



## 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.

Sua prestação ocorre a partir de uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços que atendem às diretrizes de descentralização com direção única em cada esfera de governo, integralidade de atendimento e participação social, conforme disposto no art. 198 da Carta Federal.

O SUS conta com a participação direta da administração pública e, de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada, conforme art. 199 da CF/88 e art. 4º da LOS nº 8.080/90. Segundo esta LOS, os principais objetivos do SUS consistem nas ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. A referida lei orgânica somente foi regulamentada em 28 de junho de 2011, por meio do Decreto<sup>1</sup> nº 7.508/2011 .

Uma das exigências contidas nos instrumentos normativos do SUS diz respeito ao planejamento das ações. Quanto a esse aspecto define o art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.135, de 2013, são instrumentos básicos de planejamento do SUS, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O §1º do artigo supracitado determina que os instrumentos de planejamento devam compor um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Em 2006, a Portaria GM nº 399 do Ministério da Saúde instituiu o manual intitulado “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, buscando formalizar diretrizes operacionais de atuação por municípios. Com o advento do Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011, foi iniciada uma transição do Pacto pela Saúde para um novo conceito, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), que consiste num acordo de colaboração a ser formalmente celebrado entre entes “para organização da rede interfederativa de atenção à saúde”.

A divisão do território de estados em regiões de saúde foi instituída com o objetivo de garantir a oferta de determinados procedimentos integrantes da média complexidade, buscando, assim, suficiência em atenção básica e parte da média complexidade em cada região de saúde.

---

<sup>1</sup> O Decreto traz novos dispositivos normativos acerca da Articulação Interfederativa, por meio de novo conceito denominado Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), bem como reiterados dispositivos trazidos já na lei 8.080/1990 acerca da Organização e Planejamento do SUS.



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

---

Os dados ilustrados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde<sup>2</sup> indicam que em setembro/2012 (última aferição) 3.994 dos 5.565 municípios brasileiros (71,77% do total) haviam aderido ao referido Pacto. Em Pernambuco, 157 municípios aderiram ao Pacto, representando, então, 84,86%.

A adesão ao Pacto pela Saúde era um dos requisitos necessários a municípios que desejassem obter repasses financeiros oriundos do Ministério da Saúde. O Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011, ao introduzir o COAP, buscou firmar novo meio de interação entre entes federativos, buscando ocupar o espaço e ser sucessor do Pacto pela Saúde, de modo a compartilhar recursos e a evitar gastos processados por estes que na essência buscam a mesma ação de saúde.

A LOS nº 8.142/90 regulamentou a participação social, notadamente em relação à previsão de controle sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera governamental com a criação das instâncias da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, bem como estabeleceu mecanismos de financiamento que passaram a disciplinar as transferências intergovernamentais voltadas à área.

De acordo com essa lei as transferências de recursos da União, realizadas mediante o Fundo Nacional de Saúde - FNS, devem ocorrer de forma regular e automática, para cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Entretanto, para receberem os recursos, de que trata o art. 3º dessa lei, todos os entes da Federação deverão contar com, no mínimo: fundo de saúde, plano de saúde, conselho de saúde, relatório de gestão e contrapartida de recursos.

Cabe ressaltar a importância do plano de saúde como condição imprescindível para o repasse de recursos, visto que sua elaboração é exigência contida nas LOS, assim como nas portarias nº 204/2007 e 837/09 que regulamentam as transferências de recurso 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.

De acordo com o art. 37 da portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos a serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS para os demais entes federados são segmentados conforme a orientação pretendida. Inicialmente foram definidos cinco blocos de financiamento: I - **Atenção Básica**; II - **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**; III - **Vigilância em Saúde**; IV - **Assistência Farmacêutica**; e V - **Gestão do SUS**. Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 837/2009 (de 23/04/2009) introduziu um sexto grupo de financiamento denominado VI- **Investimentos na Rede Pública de Saúde**.

Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de

---

<sup>2</sup> Extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) percorrido o roteiro ACESSO À INFORMAÇÃO>SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA>GESTÃO/FINANCIAMENTO>REGIONALIZAÇÃO>ADESÃO AO PACTO (ou <http://189.28.128.178/sage/>)



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

riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

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

## 7.2 Cenário do SUS em Pernambuco

### 7.2.1 Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

O sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde<sup>3</sup> (SES/PE) traz na aba intitulada “Informações de Saúde” o Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Por sua vez, permanecia desatualizado em relação ao Relatório Anual de Gestão (último publicado era o de 2011). A obrigatoriedade de utilização do referido Sistema SARGUS para alimentação dos Relatórios Anuais de Gestão foi estabelecida a partir da competência 2012, conforme Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012.

Apesar disso, vimos que o referido relatório foi remetido eletronicamente a este Tribunal em março/2016 por ocasião da prestação de contas da Secretaria Estadual de Saúde no item de relatório de gestão.

Destaque-se, dentre as informações constantes do RAG 2015 recebido, o item 5, que trata da Programação Anual de Saúde, a qual contempla 385 metas distribuídas em meio a sete diretrizes. Cada diretriz contempla ações e estas abrigam as referidas metas. Em tais metas, o estado atribui um status de metas: “executada”, “não executada” ou “executada parcialmente”.

O quadro abaixo resume a quantidade de status acima aplicados pelo estado à totalidade de metas no âmbito de cada diretriz:

Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
1. Qualificar e consolidar o modelo de gestão da SES e dos serviços componentes do SUS estadual	7	9	12	28
2. Reverter os indicadores inaceitáveis	15	21	8	44
3. Reestruturar o modelo assistencial	93	45	63	201
4. Participar de projetos intersetoriais prioritários	23	7	3	33

<sup>3</sup> Consultas efetuadas nos endereços

[http://www2.seplag.pe.gov.br/c/document\\_library/get\\_file?p\\_1\\_id=18613&folderId=51243&name=DLFE-21762.pdf](http://www2.seplag.pe.gov.br/c/document_library/get_file?p_1_id=18613&folderId=51243&name=DLFE-21762.pdf) (relativo ao Plano Estadual de Saúde) e <http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao> (Relatório Anual de Gestão).

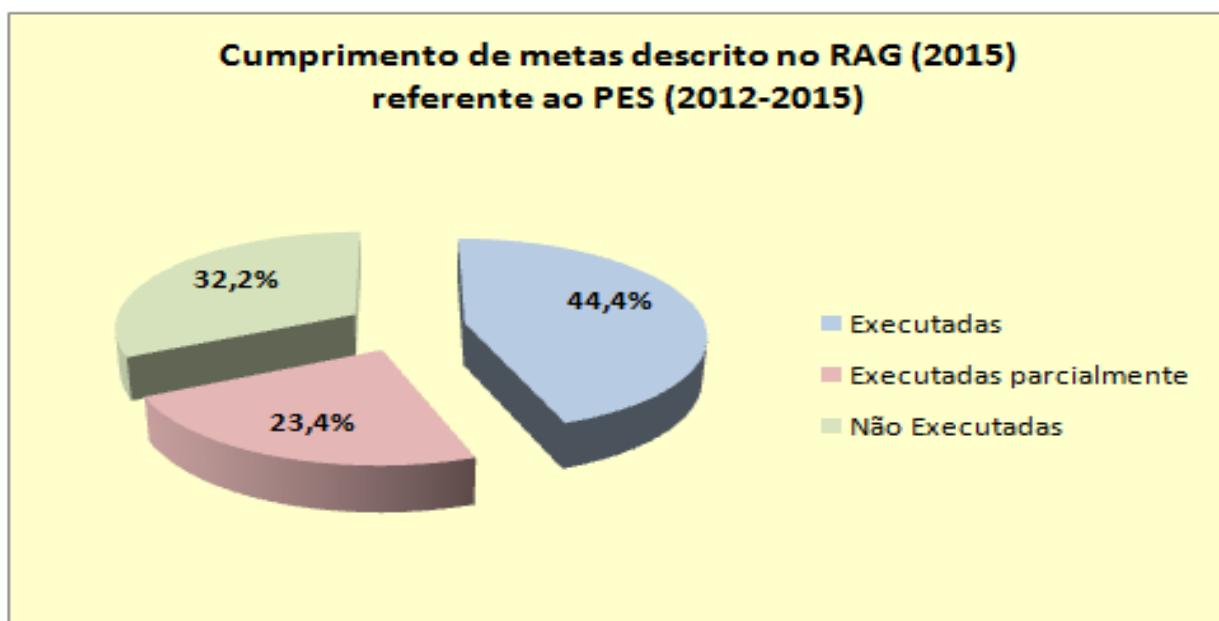


**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

5. Fortalecer o controle social	13	5	30	48
6. Consolidar política de descentralização e fortalecer a regulação	3	2	6	11
7. Aperfeiçoar a gestão do trabalho e educação em saúde	17	1	2	20
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>90</b>	<b>124</b>	<b>385</b>

Fonte: Relatório Anual de Gestão 2015

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



São aplicáveis as seguintes considerações:

- A atribuição de status (“executada”, “não executada” ou parcialmente executada”) é de autoria do próprio governo estadual;
- Nenhuma das metas com execução parcial (90) ou não executadas (124) teve justificativa ou reprogramação nesta Programação Anual de Saúde (PAS).

Quando buscamos construir um percentual de cumprimento de meta<sup>4</sup>, com base na aplicação de pesos diferenciados para metas cumpridas integral e parcialmente, vemos, com base nos dados e classificações fornecidas pelo estado, que a diretriz de maior cumprimento é a 7 (aperfeiçoar a gestão do trabalho e educação em saúde ) e a de menor cumprimento é a 5 (fortalecer o controle social).

A Portaria nº 2.135/2013, em seu art. 6º parágrafo § 1º, estabelece os itens que o RAG deve conter:

<sup>4</sup> Ao aplicarmos, por exemplo, peso 2 para as metas executadas e peso 1 para as executadas parcialmente, obtemos percentuais de cumprimento de 87,5% para a diretriz 7 e de 32,3% para a diretriz 5.



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

---

Art. 6º O Relatório 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.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - **as recomendações necessárias**, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Cumprir observar, assim, que não foram evidenciadas no RAG recomendações referentes às metas que tiveram cumprimento parcial ou não realizadas em 2015. Da mesma forma, não foram especificados percentuais de cumprimento para as metas cuja execução foram informadas como parcialmente executadas.

### **7.2.2 Monitoramento do Plano Estadual de Saúde - PES (2012-2015)**

O Plano Estadual de Saúde (2012-2015) apresentou o seguinte macro objetivo estratégico: melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral. Para tanto, organizou-se em sete diretrizes estratégicas já comentadas no item anterior.

Com vistas a checar em fontes externas o cumprimento das metas apresentadas no Relatório Anual de Gestão, foi selecionada a diretriz estratégica “Reverter os Indicadores Inaceitáveis”, a qual pretendia atuar ao longo do quadriênio 2012-2015 sobre as doenças consideradas crônicas e negligenciadas, priorizando a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

Dessa forma, foram apurados resultados de alguns de seus objetivos estratégicos conforme segue:

#### **7.2.2.1 Reduzir a taxa de mortalidade materna**

Reduzir a taxa de mortalidade materna se apresenta como um dos objetivos estratégicos no âmbito da diretriz estratégica supracitada, e busca, além da redução da referida taxa, ampliar a investigação do óbito em mulheres em idade fértil, considerando que a maioria desses óbitos é evitável e que tal investigação poderia detectar falhas e contribuir para evitá-los.

Nesse contexto, o PES definiu metas quadrienais para esse objetivo que se consubstanciaram em duas linhas de ação, a saber:

- 1) Reduzir em 5% ao ano a mortalidade materna e
- 2) Aprimorar os sistemas de informações para a vigilância do óbito de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbito materno atingindo, respectivamente, 75% e 100% de investigação destes óbitos.

Como se pode perceber, ações foram planejadas 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.

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



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

---

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

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

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

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

Assim, buscou-se averiguar os resultados alcançados, com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e concluir se houve ou não, de fato, cumprimento das metas definidas.

#### **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 Mulheres em Idade Fértil – MIF, caracterizou-se por queda gradual do número de óbitos, como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

**Quadro de Evolução do número de óbitos de MIF em Pernambuco (2011 a 2015)**

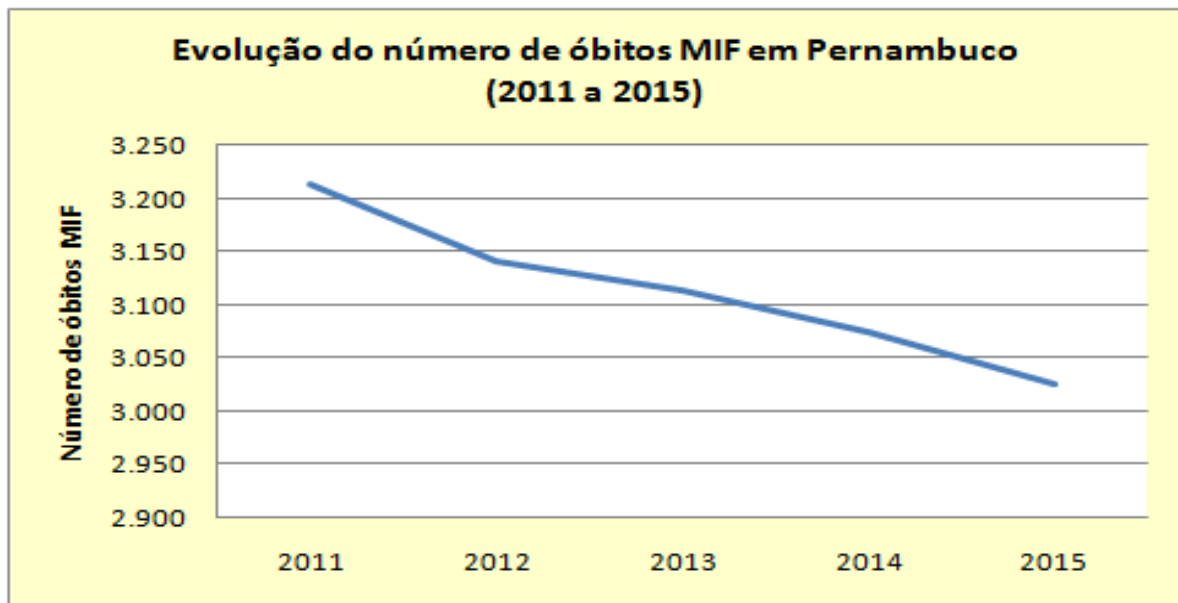
<b>Exercício</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Número de Óbitos</b>	3.214	3.141	3.114	3.074	3.026

**Fonte:** SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:

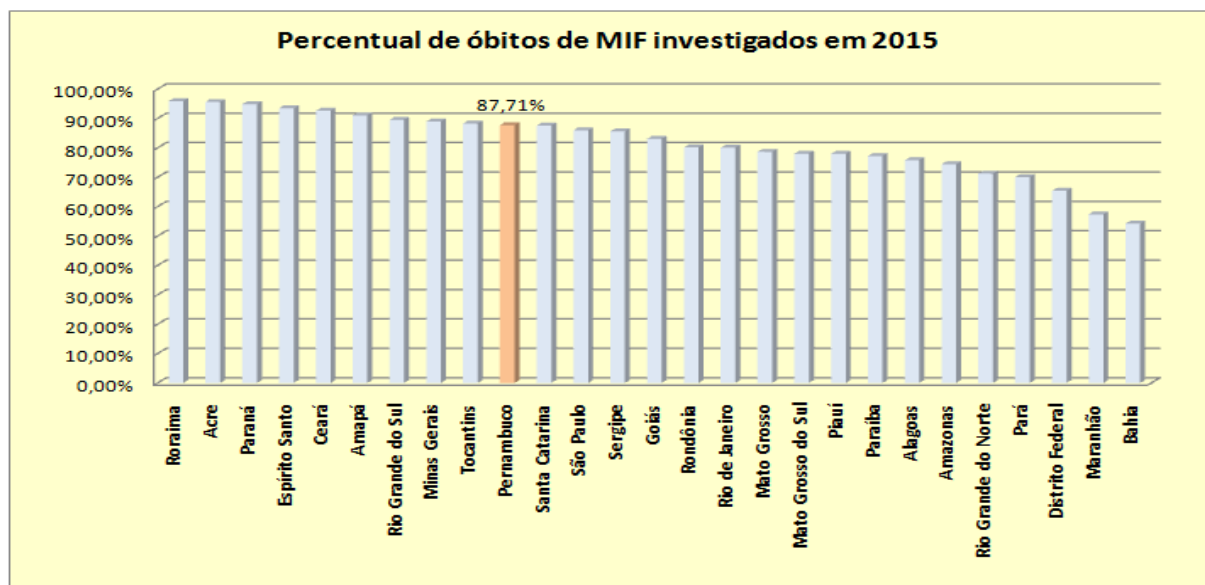


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Por outro lado, no que concerne às metas definidas no PES, esperava-se o aprimoramento dos sistemas de informações para a vigilância do óbito de MIF, o qual deveria atingir até 2015 o patamar de 75% dos casos de óbito de MIF devidamente investigados, com vistas à sua evitabilidade. O gráfico a seguir demonstra o que ocorreu no exercício de 2015 em todas as Unidades Federativas - UFs brasileiras.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

