



5. Saúde

5.1 SUS – Contextualização da Legislação

Com o advento da Constituição Federal de 1988, e do processo de redemocratização que lhe foi subjacente, uma nova ordem foi estabelecida em relação à redefinição dos papéis dos entes federados, tanto do ponto de vista fiscal, quanto na execução das políticas públicas, especialmente no que diz respeito à área de saúde.

Ao integrar o capítulo da Seguridade Social, a Saúde é garantida em caráter universal nos termos do art. 196 da Constituição Federal:

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

Sua prestação ocorrerá de modo a compor uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços, que atendam às diretrizes de descentralização, integralidade de atendimento e participação social, pois assim dispõe o art. 198 da Carta Federal:

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

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

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Para a execução dessas atividades o SUS conta com a participação direta da administração pública, e de forma complementar, com as instituições da iniciativa privada.

A regulamentação do SUS 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.

São princípios norteadores do SUS, além dos definidos no art. 198 da Constituição, de acordo com a lei nº 8.080/90:

1. A *universalidade* de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;



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

2. A *integralidade* de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
3. A *igualdade* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
4. A *participação* da comunidade;
5. A *descentralização* político-administrativa, com *direção única* em cada esfera de governo, com:
 - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - *regionalização e hierarquização* da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente;
6. A capacidade de *resolução* dos serviços em todos os níveis de assistência;
7. A organização dos serviços públicos de modo a *evitar duplicidade* de meios para fins idênticos;
8. A *conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos* da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
9. A utilização da *epidemiologia*, ou seja, o conhecimento dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
10. A *divulgação de informações* quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário. (grifo nosso)

A Lei Federal nº 8.142/1990, complementou a Lei nº 8.080/90 em aspectos que não haviam sido abordados, como o estabelecimento do controle social sobre as ações e serviços de saúde em cada esfera governamental, e a disciplina das transferências intergovernamentais. Estabeleceu como instâncias de controle social a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

De acordo com essa lei, as transferências de recursos da União, realizadas mediante o Fundo Nacional de Saúde - FNS, devem ocorrer de forma regular e automática, para cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

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.

De acordo com a Lei nº 8.080/90, o planejamento e o orçamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS ocorrem em cada esfera de governo em estrita observância aos planos de saúde, devendo ser elaborados de forma ascendente do nível local, até o plano federal, onde o seu financiamento constará na respectiva proposta



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

orçamentária. Nessa proposta orçamentária do ente constarão os recursos oriundos de fontes próprias, e aqueles transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

Não obstante os recursos federais constantes do FNS e a obrigatoriedade de haver a contrapartida de recursos para a saúde nos orçamentos dos Estados e Municípios, tornou-se necessária, por disposição constitucional, a participação de um mínimo em aplicações de recursos próprios em ações e serviços de saúde. Por isso, em 13 de setembro de 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu vinculação mínima de aplicação de recursos de impostos em ações e serviços de saúde.

A estruturação do SUS, enquanto uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, organizados em complexidade crescente, além de contar com as disposições normativas já referidas, que dispuseram sobre as diretrizes gerais de sua ordenação, e dos respectivos meios de financiamento, contou com a edição dos normativos conhecidos como Normas Operacionais da Saúde. Essas Normas editadas em âmbito federal pelo Ministério da Saúde, por sua vez, 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.

As Normas Operacionais de Saúde passaram a ser editadas a partir de 1991, tendo a sua última atualização sido procedida em 2002. A primeira foi a Norma Operacional Básica nº 01/91, ou NOB nº 01/91, que, àquela época, não avançou muito no que tange à descentralização. Em 1996, com a edição da NOB nº 01/96, a questão da municipalização e hierarquização passou a ser mais reforçada, especialmente com a criação do Piso de Atenção Básica – PAB, e o seu repasse automático do FNS aos fundos municipais de saúde.

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

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



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

Ao se constituir em um Sistema Único de Saúde, integrado pelas três esferas governamentais, o SUS pressupõe articulação permanente entre União, Estados e Municípios, onde *cabe* à sua *direção estadual*, representada pela Secretaria de Saúde, promover:

1. A elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
2. A elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;
3. A administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
4. A promoção da descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
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.

5.2 Pacto pela Saúde e Regionalização Solidária

Em fevereiro de 2006, mediante a Portaria nº 399/GM, o Ministério da Saúde divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, aprovando as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. A partir daí, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A portaria nº 399/GM define esses três componentes:

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

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



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

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 reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Com essa nova forma de regionalização foram extintos os conceitos anteriores de módulo assistencial, município-sede de módulo assistencial, e município-pólo. A região de saúde passa a ser definida como:

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, cada uma, determinados procedimentos integrantes da média complexidade, o que é feito mediante pactuação entre os gestores locais dos municípios integrantes de uma determinada região de saúde, buscando estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.

No entanto, o conjunto de responsabilidades não compartilhadas numa região de saúde diz respeito à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município. Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas, deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

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.

Para a adequada formalização do Pacto, os Estados e municípios devem definir seus compromissos sanitários (metas e objetivos) num documento denominado Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Nele, os entes federados expõem com clareza as responsabilidades e atribuições de cada gestor.



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

Examinando os dados do Ministério da Saúde¹, transcorridos seis anos desde a implantação do Pacto, verifica-se que 76,12% dos municípios brasileiros, isto é, 4.236 municípios aderiram. Tal pactuação abrange em torno de 78% da população brasileira. Dezesete Estados já têm adesão de 100% dos seus municípios, são eles: Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina e Sergipe.

