



7. Saúde

7.1 SUS – Contextualização da Legislação

Com o advento da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas voltadas à área de Saúde passaram a integrar o capítulo da Seguridade Social, a qual, ilustrada como gênero, contemplou também as áreas de Previdência Social e a de Assistência Social também a ela vinculadas.

A Saúde teve definição veiculada no art. 196 da Carta Federal, que assim dispôs:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso *universal* e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Para a execução dessas atividades, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se constitui no 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.

O SUS conta com a participação direta da administração pública, e de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada. Sua regulamentação ocorreu por força do disposto no art. 200 da Constituição, mediante a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (a Lei Orgânica da Saúde), tendo como objetivos:

Art. 5º. *omissis*

1. A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
2. A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
3. a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.



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

Logo após sua edição, a Lei Federal nº 8.080/90 sofreu alterações promovidas pela lei nº 8.142/1990, notadamente em relação à previsão de controle social 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 normas 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 - FNS¹, devem ocorrer de forma regular e automática, para cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

De acordo ainda com a Lei nº 8.080/90, 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.

A referida lei somente teve regulamentação em junho de 2011, por meio do Decreto nº 7.508, de 28/06/2011. Nele são estruturados 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.

Não obstante os recursos federais constantes do FNS e a obrigatoriedade de haver a contrapartida de recursos para a saúde nos orçamentos dos Estados e Municípios, a partir da Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, também passou a ser necessária a alocação de um percentual mínimo das receitas de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços de saúde.

A estruturação do SUS, enquanto uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, organizados em complexidade crescente, além de contar com as disposições normativas já referidas, que dispuseram sobre as diretrizes gerais de sua ordenação, e dos respectivos meios de financiamento, contou com a edição dos normativos conhecidos como Normas Operacionais de Saúde (NOS). Essas Normas, editadas em âmbito federal pelo Ministério da Saúde, por sua vez, foram formuladas a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, voltando-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientaram a operacionalidade deste Sistema.

Tais Normas Operacionais de Saúde passaram a ser editadas a partir de 1991, tendo a sua última atualização sido procedida em 2002. A principal introdução efetuada feitas

¹ O Fundo Nacional de Saúde - FNS, criado pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, foi reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993 a fim de atender às determinações legais referentes ao SUS, constantes das Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, especialmente às necessidades de transferência regular de recursos pela União aos demais entes federados para a cobertura de ações e serviços de saúde.



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

pelas Normas Operacionais de Saúde se deu com a NOB 01/96, que criou o Piso de Atenção Básica – PAB e o seu repasse automático do FNS aos fundos municipais de Saúde, reforçando ainda pressupostos de municipalização e da hierarquização da saúde.

Em 2001 e 2002, as Normas passaram a denominar-se Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS n° 01/01 (Portaria n° 95 do MS, de 26/01/01) e 01/02 (Portaria MS/GM n° 373, de 27/02/02) aprofundaram o processo de descentralização das ações de saúde, evoluindo-se no aspecto da regionalização. A partir das NOAS o processo de descentralização passa a ser feito orientando-se pela lógica do *arranjo regional* das ações e serviços de saúde, de modo que se cumpram os princípios de *resolutividade* do sistema, *equidade* de acesso, *universalização*, *integralidade*, e *hierarquização* em grau de complexidade crescente.

Ressalte-se ainda que com as NOAS o *papel dos Estados* dentro do SUS passou a ser mais definido, cabendo a esses entes o papel de *coordenação, controle, avaliação e regulação* do sistema de saúde no âmbito do seu território, inclusive com *reforço no papel de controle*, representado pela necessidade de desenvolvimento do componente estadual de auditoria do SUS.

No âmbito do SUS, estruturado a partir da atuação conjunta da União, estados e municípios, cada qual com direção própria, cabe à direção estadual, por meio da Secretaria de Saúde, promover:

1. A elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
2. A elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
3. A administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
4. A promoção da descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
5. Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
6. Estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
7. A definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde, no seu âmbito de atividades;
8. Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS;
9. Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

7.2. Pacto pela Saúde

Em fevereiro/2006, mediante a Portaria n° 399/GM, o Ministério da Saúde instituiu o manual intitulado “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, no qual foram aprovadas as diretrizes operacionais do referido pacto. A partir daí, os gestores do SUS passaram a assumir compromisso público de observância dos princípios constitucionais do



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

SUS. Foram ali criados, sob forma de conceitos, três compromissos definidos como pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Esta Portaria nº 399/GM assim os define:

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

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

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

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

O Pacto pela Saúde reforçou a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Com ele, foram extintos os conceitos anteriores de módulo assistencial, município-sede de módulo assistencial, e município-pólo e foi definido novo conceito, denominado “regiões de saúde”, cujo conceito abaixo é transcrito:

Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

As regiões de saúde devem ser organizadas de modo a garantir, dentro de cada uma, o oferecimento de determinados procedimentos integrantes da média complexidade, mediante pactuação entre os gestores locais dos municípios integrantes de cada região de saúde, buscando, assim, suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas numa região de saúde relativas à atenção básica e a ações básicas de vigilância em saúde deverá ser assumido por cada município. Quando, todavia, a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser definida estratégia no planejamento regional para o seu atingimento, junto com a definição dos investimentos necessários.



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

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião. E visando à viabilização do Pacto, os Estados e municípios devem definir ainda seus compromissos sanitários (metas e objetivos) num documento denominado Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Nele, os entes federados devem expor as responsabilidades e atribuições de cada gestor.

Em setembro de 2012, conforme dados ilustrados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, 4.589 dos 5.565 municípios brasileiros (82,46% do total) haviam aderido ao referido Pacto².

Tabela 1 - Percentual de municípios brasileiros por Estado, que aderiram ao Pacto pela Saúde

UF	Total de municípios no Estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde	Percentual de municípios
AL	102	102	100,00%
CE	184	184	100,00%
GO	246	246	100,00%
MS	78	78	100,00%
PR	399	399	100,00%
RN	167	167	100,00%
RO	52	52	100,00%
SC	293	293	100,00%
SE	75	75	100,00%
SP	645	645	100,00%
MG	853	841	98,59%
MT	141	135	95,74%
PA	143	134	93,71%
ES	78	71	91,03%
PE	185	157	84,86%
PB	223	186	83,41%
MA	217	154	70,97%
BA	417	288	69,06%
RR	15	9	60,00%
RJ	92	54	58,70%
AC	22	11	50,00%
AP	16	6	37,50%
RS	496	155	32,25%
PI	224	59	26,34%
AM	62	4	6,45%

² Dados extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br>ACESSO À INFORMAÇÃO>SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA>GESTÃO/FINANCIAMENTO>REGIONALIZAÇÃO>ADESÃO AO PACTO (ou <http://189.28.128.178/sage/>).

Obs: Os dados brutos foram aproveitados, mas na data da consulta (04/7/2013) a linha de totalização continha equívoco, de modo que o dado exposto foi recalculado.



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

UF	Total de municípios no Estado	Municípios com adesão ao Pacto pela Saúde	Percentual de municípios
DF	1	0	0,00%
Total	5.565	4.589	82,46%

Fonte: Ministério da Saúde (pagina eletrônica <http://189.28.128.178/sage>)

O número de estados que já tiveram inscritos todos os municípios com adesão ao pacto foi elevado de sete (em 2011) para dez (em 2012). Pernambuco, nessa última amostra, conta com 157 municípios dentre o total de 185 (foram considerados os 184 mais o Distrito de Fernando de Noronha), representando então, 84,86%. O dado acima aponta o estado na 15ª posição relativamente ao percentual de municípios que culminaram aderindo ao Pacto pela Saúde até a última atualização oferecida pelo Ministério da saúde (setembro/2012).

7.3. Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

Conforme define o art. 4º, §1º da Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de setembro de 2006, são “instrumentos básicos de planejamento do SUS”, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Até a data de 05/08/2013, o sítio eletrônico da Secretaria de Saúde estadual ainda não contemplava na página eletrônica correspondente (www.informacoes-em-saude/plano-estadual-de-saude/) a visualização do Plano Estadual de Saúde 2012-2015, sendo disponível somente o relativo ao período 2008-2011. De forma semelhante, o sítio eletrônico estadual (www.informacoes-em-saude/relatorio-anual-de-gestao/) não apresentava, até a referida data, o Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado referente a 2012, sendo disponíveis, apenas, as versões finais dos 4 exercícios anteriores (2008 a 2011). Constatou-se, todavia, através de consulta³ realizada no SARGSUS (Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão), no que tange ao RAG 2012, que “o Relatório Anual de Gestão encontra-se em processo de apreciação pelo Conselho de Saúde”. Cumpre ressaltar, contudo, que a obrigatoriedade de utilização do referido Sistema SARGSUS somente foi estabelecida a partir da competência 2012, conforme Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012.

Faz-se necessário destacar a importância deste documento para adequado planejamento das ações de saúde, devendo nele constar as seguintes informações: (a) o resultado da apuração dos indicadores de saúde; (b) a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); (c) as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores), segundo exposto na Portaria GM/MS 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

7.4. Assistência à Saúde em Pernambuco - Atenção Primária

³ Consulta efetuada no endereço <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus> em 09 de julho de 2013.



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

A gestão de saúde no estado ainda se depara com alguns desafios, dentre os quais o mais elementar é o de estender o atendimento primário à saúde às localidades mais distantes que compõem as Gerências Regionais de Saúde implantadas no estado.