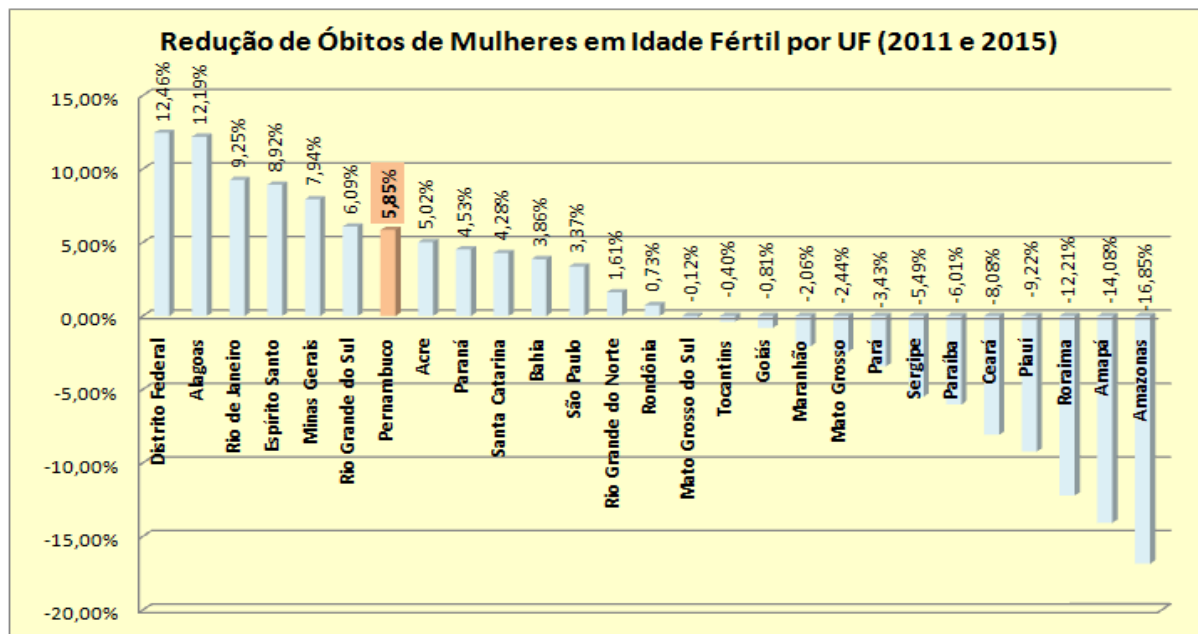
Como se pode observar, o estado de Pernambuco conseguiu cumprir sua meta, inclusive ultrapassando-a em 2015, onde conseguiu investigar 87,71% dos casos de óbitos de MIF, contra os 75% previstos, ficando em 10º lugar entre as UFs brasileiras.



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

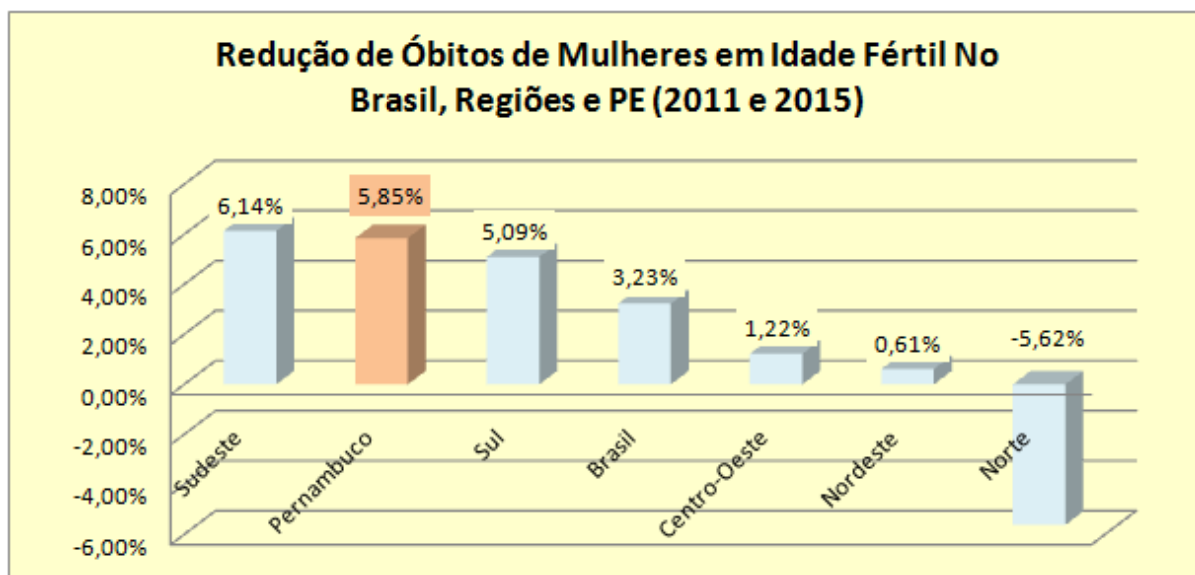
É possível inferir que esse desempenho na investigação dos casos de óbito de MIF contribuiu positivamente para a redução do respectivo número de óbitos no período, corroborando o que informa a literatura na área.

Visto por estados da federação, as reduções verificadas entre 2011 e 2015 foram:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

A comparação do número de óbitos de MIF ocorrido em 2011 e em 2015 apresenta variações regionais, que reforça o desempenho positivo de Pernambuco, com relação ao desempenho do Brasil, Regiões e UFs, conforme gráficos a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

O estado de Pernambuco apresentou redução de óbitos de MIF, considerando os exercícios de 2011 e 2015, superior à redução obtida pelo Brasil e Regiões Sul, Norte,





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

Centro-Oeste e Nordeste. Com relação às demais UFs, ficou abaixo apenas do Distrito Federal, Alagoas, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul.

Diante do exposto, pode-se afirmar que o estado de Pernambuco conseguiu atender às metas definidas no PES, obtendo resultados significativos que contribuíram para redução da mortalidade de Mulheres em Idade Fértil.

### 7.2.2.1.2 Mortalidade Materna

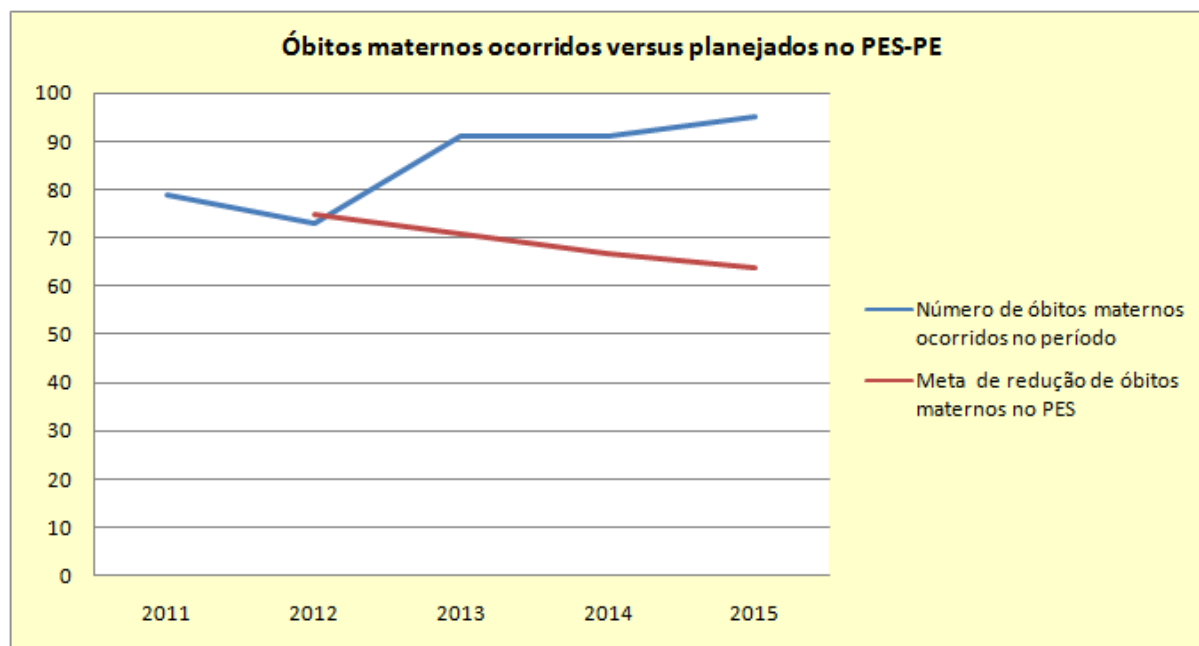
Os dados analisados revelaram que o desempenho do estado de Pernambuco, com relação à mortalidade materna, não se caracterizou por queda gradual do número de óbitos, ficando abaixo das metas previstas no PES (redução de 5% a cada exercício), conforme quadro e gráfico a seguir:

**Quadro de Evolução do número de óbitos maternos em Pernambuco (2011 a 2015)**

Exercício	2011	2012	2013	2014	2015
Número de Óbitos	79	73	91	91	95
Meta de Óbitos (PES)	-	75	71	67	64

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:

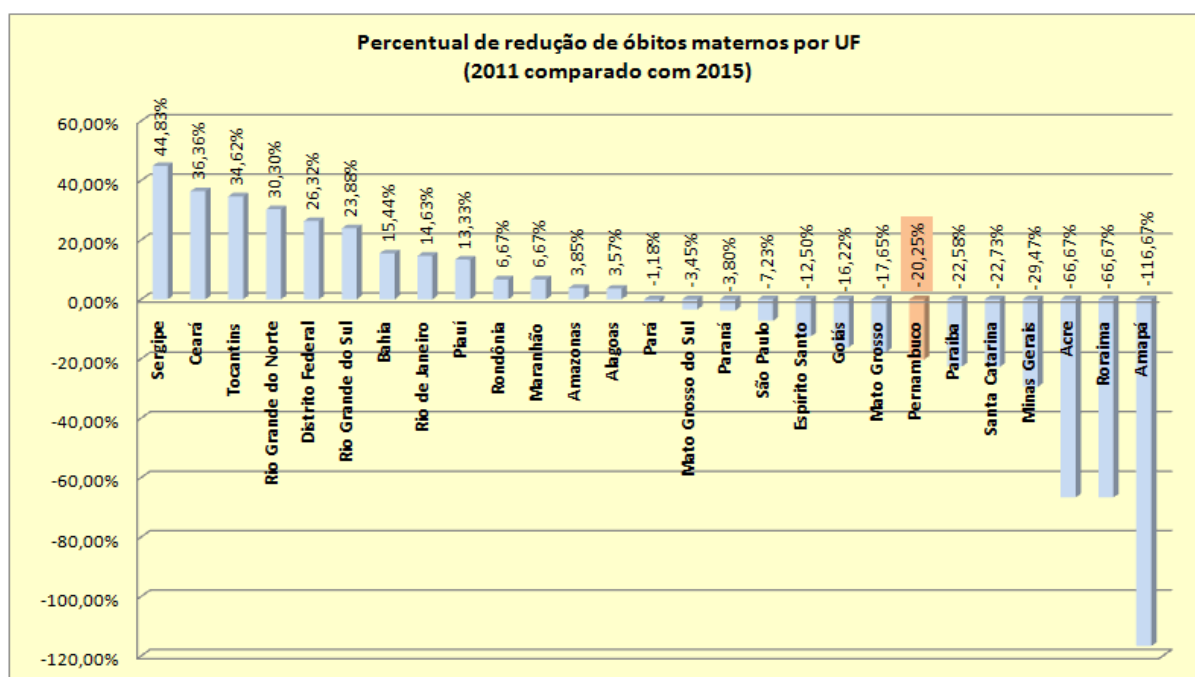


Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS



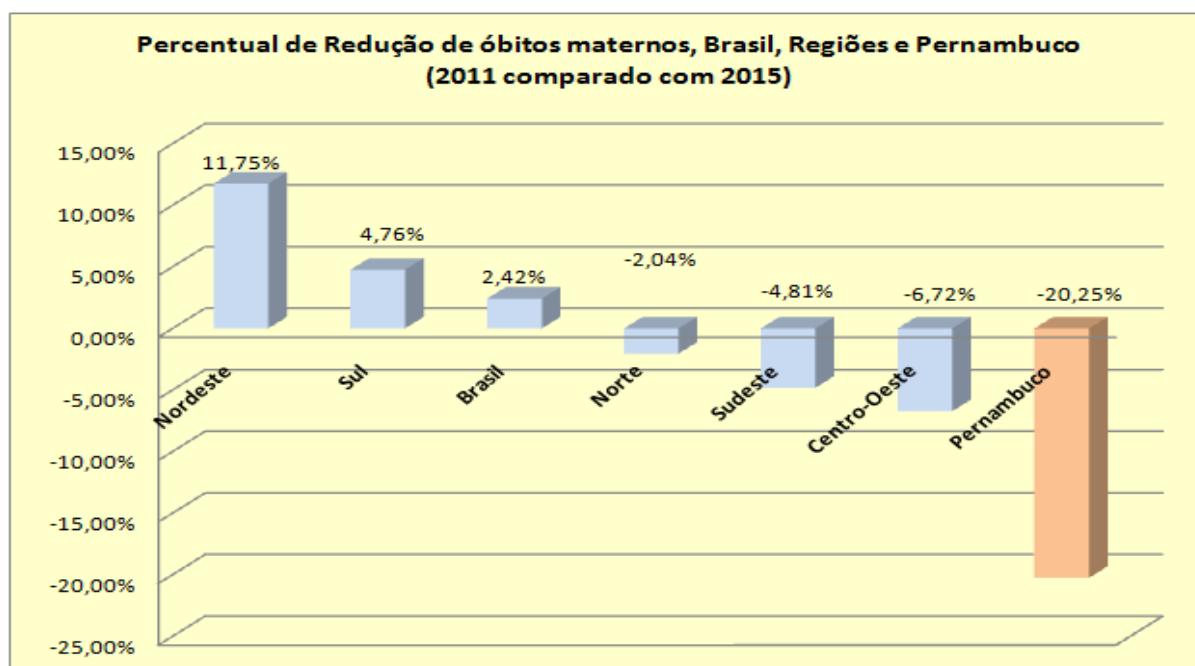
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

Observa-se que apenas em 2012 a meta de redução foi alcançada, terminando em 2015 (95 casos) com número de óbitos maternos 20,25% superior ao aferido em 2011 (79 casos), o qual serviu de base para as metas definidas. Comparativamente aos demais estados da federação, a redução de 20,25% alcançada pelo estado figura como abaixo posicionada:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

O desempenho de Pernambuco ao comparar o resultado de 2015 com 2011, em relação ao Brasil, Regiões e Unidades Federativas pode ser observado no gráfico a seguir.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS



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

Os dados demonstram que Pernambuco apresentou aumento significativo de casos de óbitos maternos, com desempenho inferior ao obtido pelo Brasil e de todas as Regiões, bem como se apresenta apenas em 21º lugar quando se considera as Unidades Federativas, superando apenas Paraíba, Santa Catarina, Minas Gerais, Acre, Roraima e Amapá.

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 ficou distante do esperado no Plano Estadual de Saúde.

Esse resultado merece atenção por parte da gestão do estado de Pernambuco, tendo em vista que essa taxa, ainda 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 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 63, isso quer dizer que para cada cem mil nascidos vivos no período, houve 63 óbitos de mulheres por causas maternas.

Foram obtidos os números de nascidos vivos de mães residentes de 2005 a 2014 e o cálculo da taxa de mortalidade materna apresentou o resultado descrito no quadro e gráfico a seguir.

