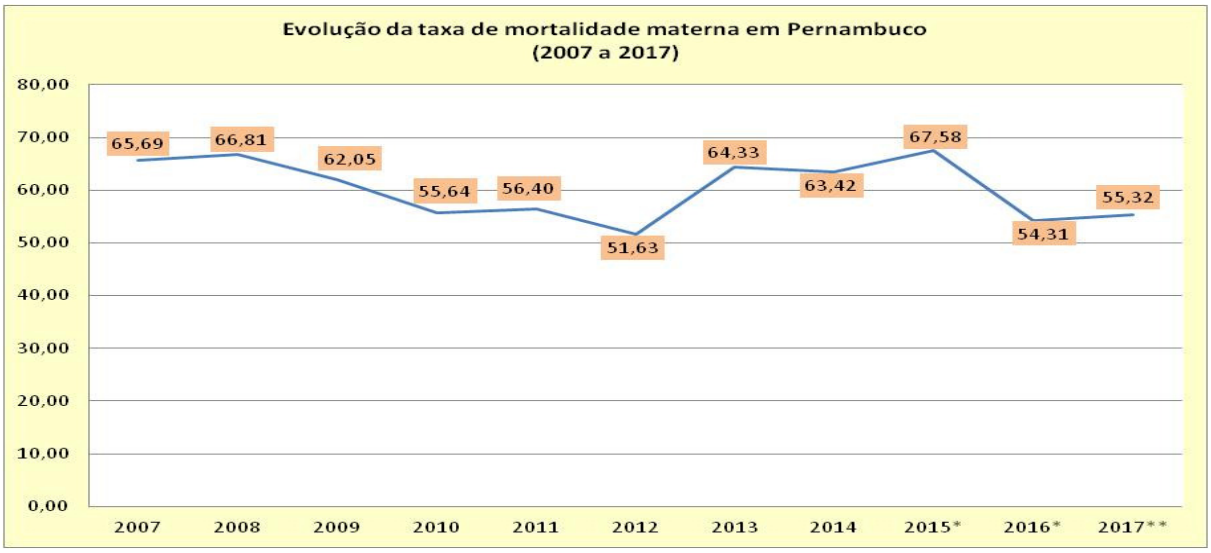
Quando se afirma, por exemplo, que a taxa de mortalidade materna de determinado estado foi de 55, isso quer dizer que, para cada cem mil nascidos vivos no período, houve 55 óbitos de mulheres por causas maternas.

Foram obtidos os números de nascidos vivos de mães residentes em Pernambuco de 2007 a 2017 e o cálculo da taxa de mortalidade materna apresentou o resultado descrito no quadro e gráfico a seguir.

Exercício	Nascidos Vivos	Número de óbitos maternos	Taxa de mortalidade materna
2007	143.095	94	65,69
2008	145.195	97	66,81
2009	141.815	88	62,05
2010	136.591	76	55,64
2011	140.079	79	56,40
2012	141.382	73	51,63
2013	141.453	91	64,33
2014	143.489	91	63,42
2015*	145.024	98	67,58
2016*	130.733	71	54,31
2017**	135.572	75	55,32

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

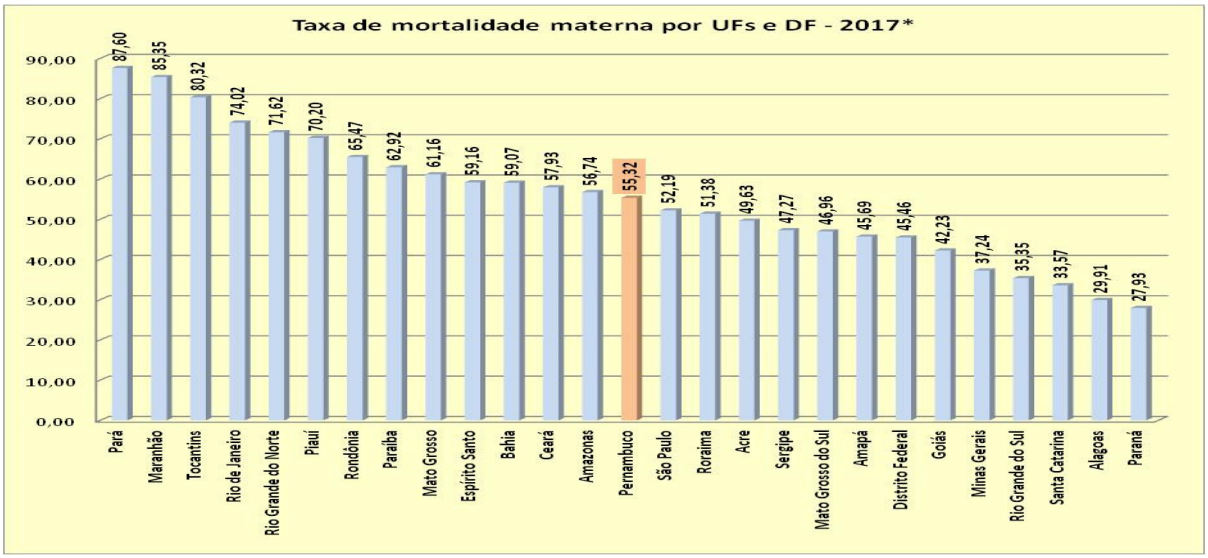
Graficamente, o comportamento acima pode ser assim representado:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

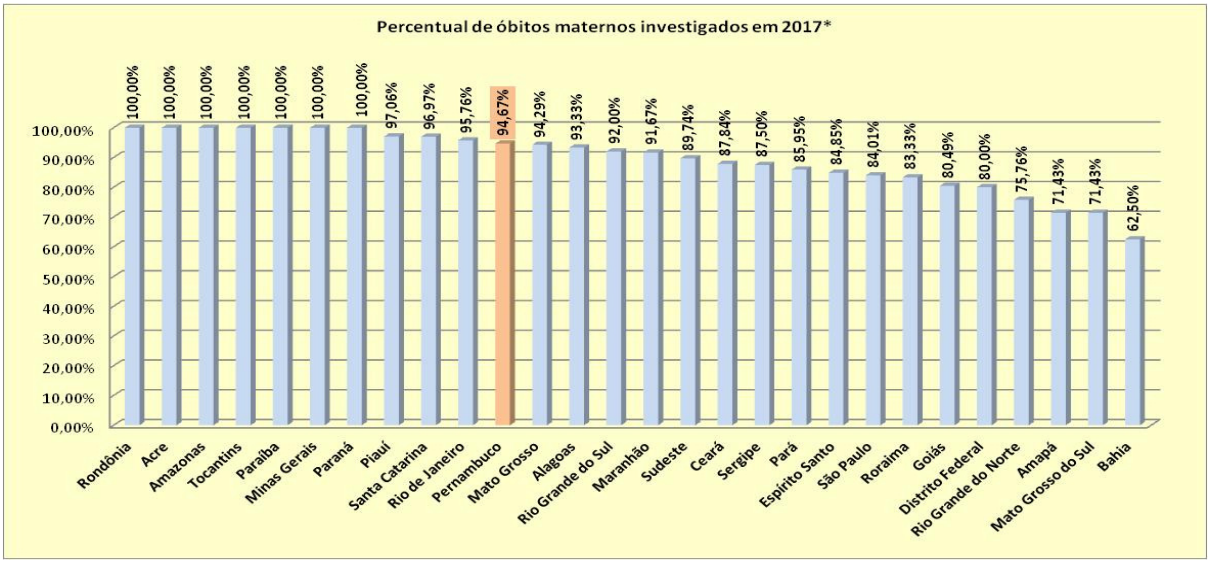
Pode-se observar que a taxa de mortalidade materna obteve queda de 2011 para 2012, mas a partir de 2013 houve interrupção de tendência de queda que vinha de 2009, apresentando ainda ligeira queda em 2014 e voltando a crescer em 2015. Em 2016 houve queda significativa em relação a 2015, mas crescendo levemente em 2017.

Quando se compara a taxa de mortalidade materna de Pernambuco com as demais UFs e DF em 2017, observa-se que ficou na 14ª posição, conforme o gráfico a seguir.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Aliado a esse resultado, observou-se que o percentual de casos de mortalidade materna investigados em 2017 ficou em 94,67% semelhante ao percentual obtido em 2016[7] de 94,37%, e abaixo do obtido em 2015[3] de 98,98%, como descrito no gráfico a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir que houve aumento não muito expressivo, com relação ao número de óbitos maternos e à taxa de mortalidade materna em Pernambuco, quando se compara o exercício de 2016 com o de 2017. Por outro lado, houve aumento do percentual de casos de mortalidade materna investigados.

Embora não se possa negar que os exercícios de 2016 e 2017 apresentem avanços com relação a 2015, é necessário observar o comportamento de tais indicadores até o final do exercício de 2019, para avaliar se o PES (2016-2019) está sendo efetivo com relação à saúde materna.

7.2.2.2 Hanseníase

O PES (2016-2019) destaca a hanseníase como um dos desafios a ser enfrentado por Pernambuco, considerando que "A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude, alto poder incapacitante e relevância social." (PES 2016/2019, pág. 47).

Afirma também que, em função da necessidade do diagnóstico tempestivo por conta das graves consequências que traz para seus portadores, é considerada no Brasil uma das doenças negligenciadas e de notificação compulsória.

Destaca ainda que o estado de Pernambuco pretende adotar princípios fundamentais em suas ações de vigilância que se baseiam na detecção precoce de casos novos e tratamento até a cura com poliquimioterapia, ressaltando-se a importância do atendimento

[3] Dados ajustados pelo Ministério da Saúde em relação aos divulgados durante o exercício de 2017.

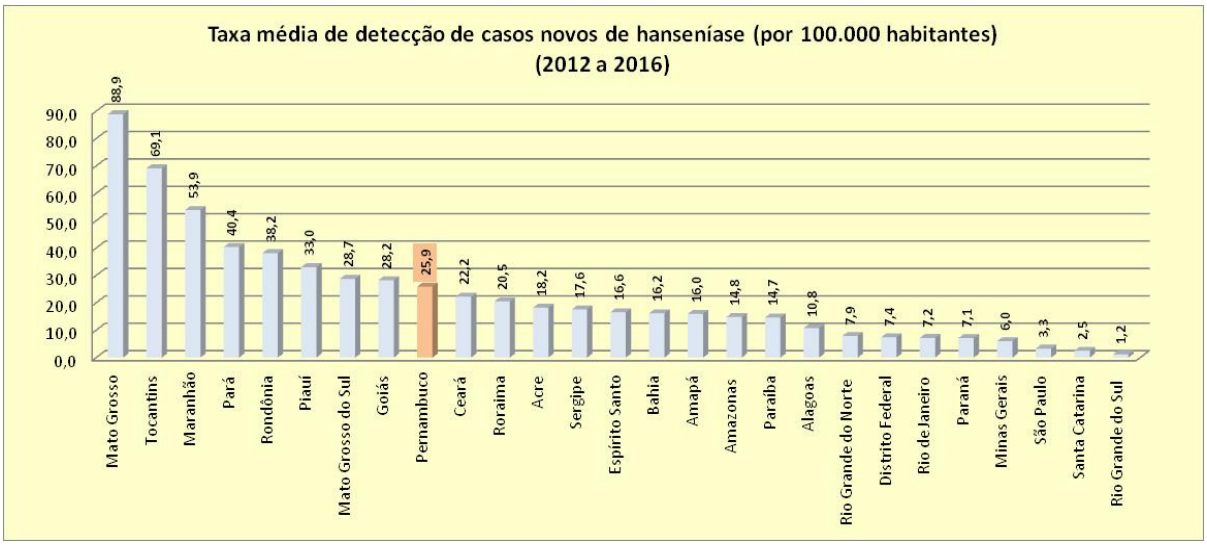
de qualidade aos usuários, o que inclui a prevenção e a recuperação de incapacidades físicas e a busca de casos entre os contatos.

Buscou-se então verificar o comportamento dos indicadores mensurados pelo Ministério da Saúde, que informam sobre a taxa de detecção da hanseníase, o número de casos novos de hanseníase geral e de menores de 15 anos, a taxa de cura dos casos novos e o percentual de exames realizados em contatos dos casos novos diagnosticados.

Em linhas gerais, a taxa de detecção avalia a magnitude da hanseníase, numa determinada população em intervalo de tempo determinado e estima o risco de ocorrência de casos novos.

Portanto, quanto mais alta a taxa, considera-se pior a situação. Porém não se pode deixar de considerar uma limitação dessa taxa, que depende diretamente das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, para detectar e confirmar casos novos de hanseníase.

Nesse sentido, foram levantados no Boletim Epidemiológico Volume 49, Número 4 de 2018 as taxas médias de detecção geral de casos novos da hanseníase, referente aos exercícios de 2012 a 2016, das UFs brasileiras e Distrito Federal e foi observado que Pernambuco apresenta a 9ª pior posição, conforme descrito no gráfico a seguir:

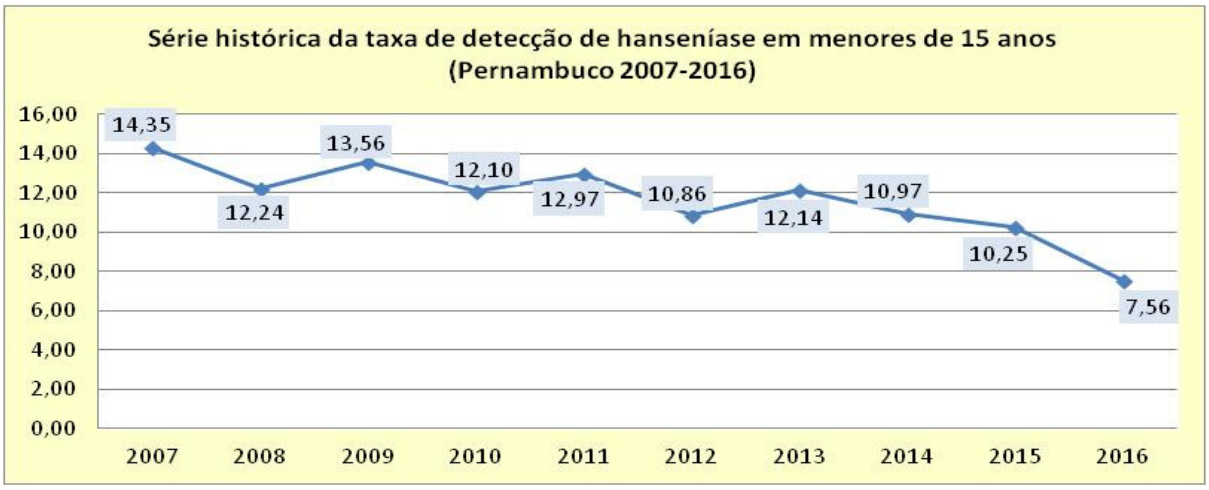


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 4, 2018

Além disso, no exercício de 2017 o número de casos novos de hanseníase (todas as idades) em Pernambuco (2.422) representou 8,8% do total de casos novos ocorridos no Brasil (27.342). Essa taxa obtida por Pernambuco representou a 4ª maior quantidade de casos novos dentre as UFs e Distrito Federal, conforme descrito no gráfico que segue:

Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

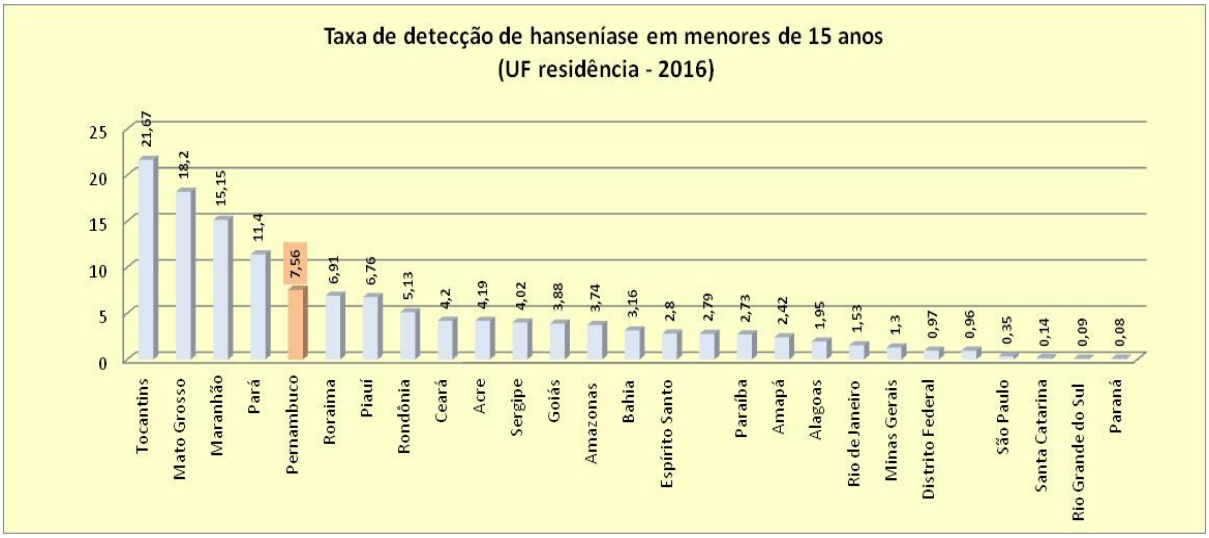
No que tange aos casos novos de menores de 15 anos com hanseníase, foram analisados os dados apresentados no Portal da Saúde de 2007 a 2016 e observou-se que Pernambuco vem apresentando uma queda na taxa de detecção ao longo do tempo, que se intensificou de 2015 para 2016, como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def.

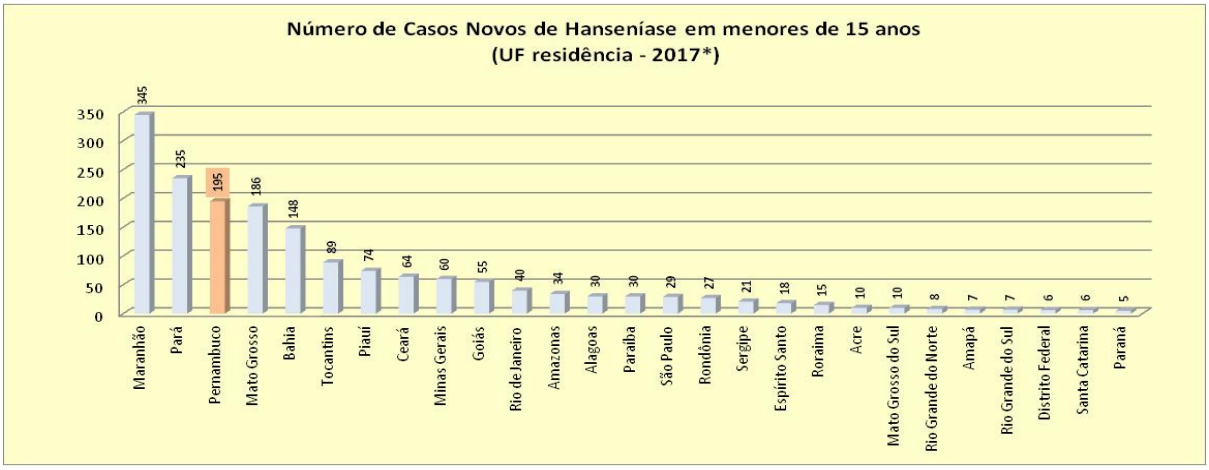
Vale a pena salientar que o Ministério da Saúde considera como situação hiperendêmica, quando essa taxa é superior 10,0 (dez). Nesse contexto, Pernambuco no exercício de 2016 conseguiu sair dessa situação, que persistia ao longo de toda a série histórica, ao alcançar a taxa de 7,56 (sete vírgula cinquenta e seis).

