



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 que são instrumentos básicos de planejamento do SUS, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), e as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O §1º do artigo supracitado preceitua que os instrumentos de planejamento interligam-se sequencialmente, devendo compor um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Cabe ressaltar a importância do Plano de Saúde (PS) como condição imprescindível para o repasse de recursos (§ 2º, art. 36 da Lei 8.080/90)¹, 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, referente ao percentual mínimo de recurso público a ser aplicado por estados (12%) e municípios (15%), a Lei Federal nº 141/2012 regulamenta os valores a serem aplicados anualmente pelos entes federados, assim como estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Ela 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.

¹ § 2º, art. 36, Lei 8.080/90 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.



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 2016-2019², aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – Resolução CES nº 664 de 15 de junho de 2016. 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 8ª Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni e do Conselho Estadual de Saúde.

A programação Anual de Saúde – PAS para o exercício de 2018 está disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES-PE³. 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 2018, servindo de referência para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Já o Relatório Anual de Gestão – RAG⁴ para o exercício de 2018 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 2018 recebido por este Tribunal, o item 7, 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 893 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:

² Disponível em: portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf (consulta realizada em 12/03/2019).

³ Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/programacao-anual-de-saude-pas-2018> (consulta realizada em 12/03/2019).

⁴ Item 31, do processo de prestação de contas nº 25.347-2018 da Secretaria de Saúde de Pernambuco, até o dia 20/06/2019 (data da consulta) não havia sido publicado no <http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>.

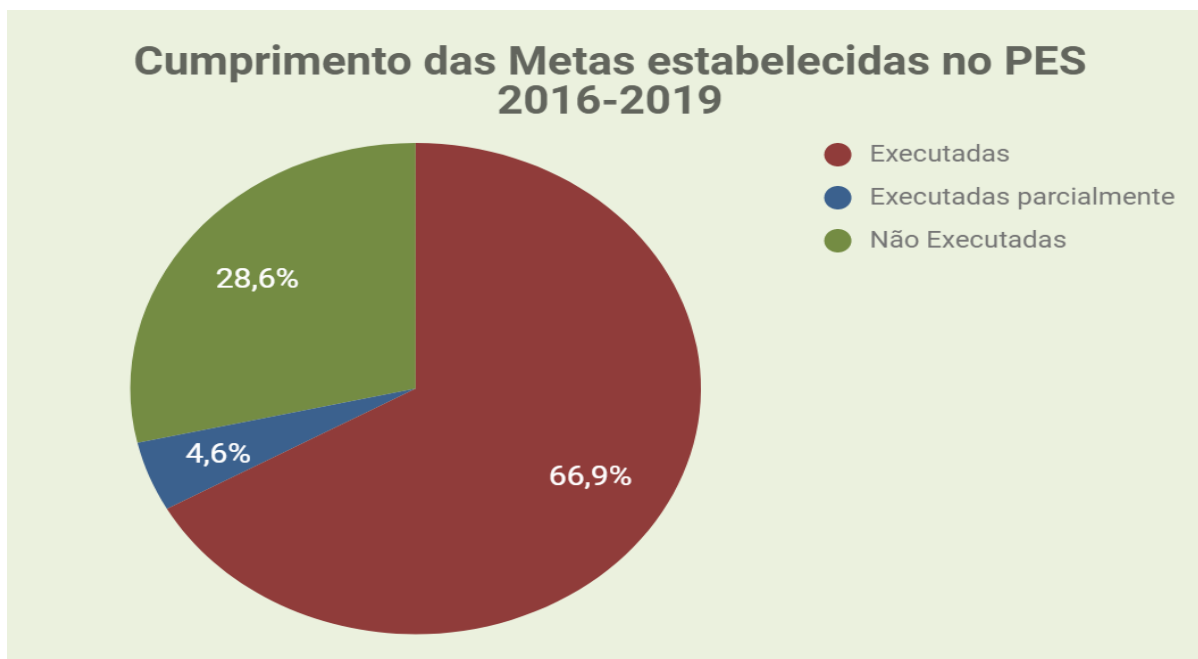


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - GERÊNCIA DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
1. Fortalecimento da Atenção Primária	160	7	46	213
2. Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado as ações de Média e Alta Complexidade	180	11	59	250
3. Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica	16	1	11	28
4. Desenvolvimento das Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde	81	12	28	121
5. Qualificação e inovação dos processos de Governança e Gestão Estratégica e Participativa na Saúde	155	9	101	265
6. Ampliação dos Investimentos em Saúde	5	1	10	16
Total	597	41	255	893

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2018, no item sobre análises e considerações sobre a Programação Anual de Saúde - PAS, p. 230-238, recebido por este Tribunal na prestação de contas nº 25.347-2018 da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

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



Fonte: Relatório Anual de Gestão 2018, no item sobre análises e considerações sobre a Programação Anual de Saúde - PAS, p. 238, recebido por este Tribunal na prestação de contas nº 25.347-2018 da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

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 (41) ou não executadas (255) tiveram suas justificativa e/ou observações discriminadas no item 7 do Relatório Anual de Gestão (RAG - 2018).

Após uma análise, com base nos dados e classificações fornecidas pelo estado, verificamos que a diretriz 6 (Ampliação dos Investimentos em Saúde) tem um percentual de metas não executadas superior as metas executadas. Percebe-se também uma relevância em três diretrizes: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica (213), Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado as ações de Média e Alta Complexidade (250), Qualificação e inovação dos processos de Governança e Gestão Estratégica e Participativa na Saúde (265), totalizando 728 metas previstas, mais de 80 por cento do total das metas previstas.

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 destes 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 2017, foi apresentado 13 indicadores listados no PES 2016-2019 e outros 9 indicadores que não estão no PES, totalizando 22 indicadores. Já o RAG 2018, apresenta 21 indicadores, os treze listados no PES 2016-2019 e oito que não estão no Plano. As informações sobre os indicadores estão no item 8 do RAG 2018, que apresenta a relação dos Indicadores da Pactuação Interfederativa.

Nesse contexto, o quadro a seguir apresenta os 21 indicadores do RAG 2018 acima citados, a saber:



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

Indicador	PES 2016-2019	Meta 2018	Resultado 2018	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	356	357,4	/100.000	Não
2 – Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Sim	90	89,5	%	Não
3 – Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Sim	95	96,4	%	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	50	%	Não
5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	Não	75	79,7	%	Sim
6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Sim	81	78,4	%	Não
8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Sim	1871	1764	Número absoluto	Não
9 – Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Sim	8	7	Número absoluto	Sim
10 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Sim	70	99,7	%	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	0,42	0,39	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	0,32	Razão	Não
13 – Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	Sim	53,6	49,26	%	Não
14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Não	20	18	%	Sim
15 – Taxa de mortalidade infantil	Sim	16	12,4	/1.000	Sim
16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Não	101	60	Número absoluto	Sim
17 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	Não	81	80,54	%	Não
18 – Cobertura de acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família	Sim	76	71,12	%	Não
19 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Não	64,5	64,49	%	Não



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

Indicador	PES 2016-2019	Meta 2018	Resultado 2018	Unidade	Meta Alcançada
20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios	Sim	50	54,6	%	Sim
21 – Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica	Não	62	81,9	%	Sim
23* – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Não	95	98,8	%	Sim

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2018, no item 8, Indicadores de Pactuação Interfederativa, p. 242-244, recebido por este Tribunal na prestação de contas nº 25.347-2018 da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

* Nota-se que a tabela relaciona até o número 23, porém percebe-se que são 21 indicadores porque ela omite os números 7 e 22.

Analisando os 21 indicadores constantes do RAG 2018, pode-se perceber que dez deles (47,6%) tiveram as metas a eles estabelecidas para 2018 alcançadas e onze (52,3%) não tiveram as metas alcançadas. Observa-se que não houve melhora na performance do estado no atingimento das metas em relação a 2017, mantendo-se 2018 no mesmo patamar de atingimento de metas verificado em 2017, uma vez que dos 22 indicadores constantes do RAG 2017 dez deles (45,5%) tiveram as metas a eles estabelecidas para 2017 alcançadas, onze (50%) não tiveram as metas alcançadas e um (4,5%) não pode ser avaliado, pois não apresentou valores.

Dentre os 8 indicadores que não constam no PES 2016-2019, cinco indicadores (4, 5, 14, 16 e 17) foram extraídos da Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, produzida pela Comissão Intergestores Tripartite⁵ - CTI - e os outros três (19, 21 e 23) não foram encontrados no PES 2016-2019, nem na Resolução nº 2, de 16 de agosto de 2016, da CTI, tampouco na Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, também da CTI. Recomenda-se uma padronização de indicadores apontados nos Relatórios Anuais de Gestão para que se possa traçar comparativos anuais e medir a evolução dos resultados.

Cinco desses indicadores (5, 14, 16, 21 e 23), que não constam no PES 2016-2019, tiveram suas metas atingidas e os três outros (4, 17 e 19) não tiveram as metas atingidas, porém, o indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” (17) e o de “Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica” (19) tiveram 99% das suas metas atingidas, já o outro indicador, “Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação” (4), obteve 66% da sua meta alcançada.

Esse indicador 4 (Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação com cobertura vacinal preconizada), chama atenção, pois novamente obteve o pior desempenho entre todos os indicadores, apesar de ter avançado de 2017

⁵ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS).



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

para 2018, atingindo 66% da meta, frente aos 33% da meta atingida em 2017. Das quatro vacinas selecionadas neste indicador, a tríplice viral obteve uma cobertura de 101,84%, atingido novamente o melhor resultado. As demais (poliomielite, pentavalente e pneumocócica) apresentaram cobertura respectivamente de 90,63%, 90,55% e 97%, portanto das quatro apenas duas estão acima da meta esperada que é de 95% de cobertura. Em julho de 2018, o Ministério da Saúde lançou um alerta⁶ 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 mundo⁷, 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 da vacina pentavalente.

Dentre os indicadores que tiveram metas mais baixas em 2018, o indicador 8 (número de casos novos de sífilis congênita) teve uma piora em 2018 em relação à meta e uma melhora em relação ao resultado de 2017. Fazendo uma trajetória de 2016 a 2018 percebe-se que a meta foi piorando, pois em 2016 a meta foi de 1.214 casos em 2016, mas ocorreram 1.349 novos casos; em 2017 a meta foi de 1.349 casos, mas ocorreram 1.811 novos casos; em 2018 a meta foi de 1.871 casos e o resultado foi de 1.764 novos casos, finalmente atingido a meta. Porém, constata-se que apesar de atingir a meta em 2018, a ocorrência de novos casos ficou maior que em 2016.

Segundo o RAG 2018, a incidência de sífilis congênita em menores de um ano constitui importante marcador de assistência à saúde. O monitoramento e avaliação periódica desse indicador tornam-se importante ferramenta para a construção do diagnóstico situacional da assistência à saúde no pré-natal/parto/puerpério. Nesta faixa etária (em menores de um ano), o número de casos aumentou em 38,68% de 2014 para 2018 e vem apresentando uma tendência de aumento. 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 em 2018, para o indicador 1 (Taxa de Mortalidade Prematura), houve uma piora na meta quando comparada com a de 2017 (passando de 339,76 para 356), bem como uma piora do resultado de 2018 quando comparado com o de 2017 (de 343,45 para 357,4), não atingindo a meta mesmo tendo reduzido-a. Vale lembrar que este indicador contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e em seus fatores de risco. Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das

⁶ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43797-ministerio-da-saude-alerta-para-baixas-coberturas-vacinais-para-polio> (consulta realizada em 25/06/2019).

⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/casos-de-sarampo-e-poliomielite-aumentaram-em-todo-o-mundo-diz-relatorio-da-oms.ghtml> (consulta realizada em 25/06/2019).



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

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022⁸, elaborado pelo Ministério da Saúde, no país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Ele, ainda, propõe várias metas anuais, dentre as quais se encontra a de reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano. Recomenda-se o cumprimento desta meta estipulada para o âmbito nacional, de acordo com o citado Plano de enfrentamento de DCNT.

Comparando os resultados obtidos em 2017 e 2018, observa-se que sete indicadores (1, 11, 12, 13, 15, 17 e 18) apresentaram uma piora no resultado em 2018. O indicador 11 (Razão de exames citopatológicos do colo do útero) teve uma meta de 0,44 e um resultado de 0,40 em 2017. Já em 2018, a meta diminuiu para 0,42, e o resultado piorou, alcançando 0,39. Com uma análise no tempo, percebe-se uma tendência de queda dos resultados alcançados: 2016 resultado 0,42, 2017 resultado 0,40 e 2018 resultado 0,39. 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 2018, nas suas páginas 261-262, para melhorar o resultado desse indicador em 2019. Dentre as possíveis melhorias, 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.

Já o indicador 13 (Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar) não atingiu a meta em 2017, alcançando um resultado de 50,6 frente a uma meta de 50,79. Em 2018, alcançou 49,26 como resultado, apesar de ter sua meta majorada para 53,6. Aumentou a meta e piorou o resultado no ano de 2018. A importância deste indicador é relevante, pois ele contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde e destaca a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vale lembrar que a Organização Mundial de Saúde considera que a taxa ideal de parto normal é de 90 a 85 por cento dos partos efetuados, número muito superior ao apresentado pelo Estado de Pernambuco em 2018 (49,26). Logo, faz-se necessário aumentar as ações de incentivo ao parto normal, tanto na rede SUS quanto na saúde suplementar.

Quanto ao indicador 15 (taxa de mortalidade infantil), apesar de, a princípio, ter atingido a meta de 2018 que foi de 16 óbitos por 1.000 nascidos vivos, o resultado piorou em relação a 2017, passando de 12,1 para 12,4 podendo ainda ser alterado, pois quando da confecção do RAG 2018, os dados sobre mortalidade e nascidos vivos ainda estavam sujeitos à entrada de dados. Portanto, não se pode afirmar que o estado cumpriu

⁸ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf (consulta realizada em 26/06/2019).



essa meta. Recomenda-se que o RAG 2019 seja republicado com os resultados dos indicadores atualizados quando os dados finais de todos os indicadores estiverem disponíveis.

Prosseguindo com a análise, o indicador 17 (cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica) teve sua meta elevada de 79 em 2017 para 81 em 2018 e teve uma redução no resultado alcançado, passando de 80,99 em 2017 para 80,54 em 2018. Com isso, o que em 2017 tinha conseguido cumprir a meta, o mesmo não aconteceu em 2018, situação agravada porque além de não alcançar a meta, pois ela ficou mais elevada em 2018, não conseguiu repetir e nem superar o resultado de 2017. Cabe ressaltar que segundo informação prestada no RAG 2018, página 277, para a construção deste indicador, utiliza-se o número de equipes de Saúde da Família (eSF) e o número de Equipes de Atenção Básica Tradicional. Considerando que o número de eSF poderá sofrer flutuações durante alguns meses no ano, este processo poderá acarretar a variação no resultado deste indicador.

Com relação ao indicador 18 (Cobertura de acompanhamento das condicionantes de saúde do Programa Bolsa Família) vimos uma queda de quase 10% no resultado alcançado de 2017 (78,05) para 2018(71,12). Esse indicador mostra o monitoramento das famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social, portanto ressalta mais uma ação em prol dos assistidos pelo programa Bolsa Família. O RAG 2018, na folha nº 278, chama atenção para a mudança de sistema de acompanhamento do PBF, passando a ser indivíduos e não famílias a serem acompanhadas, o que duplicou e até triplicou a quantidade de acompanhamentos, o que possivelmente pode ter afetado o resultado.

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 é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Dessa forma, recomenda-se que o estado padronize e avalie todos os indicadores previstos no PES 2016-2019, anualmente, no respectivo Relatório Anual de Gestão, bem como que qualquer redução de meta seja acompanhada de justificativa, comprovando a real necessidade da alteração negativa.

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



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

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 sequela 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. Já no exercício de 2017 houve queda em relação ao exercício de 2016.