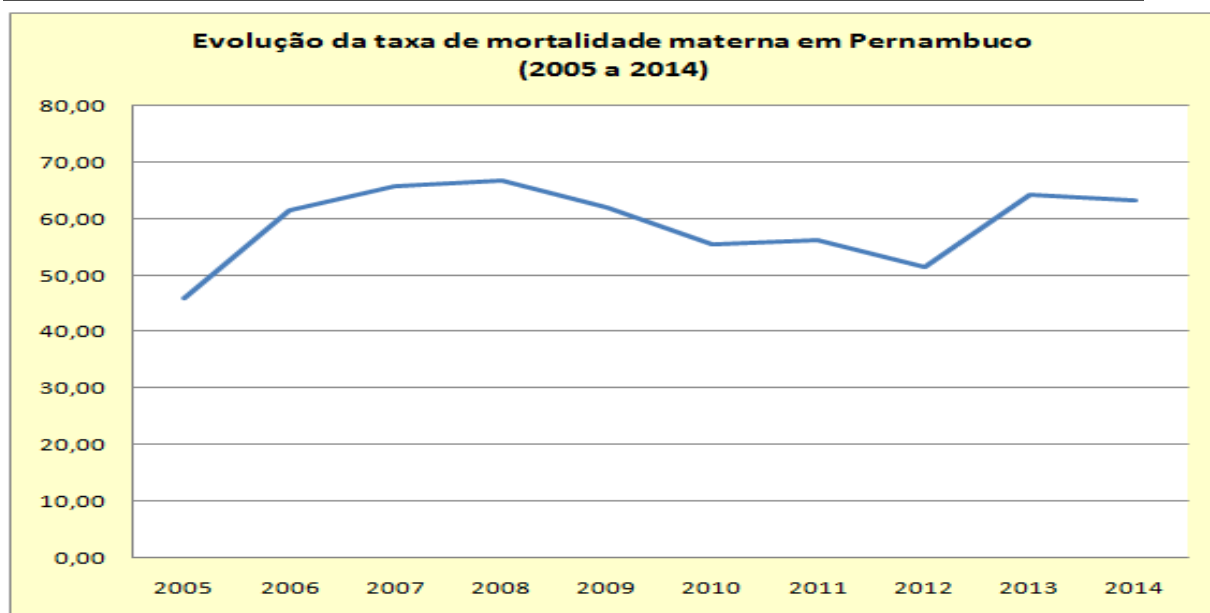
<b>Exercício</b>	<b>Nascidos Vivos</b>	<b>Número de óbitos maternos</b>	<b>Taxa de mortalidade materna</b>
2005	152.095	70	46,02
2006	146.108	90	61,60
2007	143.095	94	65,69
2008	145.195	97	66,81
2009	141.815	88	62,05
2010	136.591	76	55,64
2011	140.079	79	56,40
2012	141.382	73	51,63
2013	141.453	91	64,33
2014	143.489	91	63,42

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

Graficamente, o comportamento acima pode ser assim representado:



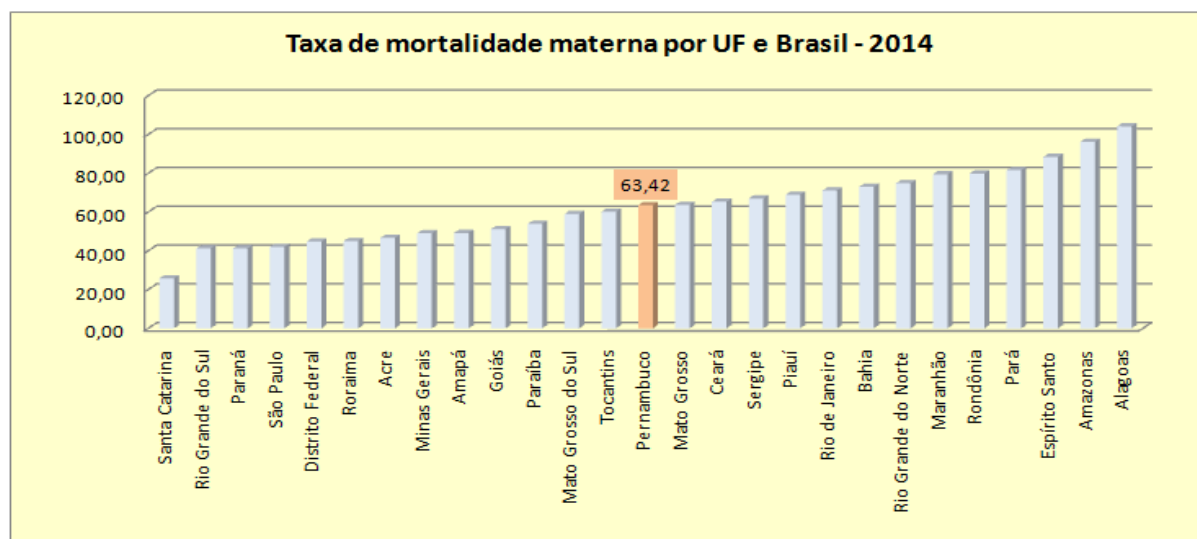
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



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

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, ficando aproximadamente nos níveis de 2006 e 2007.

Quando se compara a taxa de mortalidade de Pernambuco com as demais UFs em 2014, observa-se que seu desempenho é intermediário, ficando com a 14ª menor taxa de mortalidade, conforme o gráfico a seguir.



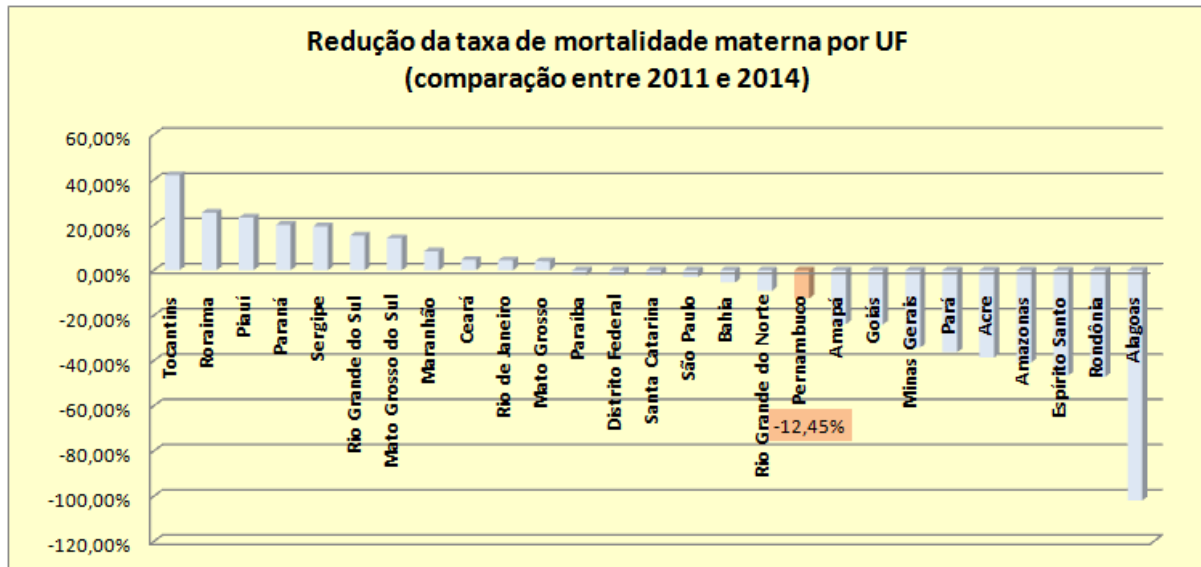
Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

Entretanto, quando se compara a taxa de mortalidade de 2011 com 2014 observa-se que a redução esperada no PES não apenas deixou de ser cumprida, mas também que



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

houve incremento na referida taxa, cuja variação comparada com a das demais UFs é descrita no gráfico seguinte.



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

Observa-se, nesse caso, que Pernambuco ficou em 18º lugar em relação às demais UFs, com aumento de 12,45% na taxa de mortalidade, comparando o desempenho de 2011 com 2014. Além disso, quando se analisa os estados do Nordeste percebe-se que seu desempenho só não foi pior do que o de Alagoas.

Aliado a esse resultado, observou-se que o percentual de casos de mortalidade materna investigados em 2015 ficou em 94,74%, abaixo do esperado no PES, que pretendia investigar 100% dos casos, como descrito no gráfico a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS



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

---

Embora não se possa afirmar que o nível de casos investigados foi baixo, pois ficou próximo da meta e representou o sexto melhor desempenho entre as Unidades Federativas, tal investigação não conseguiu se traduzir em redução dos casos de óbitos maternos, como era de se esperar tendo em vista que, segundo Rodrigues e Siqueira (2003), publicado no Caderno de Saúde Pública:

a investigação epidemiológica dos óbitos maternos contribui para a adequada mensuração dessa mortalidade e, sobretudo, para conhecer os fatores relacionados com a sua ocorrência, buscando identificar a evitabilidade e assim propor medidas preventivas.

Diante do exposto, transparece que o estado de Pernambuco não conseguiu atingir as metas definidas no seu Plano Estadual de Saúde, no que tange à mortalidade materna.

Em pesquisa realizada no município de Recife, sob o título “Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006)”, que coletou dados de 2000 a 2006, buscando levantar características epidemiológicas dos óbitos maternos, publicada na Revista Brasileira de Enfermagem em 2011, as pesquisadoras Rafaella Correia, Hallana Araújo, Betise Furtado e Cristine Bonfim concluem que,

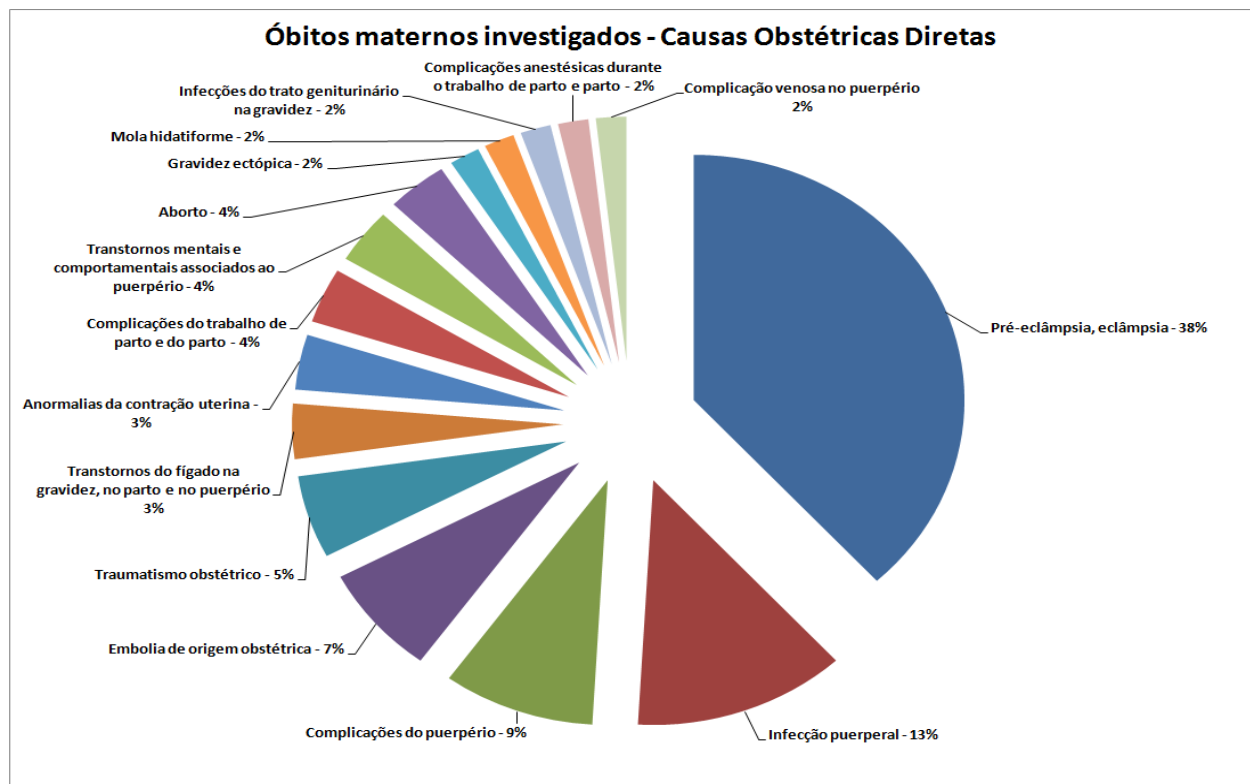
Os dados obstétricos mostraram a realização de menos de seis consultas pré-natais, entre uma e quatro gestações prévias, parto cesáreo e admissão durante a gestação ou no trabalho de parto em estado grave. Esses dados são importantes para o planejamento das ações que visem reduzir a mortalidade materna. Observou-se uma significativa proporção de mortes obstétricas diretas; os transtornos hipertensivos como principal causa básica. Em que os pese, os esforços para sua redução, a mortalidade materna ainda permanece como um problema de saúde pública na cidade do Recife. Seguramente, para a redução da mortalidade materna uma única estratégia não é eficiente, é premente um conjunto concentrado de ações intersetoriais. Persiste a necessidade de assegurar a completa cobertura do pré-natal e a promoção do acompanhamento à gestante durante o parto e puerpério, aprimorando a assistência integral à saúde da gestante.

Afirmam também que as gestantes hipertensas exigem atenção especial, com a realização de pré-natal diferenciado, que contemple exames laboratoriais específicos a fim de diminuir os riscos maternos e fetais associados.

O gráfico a seguir demonstra o peso dos transtornos hipertensivos (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) dentre as diversas causas de mortalidade materna investigadas nessa pesquisa, perfazendo um total de 38% dos casos:



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



Fonte: Correia et. al (2011)

Comentam, ainda, as supracitadas pesquisadoras que:

Neste estudo, a maioria dos óbitos foi considerada evitável através de uma assistência pré-natal adequada e medidas educativas. Essa informação indica a relevância de conhecer as causas das mortes maternas e os fatores envolvidos na sua ocorrência, para o planejamento de estratégias que levem a sua redução.

Anteriormente, Costa et. al (2002) já havia concluído em artigo intitulado “Mortalidade Materna na Cidade do Recife”, que investigou casos de morte materna no período de 1994 a 2000, publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, que “consideraram-se evitáveis 82% das mortes maternas (118 casos), por meio de medidas educativas e assistência adequada ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Dezesete óbitos (11,8%) foram considerados inevitáveis”.

Em estudo mais recente, Nunes et. al (2015) em artigo intitulado “Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015”, demonstra que houve aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, mas por outro lado, essa atenção pré-natal ocorreu com elevado nível de inadequação, principalmente por problemas com exames laboratoriais de rotina, procedimentos básicos recomendados, bem como com prescrições e orientações durante as consultas.



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

---

Observa-se então, diante de tais pesquisas, que os óbitos maternos em boa medida são evitáveis, que as causas são identificáveis e sua investigação é necessária para a adoção de medidas que possam mitigar tais casos de mortalidade materna.

Assim, recomenda-se inicialmente que sejam analisadas as investigações realizadas, buscando identificar porque não se traduziram em redução dos casos de mortalidade materna, destacando se ocorreram falhas na própria investigação realizada, falhas nas ações sobre as causas identificadas nas investigações ou outros fatores que contribuíram para o aumento dos casos de óbito materno, durante a vigência do Plano Estadual de Saúde (2012-2015).

Recomenda-se também que, de posse das informações analisadas, sejam adotadas ações preventivas focadas diretamente sobre as causas identificadas de mortalidade materna no estado de Pernambuco.

#### **7.2.2.2 Reduzir a taxa de mortalidade infantil**

Reduzir a taxa de mortalidade infantil surge no Plano Estadual de Saúde (2012-2015) como objetivo estratégico, com a afirmação de que o Estado vem reduzindo esse indicador através de ações intersetoriais, atenção e vigilância em saúde. Informa também que pretende melhorar a atenção integral à saúde, através de políticas estratégicas voltadas para grupos específicos, buscando entre outras coisas reduzir a mortalidade infantil, que consiste na morte de crianças menores de 1 ano.

Quando se afirma, por exemplo, que a taxa de mortalidade infantil de determinado estado foi de 40, isso quer dizer que para cada mil nascidos vivos no período, 40 crianças menores de um ano vieram a óbito.

Para alcançar tal objetivo foram definidas as seguintes metas:

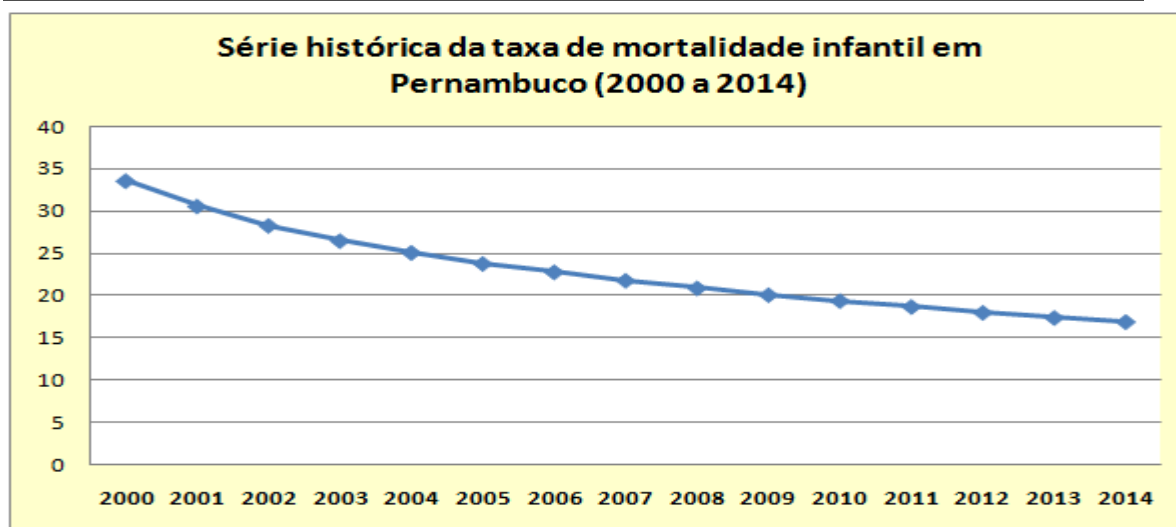
- 1) Reduzir em 5% a mortalidade infantil.
- 2) Fortalecer sistema de investigação de óbito infantil, fetal e materno mediante a ampliação da investigação do óbito infantil em 40% e fetal em 30%.
- 3) Aprimorar os sistemas de informações para a vigilância do óbito infantil e fetal, investigando e analisando, respectivamente, 50% e 30% desses óbitos.