Entretanto, quando se compara essa taxa pernambucana com as taxas das demais UFs e Distrito Federal, para o exercício de 2016, tem-se a configuração demonstrada no seguinte gráfico:



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Taxa-de-detec----o-dos-casos-novos-de-hansen--ase-em-menores-de-15-anos-199-.pdf.

Nesse caso, Pernambuco fica com a 5ª maior taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no exercício de 2016 e tal situação poderá se repetir no exercício de 2017, quando o Ministério da Saúde disponibilizar a respectiva taxa (ainda não divulgada), tendo em vista que o número de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, ocorridos em Pernambuco, no exercício de 2017, foi o 3º maior do país, como se pode verificar no gráfico a seguir:

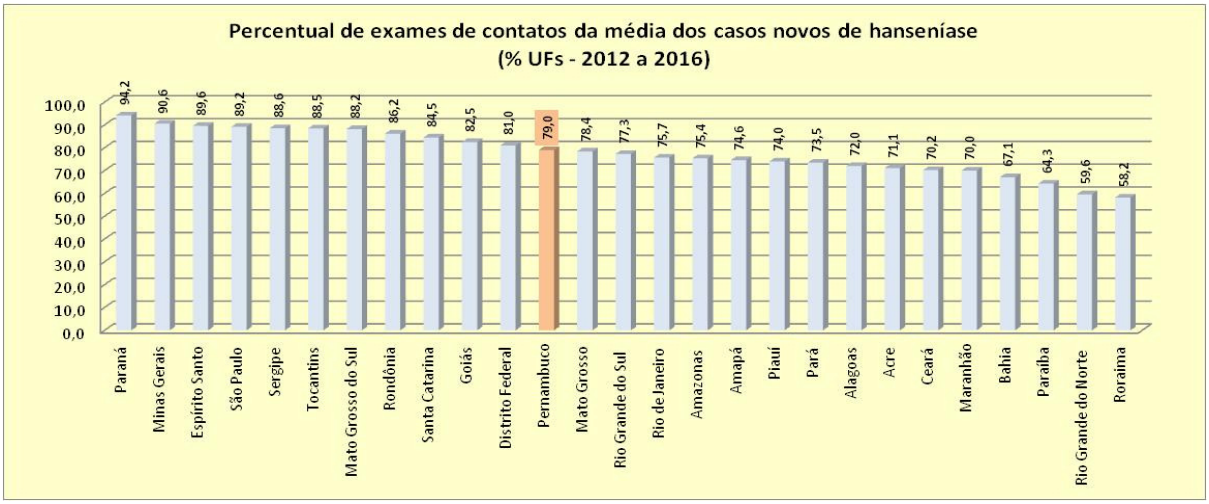


Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Nesse contexto onde a incidência de casos novos de hanseníase no estado de Pernambuco ainda pode ser considerada alta, destaca-se a importância da vigilância dos contatos das pessoas diagnosticadas com a doença, pois é a principal estratégia de detecção para a descoberta de casos, tendo em vista que permite realizar o diagnóstico precoce,

atuando diretamente sobre a cadeia de transmissão da doença, reduzindo assim as consequências do atraso do diagnóstico.

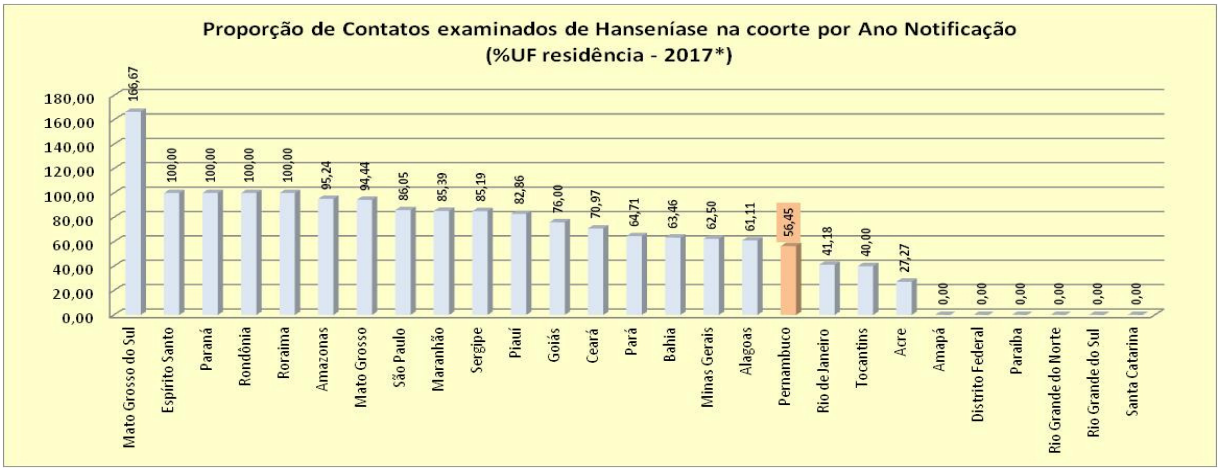
Quando se analisa o percentual de exames de contatos da média dos casos novos de hanseníase no período de 2012 a 2016, percebe-se que Pernambuco ficou na 12ª posição, dentre as UFs e Distrito Federal, conforme o próximo gráfico:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 4, 2018

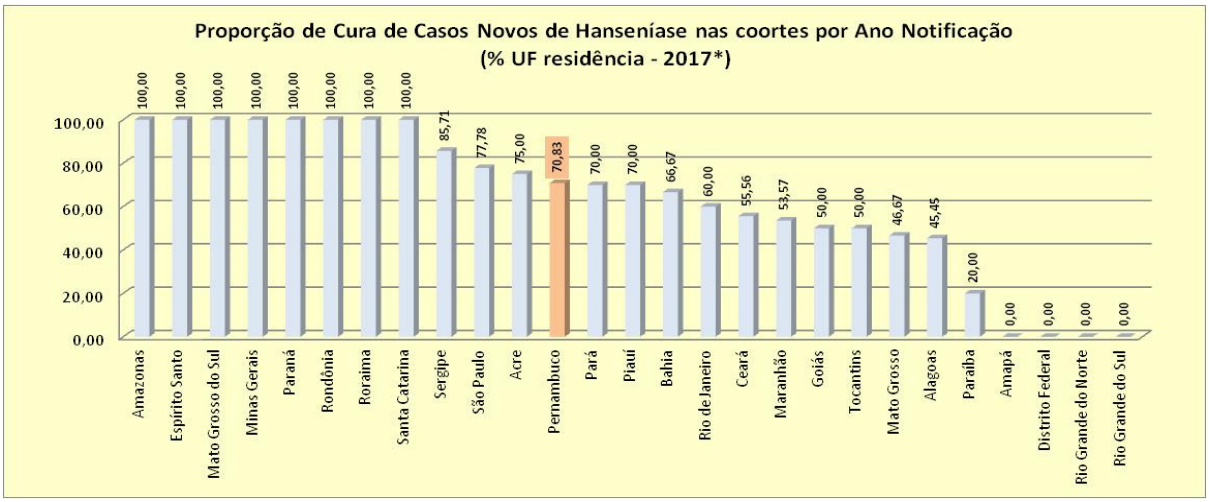
O percentual médio de 79,0% obtido por Pernambuco é considerado como "Regular", pelo Ministério da Saúde, numa escala que tem três status, a saber: Precário, Regular e Bom.

Entretanto, foi possível obter esse mesmo percentual no Portal da Saúde, para o exercício de 2017, e Pernambuco obteve a marca de 56,45% (vide gráfico a seguir). Esse percentual é considerado como "Precário" pelo Ministério da Saúde. Como se pode perceber, Pernambuco reduziu significativamente o percentual de exames de contatos em 2017, em relação a períodos anteriores.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

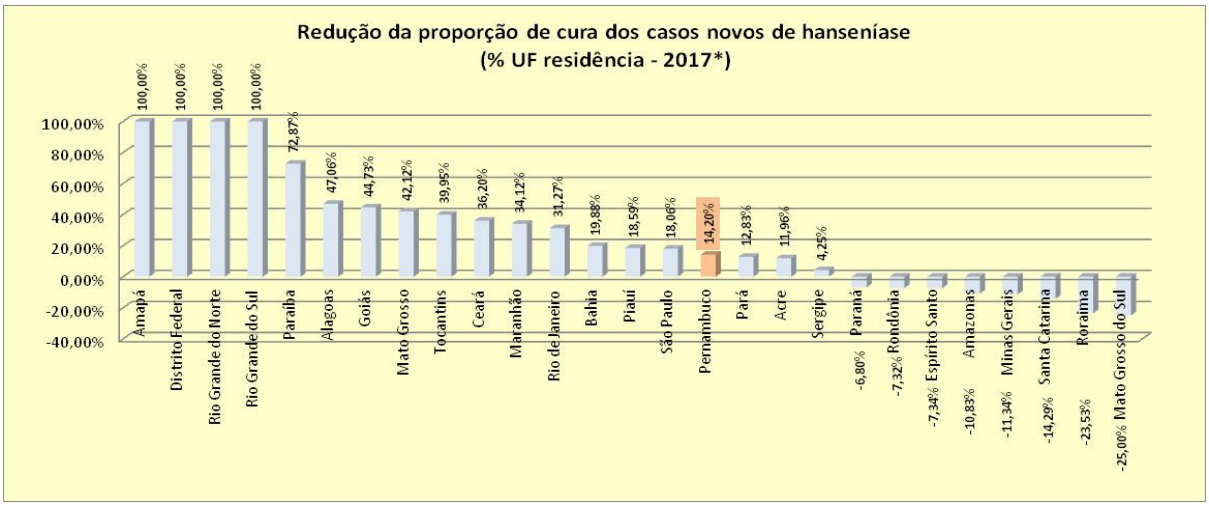
Uma vez detectada a doença é necessário realizar o tratamento adequado, com o objetivo de curar o portador da hanseníase. Assim, obteve-se o percentual de cura dos casos novos de hanseníase, para o exercício de 2017, que está descrito no próximo gráfico:



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Como se pode perceber, o estado de Pernambuco obteve o percentual de 70,83%, que é considerado "Precário" pelo Ministério da Saúde, numa escala que contém os status de: Precário, Regular e Bom, figurando na 12ª pior posição dentre as UFs e Distrito Federal.

Além disso, apresentou uma redução de 14,20% (vide gráfico a seguir) em relação ao exercício de 2016, quando obteve o percentual de 82,56%. Nesse caso, quanto mais alta a redução, pior o desempenho. Pernambuco então ficou com a 16ª maior redução da proporção de cura de 2016 para 2017, quando comparado com as demais UFs e Distrito Federal.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.
Observação: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr18.def
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Além disso, é importante comentar que o Governo de Pernambuco definiu meta de 85% de cura de casos novos de hanseníase, tanto para o exercício de 2016, como para o de 2017 e no RAG apresenta o resultado de 73,9% para 2016 e 76,06% para 2017. Houve uma discrepância entre tais medidas com as levantadas junto ao Ministério da Saúde, Onde se optou por essas últimas por estarem mais atualizadas. De qualquer forma, nas duas medidas a meta não foi alcançada.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir, com base nos dados levantados junto ao Ministério da Saúde, que o estado de Pernambuco vem, de forma positiva e ao longo do tempo, apresentando redução da magnitude da hanseníase em seu território. Porém, em 2017, apresentou deficiências, no que tange à realização de exames nos contatos dos novos casos diagnosticados, bem como na cura desses casos novos, que podem comprometer os resultados positivos alcançados, caso não sejam tomadas as medidas adequadas para reverter tal situação.

7.2.2.3 Controlar a Tuberculose

O PES (2016-2019) destaca a tuberculose como um dos desafios a ser enfrentado por Pernambuco, considerando que:

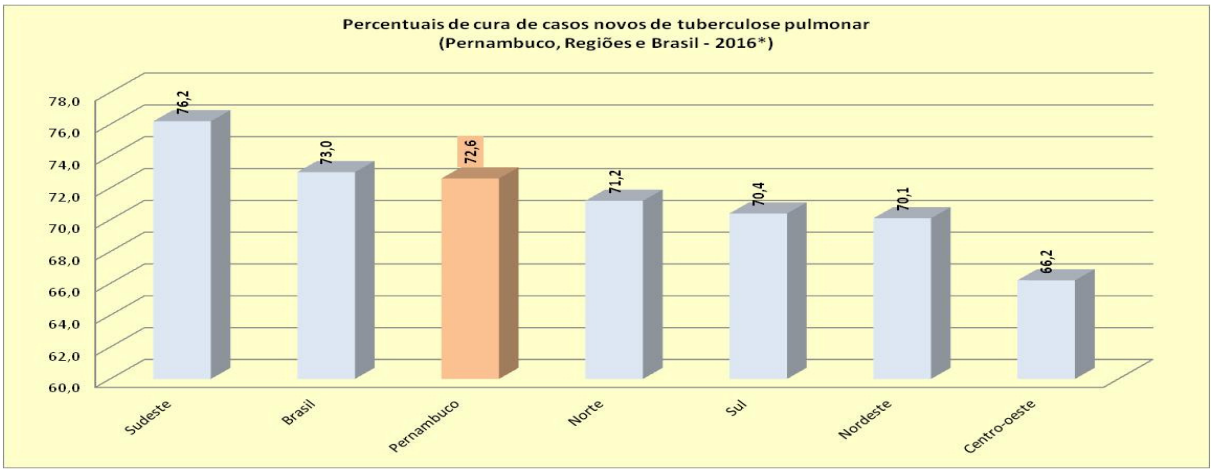
> A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e relevância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença. É um problema prioritário de saúde pública no Brasil, um desafio agravado por sua associação com as vulnerabilidades sociais. (PES 2016/2019, pág. 45)

Nesse contexto, reconhece que seu maior desafio é a redução da incidência de casos novos de tuberculose, bem como a redução do abandono de tratamento por parte das pessoas portadoras da doença, definindo como meta para o Estado de Pernambuco **curar 75% dos casos novos bacilíferos** e ainda **reduzir para 7% o abandono do tratamento** da tuberculose.

Dessa forma, a equipe de auditoria buscou dados, os mais atualizados e confiáveis possíveis, junto ao Portal de Saúde do SUS e nos Boletins Epidemiológicos respectivos, para levantar o percentual de cura de casos novos (forma pulmonar até 2016), o percentual de abandono de tratamento (forma pulmonar até 2016), a taxa de mortalidade (até 2016) e ainda a taxa de incidência de casos novos de tuberculose (até 2017).

Vale salientar que, por precaução, optou-se por não se utilizar dos dados da SAGE (Sala de apoio estratégico à gestão da saúde do Ministério da Saúde) por terem apresentado algumas inconsistências.

Com relação ao percentual de casos novos curados de tuberculose pulmonar, observa-se o desempenho do estado, em relação às diversas Regiões e do Brasil, no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico do| Ministério da Saúde, Volume 49 | Nº 11 | Mar. 2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf
* Dados de 2016 sofreram atualização em relação aos disponibilizados em 2017.

Percebe-se que Pernambuco apresentou percentual de cura de novos casos de tuberculose pulmonar (72,6%) superior a todas as Regiões brasileiras, com exceção do Sudeste, ficando levemente abaixo do resultado do Brasil (73%). Saliente-se que apenas a Região Sudeste conseguiu ir além dos 75% de casos novos curados, que foram definidos como meta para Pernambuco no PES (2016-2019).

Diante desses dados, pode-se afirmar que Pernambuco, do ponto de vista de atuação sobre os casos novos de Tuberculose ocorridos, em busca de curá-los, vem apresentando desempenho positivo.

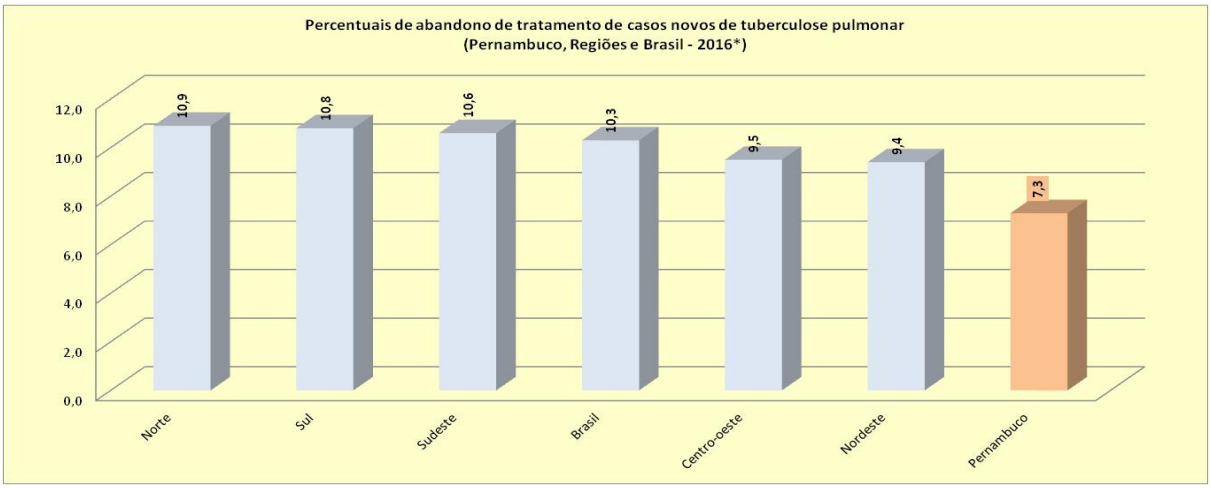
Um fator que contribui, sem dúvida, para o processo de cura da tuberculose é a observância do respectivo tratamento, sem que ocorram interrupções ou abandonos do que é prescrito pelas equipes médicas.