A Tabela 1, a seguir, apresenta os percentuais de municípios brasileiros, por unidade da federação, que aderiram ao Pacto pela Saúde até o exercício de 2011, assim como o Gráfico 1, que também demonstra os percentuais da população residente nestes municípios. Vale ressaltar que os municípios que ainda não aderiram encontram-se classificados de acordo com o preconizado pela NOAS 02/2002.

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
AC	22	9	40,91%
AL	102	96	94,12%
AM	62	4	6,45%
AP	16	6	37,50%
BA	417	243	58,27%
CE	184	184	100,00%
DF	1	0	0,00%
ES	78	71	91,03%
GO	246	228	92,68%
MA	217	138	63,59%
MG	853	807	94,61%
MS	78	78	100,00%
MT	141	130	92,20%
PA	143	132	92,31%
PB	223	149	66,82%
PE	185	111	60,00%
PI	224	41	18,30%
PR	399	399	100,00%
RJ	92	48	52,17%
RN	167	167	100,00%
RO	52	52	100,00%
RR	15	9	60,00%
RS	496	53	10,69%
SC	293	293	100,00%
SE	75	75	100,00%
SP	645	644	99,84%
TO	139	69	46,64%
Total	5.565	4.236	76,12%

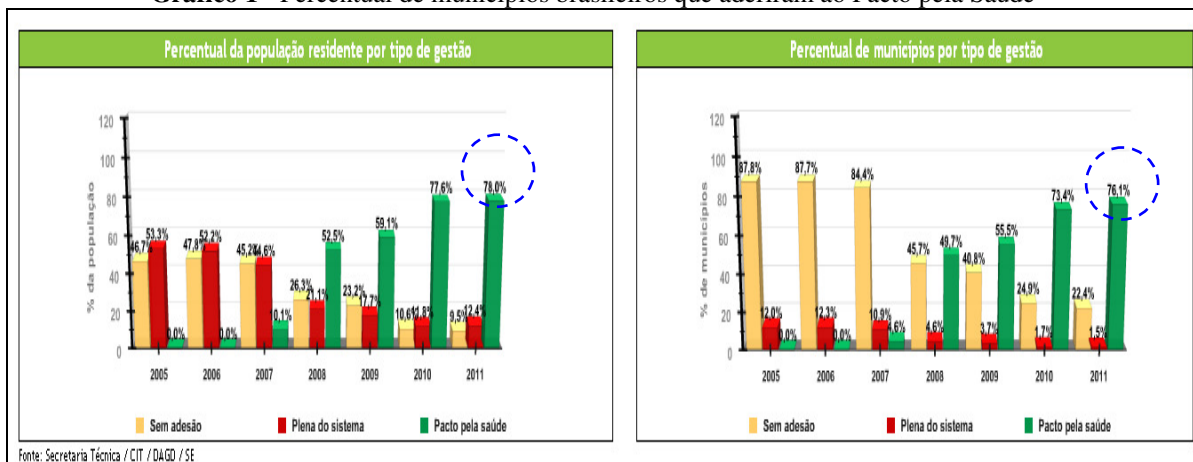
Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE

¹ Dados extraídos do sítio eletrônico do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.



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

Gráfico 1 - Percentual de municípios brasileiros que aderiram ao Pacto pela Saúde



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE

No que diz respeito ao financiamento das ações previstas no “Pacto pela Saúde”, este está regulamentado pelas portarias do Ministério da Saúde nº 204/GM e 1.497/GM de 2007. A primeira 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 a portaria nº 204/GM os recursos a serem repassados pelo FNS para os demais entes federados contam com a orientação, por blocos de financiamento, a seguir:

- 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.

Os recursos destinados a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. 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.



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

5.3 Pernambuco e o Pacto pela Saúde

A análise do TCG de Pernambuco, disponível no site do Ministério da Saúde, constatou que muitas responsabilidades atribuídas ao Estado ainda não são realizadas por este, conforme demonstrado no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Termo de Compromisso de Gestão de Pernambuco - Planilha de Pactuação das Responsabilidades

RESPONSABILIDADES		SITUAÇÃO ATUAL	INFORMAÇÕES ADICIONAIS
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
1.9-	Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção a saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;	Não Realiza	Data para realização 06/2011
1.10-	Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referencia intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção a saúde;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -
1.12-	Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
1.19-	Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;	Não Realiza	Data para realização 02/2012 -
REGIONALIZAÇÃO			
2.5-	Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;	Não Realiza	Data para realização 06/2011 -
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
3.4-	Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção a saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
4.4-	Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção a saúde;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -
4.5-	Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas a vinculação de clientela e a sistematização da oferta dos serviços	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -
4.8-	Controlar a referência a ser realizada em outros Estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção a saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização previa, quando couber;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -



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

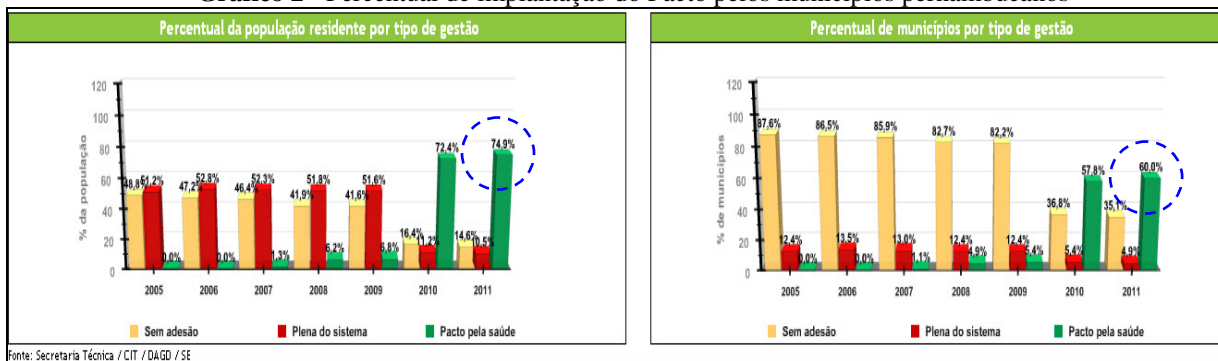
4.9-	Operar a central de regulação estadual, para as referencias interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
4.10-	Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar as urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;	Não Realiza	Data para realização 12/2013 -
4.12-	Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere as referencias intermunicipais;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
4.13-	Operar os complexos reguladores no que se refere a referencia intermunicipal, conforme pactuação;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
4.14-	Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
4.23-	Monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde;	Não Realiza	Data para realização 06/2011 -
GESTAO DO TRABALHO			
5.2-	Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas a adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;	Não Realiza	Data para realização 03/2012 -
PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL			
7.6-	Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto a população em geral;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -
7.7-	Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS;	Não Realiza	Data para realização 12/2011 -

Fonte: Ministério da Saúde - Data da Homologação: 28/03/2011 - Portaria: 2.921 de 02/12/2008.

Em relação aos municípios pernambucanos, os dados levantados pelo Ministério da Saúde, atualizados até abril de 2011, demonstraram que 111 municípios pactuaram com a Secretaria Estadual de Saúde suas metas, objetivos, responsabilidades e atribuições. Isso corresponde a 60% dos municípios pernambucanos, abrangendo 74,9% dos seus habitantes.

O Gráfico 2 apresenta em série histórica o percentual de implantação do Pacto pelos municípios pernambucanos.

Gráfico 2 - Percentual de implantação do Pacto pelos municípios pernambucanos



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE



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

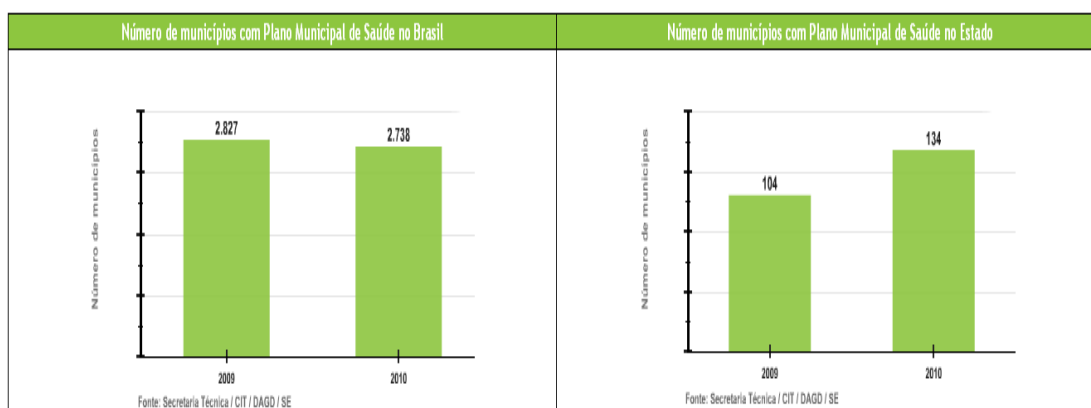
Visualiza-se importante adesão dos municípios, nos exercícios de 2010 e 2011. Apesar deste fato, Pernambuco, ainda, encontra-se na 19ª posição dos Estados brasileiros em percentual de adesão de municípios ao Pacto pela Saúde, estando a frente apenas do Acre, Amazonas, Amapá, Bahia, Distrito Federal, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Tocantins.

5.4 Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão

A Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de setembro de 2006 define como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Como tais documentos apontam a situação de saúde da população circunscrita, bem como as ações integradas de planejamento, a sua ausência ou não publicação dificulta a avaliação destes instrumentos, como também inviabiliza a proposição de medidas corretivas pelos avaliadores.

O Plano Estadual de Saúde referente ao período 2008-2011 encontra-se disponível no sítio eletrônico da SES/PE: <http://www.saude.pe.gov.br/>. Quanto aos Planos Municipais, verificou-se que 134 municípios pernambucanos elaboraram esses instrumentos em 2010 (última atualização do Ministério da Saúde), conforme demonstrado no Gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3 - Municípios com Plano Municipal de Saúde -PE



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE (Março/2012).

Em relação ao Relatório Anual de Gestão (RAG) do Estado, constatou-se, através de consulta realizada no Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), em 15 de maio de 2012, no endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/sargsus>, que:

- RAG 2010: “A Comissão Intergestores Tripartite, até o presente momento, não recebeu informação sobre o Relatório Anual de Gestão”;
- RAG 2011: “O gestor não encaminhou o RAG para o Conselho de Saúde”.