A favor do afirmado no PES, os dados obtidos no IBGE dão conta de que a taxa de mortalidade infantil de Pernambuco de fato apresenta tendência de queda desde o exercício de 2000, de 48,8 óbitos infantis por mil nascidos vivos, para 14 em 2014, como se pode observar no gráfico a seguir:



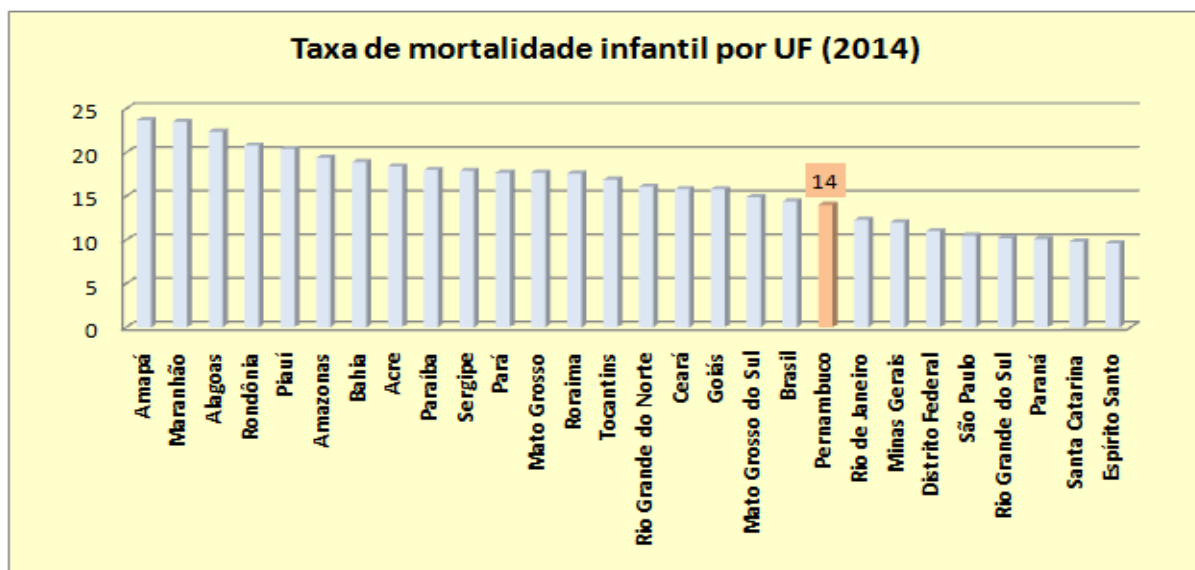


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: IBGE Obs.: A taxa de mortalidade infantil de 2015 ainda não foi divulgada.

Aliado a isso, observou-se que o estado de Pernambuco obteve uma das menores taxas de mortalidade infantil dentre as unidades federativas no exercício de 2014, conforme gráfico a seguir:

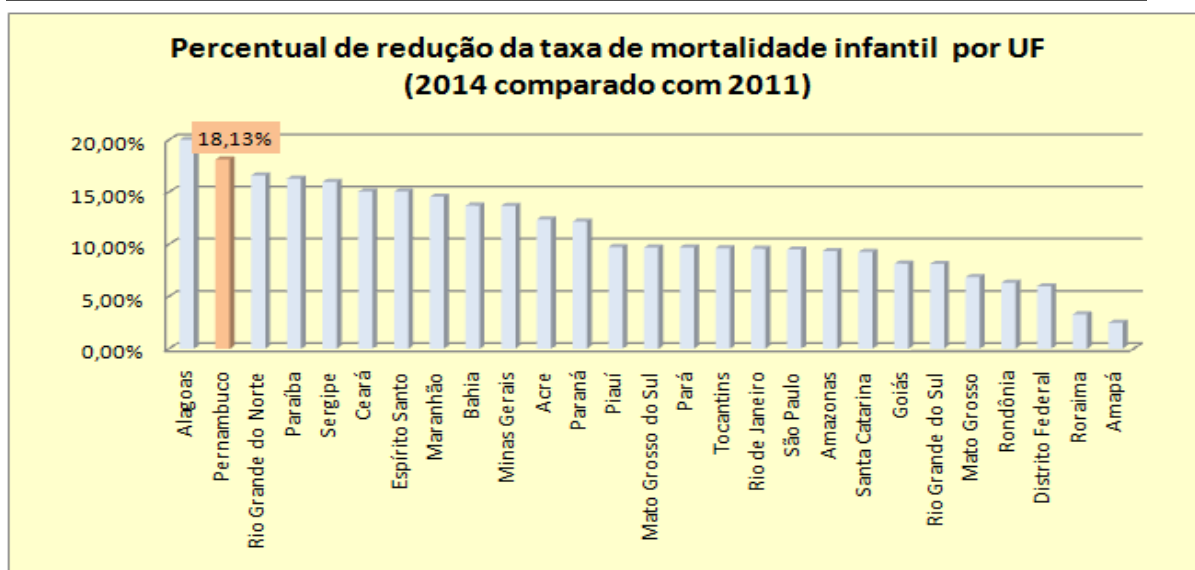


Fonte: IBGE Obs.: A taxa de mortalidade infantil de 2015 ainda não foi divulgada.

Observou-se também que a redução da taxa de mortalidade infantil alcançada pelo estado de Pernambuco, entre os exercícios de 2011 e 2014, foi de 18,13%, pois era de 17,10 óbitos por mil nascidos vivos em 2011, caindo para 14,00 no exercício de 2014, superando de forma significativa a meta definida no PES, que buscava redução de 5% até 2015. O resultado obtido por Pernambuco no referido período caracterizou-se como a segunda maior redução dentre as UFs, como descrito no gráfico a seguir.

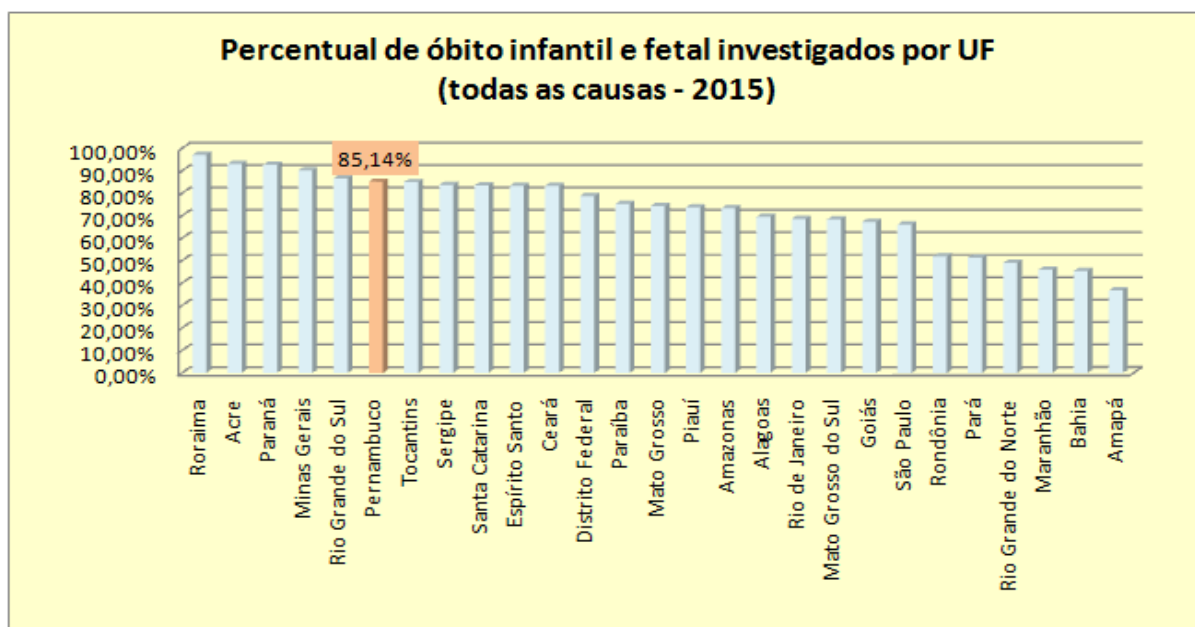


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: IBGE Obs.: A taxa de mortalidade infantil de 2015 ainda não foi divulgada.

Além disso, no que tange aos esforços de investigação dos óbitos infantis e fetais, os dados obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM do Ministério da Saúde comunicam que o estado de Pernambuco realizou 85,14% de investigação dos casos de óbitos, superando assim as metas definidas no PES, que pretendiam atingir 50% dos óbitos infantis e 30% dos fetais. Tal resultado lhe garantiu uma positiva sexta posição dentre os demais estados, como se pode observar no gráfico a seguir:



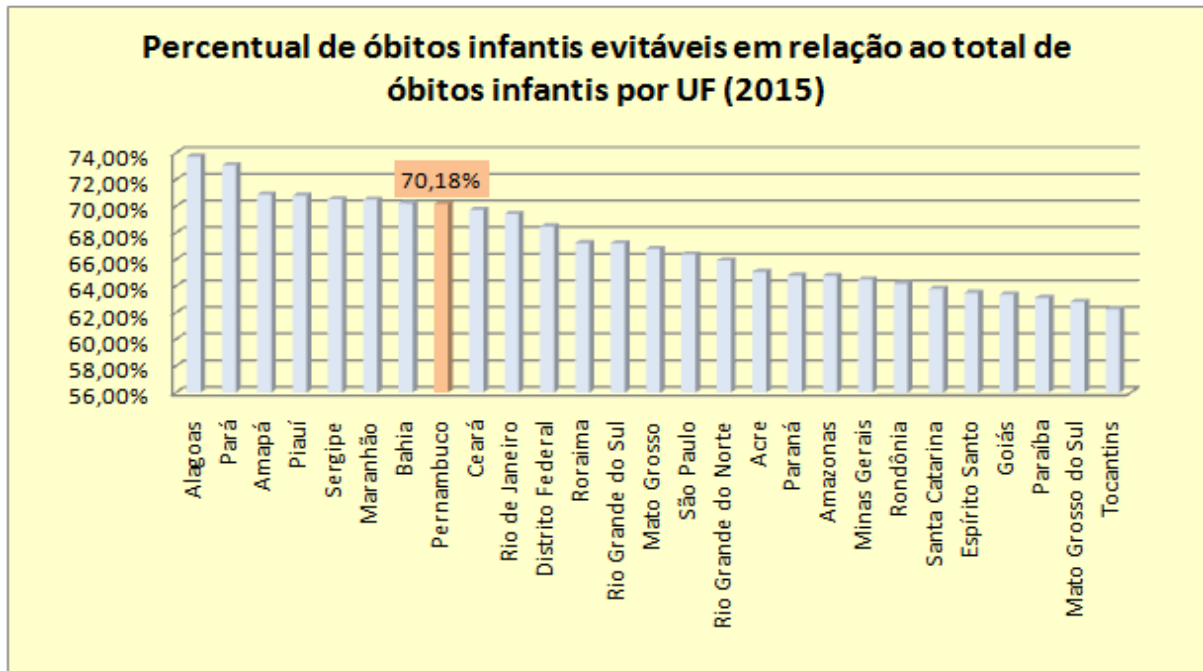
Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Não obstante o resultado positivo é preciso manter os cuidados na área, aperfeiçoando ainda mais as investigações e análises dos óbitos infantis, buscando evitá-los, pois em 2015, o número de óbitos infantis em Pernambuco, ainda atingiu o patamar de 1.871 casos, dos quais 1.313 são considerados evitáveis, segundo os dados do SIM. Nesse caso, o



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

estado de Pernambuco tem uma margem de 70,18% de óbitos evitáveis em relação a todos os óbitos infantis (vide gráfico abaixo), para ser trabalhada e, portanto, melhorar ainda mais sua posição no cenário brasileiro.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

### 7.2.2.3 Controlar a Tuberculose

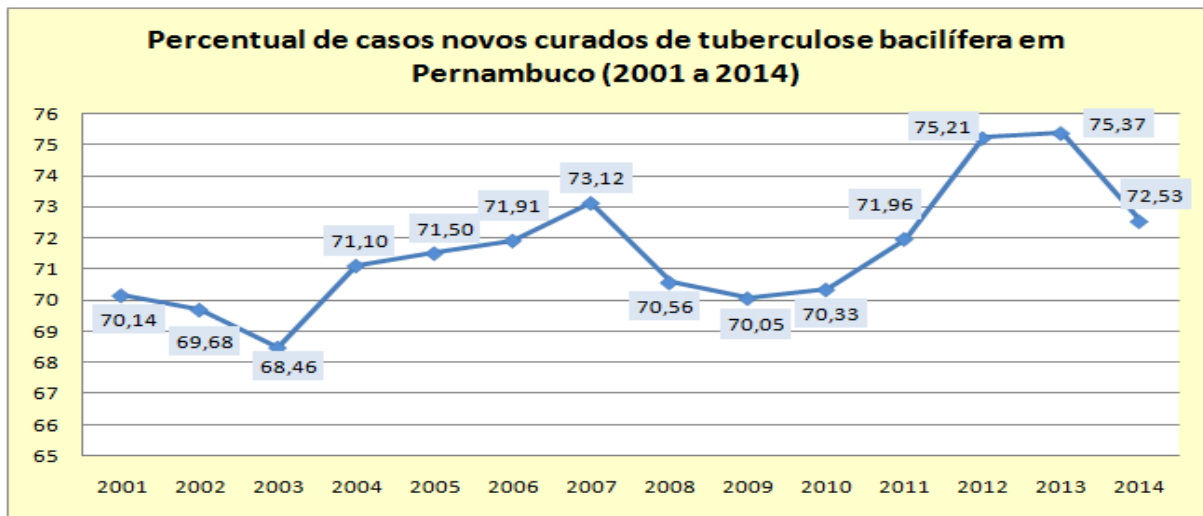
Esse objetivo estratégico encontra-se no PES (2012-2015) com a proposta de reduzir a Tuberculose a indicadores aceitáveis através da detecção, exame, tratamento dos casos e redução de abandono no tratamento.

Uma das metas definidas para o objetivo supracitado foi curar 75% dos casos novos diagnosticados no estado, além disso há metas relacionadas a ações de prevenção e controle da tuberculose nos municípios pernambucanos.

Os dados obtidos junto à Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde - SAGE, permitiram visualizar a série histórica, quanto ao percentual de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados, descrita no gráfico a seguir.



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

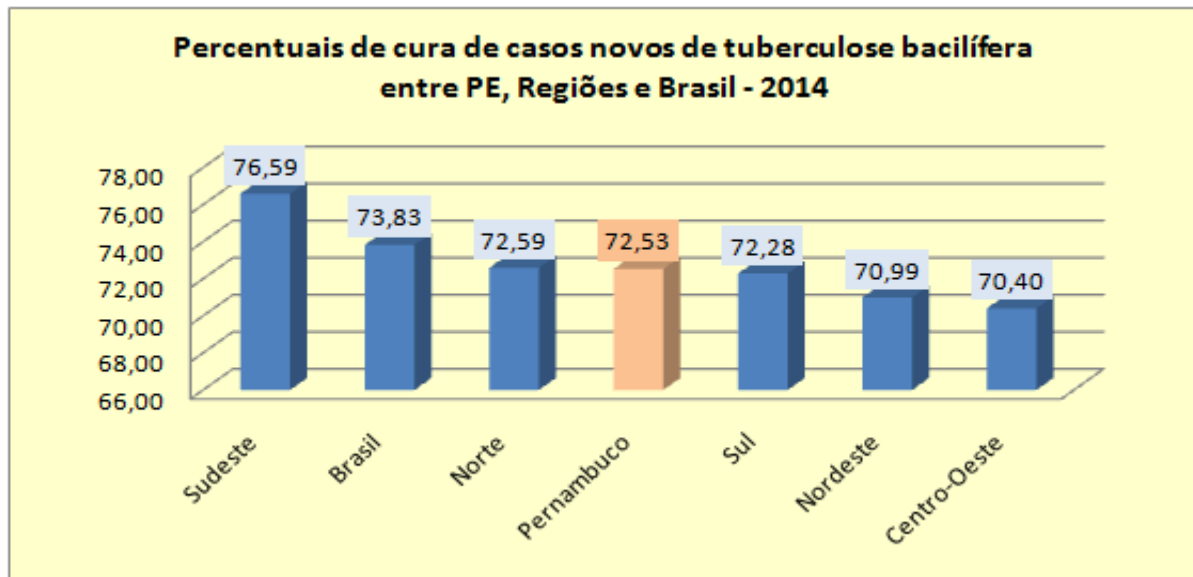


Fonte: SAGE - Ministério da Saúde

Obs.: Os dados referentes a 2015 não são conclusivos.