No tocante ao abandono de tratamento da tuberculose pode-se observar no PES de Pernambuco o seguinte comentário:

> O abandono do tratamento favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia, sendo a busca ativa de faltosos e o tratamento em regime diretamente observado as principais estratégias de enfrentamento. (PES 2016/2019, pág. 47)

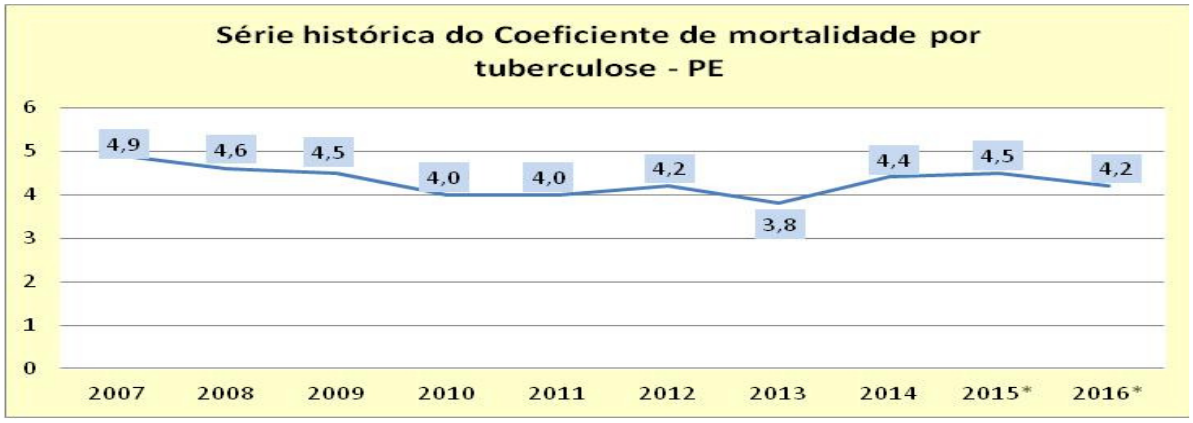
Então, pode-se afirmar que o abandono de tratamento da tuberculose, além de interromper o processo de cura do paciente, impacta o processo de transmissão da doença, favorecendo o aparecimento de novos casos, bem como contribui para o surgimento de bactérias resistentes aos tratamentos.

Porém, quando o percentual de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar do estado de Pernambuco (7,3%) é comparado com as Regiões brasileiras e com o Brasil, aparece em posição de destaque em 2016 e muito próximo da meta definida no PES (2016/2019), como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico do| Ministério da Saúde, Volume 49 | Nº 11 | Mar. 2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf
* Dados de 2016 sofreram atualização em relação aos disponibilizados em 2017.

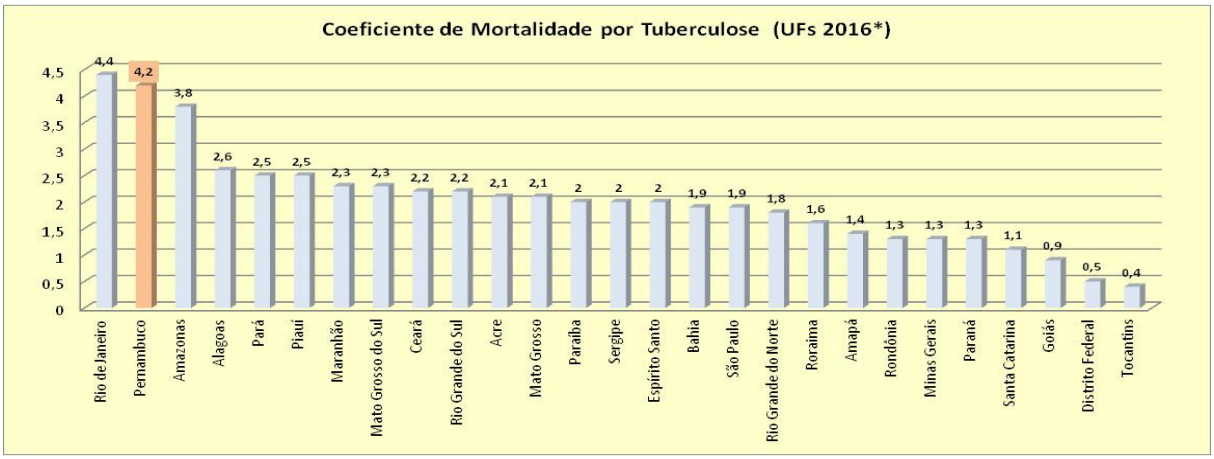
Por outro lado, observa-se no gráfico a seguir o desempenho do estado com relação à taxa de mortalidade por tuberculose, no período de 2007 a 2016, a qual representa o número de óbitos por tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado:



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 01/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/taxa-mortalidade-tuberculose-1999-2016-base-JAN-2018.pdf
*Os dados de 2015 e 2016 foram atualizados em relação aos que foram disponibilizados em 2017.

A série histórica demonstra que o estado de Pernambuco apresenta estabilidade, chamando a atenção para o fato de que, embora haja melhoria no tocante à cura de casos novos de tuberculose, ainda há a necessidade de aprimoramento de ações para reduzir a mortalidade, considerando casos novos e antigos da doença.

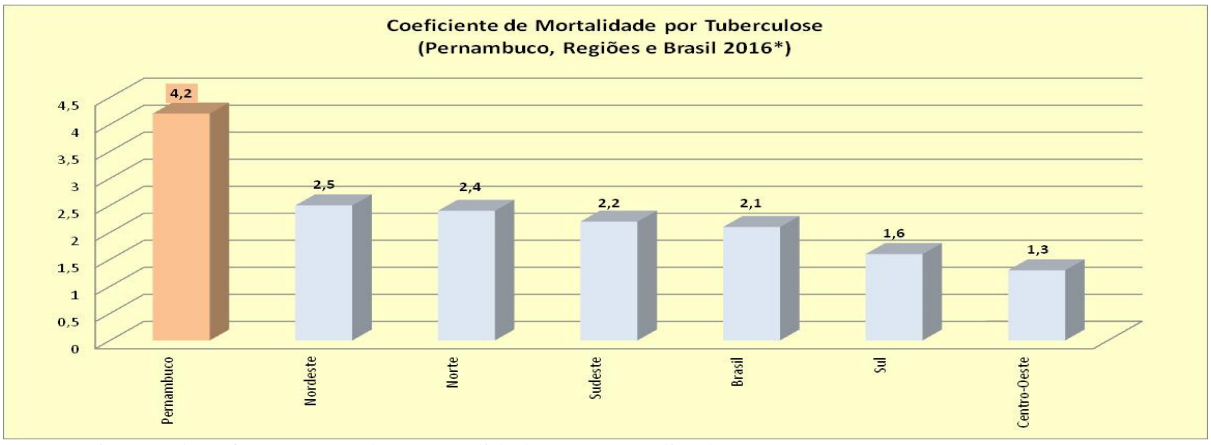
Em reforço a tal conclusão, quando se compara a taxa de mortalidade por tuberculose obtida por Pernambuco com as demais UFs brasileiras, observa-se o resultado disposto no gráfico a seguir:



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 01/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/taxa-mortalidade-tuberculose-1999-2016-base-JAN-2018.pdf
*Os dados de 2015 e 2016 foram atualizados em relação aos que foram disponibilizados em 2017.

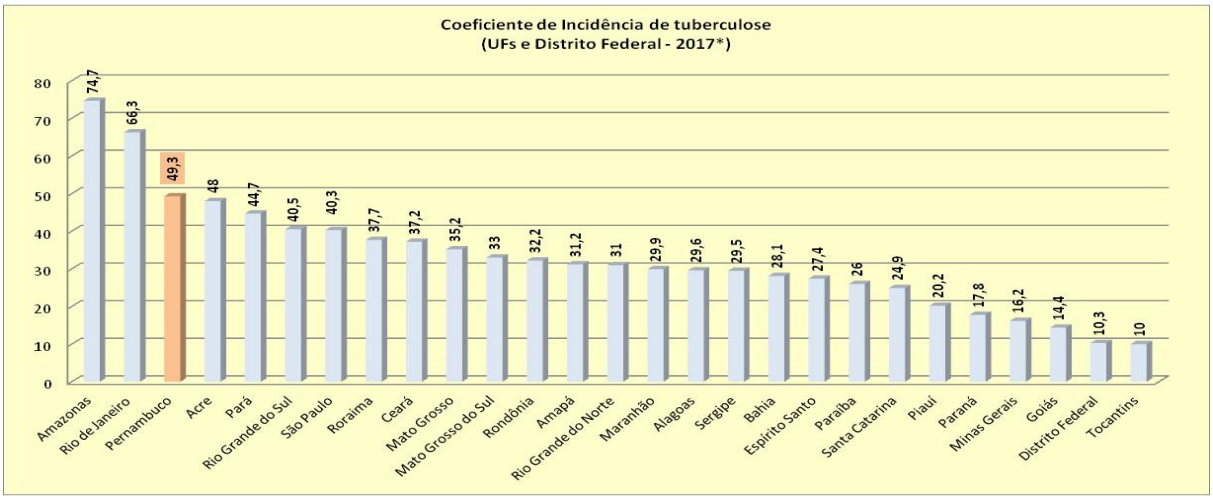
Os dados acima demonstram que o estado de Pernambuco (4,2) tem o 2º pior resultado, quanto à taxa de mortalidade por tuberculose, dentre todos os estados brasileiros, com exceção apenas do estado do Rio de Janeiro (4,4).

Comparando o resultado de Pernambuco com as Regiões brasileiras e com o Brasil, observa-se o disposto no gráfico a seguir:



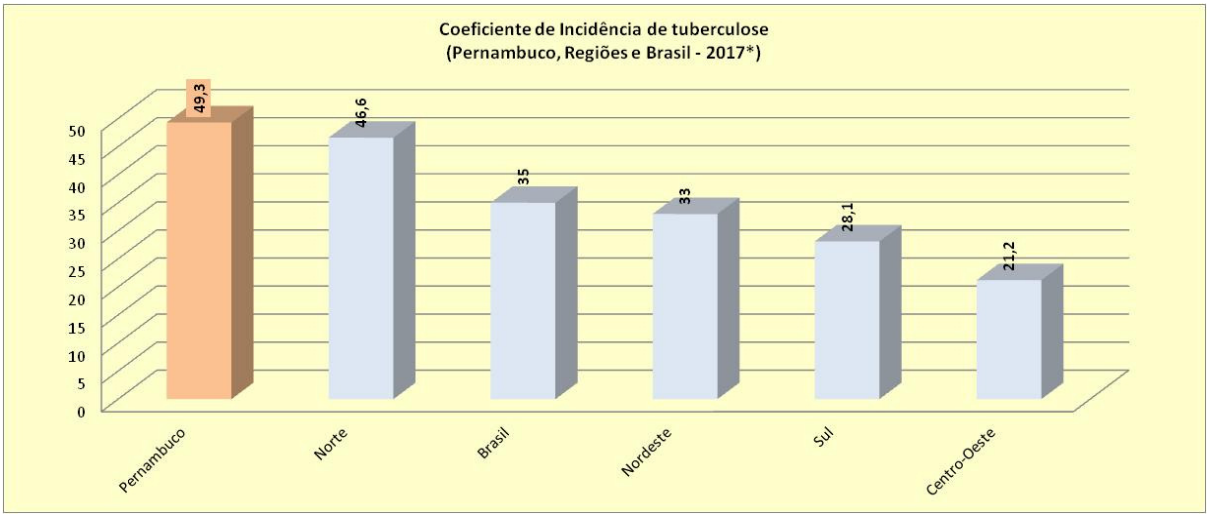
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 01/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19/taxa-mortalidade-tuberculose-1999-2016-base-JAN-2018.pdf
*Os dados de 2015 e 2016 foram atualizados em relação aos que foram disponibilizados em 2017.

Nesse mesmo diapasão, observa-se que o coeficiente de incidência de tuberculose do estado de Pernambuco, no exercício de 2017, foi o terceiro maior do país, assim como havia sido no exercício de 2016, como se pode observar no seguinte gráfico:



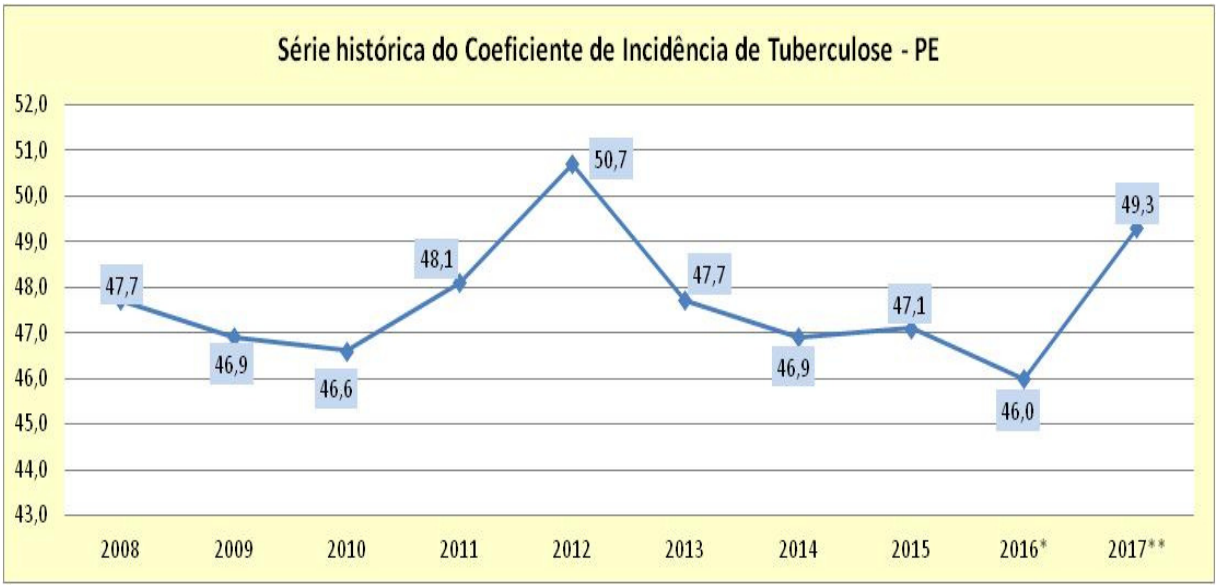
Fonte: Sinan – Ministério da Saúde, atualizado em 05/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/19/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2017-MAI-2018-USAR-ESSE.pdf.
*Dados preliminares sujeito a revisão.

Quando se compara o estado de Pernambuco com as Regiões e o Brasil, observa-se a seguinte situação:



Fonte: Sinan – Ministério da Saúde, atualizado em 05/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/19/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2017-MAI-2018-USAR-ESSE.pdf.
*Dados preliminares sujeito a revisão.

Além disso, a série histórica do coeficiente de incidência de tuberculose do estado de Pernambuco, entre 2008 e 2017, demonstra que há de forma geral um padrão, mas que encontrou um pico de incidência em 2012 e um aumento significativo em 2017, em relação a 2016, que representa o segundo pior resultado da série.



Fonte: Sinan – Ministério da Saúde, atualizado em 05/2018.
Obs.: Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/19/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2017-MAI-2018-USAR-ESSE.pdf
* Dados foram atualizados em relação aos disponibilizados em 2017.
**Dados preliminares sujeito a revisão.

Segundo o Ministério da Saúde a taxa (coeficiente) de incidência de tuberculose representa o número de casos confirmados de tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico e no ano considerado. Afirma também que a referida taxa estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas e afirma ainda que:

> Taxas elevadas de incidência de tuberculose refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. Podem também estar associadas ao aumento da incidência da AIDS[8].

Diante de todo o exposto, conclui-se que a atuação do estado de Pernambuco com relação à Tuberculose, vem sendo positiva no que tange ao aspecto corretivo, ao tratar dos infectados, mas ainda precisa melhorar significativamente com relação ao aspecto de controle e prevenção.

7.2.2.4 Combate ao mosquito AEDES AEGYPTI

O PES 2016-2019 reconhece como desafio a necessidade de ações de combate ao mosquito AEDES AEGYPTI, para conter as doenças por ele transmitidas.

> ... descortina-se, desde 2014, com graves consequências em 2015, a emergência de novas patologias vinculadas ao aedes aegypti, a chikungunya e a zika, com a ocorrência de microcefalia e outros danos em investigação, o que impõe o desafio da ação articulada de educação, saúde e estrutura urbana, no combate ao mosquito. (PES 2016/2019, pág. 35)

Dessa forma, foram analisados dados do exercício de 2017 de casos notificados, de taxas de incidência e de óbitos (quando disponíveis), relativos à dengue, à chikungunya e a

[8] Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd02_2.htm

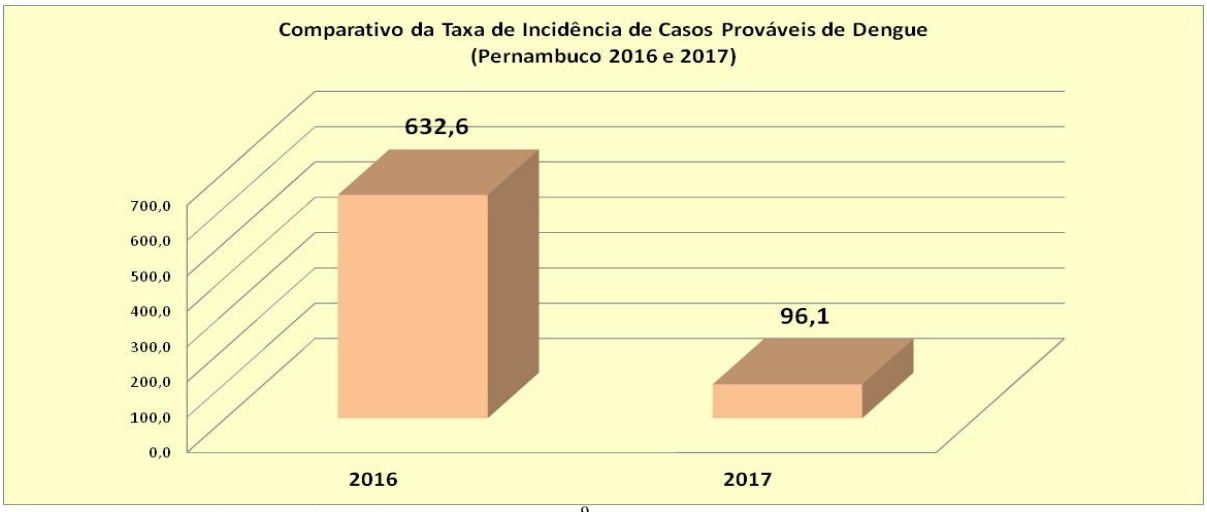
zika (associada à microcefalia). Também se buscou verificar as variações das taxas de incidência de 2016 para 2017, comparando com as UFs brasileiras, com o fim de verificar se as ações executadas em 2017 surtiram, em alguma medida, efeitos positivos sobre tais taxas.