O atendimento primário à saúde em nosso país recebe a denominação de Atenção Básica. Foi concebido de forma a fazer a função de “porta de entrada” preferencial do usuário no SUS e se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no 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.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, foram definidas como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

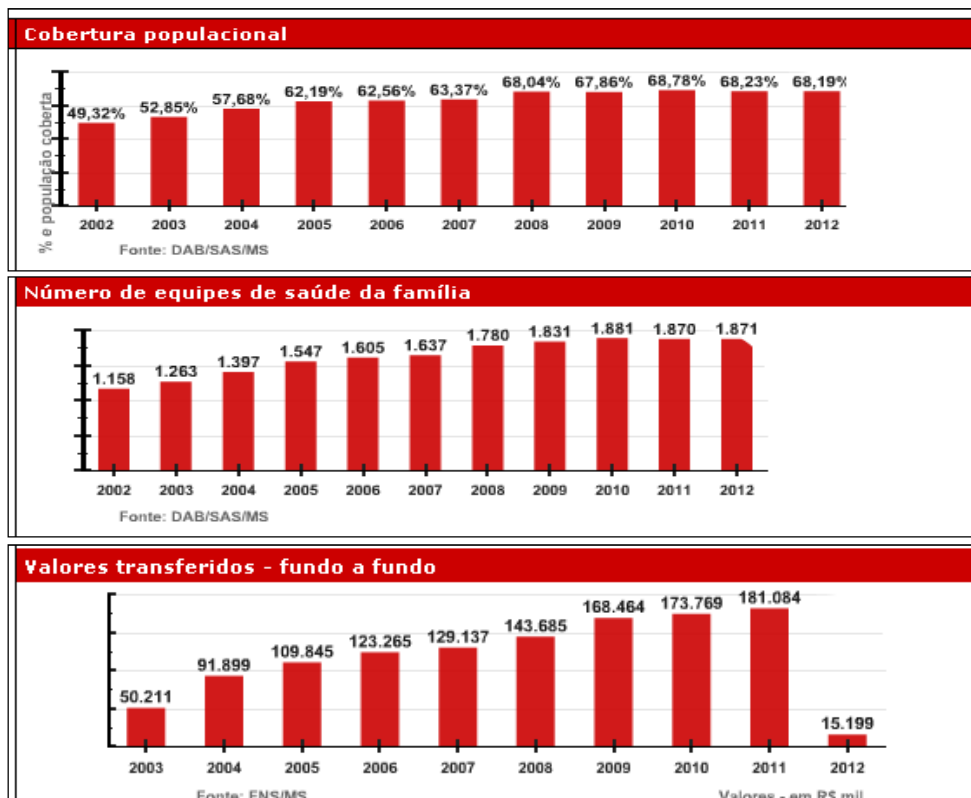
A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são itens necessários para a implantação das *Equipes de Saúde da Família*: existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes (média recomendada de 3.000 habitantes), com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e *Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*; bem como número de ACS suficiente para cobrir um máximo de *750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família*. Também atuam na atenção primária à população, direcionando sua atuação na área de Saúde Bucal, outras categorias profissionais, como cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental.

A cobertura populacional por equipes de saúde da família em Pernambuco, assim como os valores repassados, vem aumentando gradativamente conforme demonstrado nos gráficos seguintes:



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

Gráfico 1 - Cobertura populacional/ Equipes de saúde da família no Estado/Valores SUS transferidos.



Fonte: DAB/SAS/MS

7.5. Financiamento da Saúde no estado

No que diz respeito ao financiamento das ações de saúde, o total de volume financeiro aportado no estado observa a regulamentação efetuada por meio das Portarias GM/MS nº 204/2007 (alterada pela GM/MS nº 837/2009) e nº 1.497/GM. A Portaria GM/MS nº 204/2007 define o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. A segunda estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e especificada por bloco de financiamento.

De acordo com o art. 37 da portaria GM/MS nº 204/2007, os recursos a serem repassados pelo FNS para os demais entes federados são segmentados conforme a orientação pretendida. Foram definidos cinco blocos de financiamento abaixo discriminados: 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**. Mais recentemente, 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**.



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

Os recursos destinados aos entes devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao bloco de financiamento respectivo. A portaria nº 204/GM prevê a possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento. Os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Segundo os dados contidos no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, foi destinado ao Estado de Pernambuco cerca de R\$ 1,25 bilhão, assim distribuído:

Tabela 2 – Repasses ao Estado de Pernambuco em 2012

Bloco de Financiamento	Valor Repassado a Pernambuco	%
Assistência farmacêutica	26.448.840,18	2,11%
Atenção básica	954.608,50	0,08%
Gestão do SUS	1.688.024,98	0,13%
Investimento	7.692.535,92	0,61%
Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	1.186.226.326,62	94,80%
Vigilância em Saúde	28.274.750,85	2,26%
Total	1.251.285.087,05	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde (pagina eletrônica <http://189.28.128.178/sage/>)

O Fundo Estadual de Saúde foi a entidade que recebeu a maior parcela de recursos em nome do estado. Cerca de R\$ 1,222 bilhão foram recebidos por meio deste Fundo Estadual em 2012, conforme dados obtidos na consulta à página eletrônica <http://189.28.128.178/sage/> (consulta entidades; CNPJ nº 11.430.018/0001-40).

7.6. Financiamento da Saúde nos municípios pernambucanos

Em relação aos municípios pernambucanos, os dados obtidos no sítio eletrônico do Ministério da Saúde sugerem que estes receberam, no conjunto, R\$ 1.800.979.322,24.

O gráfico a seguir demonstra a evolução dos valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao conjunto de entes entre 2009 e 2012. Note-se que os valores veiculados dizem respeito a valores repassados ao conjunto de entes existentes em Pernambuco (o estado e os 184 municípios).

Tabela 3 - Montante de recursos transferidos do FNS para o FES 2009 a 2012.

Bloco de Financiamento	2009	2010	2011	2012
Atenção Básica	509.338.565,70	545.285.599,26	608.672.278,06	713.982.028,63



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

Média e Alta Complexidade	1.499.311.406,13	1.613.455.082,11	1.724.738.791,72	2.140.658.512,34
Vigilância em Saúde	66.003.912,73	122.159.051,67	83.500.105,94	89.816.971,65
Assist. Farmacêutica	79.510.545,89	92.254.625,86	73.433.148,47	74.144.136,14
Gestão do SUS	11.861.768,33	11.714.567,21	7.791.347,29	4.800.066,14
Investimentos	391.574,30	29.375.829,81	27.633.737,21	28.860.682,31
Total	2.166.419.782,08	2.414.246.765,92	2.525.771.419,69	3.052.264.409,21

Fonte: sítio do Ministério da Saúde (página <http://189.28.128.178/sage/relatorio/relnovo.php>)

Assim, depreende-se que o valor repassado apenas aos municípios pernambucanos somou R\$ 1.800.979.322,24, vez que o valor de R\$ 3.052.264.409,21 informado como “total repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em 2012” contempla a parcela de R\$ 1.251.285.087,05 repassada apenas ao Governo do Estado de Pernambuco.

Os dados acima compreendem valores históricos (sem fator de correção monetária). Vê-se, de todo modo, curva de crescimento de valores nos blocos de financiamento “Média e Alta Complexidade” e de “Atenção Básica”, os quais são os mais representativos, visto que responderam juntos por cerca de 94% dos recursos transferidos pelo FNS. Os demais grupos encontram-se com volumes monetários de recursos estáveis. Em 2012, o total de transferência de recursos federais (SUS) para média e alta complexidade manteve a proporção sobre os recursos aportados em Atenção Básica. Em média, nos últimos exercícios, para cada real vindo para fins de “Atenção Básica”, outros três reais foram aplicados no bloco “Alta e Média Complexidade”.

7.7. Rede Estadual de Saúde e valores alocados internamente

Ao longo da trajetória de implementação do SUS, os serviços de média e alta complexidade prestados à população pelos gestores públicos de saúde originaram-se, em sua maioria, de contratos ou credenciamentos junto a unidades privadas (hospitais, clínicas) com fins lucrativos, filantrópicas ou universitárias. A oferta dos prestadores e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes.

Esta situação compromete a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, aumentando ainda mais as desigualdades regionais. A inadequada acessibilidade dos cidadãos à atenção primária – que deveria ser a “porta de entrada” dos usuários do SUS – contribui para que esta função seja exercida indevidamente com serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade, fato que proporciona gastos públicos ineficazes em se tratando do SUS.

A Rede Estadual de Saúde de Pernambuco encontra-se estruturada da seguinte forma:

- Gerências Regionais de Saúde (GERES);
- Hospitais;



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

- Unidades de Pronto-atendimento (UPAs);
- 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.

A seguir, são oferecidas considerações acerca dos principais órgãos/unidades que integram a estrutura de saúde estadual, bem como os repasses a eles efetuados.