Entretanto, no exercício de 2018 houve queda significativa em relação a 2017 e em relação a toda a série histórica descrita, como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

Quadro de Evolução do número de óbitos de MIF em Pernambuco (2011 a 2018)

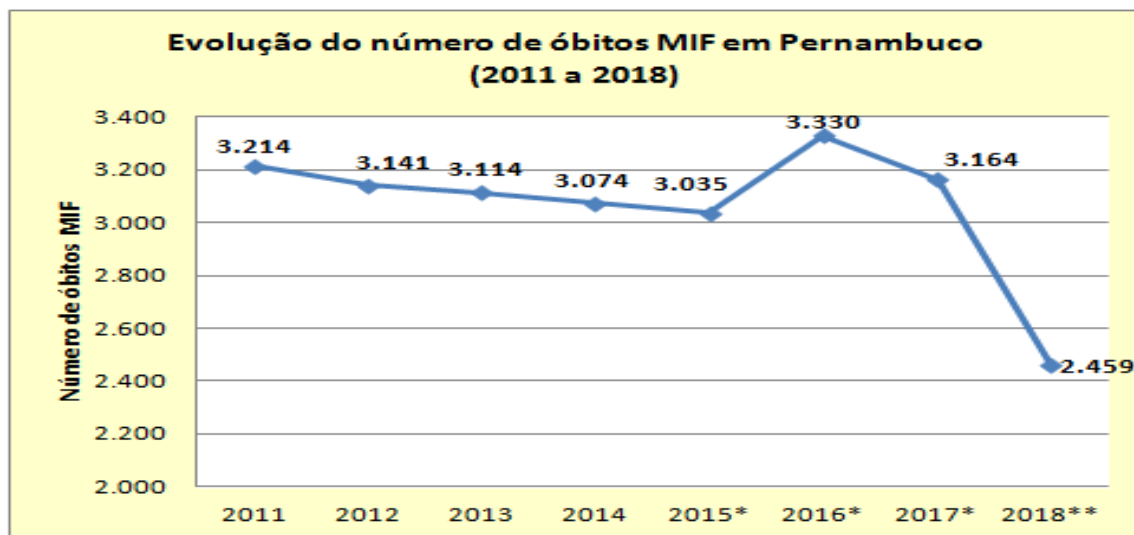
Exercício	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*	2018**
Número de Óbitos	3.214	3.141	3.114	3.074	3.035	3.330	3.164	2.459

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS

* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados nos exercícios de 2016 a 2018.

** 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 nos exercícios de 2016 a 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

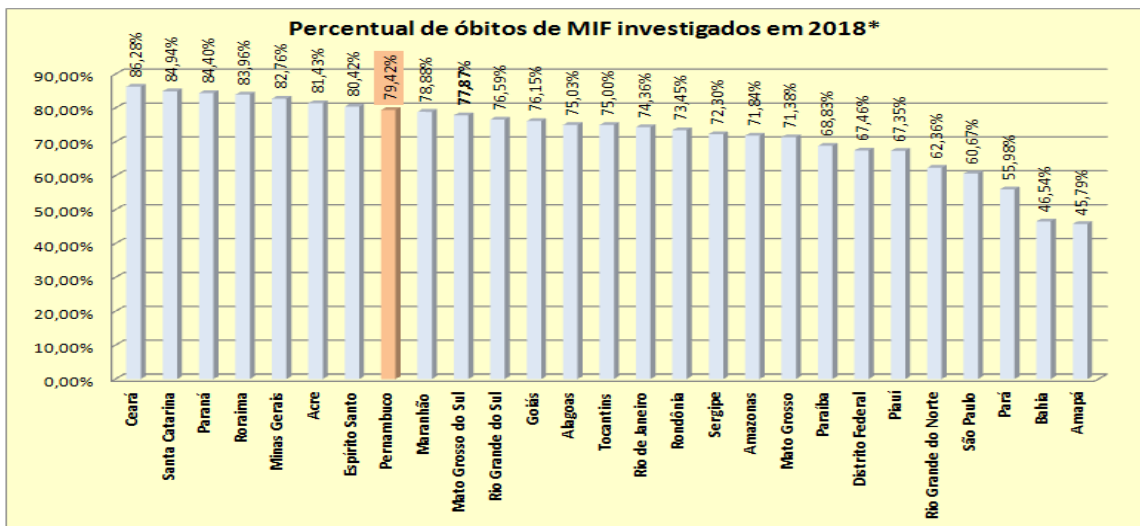
No atual PES não foram definidas metas de ampliação percentual explícita da investigação dos casos de óbito de MIF, mas atingiu-se em 2017 o patamar de 94,72% (valor ajustado) dos casos de óbito de MIF devidamente investigados, com



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

vistas à sua inevitabilidade. Entretanto, em 2018 houve queda significativa (essa queda, segundo os dados levantados ocorreu em todas as UF's e DF), alcançando o percentual de 79,42% segundo o DATASUS.

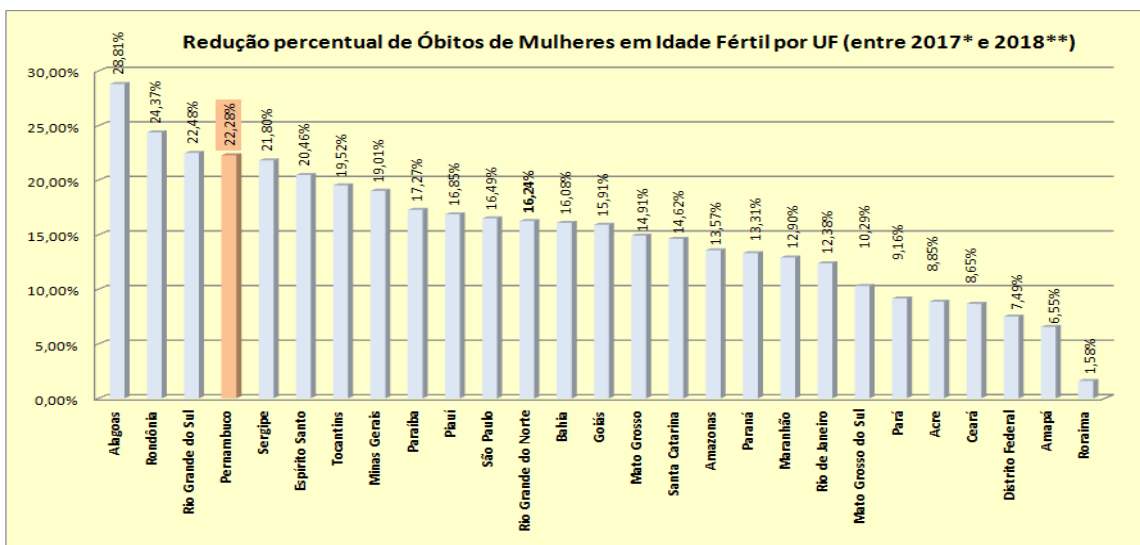
Apesar disso, em 2018, Pernambuco melhorou duas posições em relação a 2017, atingindo o 8º melhor desempenho dentre as Unidades Federativas – UFs brasileiras, conforme o gráfico a seguir.



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 2017 e 2018:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS

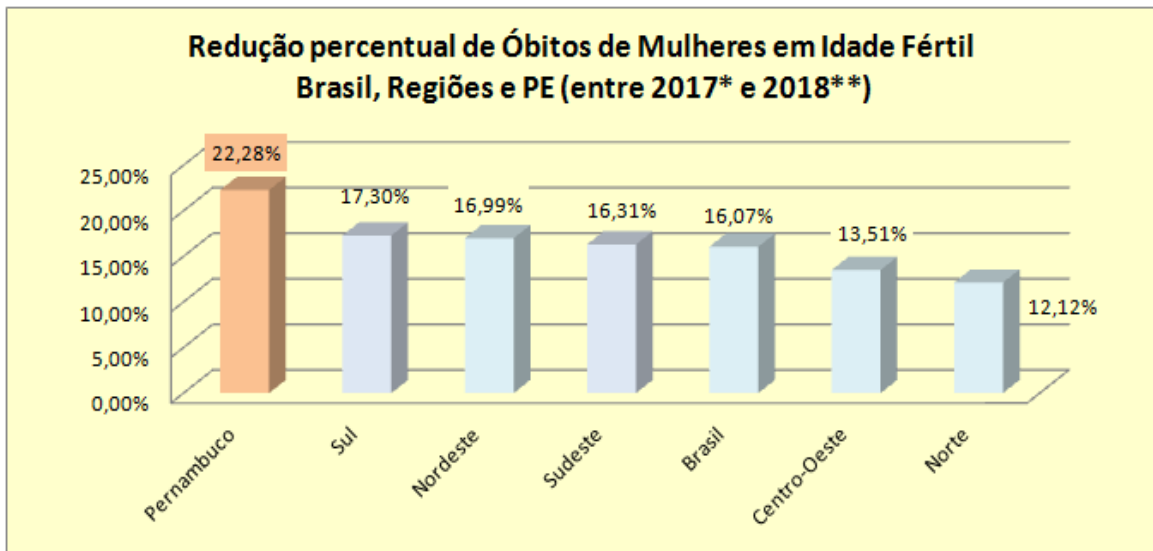
* Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados no exercício de 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



Como se pode observar, Pernambuco conseguiu reduzir em 22,28% o número de óbitos de MIF de 2017 para 2018, ficando na 4ª melhor posição dentre as UFs e Distrito Federal. Tal resultado se apresenta como positivo (em 2017 ficou com a 12ª melhor posição dentre UFs e DF).

No gráfico a seguir é apresentada a comparação do número de óbitos de MIF ocorridos em 2017 e em 2018, 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 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Considerando os exercícios de 2017 e 2018, o Estado de Pernambuco apresentou redução de óbitos de MIF superior à apresentada pelo Brasil, bem como à apresentada em todas as Regiões.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as ações e metas definidas no PES (2016-2019), apresentaram redução significativa com relação à mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, no exercício de 2018.

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



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

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).

Observou-se que, em 2017 (84), ocorreu aumento significativo no número de óbitos maternos, em relação a 2016 (71), mas houve redução em 2018 (65) ao menor nível observado na série histórica analisada e dentro das metas definidas no 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 2018)

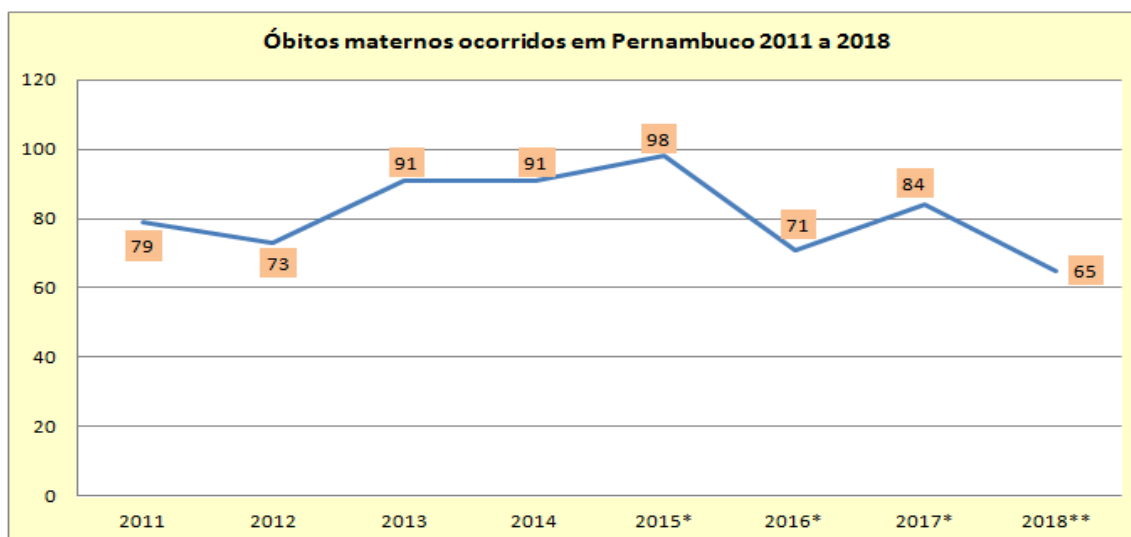
Exercício	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	2017*	2018**
Número de Óbitos	79	73	91	91	98	71	84	65
Meta de Óbitos (PES)	-	75	71	67	64	Não definida	Não definida	Não definida

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados de 2016 a 2018.

** 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 de 2016 a 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores

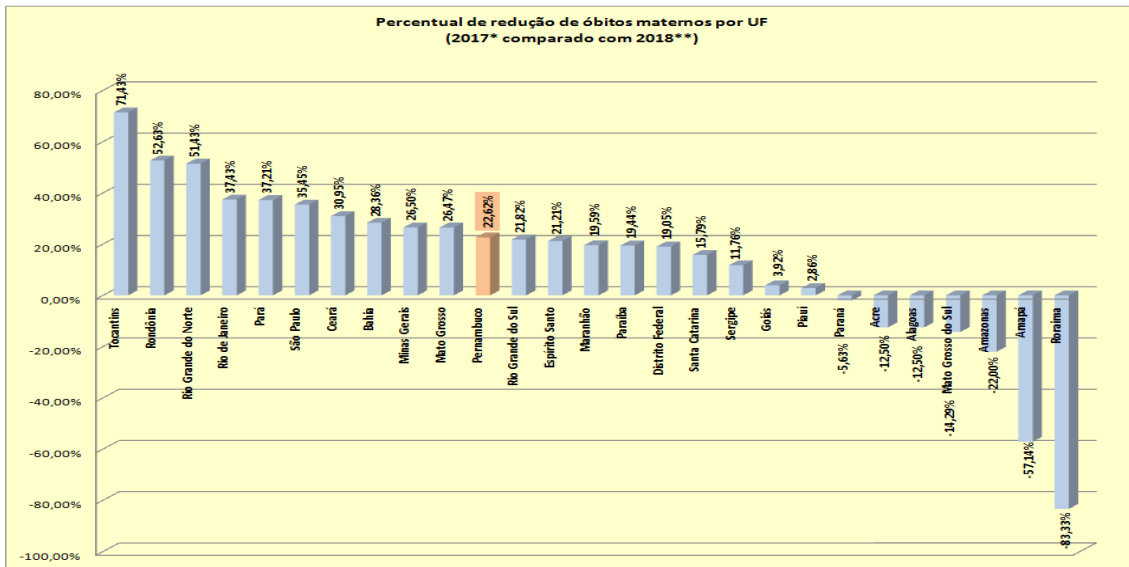
Observa-se que o estado terminou 2018 (65 casos) com número de óbitos maternos 17,72% inferior ao aferido em 2011 (79 casos), o qual serviu de base para as metas definidas no PES 2012-2015. Já no contexto do PES 2016-2019, quando se compara o número de óbitos em 2018 (65 casos) com o número de óbitos de 2015 (98



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

casos), observa-se que houve uma queda significativa de 33,67%. Além disso, o número de óbitos em 2018 (65 casos) reduziu 22,61% em relação a 2017 (84 casos).

Considerando o desempenho de um exercício (2017) para outro (2018), comparativamente aos demais estados da federação e DF, Pernambuco figura na décima primeira posição, melhorando 10 (dez) posições em relação a 2017, conforme descrito a seguir:

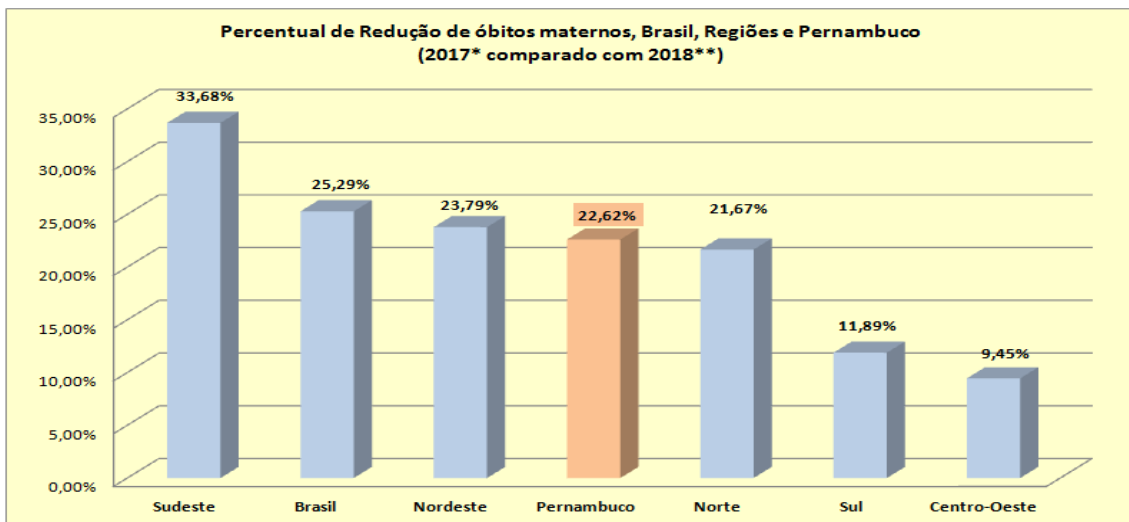


Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

O desempenho de Pernambuco ao comparar o resultado de 2018 com 2017, 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 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



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

Os dados demonstram que Pernambuco apresentou melhoria em seu desempenho, que foi, em 2018, superior ao das Regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. 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 frequência 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 queda significativa em 2018.