Importante salientar que os dados foram obtidos exclusivamente no Boletim Epidemiológico que monitora os casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, do exercício de 2017, os quais estão sujeitos a alterações posteriores.

O que se pode observar, conforme disposto nos itens a seguir, é que o estado de Pernambuco obteve resultados positivo, no exercício de 2017, mas precisa continuar intensificando e aprimorando suas ações de combate ao mosquito transmissor das supracitadas doenças, entre outras ações que possam contribuir para a produção de resultados efetivos, tendo em vista os graus de incidência e de óbitos remanescentes, além da microcefalia consequente da zika, que ainda preocupa a sociedade pernambucana.

7.2.2.4.1 Casos de Dengue e Proporção de Óbitos

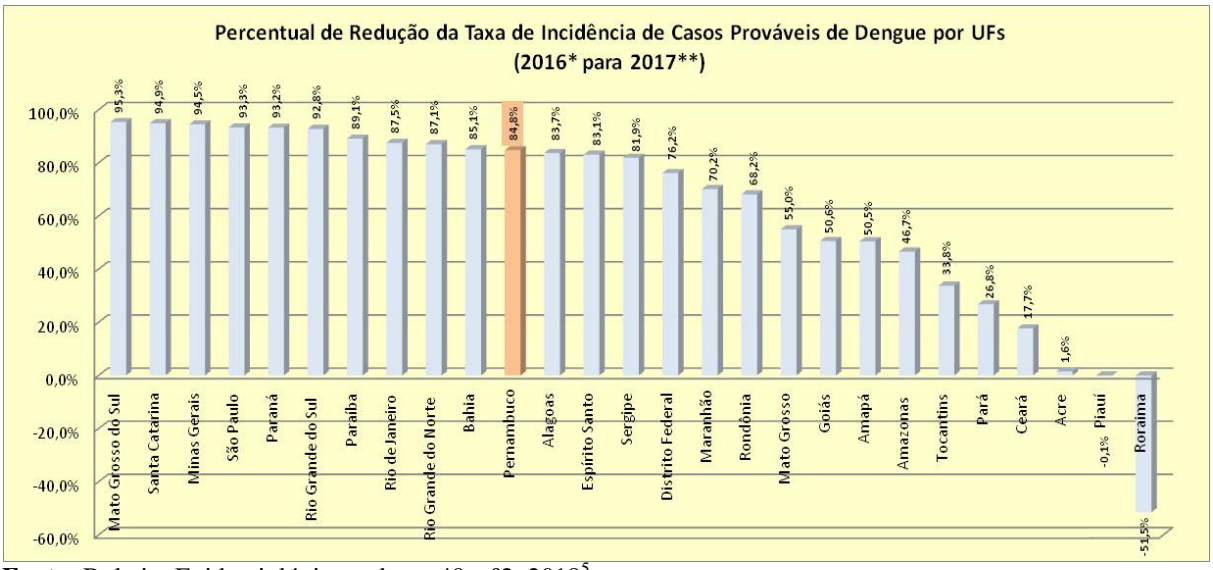
A análise dos dados demonstrou que o estado de Pernambuco obteve uma redução da taxa de incidência de casos prováveis de Dengue, quando se compara o desempenho de 2016 com 2017. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018[9]
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Essa redução da taxa obtida pelo estado de Pernambuco, quando comparada com as demais UFs brasileiras apresentou-se com a seguinte configuração:

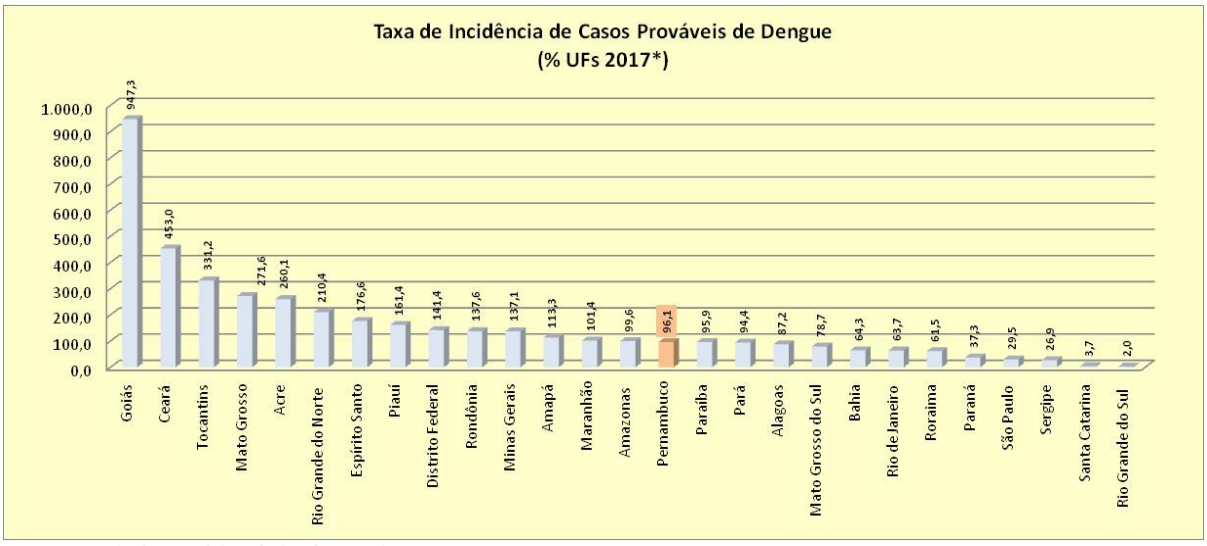
[9] Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/23/Boletim-2018-001-Dengue.pdf



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018[5]
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Assim, o desempenho de Pernambuco de 2016 para 2017 gerou uma redução significativa na taxa ora analisada e representou o 11º melhor resultado dentre as diversas UFs brasileiras.

Quando se analisa o desempenho do estado de Pernambuco em 2017 em comparação com os demais estados da federação tem-se o seguinte cenário:

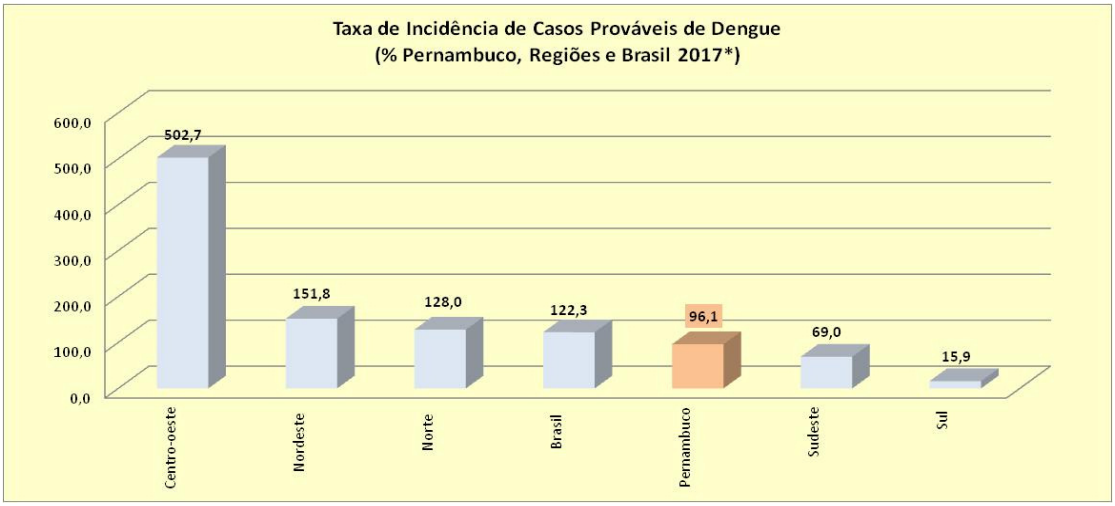


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Então se pode observar que o estado de Pernambuco reduziu sua taxa de incidência de 2016 para 2017, ficando com a 15ª maior taxa de incidência de casos prováveis de Dengue do país.

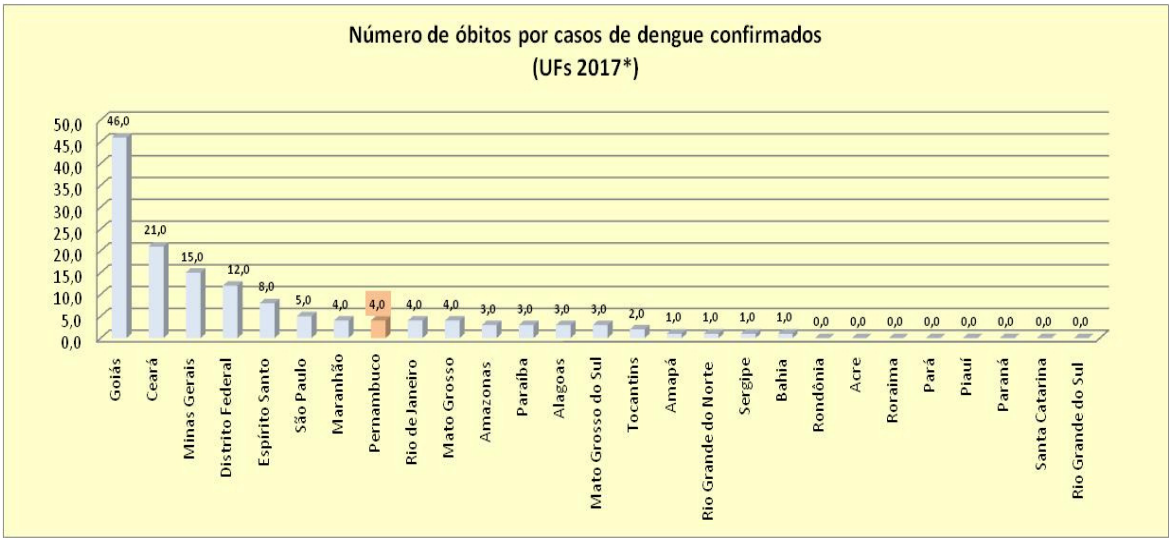
Quando se compara seu desempenho com o das Regiões e com o do Brasil, observa-se que ficou abaixo, porém muito próximo da taxa do Brasil e acima (portanto mais

crítico) que as regiões Nordeste e Sul. Por outro lado as Regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste apresentaram resultados mais preocupantes que o obtido por Pernambuco, conforme gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

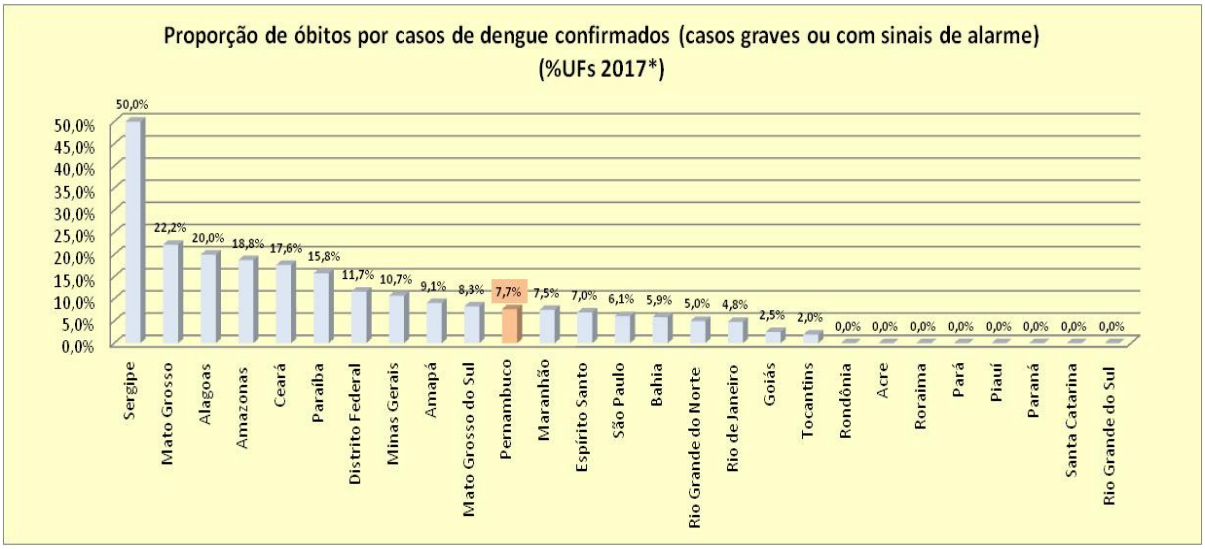
Quando se analisa o número de óbitos decorrentes de casos de dengue confirmados, percebe-se que Pernambuco contribuiu com 2,8% das ocorrências brasileiras, no exercício de 2017, quando apresentou 04 (quatro) casos de óbitos de um total de 141 (cento e quarenta e um), como se pode verificar no gráfico abaixo:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Além disso, quando se analisa a proporção (quanto mais alta, pior) de óbitos em relação aos casos confirmados de Dengue (em suas apresentações mais graves) ocorridos em 2017, observa-se que Pernambuco, atingiu a proporção de 7,7%, que correspondem a 04 (quatro) óbitos em relação a 52 (cinquenta e dois) casos de Dengue grave ou com sinais de

alarme. O gráfico a seguir apresenta uma comparação da proporção supracitada obtida por cada UF brasileira e Distrito Federal:



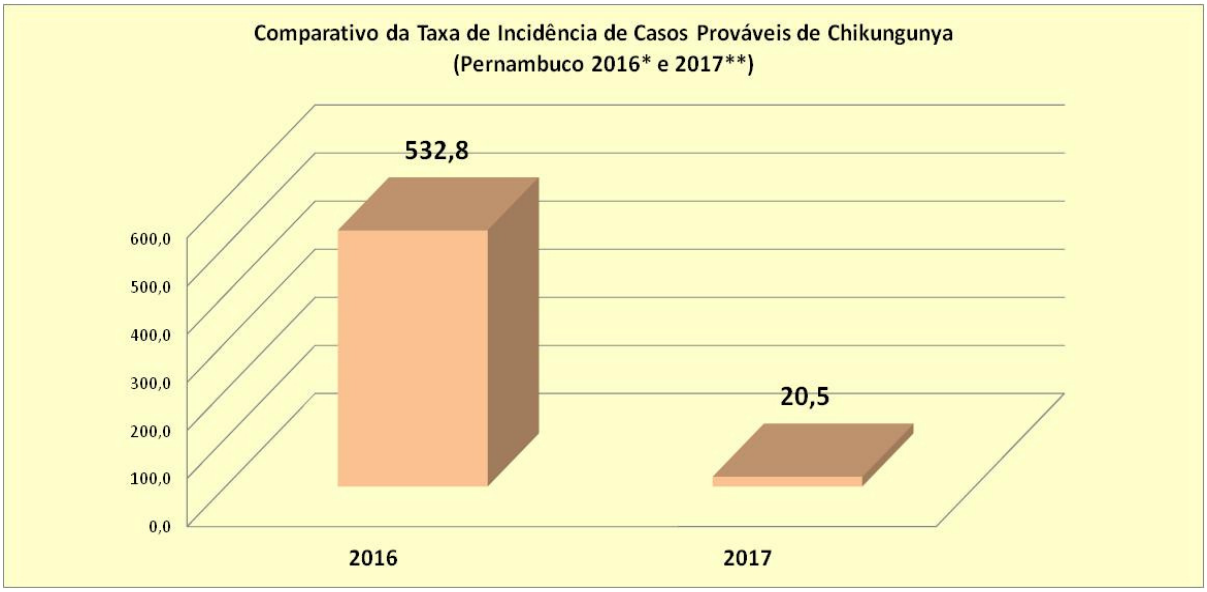
Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Como se pode perceber, Pernambuco apresentou, em 2017, número reduzido de óbitos oriundos de casos de Dengue, em relação ao total ocorrido no país. Nesse mesmo exercício, a proporção de óbitos em relação aos respectivos casos de Dengue em suas formas mais graves, apesar de ter se apresentado como o 11º pior resultado do país em 2017, foi bem melhor que a obtida em 2016, quando figurou como a pior proporção brasileira (37,1%).

Diante de todo o exposto, com relação à Dengue percebe-se que há um esforço do estado de Pernambuco no sentido de reduzir a incidência de novos casos e que houve melhoria no tratamento dos pacientes que já contraíram a doença, no sentido de se evitar óbitos relativos aos casos confirmados da doença, no exercício de 2017 comparado a 2016.