Como se pode observar, o estado de Pernambuco apresenta tendência de aumento de efetividade na cura de casos novos de tuberculose bacilífera e nos exercícios de 2012 e 2013 superou a meta de 75% de casos novos curados, definida no PES, com queda em 2014 quando apresentou 72,5%.

Quando se compara esse percentual obtido por Pernambuco em 2014 (72,5%) com os percentuais de cura obtidos pelo Brasil e Regiões, tem-se o panorama descrito no gráfico a seguir.



Fonte: SAGE - Ministério da Saúde

Percebe-se que Pernambuco apresentou percentual de cura de novos casos de tuberculose no mesmo patamar da Região Norte e abaixo apenas do percentual do Brasil e da Região Sudeste, superando as Regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste. 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.

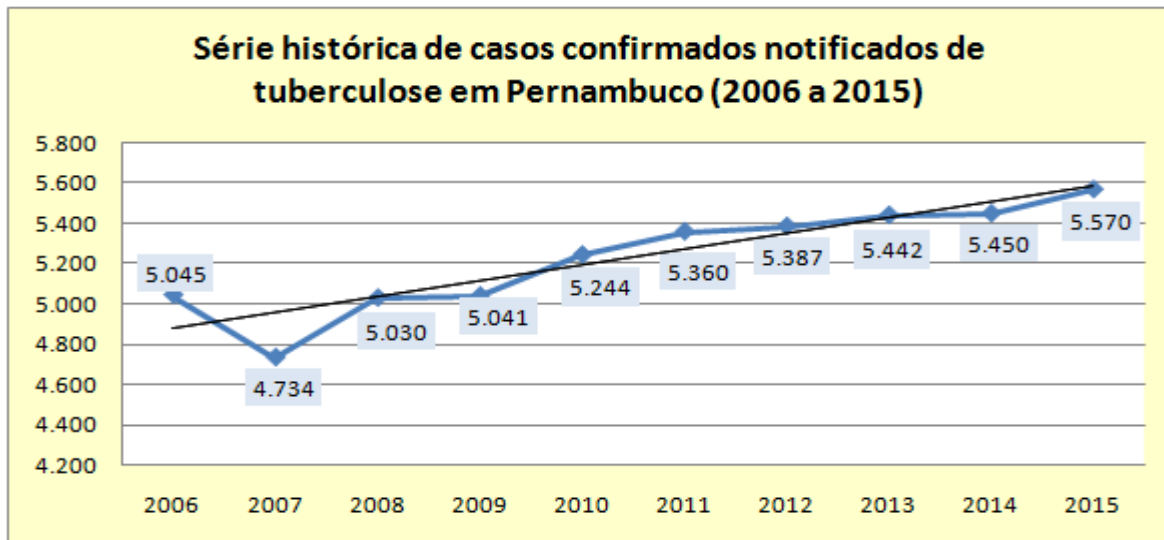


**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

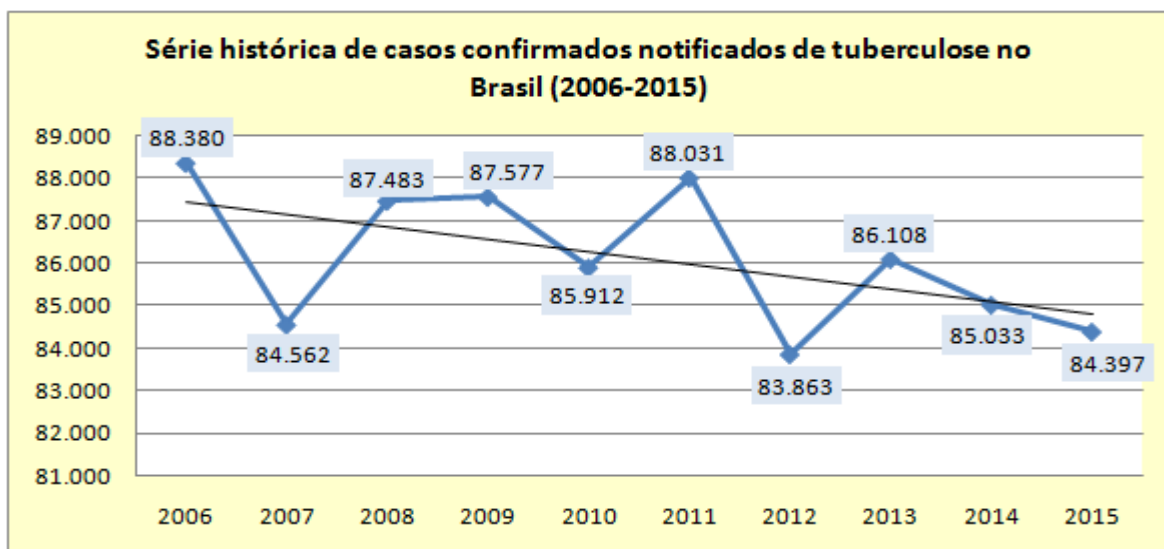
Diante desses dados, pode-se afirmar que Pernambuco, do ponto de vista de atuação sobre os casos de Tuberculose ocorridos, em busca de curá-los, vem apresentando desempenho positivo, com tendência de melhoria para os próximos exercícios.

Entretanto, do ponto de vista de uma atuação preventiva, o exame dos dados obtidos demonstrou que o número de casos confirmados notificados de Tuberculose em Pernambuco vem crescendo ao longo do tempo, na contramão do que vem ocorrendo no Brasil, que vem gradativamente reduzindo esse número.

Foram elaborados dois gráficos de linha para comparar a evolução de 2006 a 2015, do número de casos confirmados notificados de Tuberculose em Pernambuco com o número de casos no Brasil, inserindo em tais gráficos as linhas de tendência do tipo linear (em preto), para facilitar a visualização das tendências de queda ou aumento e permitir uma análise do desempenho de Pernambuco, com relação a prevenção e controle da doença em pauta. Os gráficos são demonstrados a seguir.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net



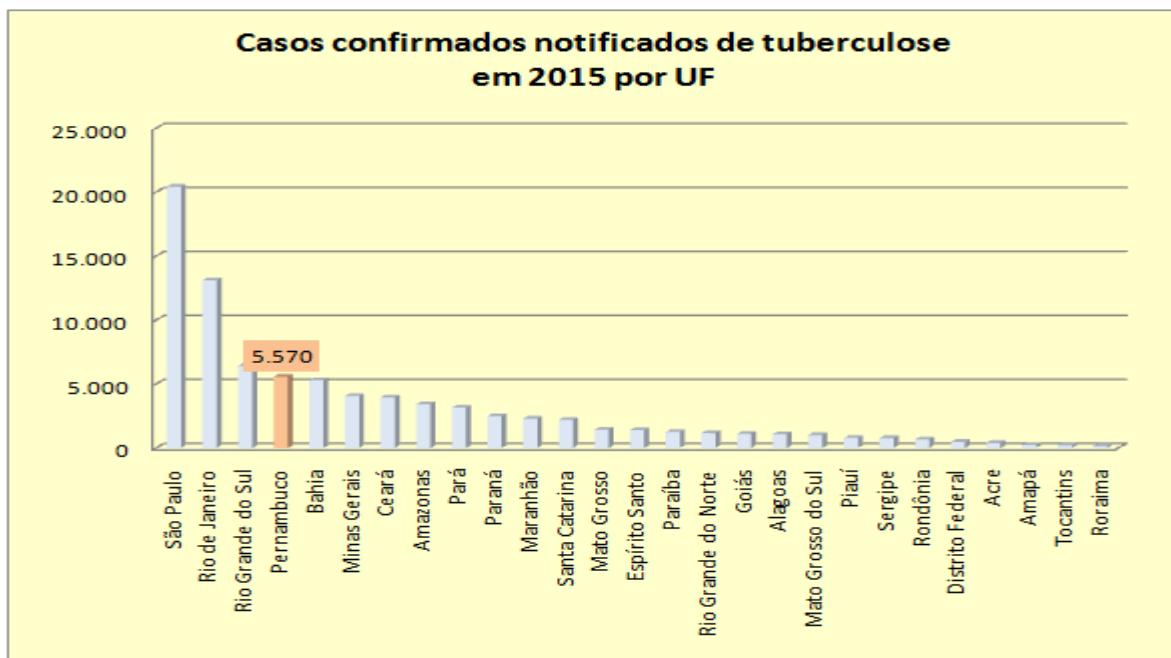
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net



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

Percebe-se que a linha de tendência no gráfico de Pernambuco informa que, mantendo-se o mesmo ritmo, há tendência de aumento de número de casos confirmados notificados de Tuberculose ao longo dos anos porvindouros, enquanto no gráfico do Brasil a linha de tendência demonstra que, apesar dos altos e baixos dos números de casos obtidos anualmente, há tendência de redução para os próximos anos, caso as ações permaneçam com o mesmo ritmo apresentado no período sob análise.

Em reforço a essa análise, os dados demonstraram que o número de casos confirmados notificados de Tuberculose em Pernambuco no exercício de 2015 é elevado em relação às demais Unidades Federativas, como se pode observar no gráfico a seguir.



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

O número de casos verificado em Pernambuco em 2015 foi menor apenas do que os desempenhos de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, quando se esperava que figurasse abaixo também de outros estados dotados de maior contingente populacional, como Minas Gerais e Bahia por exemplo. Esse desempenho acena para a possibilidade de que as ações preventivas realizadas não foram ainda suficientes para redução da ocorrência de tais casos. Essa redução, que deve ser meta permanente, quando implementada representará em última análise redução de gastos na cura da doença já instalada, além do óbvio benefício à proteção da vida do cidadão pernambucano.

Diante de todo o exposto, conclui-se que a atuação do estado de Pernambuco com relação à Tuberculose, definida no (PES 2012-2015) foi positiva no que tange ao aspecto corretivo, ao tratar dos infectados, mas ainda precisa melhorar com relação ao aspecto de controle e prevenção.

### 7.2.3 Atenção Primária

A Atenção Básica, ou Primária, exerce a função de “porta de entrada” preferencial do usuário no SUS e se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no

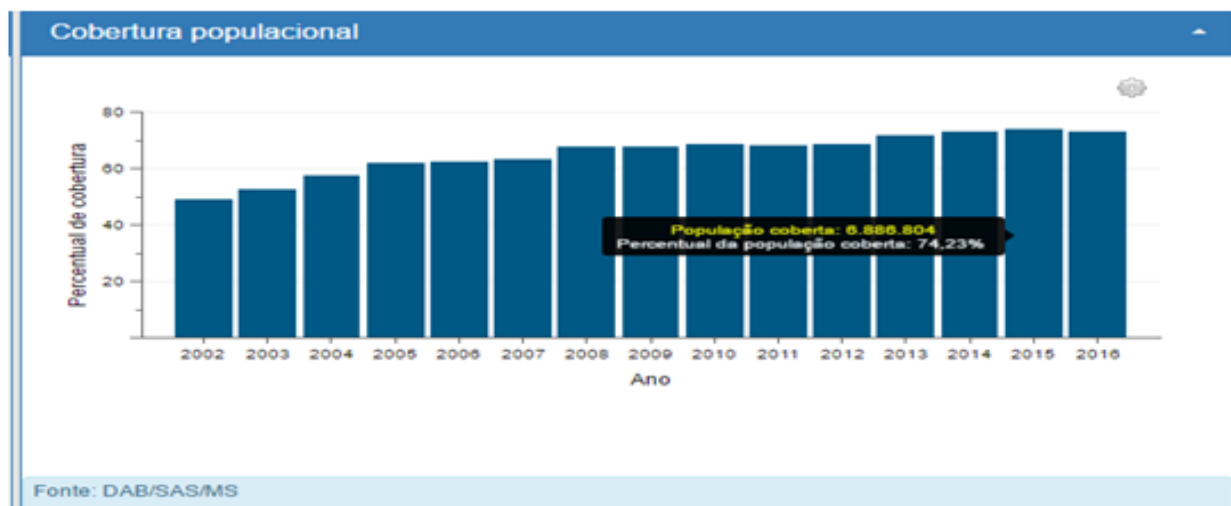


**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A forma de organização prioritária da Atenção Básica atualmente, conforme preceitua o Sistema Único de Saúde, é alicerçada no conceito de Estratégia de Saúde da Família. As Equipes de Saúde de Família devem ser compostas por, no mínimo: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também atuam na atenção primária à população outras categorias profissionais como: cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário (ACD) e técnicos em higiene dental (THD).

A cobertura populacional por equipes de saúde da família em Pernambuco observou aumentos gradativos desde a sua implantação. O sítio eletrônico do Ministério da Saúde informa que em dezembro de 2015 a cobertura populacional de equipes de saúde da família em Pernambuco alcançava cerca de 6,88 milhões de habitantes (74,23% da população), como evidenciado<sup>5</sup> no gráfico a seguir:



Por outro lado, trabalho de auditoria especial efetuado em 2014 (no processo TCE nº 1403946-1) promovido pela Gerência de Auditoria de Desempenho e Estatísticas Públicas (GEAP) verificou deficiências em Gestão de Pessoas, Planejamento e Financiamento da Atenção Básica, abaixo indicadas:

- Gestão de pessoas: deficiência na elaboração e na execução das ações de capacitação e formação dos gestores e profissionais da Atenção Básica;
- Planejamento: deficiências nos processos de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, englobando oferta insuficiente de exames e consultas especializadas na média e alta complexidade provocando grande fila de espera e ausência de registro de contrarreferência dos pacientes; e
- Financiamento: baixo volume de recursos repassados pelo estado de Pernambuco aos municípios a título de financiamento da Atenção Básica.

<sup>5</sup> Gráfico extraído do portal de saúde federal, em 21/07/2016, na seção “Sala de Gestão Estratégica” (SAGE). Opção “Redes e Programas” < “Saúde Mais Perto de Você - Atenção Básica” < Equipes de Saúde da Família (aplicar filtro por estado).



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

O trabalho ensejou Acórdão nº 795/2015, que julgou regulares com ressalvas a referida auditoria, e teceu recomendações na área.

### 7.3 Rede Estadual de Saúde

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

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

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

### Gerências Regionais de Saúde

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



Fonte: SES/PE





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

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

Os dados relativos à população do estado são divulgados pelo IBGE (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>), sendo estimado um contingente de 9.345.173 habitantes para o ano de 2015 (distribuídos entre os 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha). Os dados de regionais de saúde veiculados no portal de saúde federal contemplam quantitativos populacionais atualizados até 2014 (que somavam 9.277.727). De toda forma, as relações percentuais podem ser aproveitadas, para fins de demonstrar a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:

**Distribuição da população do estado por GERES (Dados de 2014)**

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	4.116.153	20	44,37
II GERES	Limoeiro	589.573	20	6,35
III GERES	Palmares	604.678	22	6,52
IV GERES	Caruaru	1.324.382	32	14,27
V GERES	Garanhuns	534.793	21	5,76
VI GERES	Arcoverde	408.604	13	4,40
VII GERES	Salgueiro	144.983	7	1,56
VIII GERES	Petrolina	475.740	7	5,13
IX GERES	Ouricuri	345.311	11	3,72
X GERES	Afogados da Ingazeira	187.244	12	2,02
XI GERES	Serra Talhada	234.379	10	2,53
XII GERES	Goiana	311.887	10	3,36
Total		9.277.727	185	100,00

**Fonte:** <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/380/aceso-a-informacao.html> (acessar campo denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, aba “Gestão/Financiamento”; Regiões de saúde)

O percentual da população instalado na I GERES alcançava 44,37% em 2014. Acredita-se que nenhuma alteração significativa nesse percentual tenha ocorrido em relação a 2015. Como essa gerência abrange toda a Região Metropolitana do Recife e mais alguns municípios, viu-se, com base no IBGE, que o percentual da população que reside na RMR representa percentual pouco inferior: 41,88%. A estratégia de saúde dos estados deve ser definida buscando alocar oferta de profissionais de saúde, leitos hospitalares e serviços de média e alta complexidade no Estado, tanto quanto possível, nas proporções da distribuição percentual acima ilustrada.

## Hospitais

A rede hospitalar pública de Pernambuco encontrava-se, segundo dados constantes do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, constituída por 240 unidades hospitalares (públicas e privadas), das quais 179 mantinham convênio junto ao SUS.



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

No que tange aos Hospitais Miguel Arraes de Alencar, Dom Hélder Câmara e Pelópidas da Silveira, inaugurados entre dezembro/2009 e dezembro/11, 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 entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais – OS's, o que tornou a gestão e prestação de contas daqueles hospitais segundo os modelos definidos para essas instituições.