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 2008 a 2018 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
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*	135.932	84	61,80
2018**	120.018	65	54,16

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

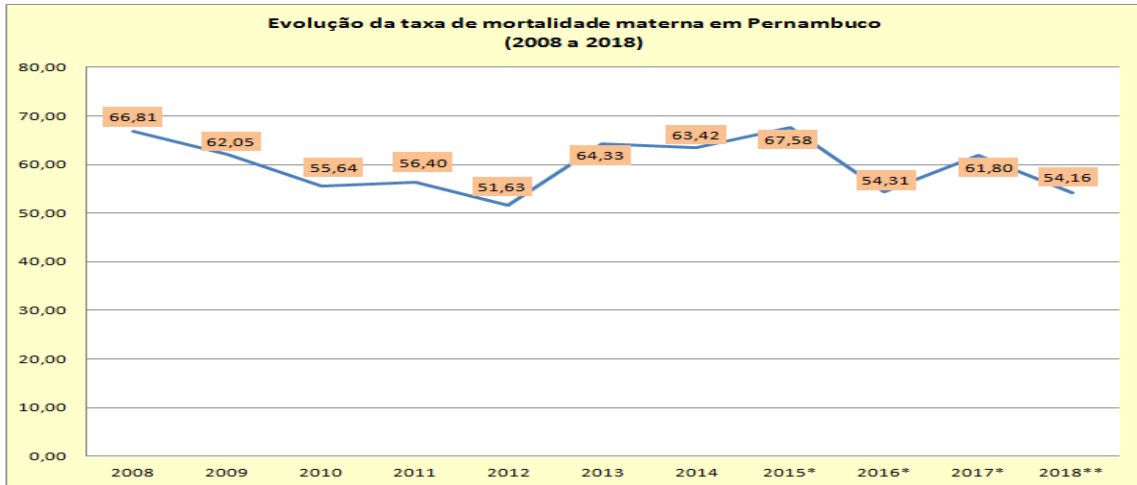
*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados de 2016 a 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



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

Graficamente, o comportamento acima pode ser assim representado:



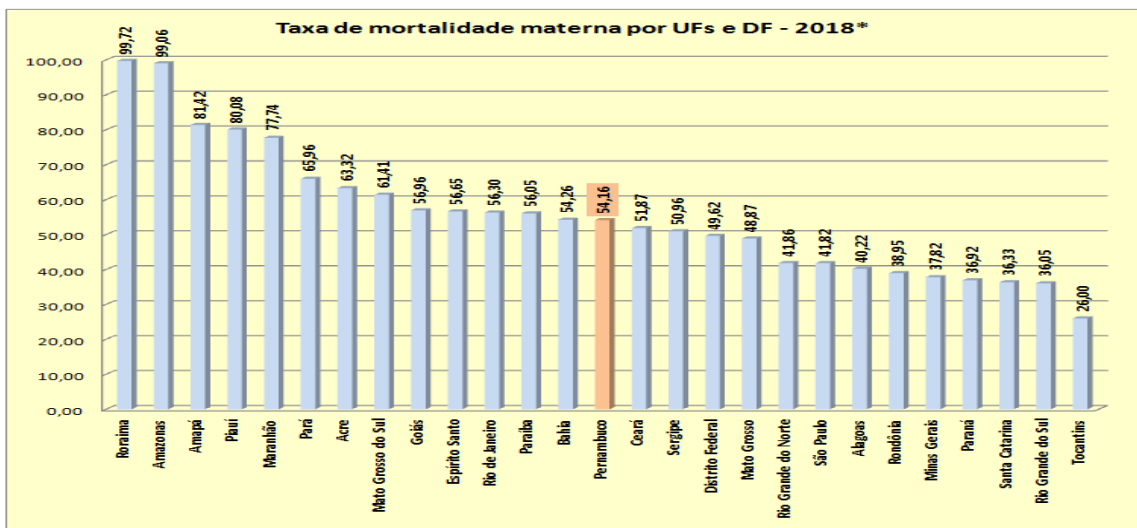
Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados de 2016 a 2018.

** 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, crescendo em 2017 e caindo novamente em 2018.

Quando se compara a taxa de mortalidade materna de Pernambuco com as demais UFs e DF em 2018, observa-se que permaneceu na 14ª posição (assim como em 2017), conforme o gráfico a seguir.



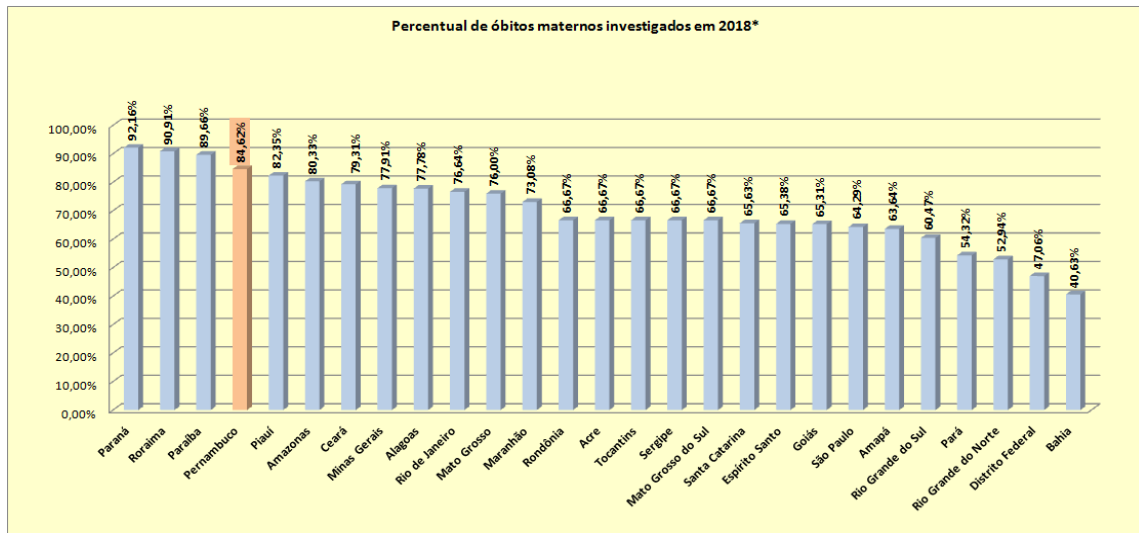
Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



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

Aliado a esse resultado, observou-se que o percentual de casos de mortalidade materna investigados em 2018 ficou em 84,62%, reduzindo o percentual em relação a 2017, quando obteve 98,81%, mas que representou a quarta posição no ranking nacional, quando em 2017 havia figurado na décima primeira posição, 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 redução expressiva, com relação ao número de óbitos maternos e à taxa de mortalidade materna em Pernambuco, quando se compara o exercício de 2017 com o de 2018. Por outro lado, houve redução do percentual de casos de mortalidade materna investigados, mas apesar dessa redução, a posição de Pernambuco no cenário nacional melhorou significativamente.

Embora não se possa negar que os exercícios de 2016, 2017 e 2018 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.

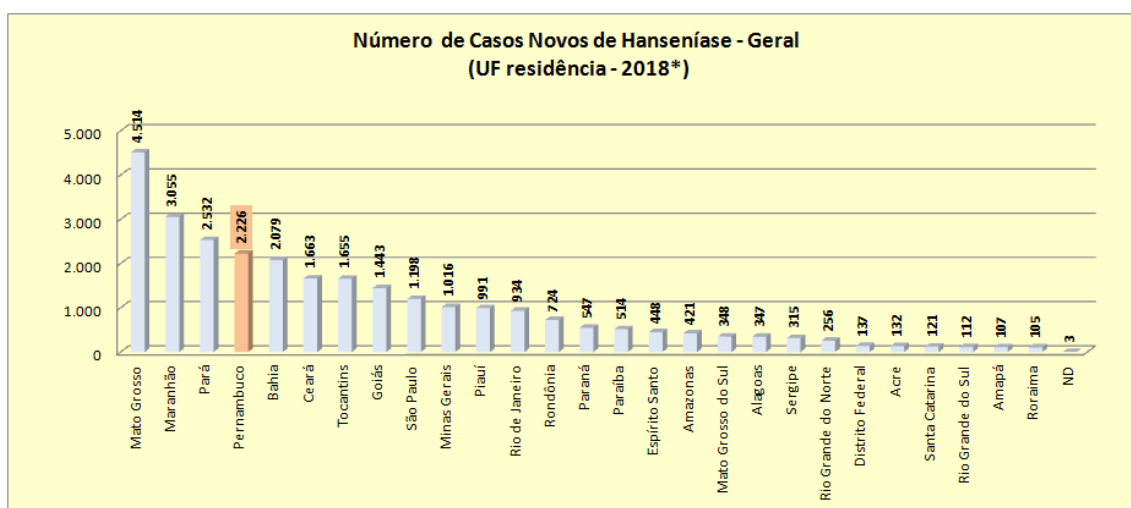


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - GERÊNCIA DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

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 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 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.

No exercício de 2018 o número de casos novos de hanseníase (todas as idades) em Pernambuco (2.226) representou 7,9% do total de casos novos ocorridos no Brasil (27.943). Esse número de casos novos obtido por Pernambuco representou a 4ª maior quantidade (repetindo o desempenho de 2017) de casos novos dentre as UFs e Distrito Federal, conforme descrito no gráfico que segue:



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde

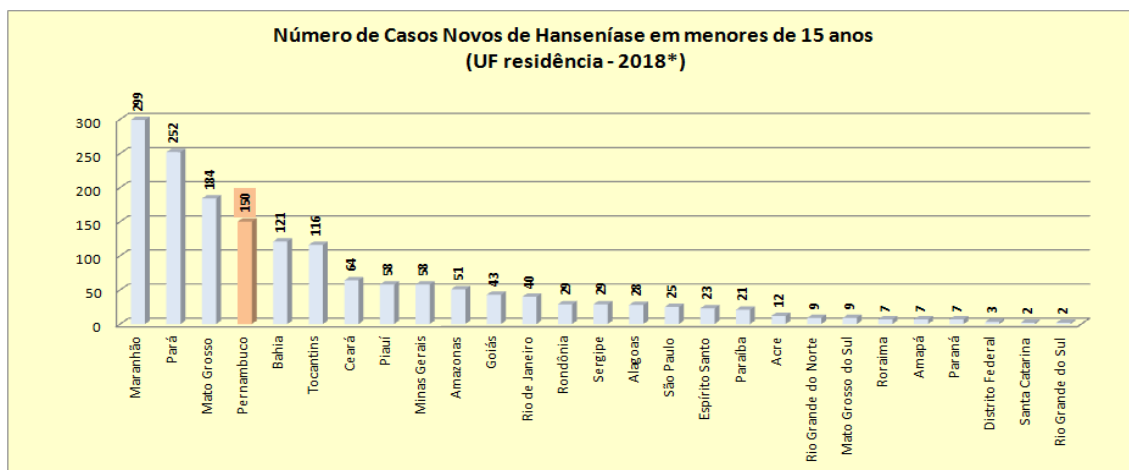
Observação: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?hanseniase/hantfbr18.def>

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Por outro lado, o número de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, ocorridos em Pernambuco, no exercício de 2018, foi o 4º maior (150) do país (em 2017 era o 3º maior), representando 9,1% do total de casos ocorridos no Brasil (1.649), como se pode verificar no gráfico a seguir:



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



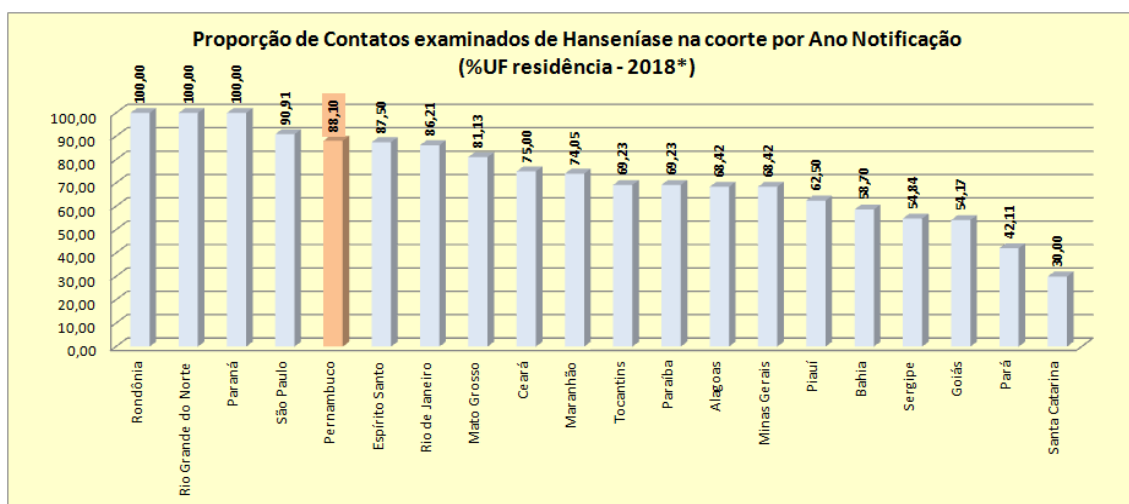
Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

Observação: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?hanseniasi/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.

Dessa forma, obteve-se a proporção de contatos examinados no Portal da Saúde, para o exercício de 2018, e Pernambuco obteve a marca de 88,10%, ficando na 5ª melhor posição dentre os estados brasileiros que tiveram seus dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como se pode observar no gráfico a seguir.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

Observação: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniasi/hantfbr18.def>

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

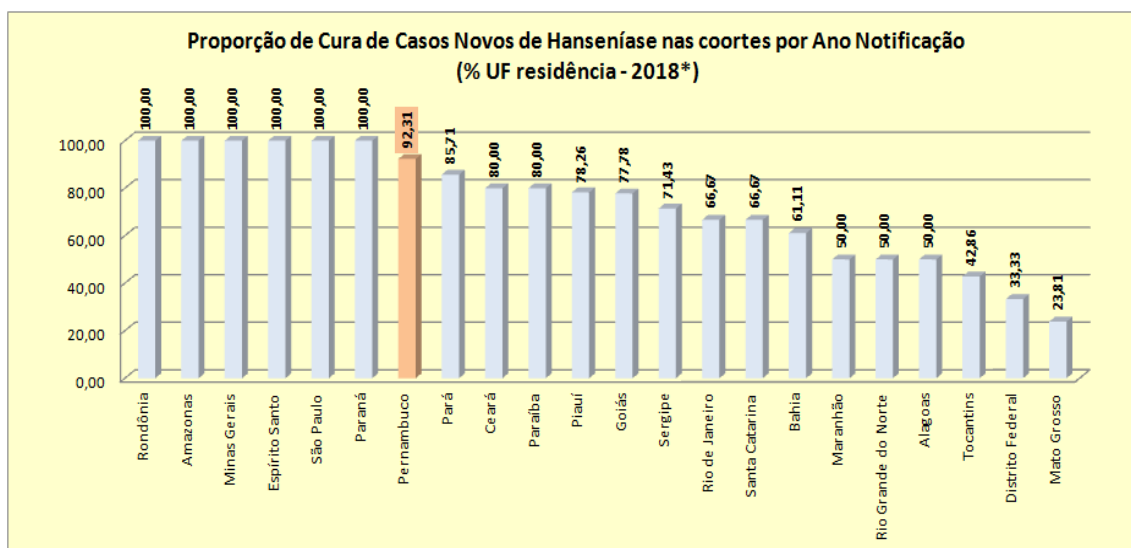
** Dados de alguns estados não estavam disponíveis.



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

Como se pode perceber, o Estado de Pernambuco obteve o percentual de 88,10%, que é considerado “Regular” pelo Ministério da Saúde, numa escala que contém os status de: Precário, Regular e Bom.

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 2018, que está descrito no próximo gráfico:



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

Observação: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?hanseníase/hantfbr18.def>

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

** Dados de alguns estados não estavam disponíveis.

Como se pode perceber, o Estado de Pernambuco obteve o percentual de 92,31%, que é considerado “Bom” pelo Ministério da Saúde, numa escala que contém os status de: Precário, Regular e Bom, figurando na 7ª melhor posição dentre as UFs e Distrito Federal, que tiveram seus dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Diante de todo o exposto, pode-se concluir, com base nos dados levantados junto ao Ministério da Saúde, que o Estado de Pernambuco, em 2018, destacou-se em relação às demais UFs e DF, no que tange à realização de exames nos contatos dos novos casos diagnosticados, bem como na cura desses casos novos, apesar de ainda apresentar número significativo de casos novos ocorridos.