7.7.1 Gerências Regionais de Saúde

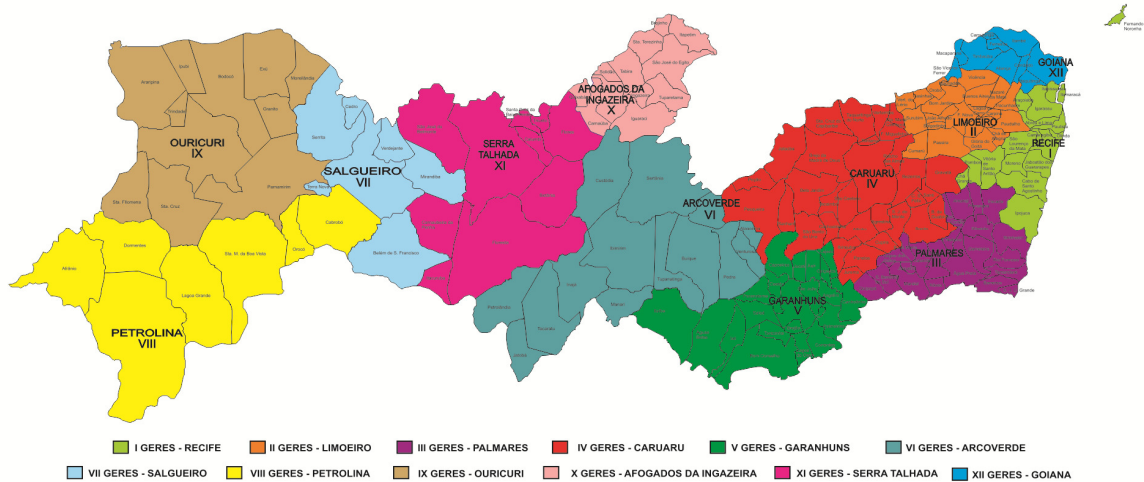
As Gerências Regionais de Saúde (GERES) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pelos municípios, que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. No início do exercício de 2012 eram quantificadas no estado em número de 11 (onze). Por meio do Decreto 37.772, de 16/01/2012, o estado criou a XII Gerência Regional, com sede em Goiana, e atendendo, além deste, outros nove municípios anteriormente assistidos pela I e pela II GERES.

Este modelo de gestão da Saúde permite, portanto, que campanhas de saúde e boa parte do processo de tomada de decisão local seja definido em função das particularidades de cada região. Com a criação da XII GERES, a distribuição das Gerências de Saúde passou a observar o mapa a seguir:



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

Figura 1 - Mapa das Gerências Regionais de Pernambuco



Fonte: SES/PE

O dado mais atualizado relativo à população do estado (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>) informa um contingente total de 8.931.028 habitantes distribuídos na área geográfica estadual (184 municípios mais Distrito de Fernando de Noronha), tendo 01/07/2012 como data de referência. Embora o sítio eletrônico do Ministério da Saúde contemple dado de 2011 (8.831.006 habitantes), os dados ali expostos fornecem a distribuição relativa da população assistida por cada Gerência de Saúde:

Tabela 4 - População e Municípios por GERES

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	3.978.934	20	45,06
II GERES	Limoeiro	568.868	20	6,44
III GERES	Palmares	559.158	22	6,33
IV GERES	Caruaru	1.214.326	32	13,75
V GERES	Garanhuns	519.796	21	5,89
VI GERES	Arcoverde	378.678	13	4,29
VII GERES	Salgueiro	140.233	7	1,59
VIII GERES	Petrolina	424.626	7	4,81
IX GERES	Ouricuri	333.404	11	3,78
X GERES	Afogados da Ingazeira	184.183	12	2,09
XI GERES	Serra Talhada	230.333	10	2,61
XII GERES	Goiana	298.467	10	3,38
Total		8.831.006	185	100,00

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/380/acesso-a-informacao.html> (acessar campo denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”)

A estratégia de saúde dos estados deve ser definida buscando alocar oferta de profissionais de saúde e de serviços de média e alta complexidade no Estado numa proporção próxima à da distribuição percentual acima ilustrada.



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

A composição dos repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde às GERES no exercício de 2012 foi a seguinte:

Tabela 5 - Repasses Financeiros do FES às GERES em 2012

Gerências Regionais	Valor Repassado em 2012
I	5.780.866,66
II	2.540.089,44
III	3.880.605,94
IV	6.940.595,41
V	982.922,77
VI	1.416.740,67
VII	6.460.821,12
VIII	1.299.198,42
IX	1.667.407,42
X	5.837.688,00
XI	6.159.002,01
XII	128.777,14
Total	43.094.715,00

Fonte: e-Fisco Consulta Notas de Empenho (UG 530401; filtro por CNPJ).

A referida tabela demonstra que cerca de 43 milhões foram repassados do Fundo Estadual de Saúde, em 2012, às GERES sob a forma de repasses financeiros. Para ilustrar, a seguir é apresentada a série histórica dos repasses efetuados nos exercícios de 2010 a 2012:

Tabela 6 - Repasses Financeiros do FES às GERES 2010/2012

Em R\$ 1,00

Gerências Regionais	2010	2011	2012
I	10.823.476,25	691.182,55	5.780.866,66
II	4.634.290,01	4.750.425,72	2.540.089,44
III	4.846.576,01	6.083.801,69	3.880.605,94
IV	4.637.287,30	3.822.165,27	6.940.595,41
V	945.296,58	664.063,72	982.922,77
VI	1.939.194,07	800.871,32	1.416.740,67
VII	3.395.668,89	2.676.394,75	6.460.821,12
VIII	1.094.012,40	1.016.246,35	1.299.198,42
IX	1.940.012,88	1.093.907,83	1.667.407,42
X	2.467.305,66	2.277.639,98	5.837.688,00
XI	2.939.216,73	2.914.993,67	6.159.002,01
XII	Criada em 2012	Criada em 2012	128.777,14
Total	39.662.336,78	26.791.692,85	43.094.715,00

Fonte: e-Fisco 2010 a 2012

7.7.2. Hospitais

A rede hospitalar pública de Pernambuco encontrava-se, ao final de 2012, constituída pelos 5 (cinco) hospitais de grande porte situados no Recife, outros 3 (três) também de grande porte na Região Metropolitana (inaugurados entre dezembro/2009 e



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

dezembro/2011), 01 (um) no município de Caruaru, além de outros 11 (onze) hospitais regionais.

Quadro 1 – Rede Hospitalar do Estado de Pernambuco

Hospital	Localidade
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 Regional Dom Malan	Petrolina
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Sílvio Magalhães	Palmares
Hospital João Murilo	Vitória de Santo Antão
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Sílvio Magalhães	Palmares

Fonte: SES/PE

Com vistas a dar maior transparência à execução orçamentária e financeira por parte das unidades de saúde, a Secretaria de Saúde estadual editou a Portaria nº 083/2010, que instituiu como *Unidades Gestoras Executoras*, os cinco hospitais de grande porte do Recife (Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena e o Hospital Geral Otávio de Freitas), bem como o Hospital Geral do Agreste, situado em Caruaru e o Laboratório Central de Saúde Pública - Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN-PE).

A referida norma tornou obrigatório que as unidades hospitalares instituídas como Unidades Gestoras Executoras realizem o processamento orçamentário e financeiro dos recursos a elas repassados, bem como prestem contas ao Tribunal de Contas do Estado, permanecendo, todavia, sob a gestão administrativo-financeira da própria Secretaria de Saúde estadual.

Os totais repassados aos referidos estabelecimentos de saúde nos exercícios de 2010 a 2012 são demonstrados na tabela a seguir.



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

Tabela 7 – Repasses aos hospitais da rede estadual - Em R\$ 1,00

Hospital	2010	2011	2012
HR	23.531.934,24	47.094.648,93	68.393.882,62
HAM	11.810.727,60	38.406.521,27	43.127.680,99
HOF	10.931.291,13	28.628.737,20	36.212.445,73
HGV	19.043.100,12	28.388.861,21	27.540.203,80
HBL	16.510.907,31	27.787.700,17	35.963.991,92
HRA	7.783.493,10	20.152.026,90	29.491.221,90
TOTAL	89.613.463,5	190.460.506,68	240.731.438,96

Fonte: e-Fisco 2010 a 2012

Para efeito comparativo, recomenda-se utilizar os dados de 2011 e 2012 apenas, vez que os grandes hospitais acima foram elevados à condição de Unidades Gestoras apenas em 2010 (anteriormente, os gastos efetuados por esses hospitais compunham a execução financeira da I GERES), de modo que os volumes financeiros de repasses de 2010 ainda podem ser considerados como valores de transição.

No que tange às demais unidades de saúde (especialmente o Hospital Miguel Arraes de Alencar, o Hospital Dom Hélder Câmara e o Hospital Pelópidas da Silveira, inaugurados entre dezembro/2009 e dezembro/11), o Governo do Estado de Pernambuco optou por neles implantar um novo modelo de gestão. Assim, foram celebrados contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais – OS's.

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

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2012, às Organizações Sociais que administram 07 (sete) hospitais públicos, somou R\$ 229 milhões (cerca de 95,3% do valor repassado aos seis hospitais submetidos à administração própria pela Secretaria de Saúde).

A seguir, são apresentados os hospitais que se encontravam submetidos ao modelo de gestão por Organizações Sociais em 2012:



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

Quadro 2 – Hospitais administrados por Organizações Sociais

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	
Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista	
Regional Dom Malan	Petrolina	Fundação Manoel da Silva Almeida
Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	
Sílvio Magalhães	Palmares	
João Murilo	Vitória de Santo Antão	Hospital do Tricentenário

Fonte: SES/PE

Os Hospitais Ermírio Coutinho e Sílvio Magalhães começaram a ser administrados sob o modelo de Organização Social em dezembro/2011, enquanto que o João Murilo, em setembro/2012.

Outras considerações acerca das Organizações Sociais com as quais o estado manteve contratos de gestão em 2012 serão objeto de comentário no Capítulo 10, intitulado “Terceiro Setor”.

7.7.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passaram, em 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.