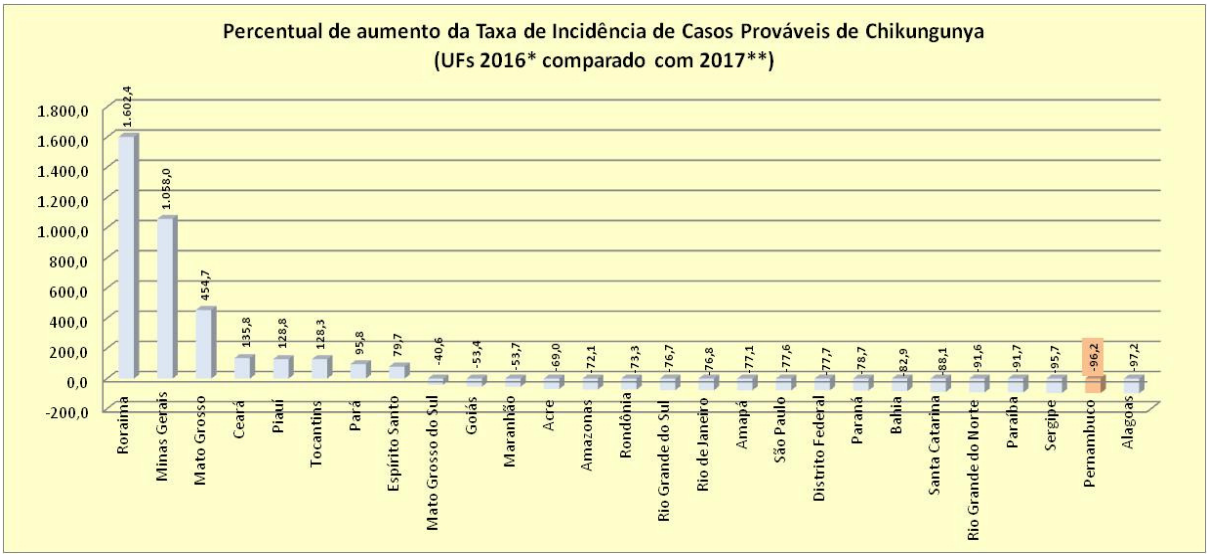
7.2.2.4.2 Casos de Chikungunya e Proporção de Óbitos

A análise dos dados demonstrou que o estado de Pernambuco obteve redução significativa da taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya, quando se compara o desempenho de 2016 com 2017. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

O percentual de aumento (quanto mais alto, pior) da referida taxa de incidência em Pernambuco, de 2016 para 2017, quando comparado com o percentual das demais UFs brasileiras apresenta-se da seguinte forma:

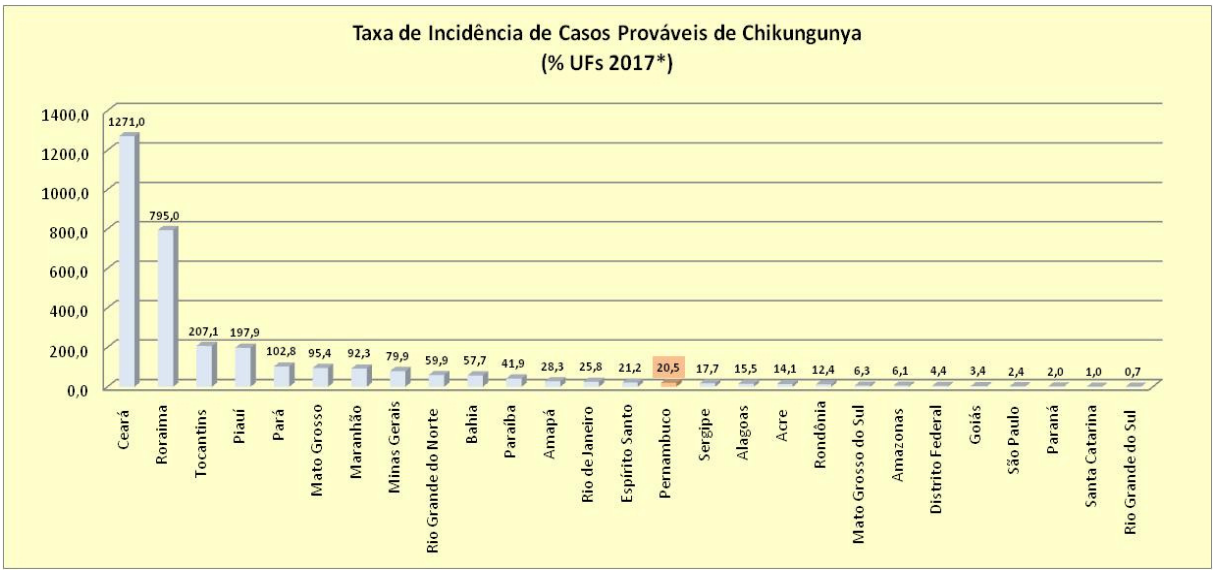


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Observa-se que houve aumento da taxa de incidência apenas em 08 (oito) estados brasileiros e que Pernambuco obteve em 2017 a segunda maior redução da referida taxa (-96,2), que representou um resultado bem melhor do que o obtido em 2016.

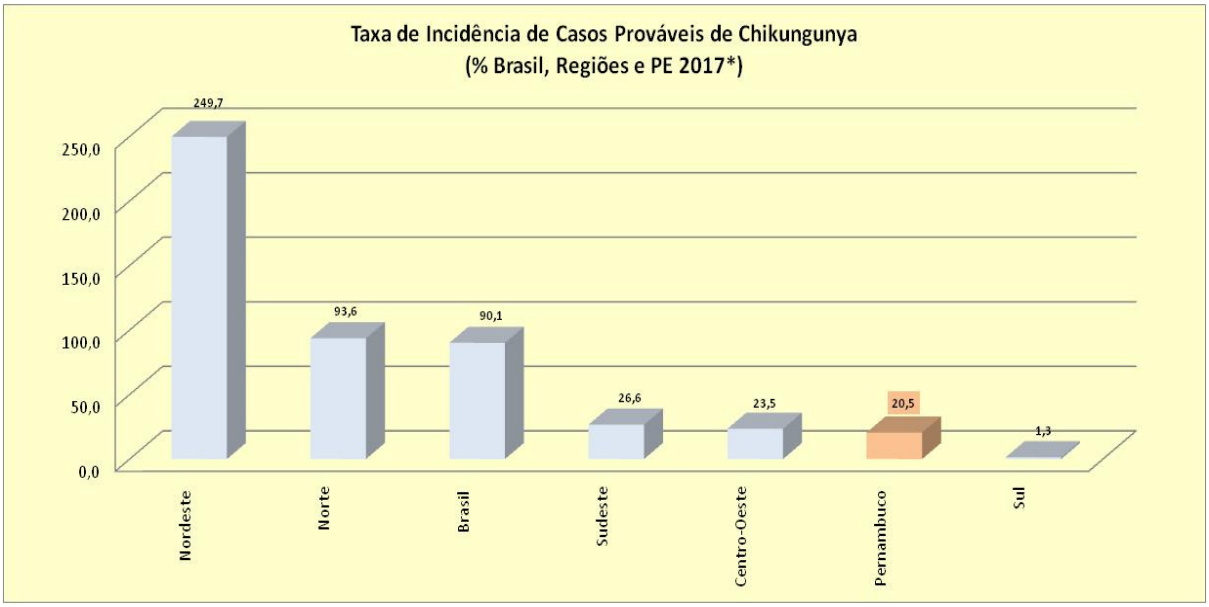
Entretanto, convém salientar que embora a taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya tenha caído significativamente de 2016 para 2017, Pernambuco obteve em

2017 uma taxa que, em relação às demais UFs e Distrito Federal, figura como a 15ª maior, como se pode depreender do gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Por outro lado, a taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya de Pernambuco em 2017, figura abaixo da taxa de incidência do Brasil e de todas as Regiões brasileiras, com exceção da Região Sul, conforme gráfico que segue:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Importante salientar que do ponto de vista do número de óbitos por chikungunya confirmados, Pernambuco obteve resultado bastante positivo em 2017, tendo em vista que reduziu esse quantitativo de óbitos em 98,3%, pois reduziu de 55 (cinquenta e cinco)

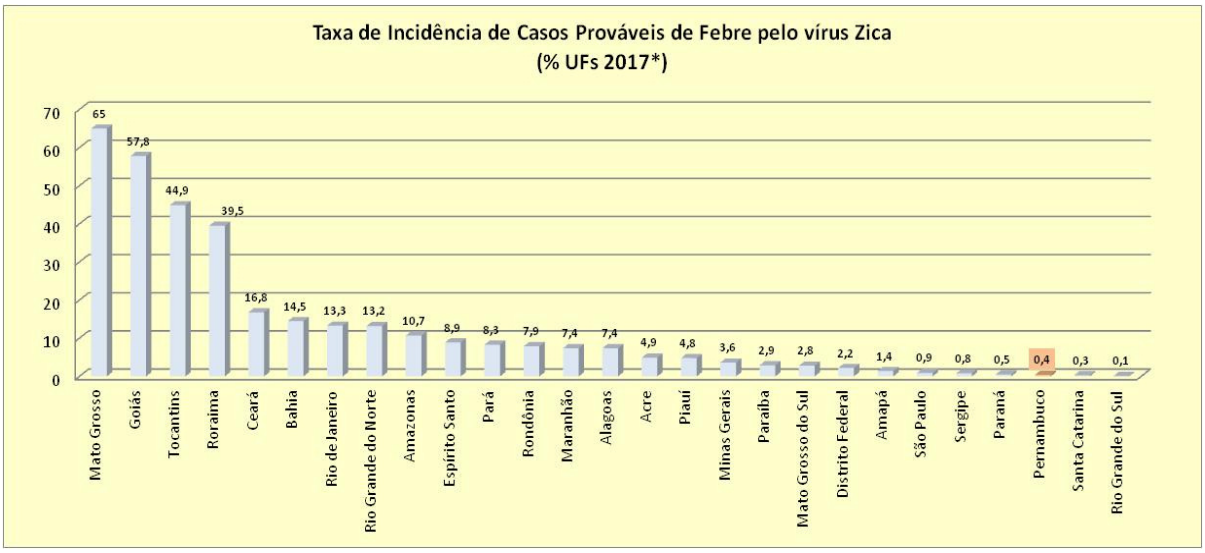
ocorrências em 2016 para apenas 01 (uma) em 2017. Entretanto, o próprio boletim epidemiológico (volume 49, nº 2, 2018) afirma que há casos, que ainda estão sendo investigados e, portanto, tais dados são preliminares.

Diante do exposto, pode-se concluir que o estado de Pernambuco, com base no desempenho no combate à Chikungunya obtido em 2017, reagiu positivamente tanto na busca de redução de casos, quanto no tratamento dos pacientes já infectados com a doença.

7.2.2.4.3 Casos de Zika e Proporção de Casos de Microcefalia

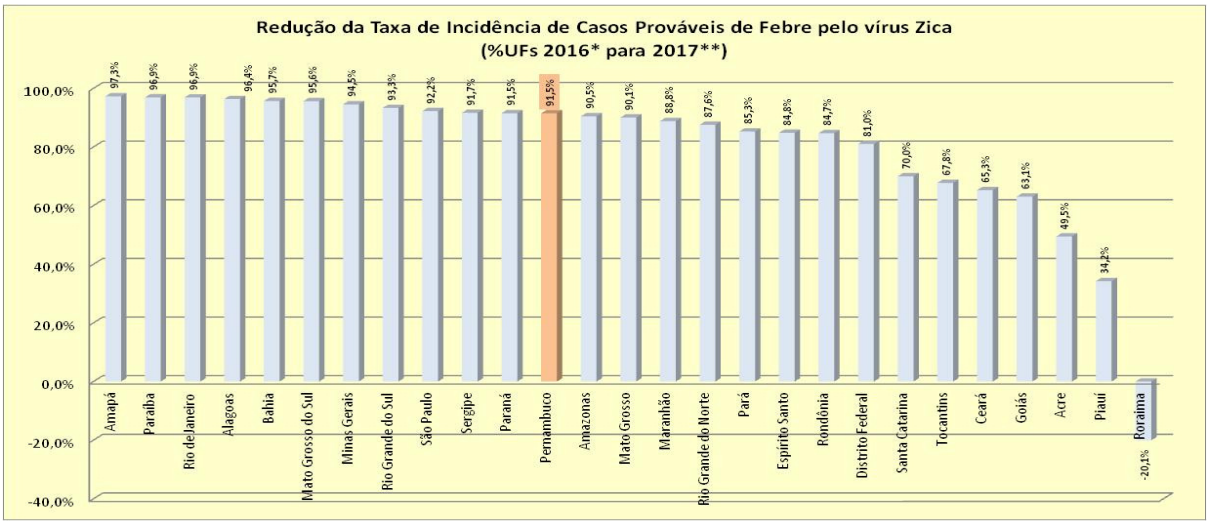
A análise dos dados permitiu concluir que a taxa de incidência de casos prováveis de Zika obtida por Pernambuco em 2017 (0,4) foi uma das mais baixas do país e, portanto positiva, garantindo o 3º melhor desempenho ao estado pernambucano.

Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes. O desempenho das UFs brasileiras pode ser observado no próximo gráfico:



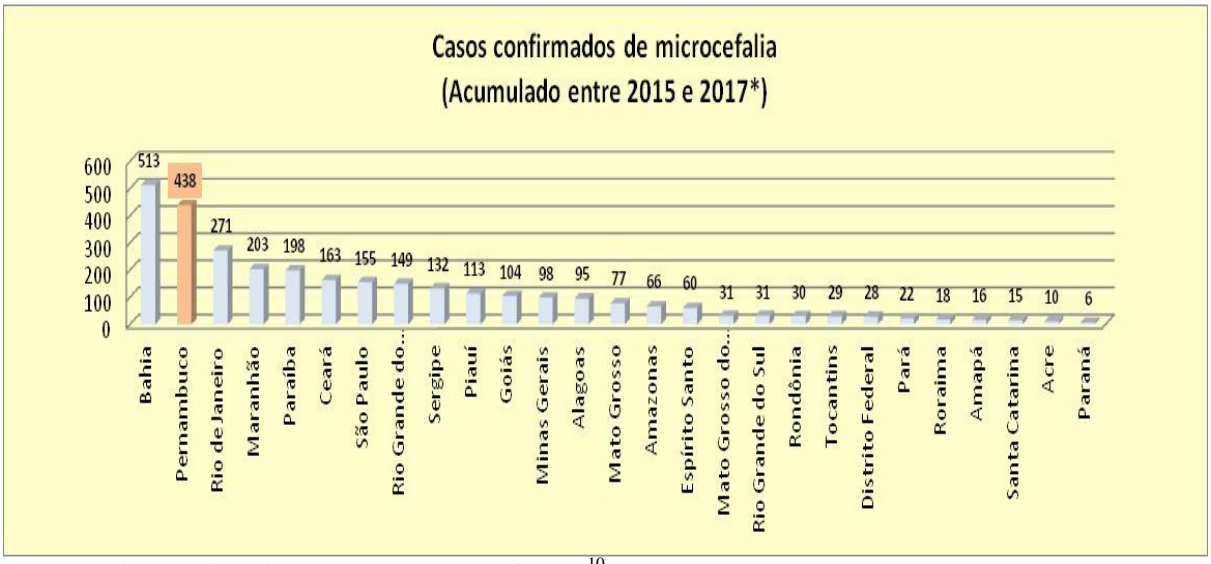
Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Vale a pena salientar que, em 2016, Pernambuco (4,2) também figurou com o 3º melhor desempenho e isso se explica pelo fato de todo o conjunto dos estados brasileiros e Distrito Federal, com exceção do estado de Roraima, terem reduzido de forma significativa suas taxas de incidência de casos prováveis de febre pelo vírus Zica, de 2016 para 2017, como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº2, 2018
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2017.
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

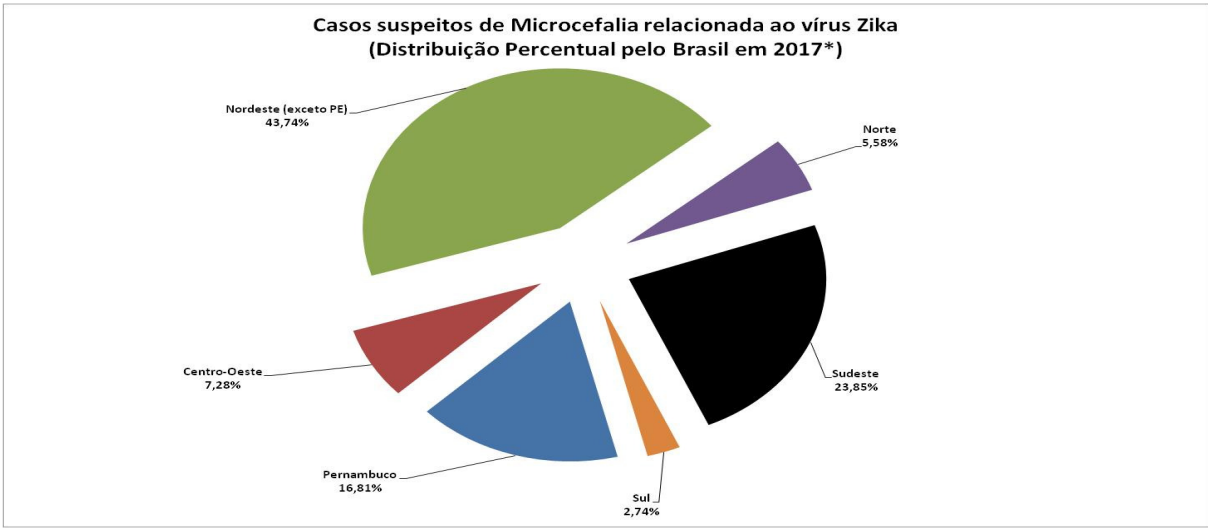
Por outro lado, observou-se que Pernambuco alcançou uma marca acumulada significativa entre a semana epidemiológica 45/2015 e a semana epidemiológica 52/2017 (última semana do ano), de casos confirmados de microcefalia, cuja situação epidemiológica no Brasil tem se apresentado com padrão de ocorrência alterado. Seu desempenho figurou em segundo lugar na quantidade de casos confirmados de microcefalia.



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº6, 2018[10]
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Outro dado importante levantado, que reforça a relevância e a oportunidade de ações de controle da incidência da Zika, foi o percentual de casos suspeitos de microcefalia relacionada ao vírus da Zika ocorridos em Pernambuco e nas diversas Regiões brasileiras, em 2017, obtidos junto ao Ministério da Saúde, conforme demonstrado no próximo gráfico:

[10] Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/2018-003-Final.pdf



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 49, nº 6, 2018.
* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Tais dados reforçam a necessidade de continuar reduzindo nos próximos exercícios a taxa de incidência do vírus da Zika, levando-se em conta a gravidade de suas consequências, com o fim de proporcionar maior proteção à saúde das famílias, especialmente às mulheres que pretendem ter filhos.

Diante do exposto e exclusivamente com base nos dados levantados, pode-se afirmar que Pernambuco obteve, no aspecto do controle da incidência do vírus da Zika, resultado positivo no exercício de 2017.

7.3 Rede Estadual de Saúde

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

- Gerências Regionais de Saúde (GERES);
- Hospitais;
- Unidade de Pronto-atendimento (UPA);
- Unidade Pernambucana de Atenção especializada (UPAE);
- Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA);
- Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (Ceatox);
- Central de Transplantes;
- Farmácia de Pernambuco;
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE);
- Laboratório Central de Pernambuco (LACEN);
- Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE);
- Ouvidoria.

Faremos, a seguir, considerações acerca dos principais órgãos/unidades que integram a estrutura de saúde estadual.

Gerências Regionais de Saúde

O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe) e 12 Regiões de Saúde. As Gerências Regionais de Saúde (GERES) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pelos municípios, que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. As GERES encontram-se assim distribuídas:

Fonte: SES/PE

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

Os dados relativos à população do estado são divulgados pelo IBGE[11], sendo estimado um contingente de 9.473.266 habitantes para o ano de 2017 (distribuídos entre os 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha). Os dados de regionais de saúde veiculados no portal de saúde federal contemplam quantitativos populacionais atualizados até 2017, as relações percentuais demonstram a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:

Distribuição da população do Estado por GERES (Dados de 2017)

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	4.198.599	20	44,32
II GERES	Limoeiro	596.974	20	6,30
III GERES	Palmares	616.282	22	6,50
IV GERES	Caruaru	1.362.249	32	14,37
V GERES	Garanhuns	541.485	21	5,71
VI GERES	Arcoverde	420.551	13	4,43
VII GERES	Salgueiro	147.095	7	1,55

[11] Disponível em https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama (consulta em 10/08/2018).

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
VIII GERES	Petrolina	496.918	7	5,24
IX GERES	Ouricuri	352.336	11	3,71
X GERES	Afogados da Ingazeira	188.965	12	1,99
XI GERES	Serra Talhada	238.180	10	2,51
XII GERES	Goiana	313.632	10	3,31
Total			**185**	**100,00**

Fonte:
http://sage.saude.gov.br/?link=paineis/regiaoSaude/corpao&flt=true&param=null&ufibge=26&municipioibge=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&idPagina=83 (acessar página da "SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica", aba "Gestão/Financiamento"; Regionalização; Região de saúde, Filtro: Pernambuco). Consulta em 10/08/2018.