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



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

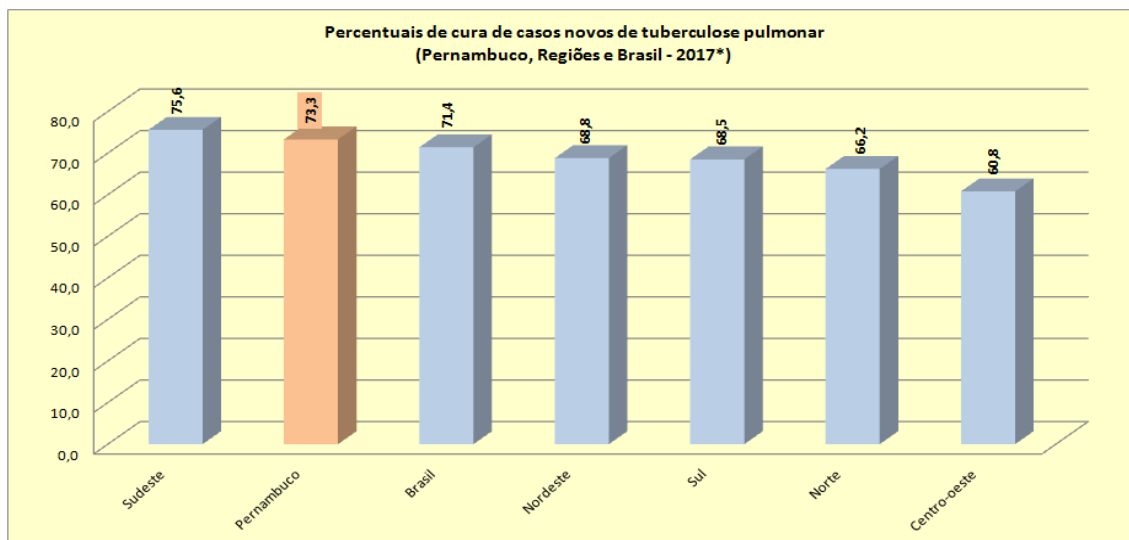
saúde pública no Brasil, um desafio agravado por sua associação com as vulnerabilidades sociais. (PES 2016/2019, pág. 45)

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 2017), o percentual de abandono de tratamento (forma pulmonar até 2017), a taxa de mortalidade (até 2017) e ainda a taxa de incidência de casos novos de tuberculose (até 2018).

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 50 | N° 09 | Mar. 2019.

Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

* Dados preliminares.

Percebe-se que Pernambuco apresentou, em 2017, percentual de cura de novos casos de tuberculose pulmonar (73,3%) - superior ao obtido em 2016 (72,6%) - o qual foi superior ao apresentado pelo Brasil e por todas as Regiões brasileiras, com exceção do Sudeste. 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).



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

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.

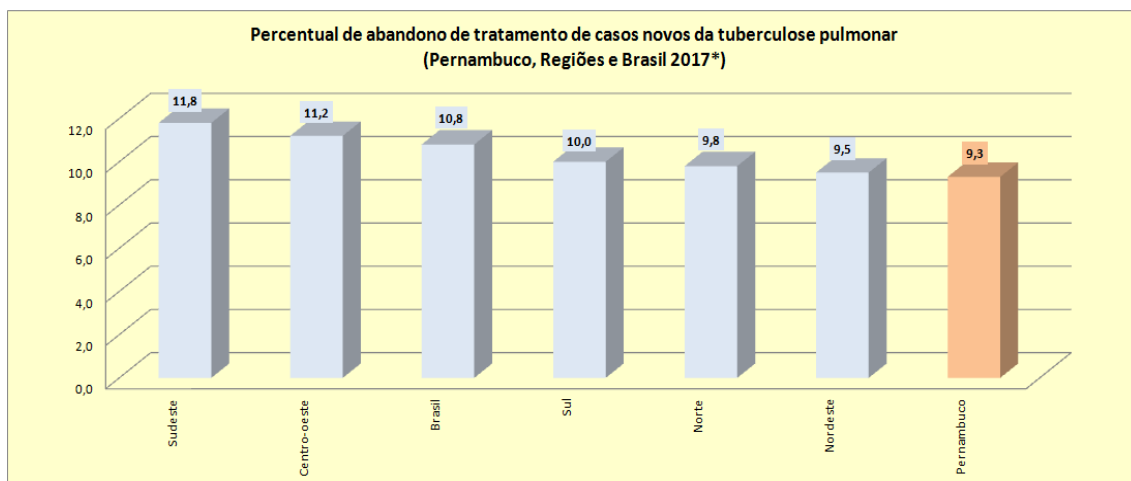
Um fator que contribui, sem dúvida, para o processo de cura da tuberculose é a observância do respectivo tratamento, sem que ocorram interrupções ou abandonos do que é prescrito pelas equipes médicas.

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 (9,3%) é comparado com as Regiões brasileiras e com o Brasil (no exercício de 2016 o percentual era de 7,3%), aparece em boa posição no exercício de 2017, como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

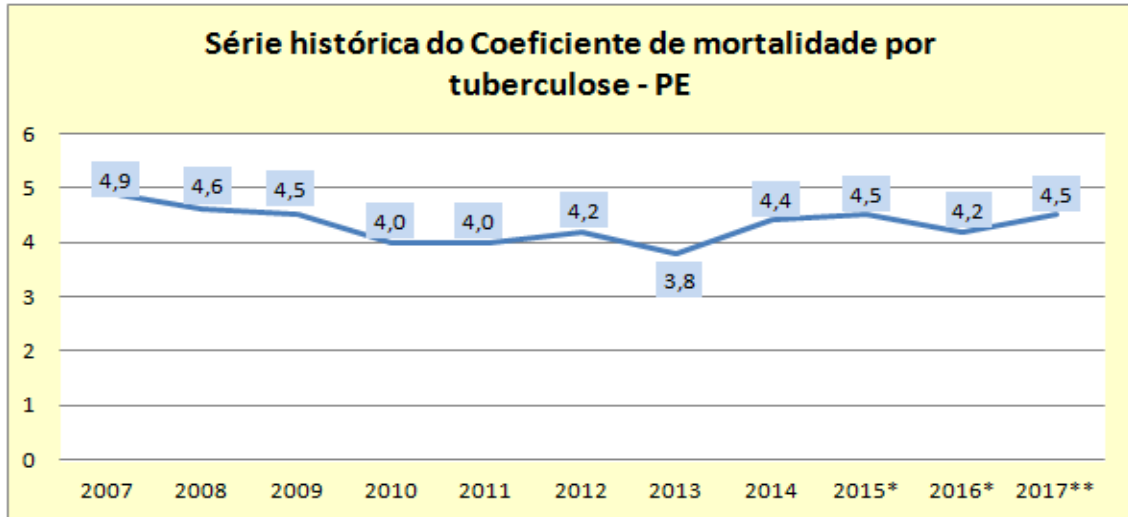
Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

* Dados preliminares.

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 2017, 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:



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



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

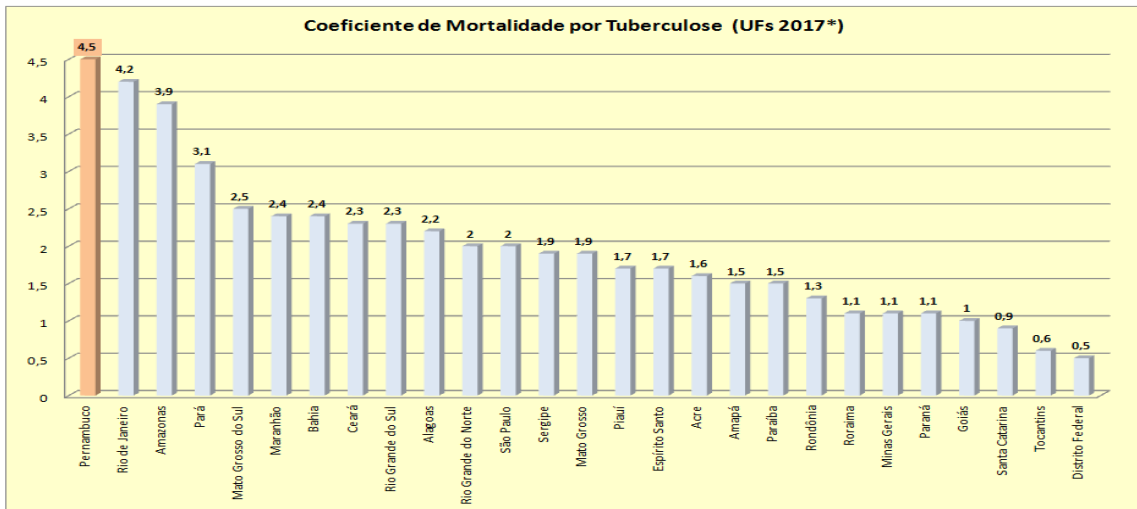
Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

*Os dados de 2015 e 2016 foram atualizados em relação aos que foram disponibilizados em 2017.

** Dados preliminares

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: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

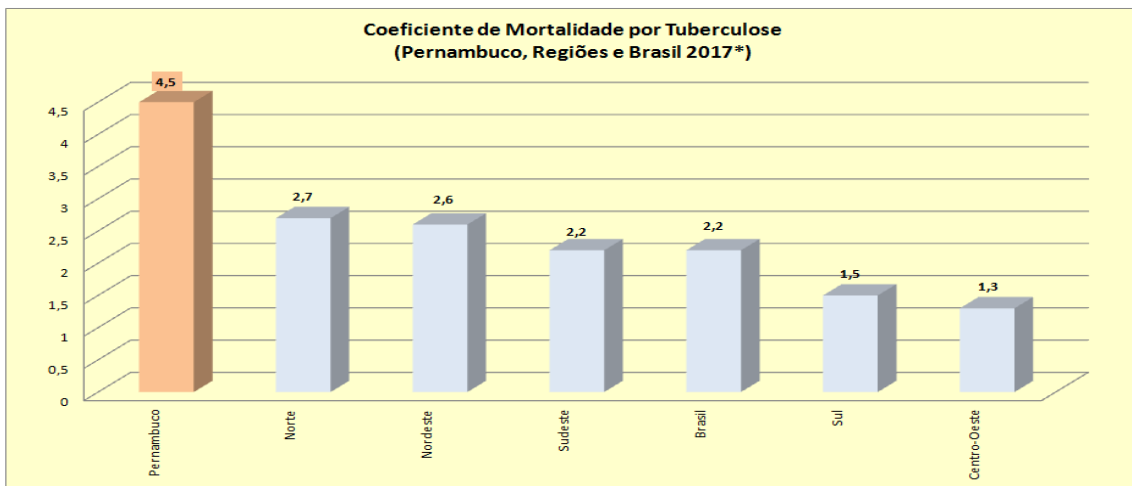
* Dados preliminares.



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

Os dados acima demonstram que o Estado de Pernambuco (4,5) tem o pior resultado, quanto à taxa de mortalidade por tuberculose, dentre todos os estados brasileiros, piorando sua posição em relação a 2016, quando se encontrava na 2ª pior posição.

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

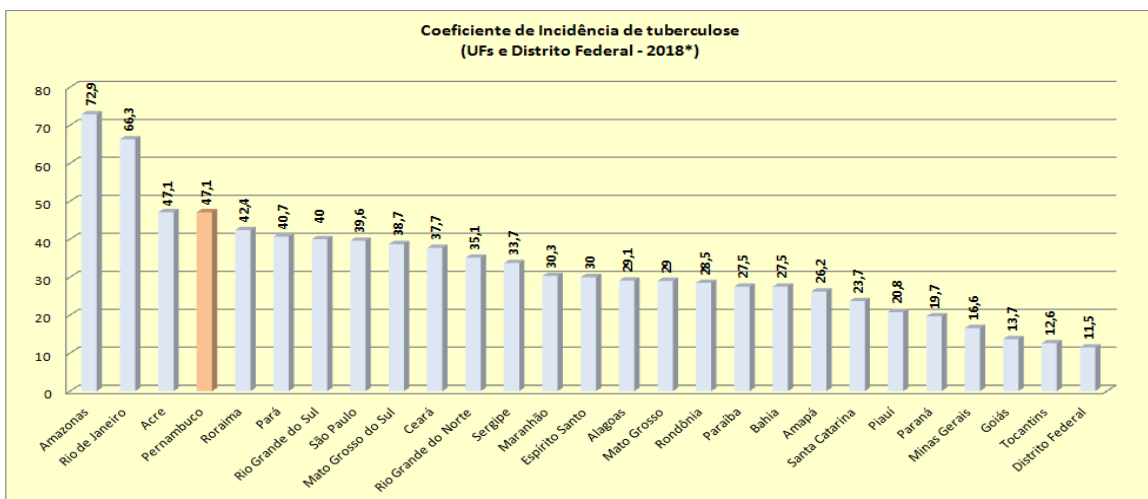


Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

* Dados preliminares.

Nesse mesmo diapasão, observa-se que o coeficiente de incidência de tuberculose do Estado de Pernambuco, no exercício de 2018 (47,1), foi o terceiro maior do país, assim como havia sido no exercício de 2017 (49,3), com redução significativa, que o levou em 2018 ao empate com o Estado do Acre, como se pode observar no seguinte gráfico:



Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

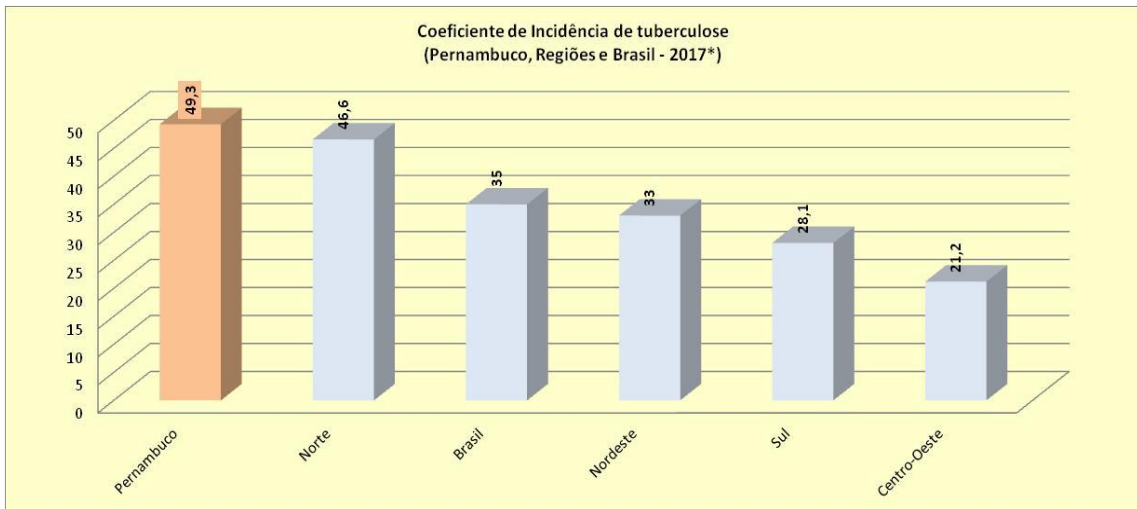
Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

* Dados preliminares, sujeitos a revisão.



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

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

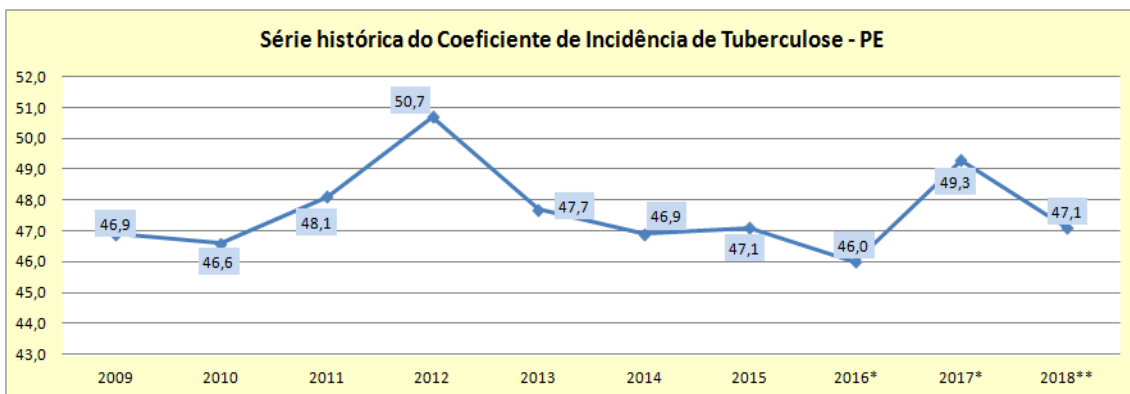


Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, Volume 50 | Nº 09 | Mar. 2019.