Tal modelo é caracterizado por maior autonomia gerencial a que são conferidas àquelas organizações na prestação de serviços, sendo o foco deslocado para o controle dos resultados. Ou seja, as Organizações Sociais são dispensadas de determinados procedimentos na compra de serviços e bens. Em contrapartida, se comprometem a atender metas estabelecidas nos contratos de gestão e não devem se afastar do cumprimento dos princípios da administração pública.

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

**Principais Hospitais do Estado localizados na RMR e Fernando de Noronha**

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

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



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

---

**Principais Unidades Hospitalares localizadas no interior do Estado**

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

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

A seguir, são apresentados os hospitais e suas OS mantenedoras com contratos de gestão vigentes no final de 2015:

**Hospitais administrados por Organizações Sociais**

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista	
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina	
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	Fundação Manoel da Silva Almeida
Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães	Palmares	



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

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital João Murilo	Vitória de Santo Antão	Hospital do Tricentenário
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru	Fundação Altino Ventura

Fonte: SES/PE.

Cabe salientar que os três grandes hospitais metropolitanos possuem especialidades distintas. O Hospital Dom Hélder (Sul) possui perfil de atuação voltado para cardiologia, o Hospital Miguel Arraes (Norte) é especializado em traumatologia e o Hospital Pelópidas Silveira (Oeste), em neurocirurgia e cardiologia. Além dos hospitais metropolitanos, a SES também firmou contratos com organizações sociais para a gestão dos hospitais Dom Malan (Petrolina), João Murilo (Vitória de Santo Antão), Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Sílvio Magalhães (Palmares) e Mestre Vitalino (Caruaru).

#### **Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

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

Essas unidades de saúde funcionam 24 horas por dia e atendem as especialidades de Ortopedia, Clínica médica e Pediatria. 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 2015, 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	



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

UPA	Organização Social (gestora)
Cabo de Santo Agostinho - Deputado Francisco Julião	
Imbiribeira - Maria Esther Souto Carvalho	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS
Torrões - Dulce Sampaio	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Nova Descoberta - Solano Trindade	Fundação Manoel da Silva Almeida
Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	
Curado - Fernando de Lacerda	Hospital do Tricentenário
Ibura - Pediatra Zilda Arns	

Fonte: SES/PE

### Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)

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

Segundo informações colhidas da *home page* da SES/PE, todas as UPAE 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.

### Unidades Pernambucana de Atenção Especializada

UPAE	Organização Social (gestora)
Petrolina	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Garanhuns	
Salgueiro	
Serra Talhada	Hospital do Tricentenário
Afogados da Ingazeira	
Caruaru	Fundação Altino Ventura
Belo Jardim	Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer
Arcoverde	
Limoeiro	Associação de Proteção Materna e Infantil

Fonte: SES/PE

## 7.4 Financiamento da Saúde no estado e utilização dos recursos

### 7.4.1 Origens dos recursos (receitas)



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

---

Na gestão das ações de saúde, o estado se utiliza, em maior parte, de dois grandes grupos entre as fontes de recursos: os próprios (advindos principalmente de sua arrecadação tributária) e os provenientes do SUS. Nesse primeiro grupo (dos recursos próprios), deve ser aplicado em **ações e serviços de Saúde especificamente definidas pela legislação** um valor que deve se posicionar acima de 12% das receitas de impostos e transferências correntes (conforme será melhor detalhado no item 7.5). Já os recursos provenientes do SUS devem ser integralmente aplicados na função Saúde e não servem de base de cálculo para a aferição dos 12% em ações e serviços de saúde. Além desses dois “grupos” de fontes recursos, há outras fontes de recursos adiante explicitadas.

Em 2015, os recursos aplicados na função Saúde foram provenientes, como previsto, de duas origens principais: a arrecadação tributária do estado e os repasses do Fundo Estadual de Saúde<sup>6</sup>.

No caso, do total da arrecadação tributária estadual (fonte 0101), o estado reservou à função Saúde a parcela de R\$ 2,88 bilhões. Além disso, deve-se considerar também a parcela de R\$ 268 milhões que, originários da arrecadação estadual, culminaram vinculados à fonte 0271. Esse total perfaz R\$ 3,15 bilhões.

Por sua vez, foi reconhecida pelo estado uma arrecadação orçamentária de recursos provenientes do SUS no total de R\$ 1,63 bilhão (identificada pela soma das receitas cujas fontes indicadas foram as 144 e 244). O valor guarda correspondência com a ordem de grandeza informada no sítio eletrônico mantido do Ministério da Saúde<sup>7</sup>, no qual se vê que a parcela predominante dos recursos do SUS foi direcionada ao bloco de financiamento “Alta e Média Complexidade Ambulatorial”, que na prática cuida da remuneração de serviços hospitalares e ambulatoriais executados pelos credenciados ao SUS no estado.

As duas origens acima respondem por 93,72% do total de R\$ 5,10 bilhões despendidos em 2015 na função Saúde. As demais, veiculadas no item seguinte, respondem pelos 6,28% que financiaram a Saúde no exercício, conforme gráfico a seguir:

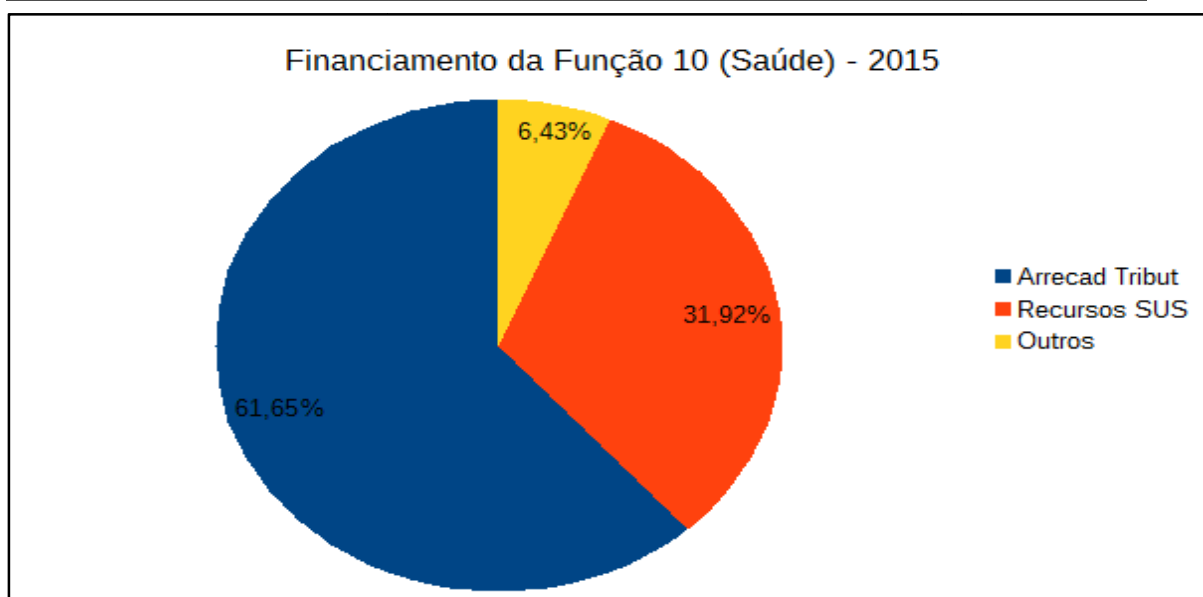
---

<sup>6</sup> Os repasses advindos do SUS (Fundo Nacional de Saúde) são destinados a aplicações designadas por blocos de financiamento, de acordo com o art. 37 da portaria GM/MS nº 204/2007 atualizada pela Portaria GM/MS nº 837/2009, de 23/04/2009, os quais atualmente são quantificados em seis: I - **Atenção Básica**; II - **Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**; III - **Vigilância em Saúde**; IV - **Assistência Farmacêutica**; V - **Gestão do SUS**; e VI- **Investimentos na Rede Pública de Saúde**.

<sup>7</sup> Pesquisa efetuada no portal de saúde do Ministério da Saúde em 07/07/2015, no quadro <http://189.28.128.178/sage/>. Nesta, consta que o FNS repassou para os fundos de saúde instalados em Pernambuco cerca de R\$ 3,66 bilhões, sendo que tal valor engloba o fundo estadual de saúde e todos os fundos municipais, além de unidades federais, como o Hospital das Clínicas (que pertence a Universidade Federal de Pernambuco). Visto apenas o FES (CNPJ 11.430.018/0001-40) como beneficiário, na consulta os critérios de “transferências diretas”, “competência” e “exercício 2015” e (FES), chega-se ao valor de R\$ 1,63 bilhão, dos quais a parcela de R\$ 1,33 bilhão veio direcionada ao bloco de financiamento de “Alta e Média Complexidade”.



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



Fonte: eFisco 2015.

#### 7.4.2 Aplicações (despesas)

Como visto anteriormente, ao processar suas despesas (por ocasião do empenho), o estado efetua novo mecanismo de classificações, em diversos níveis, com vistas a fornecer informações sintéticas e detalhadas da execução orçamentária de suas despesas. Uma das mais amplas dessas classificações que indica as macro-áreas de atuação estatal é conhecida como classificação funcional. Através desta, o estado informou que, em 2015, o volume de R\$ 5,10 bilhões de suas despesas esteve relacionado à função 10 (Saúde), correspondendo a 17,64% do total de despesas do exercício, que atingiu R\$ 29,66 bilhões.

**Perceba-se que este total de R\$ 5,10 bilhões atribuído à função Saúde não se confunde com o valor aplicado em “ações e serviços de saúde”** (cálculo demandado por norma constitucional), que incide sobre fonte de recurso específica e é sujeita a verificações específicas de adequação ao rol de despesas admitidos para a finalidade, a qual será objeto de comentários no item 7.5 deste Relatório.

##### 7.4.2.1 Classificação dos gastos segundo a fonte de recursos (origem)

O total dos valores empenhados relacionados à função saúde (R\$ 5,10 bilhões) teve atribuídas as seguintes fontes de financiamento:

Em R\$		
Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.877.433.125,47
144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.461.333.455,72
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	268.504.753,29
241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	251.269.648,81



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

<b>Cód.</b>	<b>Fonte de Recursos</b>	<b>Valor</b>
244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	167.793.581,42
104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	43.362.870,22
119	Conta Única - Projeto Resp Social	16.485.000,00
245	FDS – Administração Indireta	13.096.924,49
140	Operações de Crédito Multissetoriais	5.889.900,96
102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	5.553.821,56
128	Compensação Financeira Recursos do Fundo de Petróleo	4.485.795,21
242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	1.088.846,48
<b>Total</b>		<b>5.103.200.799,14</b>

Fonte: e-Fisco 2015

A maior parcela de recursos vinculados à função Saúde, portanto, teve como origem informada a de recursos estaduais (fontes principais foram 0101, 241 e 271), sobretudo da fonte de recursos ordinários (não vinculados), caracterizados sob o código de fonte 0101. Os recursos provenientes do SUS também tiveram peso relevante no custeio da função Saúde, sendo representados pela soma das fontes 144 e 244. As demais fontes tiveram participação residual no financiamento.

#### **7.4.2.2 Gastos por aplicação direta e por meio do Terceiro Setor**

O total de gastos empenhados pelo estado na função Saúde em 2015 (R\$ 5,10 bilhões) também pode ser visualizado conforme a natureza da despesas e itens de gastos, que tomam por critério de classificação o tipo do serviço tomado ou produto/material adquirido e o meio de aplicação da despesa (diretamente pelo estado ou por terceiros). O quadro abaixo ilustra a classificação de itens de gasto utilizada para as despesas com a função Saúde em 2015:

Em R\$

<b>Item de gasto</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
31.90.11.01	Vencimentos e Salários Pessoal Civil	903.462.652,62
31.91.13.01	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	231.681.518,92
	Outros itens de gasto do subgrupo 3.1	364.507.550,76
<b>Subtotal 3.1 (Pessoal e Encargos Sociais)</b>		<b>1.499.651.722,30</b>
3.3.90.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	453.029.403,62
3.3.50.41.13	Contribuições - Organização Social - OS	700.993.794,56
3.3.91.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper.	388.599.697,86





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

	Intra-Orçamentária	
3.3.50.43.01	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	473.667.805,23
3.3.90.92.39	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	204.885.269,44
3.3.50.92.43	DEA - Subvenções	119.576.408,25
	Outros itens de gasto subgrupo 3.3	1.193.572.101,27
<b>Subtotal 3.3 (Outras Despesas Correntes)</b>		<b>3.534.324.480,23</b>
4.4.40.42.02	Auxílios a fundos municipais	16.532.550,00
4.4.90.51.02	Obras Públicas de Uso Comum de Povo	10.944.391,65
4.4.90.92.01	DEA – Obras e instalações	13.938.025,42
4.4.90.92.02	DEA - Equipamentos e Material Permanente - Imobilizáveis	10.278.030,46
	Outros itens de gasto do subgrupo 4.4	17.531.599,08
<b>Subtotal 4.4 (Investimentos)</b>		<b>69.224.596,61</b>
<b>Total Geral das Despesas Função Saúde</b>		<b>5.103.200.799,14</b>

Fonte: e-Fisco 2015

Vê-se que os R\$ 5,10 bilhões atribuídos à função Saúde contemplam gastos com Pessoal e Encargos (item 3.1), Outras Despesas Correntes (3.3) e Investimentos (4.4). A análise pormenorizada desses subgrupos no e-Fisco indicou que em 2015 as despesas do subgrupo 3.1 contemplou a remuneração e encargos sociais dos servidores estaduais lotados nos 6 hospitais de grande porte com gestão direta pelo estado (HR, HAM, HGV, HBL, HGOF e HRA), e não abrangeu os salários e encargos patronais dos profissionais de saúde lotados nos hospitais e UPAs e UPAs geridos por Organizações Sociais, os quais permanecem contabilizados no subgrupo 3.3. Ainda no subgrupo 3.3 insere-se a remuneração por serviços hospitalares prestados ao estado. Por fim, os Investimentos (despesas de capital) compuseram de forma residual as despesas na função Saúde em 2015.

Quanto à modalidade de aplicação, a tabela acima informa despesas aplicadas pelo estado de Pernambuco (modalidades 90 e 91) e por terceiros (modalidades 40 e 50), conforme quadro a seguir:

<b>Código</b>	<b>Denominação</b>	<b>Eventos mais frequentes na Saúde em 2015</b>
40	Transferências a Municípios	Recursos repassados pelo estado e aplicados por municípios pernambucanos
50	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativas	Recursos repassados pelo estado às Organizações Sociais para gestão de hospitais, UPAs e UPAs, inclusive pagamentos de salários e encargos patronais de profissionais em atuação neles



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

<b>Código</b>	<b>Denominação</b>	<b>Eventos mais frequentes na Saúde em 2015</b>
90	Aplicação Direta	Valores pagos a hospitais e clínicas particulares por serviços prestados por estes
		Valores usados para remuneração do pessoal lotado nos 6 hospitais de gestão própria do estado
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social	Valores pagos pelo estado ao HEMOPE, Hospital Oswaldo Cruz e outras unidades estaduais de saúde por serviços prestados por estes ao estado
		Valores pagos pelo estado ao FUNAFIN para custeio de encargos patronais incidentes sobre a remuneração do pessoal lotado nos 6 hospitais de gestão própria do estado

### 7.4.2.3 Repasses Financeiros

Quando verificados os valores alocados internamente nos principais integrantes dessa estrutura (hospitais, UPAs, UPAsEs e GERES), verifica-se que houve aplicação financeira mais significativa 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 de R\$ 134,16 milhões aos seis grandes hospitais geridos diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde. Por sua vez, outros R\$ 737 milhões foram repassados a Organizações Sociais encarregadas da gestão de 09 (nove) hospitais, 14 UPAs e 09 (nove) UPAsEs na estrutura do estado. Adicionalmente, foram identificados R\$ 32,4 milhões direcionados às 12 Gerências de Saúde.

Adiante, tais valores serão resumidos, em comparativo aos dois 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 2015, além dos dois exercícios anteriores, são demonstrados na tabela a seguir.

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

<b>Hospital</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>HR</b>	79.448.370,92	97.538.200,66	37.481.892,47
<b>HAM</b>	46.977.214,33	49.180.320,65	22.555.275,02
<b>HOF</b>	42.074.252,07	47.806.993,46	21.351.004,00
<b>HGV</b>	36.599.533,56	43.351.671,10	19.700.531,15



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

<b>HBL</b>	37.580.682,37	41.108.749,12	19.319.769,28
<b>HGA</b>	26.871.482,83	34.266.981,87	13.754.957,38
<b>TOTAL</b>	<b>269.553.549,08</b>	<b>313.254.930,86</b>	<b>134.163.429,30</b>

Fonte: e-Fisco 2013 a 2015 (Balanço Financeiro; Repasses Recebidos)

### Aos Hospitais geridos por Organizações Sociais

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2015, às Organizações Sociais que administram 09 (nove) hospitais públicos, somou outros R\$ 455,86 milhões (5,73% a mais do que os R\$ 431,14 milhões repassados em 2014 para o mesmo quantitativo de hospitais). Ressalta-se que o Hospital Mestre Vitalino entrou em funcionamento em junho de 2014, tendo recebido naquele ano o valor de R\$ 33,27 milhões e em 2015 o valor de R\$ 60,31 milhões.