O percentual da população instalado na I GERES alcançou 44,32% em 2017, aproximadamente metade da distribuição populacional. A estratégia de saúde do Estado deve ser definida buscando alocar oferta de profissionais de saúde, leitos hospitalares e serviços de média e alta complexidade, tanto quanto possível, nas proporções da distribuição percentual acima ilustrada.

Hospitais

A rede hospitalar pública em Pernambuco vinculada ao SUS, de acordo com o CNES em 2017 era constituída por 319 unidades hospitalares[12].

No que tange aos Hospitais Miguel Arraes de Alencar, Dom Hélder Câmara, Pelópidas da Silveira, Dom Malan (Petrolina), Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Dr. Silvio Magalhães (Palmares), João Murilo de Oliveira (Vitória de Santo Antão), Mestre Vitalino (Caruaru), Ruy de Barros Correia (Arcoverde), Emília Câmara (Afogados da Ingazeira) e Fernando Bezerra (Ouricuri), o Governo do Estado de Pernambuco optou por neles implantar um modelo de gestão indireto, se utilizando de Organizações Sociais. Assim, foram celebrados contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e as entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais – OS's, o que submeteu a gestão e a prestação de contas daqueles hospitais aos modelos definidos para essas instituições.

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

[12]Fonte: CNES – Consulta por tipo de estabelecimento (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201712), considerando a competência de dezembro de 2017 e os seguintes tipos de estabelecimentos: hospital geral, hospital especializado, pronto socorro geral, pronto socorro especializado, hospital/dia – isolado e pronto atendimento. Consulta realizada em 16/08/2018.

Principais Hospitais do Estado localizados na RMR e Fernando de Noronha

Hospital	Localidade
Hospital Agamenon Magalhães	Recife
Hospital Barão de Lucena	Recife
Hospital Correia Picanço	Recife
Hospital da Restauração	Recife
Hospital das Clínicas (UFPE; federal)	Recife
Hospital do Câncer de Pernambuco	Recife
Hospital Geral de Areias	Recife
Hospital Geral Otávio de Freitas	Recife
Hospital Getúlio Vargas	Recife
Hospital Ulysses Pernambucano	Recife
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho
Hospital São Lucas	Fernando de Noronha
Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira	Igarassu
Hospital Jaboatão Prazeres	Jaboatão dos Guararapes
Hospital Geral da Mirueira	Paulista
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista

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

Principais Unidades Hospitalares localizadas no interior do Estado

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

Hospital	Localidade
Hospital Regional José Fernandes Salsa	Limoeiro
Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães	Serra Talhada
Hospital Regional Ruy de Barros Correia	Arcoverde

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

A seguir, são apresentados os 11 (onze) hospitais e suas Organizações Sociais mantenedoras com contratos de gestão vigentes no final de 2017:

Hospitais Estaduais administrados por Organizações Sociais

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

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2017.

Cabe salientar que os três grandes hospitais metropolitanos possuem especialidades distintas. O Hospital Dom Hélder (Sul) possui perfil de atuação voltado para Cardiologia, o Hospital Miguel Arraes (Norte) é especializado em traumato-ortopedia e o Hospital Pelópidas Silveira (Oeste), em neurocirurgia vascular e cardiologia.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passaram, desde janeiro de 2010, a integrar a rede estadual pública de urgência e emergência, com o objetivo de preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS e mitigar as grandes emergências, sobrecarregadas com vítimas de acidentes de trânsito e violência. O encaminhamento para a rede hospitalar se faz por meio da central de regulação médica de urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

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

A gestão das Unidades de Pronto Atendimento no estado é atualmente submetida às Organizações Sociais, existindo, ao final de 2017, 14 (quatorze) UPA's em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

Unidades de Pronto Atendimento administradas por Organizações Sociais

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

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2017.

Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)

A partir de 2013, foram inauguradas, no interior do estado, as primeiras Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. Tais unidades oferecem consultas com médicos especialistas, tendo em média 12 (doze) especialidades distintas. As principais especialidades médicas oferecidas nessas novas unidades são: oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia.

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

A gestão das Unidades Públicas de Atendimento Especializado no estado é atualmente submetida às Organizações Sociais, existindo, ao final de 2017, 10 (dez) UPAEs em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

Unidades Pernambucana de Atenção Especializada administradas por Organizações Sociais

UPAE	Organização Social (gestora)
Garanhuns	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Salgueiro	
Serra Talhada	Hospital do Tricentenário
Afogados da Ingazeira	
Caruaru	Fundação Altino Ventura
Belo Jardim	Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP
Arcoverde	
Limoeiro	Associação de Proteção Materna e Infantil
Petrolina	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Ouricuri	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2017

7.4 Financiamento da Saúde no Estado e Utilização dos Recursos

7.4.1 Fontes de financiamento

Em 2017, os recursos aplicados na Função 10 – Saúde foram provenientes das seguintes fontes de financiamento:

Em R$

Cód.	Fonte de Recursos	Valor
0101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	3.009.688.474,84
0144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.523.081.207,51
0241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	306.259.758,22
0271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	284.568.965,52
0116	Recursos do Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza - FECEP	234.028.561,68
0244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	185.430.313,27
0104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	43.601.821,09
0119	Conta Única - Projeto Resp Social	27.873.007,44
0128	Compensação Financeira Recursos do Fundo de Petróleo	2.541.731,04

Cód.	Fonte de Recursos	Valor
0242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	2.010.984,67
0102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	628.850,65
Total		**5.619.713.675,93**

Fonte: e-Fisco 2017 (Execução Orçamentária consolidada – Empenhamento total)

A maior parcela de recursos vinculados à função Saúde, portanto, teve como origem informada a de recursos ordinários (não vinculados – fontes 0101 e 0271). Os recursos provenientes do SUS também tiveram peso relevante no custeio da função Saúde, sendo representados pela soma das fontes 0144 e 0244. As demais fontes tiveram participação residual no financiamento.

Os recursos do FECEP (fonte 0116) começaram a ser usados pelo estado em 2017 para gastos em saúde, após a publicação da Lei Estadual nº 15.922/2016. Essa lei alterou a Lei Estadual nº 12.523/2003 para permitir a aplicação de recursos do FECEP nas funções orçamentárias Educação, Saúde e Assistência Social.

Ressalta-se que o total de R$ 5,62 bilhões atribuído à função 10 - Saúde não se confunde com o valor aplicado em "ações e serviços de saúde" (cálculo demandado por norma constitucional), que incide sobre fontes de recursos específicas, quais sejam: 0101, 0116 e 0271 e, ainda, sujeitam-se a verificações específicas de adequação ao rol de despesas admitidos para a finalidade, a qual será objeto de comentários no item 7.5 deste Relatório.

7.4.2 Gastos na função 10 – Saúde por Modalidade de Aplicação

O total de gastos empenhados pelo Estado na função 10 - Saúde em 2017 (R$ 5,62 bilhões) também pode ser visualizado conforme a modalidade de aplicação. O quadro a seguir ilustra as modalidades de aplicação para as despesas com a função Saúde em 2017:

Em R$

Código	Denominação	Valor	Eventos mais frequentes na Saúde em 2017
20	Transferência à União	5.356.813,58	Recursos repassados pelo estado à União.
41	Transferências a Municípios – Fundo a Fundo	45.514.219,05	Recursos repassados pelo FES/PE e aplicados por fundos municipais de saúde.
50	Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	1.381.050.416,35	Recursos repassados pelo Estado às Organizações Sociais para gestão de hospitais, UPAs e UPAEs, inclusive pagamentos de salários e encargos patronais de profissionais em atuação neles.

Código	Denominação	Valor	Eventos mais frequentes na Saúde em 2017
90	Aplicação Direta	3.444.262.482,68	Valores usados para remuneração do pessoal lotado nos 6 (seis) hospitais de gestão própria do Estado. Valores pagos a hospitais e clínicas particulares por serviços prestados por estes.
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social	743.529.744,27	Valores pagos pelo estado ao Hospital Oswaldo Cruz e outras unidades estaduais de saúde por serviços prestados por estes ao estado. Transferências de recursos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelo HEMOPE, UPE e DEFN. Valores pagos pelo estado ao FUNAFIN para custeio de encargos patronais incidentes sobre a remuneração do pessoal lotado nos 6 hospitais de gestão própria do estado.

Fonte: e-Fisco 2017

A análise pormenorizada das modalidades no e-Fisco indicou que em 2017 a modalidade 90 (aplicação direta pelo estado) participou com 61,3% do total da despesa da função Saúde. Ainda, na modalidade 50, que representou 24,6% da despesa, inserem-se os valores transferidos às Organizações Sociais para gestão de hospitais, UPAs e UPAEs. Já a modalidade 91 participou com 13,2% da despesa na função Saúde. Por fim, as modalidades 20 e 41, que correspondem a transferências à União e a fundos municipais de saúde, representaram menos de 1% da despesa.

7.4.3 Repasses Financeiros Efetuados aos Hospitais, UPAs e UPAEs

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

Foram identificados repasses de R$ 276,80 milhões aos seis grandes hospitais geridos diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde. Por sua vez, outros R$ 827,77 milhões foram repassados a Organizações Sociais encarregadas da gestão de 11 (onze) hospitais, 14 (catorze) UPAs e 10 (dez) UPAEs na estrutura do estado. Adicionalmente, foram identificados R$.8,11 milhões direcionados às 12 Gerências Regionais de Saúde.

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

Aos Hospitais de grande porte sob administração própria (direta)

Os totais repassados aos referidos estabelecimentos de saúde (credenciados como Unidades Gestoras) no exercício de 2017, além dos três exercícios anteriores, são demonstrados na tabela a seguir.

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

Hospital	2014	2015	2016	2017
HR	97.538.200,66	37.481.892,47	82.830.341,73	90.278.540,91[1]
HAM	49.180.320,65	22.555.275,02	42.107.289,77	42.379.387,34
HOF	47.806.993,46	21.351.004,00	46.239.063,77	41.168.155,89
HGV	43.351.671,10	19.700.531,15	42.316.402,76	38.953.922,97[2]
HBL	41.108.749,12	19.319.769,28	35.879.531,93	30.477.224,67[3]
HRA	34.266.981,87	13.754.957,38	32.971.638,49	33.548.208,45
TOTAL	**313.254.930,86**	**134.163.429,30**	**282.344.268,46**	**276.805.440,23**

Fonte: e-Fisco 2014 a 2017 (Razão; contas contábeis 4.5.1.1.2.XX.XX e 3.5.1.1.2.XX.XX).
Notas:
[1] Valor líquido considerando a devolução de saldo no valor de R$ 32.659,40 à UG Secretaria da Fazenda;
[2] Valor líquido considerando devolução do valor de R$ 534.296,16 à UG Secretaria da Fazenda;
[3] Valor líquido considerando devolução do valor de R$ 52.924,30 à UG Secretaria da Fazenda.

Aos Hospitais geridos por Organizações Sociais

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2017, às Organizações Sociais que administram 11 (onze) hospitais públicos, somou outros R$ 540,93 milhões (15,57% a mais do que os R$ 468,04 milhões repassados em 2016).

Em R$

Ano	2014	2015	2016	2017
TOTAL	431.137.845,19	455.860.802,33	468.037.303,97	540.927.248,27

Fonte: e-Fisco 2014 a 2017.

Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em 2017, conforme relatado no capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi repassado o montante de R$ 212,13 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 (quatorze) Unidades de Pronto Atendimento – UPAs.

Em R$

Ano	2014	2015	2016	2017
TOTAL	197.569.730,18	196.053.680,81	198.446.573,28	212.128.859,77

Fonte: e-Fisco 2014 a 2017.

O valor transferido em 2017 foi, assim, 6,89% superior aos R$ 198,45 milhões transferidos para o mesmo conjunto de Organizações Sociais em 2016.

Às Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAEs)

Em 2017, foram repassados às 10 (dez) UPAEs o valor de R$ 74,72 milhões (14,10 % a menos do que os R$ 86,98 milhões repassados em 2016).

Das 10 (dez) UPAEs em funcionamento no estado em 2017, 9 (nove) tiveram inauguração na estrutura de saúde do estado, entre julho/2013 e o término do exercício de 2014 e uma, a UPAE Ouricuri, teve sua inauguração em maio do exercício de 2017.

Em R$

Ano	2014	2015	2016	2017
TOTAL	80.508.721,77	85.204.093,91	86.978.164,76	74.716.713,19

Fonte: e-Fisco 2014 a 2017.

Às Gerências Regionais de Saúde

O total repassado às doze GERES somou R$ 8,11 milhões em 2017, conforme adiante ilustrado:

Repasses Financeiros do FES às GERES Em R$

Gerências Regionais	2014	2015	2016	2017
I	1.621.961,50	1.153.353,17	1.178.496,18	772.350,39
II	1.703.422,13	858.266,06	960.751,24	1.052.060,59
III	3.580.837,72	1.734.127,06	664.342,91	573.586,50
IV	10.934.784,63	8.300.310,93	1.012.860,23	911.090,01
V	537.424,19	482.483,35	816.636,27	658.022,67
VI	643.478,08	370.984,45	1.141.505,30	818.515,77
VII	7.811.917,26	7.214.250,44	695.978,44	558.756,06
VIII	1.106.611,28	369.191,44	633.208,14	501.760,42
IX	1.383.636,23	634.458,51	622.506,40	561.101,05
X	6.093.179,25	4.202.338,09	919.428,92	761.879,31
XI	7.863.586,55	6.794.366,38	772.228,86	600.493,71
XII	455.154,42	349.599,77	407.744,87	338.897,22
Total	**43.738.007,24**	**32.465.744,65**	**9.825.687,76**	**8.108.513,70**

Fonte: e-Fisco 2014 a 2017 (Ordem Bancária – CNPJ)

O valor repassado em 2017 foi 17,56% inferior ao transferido em 2016 para o mesmo conjunto de GERES.

7.5 Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde

A Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, mediante alterações promovidas no art. 198 da Constituição Federal, impôs à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a obrigatoriedade de aplicação de um mínimo de recursos oriundos de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. É o que estabelece o § 2º, inserto no art. 198 por força da referida Emenda:

> Art. 198. omissis.
>
> § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:"
>
> I – omissis
>
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
>
> III – omissis
>
> § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
>
> I – os percentuais de que trata o § 2º

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal n° 141, que regulamentou o § 3° do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O artigo 6° da Lei Complementar Federal n° 141 assim determinou:

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

7.5.1 Formação da base de cálculo

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

O valor da base de cálculo, R$ 18.566.380.328,61, apresentado no Balanço Geral do Estado confere com os dados obtidos por meio do e-Fisco. Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2017 correspondeu a R$ 2.227.965.639,43.

7.5.2 Aplicação dos Recursos

Da contabilização das ações da UPE, HEMOPE e DEFN

O parágrafo único do artigo 2° da Lei Complementar Federal n° 141/2012 definiu que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. O artigo 14 da referida Lei Complementar determina que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. No estado de Pernambuco, o Fundo Estadual de Saúde se caracteriza como unidade gestora específica (530401), sendo o responsável primário pela execução orçamentária dessas ações.

Ocorre que algumas ações e serviços de saúde, de fato, têm execução final por entidades da administração indireta do estado, a exemplo do HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), as quais constituem cada qual uma unidade gestora própria. Em 2017, essas entidades participaram, como agente final, da execução dessas ações em cerca de R$ 284,56 milhões. Como nesses casos o recurso é repassado do FES-PE para essas entidades, antes de originar a ação efetiva, o orçamento estadual passou a prever duas execuções orçamentárias para um mesmo recurso, sendo a primeira do FES para um desses órgãos (na modalidade 91, fonte 0101) e a segunda como aplicação final da despesa. Para tanto, foi utilizada a fonte de recursos 0271 – Recursos Ordinários Oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE[13].

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

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

Dos Restos a Pagar

O artigo 24 da Lei Complementar Federal n° 141 assim determinou:

> Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:
>
> I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e
>
> II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

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

Esse artigo abrange as despesas pagas e os restos a pagar não liquidados, limitados à disponibilidade de caixa ao final do exercício. Porém, não é citado os restos a pagar processados. De forma complementar, a 7ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF)[14], Portaria STN nº 403/2016, de 28 de junho de 2016, válido para o exercício de 2017, determina, no anexo 12, página 391:

> Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde serão consideradas as despesas:
> I – empenhadas e pagas no exercício de referência;
> II – empenhadas, liquidadas e não pagas, inscritas em Restos a Pagar processados no exercício de referência; e
> III - empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite da disponibilidade de caixa do exercício de referência.

Assim, o MDF complementou a lacuna que havia em relação aos restos a pagar processados, definindo que os mesmos devem entrar no cálculo dos recursos mínimos de saúde, independente da disponibilidade de caixa do exercício. Em 2017, não houve inscrição de restos a pagar não processados nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde, mas houve a inscrição de restos a pagar processados.

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

Ressalta-se que o Inciso II do artigo 24 da Lei Complementar Federal n° 141/12, refere-se aos restos a pagar não processados. Porém, conforme visto no MDF, a mesmo lógica deverá ser aplicada ao cancelamento de restos a pagar processados, já que estes também foram considerados como aplicação no ano em que foram inscritos. A 7ª edição do MCASP[15], Portaria Conjunta SOF/STN nº 2/2016, de 22 de dezembro de 2016, válido a partir do exercício de 2017, traz na Parte I, Capítulo 4 – Despesas Orçamentárias, item 4.2.4.4, a modalidade de aplicação 95 referente à aplicação à conta de recursos referentes aos restos a pagar considerados para fins da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde e posteriormente cancelados ou prescritos, de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar Federal nº 141, de 2012.

[14] Disponível em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/mdf (consulta realizada em 03/08/2018).
[15] Disponível em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/mcasp (consulta realizada em 03/08/2018).

Em 2015, houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve cancelamentos ao longo de 2016, totalizando R$ 2.800.763,61, que pelo entendimento citado no parágrafo anterior, deveria ter sido aplicado até o final de 2017, mediante dotação específica, em ações e serviços públicos de saúde. Ressalta-se que não foi observada aplicação dos valores dos restos a pagar processados cancelados, até o final dos exercícios mencionados, utilizando a modalidade 95. Em razão disso, esses valores devem ser descontados do total de aplicações em saúde de 2017.

Em 2016, também houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve cancelamentos ao longo de 2017, totalizando R$ 5.577.138,60, valores estes que deverão ser aplicados até o final de 2018, mediante dotação específica, utilizando a modalidade 95, em ações e serviços públicos de saúde.