Essas unidades de saúde funcionam 24 horas por dia e atendem as seguintes especialidades: 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 14 (catorze) UPA's em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

Quadro 3 – Unidades de Pronto Atendimento administradas por Organizações Sociais

Unidade de Pronto Atendimento	Organização Social (gestora)
Olinda - Gregório Lourenço Bezerra	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Igarassu - Honorata de Queiroz Galvão	
Paulista - Geraldo Pinho Alves	



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

Unidade de Pronto Atendimento	Organização Social (gestora)
São Lourenço da Mata - Professor Fernando Figueira	
Barra de Jangada - Wilson Campos	
Engenho Velho - Carlos Wilson	
Caruaru - Dr. Horácio Florêncio	
Cabo de Santo Agostinho - Deputado Francisco Julião	
Imbiribeira - Maria Esther Souto Carvalho	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS
Torrões - Dulce Sampaio	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Nova Descoberta - Solano Trindade	Hospital Maria Lucinda
Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	Fundação Manoel da Silva Almeida
Curado - Fernando de Lacerda	Hospital do Tricentenário
Ibura - Pediatra Zilda Arns	

Fonte: SES/PE

Em 2012, conforme relatado no Capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi destinado o montante de R\$ 161,56 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 Unidades de Pronto Atendimento - UPA's.

7.8. Execução Orçamentária na função Saúde

Em 2012, foram empenhadas despesas na função Saúde no valor de R\$ 4.241.727.554,67. Tal montante representou a segunda maior despesa orçamentária do Estado, correspondendo a 17,33% do total da despesa empenhada no exercício. Deste valor, cerca de R\$ 4,05 bilhões foram despesas correntes e em torno de R\$ 192,91 milhões foram despesas de capital.

Ressalta-se, entretanto, que essa despesa contempla as ações de saúde executadas no âmbito do orçamento fiscal, nada dispondo acerca dos gastos realizados pelo Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE, que figura apenas no orçamento de investimento das empresas estatais.

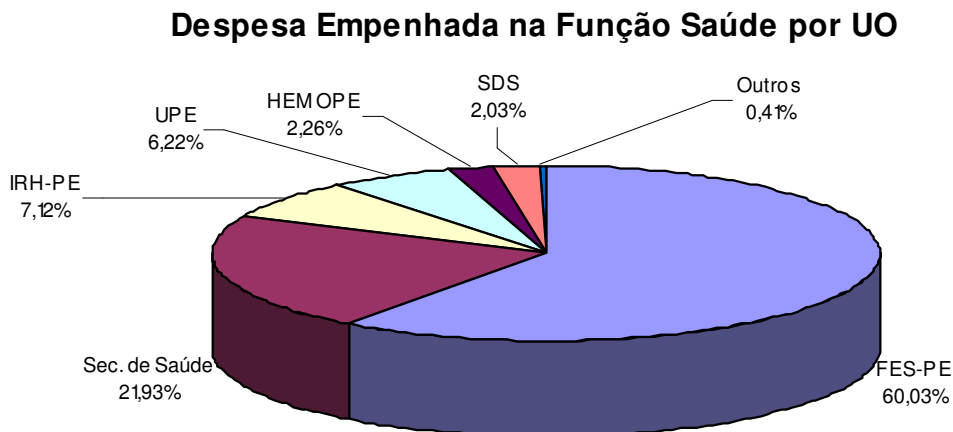
7.8.1. Despesas por Unidades Orçamentárias - UO

De acordo com dados obtidos no e-Fisco, as unidades orçamentárias - UO que mais executaram despesas em Saúde foram o Fundo Estadual de Saúde (FES), a Secretaria de Saúde (SES), o Instituto de Recursos Humanos (IRH) e Universidade de Pernambuco (UPE), conforme os percentuais expostos a seguir:



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

Gráfico 2 – Despesa empenhada na função saúde por UO



Fonte: e-Fisco 2012

Do total da despesa empenhada na função Saúde, 81,96% foi de responsabilidade das unidades orçamentárias: Fundo Estadual de Saúde (60,03%) e Secretaria Estadual de Saúde (21,93%).

7.8.2. Despesas por subfunção

Em 2012, as despesas destinadas à função Saúde, por subfunção, foram as seguintes:

Tabela 8 - Total empenhado na Função Saúde em 2012

Em R\$ 1,00

Subfunção	Valor empenhado	Percentual empenhado na Subfunção
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	3.460.841.121,99	81,59%
122 - Administração Geral	307.492.182,89	7,25%
846 - Outros Encargos Especiais	234.356.235,63	5,53%
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	169.721.241,57	4,00%
301 - Atenção Básica	23.271.611,61	0,55%
121 - Planejamento e Orçamento	13.764.172,69	0,32%
305 - Vigilância Epidemiológica	10.373.090,07	0,24%
126 - Tecnologia da Informação	10.022.250,24	0,24%
128 - Formação de Recursos Humanos	4.743.292,26	0,11%
421 - Custódia e Reintegração Social	2.442.655,39	0,06%
304 - Vigilância Sanitária	2.336.837,51	0,06%
244 - Assistência Comunitária	1.112.554,34	0,03%
125 - Normatização e Fiscalização	923.559,63	0,02%
131 - Comunicação Social	323.738,20	0,01%
571 - Desenvolvimento Científico	3.010,65	0,00%
Total	4.241.727.554,67	100%

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012



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

A Subfunção 302 - *Assistência hospitalar e ambulatorial* foi responsável isoladamente por 81,59% dos recursos empenhados na função Saúde. A tabela a seguir apresenta os programas classificados nesta subfunção que receberam mais recursos.

Tabela 9 - Total Empenhado na Função Saúde, Subfunção 302, por Programa Em R\$ 1,00

Programa	Valor
1033 - Melhoria da Atenção à Saúde	1.963.540.625,88
0971 - Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações da Secretaria de Saúde	739.431.385,40
0141 - Atendimento à Saúde dos Servidores Beneficiários do SASSEPE	300.418.156,12
0061 - Promoção da Saúde	204.277.353,28
0902 - Ampliação da Cobertura dos Serviços de Saúde	160.791.126,68
0963 - Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações da Secretaria de Defesa Social	86.062.247,47
0065 - Conservação e Ampliação das Unidades de Ensino e de Saúde da Universidade de Pernambuco	3.028.745,30
0083 - Prevenção, Promoção e Assistência à Saúde no DEFN	2.086.673,33
0527 - Promoção das Ações Finalísticas da Fundação HEMOPE	1.204.808,53
Total	3.460.841.121,99

Fonte: Balanço Geral do Estado 2012 – Quadro 07.

O programa 1033 – Melhoria da Atenção à Saúde representou 56,74% do total empenhado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Das ações que pertencem a este programa, classificadas na subfunção indicada, a atividade 3431 – Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar representou 87,81% do total empenhado, alcançando um valor de R\$ 1.724.150.392,31. Tal atividade teve por finalidade garantir a execução dos procedimentos de média e alta complexidade pelas unidades de saúde sob gestão estadual, para entendimento às necessidades de saúde da população.

O programa 0971 – Apoio Gerencial e Tecnológico às Ações da Secretaria de Saúde, por sua vez, representou 21,37% do total empenhado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Dentre as ações pertencentes a esse programa, apenas a atividade 0602 – Manutenção do Pessoal das Atividades Fins do Sistema de Saúde e do Pessoal de Residência Médica e Outras Residências está classificada na subfunção 302 - Assistência hospitalar e ambulatorial, correspondendo, portanto, a 100% do valor mostrado na tabela anterior no montante de R\$ 739.431.385,40. Tal atividade teve por finalidade garantir a remuneração de pessoal e dos residentes para prestação das atividades fins do sistema de saúde.

O programa 0141 – Atendimento à Saúde dos Servidores Beneficiários do SASSEPE correspondeu a 8,68% do total empenhado na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial classificada na função Saúde. Quase a totalidade dos gastos desse programa (98,80%) foi referente à atividade 0299 - Prestação de serviços de atendimento à saúde dos beneficiários do SASSEPE, que tem por finalidade prestar serviços médicos e odontológicos aos servidores beneficiários, através de Unidades de Saúde.



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

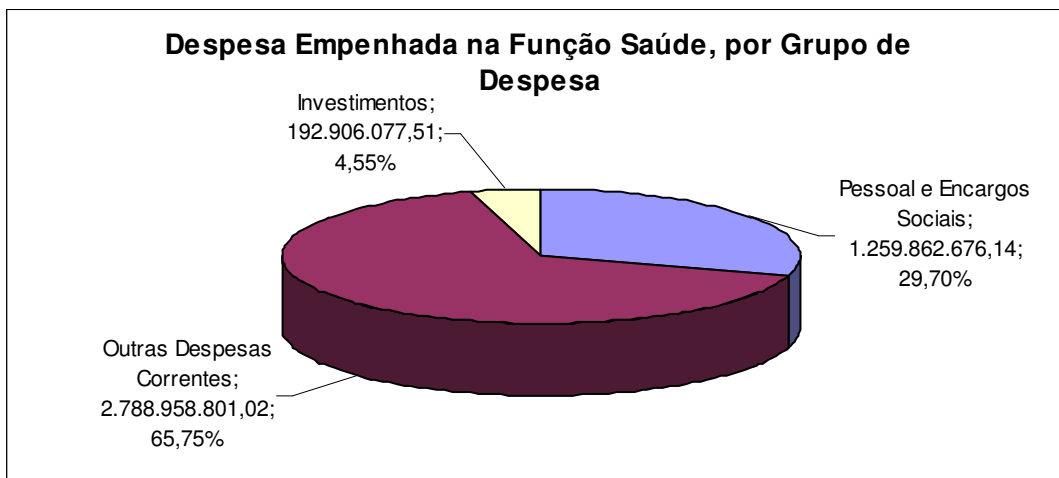
Os demais programas classificados na subfunção 302 – Assistência hospitalar e ambulatorial representaram 13,22% do total empenhado na referida subfunção.