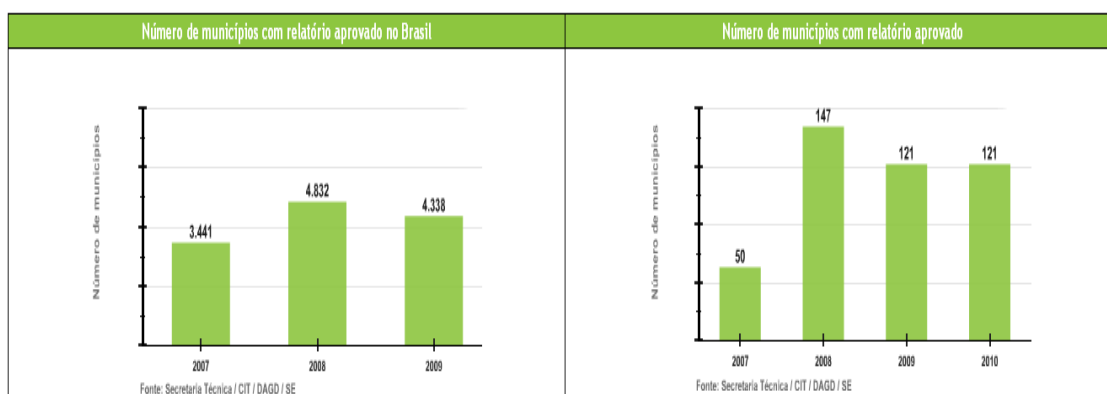
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

Como a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012 - que institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do SUS - tornou obrigatória a utilização desse sistema somente a partir do exercício de 2012, foi solicitado à SES/PE o envio desses documentos ao TCE/PE. Em 11 de maio de 2012, através do Ofício GAB nº 411/12, a SES/PE enviou o RAG 2010 a este Tribunal, entretanto, sem a comprovação da aprovação desse relatório pelo Conselho Estadual de Saúde.

Como a referida portaria estendeu o prazo de que trata a atualização do SARGSUS pelos gestores de saúde até o dia 31 de maio de 2012, a ausência da publicação do RAG 2011, aprovado pelo Conselho de Saúde no SARGSUS, foi justificada na data da consulta realizada pela equipe de auditoria, assim como, através de esclarecimento prestado pela SES/PE, através do Ofício GAB nº 411/12.

No caso dos municípios pernambucanos, 121 (cento e vinte e um) tiveram os relatórios aprovados em 2010, conforme dados disponíveis em sítio eletrônico do Ministério da Saúde² e apresentados no Gráfico 4 a seguir.

Gráfico 4 - Relatório Anual de Gestão publicado pelos municípios pernambucanos



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE

O referido documento deve ser elaborado e avaliado pelos diversos entes federados, bem como passar pela aprovação dos respectivos conselhos de saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente. Conforme já mencionado, a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março de 2012, estabeleceu, excepcionalmente, o prazo limite de 31 de maio de 2012, para entrega do RAG referente ao exercício de 2011.

No sentido de revelar a importância deste documento para adequado planejamento das ações de saúde ressalta-se que ele deve conter: (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.

² www.saude.gov.br. Dados atualizados até o exercício de 2010.



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

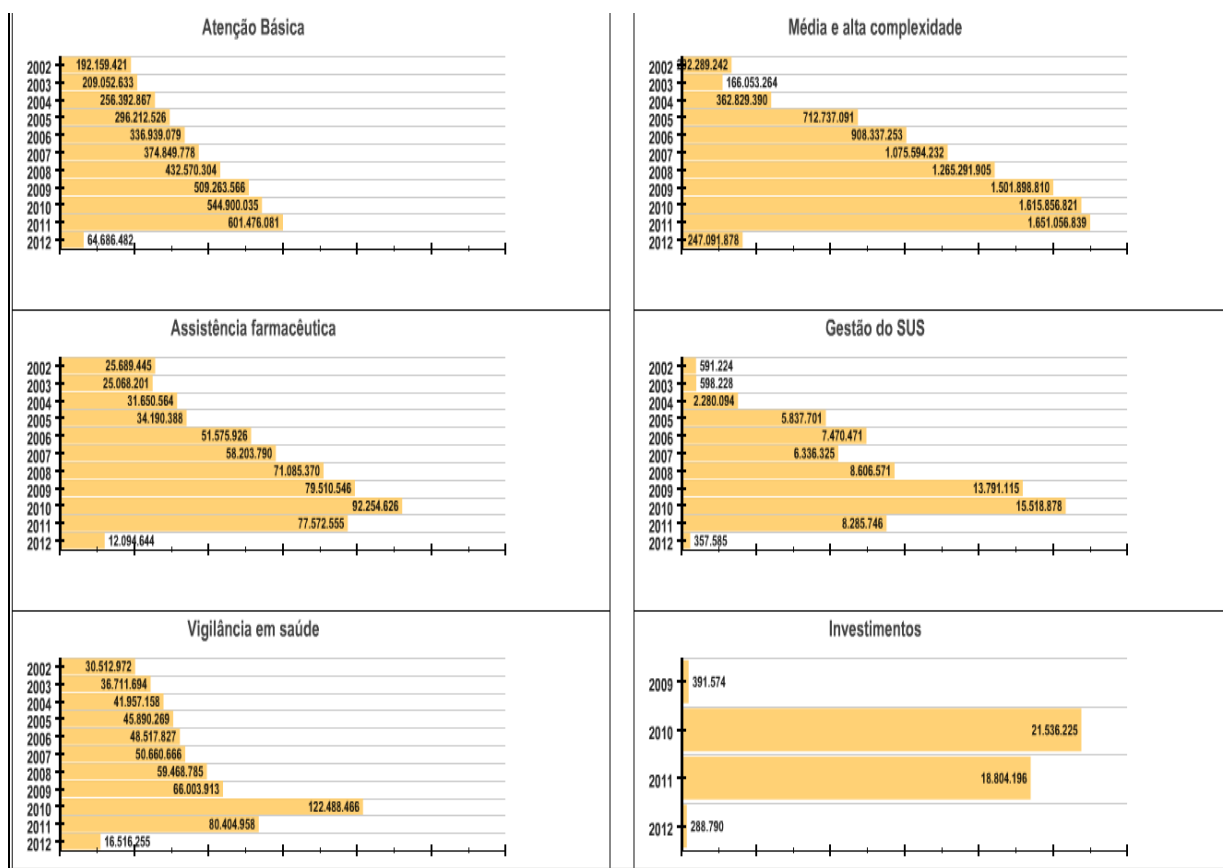
Do exposto, depreende-se que os Relatórios Anuais de Gestão são insumos básicos para a avaliação dos Planos de Saúde e que sua avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano com as correções de rumos que se fizerem necessárias.