Percentual de aplicação

Os valores apresentados no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde como aplicações (R$ 3.035.226.018,19), constante do Balanço Geral do Estado de 2017, conferem com os obtidos no e-Fisco quando considerados as fontes 0101 e 0116 para o FES-PE e fonte 0271 para HEMOPE, UPE e DEFN, excluindo a modalidade 91 (aplicações intra-orçamentárias) para a fonte 0101. Contudo, não foram excluídos os valores da modalidade 91 para as fontes 0116 e 0271, que totalizam R$ 2.228.008,08. Esse valor deve ser excluído do total de aplicações, juntamente com os valores de restos a pagar processados cancelados em 2016 e não aplicados até o final de 2017. Com isso, o valor total aplicado alcançou o montante de R$ 3.030.197.245,70, conforme quadro abaixo.

Total das aplicações (Demonstrativo)	**3.035.226.018,19**
(-) Modalidade 91 das fontes 0116 e 0271	2.228.008,08
(-) RPP cancelados em 2016 e não aplicados em 2017	2.800.763,61
Total aplicado (entendimento do TCE)	**3.030.197.245,70**

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco

O valor total aplicado em saúde representou o seguinte percentual frente à base de cálculo considerada:

Base de Cálculo	18.566.380.328,61
Total aplicado (entendimento do TCE)	3.030.197.245,70
% de aplicações (TCE)	**16,32%**

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2017, o estado de Pernambuco aplicou 16,32% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, alcançando o percentual mínimo de 12%, exigido pela Lei Complementar Federal n° 141/2012, em seu artigo 6°.

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

De modo a subsidiar a análise e oferecer um breve retrato das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde no estado de Pernambuco, foi realizado estudo com base em informações existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (http://cnes.datasus.gov.br), no menu denominado "TABNET CNES" relativa a leitos hospitalares e equipamentos de saúde no estado, constantes no item "CNES – Recursos Físicos".

O objetivo principal desse estudo, então, foi o de, a partir dos dados constantes do cadastro do CNES ao final de 2017, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos, nesse exercício, o conceito a leitos hospitalares e equipamentos de saúde) **disponibilizados à rede SUS dentro do estado,** aferindo-se também **o perfil de maior ou menor concentração dos recursos** nos arredores da capital do estado, comparando-o ao verificado em exercícios anteriores.

7.6.1 Quantitativos de Leitos Hospitalares em Pernambuco

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES contempla 57 tipos diversos de leitos hospitalares agrupados em 07 (sete) segmentos: Cirúrgico, Clínico, Complementar, Obstétrico, Pediátrico, Hospital-Dia e Outras Especialidades. O CNES contempla dados de **leitos disponíveis para atendimento ao SUS** (independente de se encontrarem em unidades de saúde públicas ou particulares) e dos **leitos não disponíveis ao SUS.** Limitamo-nos a reproduzir abaixo os quantitativos absolutos dos leitos **disponíveis para atendimento à rede SUS**.

Assim, o quantitativo total de leitos disponíveis ao SUS, ao final de 2017, em todos os estabelecimentos de saúde em Pernambuco (públicos e privados; estaduais, municipais e federais) agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:

Leitos Hospitalares disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2017

Especialidade	Quantidade	Variação frente a dez/2016
Cirúrgico	4.228	-0,73%
Clínico	6.084	3,38%
Complementar (UTIs, Unidades Intermediárias e de Isolamento)	1.377	1,40%
Obstétrico	2.384	-3,79%
Pediátrico	2.414	-1,87%
Outras especialidades	1.448	-26,24%
Hospital-dia	244	10,91%
Total	**18.179**	**-2,38%**

Fonte: Consulta ao CNES (http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11665), opções "Hospitalar - Leitos Internação" e "Hospitalar - Leitos Complementares", com filtro em "Quantidades SUS" referente à competência dez/2017.
* Consulta realizada em 28/06/2018.

Os dados acima informam que houve um decréscimo de 2,38% em quantidade de leitos disponíveis ao SUS no estado, quando comparados os dados do exercício sob exame (2017) com os do o ano anterior. Esse percentual contempla tanto acréscimos nos grupos de leitos hospital-dia (10,91%), leitos clínicos (3,38%) e leitos complementares (1,4%), quanto reduções no número de leitos classificados nos demais grupos, com significativa redução no grupo de leitos "outras especialidades" (26,24%).

O detalhamento dos tipos de leitos do segmento "outras especialidades" pode ser visto na tabela abaixo:

Leitos Hospitalares "outras especialidades" disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2017

Especialidade Detalhada	Quantidade	Variação frente a dez/2016
Crônicos	494	-9,02%
Psiquiatria	730	-38,71%
Reabilitação	24	-20,00%
Tisiologia	85	-2,30%
Acolhimento Noturno	115	2,68%
Total	**1.448**	**-26,24%**

Fonte: Consulta ao CNES (http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11665), opções "Hospitalar - Leitos Internação", com filtro em "Quantidades SUS" referente à competência dez/2017.
* Consulta realizada em 28/06/2018.

Os dados acima mostram que Psiquiatria obteve a maior redução percentual (38,71%), passando de 1.191 leitos em dezembro de 2016 para 730 leitos em dezembro de 2017. Essa tendência de diminuição na quantidade de leitos psiquiátricos teve origem na Lei 10.216/2001, que estabeleceu novos parâmetros para a assistência em saúde mental, privilegiando uma abordagem voltada para atenção ambulatorial, onde os pacientes contariam com cuidados durante o dia e retornariam para casa à noite. Seguindo esse entendimento, o Ministério da Saúde editou a Portaria MS/GM nº1.631[16], em 2015, a qual define a necessidade mínima de 1 leito para cada 23 mil habitantes, o que corresponde a 0,04 leitos para cada grupo de mil habitantes. A Portaria MS/GM nº1.631/2015 substituiu a Portaria MS/GM nº 1.101/2002, editada logo após a edição da reforma psiquiátrica, que estabelecia o percentual de 0,45 leitos psiquiátricos por mil habitantes. O percentual estabelecido em 2015 é 11 vezes menor do que aquele definido em 2002. Considerando que a população do estado é de 9.473.266 habitantes (estimativa da população residente, segundo a Base de Dados do Estado[17] para 2017), o estado possui 0,08 leitos psiquiátricos por mil habitantes, atendendo, portanto, aos novos parâmetros.

[16] Essa portaria foi revogada e incorporada à Portaria de Consolidação MS/GM 01/2017, Título IV, Capítulo II, mantendo o seu texto original.
[17] Disponível em http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3 (consulta realizada em 19/07/2018).

Em relação aos leitos clínicos de saúde mental, o RAG 2017 [18] (p. 50) aponta a criação de 4 novos leitos na Região XII de Saúde (Goiana). Contudo, os dados do CNES apontam que essa região de saúde não possui leitos de saúde mental. Recomenda-se que o estado apure qual a informação correta e atualize os dados do RAG 2017 ou do CNES com os valores corretos de leitos.

Ao levantar o quantitativo de leitos "Não disponíveis ao SUS" na mesma fonte de informações (DataSus CNES), verificou-se um acréscimo de 7,30%, quando comparados os dados do exercício sob exame (2017) com os do o ano anterior, em oposição aos leitos "Disponíveis ao SUS", que tiveram decréscimo de 2,38% em 2017. Esse decréscimo fez com que o quantitativo dos leitos "Disponíveis ao SUS" seja o menor dos últimos quatro anos (em 2014, o estado tinha 18.826 leitos, em 2015, 18.525 leitos, em 2016, 18.623 leitos e em 2017, 18.179 leitos).

O dado "quantitativo de leitos SUS", quando confrontado com a população do estado, perfaz um quociente de 1,92 leitos para cada grupo de mil habitantes em Pernambuco. Quando comparado com o ano anterior, verifica-se que o quociente teve uma queda de 3%, passando de 1,98 para 1,92. É considerado nesse primeiro exame apenas o número total de leitos, não sendo questionada sua localização por região de saúde dentro do estado.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019, aprovado em 15 de junho de 2016, cita, nas páginas 137 e 138, a Portaria MS/GM nº 1.101/2002 como parâmetro para a quantidade de leitos no estado. Essa portaria, porém, foi revogada pela Portaria MS/GM nº 1.631/2015, que estabeleceu uma nova metodologia para determinar a quantidade de leitos gerais necessários por especialidade. Essa metodologia leva em consideração diversos parâmetros: população de referência, taxa de internação esperada, fator de ajuste para taxa de recusa, tempo médio de permanência, taxa de ocupação esperada, fator de ajuste para incorporação de internações de não-residentes, proporção esperada de internação com UTI e percentual de leitos efetivamente disponíveis.

Recomenda-se ao estado que calcule os parâmetros definidos na Portaria MS/GM nº 1.631/2015, defina o número de leitos necessários por especialidade usando a nova metodologia e atualize o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 levando em consideração essas informações.

7.6.1.1 Grau de Concentração de Leitos Hospitalares

Conforme mencionado, dentre os objetivos pretendidos com a visualização dos dados do CNES estava não apenas a obtenção de dados absolutos dentro do estado de Pernambuco, mas também a sua distribuição por regiões. O estado de Pernambuco é dividido em 12 Gerências de Saúde. A área de abrangência da I Gerência de Saúde (I GERES) praticamente coincide com a Região Metropolitana de Recife (RMR), diferindo apenas em relação a 5 (cinco) municípios (Pombos, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá e Vitória de Santo Antão), além do Distrito de Fernando de Noronha, que não compõem a RMR, mas que fazem parte da I GERES.

[18] Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao (consulta realizada em 19/07/2018).

Nesse contexto, para facilitar a coleta e interpretação de dados, os dados totais do estado foram segregados em duas regiões, designadas simplificadamente por I Gerência de Saúde e Demais Regiões.

Dessa forma, no estado de Pernambuco, compõem a I GERES: Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. Os demais 165 municípios do estado foram inseridos no grupo simplificadamente denominado como "Demais Regiões".

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

Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2017)

Especialidade	Disponibilidades	GERES I	Demais Regiões	Variação 2016/2017 (GERES I)	Variação 2016/2017 (Demais Regiões)
Cirurgia Geral	Qtde de leitos	1.008	1.017	2,23%	-3,69%
	(habitantes/ leito)*	**4.165,28**	**5.186,50**		
Cardiologia Cirúrgica	Qtde de leitos	124	24	0,00%	-51,02%
	(habitantes/ leito)*	**33.859,67**	**219.777,79**		
Obstetrícia Cirúrgica	Qtde de leitos	518	493	-3,90%	1,44%
	(habitantes/ leito)*	**8.105,40**	**10.699,12**		
Pediatria Cirúrgica	Qtde de leitos	227	44	0,00%	-18,52%
	(habitantes/ leito)*	**18.496,03**	**119.878,80**		
Oncologia Cirúrgica	Qtde de leitos	188	22	1,08%	-15,38%
	(habitantes/ leito)*	**22.332,97**	**239.757,59**		
Neurocirurgia	Qtde de leitos	299	30	0,00%	36,36%
	(habitantes/ leito)*	**14.042,14**	**175.822,23**		
Clínica (Geral)	Qtde de leitos	1.423	2.967	-1,11%	4,32%
	(habitantes/ leito)*	**2.950,53**	**1.777,78**		
Cardiologia Clínica	Qtde de leitos	327	69	1,24%	-32,35%
	(habitantes/ leito)*	**12.839,75**	**76.444,45**		
Obstetrícia Clínica	Qtde de leitos	326	1.047	-7,65%	-4,82%
	(habitantes/ leito)*	**12.879,14**	**5.037,89**		
Pediatria Clínica	Qtde de leitos	744	1.399	1,09%	-3,05%
	(habitantes/ leito)*	**5.643,28**	**3.770,31**		
Oncologia Clínica	Qtde de leitos	213	60	-8,58%	42,86%
	(habitantes/ leito)*	**19.711,73**	**87.911,12**		
Neurologia	Qtde de leitos	378	36	29,01%	-14,29%
	(habitantes/ leito)*	**11.107,40**	**146.518,53**		

Fontes: DATASUS CNES TABNET (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintPE.def) e BDE (http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3).

*Foram consideradas as populações estimadas de 4.198.599 habitantes para a I GERES e 5.274.667 para as demais regiões, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2017, fonte utilizada pelo BDE.
** Consulta realizada em 28/06/2018.

O número em negrito na tabela acima informa qual a quantidade de habitantes que dispõem de um leito hospitalar para cada especialidade e em cada área geográfica. Obviamente, quanto menor este quociente, melhor. Há, por questões de logística, maior concentração de leitos na GERES I e quantitativo mais reduzido nas demais regiões.

As especialidades que possuem uma maior concentração na GERES I são Neurologia Clínica, Neurocirurgia e Oncologia Cirúrgica, possuindo uma concentração mais de dez vezes maior nos arredores da capital do que no interior. Neurologia Clínica teve um aumento de 29% do número de leitos na GERES I e uma diminuição de 14% dos leitos nas demais regiões, quando comparado o valor de dezembro de 2017 com o mesmo período do ano anterior, o que gerou uma concentração 13 vezes maior de leitos por habitantes na capital em relação ao interior em 2017. Oncologia Cirúrgica também obteve decréscimo significativo dos leitos nas demais regiões (15%), mas um acréscimo discreto na GERES I (1%), levando a uma concentração 10,7 vezes maior na GERES I. Por outro lado, Neurocirurgia foi a única dessas que teve um aumento nas demais regiões (36%) e manteve inalterado os leitos na I GERES. Porém, essa desconcentração que ocorreu em 2017 não foi suficiente para equilibrar a distribuição de leitos, pois a GERES I ainda possui uma concentração de leitos por habitantes 12,5 vezes maior do que as demais regiões para essa especialidade.

Quatro especialidades obtiveram uma concentração maior de leitos por habitantes na capital quando comparado às demais regiões, mas com diferenças menos significativas quando comparadas às especialidades citadas no parágrafo anterior. São elas Cardiologia Cirúrgica (6,5 vezes), Pediatria Cirúrgica (6,5 vezes), Cardiologia Clínica (5,9 vezes) e Oncologia Clínica (4,5 vezes).

Apenas três especialidades obtiveram uma proporção maior de leitos por habitantes nas demais regiões quando comparado à GERES I: Clínica Geral, Obstetrícia Clínica e Pediatria Clínica, com destaque para Obstetrícia Clínica, que possui uma proporção 2,5 vezes maior de leitos por habitantes nas demais regiões. Duas especialidades obtiveram um valor maior na GERES I, porém com uma pequena diferença em relação às demais regiões: Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica. No geral, essas cinco especialidades apresentaram uma proporção equilibrada entre os leitos na GERES I e nas demais regiões.

Os dados acima possibilitaram concluir que houve mais eventos de **concentração** de oferta de leitos na capital do que **desconcentração**, sendo evidenciados esses eventos de concentração para duas especialidades cirúrgicas (Cirurgia Geral e Oncologia Cirúrgica) e três especialidades clínicas (Cardiologia, Neurologia e Pediatria) e desconcentração para uma especialidade cirúrgica (Obstetrícia Cirúrgica) e duas clínicas (Oncologia e Clínica Geral).

Regra geral, então, das especialidades listadas no CNES, em 2017, foram verificados acréscimos e reduções quantitativas nas demais regiões, que, em termos absolutos, demonstrou uma redução da oferta de 204 leitos. Na GERES I verificou-se, nas especialidades listadas, um decréscimo total de 259 leitos, entre cirúrgicos e clínicos, o que não chega a alterar substancialmente a proporção de distribuição de leitos hospitalares dentro do estado, mas reflete a inércia de maior concentração de leitos na capital e cidades circunvizinhas.

A verificação de concentração de leitos hospitalares SUS na GERES I, embora possa ser compreendida para algumas especialidades cirúrgicas, deve ser acompanhada com atenção pela Secretaria de Saúde de modo a que não venha a se resumir apenas a este ponto geográfico do estado. De fato, é recomendável que se possa oferecer também opções alternativas ao usuário do SUS que habite regiões mais distantes da RMR, notadamente no amplo trajeto entre as cidades de Caruaru e Petrolina, cidades nas quais se posicionam a maioria dos poucos leitos hospitalares externos à Região Metropolitana do Recife para algumas especialidades cirúrgicas (Neurologia e Oncologia, por exemplo).

Importante que o estado mantenha o esforço de interiorização desses recursos, se possível com projeto de implantação de polo médico em ponto mais centralizado no mapa do estado, visando a minimizar o distanciamento de recursos na área geográfica compreendida entre os municípios de Caruaru e Petrolina.

Especialidades cirúrgicas

Quando a análise se torna mais minuciosa, vê-se que, entre as especialidades **cirúrgicas**, permanece um quadro de equivalência de distribuição de leitos (entre GERES I e demais regiões) nas especialidades de Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica apenas. Por outro lado, persiste uma considerável discrepância de oferta para Oncologia, Neurocirurgia, Pediatria e Cardiologia, com maior carência de recursos no interior. Ou seja, um paciente que resida fora da Região Metropolitana do Recife e que necessite de um leito hospitalar voltado a essas especialidades tem uma propensão de se deslocar para a RMR bem mais elevada do que ser atendido no seu município ou em outro do interior que lhe seja mais próximo, dada a oferta diminuta de leitos nesses locais.

Regra geral, no exercício de 2017, as disparidades foram mantidas e até aumentadas, quando verificado que as maiores reduções de quantitativos de leitos cirúrgicos se deram no interior do estado. Verificou-se um significativo decréscimo de leitos nas demais regiões nas especialidades Pediatria Cirúrgica (de 54 em 2016, para 44 em 2017, diferença de 18%) e Oncologia Cirúrgica (de 26 em 2016, para 22 em 2017, diferença de 15%).

Soma-se a isso o significativo decréscimo em Cardiologia Cirúrgica. Os dados comparados de leitos dessa especialidade nas demais regiões entre dezembro/2016 e dezembro/2017 revelam queda do número total de leitos disponíveis ao SUS de 49 para 24, o que resultou em uma baixa de 51% na disponibilidade de leitos. A maior parte dessas reduções foi na IV GERES, que engloba Caruaru e municípios próximos, passando de 36 leitos em 2016 para 11 em 2017. Essa redução de 25 leitos de Cardiologia Cirúrgica ocorreu no Hospital Mestre Vitalino, em Caruaru (31 leitos em 2016 e 6 leitos em 2017). Além disso, ocorreu redução no número de leitos de Cardiologia Clínica desse hospital, passando de 25 em 2016 para 18 em 2017. Contudo, as notícias no site desse hospital informam que foi aberto um serviço pioneiro de cirurgias cardiovasculares[19] em junho de 2017 e a primeira cirurgia cardíaca do hospital[20] ocorreu em 6 de junho de 2017. Além disso, foi aberto o

19 Disponível em: http://hospitalmestrevitalino.com.br/index.php/imprensa/noticias/64-agreste-ganhara-servico-pioneiro-de-cirurgias-cardiovasculares (consulta realizada em 19/07/2018).
20 Disponível em: http://hospitalmestrevitalino.com.br/index.php/imprensa/noticias/65-hmv-realizou-1-cirurgia-cardiaca-nesta-terca-06 (consulta realizada em 19/07/2018).

serviço de hemodinâmica[21] em maio do mesmo ano. O hospital Mestre Vitalino foi aberto em 2014[22]. Desde então, sempre foram reportados um número maior de leitos cardiológicos clínicos e cirúrgicos do que apresentado em 2017. Com isso, recomenda-se que seja fornecida uma explicação em relação à redução dos leitos cardiológicos em 2017, clínicos e cirúrgicos, no Hospital Mestre Vitalino.