Obs.: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>

* Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Além disso, a série histórica do coeficiente de incidência de tuberculose do Estado de Pernambuco, entre 2009 e 2018, demonstra que há de forma geral um padrão, mas que encontrou um pico de incidência em 2012, um aumento significativo em 2017, em relação a 2016 e redução em 2018, que levou o estado aos mesmos níveis obtidos no exercício de 2015.



Fonte: Sinan – Ministério da Saúde, atualizado em 05/2018.

Obs.1: Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/19/taxa-incidencia-tuberculose-1990-2017-MAI-2018-USAR-ESSE.pdf>

Obs.2: Os dados de 2018 foram obtidos no Boletim Epidemiológico, 50, 09, 2019.

* Dados foram atualizados em relação aos disponibilizados em 2017.

**Dados preliminares sujeitos 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 AIDS⁹.

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 2018 de casos notificados, de taxas de incidência e de óbitos (quando disponíveis), relativos à dengue, à chikungunya e a zika (associada à microcefalia). Também se buscou verificar as variações das taxas de incidência de 2017 para 2018, comparando com as UFs brasileiras, com o fim de verificar se as ações executadas em 2018 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 2018, 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 alguns resultados positivos, no exercício de 2018, 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

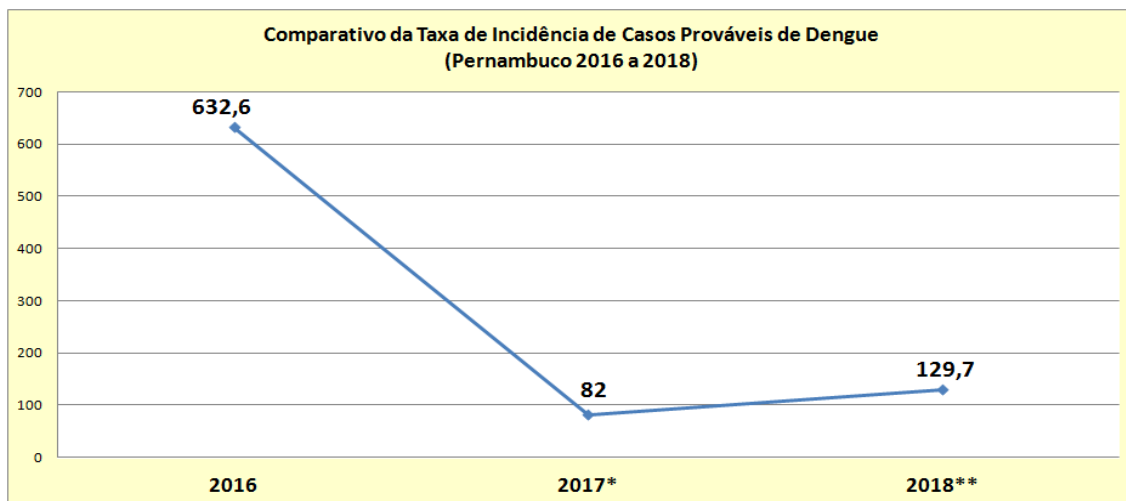
A análise dos dados demonstrou que o Estado de Pernambuco obteve uma redução significativa da taxa de incidência de casos prováveis de Dengue, quando se

⁹ Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd02_2.htm



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

compara o desempenho de 2016 com 2017. Entretanto, ocorre aumento de 2017 a 2018, que requer cuidados para não haver retorno aos altos índices de 2016. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:

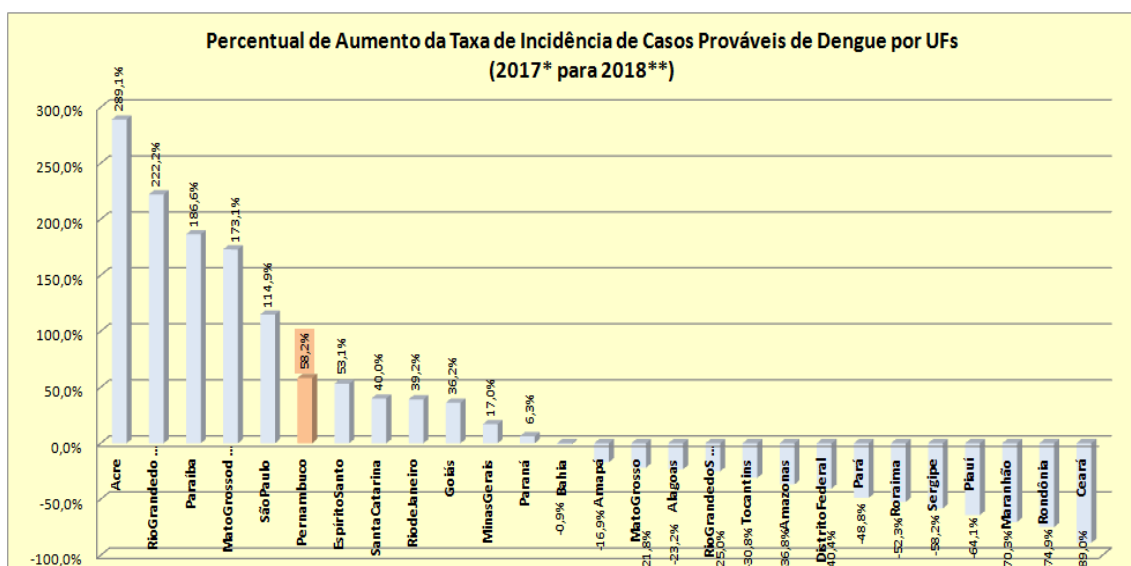


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº4, 2019¹⁰

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Esse aumento da taxa obtida pelo Estado de Pernambuco, quando comparado com as demais UFs brasileiras apresentou-se com a seguinte configuração:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº4, 2019

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

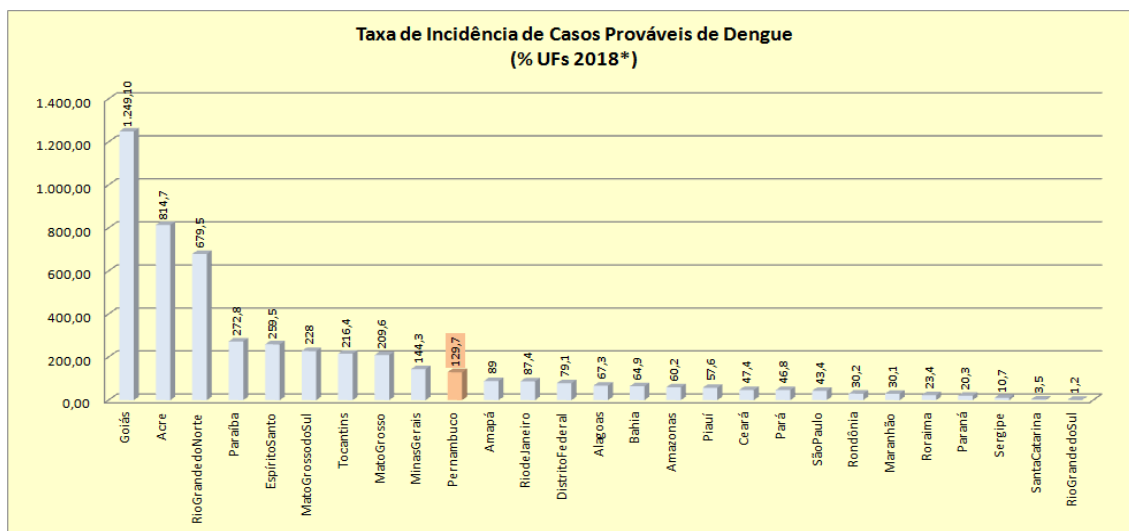
¹⁰ Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>



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

Assim, o desempenho de Pernambuco de 2017 para 2018 gerou um aumento na taxa ora analisada e representou o 6º pior resultado dentre as diversas UFs brasileiras e DF.

Quando se analisa o desempenho do Estado de Pernambuco em 2018 em comparação com os demais estados da federação tem-se o seguinte cenário:

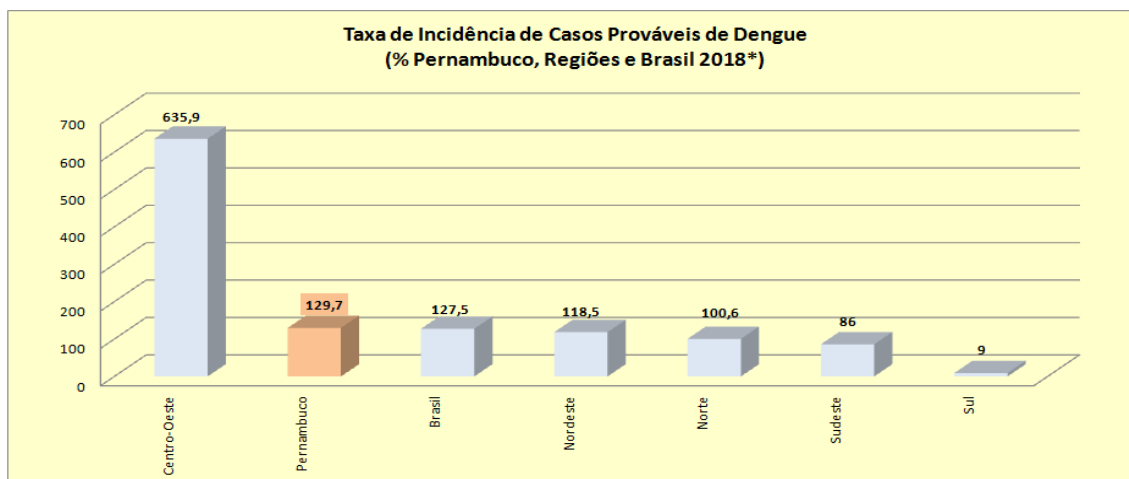


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Então se pode observar que o Estado de Pernambuco aumentou sua taxa de incidência de 2017 para 2018, ficando com a 10ª 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, apenas da Região Centro-Oeste, porém muito próximo da taxa do Brasil, conforme gráfico a seguir:



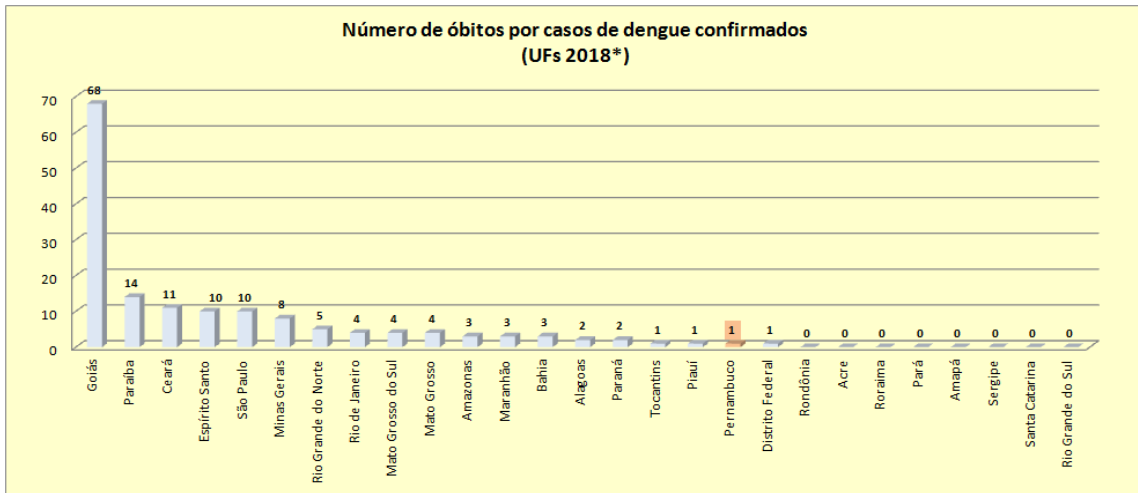
Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



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

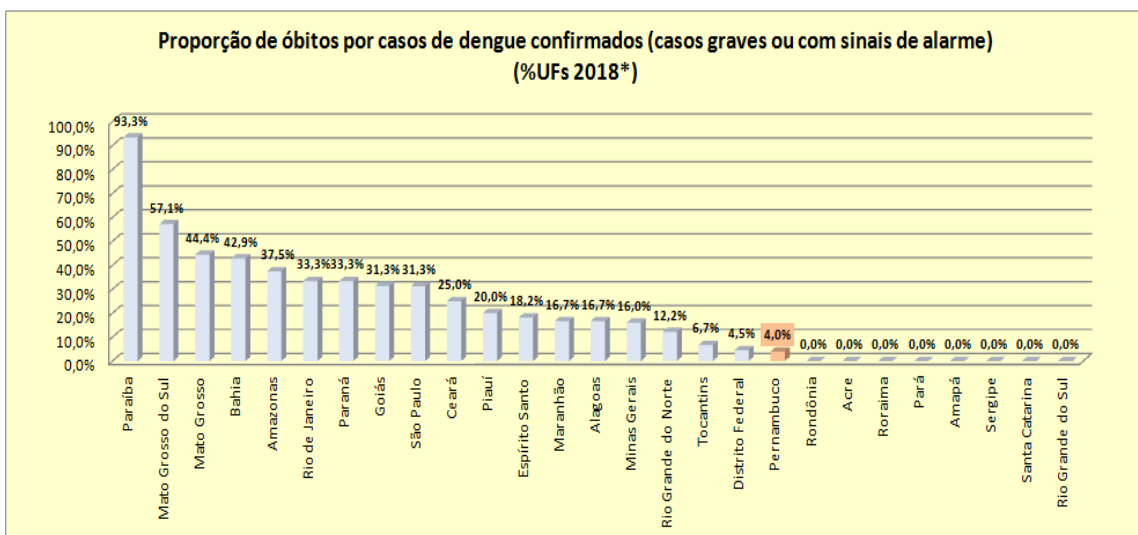
Quando se analisa o número de óbitos decorrentes de casos de dengue confirmados, percebe-se que Pernambuco reduziu a quantidade óbitos, pois em 2017 apresentou 04 (quatro) casos, entretanto em 2018 contribuiu com 0,65% das ocorrências brasileiras, quando apresentou 01 (um) caso de óbito de um total no país de 155 (cento e cinquenta e cinco), como se pode verificar no gráfico abaixo:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* 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 4,0%, que correspondem a 01 (um) óbito em relação a 25 (vinte e cinco) 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 50, nº 4, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

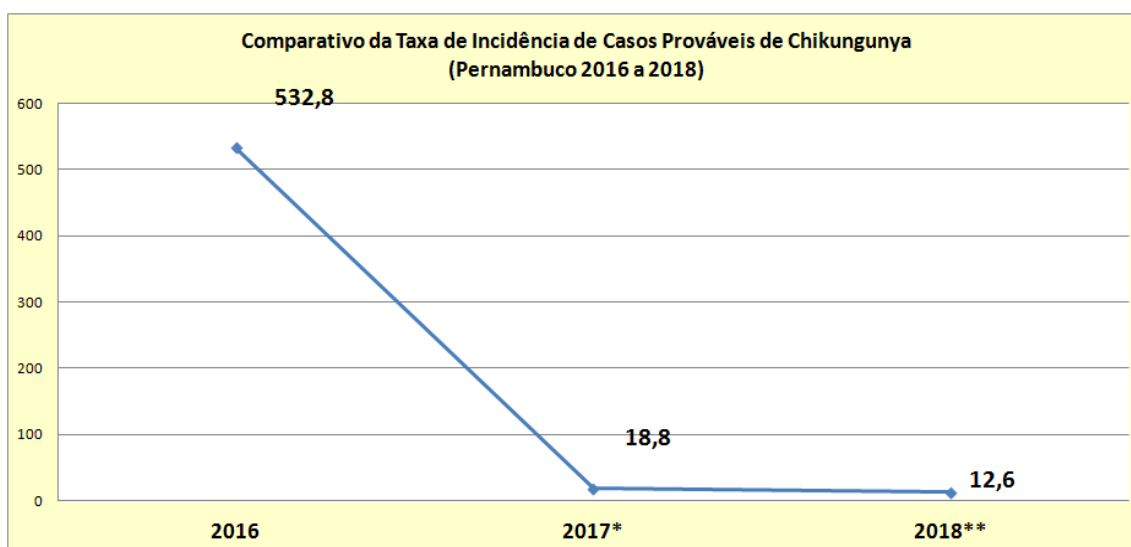


Como se pode perceber, Pernambuco apresentou, em 2018, número reduzido de óbitos oriundos de casos de Dengue, em relação ao total ocorrido no país. A proporção de óbitos em relação aos respectivos casos de Dengue em suas formas mais graves se apresentou como o 9º melhor resultado do país em 2018, melhor do que a obtida em 2017 (7,7%) e 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 2018 comparado a 2017 e 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 e 2018. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº4, 2019¹¹