5.5 Assistência à Saúde em Pernambuco

Mais de 20 anos de implementação do SUS, é possível afirmar que os gestores de saúde enfrentam um duplo desafio. Primeiro, abrir as portas do seu sistema para o atendimento primário à saúde da população. Segundo, criar redes de referência que possam dar conta das necessidades de atendimento especializado de média e alta complexidade.

A seguir, observa-se a série histórica das *Transferências Direta e Fundo a Fundo* dos recursos relativos à Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e Investimentos, que foram repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES) no período compreendido entre 2002 e 2012 (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Montante de recursos transferidos do FNS para o FES 2002 a 2012.



Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE



O Gráfico 5 demonstra que, em 2011, as transferências de recursos federais (SUS) para média e alta complexidade em Pernambuco representaram R\$ 1.651.056.839³ (um bilhão, seiscentos e cinquenta e um milhões, cinquenta e seis mil, oitocentos e trinta e nove reais). Para a atenção básica no Estado, as transferências giraram em torno de R\$ 601.476.081 (seiscentos e um milhões quatrocentos e setenta e seis mil e oitenta e um reais), isto é, quase três vezes inferior ao dos recursos destinados à média e alta complexidade.

5.5.1. Atenção Primária

O atendimento primário à saúde em nosso país recebe a denominação de Atenção Básica. Deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no SUS e caracteriza-se por ser 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.

Dentre suas competências, cabe às Secretarias Estaduais de Saúde⁴:

- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;
- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;
- Estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual;
- Ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;

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, *sendo a média recomendada de 3.000 habitantes*, com

³ Fonte: Ministério da Saúde/ Sala de Situação/ Fundo Nacional de Saúde

⁴ Definidas pela Política Nacional de Atenção Básica



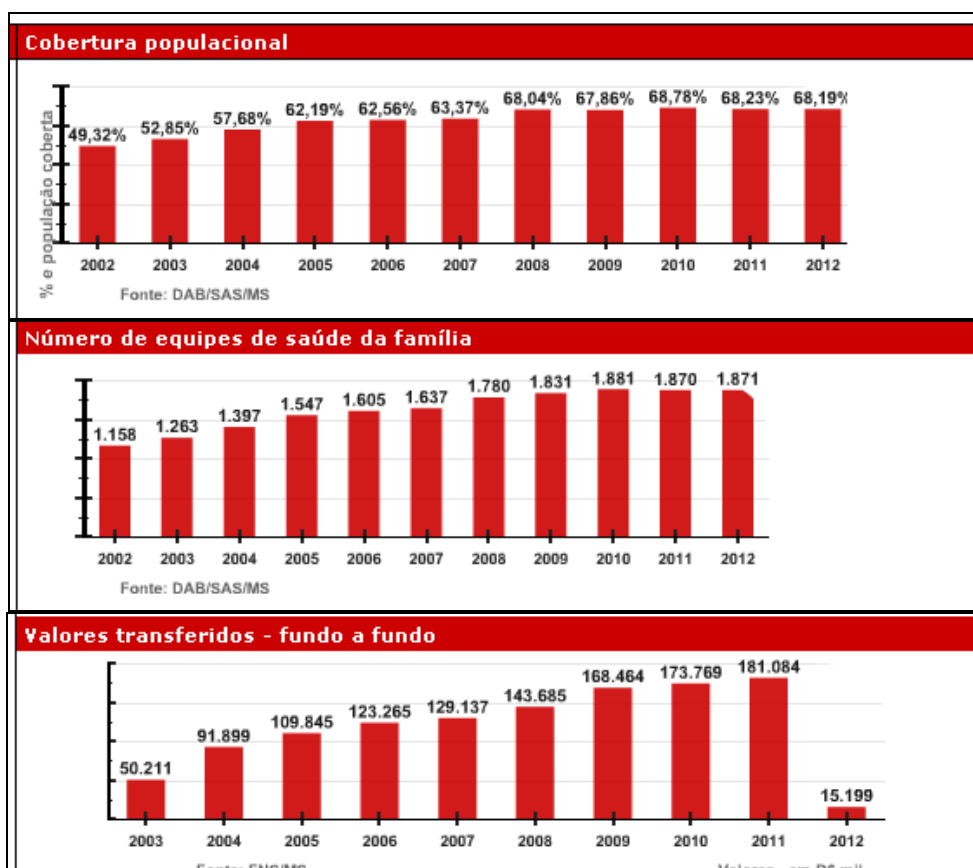
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

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*.

Outras categorias profissionais também atuam na atenção primária à população, direcionando sua atuação na área de Saúde Bucal. São eles: os 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:

Gráfico 6 - Cobertura populacional/ Equipes de saúde da família no Estado/Valores SUS transferidos.