7.8.3. Despesas por grupo

Conforme demonstrado abaixo, a despesa empenhada na função Saúde apresentou a seguinte composição por grupo de despesa:

Gráfico 3 – Despesa empenhada na função saúde por grupo de despesa

Em R\$ 1,00



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012

As despesas empenhadas na função Saúde, R\$ 4.241.727.554,67, foram liquidadas em sua totalidade, não havendo inscrição em restos a pagar não processados. Dentre essas despesas, as que mais se destacaram, por grupo de despesa, foram:

Tabela 10 – Valor liquidado no **Grupo 1**, da função saúde, por item de gasto

Em R\$ 1,00

Item de gasto	Descrição	Valor
31901101	Vencimentos e Salários Pessoal Civil	757.523.202,40
31911301	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	193.997.932,39
31901612	Produtividade SUS	76.822.141,07
31901143	13º Salário - Pessoal Civil	63.371.606,00
31900401	Contratação por Tempo Determinado - Pessoal Civil - Vencimento e Vantagens Fixas	43.272.055,18
	Outros	124.875.739,10
Total		1.259.862.676,14

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012

Das despesas liquidadas no grupo 1 (pessoal e encargos sociais), classificadas na função saúde, destacam-se as concernentes aos vencimentos e salários do pessoal civil bem como às obrigações patronais ao FUNAFIN, que juntas representaram 75,53% do total liquidado no referido grupo.



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

Tabela 11 – Valor liquidado no **Grupo 3**, da função saúde, por item de gasto Em R\$ 1,00

Item de gasto	Descrição	Valor
33903950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	652.108.441,84
33504113	Contribuições - Organização Social - OS	440.548.158,92
33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper. Intra-Orçamentária	333.480.840,20
33909239	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	172.929.882,50
33504301	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	127.914.526,65
	Outros	1.061.976.950,91
Total		2.788.958.801,02

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012

Em relação às despesas liquidadas no grupo 3 (outras despesas correntes), classificadas na função saúde, destacam-se as relativas aos serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, despesas inerentes à referida função, que representaram 23,38% do total liquidado neste grupo. As contribuições destinadas às Organizações Sociais, dentre as quais estão inseridos os repasses destinados à gestão das UPA's e hospitais públicos administrados por OS, corresponderam a 15,80% do total liquidado no grupo 3. Destacam-se também as despesas destinadas a subvencionar instituições de caráter assistencial como o Hospital do Câncer e o Instituto Materno Infantil – IMIP, entre outras, classificadas como subvenções sociais.

Tabela 12 – Valor liquidado no **Grupo 4**, da função saúde, por item de gasto Em R\$ 1,00

Item de gasto	Descrição	Valor
44905102	Obras Públicas de Uso Comum de Povo	100.772.443,62
44905208	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar	36.273.977,63
44905242	Mobiliário em Geral	9.630.710,69
44905248	Veículos Diversos	9.452.306,14
44909205	Outras Despesas de Exercício Anteriores	5.323.206,14
	Outros	31.453.433,29
Total		192.906.077,51

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012

Em relação aos investimentos classificados na função saúde, e liquidados em 2012, destacam-se as obras e instalações, que representaram 52,24% do total liquidado neste grupo, entre as quais estão inseridos os gastos destinados à reforma de hospitais e construção de UPAs. Em seguida temos a aquisição de Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar, que representou 18,80% do referido total. Os gastos na aquisição de mobiliário em geral representaram 4,99% do total liquidado em investimentos na função saúde. Por fim, destacamos a aquisição de veículos diversos, que em sua maioria foi referente à aquisição de ambulâncias, representando 4,90% dos referidos investimentos.

7.8.4. Fontes de financiamento

As despesas empenhadas na função saúde tiveram as seguintes fontes de financiamento em 2012, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 13 - Fontes de Recursos relativos à função 10 - Saúde Em R\$ 1,00



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

Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.288.401.656,09
244	Recursos do SUS	1.382.143.713,18
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	205.222.571,47
241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	184.602.409,41
(A)	Operações de Crédito Diversas	148.356.093,17
0104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	26.679.957,59
0119	Recursos do FRMSA ^(B)	4.583.540,69
0242	Convênios - Adm. Indireta	1.737.613,07
Total		4.241.727.554,67

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2012

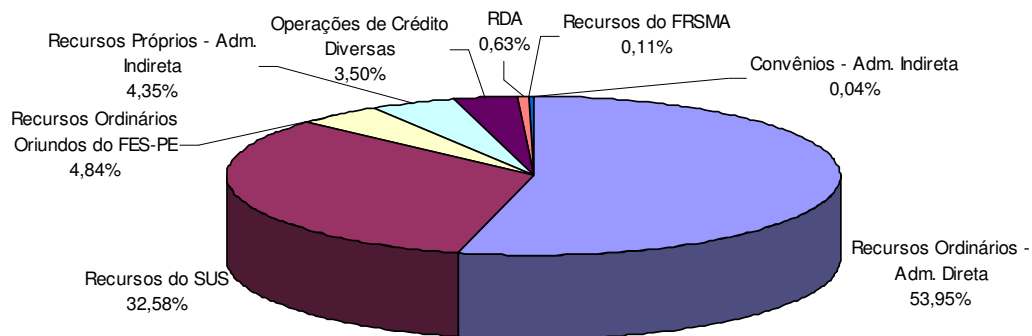
Notas: (A) Fontes: 0133 - Recursos de Operação de Crédito para Políticas de Desenvolvimento - DPL (Lei nº 14.443/2011); 0131 - Programa Multissetorial de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável de Pernambuco-BNDES Estados; 0103 - Recursos de Operações de Crédito - Adm. Direta; 0132 - Programa Multissetorial de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável de Pernambuco-BNDES Estados II; 0130 - Recursos de Operação de Crédito - BNDES - Programa Emergencial Federal II;
(B) Recursos Decorrentes da Operacionalização da Conta Única para Projetos de Responsabilidade Social e Modernização Administrativa - FRMSA

Verifica-se que, do total de recursos empenhados na função Saúde em Pernambuco, 86,53% foram oriundos de apenas duas fontes de financiamento: Recursos Ordinários do Tesouro- Administração Direta e Recursos do SUS Exclusive Convênios.

O gráfico a seguir apresenta o percentual dos gastos empenhados na função Saúde por fonte de financiamento:

Gráfico 4 – Fontes de financiamento das despesas na função saúde

Fontes de Financiamento das Despesas na Função Saúde



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco2012

Diante dos dados extraídos do e-Fisco e confrontados com os apresentados pelo Governo do Estado por meio do Balanço Geral, referente ao exercício financeiro de 2012, passa-se agora a analisar a aplicação dos recursos de impostos destinados às ações e serviços públicos de saúde.



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

7.9. Verificação da aplicação dos recursos de impostos destinados à saúde

A Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/00, mediante alterações promovidas no art. 198 da Constituição Federal, impôs à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a obrigatoriedade de aplicação de um mínimo de recursos oriundos de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. É o que estabelece o § 2º, inserto no art. 198 por força da referida Emenda:

Art. 198. omissis

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

I – omissis

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

III – omissis

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

I – os percentuais de que trata o § 2º

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal 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)

7.9.1 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\$ 13.259.800.165,27, 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 2012 correspondeu a R\$ 1.591.176.019,83.



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

7.9.2 Aplicação dos Recursos

Por meio do Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2012, o Estado de Pernambuco expõe ter aplicado em Saúde R\$ 2.087.140.417,34, cerca de 15,74% dos recursos oriundos de impostos.

As unidades Orçamentárias responsáveis por tais aplicações foram a Secretaria de Saúde e o Fundo Estadual de Saúde – FES-PE.

Esses gastos não representam o total das aplicações do Estado com as ações em saúde, uma vez que o seu financiamento ocorre, como visto no item 7.7.4, mediante outras fontes de financiamento.

Porém, para efeito do cálculo dos recursos aplicados em Saúde são considerados apenas aqueles provenientes de impostos classificados na fonte 0101 (Recursos Ordinários).

Ações não relacionadas a serviços universais de saúde

A Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seus artigos 2º e 3º, definiu as despesas que deverão ser consideradas para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos com ações e serviços públicos de saúde, assim estabelecendo:

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º. Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, 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.

Art. 3º. Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – Vigilância em saúde, incluindo epidemiológica e a sanitária;



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

- II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiados da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Por sua vez, o artigo 3º da Lei Complementar Federal nº 141/2012 define o que **não** deve ser considerada como despesas com ações e serviços públicos de saúde:

Art. 4º. Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII – ações de assistência social;
- IX – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.



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

Diante do estabelecido pela Lei Complementar Federal nº 141/2012 e após análise dos gastos empreendidos pelo Poder Executivo pode-se ajustar o valor demonstrado com a finalidade de compatibilizá-lo tanto ao conceito de efetiva aplicação de recursos em saúde. Verificou-se, portanto, que foram indevidamente incluídos no demonstrativo as seguintes despesas:

- *A Operação Especial 0814 - Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE*, no valor de R\$ 1.047.123,90, que tem por finalidade devolver o saldo dos convênios celebrados com a União, cujos recursos não foram efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde;
- *Gastos da Secretaria de Saúde (não processada pelo Fundo)* – O parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar 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. Reforçando tal posição, o artigo 14 da referida Lei determina que o Fundo de Saúde, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. Dessa forma, de acordo com as disposições contidas na Lei Complementar nº 141/1012, anteriormente descritas, não deverão ser consideradas no cálculo dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, as despesas processadas pela Secretaria de Saúde, no valor de R\$ 931.021.041,40;
- *Atividade 2070 - Atenção à Saúde População em Assentamentos Rurais/Chapéu de Palha, Comunidades Quilombolas e Indígenas*, no valor de R\$ 52.400,00. O acesso universal, igualitário e gratuito, é uma das diretrizes que devem ser consideradas na apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Ações voltadas para um grupo específico da população não configuram como de acesso universal.