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

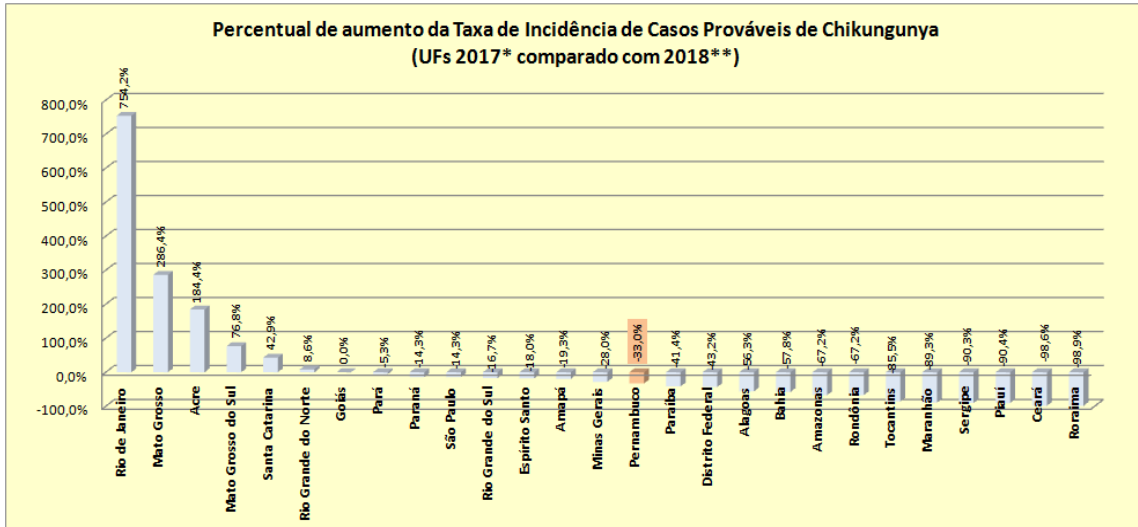
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

O percentual de aumento (quanto mais alto, pior) da referida taxa de incidência em Pernambuco, de 2017 para 2018, quando comparado com o percentual das demais UFs brasileiras apresenta-se da seguinte forma:

¹¹ Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>



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



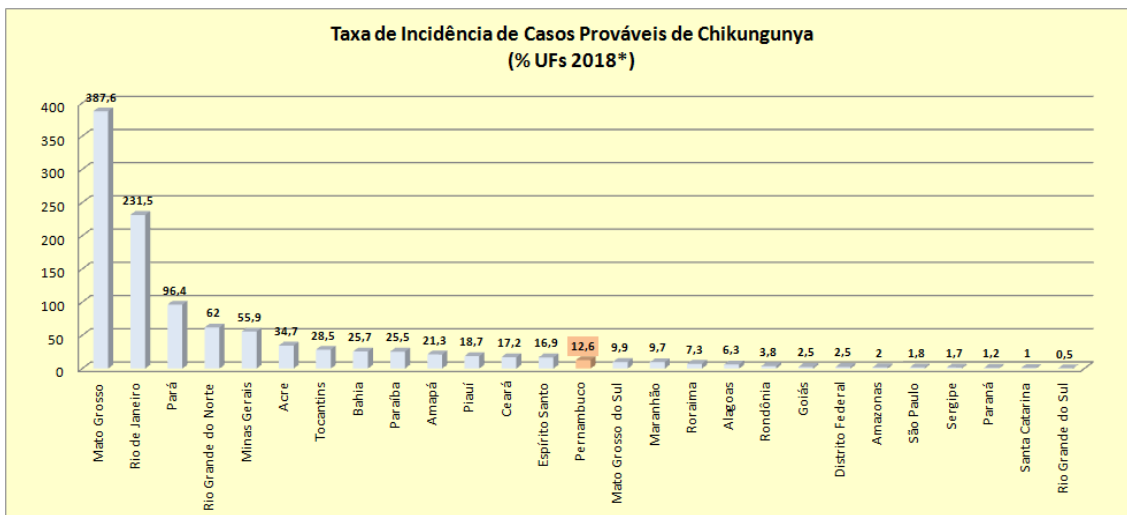
Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº4, 2019

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Observa-se que houve, entre 2017 e 2018, aumento da taxa de incidência apenas em 06 (seis) estados brasileiros e que Pernambuco obteve em 2018 a décima terceira maior redução da referida taxa (-33,0), que representou um resultado pior do que o obtido em 2017 (-96,2%), quando obteve a segunda maior redução. Mesmo assim o resultado obtido foi positivo.

Entretanto, convém salientar que embora a taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya tenha caído significativamente de 2017 para 2018, Pernambuco obteve em 2018 uma taxa que, em relação às demais UFs e Distrito Federal, figura como a 14ª maior, (em 2017 era a 15ª maior) como se pode depreender do gráfico a seguir:

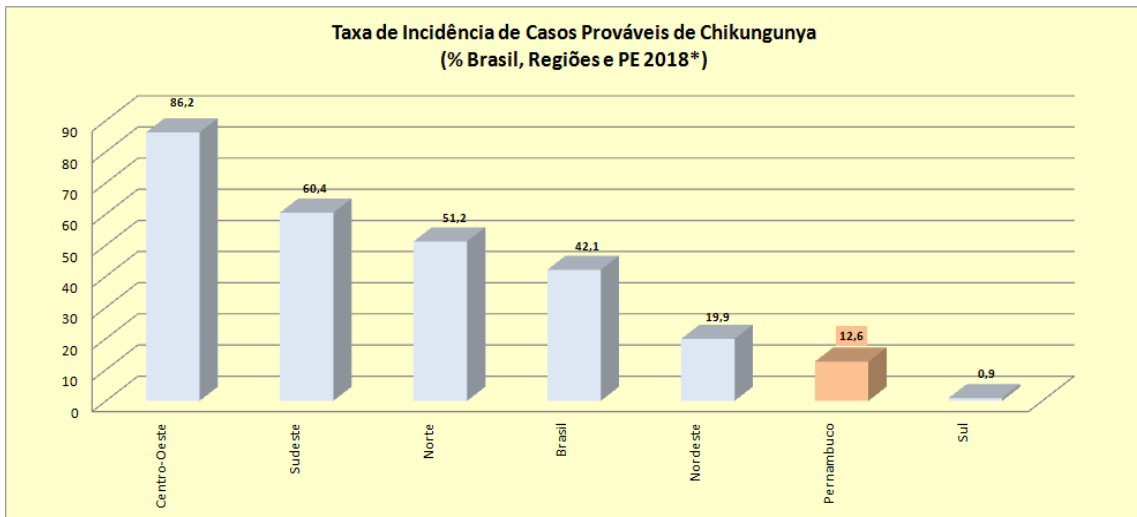


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.



Por outro lado, a taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya de Pernambuco em 2018, figura abaixo da taxa de incidência do Brasil e de todas as Regiões brasileiras, com exceção da Região Sul (repetindo a situação observada em 2017), conforme gráfico que segue:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* 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. Em 2018, Pernambuco não apresentou nenhum caso de óbito por chikungunya. Entretanto, o próprio boletim epidemiológico (volume 50, nº 4, 2019) 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 2018, reagiu positivamente tanto na busca de redução de casos, quanto no tratamento dos pacientes já infectados com a doença.

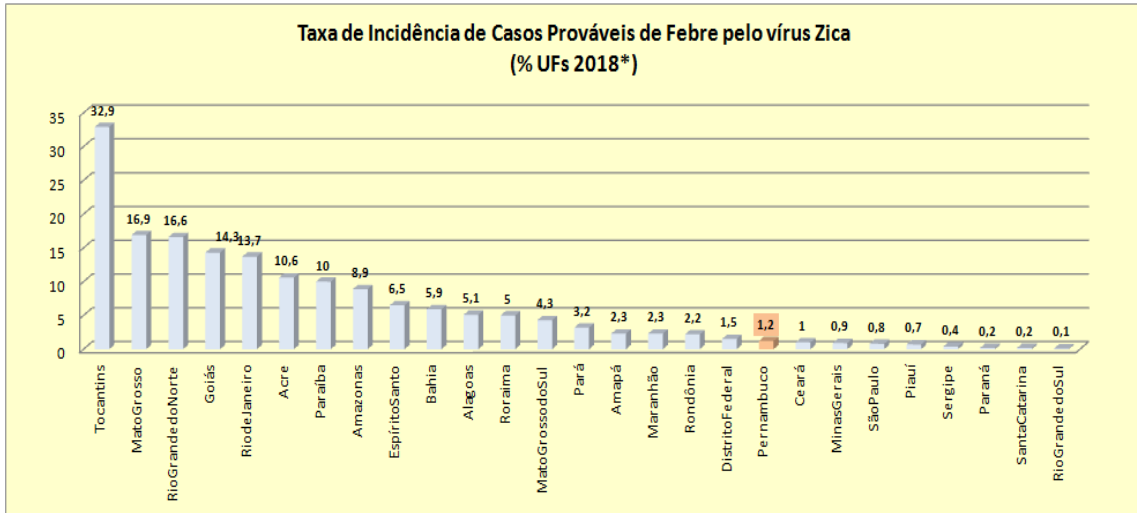
7.2.2.4.3 Casos de Zika e Proporção de Casos de Microcefalia

A análise dos dados permitiu concluir que a taxa de incidência de casos prováveis de Zika obtida por Pernambuco em 2018 (1,2) foi uma das mais baixas do país e, portanto positiva, garantindo o 9º 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:



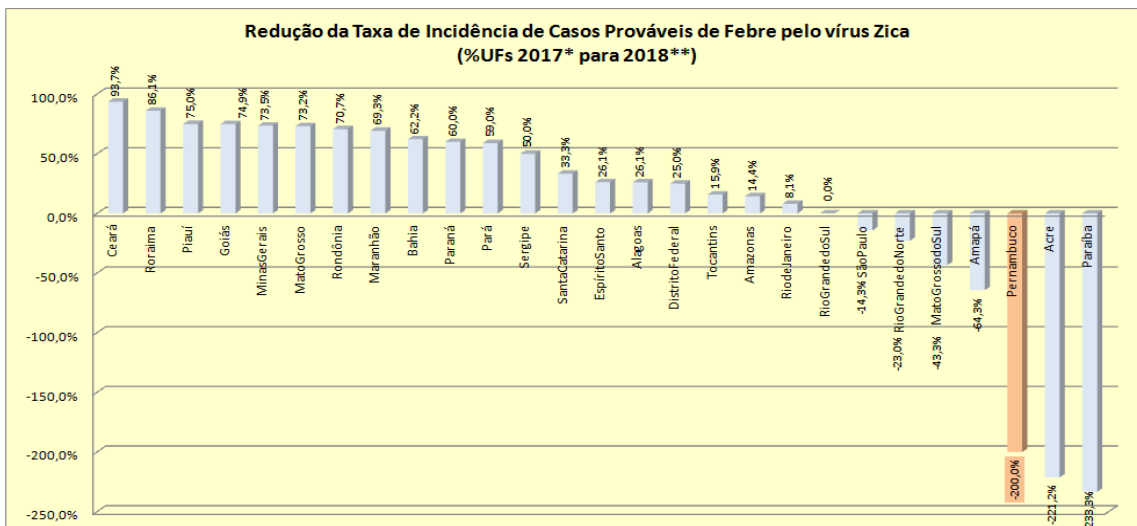
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - GERÊNCIA DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Vale a pena salientar que, em 2017, Pernambuco (0,4) figurou com o 3º melhor desempenho, piorando portanto sua posição relativa ao conjunto dos estados brasileiros e Distrito Federal, pelo fato de não ter produzido redução percentual da taxa de incidência do vírus Zica, de 2017 para 2018 e ao contrário ter produzido um aumento de 200% da referida taxa, como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 4, 2019

*Dados foram ajustados pelo Ministério da Saúde, em relação aos divulgados em 2018.

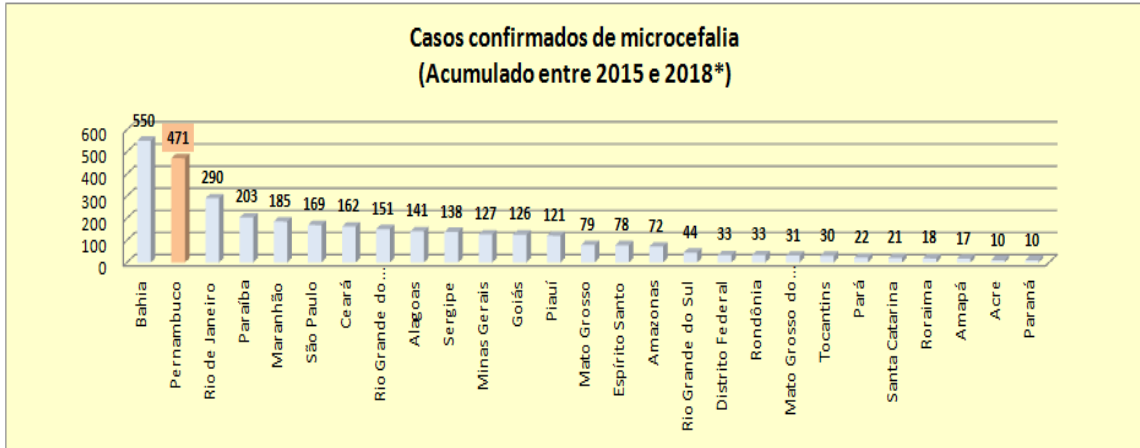
** Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Por outro lado, observou-se que Pernambuco alcançou uma marca acumulada significativa entre a semana epidemiológica 45/2015 e a semana epidemiológica 52/2018 (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



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

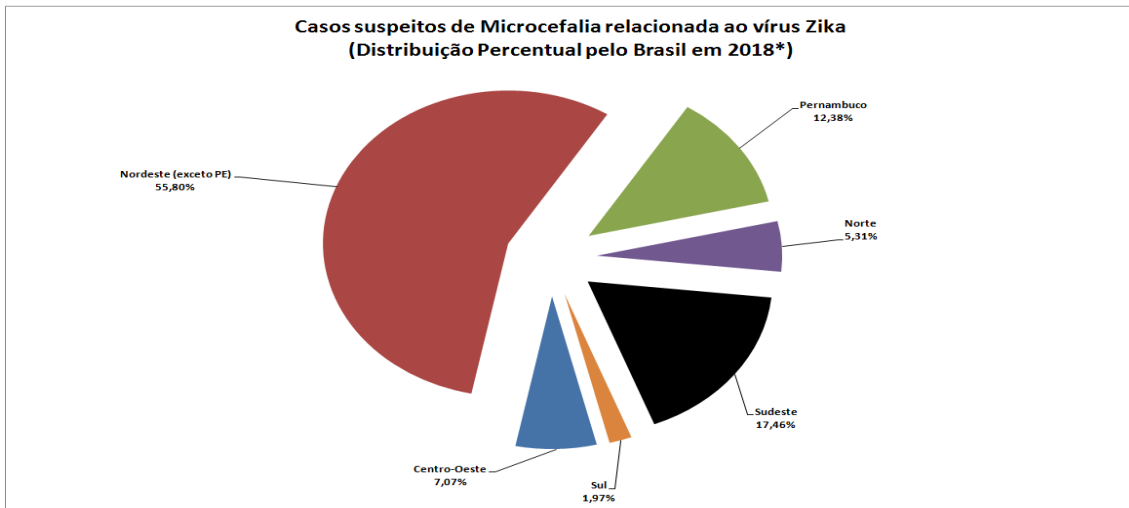
confirmados (471) de microcefalia, em relação às demais UF's e DF, conforme descrito no gráfico a seguir.



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 8, 2019¹²

* 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 (12,38% dos casos ocorridos no Brasil) e nas diversas Regiões brasileiras, em 2018, obtidos junto ao Ministério da Saúde, conforme demonstrado no próximo gráfico:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 50, nº 8, 2019

* Dados preliminares, sujeitos a ajustes posteriores.