Fonte: DAB/SAS/MS

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco definiu a Estratégia Saúde da Família como prioridade para organizar a Atenção Primária no Estado. Com base nesse pressuposto, publicou, em 06 de agosto de 2007, a Portaria n.º. 720 que estabelece a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de



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

certificar as equipes de saúde da família, fortalecendo assim a atenção primária e dando subsídios para melhoria das ações e da qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS.

A referida política tem como áreas estratégicas a saúde da mulher e da criança; redução da mortalidade infantil e materna; combate às carências nutricionais; controle da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; eliminação da hanseníase e controle da tuberculose e atenção às populações rurais e afro-indígenas. O critério para repasse de recursos para as equipes de saúde da família consistia no atendimento de requisitos mínimos, estabelecidos nos instrumentos de certificação da citada portaria.

Em 2011, o Governo publicou a Portaria Estadual nº 640/11, a qual Institui o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde (PEAPS) em Pernambuco. O valor global dos recursos financeiros do referido piso, instituído na Portaria em comento, para o exercício de 2011, é da ordem de R\$10.067.865,36 (dez milhões, sessenta e sete mil, oitocentos e sessenta e cinco reais e trinta e seis centavos), que correrão por conta do orçamento do Tesouro Estadual, devendo onerar o Programa de Trabalho 0512 – Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde.

O artigo 5º da citada portaria suspende novas certificações de Equipes de Saúde da Família pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria nº 720/SES-PE, e estabelece outros critérios para o repasse de recursos com vistas ao fortalecimento da APS em Pernambuco.

O Incentivo Estadual da Atenção Primária à Saúde por Desempenho Municipal terá seu valor calculado a partir do resultado em indicadores de saúde selecionados, sendo o seu monitoramento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

O PEAPS é composto pelos componentes 1 e 2. O componente 1, que corresponde a 40% (quarenta por cento) do recurso total do PEAPS, será destinado para os 184 municípios do Estado e para o Distrito de Fernando de Noronha e seu valor é de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos) por habitante/ano.

Já o componente 2, no valor de R\$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) por habitante/ano, será voltado para os municípios com o Índice de Desenvolvimento Humano 2000 (IDH-2000) menor que 0,705 (índice de Pernambuco). O total de recursos financeiros destinados ao componente 2 corresponderá a 60% dos recursos totais do PEAPS.

A portaria estabelece, ainda, que os recursos orçamentários serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.



5.5.2 Rede Estadual de Saúde

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 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. Uma inadequada acessibilidade na atenção primária contribui para que os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade sejam vistos como a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde, aumentando os gastos do SUS de maneira ineficaz.

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

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

5.5.2.1 Gerências Regionais de Saúde

As 11 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.

Este modelo de gestão da Saúde permite, portanto, que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas. As 11 regiões de saúde ou GERES encontram-se divididas, conforme demonstrado na figura 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

A população estadual de 8.831.006 habitantes está distribuída heterogeneamente em 184 municípios e no Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Tal diversidade no adensamento populacional se reflete também na oferta de profissionais de saúde e de serviços de média e alta complexidade no Estado.

A população e os municípios, por GERES, foram demonstrados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - População e Municípios por GERES

Regiões	População	Municípios	% População
I GERES	4.012.880	19	45,44
II GERES	833.389	31	9,44
III GERES	559.158	22	6,33
IV GERES	1.214.326	32	13,75
V GERES	519.796	21	5,89
VI GERES	378.678	13	4,29
VII GERES	140.233	7	1,59
VIII GERES	424.626	7	4,81
IX GERES	333.404	11	3,78
X GERES	184.183	12	2,09
XI GERES	230.333	10	2,61
Total	8.831.006	185	100,00

Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE

O comportamento dos repasses financeiros do Fundo Estadual de Saúde às GERES, no exercício de 2011, foi o seguinte (Tabela 3):



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

Tabela 3 - Repasses Financeiros do FES às GERES em 2011

Em R\$ 1,00

Repasses Financeiros-REFIN	Movimento acumulado em 2011			Saldo a Pagar Liquidado: Restos a pagar processados
	Gerências Regionais	Valor Empenhado	Valor Liquidado	
I	691.182,55	691.182,55	691.182,55	0,00
II	4.750.425,72	4.750.425,72	4.750.179,42	246,30
III	6.083.801,69	6.083.801,69	6.083.629,50	172,19
IV	3.822.165,27	3.822.165,27	3.822.165,27	0,00
V	664.063,72	664.063,72	664.063,72	0,00
VI	800.871,32	800.871,32	800.585,92	285,40
VII	2.676.394,75	2.676.394,75	2.676.394,75	0,00
VIII	1.016.246,35	1.016.246,35	992.778,55	23.467,80
IX	1.093.907,83	1.093.907,83	1.093.907,83	0,00
X	2.277.639,98	2.277.639,98	2.277.639,98	0,00
XI	2.914.993,67	2.914.993,67	2.914.615,67	378,00
Total	26.791.692,85	26.791.692,85	26.767.143,16	24.549,69

Fonte: e-Fisco

Nota: * Total Pago na data da consulta (26/03/2012).

A tabela anterior demonstrou que cerca de 26 milhões foram empenhados e liquidados, em 2011, sob a forma de repasses financeiros às GERES de Pernambuco. Deste valor, quase a totalidade foi efetivamente paga, ficando um saldo a pagar liquidado (restos a pagar processados) de R\$ 24.549,69.