Portanto, deve ser excluído do cálculo de aplicação em recursos com ações em saúde o valor de R\$ 932.120.565,30.

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.

Os saldos das disponibilidades financeiras por fonte de recursos existentes ao final de dezembro, na conta contábil nº 193290200, do sistema informatizado e-Fisco, 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.



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

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 do Fundo Estadual de Saúde – FES- PE, que ao final de 2012 era de R\$ 5.231.905,92.

Entretanto, não houve restos a pagar não processados inscritos em 2012, nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde.

Percentual de aplicação após ajustes

Ajustando o valor das aplicações apresentadas no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, considerando as exclusões relatadas, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 1.155.019.852,04, conforme exposto a seguir:

Tabela 14 – Ajustes para cálculo do percentual de aplicação em saúde		Em R\$ 1,00
Total de aplicações (Demonstrativo)		2.087.140.417,34
(-) RPNP inscritos em 2012 sem suficiência de disponibilidade de caixa		0,00
(-) Ações não relacionadas a serviços públicos de saúde		1.099.523,90
(-) Ações em serviços públicos de saúde executadas pela Secretaria de Saúde		931.021.041,40
Total aplicado (entendimento do TCE)		1.155.019.852,04
Base de Cálculo		13.259.800.165,27
Total aplicado (entendimento do TCE)		1.155.019.852,04
% de aplicações (TCE)		8,71%

Fonte: Balanço Geral do Estado 2012 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2012, o Estado de Pernambuco, após os ajustes realizados, aplicou 8,71% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, não alcançando o percentual mínimo de 12%, exigido pela Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu artigo 6º.

Ressalta-se que as despesas processadas pela Secretaria de Saúde, no valor de R\$ 931.021.041,40, referiram-se, em sua maioria, a gastos com o pagamento de pessoal. Se considerada para fins de aplicação do percentual mínimo, este passaria de 8,71% para 15,73%.



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

7.10. Exames efetuados

De modo a subsidiar a análise e oferecer um retrato mínimo das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde no Estado de Pernambuco, foi realizada consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (www.datasus.gov.br), procedendo, em seguida, à coleta de dados dos relatórios de leitos e equipamentos para, enfim, compará-los, com a de outros três estados da federação.

O objetivo principal desse teste foi de, a partir dos dados constantes do cadastro do CNES ao final de 2012, aferir o **quantitativo total de recursos hospitalares** (resumimos esse conceito a leitos e equipamentos de saúde) disponibilizados à rede SUS dentro do estado, bem como aferir o **grau de concentração dos recursos** na região metropolitana da capital no estado.

Num segundo momento, os dados coletados foram comparados aos mesmos dados relativos a outros 3 estados selecionados como amostra.

Metodologia Para Definição de Estados Comparados

A escolha dos estados, verificados critérios técnicos, respeitou basicamente aspectos financeiros e populacionais. Assim, buscou-se selecionar estados cujo potencial financeiro e contingente populacional guardasse maior correlação com o estado de Pernambuco. De fato, nessa seleção pouco aproveitável seria adotar-se tanto os estados mais ricos e populosos da federação (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas gerais e Rio Grande do Sul) como aqueles que se posicionam no outro extremo sob o mesmo critério.

Foram, então, para a escolha dos estados comparados, definidos os seguintes critérios:

Quadro 4 – Critérios de seleção da amostra

Critério	Peso
Receita Corrente Líquida 2012	4
Total da População Estado 2012	3
Parcela Percentual da População Concentrada na Região Metropolitana da Capital	3

Partindo unicamente da proximidade da Receita Corrente Líquida – que informa a disponibilidade financeira anual de ente federativo após os repasses tributários a que está obrigado – referente a 2012, os seis estados que poderiam ser tomados na amostra seriam: Bahia, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Ceará e Pará. Adicionadas, em seguida, informações acerca do perfil populacional desses estados, pode-se oferecer o seguinte quadro comparativo:



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

Tabela 15 – Perfil dos estados para participar da amostra

Estado	RCL 2012	População 2012	% de concentração da população na R M Capital	Grau de Correlação com Pernambuco
Bahia	R\$ 21,62 bilhões	14,17 milhões	25,40%	0,5532
Paraná	R\$ 21,58 bilhões	10,44 milhões	31,73%	0,7254
Pernambuco	R\$ 15,61 bilhões	8,93 milhões	41,57%	1,0000
Santa Catarina	R\$ 14,53 bilhões	6,38 milhões	15,67%	0,6998
Goiás	R\$ 13,36 bilhões	6,08 milhões	36,66%	0,8117
Ceará	R\$ 12,13 bilhões	8,61 milhões	41,86%	0,8978
Pará	R\$ 11,43 bilhões	7,04 milhões	26,95%	0,7092

Fonte: População e % de concentração de população (ibge.gov.br); RCL 2012: Relatórios de Gestão Fiscal 3º quadrimestre 2012 (sites dos governos estaduais)

O grau de correlação construído por esta equipe (quanto mais próximo a 1 mais assemelhado ao estado de Pernambuco) indicou que, dos estados acima, aquele cujos dados financeiros e populacionais mais se assemelharam a Pernambuco foi o estado do Ceará. Outros dois estados selecionados para o comparativo pretendido foram Paraná e Goiás em razão tanto deste grau de correlação quanto da proximidade do percentual da população concentrada na região metropolitana da capital.

7.10.1. Quantitativos de Leitos Hospitalares e de equipamentos de saúde em Pernambuco e nos estados comparados

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**, limitamos 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 2012, agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:



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

Quadro 5 – Quantitativo de leitos disponíveis ao SUS em 2012

Tipo de Leito (grupo)	Estado			
	Goiás	Ceará	Pernambuco	Paraná
Cirúrgico	2.578	3.651	4.180	4.468
Clínico	3.811	4.708	5.221	6.826
Complementar	759	995	1.268	1.732
Obstétrico	1.479	2.221	2.542	2.559
Pediátrico	1.817	2.662	2.466	2.936
Outras especialidades	1.780	1.170	2.390	2.621
Hospital-dia	169	337	161	431
Total	12.393	15.744	18.228	21.573
Habitantes/leitos	358,08	313,50	310,41	265,29
Leitos/1.000 habitantes	2,79	3,19	3,22	3,77

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (www.datasus.gov.br)

Percebe-se que os quantitativos de leitos disponíveis à população usuária do SUS guardam certa correlação com o tamanho da população dos estados (maior do que quando comparada simplesmente à Receita Corrente Líquida dos estados, por exemplo). Assim, dividindo-se a população total de cada estado pelo o número total de leitos acima demonstrado (quociente “habitantes/leito), alcança-se um leito para cada 490 habitantes (Pernambuco) e, para os demais estados comparados, os quocientes de 484 (Paraná), 491 (Goiás) e 547 (Ceará).

Evidentemente, os quocientes acima permitem uma análise apenas preliminar, visto que para tal dado sintético os diferentes tipos de leitos são igualmente considerados como uma unidade de leito apenas.

De todo modo, o valor de 3,22 leitos para cada grupo de mil habitantes obtido por Pernambuco atinge a meta definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1101, de 12/06/2002, a qual estipula em 2,92 o número mínimo a ser observado pelos estados.

Equipamentos de Saúde

No que se refere a Equipamentos de Saúde, foram identificados no CNES 84 tipos diferentes, agrupados em 8 (oito) grupos de Equipamentos: Audiologia, Diagnóstico por Imagem, Equipamentos de Infraestrutura, Odontologia, Equipamentos para Manutenção da Vida, Equipamentos por métodos gráficos, Equipamentos por métodos ópticos e Outros Equipamentos.

Os totais de equipamentos disponíveis ao SUS em Pernambuco e nos 3 (três) estados comparados ao final de 2012, foram:



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

Quadro 6 – Equipamentos disponíveis ao SUS em 2012

Tipo de Equipamento (grupo)	Estado			
	Goiás	Ceará	Pernambuco	Paraná
Audiologia	41	132	110	351
Diagnóstico por Imagem	1.585	1.412	1.730	2.676
Equipos Infraestrutura	502	3.354	429	1.096
Odontologia	5.923	8.136	7.076	10.337
Equipos. Manut. Vida	6.858	11.246	16.012	20.015
Equipos. métodos gráficos	647	601	857	1.132
Equipos. métodos ópticos	436	591	779	825
Outros equipamentos	989	1.999	1.779	2.918
Total	16.981	27.471	28.772	39.350

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -CNES (www.datasus.gov.br)

Vê-se que os números atribuídos a equipamentos também guardam correlação com a população dos estados tomados na amostra, embora em menor proporção que a verificada relativamente a leitos. Diz-se em menor proporção porque o quociente habitantes/equipamento apresenta uma maior discrepância entre os estados. Pernambuco ocupa posição intermediária no comparativo acima, visto ter alcançado um quociente de um equipamento para cada 310 habitantes, número esse inferior à relação verificada no estado do Paraná (um equipamento para cada 265 habitantes), porém superior ao estado de Goiás (um para 358) e praticamente equivalente à do Ceará (um para 313).