Tais dados reforçam a necessidade de reduzir 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.

¹² Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-001.pdf>



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 negativo no exercício de 2018 em relação ao exercício de 2017.

7.3 Rede Estadual de Saúde

O sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde - 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;
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE);
- Laboratório Central de Pernambuco (LACEN);
- Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE);
- Ouvidoria;
- Diretoria de Assistência Farmacêutica.

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 04 macrorregiões e 12 Regiões de Saúde - Metropolitana (Regiões de saúde I, II, III e XII), Agreste (Regiões de saúde IV e V), Sertão (Regiões de saúde VI, X e XI) e Vale do São Francisco e Araripe (Regiões de saúde VII, VIII e IX).

As Gerências Regionais de Saúde (GERES) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, criadas para apoiar os municípios do estado na área de saúde, 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:



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



Fonte: SES/PE

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

Os dados relativos à população do estado são divulgados pelo IBGE, tendo sido estimado um contingente de 9.496.294 habitantes para o ano de 2018 (distribuídos entre os 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha). Os dados das regionais de saúde veiculados no portal de saúde federal contemplam quantitativos populacionais atualizados até 2018, as relações percentuais demonstram a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:

Distribuição da população do Estado por GERES (Dados de 2018)

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	4.208.891	20	44,32
II GERES	Limoeiro	598.519	20	6,30
III GERES	Palmares	617.804	22	6,50
IV GERES	Caruaru	1.365.368	32	14,37
V GERES	Garanhuns	542.883	21	5,71
VI GERES	Arcoverde	421.511	13	4,43
VII GERES	Salgueiro	146.992	07	1,54
VIII GERES	Petrolina	497.924	07	5,24
IX GERES	Ouricuri	353.676	11	3,72
X GERES	Afogados da Ingazeira	189.462	12	1,99
XI GERES	Serra Talhada	238.781	10	2,51
XII GERES	Goiana	314.483	10	3,31
Total		9.496.294	185	100,00

Fonte:

http://sage.saude.gov.br/?link=paineis/regiaoSaude/corpaio&flt=true¶m=null&ufibge=26&municipioibge=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&q=&idPagina=83 (acessar página da “SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, aba “Gestão/Financiamento”; Regionalização; Região de saúde, Filtro: Pernambuco). Consulta em 18/06/2019.



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

O percentual da população do estado existente na I GERES correspondeu a 44,32% em 2018, 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 2018 era constituída por 315 unidades hospitalares. De forma resumida, as principais unidades hospitalares encontram-se abaixo relacionadas:

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 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>. Consultado em 12/03/2019.

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



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

Hospital	Localidade
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru
Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns
Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri
Hospital Regional 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 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>. Consultado em 12/03/2019.

No que tange aos Hospitais Miguel Arraes de Alencar, Dom Hélder Câmara, Pelópidas da Silveira, Dom Malan (Petrolina), Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Dr. Sílvio Magalhães (Palmares), João Murilo de Oliveira (Vitória de Santo Antão), Mestre Vitalino (Caruaru), Ruy de Barros Correia (Arcoverde), Emília Câmara (Afogados da Ingazeira), Fernando Bezerra (Ouricuri) e São Sebastião (Caruaru) 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.

A seguir, são apresentados os 12 (doze) hospitais e suas Organizações Sociais mantenedoras com contratos de gestão vigentes no final de 2018:

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



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

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	Fundação Manoel da Silva Almeida
Hospital Regional de Palmares Sívio 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
Hospital São Sebastião	Caruaru	Hospital do Câncer de Pernambuco - HCP

Fonte: SES/PE.

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.

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 2018, 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	



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

UPA	Organização Social (gestora)
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: e-Fisco 2018.

Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)

A partir de 2013, foram inauguradas, no interior do estado, as primeiras Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. 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 UPAsEs 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 2018, 11 (onze) UPAsEs em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

Unidades Pernambucanas 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
Grande Recife	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar-IBDAH

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2018



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

7.4 Financiamento da Saúde no Estado e Utilização dos Recursos

7.4.1 Fontes de financiamento

Em 2018, 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	3.190.428.016,21
0144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.534.677.607,85
0241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	353.966.305,19
0271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	291.547.791,67
0116	Recursos do Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza - FECEP	138.479.555,04
0244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	184.764.740,45
0104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	54.133.727,12
0119	Conta Única - Projeto Resp Social	991.217,81
0128	Compensação Financeira Recursos do Fundo de Petróleo	3.188.375,00
0242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	2.295.608,09
0102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	33.805,84
Total		5.754.506.750,27

Fonte: e-Fisco 2018 (Despesa Liquidada)

A maior parcela de recursos vinculados à função Saúde, portanto, teve como origem informada a de recursos ordinários (não vinculados – fontes 0101 e 0144) Recursos da Administração Direta e Convênio com o SUS - Administração Direta. As demais fontes tiveram participação residual no financiamento.

Ressalta-se que o total de R\$ 5,75 bilhões atribuídos à função 10 - Saúde não se confunde com o valor a ser considerado como aplicação em “ações e serviços públicos de saúde” (cálculo demandado por norma constitucional), que incide sobre fontes de recursos oriundos de impostos (0101 e 0116) processados pelo FES-PE e, ainda, sujeitam-se a verificações específicas de adequação ao rol de despesas admitido 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

As despesas liquidadas pelo Estado na função 10 - Saúde em 2018 (R\$ 5,75 bilhões) também podem ser visualizadas por modalidade de aplicação, conforme o quadro a seguir:



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

Em R\$

Código	Denominação	Valor	Detalhamento da Modalidade de Aplicação
20	Transferência à União	767.769,84	Despesas realizadas pelo Estado mediante transferência de recursos financeiros à União, inclusive para suas entidades da administração indireta.
41	Transferências a Municípios – Fundo a Fundo	23.888.664,69	Despesas orçamentárias realizadas mediante transferência de recursos financeiros do Estado aos Municípios por intermédio da modalidade fundo a fundo a fundo municipais de saúde.
50	Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	868.539.878,84	Despesas realizadas mediante transferência de recursos financeiros a entidades sem fins lucrativos que não tenham vínculo com a administração pública.
80	Transferências ao Exterior	5.619.221,51	Despesas realizadas mediante transferência de recursos financeiros a órgãos e entidades governamentais pertencentes a outros países, a organismos internacionais e a fundos instituídos por diversos países, inclusive aqueles que tenham sede ou recebam os recursos no Brasil.
90	Aplicação Direta	4.075.218.807,03	Aplicação direta, pela unidade orçamentária, dos créditos a ela alocados ou oriundos de descentralização de outras entidades integrantes ou não dos Orçamentos Fiscal ou da Seguridade Social, no âmbito da mesma esfera de governo.
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social	780.472.408,36	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social

Fonte: e-Fisco 2018

A análise pormenorizada das modalidades no e-Fisco indicou que em 2018 a modalidade 90 correspondeu a 70,81% do total da despesa da função Saúde. Nota-se, ainda, que a modalidade 50 representou 15,09% da despesa, inserindo-se nela os valores transferidos às Organizações Sociais para gestão de hospitais, UPAs e UPAsEs. Já a modalidade 91 correspondeu com 13,56% da despesa na função Saúde, nesse ponto é importante frisar que este valor de R\$ 780.472.408,36, por ser uma operação intra-orçamentária, conta duas vezes no cômputo de gasto na função saúde. Portanto, para chegarmos ao real valor aplicado na função saúde devemos descontar o gasto na



modalidade 91, o que levaria a um montante de R\$ 4.974.034.341,91 despendidos na função saúde em 2018.

Uma novidade em relação a 2017 foi a aplicação de recursos na modalidade 80, representando 0,09% dos recursos direcionados a função saúde, esses aportes foram empregados em dois termos de cooperação técnica com organizações internacionais, são elas: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO – e Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Por fim, as despesas classificadas na modalidade 20 (transferências à União) corresponderam a lançamentos decorrentes de desconto efetuado através do Fundo Nacional de Saúde. Esta última modalidade, juntamente com a modalidade 41 (transferências municipais – fundo a fundo), representaram menos de 1% do total da despesa gasta na área da Saúde.

7.4.3 Despesas com Hospitais próprios, GERES e com Contratos de Gestão de Organizações Sociais que gerem Hospitais, UPAs e UPAsEs

Verifica-se que houve aplicação financeira de maior monta nas unidades submetidas à gestão por Organizações Sociais (UPAs, UPAsEs 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 financeiros de R\$ 291,61 milhões aos seis grandes hospitais geridos diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde. Por sua vez, houve despesas liquidadas no valor de R\$ 865,77 milhões com as Organizações Sociais encarregadas da gestão de 12 (doze) hospitais, 14 (catorze) UPAs e 11 (onze) UPAsEs na estrutura do estado. Adicionalmente, R\$ 4,05 milhões foram direcionados às 12 Gerências Regionais de Saúde.

Cabe salientar que os valores informados neste capítulo de saúde são referentes às despesas liquidadas, diferentemente do capítulo relacionado ao terceiro setor que apresenta valores de despesas efetivamente pagas, portanto poderá haver diferenciação dos valores demonstrados. Os valores das despesas decorrentes dos contratos de gestão com as organizações sociais estão melhor detalhados no citado capítulo do terceiro setor.

Adiante, a despesas liquidadas referentes a este tópico do capítulo de saúde 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 2018, além dos três exercícios anteriores, são demonstrados na tabela a seguir.



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

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

Hospital	2015	2016	2017	2018
HR	37.481.892,47	82.830.341,73	90.278.540,91 ¹	93.597.071,55
HAM	22.555.275,02	42.107.289,77	42.379.387,34	43.394.268,11
HOF	21.351.004,00	46.239.063,77	41.168.155,89	46.035.712,77
HGV	19.700.531,15	42.316.402,76	38.953.922,97 ²	36.910.670,34
HBL	19.319.769,28	35.879.531,93	30.477.224,67 ³	41.228.821,27
HRA	13.754.957,38	32.971.638,49	33.548.208,45	30.450.385,01
TOTAL	134.163.429,30	282.344.268,46	276.805.440,23	291.616.929,05

Fonte: e-Fisco 2015 a 2018 (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

A despesa liquidada destinada, em 2018, às Organizações Sociais que são responsáveis pela gestão dos 12 (doze) hospitais públicos, somou R\$ 568,83 milhões.

Em R\$

Ano	2015	2016	2017	2018
TOTAL	455.860.802,33	468.037.303,97	540.927.248,27	568.839.725,25

Fonte: e-Fisco 2015 a 2018.

Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em 2018, foram liquidadas despesas no montante de R\$ 205,59 milhões destinadas às Organizações Sociais para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços públicos de saúde nas 14 (quatorze) Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, valor menor do que o utilizado em 2017.

Em R\$

Ano	2015	2016	2017	2018
TOTAL	196.053.680,81	198.446.573,28	212.128.859,77	205.598.974,79

Fonte: e-Fisco 2015 a 2018.



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

Às Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAEs)

Em 2018, foram liquidadas despesas no valor de R\$ 91,34 milhões destinadas às Organizações Sociais que gerem às 11 (onze) UPAEs do estado.

Em R\$				
Ano	2015	2016	2017	2018
TOTAL	85.204.093,91	86.978.164,76	74.716.713,19	91.340.155,59

Fonte: e-Fisco 2015 a 2018.

Às Gerências Regionais de Saúde

O total repassado as doze GERES somou R\$ 4,05 milhões em 2018, conforme adiante ilustrado:

Repasses Financeiros do FES-PE às GERES (Em R\$)

Gerências Regionais	2015	2016	2017	2018
I	1.153.353,17	1.178.496,18	772.350,39	677.551,68
II	858.266,06	960.751,24	1.052.060,59	353.092,98
III	1.734.127,06	664.342,91	573.586,50	281.358,12
IV	8.300.310,93	1.012.860,23	911.090,01	391.056,52
V	482.483,35	816.636,27	658.022,67	270.794,58
VI	370.984,45	1.141.505,30	818.515,77	402.408,73
VII	7.214.250,44	695.978,44	558.756,06	253.532,67
VIII	369.191,44	633.208,14	501.760,42	265.599,01
IX	634.458,51	622.506,40	561.101,05	290.378,73
X	4.202.338,09	919.428,92	761.879,31	331.023,43
XI	6.794.366,38	772.228,86	600.493,71	321.152,70
XII	349.599,77	407.744,87	338.897,22	220.607,84
Total	32.465.744,65	9.825.687,76	8.108.513,70	4.058.556,99

Fonte: e-Fisco 2015 a 2018 (Ordem Bancária – CNPJ)

O valor repassado em 2018 foi aproximadamente 50% inferior ao transferido em 2017 para o mesmo conjunto de GERES.



7.5 Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde

A Emenda Constitucional nº 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 tratam os incisos II e III do § 2º (redação dada pela EC 86/2015).

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal nº 141, que regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O artigo 6º da Lei Complementar Federal nº 141 assim determinou:

Art. 6º. **Os Estados** e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços de saúde, no mínimo, **12% (doze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art.155 e dos recursos de que trata 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\$ 20.200.718.250,57, 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 2018 correspondeu a R\$ 2.424.086.190,07.

7.5.2 Aplicação dos Recursos

O parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar Federal nº 141/2012 definiu que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados 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.

Dos Restos a Pagar

O artigo 24 da Lei Complementar Federal nº 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.

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 9ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF)¹³, Portaria STN nº 389/2018, de 14 de junho de 2018, válido para o exercício de 2018, 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 2018, não houve inscrição de restos a pagar não processados nas ações constantes do

¹³ Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/mdf> (consulta realizada em 19/07/2019).



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

demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde, mas houve a inscrição de restos a pagar processados.

O artigo 24, § 1º, da Lei Complementar Federal nº 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 aplicações em saúde, de fato, sejam executados, mediante a obrigatoriedade de utilização dos possíveis valores cancelados. Para tanto, o § 2º do mesmo artigo 24, determina que “Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente”. Logo, além de garantir a aplicação, de fato, dos recursos, evita-se que estes sejam considerados novamente no cálculo do mínimo constitucional de saúde no exercício em que for utilizado, tendo em vista já o ter sido no exercício em que foi inscrito como restos a pagar.

Ressalta-se que o Inciso II do artigo 24 da Lei Complementar Federal nº 141/12, refere-se aos restos a pagar não processados. Porém, conforme visto no MDF, a mesma 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 MCASP¹⁴, 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.

Em 2016, 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, que pelo entendimento citado no parágrafo anterior, deveria ter sido aplicado até o final de 2018, 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 2018.

Em 2017, 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 2018, totalizando R\$ 4.132.857,83, valores estes que deverão ser aplicados até o final de 2019, mediante dotação específica, utilizando a modalidade 95, em ações e serviços públicos de saúde.

¹⁴ Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/mcasp> (consulta realizada em 19/07/2019).



Percentual de aplicação

Os valores apresentados no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde como aplicações (R\$ 3.100.564.322,87), constante do Balanço Geral do Estado de 2018, conferem com os obtidos no e-Fisco quando considerados as fontes 0101 e 0116 para o FES-PE. Desse valor devem ser excluídos os valores de restos a pagar processados cancelados em 2017 e não aplicados até o final de 2018 (R\$ 5.577.138,60). Com isso, o valor total aplicado alcançou o montante de R\$ 3.094.987.184,27, conforme quadro abaixo.

Total das aplicações (Demonstrativo)	3.100.564.322,87
(-) RPP cancelados em 2017 e não aplicados até o final de 2018	5.577.138,60
Total aplicado (entendimento do TCE)	3.094.987.184,27

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco

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

Base de Cálculo	20.200.718.250,57
Total aplicado (entendimento do TCE)	3.094.987.184,27
% de aplicações (TCE)	15,32%

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2018, o Estado de Pernambuco aplicou 15,32% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, alcançando o percentual mínimo de 12%, exigido pela Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu artigo 6º.

7.6 Quantitativos de Leitos Hospitalares e Equipamentos 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 um 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 2018, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos, neste 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 2018, 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 2018

Especialidade	Quantidade	Varição frente à dez/2017
Cirúrgico	4.271	1,02%
Clínico	5.891	-3,17%
Complementar (UTIs, Unidades Intermediárias e de Isolamento)	1.423	3,34%
Obstétrico	2.299	-3,57%
Pediátrico	2.250	-6,79%
Outras especialidades	1.468	1,38%
Hospital-dia	268	9,84%
Total	17.870	-1,70%

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 “Especialidade” e “Quantidades SUS” referentes à competência dez/2018.