A série histórica desses repasses, no período compreendido entre 2009 e 2011, foi demonstrada na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Repasses Financeiros do FES às GERES 2009/2011

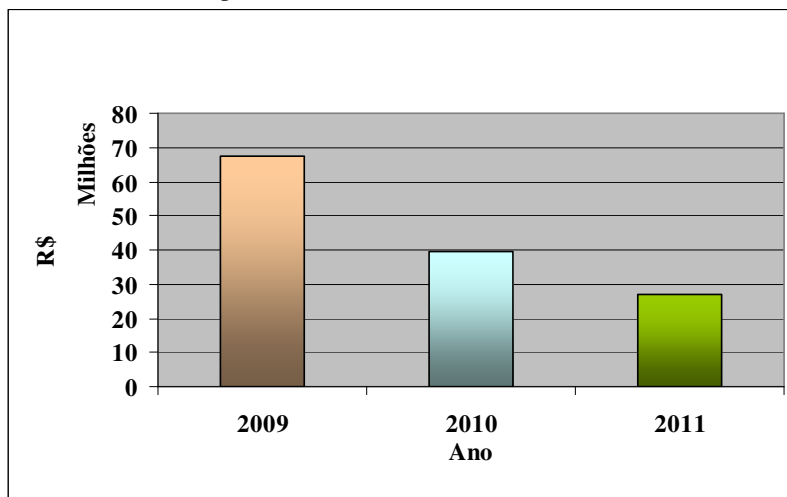
Em R\$ 1,00

Repasses Financeiros-REFIN	Movimento acumulado (Valores liquidados)			
	Gerências Regionais	2009	2010	2011
I	25.849.283,72	10.823.476,25	691.182,55	
II	7.384.947,53	4.634.290,01	4.750.425,72	
III	6.342.985,42	4.846.576,01	6.083.801,69	
IV	5.705.818,47	4.637.287,30	3.822.165,27	
V	4.700.493,16	945.296,58	664.063,72	
VI	4.423.501,57	1.939.194,07	800.871,32	
VII	4.001.525,88	3.395.668,89	2.676.394,75	
VIII	3.437.982,54	1.094.012,40	1.016.246,35	
IX	3.102.740,53	1.940.012,88	1.093.907,83	
X	2.218.211,69	2.467.305,66	2.277.639,98	
XI	504.372,45	2.939.216,73	2.914.993,67	
Total	67.671.862,96	39.662.336,78	26.791.692,85	

Fonte: e-Fisco 2011



Gráfico 7 - Repasses Financeiros do FES às GERES 2009/2011



Fonte: e-Fisco

Notou-se que houve uma redução progressiva dos montantes de recursos do Fundo Estadual de Saúde, repassados para as respectivas GERES, ao longo dos exercícios de 2009, 2010 e 2011.

Através do Ofício nº 27/2012 GC05/DCE, foram solicitados esclarecimentos à SES/PE acerca daquela importante redução. Em 11 de maio de 2012, através do Ofício GAB nº 411/12, a Secretaria de Saúde informou que durante o período mencionado, os hospitais regionais tornaram-se unidades administrativas regidas pelo Decreto nº 20.416, de 24 de março de 1998 e, assim, os repasses financeiros que antes eram efetuados às GERES, nas quais aquelas unidades de saúde estavam inseridas, passaram a ser realizados diretamente aos hospitais.

Em virtude das GERES receberem repasses financeiros, constituindo-se em meras unidades administrativas, não é possível conhecer, em tempo real, o processamento da sua despesa, bem como aferir a sua disponibilidade financeira imediata. Mediante essa forma excepcional de processamento da despesa, só é possível acessar o valor do repasse financeiro a cada gerência regional, visualizando-se apenas seu histórico. Essas despesas só são efetivamente conhecidas após a sua aplicação pelas unidades receptoras, quando há a reclassificação para os subelementos adequados.

Como conseqüências importantes da centralização contábil da execução financeira das GERES, pode-se ressaltar, ainda:

- *Ausência de registro de Restos a Pagar das GERES:* Devido à liquidação ser antecipada, bem como a contabilização do pagamento, por meio dos repasses financeiros, ao final de cada exercício, não há a contabilização, em tempo real, no e-Fisco da inscrição dos Restos a Pagar, que são os compromissos assumidos



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

junto a fornecedores de bens e serviços, ao longo do exercício pelas GERES que não foram pagos;

- *Ausência de identificação contábil dos valores devidos e pagos a fornecedores:* Como a contabilidade dos hospitais e Geres não faz parte do e-Fisco, sendo considerado por este sistema como credor do repasse financeiro o hospital ou gerência regional, não é possível identificar os respectivos credores, o que não ocorreria caso a gestão fosse descentralizada.

5.5.2.2 Hospitais

A partir do exercício de 2010, O Governo do Estado de Pernambuco optou por um novo modelo de gestão na saúde que oferecesse agilidade no gerenciamento dos hospitais metropolitanos e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Assim, foram celebrados contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e entidades não estatais qualificadas como Organizações Sociais - OSs.

Este novo modelo de gestão, entre o Poder Público e as OSs, é instrumentalizado pelo contrato de gestão, que se caracteriza por uma maior autonomia gerencial conferida às Organizações Sociais - OSs, na prestação de serviços, neste novo modelo, o foco é deslocado do processo em si para o controle dos resultados. Isto é, desde que sigam os princípios da Administração Pública, as OSs possuem maior autonomia na compra de serviços e bens, em contrapartida, devem cumprir rigorosamente as metas estabelecidas nos contratos de gestão.

A rede hospitalar pública de Pernambuco encontra-se constituída pelos 6 (seis) grandes hospitais, 3 (três) metropolitanos, 8 (oito) regionais e mais 15 (quinze) unidades distribuídas na região metropolitana e no interior.