Por outro lado, duas especialidades tiveram um acréscimo no número de leitos nas demais regiões. Foram elas Neurocirurgia, com um aumento significativo de 36% (de 22 leitos em 2016 para 30 em 2017) e Obstetrícia Cirúrgica, com um discreto aumento de 1,44% (de 486 em 2016 para 493 em 2017).

Na GERES I, a variação do número de leitos em 2017 foi menor. Três especialidades não tiveram alteração no quantitativo (Cardiologia Cirúrgica, Pediatria Cirúrgica e Neurocirurgia), duas obtiveram um pequeno aumento (Cirurgia Geral e Oncologia Cirúrgica) e uma obteve uma redução de 3,9% (Obstetrícia Cirúrgica).

Especialidades clínicas

Em 2017, permanece a constatação de que, regra geral, há maior equivalência na oferta de leitos entre GERES I e demais regiões para especialidades **clínicas** do que para as especialidades **cirúrgicas**. Das seis especialidades clínicas analisadas, três possuem uma concentração maior na GERES I (Cardiologia, Oncologia e Neurologia), enquanto três são mais concentradas nas demais regiões (Clínica Geral, Obstetrícia e Pediatria).

Pode-se verificar um processo de interiorização em apenas duas especialidades clínicas, com diminuição das vagas na GERES I e aumento das vagas nas demais regiões. Foram elas Clínica Geral e Oncologia Clínica, com destaque para a última, que teve um aumento de 42,86% das demais regiões (42 leitos em 2016, 60 leitos em 2017) e diminuição de 8,58% na GERES I (233 leitos em 2016, 213 leitos em 2017).

A especialidade de Obstetrícia Clínica chegou a sofrer reduções tanto na GERES I (7,65%) quanto em "Demais regiões" (4,82%). Além disso, houve incremento significativo no número de leitos cadastrados na GERES I para Neurologia Clínica (29%), enquanto nas demais regiões houve uma diminuição de 14%, passando de 42 leitos em 2016 para 36 leitos em 2017. Esse processo de concentração dos leitos de Neurologia Clínica aumentou o desequilíbrio existente entre interior e capital nessa especialidade, fazendo com que haja uma concentração de leitos por habitantes 13 vezes maior na GERES I, quando comparado às demais regiões.

A análise da especialidade de Cardiologia Clínica revelou uma grande queda no número de leitos nas demais regiões, passando de 102 leitos em 2016 para 69 leitos em 2017, o que corresponde a um decréscimo de 32,35%. A maior parte dessas reduções, a exemplo do visto em Cardiologia Cirúrgica, foi na IV GERES (Caruaru e região), que tinha 79 leitos em 2016 e passou a 48 leitos em 2017. Essa redução ocorreu devido à diminuição de 7 leitos no Hospital Mestre Vitalino (que passou de 25 leitos em 2016 para 18 leitos em 2017) e de 24

21 Disponível em: http://hospitalmestrevitalino.com.br/index.php/imprensa/noticias/49-hospital-mestre-vitalino-da-inicio-a-atendimentos-de-hemodinamica-2 (consulta realizada em 19/07/2018).
22 Disponível em: http://www.hospitalmestrevitalino.com.br/index.php/quem-somos/historico (consulta realizada em 19/07/2018).

leitos no Hospital São Sebastião (que passou de 24 leitos em 2016 para zero leitos em 2017). Essa quantidade de leitos do Hospital São Sebastião em 2017 se deve à desativação do hospital no CNES em novembro e dezembro de 2017. Contudo, o Hospital São Sebastião está fechado desde 2004[23]. Até 2013, esse hospital não tinha leitos cadastrados. Em 2014, foram cadastrados 56 leitos de Clínica Geral. Em 2015 e 2016, o hospital apresentava no CNES um total de 80 leitos, divididos entre as especialidades de Cardiologia Clínica, Clínica Geral e Crônicos. Em todo esse período, porém, o hospital estava fechado. O São Sebastião tinha previsão de reabertura para o início de 2017, mas até junho de 2018 ainda não havia sido reaberto[24]. Contudo, no CNES aparece que o hospital foi reativado em janeiro de 2018. Com essa avaliação dos dados de leitos dos hospitais São Sebastião e Mestre Vitalino, pode-se constatar uma inconsistência dos dados de leitos disponibilizados no CNES. Por conseguinte, recomenda-se que seja avaliado o número correto de leitos do SUS em Pernambuco, não apenas em 2017, mas também nos anos anteriores, e que seja identificada a fonte do erro nos dados fornecidos, de forma a garantir que os dados apresentados no sistema CNES sejam confiáveis e retratem a realidade.

7.6.2 Quantitativos de Equipamentos de Saúde em Pernambuco

No que se refere a Equipamentos de Saúde, foram identificados no CNES 81 tipos diferentes, agrupados em 8 (oito) grupos de Equipamentos: Audiologia, Diagnóstico por Imagem, Equipamentos de Infra-estrutura, Odontologia, Equipamentos para Manutenção da Vida, Equipamentos por Métodos Gráficos, Equipamentos por Métodos Ópticos e Outros Equipamentos.

Os totais de equipamentos em uso pelo SUS em Pernambuco ao final de 2017 foram:

Equipamentos disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2017

Especialidade	Quantidade	Variação frente a dez/2016
Equipamentos de Audiologia	200	12,99%
Diagnóstico por imagem	2.002	5,31%
Equipamentos de Infra-estrutura	691	3,75%
Equipamentos de Odontologia	8.759	6,84%
Equipamentos p/ Manutenção da Vida	19.904	3,52%
Equipamentos por Métodos Gráficos	934	2,75%
Equipamentos por Métodos Óticos	2.140	8,68%
Outros Equipamentos	2.300	4,40%
Total	**36.930**	**4,77%**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS Consulta/equipamentos (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201712, coluna "Em Uso SUS")
* Consulta realizada em 17/07/2018.

23 Disponível em: http://noticias.ne10.uol.com.br/interior/agreste/noticia/2018/03/08/hospital-sao-sebastiao-segue-sem-previsao-para-ser-reaberto-723387.php (consulta realizada em 19/07/2018).
24 Disponível em: http://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/abtv-1edicao/videos/t/edicoes/v/termina-prazo-para-reinauguracao-do-hospital-sao-sebastiao-em-caruaru/6819320/ (consulta realizada em 19/07/2018).

Os dados apontam que houve elevação de 4,77% na quantidade de equipamentos registrados no CNES disponibilizados ao SUS no território estadual. A especialidade de "Equipamentos de Audiologia", que observou a maior elevação, teve 12,99% de acréscimo. Já a especialidade de "Equipamentos por métodos óticos", que teve o maior acréscimo de equipamentos entre 2014 a 2016, observou a segunda maior elevação em 2017.

Novamente, deve-se ponderar o caráter apenas quantitativo do número acima, que considera como uma única unidade de equipamento tanto aqueles de maior porte/custo quanto aqueles de características mais simplificadas. A análise acima também não considerou a distribuição dos equipamentos pelas regiões do estado.

7.6.2.1 Parâmetros SUS

A Portaria MS/GM nº 1.631/2015[25] definiu no seu anexo parâmetros de cobertura assistencial do SUS, o chamado "Parâmetros SUS", a serem aplicados pelos estados relativamente a leitos, procedimentos médico-hospitalares e aos quantitativos de equipamentos de saúde a serem disponibilizados às populações.

Os equipamentos de saúde são tratados no Capítulo 1, Seção VII dos "Parâmetros SUS"[26]. Essa seção define critérios para determinar o número mínimo por estado de sete equipamentos: espirômetro, tomógrafo, pet scan, ultrassom convencional, ultrassom obstétrico, mamógrafo e ressonância magnética. Dentre esses, foi feita a análise de quatro equipamentos (tomógrafo, pet scan, ultrassom convencional e ressonância magnética). Os demais não foram analisados por falta de dados atualizados relativos ao equipamento (ultrassom obstétrico) ou à população por faixa etária (espirômetro e mamógrafo).

Quanto aos equipamentos selecionados, seguem os dados coletados junto ao CNES:

Parâmetros de necessidade dos equipamentos e quantidade alcançada em PE (Disponíveis ao SUS - 2017)

Equipamento	Qtde Esperada	Qtde Alcançada	Atendeu aos parâmetros?	Percentual da Meta Alcançado
Tomógrafo	95	77	Não	81,05%
PET Scan	6	3	Não	50,00%
Ultrassom convencional	470	300	Não	63,83%
Ressonância Magnética	57	51	Não	89,47%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201712) e BDE (http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3).
*Foram consideradas a população estimada de 9.473.266 habitantes em Pernambuco, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2017, fonte utilizada pelo BDE.
** Consulta realizada em 17/07/2018.

Os dados mostram que o estado não está atendendo aos parâmetros definidos para os quatro equipamentos analisados. A pior situação é a do pet scan, que o estado possui apenas 50% dos equipamentos necessários para atender à população. Dos três equipamentos existentes, todos estão concentrados em Recife. Além disso, há um déficit de 170 ultrassons

[25] Essa portaria foi revogada e incorporada à Portaria de Consolidação MS/GM 01/2017, Título IV, Capítulo II, mantendo o seu texto original.
[26] Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/06/ParametrosSUS.pdf (consulta realizada em 19/07/2018).

convencionais, o que faz com o que o estado alcance apenas 63% da meta definida para esse equipamento. Da mesma forma, os parâmetros também não estão sendo atendidos para tomógrafos (81% da quantidade esperada) e ressonância magnética (89%).

7.6.2.2 Grau de Concentração de Equipamentos de Saúde

Conforme mencionado na seção de leitos hospitalares, dentre os objetivos pretendidos com a visualização dos dados do CNES estava não apenas a obtenção de dados absolutos dentro do estado de Pernambuco, mas também a sua distribuição por regiões. Igualmente à análise de leitos, para a análise de equipamentos de saúde, o estado foi dividido em duas áreas: I Gerência de Saúde (GERES I) e demais gerências de saúde (Demais Regiões).

No exercício de 2017, foram escolhidos 14 equipamentos como amostra[27]. Os dados obtidos no CNES oferecem as seguintes relações habitantes/equipamento para cada um deles, dentro da GERES I e demais regiões:

Quantidade de habitantes por equipamento disponível ao SUS – Pernambuco (2017)

Especialidade	Disponibilidades	GERES I	Demais Regiões	Variação 2016/2017 (GERES I)	Variação 2016/2017 (Demais Regiões)
Eletroencefalógrafo	Qtde equipamentos	31	28	14,81%	12,00%
	(habitantes/equipamento)	**135.439**	**188.381**		
Endoscópio Digestivo	Qtde equipamentos	163	125	1,88%	7,76%
	(habitantes/equipamento)	**25.758**	**42.197**		
Mamógrafo Comando Simples	Qtde equipamentos	35	43	-5,41%	4,88%
	(habitantes/equipamento)	**119.960**	**122.667**		
RaioX c/ Densitometria Óssea	Qtde equipamentos	20	27	25,00%	12,50%
	(habitantes/equipamento)	**209.930**	**195.358**		
Ressonância Magnética	Qtde equipamentos	31	20	34,78%	17,65%
	(habitantes/equipamento)	**135.439**	**263.733**		
Tomógrafo Computadorizado	Qtde equipamentos	48	29	17,07%	11,54%
	(habitantes/equipamento)	**87.471**	**181.885**		
Ultrassom Convencional	Qtde equipamentos	104	196	8,33%	-1,01%
	(habitantes/equipamento)	**40.371**	**26.912**		
Ultrassom Colorido Dopller	Qtde equipamentos	116	84	5,45%	6,33%
	(habitantes/equipamento)	**36.195**	**62.794**		
Mamógrafo Computadorizado	Qtde equipamentos	14	15	7,69%	15,38%
	(habitantes/equipamento)	**299.900**	**351.644**		
Eletrocardiógrafo	Qtde equipamentos	495	380	0,20%	4,68%

[27] Nos exercícios de 2012 e 2013, a amostra definida para o mesmo estudo abrangeu 10 equipamentos. Em 2014, foram suprimidos os equipamentos de audiômetro 1 canal e audiômetro 2 canais. Por outro lado, foram acrescentados os equipamentos mamógrafo computadorizado, eletrocardiógrafo, oftalmoscópio e raio X para hemodinâmica. Em 2016 acrescentou-se equipamentos para diálise e em 2017, pet scan.

Especialidade	Disponibilidades	GERES I	Demais Regiões	Variação 2016/2017 (GERES I)	Variação 2016/2017 (Demais Regiões)
	(habitantes/equipamento)	**8.482**	**13.881**		
Oftalmoscópio	Qtde equipamentos	71	46	2,90%	24,32%
	(habitantes/equipamento)	**59.135**	**114.667**		
Raio X para hemodinâmica	Qtde equipamentos	17	4	0,00%	0,00%
	(habitantes/equipamento)	**246.976**	**1.318.667**		
Equipamentos para diálise	Qtde equipamentos	680	388	2,72%	9,92%
	(habitantes/equipamento)	**6.174**	**13.595**		
PET Scan	Qtde equipamentos	3	0	50,00%	0,00%
	(habitantes/equipamento)	**1.399.533**	**-**		

Fontes:
CNES (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201712) e BDE (http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3).
*Foram consideradas as populações estimadas de 4.198.599 habitantes para a I GERES e 5.274.667 para as demais regiões, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2017, fonte utilizada pelo BDE.
** Consulta realizada em 17/07/2018.

Nota-se que existem algumas diferenças entre as relações habitantes/equipamento verificadas na GERES I e demais regiões. Tais diferenças, todavia, se afiguram em menores proporções que a ilustrada na tabela de leitos hospitalares. Há que se considerar sempre que a necessidade de instalação de equipamentos hospitalares próximos ao usuário é ainda mais evidente do que em relação a leitos hospitalares, porque equipamentos servem, em regra, para realização de exames e procedimentos de curta duração, o que, também em regra, dispensam a pernoite de paciente/acompanhante fora do seu domicílio.

A recomendação, então, é que a quantidade de equipamentos seja maior no interior do que da capital. Noutros termos: se 55,7% da população do estado reside no interior, recomendável utilizar tal percentual como "base" de distribuição de equipamentos. No entanto, dos catorze equipamentos selecionados na amostra, apenas 43,1% encontram-se em demais regiões. Idêntico raciocínio pode ser entendido como um dos instrumentos de estímulo à fixação do profissional de saúde no interior, notadamente, em municípios de maior porte.

Nos quantitativos verificados no estado de Pernambuco, a premissa de que a relação deveria ser mais confortável para habitantes do interior do que para os habitantes da Região Metropolitana da Capital, é verificada em relação a apenas dois dos catorze equipamentos: raio X com densitometria óssea e ultrassom convencional. Para os demais, a relação continua sendo mais favorável à GERES I. A título comparativo, viu-se, ao final de 2012 e 2013, em estudo efetuado com base em dados do CNES[28], que os estados de Ceará e Goiás também apresentavam relações médias mais favoráveis às respectivas regiões metropolitanas das capitais do que em relação às demais áreas do estado. Noutro sentido, o

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

estado do Paraná apresentou números mais favoráveis aos habitantes de Interior (vistos no conjunto, como uma única área geográfica) do que os da Região Metropolitana de Curitiba.

Relativamente ao estado de Pernambuco, o comparativo de dados, considerando dezembro de 2016 e 2017, demonstrou que a situação permanece a mesma em termos de proporção por equipamento, havendo algumas variações nos quantitativos desses equipamentos da amostra e na proporção habitante/equipamento, tanto aqueles instalados na GERES I quanto nas demais regiões. Para dois equipamentos, houve uma diminuição da oferta na GERES I ou nas demais regiões. É o que se vê no caso do ultrassom convencional, que apresentou uma queda de 1,01% nas demais regiões e um aumento de 8,33% na GERES I. Porém, apesar de o valor ter diminuído no interior e aumentado na capital, esse equipamento possui uma concentração 1,5 vezes maior de equipamentos por habitantes no interior em relação à capital em 2017. Soma-se a isso o mamógrafo comando simples, que apresentou uma diminuição de 5,41% na GERES I e um aumento de 4,88% nas demais regiões. Essas alterações levaram a um processo de interiorização, diminuindo a diferença entre capital e interior. Em função disso, esse equipamento possui uma concentração 1,02 vezes maior de equipamentos por habitantes na capital em relação ao interior, o que demonstra um grande equilíbrio de valores.

O equipamento que possui uma maior concentração na GERES I é raio X para hemodinâmica, possuindo uma concentração mais de cinco vezes maior de equipamentos por habitantes nos arredores da capital do que no interior. Esse equipamento manteve os quantitativos totais de 2016, sendo o único que não teve mudanças entre dezembro de 2016 e de 2017.

De outra parte, equipamentos para diálise e tomógrafo computadorizado apresentaram uma concentração mais de duas vezes maior na GERES I do que no interior. Os equipamentos que apresentaram uma distribuição equilibrada, com uma concentração na capital menor do que 1,2 vezes, foram mamógrafo comando simples e mamógrafo computadorizado. Ademais, dois equipamentos obtiveram uma concentração de equipamentos por habitantes maior no interior do que na capital: raio X com densitometria óssea e ultrassom convencional.

Os principais acréscimos ocorridos no número dos equipamentos no interior foram no quantitativo dos equipamentos de ressonância magnética, mamógrafo computadorizado e oftalmoscópio. Já para a GERES I verificou-se um maior acréscimo em quatro equipamentos: eletroencefalógrafo, raio X com densitometria óssea, ressonância magnética e tomógrafo computadorizado.

Visando reduzir a necessidade de deslocamentos humanos para fins de realização de exames e procedimentos de curta duração, é recomendável que a instalação de novos equipamentos hospitalares no estado ocorra de modo a que o percentual de população instalado no Interior (55,7%) seja reconhecido também como o percentual-base de equipamentos hospitalares do estado dentre aqueles disponíveis à rede SUS, devendo-se aplicar tal raciocínio ao maior número possível de equipamentos demandados pela população. Ademais, recomenda-se que o estado direcione esforços para cumprir os valores de referência dos “Parâmetros SUS” em relação à quantidade de equipamentos, com destaque para pet scan e ultrassom.