Novamente, deve-se ponderar o caráter prévio e quantitativo do quadro acima, que considera como uma única unidade de equipamento tanto aqueles de maior porte/custo quanto aqueles acesso mais simplificado.

7.10.2. Atendimento do estado aos 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 procedimentos médicos-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. Os equipamentos de saúde, por sua vez, são tratados no item 2.7, denominado “parâmetros para cálculo da necessidade, da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia”.

Os equipamentos tratados no referido item são:



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

Quadro 7 – Parâmetros de necessidade dos equipamentos

EQUIPAMENTO	PROPORÇÃO ESPERADA
Máquina para diálise	1 / 15 mil habitantes
Ósteo-densímetro	1 / 140 mil habitantes
Raio X simples	1 / 25 mil habitantes
Raio X densitometria óssea	1 / 140 mil habitantes
Mamógrafo	1 / 240 mil habitantes
Tomógrafo por Raio X Computadorizado	1 / 100 mil habitantes
Tomógrafo por Ressonância Nuclear Magnética	1 / 500 mil habitantes
Aparelho de ultrassonografia	1 / 25 mil habitantes

Foram coletados dados junto ao CNES relativos a cinco dos oito equipamentos acima (em negrito). Segundo tais dados, o estado de Pernambuco ao final de 2012 já havia satisfeito a proporção esperada acima relativamente aos itens mamógrafo, ressonância magnética e equipamentos de ultrassom (considerada a soma do tipo convencional e do tipo colorido Dopler), o mesmo não se podendo inferir dos equipamentos tomógrafo computadorizado e equipamentos de raio X simples, conforme quadro abaixo:

7.10.3. Grau de concentração de leitos hospitalares e de equipamentos de saúde na Região Metropolitana do Recife e nas Regiões Metropolitanas comparadas

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 simplificarmente por Região Metropolitana da Capital e Interior.

Dessa forma, no estado de Pernambuco, compuseram 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 denominados simplificarmente como “Interior”⁴.

E, para fins de efetuar análise comparativa, o mesmo procedimento foi efetuado em relação aos estados do Ceará, Paraná, Goiás e às correspondentes regiões metropolitanas de Fortaleza, Curitiba e Goiânia, respectivamente.

⁴ A pretensão foi apenas a de separar região metropolitana da capital ante áreas externas a ela, não tendo sido aplicado a “interior” o conceito geográfico (antônimo de “litoral”).



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

Dessa forma, o estudo visualiza um total de 8 (oito) regiões, obtidas após a demarcação das regiões metropolitanas de suas capitais. Tais regiões possuem as seguintes características populacionais:

Quadro 8 – Características populacionais dos estados selecionados

	RM CAPITAL	INTERIOR	TOTAL
GOIÁS	2.229.549 (36,67%)	3.851.039 (63,33%)	6.080.588
CEARÁ	3.602.514 (41,86%)	5.003.491 (58,14%)	8.606.005
PERNAMBUCO	3.712.899 (41,57%)	5.218.129 (58,43%)	8.931.028
PARANÁ	3.312.448 (31,73%)	7.126.783 (68,27%)	10.439.230

Assim, formam-se 4 regiões metropolitanas (Goiânia, Fortaleza, Recife e Curitiba) – que comportam contingentes populacionais que variam entre 31,73% e 41,86% do total da população de seus respectivos estados – e as regiões Goiás Interior, Ceará Interior, Pernambuco Interior e Paraná Interior.

O objetivo, logo, foi o de comparar a quantidade de habitantes para cada leito hospitalar e para cada equipamento trazido na amostra entre estas oito regiões. Como resultado do exame, foram obtidas as seguintes relações proporcionais:



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

Quadro 9 – Quantidade de habitantes por leito

Leitos Hospitalares										
Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Goiânia	Goiás Interior	RM Fortaleza	Ceará Interior	RM Recife	Pernambuco Interior	RM Curitiba	Paraná Interior
Cirurgia Geral	(cód. 03)	Qtde de leitos	425	845	601	1.064	940	1.198	681	1.645
		(habitantes/ leito)	(5.246)	(4.557)	(5.994)	(4.703)	(3.950)	(4.356)	(4.864)	(4.332)
Cardiologia Cirúrgica	(cód. 02)	Qtde de leitos	96	7	127	18	131	9	77	109
		(habitantes/ leito)	(23.224)	(550.148)	(28.366)	(277.972)	(28.343)	(579.792)	(43.019)	(65.383)
Obstetrícia Cirúrgica	(cód. 10)	Qtde de leitos	264	631	383	495	498	618	366	1.205
		(habitantes/ leito)	(8.445)	(6.103)	(9.406)	(10.108)	(7.456)	(8.444)	(9.050)	(5.914)
Pediatria Cirúrgica	(cód. 68)	Qtde de leitos	46	29	86	43	227	40	87	130
		(habitantes/ leito)	(48.468)	(132.794)	(41.890)	(116.360)	(16.356)	(130.453)	(38.074)	(54.821)
Oncologia Cirúrgica	(cód. 12)	Qtde de leitos	76	8	115	14	179	17	83	245
		(habitantes/ leito)	(29.336)	(481.380)	(31.326)	(357.392)	(20.742)	(306.949)	(39.909)	(29.089)
Oftalmologia Cirúrgica	(cód. 11)	Qtde de leitos	26	19	79	8	33	6	32	50
		(habitantes/ leito)	(85.752)	(202.686)	(45.601)	(625.436)	(112.512)	(869.688)	(103.514)	(142.536)
Clínica (Geral)	(cód. 33)	Qtde de leitos	792	2.409	976	2.864	1.196	2.609	1051	4.495
		(habitantes/ leito)	(2.815)	(1.599)	(3.691)	(1.747)	(3.104)	(2.000)	(3.152)	(1.585)
Cardiologia Clínica	(cód. 32)	Qtde de leitos	121	93	142	26	303	39	107	185
		(habitantes/ leito)	(18.426)	(41.409)	(25.370)	(192.442)	(12.254)	(133.798)	(30.957)	(38.523)
Obstetrícia Clínica	(cód. 43)	Qtde de leitos	86	498	426	2.203	243	1.183	217	771
		(habitantes/ leito)	(25.925)	(7.733)	(8.457)	(2.271)	(15.279)	(4.411)	(15.265)	(9.244)
Pediatria Clínica	(cód. 45)	Qtde de leitos	580	1.149	818	1.715	706	1.493	536	2.183
		(habitantes/ leito)	(3.844)	(3.352)	(4.404)	(2.917)	(5.259)	(3.495)	(6.180)	(3.265)
Oncologia Clínica	(cód. 44)	Qtde de leitos	40	13	64	48	171	20	67	212
		(habitantes/ leito)	(55.739)	(296.234)	(56.289)	(104.239)	(21.713)	(260.906)	(49.440)	(33.617)
Neurologia	(cód. 42)	Qtde de leitos	63	12	56	67	241	3	80	88
		(habitantes/ leito)	(35.390)	(320.920)	(64.331)	(74.679)	(15.406)	(1.739.376)	(41.406)	(80.986)



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

Quadro 10 – Quantidade de habitantes por equipamento

Equipamentos de Saúde										
Equipamento	Equipamento (código CNES)	Disponibilidade	RM Goiânia	Goias Interior	RM Fortaleza	Ceará Interior	RM Recife	Pernambuco Interior	RM Curitiba	Paraná Interior
Audiômetro canal 1	(cód.91)	Qtde equipamentos	Zero	4	10	1	5	5	14	33
		(habitantes/ equipamentos)	(-)	(962.760)	(360.251)	(5.003.491)	(742.580)	(1.043.626)	(236.603)	(215.963)
Audiômetro canais 2	(cód.92)	Qtde equipamentos	1	9	13	6	10	6	11	28
		(habitantes/ equipamentos)	(2.229.549)	(427.893)	(277.116)	(833.915)	(371.290)	(869.688)	(301.132)	(254.528)
Eletroencefaló Grafo	(cód.42)	Qtde equipamentos	53	17	34	23	26	26	36	95
		(habitantes/ equipamentos)	(42.067)	(226.532)	(105.956)	(217.543)	(142.804)	(200.697)	(92.012)	(75.019)
Endoscópio Digestivo	(cód.33)	Qtde equipamentos	90	56	79	82	150	104	81	183
		(habitantes/ equipamentos)	(24.773)	(68.769)	(45.601)	(61.018)	(24.753)	(50.174)	(40.894)	(38.944)
Mamógrafo Comando Simples	(cód. 2)	Qtde equipamentos	36	27	21	19	43	47	21	74
		(habitantes/ equipamentos)	(61.932)	(142.631)	(171.548)	(263.342)	(86.346)	(111.024)	(157.736)	(96.308)
RaioX c/ Densitometria Óssea	(cód. 9)	Qtde equipamentos	6	5	11	13	10	17	9	28
		(habitantes/ equipamentos)	(371.591)	(770.208)	(327.501)	(384.884)	(371.290)	(306.949)	(368.050)	(254.528)
Ressonância Magnética	(cód.12)	Qtde equipamentos	10	5	6	4	10	15	12	34
		(habitantes/ equipamentos)	(222.955)	(770.208)	(600.419)	(1.250.873)	(371.290)	(347.875)	(276.037)	(209.611)
Tomógrafo Computadorizado	(cód. 11)	Qtde equipamentos	35	25	27	17	29	20	24	99
		(habitantes/ equipamentos)	(63.701)	(154.042)	(133.426)	(294.323)	(128.031)	(260.906)	(138.019)	(71.988)
Ultrassom Convencional	(cód.15)	Qtde equipamentos	48	110	53	143	75	175	34	229
		(habitantes/ equipamentos)	(46.449)	(35.009)	(67.972)	(34.989)	(49.505)	(29.818)	(97.425)	(31.121)
Ultrassom Colorido Doppler	(cód.13)	Qtde equipamentos	69	75	64	47	100	65	60	171
		(habitantes/ equipamentos)	(32.312)	(51.347)	(56.289)	(106.457)	(37.129)	(80.279)	(55.207)	(41.677)