Ano	2013	2014	Em R\$ 2015
<b>TOTAL</b>	<b>300.552.222,68</b>	<b>431.137.845,19</b>	<b>455.860.802,33</b>

Fonte: e-Fisco 2013 a 2015.

### Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em 2015, conforme relatado no capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi destinado o montante de R\$ 196,05 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, valor inferior em 0,77% o total repassado no ano de 2014.

Ano	2013	2014	Em R\$ 2015
<b>TOTAL</b>	<b>164.305.038,58</b>	<b>197.569.730,18</b>	<b>196.053.680,81</b>

Fonte: e-Fisco 2013 a 2015.

O valor transferido em 2015 foi, assim, 0,77% inferior ao transferido para o mesmo conjunto de Organizações Sociais em 2014.

### Às Unidades de Pronto Atendimento Especializado

Em 2015, foram repassados a estas 9 UPAs o valor de R\$ 85,20 milhões (5,82% a mais do que os R\$ 80,51 milhões repassados em 2014).

As 09 (nove) UPAs implantadas no estado tiveram implantação recente na estrutura de saúde do estado, entre julho/2013 e o término do exercício de 2014.



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

### Às Gerências Regionais de Saúde

O total repassado às doze GERES somou R\$ 32,46 milhões em 2015, conforme adiante ilustrado:

Repasses Financeiros do FES às GERES			Em R\$
Gerências Regionais	2013	2014	2015
I	1.743.620,37	1.621.961,50	1.153.353,17
II	1.499.606,40	1.703.422,13	858.266,06
III	3.588.720,01	3.580.837,72	1.734.127,06
IV	9.725.636,04	10.934.784,63	8.300.310,93
V	495.575,74	537.424,19	482.483,35
VI	1.112.565,19	643.478,08	370.984,45
VII	6.730.106,12	7.811.917,26	7.214.250,44
VIII	1.203.796,84	1.106.611,28	369.191,44
IX	1.278.265,69	1.383.636,23	634.458,51
X	6.343.730,16	6.093.179,25	4.202.338,09
XI	6.471.095,06	7.863.586,55	6.794.366,38
XII	240.684,47	455.154,42	349.599,77
<b>Total</b>	<b>40.433.402,09</b>	<b>43.738.007,24</b>	<b>32.465.744,65</b>

Fonte: e-Fisco 2013 a 2015.

O valor repassado em 2015 foi 25,77% inferior ao transferido em 2014 para o mesmo conjunto de GERES.

### 7.5 Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde

Independentemente de qual valor o ente federativo atribua à função 10 (Saúde), por ocasião da classificação funcional aplicada à contabilização da despesa (visto no item 7.4.2), este deve realizar apuração extracontábil com vistas a indicar qual o total aplicado em ações e serviços de saúde preconizado no art. 198 da Constituição Federal.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00, mediante alterações promovidas no referido artigo, 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.*



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

---

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:"

I – *Omissis*

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – *omissis*

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal nº 141, que regulamentou 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 tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (grifos nossos)

### **7.5.1 Formação da base de cálculo**

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

O valor da base de cálculo, R\$ 16.452.978.136,06, 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 2015 correspondeu a R\$ 1.974.357.376,33.

### **7.5.2 Aplicação dos Recursos**

#### **Da contabilização das ações da UPE, HEMOPE e DEFN**

O parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar federal nº 141/2012 definiu que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. Na mesma linha, o artigo 14 da mesma Lei Complementar determina que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e



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

---

gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. No estado de Pernambuco, o Fundo Estadual de Saúde se caracteriza como unidade gestora específica (530401), sendo o responsável primário pela execução orçamentária dessas ações.

Ocorre que algumas ações e serviços de saúde, de fato, têm execução final por entidades da administração indireta do estado, a exemplo do HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), as quais constituem cada qual uma unidade gestora própria. Em 2015, essas entidades participaram, como agente final, da execução dessas ações em cerca de R\$ 268,83 milhões. Como nesses casos o recurso é repassado do FES para essas entidades, antes de originar a ação efetiva, o orçamento estadual passou a prever duas execuções orçamentárias para um mesmo recurso, sendo a primeira do FES para um desses órgãos (na modalidade 91, fonte 0101) e a segunda como aplicação final da despesa. Para tanto, foi utilizada a fonte de recursos 0271 – Recursos Ordinários Oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE<sup>8</sup>.

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

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

### **Dos Restos a Pagar**

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 define em seu artigo 24, inciso II, que, para efeito de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, serão consideradas 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.

Em 2015, não houve inscrição de restos a pagar não processados nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde.

Em relação aos restos a pagar processados, é necessário que, para serem considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde, haja disponibilidade de caixa ao final do exercício nas fontes utilizadas.

Os saldos das disponibilidades financeiras por fonte de recursos existentes ao final de dezembro, na conta contábil nº 8.9.1.11.01.00, do sistema informatizado e-Fisco,

---

<sup>8</sup> O recurso originário é proveniente da arrecadação tributária, sendo reconhecido como fonte 0101. O orçamento prevê execução do FES de parcelas para UPE, DEFN e HEMOPE. O empenho indica a fonte 0101. Essa primeira execução não é computada como ação e serviço de saúde. Quando o recurso é repassado para essas entidades, elas reconhecem nova receita, indicando agora a fonte 0271. As despesas efetuadas com esses recursos (segunda execução orçamentária) é que passam a compor o total das ações e serviços de saúde. Logo, a fonte 0271, na prática, consiste em um “desmembramento” da fonte 0101, vez que os recursos atribuídos a esta fonte são receitas intraorçamentárias sempre provenientes do FES com fonte de recurso originária informada como 0101 (recursos ordinários).



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

reflete a disponibilidade por fonte de recursos já diminuída das despesas liquidadas realizadas ao longo do exercício financeiro, estando, portanto, incluídos os valores dos restos a pagar processados, já que estes se referem a despesas empenhadas e liquidadas, porém ainda não pagas.

Nesse sentido, a disponibilidade por fonte, diante da sistemática de registro admitida pelo e-Fisco, pode vir a ser positiva, indicando “sobra de recursos”; pode ser nula, indicando a inexistência de saldo financeiro para outros compromissos não liquidados; ou negativa, indicando a insuficiência de saldo financeiro tendo em vista a liquidação de despesa em volume superior à disponibilidade financeira existente.

As despesas ora em análise referem-se àquelas financiadas com o produto da arrecadação de impostos com vistas ao cumprimento da aplicação do percentual mínimo de 12% dessas receitas em ações e serviços públicos de saúde. Quando da contabilização dessas receitas, a fonte de recursos utilizada, classificação que indica a origem e vinculação dos recursos, é a 0101 – recursos ordinários. Logo, a disponibilidade a ser observada será aquela existente na fonte 0101 – recursos ordinários nas UGs que compõem o Fundo Estadual de Saúde – FES- PE, que ao final de 2015 era de R\$ - 154.499.309,47 (valor negativo). Portanto, os restos a pagar processados das UGs do FES-PE, inscritos em 2015, das ações constantes do demonstrativo da saúde, fonte 0101, no valor de R\$ 169.334.521,82, não poderão ser considerados em sua totalidade como aplicação em ações e serviços públicos de saúde em razão do saldo da referida fonte, no FES-PE, estar negativo. Deste total, apenas R\$ 22.809.492,27 devem ser considerados como aplicação. Os R\$ 146.525.029,55 restantes não deverão ser considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Estes dados mais detalhados encontram-se na tabela a seguir.

Em R\$ 1,00

UGs do FES-PE	Disponibilidade Financeira na Fonte 0101 ao final de 2015 na UG	Valor de RPP inscritos ao final de 2015	Valor a ser desconsiderado como aplicação em Saúde
530401 – FES-PE	(131.618.772,83)	153.792.177,87	131.618.772,83
530402 – LACEN	(4.448,57)	1.745,55	1.745,55
530403 – APEVISA	(77.778,85)	-	-
530404 – Hospital Agamenon Magalhães	(3.809.256,64)	2.939.019,77	2.939.019,77
530405 – Hospital Barão de Lucena	(2.689.244,30)	2.380.607,40	2.380.607,40
530406 – Hospital Getúlio Vargas	(4.211.986,64)	1.703.380,34	1.703.380,34
530407 – Hospital da Restauração	(7.850.842,53)	3.810.383,95	3.810.383,95
530408 – Hospital Otávio de Freitas	(2.889.147,77)	3.525.235,00	2.889.147,77
530409 – Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	(1.347.831,34)	1.181.971,94	1.181.971,94
<b>Total =====&gt;</b>		<b>169.334.521,82</b>	<b>146.525.029,55</b>

Fonte: e-Fisco



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

**Nota:** Quando da disponibilidade negativa, são desconsiderados os Restos a Pagar Processados- RPP até o limite do saldo invertido da fonte 0101 na referida UG.

Para as despesas liquidadas pelas unidades orçamentárias UPE, HEMOPE e DEFN, tem-se que verificar a disponibilidade de recursos na fonte 0271, pois esta indica os recursos ordinários oriundos do FES-PE que financiaram as despesas em ações e serviços públicos de saúde realizados pelas referidas unidades orçamentárias. Ao final de 2015, a disponibilidade de recursos na fonte 0271 nas referidas UGs, cujas despesas foram consideradas no demonstrativo de saúde, bem como os valores inscritos em restos a pagar processados nessas despesas, e os valores destes restos a pagar desconsiderados como aplicação em saúde foram os seguintes:

Em R\$ 1,00

UGs da UPE, HEMOPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha - DEFN	Disponibilidade Financeira na Fonte 0271 ao final de 2015 na UG	Valor de RPP inscritos ao final de 2015	Valor a ser desconsiderado como aplicação em Saúde
440702 – FESP - UPE	(9.087.445,42)	4.292.721,68	4.292.721,68
440714 – Hospital Universitário Osvaldo Cruz - HUOC	430.125,99	316.786,43	-
530101 – HEMOPE	(3.288.111,84)	1.150.390,61	1.150.390,61
610601 – DEFN	(525.793,83)	91,99	91,99
<b>Total =====&gt;</b>		<b>5.759.990,71</b>	<b>5.443.204,28</b>

**Fonte:** e-Fisco

**Nota:** Quando da disponibilidade negativa, são desconsiderados os Restos a Pagar Processados- RPP até o limite do saldo invertido da fonte 0271 na referida UG.

Do total de restos a pagar processados - RPP inscritos ao final de 2015 nas UGs mencionadas no quadro anterior, apenas os do HUOC, no valor de R\$ 316.786,43, é que deverão ser considerados como aplicação em saúde total, em razão de ter havido saldo financeiro mesmo após a inscrição do referido valor em restos a pagar processados. Os R\$ 5.443.204,28 restantes não deverão ser considerados como aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Logo, o valor total dos Restos a Pagar Processados inscritos ao final de 2015 que deverá ser desconsiderado como aplicação em serviços de saúde é o de R\$ 151.968.233,83, resultante do somatório de R\$ 146.525.029,55, provenientes das UGs do FES-PE, e R\$ 5.443.204,28, provenientes das UGs da UPE, HEMOPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha – DEFN.

O artigo 24, § 1º, da Lei Complementar Federal 141/2012, estabelece que “A disponibilidade de caixa vinculada aos restos a pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ação e serviços públicos de saúde”. Nesse aspecto, a norma procura garantir que os valores de restos a pagar, considerados em anos anteriores como aplicação em saúde, de fato sejam executados, mediante a obrigatoriedade de utilização dos possíveis valores cancelados. Para tanto, o § 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





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

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.

Em 2014, houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve o cancelamento de R\$ 901.125,58 ao longo de 2015, que pela legislação já mencionada, deverá ser aplicado até o final de 2016, mediante dotação específica, em ações e serviços públicos de saúde, já que não foi observada a utilização destes valores no exercício em que foram cancelados. As Unidades Gestoras – UGs que realizaram esses cancelamentos foram as mencionadas a seguir:

Em R\$ 1,00	
Unidades Gestoras - UGs	Valores Cancelados de RPP de 2014 em 2015 de despesas consideradas no
530401 - FES-PE	851.026,77
530408 - Hospital Otávio de Freitas	189,70
610601 - DEFN	49.909,11
<b>Total</b>	<b>901.125,58</b>

Fonte: e-Fisco

### Percentual de aplicação após ajustes

Ajustando o valor das aplicações apresentadas no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, considerando a exclusão de despesas não relacionadas a gastos com saúde, assim como dos restos a pagar processados inscritos ao final de 2015 sem suficiência de saldo na fonte de recursos, relatados anteriormente, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 2.519.424.635,60, conforme exposto a seguir:

Ajustes para cálculo do percentual de aplicação em saúde	Em R\$
Total de aplicações (Demonstrativo)	2.671.392.869,43
(-) RPP inscritos em 2015 sem suficiência de disponibilidade de caixa	151.968.233,83
<b>Total aplicado (entendimento do TCE)</b>	<b>2.519.424.635,60</b>

Base de Cálculo	16.452.978.136,06
Total aplicado (entendimento do TCE)	2.519.424.635,60
<b>% de aplicações (TCE)</b>	<b>15,31%</b>

Fonte: Balanço Geral do Estado 2015 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, a informação apresentada pelo estado de Pernambuco, no Balanço Geral de 2015, da aplicação de 16,24% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, após os ajustes realizados, deveria ser, em nosso entendimento,



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

de 15,31%, 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 sua distribuição interna no estado

De modo a subsidiar a análise e oferecer um breve retrato das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde no Estado de Pernambuco, foi realizado estudo com base em informações existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), na aba denominada “TABNET CNES” relativa a leitos hospitalares no estado.

Também seria efetuado estudo similar referente a equipamentos hospitalares com atendimento disponível à rede SUS. Todavia, por ocasião de testes preliminares de conferência, viu-se que após modificação promovida no sistema federal quanto à forma de demonstração dos dados, estes se apresentaram inconsistentes.

O objetivo principal desse teste, então, foi o de, a partir dos dados constantes do cadastro do CNES ao final de 2015, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos, nesse exercício, o conceito a leitos hospitalares apenas) **disponibilizados à rede SUS dentro do estado**, aferindo-se, num segundo momento, **o perfil de maior ou menor concentração dos recursos** na região metropolitana da capital do estado, comparando-o ao verificado em exercícios anteriores, tal como um indicador.

### 7.6.1 Quantitativos de Leitos Hospitalares e de Equipamentos de Saúde em Pernambuco

#### Leitos Hospitalares

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde contempla 50 tipos diversos de leitos hospitalares agrupados em 07 (sete) segmentos: Cirúrgico, Clínico, Complementar, Obstétrico, Pediátrico, Hospital-Dia e Outras Especialidades. Conforme tal cadastro contemple **as parcelas disponíveis de atendimento ao SUS** (independente de se encontrarem em unidades de saúde públicas ou particulares) e **as parcelas não disponíveis ao SUS**, limitamo-nos a reproduzir abaixo os quantitativos absolutos dos leitos **disponíveis a atendimento ao SUS**.

Assim, o quantitativo total de leitos disponíveis ao SUS, ao final de 2015, em todos os estabelecimentos de saúde (públicos e privados; estaduais, municipais e federal) agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:

Leitos Hospitalares **disponíveis ao SUS** em Pernambuco em 2015

Especialidade	Quantidade	Varição frente a dez/2014
Cirúrgico	4.307	-- 2,43%
Clínico	5.775	-- 3,05%
Complementar	1.290	-- 2,10%
Obstétrico	2.405	--1,25%



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

Pediátrico	2.446	+1,01%
Outras especialidades	2.012	+4,67%
Hospital-dia	208	+5,28%
<b>Total</b>	<b>18.525</b>	<b>--1,11%</b>

**Fonte:** Consulta ao CNES (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>) com filtro em “Quantidades SUS” referente à competência dez/2015

Os dados acima informam que houve um decréscimo de 1,11% em quantidade de leitos no estado quando comparados os dados do exercício sob exame (2015) com os do ano anterior. Esse percentual de decréscimo resultante, quando decomposto, revelou reduções mais significativas nos grupos de leitos clínicos (3,05%) e de leitos cirúrgicos (2,43%), contra aumentos no número de leitos classificados no grupo denominado “hospital-dia” (5,28%).

O dado “quantitativo de leitos SUS”, quando confrontado com a população do estado (9.345.173 habitantes, segundo estimativas do IBGE para 2015), perfaz um quociente<sup>9</sup> de 1,98 leitos para cada grupo de mil habitantes em Pernambuco, o que, visto unitariamente, encontra-se abaixo da meta definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12/06/2002, que estipula em 2,92 o número mínimo a ser observado pelos estados.