* Consulta realizada em 12/03/2019.

Os dados acima informam que houve um decréscimo de 1,7% em quantidade de leitos disponíveis ao SUS no estado, quando comparados os dados do exercício sob exame (2018) com os do ano anterior. Esse percentual contempla tanto acréscimos nos grupos de leitos hospital-dia (9,84%) e leitos complementares (3,34%), quanto reduções no número de leitos pediátricos (-6,79%), leitos obstétricos (-3,57%) e leitos clínicos (-3,17%). Esse decréscimo fez com que o quantitativo dos leitos “Disponíveis ao SUS” seja o menor dos últimos cinco anos (em 2014, o estado tinha 18.826 leitos, em 2015, 18.525 leitos, em 2016, 18.623 leitos, em 2017, 18.179 leitos e em 2018, 17.870 leitos).



Ao levantar o quantitativo de leitos “Não disponíveis ao SUS” na mesma fonte de informações (DataSus CNES), verificou-se um acréscimo de 7,39%, quando comparados os dados do exercício sob exame (2018) com os do o ano anterior, em oposição aos leitos “Disponíveis ao SUS”, que tiveram uma diminuição em 2017.

O quantitativo de leitos “Disponíveis ao SUS”, quando confrontado com a população do estado¹⁵, perfaz um quociente de 1,88 leitos para cada grupo de mil habitantes em Pernambuco. Quando comparado com o ano anterior, verifica-se que o quociente teve uma queda de 2%, passando de 1,92 para 1,88. 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, do Ministério da Saúde, como parâmetro para a quantidade de leitos no estado. Essa portaria estabelecia 2,92 como parâmetro para o número de leitos totais por habitante. Em 2018, o Estado de Pernambuco alcançou 1,88, o que corresponde a apenas 64% deste valor, estando abaixo do parâmetro definido na portaria.

A Portaria MS/GM nº 1.101/2002, porém, foi revogada pela Portaria MS/GM nº 1.631/2015, que estabelece 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. Nesse contexto, para facilitar a coleta e interpretação de dados, os dados totais do estado foram segregados em duas grandes regiões, designadas simplificarmente por Região I e Região II.

Dessa forma, os municípios que compõem a Região I são: 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,

¹⁵ População de Pernambuco em 2018: 9.496.294, segundo a base de dados do estado.
http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?codFormatacao=876&CodInformacao=288&Cod=3
Consulta em 26/06/2019.



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

Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. Os demais 165 municípios do estado compõem a Região II”.

O objetivo foi o de comparar a quantidade de leito hospitalar, distribuído por especialidade, pela quantidade de habitantes, separados pelas duas Regiões.

Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2018)

Especialidade	Disponibilidades	Região I	Região II
Cirurgia Geral	Qtde de leitos	1.023	928
	(habitantes/ leito)*	4.114,26	5.697,63
Cardiologia Cirúrgica	Qtde de leitos	187	19
	(habitantes/ leito)*	22.507,44	278.284,37
Obstetrícia Cirúrgica	Qtde de leitos	499	469
	(habitantes/ leito)*	8.434,65	11.273,78
Pediatria Cirúrgica	Qtde de leitos	239	48
	(habitantes/ leito)*	17.610,42	110.154,23
Oncologia Cirúrgica	Qtde de leitos	190	20
	(habitantes/ leito)*	22.152,06	264.370,15
Neurocirurgia	Qtde de leitos	290	29
	(habitantes/ leito)*	14.513,42	182.324,24
Clínica (Geral)	Qtde de leitos	1.436	2.766
	(habitantes/ leito)*	2.930,98	1.911,57
Cardiologia Clínica	Qtde de leitos	323	64
	(habitantes/ leito)*	13.030,62	82.615,67
Obstetrícia Clínica	Qtde de leitos	325	1.006
	(habitantes/ leito)*	12.950,43	5.255,87
Pediatria Clínica	Qtde de leitos	734	1.229
	(habitantes/ leito)*	5.734,18	4.302,20
Oncologia Clínica	Qtde de leitos	213	92
	(habitantes/ leito)*	19.760,05	57.471,77
Neurologia Clínica	Qtde de leitos	377	35
	(habitantes/ leito)*	11.164,17	151.068,66

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 4.208.891 habitantes para a Região I e 5.287.403 para Região II, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2018, fonte utilizada pelo BDE.

** Consulta realizada em 12/03/2019.

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



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

Região. Quanto menor este valor, melhor. Percebe-se maior concentração de leitos na Região I em comparação com a Região II.

As especialidades que possuem uma maior concentração na Região I são Neurologia Clínica, Neurocirurgia, Oncologia Cirúrgica e Cardiologia Cirúrgica, possuindo uma concentração mais de dez vezes maior nos arredores da capital do que no interior. Neurologia Clínica teve um aumento de uma unidade de leito nas duas regiões, porém, em relação a habitantes, a Região II teve um aumento maior (Região I: aumento de 10.292 habitantes; Região II: aumento de 12.736 habitantes) o que ocasionou um agravamento na concentração de leitos da Região I, em relação a 2017. Na especialidade de Oncologia Cirúrgica houve uma intensificação de concentração da Região I, pois aumentou o número de leitos da Região I e reduziu o número de leitos da Região II, ambos em duas unidades, em comparação com o ano passado, conjuntamente com o que já mencionamos em relação a quantidade de habitantes por Região. Na especialidade de Neurocirurgia, ambas Regiões reduziram o número de leitos, porém a redução da Região I foi maior, com a perda de nove leitos em comparação com a perda de um leito da Região II, porém, dado que o número de habitantes da região II aumentou mais do que o da Região I, a concentração de leitos na Região I, ainda, mostrou-se mais acentuada em comparação a 2017. Já na Cardiologia Cirúrgica, a concentração de leitos versus habitantes na Região I, passou de 6,5 vezes para 12,3 vezes, com o aumento de 63 leitos na Região I e a redução de 5 leitos na Região II.

Três especialidades obtiveram uma concentração maior de leitos por habitantes na Região I quando comparado a Região II, mas com diferenças menos significativas quando comparadas às especialidades citadas no parágrafo anterior. São elas Pediatria Cirúrgica (6,2 vezes), Cardiologia Clínica (6,3 vezes) e Oncologia Clínica (2,9 vezes).

Apenas três especialidades obtiveram uma proporção maior de leitos por habitantes na Região II quando comparado a Região I: Clínica Geral, Obstetrícia Clínica e Pediatria Clínica, com destaque para Obstetrícia Clínica, que possui uma proporção 2,4 vezes maior de leitos por habitantes nas demais regiões. Duas especialidades obtiveram um valor maior na Região I, porém com uma pequena diferença em relação Região II: Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica.

A verificação de concentração de leitos hospitalares SUS na Região 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 esta região geográfica 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

Analisando as especialidades separadamente em cirúrgicas e clínicas, vê-se que, entre as especialidades **cirúrgicas**, permanece um quadro de equivalência de distribuição de leitos (entre Região I e região II) nas especialidades de Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica apenas. Por outro lado, persiste uma 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 para essas especialidades precisaria se deslocar para a RMR com o intuito de maior probabilidade de atendimento do que em seu município ou em outro do interior que lhe seja mais próximo, tendo em vista a oferta diminuta de leitos nesses locais.

Em 2018, as disparidades foram mantidas e até aumentadas. Verificou-se um decréscimo de leitos na Região II nas especialidades de Oncologia Cirúrgica (de 22 em 2017, para 20 em 2018), Cardiologia Cirúrgica (de 24 em 2017, para 19 em 2018), Obstetrícia Cirúrgica (de 493 em 2017, para 469 em 2018) e Neurocirúrgica (de 30 em 2017, para 29 em 2018). Em contra partida, a especialidade Pediatria cirúrgica teve o acréscimo de 4 leitos na Região II, passando de 44 leitos em 2017, para 48 leitos em 2018.

Especialidades clínicas

Em 2018, permanece a constatação de que, regra geral, há maior equivalência na oferta de leitos entre Região I e II para especialidades **clínicas** do que para as especialidades **cirúrgicas**. Das seis especialidades clínicas analisadas, três possuem uma concentração maior na Região I (Cardiologia, Oncologia e Neurologia), enquanto as outras três são mais concentradas na Região II (Clínica Geral, Obstetrícia e Pediatria).

Pode-se verificar um processo de interiorização na especialidade Oncologia Clínica, com a permanência de quantidade de leitos na Região I e aumento das vagas na Região II, passando de 60 leitos em 2017, para 92 leitos em 2018, um aumento de 53%.

As demais especialidades clínicas, tanto na Região I como na Região II, apresentaram um quadro de diminuição de leitos, em especial as especialidades Clínica Geral e Pediatria, tendo uma redução de leitos, respectivamente, de 188 e 180, em comparação ao ano de 2017. A concentração, que chega a ser 13 vezes maior, na Região I da especialidade Neurologia foi agravada com a redução de uma unidade de leito em ambas regiões, porém com o aumento maior de habitantes na Região II, em relação a 2017.



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 2018 foram:

Equipamentos disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2018

Especialidade	Quantidade 2017	Quantidade 2018	Variação percentual
Equipamentos de Audiologia	200	207	3,5%
Diagnóstico por imagem	2.002	2.063	3%
Equipamentos de Infraestrutura	691	782	1,5%
Equipamentos de Odontologia	8.759	9.198	5%
Equipamentos p/ Manutenção da Vida	19.904	20.663	3,8%
Equipamentos por Métodos Gráficos	934	964	3,2%
Equipamentos por Métodos Ópticos	2.140	2.319	8,3%
Outros Equipamentos	2.300	2.448	6,4%
Total	36.930	38.664	4,6%

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 23/07/2019.

Os dados apontam que houve elevação de 4,6% na quantidade de equipamentos registrados no CNES disponibilizados ao SUS no território estadual. A especialidade de “Equipamentos por Métodos Ópticos”, apresentou a maior elevação, obtendo 8,3% de acréscimo. Já a especialidade de “Equipamentos de Infraestrutura” teve o menor acréscimo de equipamentos, demonstrando uma elevação de 1,5%, todas as comparações em relação a 2017.

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 1.631/2015¹⁶ definiu, no seu anexo, parâmetros de cobertura assistencial do SUS, o chamado “Parâmetros SUS”, a serem aplicados pelos

¹⁶ Essa portaria foi revogada e incorporada à Portaria de Consolidação MS/GM 01/2017, Título IV, Capítulo II, mantendo o seu texto original.



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

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 na Seção VI dos “Parâmetros SUS”¹⁷. Essa seção define critérios para determinar o número mínimo por estado de oito equipamentos: espirômetro, tomógrafo, pet scan, ultrassom convencional, ultrassom obstétrico, mamógrafo, ressonância magnética e equipamento de diálise. 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 e diálise) 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 - 2018)

Equipamento	Qtde Esperada	Qtde Alcançada	Atendeu aos parâmetros?	Percentual da Meta Alcançada
Tomógrafo	95	81	Não	85,26%
PET Scan**	6	4	Não	66,67%
Ultrassom convencional***	471	319	Não	67,72%
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=201812) e BDE (http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3).

* Foram consideradas a população estimada de 9.496.294 habitantes em Pernambuco, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2018, fonte utilizada pelo BDE.

** A partir da revisão da literatura, adota-se o critério de uma unidade para 1,5 milhões de habitantes e é necessário considerar a meia-vida do radiofármaco (FDG) utilizado, de 110 minutos.

*** Cálculo feito a partir da revisão da literatura.

**** Cálculo feito a partir da revisão da literatura.

***** Consulta realizada em 17/07/2018.

Os dados mostram que o estado não está atendendo aos parâmetros definidos para os quatro equipamentos analisados. Porém é importante ressaltar que os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde.

A pior situação é a do pet scan, que o estado possui apenas 66% dos equipamentos estimados necessários para atender à população. Dos quatro equipamentos existentes, três estão concentrados em Recife. Além disso, há um déficit de 152 ultrassons convencionais, fazendo estado alcançar 67% da quantidade estimada para esse equipamento. Da mesma forma, os parâmetros também não estão sendo

¹⁷ Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf> (consulta realizada em 24/07/2019).



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

atendidos para tomógrafos (85% 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 o estudo de equipamentos de saúde, o estado foi dividido utilizando a mesma separação municipal das duas áreas já empregadas: Região I e Região II.

Os dados obtidos no CNES oferecem as seguintes relações habitantes/equipamento para cada um deles, dentro da Região I e Região II:

Quantidade de habitantes por equipamento disponível ao SUS – Pernambuco (2018)

Especialidade	Disponibilidades	REGIÃO I	REGIÃO II
Eletroencefalógrafo	Qtde equipamentos	31	29
	(habitantes/equipamento)	135.771	182.324
Endoscópio Digestivo	Qtde equipamentos	167	125
	(habitantes/equipamento)	25.203	42.299
Mamógrafo Comando Simples	Qtde equipamentos	34	40
	(habitantes/equipamento)	123.791	132.185
Raio X c/ Densitometria Óssea	Qtde equipamentos	20	32
	(habitantes/equipamento)	210.445	165.231
Ressonância Magnética	Qtde equipamentos	31	20
	(habitantes/equipamento)	135.771	264.370
Tomógrafo Computadorizado	Qtde equipamentos	50	31
	(habitantes/equipamento)	84.178	170.561
Ultrassom Convencional	Qtde equipamentos	106	213
	(habitantes/equipamento)	39.707	24.823
Ultrassom Colorido Doppler	Qtde equipamentos	128	86
	(habitantes/equipamento)	32.882	61.481
Mamógrafo Computadorizado	Qtde equipamentos	14	16
	(habitantes/equipamento)	300.635	330.463
Eletrocardiógrafo	Qtde equipamentos	525	379
	(habitantes/equipamento)	8.017	13.951
Oftalmoscópio	Qtde equipamentos	72	67
	(habitantes/equipamento)	58.457	78.916
Raio X para hemodinâmica	Qtde equipamentos	18	5
	(habitantes/equipamento)	233.827	1.057.481



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

Especialidade	Disponibilidades	REGIÃO I	REGIÃO II
Equipamentos para diálise	Qtde equipamentos	790	407
	(habitantes/equipamento)	5.328	12.991
PET Scan	Qtde equipamentos	3	1
	(habitantes/equipamento)	1.402.964	5.287.403

Fontes:

CNES (http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201812) e BDE

(http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3).

*Foram consideradas as populações estimadas de 4.208.891 habitantes para a Região I e 5.287.403 para Região II, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2018, fonte utilizada pelo BDE.

** Consulta realizada em 24/07/2019.

Nota-se que existem algumas diferenças entre as relações habitantes/equipamento verificadas na Região I e na Região II. Tais diferenças, todavia, se afiguram em menores proporções que a ilustrada na tabela de leitos hospitalares. Há que se considerar 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 na capital. Noutros termos: se 55,67% 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 42,18% encontram-se na Região II. Idêntico raciocínio pode ser entendido como um dos instrumentos de estímulo à distribuição dos profissionais de saúde no interior, fortalecendo o processo de interiorização dos serviços de saúde. Nos quantitativos verificados no Estado de Pernambuco, a premissa de que a relação deveria ser mais confortável para os 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 equipamentos, a relação continua sendo mais favorável à Região I.

Comparativamente ao ano de 2017, 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 Região I quanto na Região II. No caso do Raio X para a hemodinâmica a concentração na Região I chega perto de 5 vezes o valor da proporção da Região II, com o aumento de uma unidade nas duas regiões, o quadro foi agravado, pois o número de habitantes da Região II aumentou em maior proporção do que a Região I de 2017 para 2018. Soma-se a isso o equipamento para diálise aumentou em 110 unidades da Região I e 19 unidades na Região II, aprofundando o quadro de concentração de equipamentos na região metropolitana do estado.



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

De outra parte, os equipamentos que apresentaram uma distribuição equilibrada, com uma concentração na capital menor do que 1,1 vezes, foram mamógrafo comando simples e mamógrafo computadorizado (esse melhorou a distribuição em relação a 2017 que foi de 1,17 vezes). Ademais, dois equipamentos obtiveram uma concentração de equipamentos por habitante maior no interior do que na capital: raio X com densitometria óssea e ultrassom convencional, igualmente a 2017.

Os principais acréscimos ocorridos no número dos equipamentos no interior foram no quantitativo dos equipamentos de ultrassom convencional, equipamento de diálise e oftalmoscópio. Já para a Região I verificou-se um maior acréscimo em três equipamentos: eletrocardiógrafo, ultrassom colorido doppler e equipamento de diálise.

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 (55,67%) 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.