Os quadros anteriores permitem as seguintes observações:

Leitos Hospitalares

- a) Os quantitativos de habitantes para cada leito hospitalar existente no estado de Pernambuco (disponíveis à rede SUS) têm relações bastante divergentes, a depender da especialidade e da região na qual estão instalados, conclusão essa também verificada, em menor ou maior escala, nos 3 estados comparados;
- b) A proporção entre local de instalação de leitos no interior do estado de Pernambuco e na região metropolitana de Recife somente guardou correlação com os percentuais de habitantes dessas duas regiões no que tange a 5 das 12 especialidades analisadas: Clínica Geral, Pediatria Clínica, Cirurgia Geral, Obstetrícia Cirúrgica e Obstetrícia Clínica. Nestas, a instalação de leitos hospitalares disponíveis ao SUS não demanda grandes deslocamentos da população (idêntica conclusão obtida nos estados comparados);
- c) Das 5 especialidades acima, Obstetrícia Clínica oferece inclusive mais leitos hospitalares no Interior do que na Região Metropolitana da capital, se verificada a proporção dos habitantes; essa relação mais favorável ao Interior (também verificada nos estados comparados) observa a necessidade de reduzir deslocamentos da população do interior, em vista de maiores distâncias havidas entre cidades, comparativamente às distâncias entre municípios de uma região metropolitana de capital;
- d) A migração de pacientes residentes no Interior dos estados para ocupação (internamento/permanência) em leito hospitalar instalado na região metropolitana da capital foi um fator comum em Pernambuco e nos estados comparados de Goiás e Ceará para 7 das 12 especialidades analisadas; nessas situações, foi verificada alta concentração de leitos hospitalares nas regiões metropolitanas de Recife e nas assemelhadas de Fortaleza e Goiânia;
- e) Diferentemente, o estado do Paraná, seguindo tendência divergente, apresenta distribuição de leitos bastante compatível com a efetiva localização de sua população, até mesmo quando verificadas especialidades com grande tendência à concentração de recursos, como Neurologia, Cardiologia e Oncologia (Clínica e Cirúrgica), nas quais a proporção do número de leitos por habitante é pouco discrepante quando comparadas a região metropolitana de Curitiba e o interior do estado do Paraná. No contra-exemplo, Pernambuco e seus assemelhados Ceará e Goiás possuem elevados níveis de concentração de leitos nas regiões metropolitanas de suas capitais;



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

- f) Como exemplo extremo da elevada concentração acima mencionada, vê-se que o estado de Pernambuco oferece 3 leitos de neurologia (clínica) instalados no interior do estado contra 241 na Região metropolitana do estado; em decorrência disso, se nenhum habitante do estado que venha a precisar do serviço migrar de região para recebê-lo, a relação na Região Metropolitana é de 15.406 habitantes para cada leito hospitalar, enquanto que no interior tal relação passa a 1.739.376 habitantes para cada leito hospitalar, sendo as médias destas duas regiões, respectivamente, a melhor e a pior média verificada nas oito regiões analisadas;
- g) As médias de leito/habitante verificadas na Região Metropolitana do Recife são já satisfatórias quando verificadas as diretrizes estabelecidas pela Portaria MS/GM 1101, de 12/06/2002 e mesmo quando comparadas à região metropolitana da capital do Paraná, estado mais rico dos 4 inseridos na amostra; tal verificação no estudo ainda deve ser tida como subavaliada quando verificado que, ao final de 2012, apenas 19 leitos do Hospital Dom Helder Câmara haviam sido cadastrados no CNES nas especialidades tomadas como amostra. Conforme tenha sido divulgado que os três novos hospitais instalados na RMR abriguem mais de 500 leitos destinados a especialidades diversas além dos leitos de UTI, as médias tendem a apresentar-se melhores quando tais leitos, sobretudo os de cirurgia geral e cardiologia, venham a ser cadastrados;
- h) Por outro lado, as médias de habitantes/leito aplicadas ao Interior do estado são significativamente distantes de metas quantitativas da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12/06/2002 (se visto o interior como região de saúde independente), havendo relações dez a quinze vezes piores para um habitante do Interior quando comparada ao habitante da RMR na mesma especialidade (cardiologia cirúrgica, pediatria cirúrgica e oncologia cirúrgica como exemplos). Em que pese haver dificuldades de logística para a pulverização desses recursos ao longo do Interior do estado, a instalação de unidade hospitalar de porte (à semelhança dos Hospitais Dom Hélder, Pelópidas Silveira e Miguel Arraes) entre o Agreste e o Sertão, com tais especialidades, amenizaria a referida desproporção.

Equipamentos de Saúde

- i) Os quantitativos de habitantes para cada equipamento de saúde instalado no estado de Pernambuco (de atendimento disponível à rede SUS) têm relações bastante divergentes, a depender da especialidade e da região na qual estão instalados, conclusão essa também verificada, em menor ou maior escala, nos 3 estados comparados;



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

- j) De forma um pouco mais acentuada que em relação a leitos hospitalares, a proporção de equipamentos instalados no Interior deveria ser ainda maior do que a simples proporção de habitantes, de modo que o percentual de equipamentos instalados no Interior de Pernambuco deveria apresentar-se até mesmo como maior do que os 58,5% que compreendem a margem de população do estado instalada naquela região (Interior). Tal necessidade decorre do fato de que os equipamentos se prestam basicamente à realização de exames (paciente se desloca de casa até o equipamento e retorna a casa quase sempre no mesmo dia), o que reforça a necessidade de reduzir distâncias às populações de Interior, em razão sobretudo de menores opções de transporte (necessidade de “curva” de concentração de equipamentos de saúde no interior);
- k) A observância do pressuposto acima no estado de Pernambuco foi verificada em relação a 3 dos 10 equipamentos selecionados na amostra: equipamentos de raio X com densitometria óssea, de ressonância magnética e de ultrassom convencional. Dos estados comparados, os números aplicados ao Ceará indicam a observância dessa lógica para apenas uma das especialidades; Goiás, 3 especialidades; enquanto que o Paraná tem números que indicam sua observância para todas as 10 especialidades da amostra;
- l) Dentre os sete tipos de equipamentos que em Pernambuco apresentaram maior concentração na Região Metropolitana do Recife, citem-se os exemplos de eletroencefalógrafo (1/142mil habitantes na RMR e 1/200mil habitantes no interior) e audiômetro 2 canais (1/371 mil na RMR e 1/869 mil no interior). Tais desproporções são menos expressivas quando comparadas àquelas verificadas nos estados do Ceará e de Goiás, nos quais os equipamentos de saúde transpareceram concentrados em maior proporção nas regiões metropolitanas das capitais do que a verificada na Região Metropolitana do Recife;
- m) O quadro estadual é, de toda forma, prejudicado quando verificado que entre as duas cidades do interior que abrigam maior número de equipamentos (Caruaru e Petrolina) há uma distância de cerca de 650 km, o que reforça a tendência de pacientes residentes entre esses extremos geográficos se dirigirem diretamente à capital do estado quando demandarem exames de média e alta complexidade;
- n) Como dito anteriormente, a Portaria MS/GM nº 1.101/2002 estabelece parâmetros de quantitativos de alguns dos equipamentos citados na amostra: mamógrafo, raioX com densitometria óssea, ressonância magnética, tomógrafo computadorizado e ultrassom (convencional ou colorido Dopler); o estado de Pernambuco, visto de forma integrada, atende tais metas em relação a mamógrafo, ressonância magnética e ultrassom, deixando de atender a meta aplicada a raioX com densitometria óssea (portaria pede um para cada 140 mil habitantes; quantitativo do estado era de um



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

para 330 mil habitantes) e tomógrafo computadorizado (portaria pede um para cada 100 mil habitantes; estado oferece um para 182 mil habitantes).

Conclusão do teste:

Os dados do CNES indicam uma satisfatória relação de leitos hospitalares e de equipamentos instalados na Região Metropolitana do Recife que, salvo algumas exceções, atendem aos parâmetros solicitados pela Portaria MS/GM 1.101/2002 para a assistência ao SUS.

Relativamente ao interior do estado, os dados cadastrados no CNES, ressalvadas exceções, mostram diminuta oferta de serviços à rede SUS, sobretudo quando consideradas especialidades cirúrgicas (cardiologia, oncologia e pediatria). Tal deficiência é verificada também a especialidades clínicas, tais como oncologia, cardiologia e neurologia.

Conclusivamente, tem-se então, dentro do estado de Pernambuco, um nível elevado de concentração de recursos de saúde na Região Metropolitana do Recife.

Tal retrato, embora tenha sido também verificado em relação a dois dos estados tomados no teste comparativo, possui meios de gradual reversão (a exemplo do verificado no terceiro estado utilizado no comparativo) a partir da instalação de produtos de saúde pública (leitos e equipamentos, sobretudo), a qual pode ter considerável aproveitamento pelas populações do Agreste e Sertão, se instaladas entre os dois municípios de maior concentração populacional e de recursos do interior do estado: Caruaru e Petrolina.