O quociente acima permite uma análise apenas preliminar. Deve-se ponderar que para o exame acima leitos de diferentes tipos, com custos de instalação e manutenção bem diversos, são indistintamente considerados. Ademais, é considerado nesse primeiro exame apenas o número total de leitos, não sendo questionada sua localização por região de saúde dentro do estado.

A redução de leitos acima informada para “leitos SUS” em 1,11% pode decorrer de causas diversas, dentre as quais se cogita a ausência de atualização monetária dos valores da Tabela do SUS para os serviços prestados (causa nacional). Suscita-se, num primeiro momento, que teria ocorrido um migração de quantitativos de leitos disponíveis ao SUS para o de “Não disponíveis ao SUS”. Todavia, quando verificado que o quantitativo de leitos “não SUS” na mesma fonte de informações (DataSus CNES) também verificou redução<sup>10</sup> de 0,91% entre dezembro/2014 e dezembro/2015, vê-se que, mais do que migração de público-alvo por parte de alguns estabelecimentos de saúde no estado, o que ocorreu em maior escala foi o fechamento de leitos.

### **Equipamentos de Saúde**

A mudança de formato de apresentação de dados do CNES trouxe como ganho significativo a possibilidade de consultas de quantitativos atribuídos a competências pretéritas. Anteriormente, a consulta era referente ao dado disponível “no dia”. Com o novo formato, pode-se fazer uma consulta hoje referente aos quantitativos disponíveis na

<sup>9</sup> Em 2014, esse quociente era de 2,02, apontando um recuo no comparativo entre os exercícios.

<sup>10</sup> Redução de 0,91% (4.912 para 4.867 leitos “não disponíveis ao SUS”) quando comparados os mesmos tipos de leitos hospitalares + complementares, na fonte DATASUS CNES, para as competências dezembro/2014 e dezembro/2015.



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

competência de dezembro/2014 e logo em seguida aplicar a mesma pesquisa ao mês de dezembro/2015.

No entanto, no que se refere a Equipamentos de Saúde, os quantitativos ilustrados no novo formato trazem informação diversa da consignada no formato anterior no que tange aos equipamentos disponíveis ao SUS, o que inviabiliza comparativos. Diz-se isso porque o novo ambiente traz quantitativos que se apresentam destoantes ao que havia sido cadastrados no formato anterior, mesmo quando considerada a mesma competência anteriormente coletada.

De fato, o formato anterior consignava os seguintes “status” em relação aos equipamentos de saúde: “Existentes”, “Em uso” e “Em uso SUS”. No novo formato, os “status” passaram a ser: “Existentes”, “Disponíveis”, “Disponíveis SUS”. A modificação de “Em uso” para “Disponíveis”, a princípio, não teria objetivado mudança de extensão dos dados. No entanto, essa impressão não é confirmada quando coletados os dados veiculados no novo formato, que contemplam quantitativos muito diversos aos anteriormente registrados, o que foi verificado especialmente no grupo de equipamentos 5 - “Equipamentos Para Manutenção da Vida”, que no novo formato passou a registrar o quantitativo total de 2.076 equipamentos “disponíveis SUS” no estado de Pernambuco para a competência de dezembro/2014 (quando a informação disponível anteriormente era de que havia 18.208 equipamentos “em uso SUS” no mesmo estado).

Para ilustrar, segue abaixo quadro comparativo das informações disponíveis no formato anterior e o atual relativas ao grupo 5 “Equipamentos da manutenção da vida” para a competência dezembro/2014 (que serve como ponto de partida para a análise 2015):

Formato anterior			Formato atual		
Existentes (a)	Em Uso	Em Uso SUS	Existentes (b)	Disponíveis	Disponíveis SUS
22.721	21.720	18.208	24.124	22.859	2.076
	(95,59% de a)	(80,13% de a)		(94,75% de b)	(8,60% de b)

Percebe-se que, além de diferenças nos quantitativos totais de equipamentos existentes, houve uma redução drástica no percentual que expressa aqueles de livre acesso ao Sistema Único de Saúde. De fato, o número constante na coluna “Disponíveis SUS” não transparece consistente quando cotejado com o quantitativo total de equipamentos (8,60% do quantitativo total), especialmente quando a mesma informação ao final de 2014 apresentava proporção de 80,13% quando lida no formato anterior.

Com relação a isso, efetuamos em 09/08/2016 questionamento no sítio eletrônico do Datasus CNES (bem como no dia 18/08/2016 ao e-mail [datasus@saude.gov.br](mailto:datasus@saude.gov.br)) retratando a dispersão verificada, no que até o presente momento não obtivemos resposta.

A dispersão havida entre equipamentos totais (existentes) e a parcela disponível ao SUS, quando conjugada ao fato de que não houve omissão de dados por parte de municípios de maior relevância do estado (Recife, Olinda, Jaboatão, Petrolina e Caruaru, por exemplo) nem de itens componentes do referido grupo 5 no novo formato permite concluir



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

---

que não há base confiável, nesse momento, para a realização de comparativos com base no novo formato.

### **7.6.2 Parâmetros Quantitativos Definidos na Portaria GM/MS 1101/2002**

A portaria GM/MS nº 1101, de 12/06/2002, definiu parâmetros de cobertura assistencial do SUS, a serem aplicados pelos estados relativamente a leitos, procedimentos médico-hospitalares e a quantitativos de equipamentos de saúde a serem disponibilizados às populações. Relativamente a procedimentos, a portaria estipula proporção média esperada para as consultas médicas, sobretudo a distribuição esperada entre Básicas, Especializadas e Urgência/Emergência, bem como número de internações aguardadas, por especialidade, calculadas em percentual sobre a população total.

O número de habitantes (em grupos de mil) dividido pelo quantitativo de leitos hospitalares deve atender o quociente mínimo<sup>11</sup> de 2,92. Os equipamentos de saúde, por sua vez, são tratados no item 2.7 do Anexo à Portaria, denominado “parâmetros para cálculo da necessidade, da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia”.

Relativamente aos leitos hospitalares, o estado alcançou o quociente de 1,98 em 2015 (insuficiente, portanto). Quanto a equipamentos, deixamos de ilustrar os números veiculados pelo CNES diante da inconsistência de informação de quantitativos “disponíveis ao SUS” anteriormente informada.

### **7.6.3 Grau de Concentração de Leitos Hospitalares na Região Metropolitana do Recife**

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, segregamos os dados totais do estado em duas regiões, designadas simplificada por Região Metropolitana da Capital e Demais Regiões<sup>12</sup>.

Dessa forma, no estado de Pernambuco, compõem a Região Metropolitana do Recife os municípios do Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itapissuma, Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata. Os demais 170 municípios do estado, bem como o distrito de Fernando de Noronha, foram inseridos no grupo simplificada denominado como “Demais áreas”.

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

---

<sup>11</sup> Significa que os estados devem ter um leito hospitalar para cada 2.920 habitantes.

<sup>12</sup> Embora o estado de Pernambuco seja dividido em 12 Gerências de Saúde, o estudo dividiu todo o território estadual em duas apenas: RMR e “Demais Áreas”. As áreas de abrangência da RMR praticamente coincide com a da I GERES, diferindo apenas em relação a 5 municípios (Pombos, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá e Vitória de Santo Antão), além do Distrito de Fernando de Noronha, que não compõem a RMR, mas que fazem parte da I GERES.



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

### Leitos hospitalares

Coletados junto ao CNES os quantitativos de leitos do estado, verificou-se uma redução no quantitativo de leitos hospitalares de livre acesso ao SUS no estado (qualquer especialidade) entre o final de 2014 e o término de 2015, tendo o número total de leitos saltado de 17.446 para 17.262 leitos hospitalares<sup>13</sup>. Por sua vez, quando verificada a especialidade e o município de instalação, e considerado o quantitativo de 9,345 milhões de habitantes, os dados do CNES permitem calcular as seguintes relações habitantes/leito no estado:

#### Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2015)

Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Recife	Demais Áreas	Varição com ano anterior (qtde de leitos)
Cirurgia Geral	(cód. 03)	Qtde de leitos	932	1.131	Aumento de leitos na RMR (5,42%) e redução em “demais áreas”(4,32%)
		(habitantes/ leito)*	(4.199,91)	(4.801,82)	
Cardiologia Cirúrgica	(cód. 02)	Qtde de leitos	124	49	Redução na RMR (7,5%) e em “demais áreas” (30%)
		(habitantes/ leito)*	(31.567,07)	(110.833,80)	
Obstetrícia Cirúrgica	(cód. 10)	Qtde de leitos	488	519	Aumento na RMR (1,24%) e redução em “demais áreas” (7,82%)
		(habitantes/ leito)*	(8.021,14)	(10.464,08)	
Pediatria Cirúrgica	(cód. 68)	Qtde de leitos	229	63	Aumento na RMR (3,62%) e em “demais áreas” (14,5%)
		(habitantes/ leito)*	(17.093,09)	(86.204,06)	
Oncologia Cirúrgica	(cód. 12)	Qtde de leitos	203	26	Redução na RMR (1,94%) e em “demais áreas” (25,72%)
		(habitantes/ leito)*	(19.282,35)	(208.879,08)	
NeuroCirurgia	(cód. 09)	Qtde de leitos	309	20	Manutenção na RMR e redução em “demais áreas”
		(habitantes/ leito)*	(12.667,69)	(271.542,80)	
Clínica (Geral)	(cód. 33)	Qtde de leitos	1.291	2.950	Redução na RMR (8,64%) e em “demais áreas” (0,38%)
		(habitantes/ leito)*	(3.032,00)	(1.840,97)	
Cardiologia Clínica	(cód. 32)	Qtde de leitos	286	102	Redução na RMR (8,92%) e em “demais áreas” (9,74%)
		(habitantes/ leito)*	(13.686,42)	(53.243,69)	
Obstetrícia Clínica	(cód. 43)	Qtde de leitos	236	1.132	Aumento na RMR (1,28%) e em “demais áreas” (0,44%)
		(habitantes/ leito)*	(16.586,09)	(4.797,58)	
Pediatria Clínica	(cód. 45)	Qtde de leitos	648	1.540	Aumento na RMR (0,9%) e em “demais áreas” (0,7%)
		(habitantes/ leito)*	(6.040,61)	(3.526,53)	
Oncologia Clínica	(cód. 44)	Qtde de leitos	246	42	Aumento na RMR (23,6%) e manutenção em “demais áreas”
		(habitantes/ leito)*	(15.911,86)	(129.306,10)	

<sup>13</sup> Consulta realizada entre 11 e 15/08/2016.



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

Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Recife	Demais Áreas	Varição com ano anterior (qtde de leitos)
Neurologia	(cód. 42)	Qtde de leitos	243	56	Aumento na RMR (6,11%) e em "demais áreas" (7,69%)
		(habitantes/ leito)*	<b>(16.108,30)</b>	<b>(96.979,57)</b>	

Fontes: DATASUS CNES TABNET (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintPE.def>) e IBGE (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=pe>) \* Foram consideradas as populações estimadas de 3.914.317 habitantes para a RMR e 5.430.856 para as demais áreas, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2015.

A maioria das conclusões obtidas do quadro acima reproduzem as verificações efetuadas em estudo similar nos exercícios anteriores. O número em negrito na tabela acima informa qual a média de habitantes que dispõe de um leito hospitalar em cada especialidade e em cada área geográfica. Obviamente, quanto menor este quociente, melhor. Em 2015, permanece a constatação de que, regra geral, há maior equivalência na oferta de leitos entre RMR e demais áreas para especialidades **clínicas** do que para as especialidades **cirúrgicas**, havendo, por questões de logística, maior concentração de leitos na RMR e quantitativo mais reduzido nas demais áreas.

Todavia, os dados do CNES disponíveis no TABNES indicam que entre o final de 2014 e de 2015 houve mais eventos de **concentração** de oferta de leitos na RMR do que **desconcentração**, sendo evidenciada esses eventos de concentração para quatro especialidades cirúrgicas (Cardiologia, Cirurgia Geral, Oncologia e Neurocirurgia) e uma clínica (Oncologia).

#### Especialidades cirúrgicas

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

Regra geral, no exercício de 2015, as disparidades foram mantidas e até aumentadas, quando verificado que as maiores reduções de quantitativos de leitos se deram no Interior do estado. Como exemplo, viu-se Cardiologia Cirúrgica. Os dados comparados de dezembro/2014 e dezembro/2015 revelaram queda do número total de leitos disponíveis ao SUS (de 204 para 173). Decompondo o número nas áreas de RMR e Demais Áreas constata-se que a redução foi mais significativa nos leitos dessa especialidade em Demais Áreas (de 70 para 49 leitos, equivalente a queda de 30%) do que na RMR (de 134 para 124 leitos). Em consequência, o quociente habitantes/leito piorou de forma mais acentuada para o Interior do que para a RMR, acentuando a disparidade que havia ao final de 2014.

#### Especialidades clínicas

Foram verificadas pequenas variações na distribuição de leitos hospitalares disponíveis ao SUS no estado entre o final de 2014 e o término de 2015.



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

---

As especialidades de Clínica Geral e Cardiologia chegaram a sofrer reduções tanto na RMR quanto em “Demais áreas”. Por outro lado, houve incremento significativo no número de leitos cadastrados na RMR em relação à especialidade de Oncologia Clínica.

A concentração de leitos na RMR permanece também sobre algumas especialidades **clínicas**, tais como Neurologia e Oncologia (de forma predominante) e em Cardiologia (em menor proporção). Assim, ao longo de 2015, as disparidades em leitos de especialidades **clínicas** permanecem construindo uma oferta de leitos significativamente superior na RMR em relação às Demais áreas. Para a especialidade de Obstetrícia Clínica, a relação é inversa: o número de leitos no Interior chega a oferecer uma relação quatro vezes mais favorável à gestante que resida no Interior do que na RMR.

Permanecem com bons números de distribuição as especialidades de Clínica Geral e Pediatria Clínica, nas quais se verifica proporção discretamente superior no Interior do estado do que na Região Metropolitana da Capital (evidenciando o esforço público de prevenção de deslocamento de pacientes do Interior para a RMR nessas especialidades).

Regra geral, então, em 2015 foram verificadas reduções quantitativas, as quais não chegaram a alterar substancialmente a proporção de distribuição de leitos hospitalares dentro do estado.

Todavia, perdura a situação de que os poucos leitos de interior existentes no Interior do estado nas especialidades de Neurologia e Oncologia são distribuídos integralmente entre as cidades de Petrolina, Caruaru e Garanhuns, o que proporciona uma extensa área geográfica com cobertura precária entre esses pontos nas referidas especialidades. Nessas situações, ainda é regra o deslocamento do usuário do SUS à capital do estado, ou, em relação às duas primeiras a opção de Caruaru (120 km antes do Recife).

Importante que o estado mantenha o esforço de interiorização desses recursos, se possível com projeto de implantação de polo médico nessas especialidades 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.

### **Conclusão:**

Os dados do CNES coletados em agosto/2016 referentes ao mês de dezembro/2015 indicaram uma relação de leitos hospitalares/habitante, no estado de 1,98 (independentemente do local de instalação), com um recuo em relação ao quociente de 2,02 verificado ao final de 2014. A relação ainda se mantém abaixo do parametrizado pela Portaria MS/GM 1.101/2002, que define como recomendável um quociente mínimo de 2,92.

Quando segmentados os quantitativos totais de leitos hospitalares do estado simplificada em duas regiões (Região Metropolitana do Recife e Demais áreas), vê-se que os mesmos dados indicam uma oferta de serviços à rede SUS mais reduzida no interior do estado do que na capital, sobretudo quando verificados leitos hospitalares de especialidades de oncologia (tanto cirúrgica quanto clínica), neurologia clínica, neurologia cirúrgica e cardiologia cirúrgica. Essa situação não é extensível a todas as especialidades, sendo verificado, por exemplo, que Pediatria e Obstetrícia dispõem de quantitativos de leitos hospitalares bem mais equivalentes à população da RMR e das Demais áreas.





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

---

A verificação de concentração de leitos hospitalares “SUS” na RMR, embora possa ser compreendida para algumas especialidades cirúrgicas, deve ser acompanhada em números pela Secretaria de Saúde de modo a que não venha a se resumir apenas a este ponto geográfico do estado. De fato, recomendável que 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 os poucos leitos hospitalares externos à Região Metropolitana do Recife para algumas especialidades cirúrgicas (Neurologia e Oncologia, por exemplo).

Relativamente a equipamentos, após coletar dados junto ao CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde) e verificar grande discrepância nos dados disponibilizados em formato novo ante os dados catalogados no formato anterior (o número de equipamentos disponíveis ao SUS indicado deixou de ser de 80% do total existente e passou a ser de 8,6%), e não obter êxito em contato com o órgão federal mantenedor, deixamos de reiterar os estudos oferecidos nos relatórios de contas de governo de 2012 a 2014.