Quanto aos 6 (seis) grandes hospitais públicos, dos quais 5 (cinco) estão localizados na região metropolitana e um no interior (Caruaru), em 22 de fevereiro de 2010, a Secretaria de Saúde de Pernambuco publicou a Portaria nº 083, com vistas a dar maior transparência à execução orçamentária e financeira por parte dessa unidades de saúde.

PORTARIA Nº 083 - O SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista os artigos 7º e 11 do Decreto nº 31.276/07, bem como a condição de Unidade Orçamentária da SES, a partir do exercício de 2010, nos termos da Portaria SEPLAG nº 177/08, e em obediência ao artigo 13, inciso I, do Decreto nº 34.076/09,

Considerando a necessidade de dar maior transparência para a execução orçamentária e financeira e patrimonial dos *grandes Hospitais e Lacer*.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir como *Unidade Gestora Executora*, as seguintes unidades hospitalares e laboratório:

CÓDIGO - DENOMINAÇÃO

530.404 - *Hospital Agamenon Magalhães;*

530.405 - *Hospital Barão de Lucena;*



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

530.406 - Hospital Getúlio Vargas;
530.407 - Hospital da Restauração;
530.408 - Hospital Otávio De Freitas;
530.409 - Hospital Reg. do Agreste Waldemiro Ferreira;
530.402 - Laboratório Central de Saúde Pública - Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN - PE). (grifos nossos)

A referida norma contemplou além dos seis maiores hospitais do Estado, o Laboratório Central de Saúde Pública - Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN-PE). A partir de então, as unidades hospitalares instituídas como *unidades gestoras executoras* (UG) passaram a ter a obrigatoriedade de realizar a prestação de contas anual diretamente ao Tribunal de Contas do Estado.

As provisões de créditos recebidas e os totais pagos aos referidos estabelecimentos de saúde nos exercícios de 2010 e 2011 foram demonstrados na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Provisões de créditos recebidas e totais pagos aos hospitais estaduais (2010/2011) Em R\$ 1,00

Hospital	2010		2011		% acréscimo 2010/2011**	% acréscimo 2010/2011***
	Provisão de Crédito Recebida	Total Pago*	Provisão de Crédito Recebida	Total Pago*		
HR	27.747.991,87	23.531.934,24	53.848.523,73	47.094.648,93	94,06	100,13
HAM	16.732.981,16	11.810.727,60	41.218.878,46	38.406.521,27	146,333	225,18
HOF	14.715.780,45	10.931.291,13	30.968.257,39	28.628.737,20	110,44	161,90
HGV	26.805.492,99	19.043.100,12	29.878.589,58	28.388.861,21	11,46	49,08
HBL	19.061.030,36	16.510.907,31	28.081.593,26	27.787.700,17	47,32	68,30
HRA	9.435.351,89	7.783.493,10	20.706.636,42	20.152.026,90	119,46	158,91

Fonte: e-Fisco

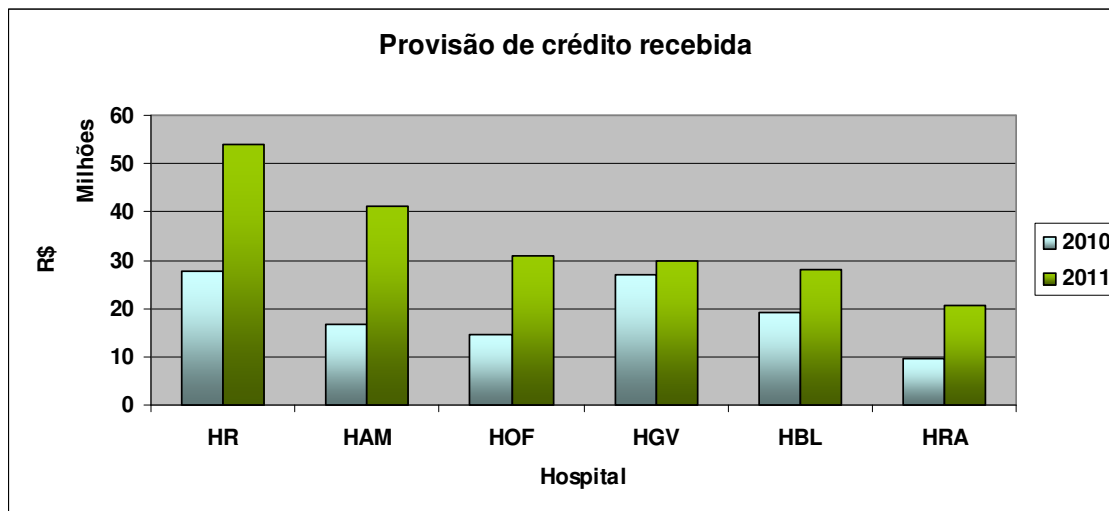
Notas: * Não inclui Restos a Pagar; ** Em relação à provisão de crédito recebida; *** Em relação ao total pago

O Gráfico 8 a seguir demonstra o importante incremento no aporte de recursos recebidos pelos 06 (seis) grandes hospitais do Estado, com destaque para os hospitais Agamenon Magalhães (146,33%), Regional do Agreste (119,46%), Otávio de Freitas (110,44%) e Restauração (94,06%), respectivamente.



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

Gráfico 8 - Provisões de créditos recebidas pelos Hospitais Estaduais 2010/2011



Fonte: e-Fisco

Além daqueles seis grandes estabelecimentos, há também os 3 (três) hospitais metropolitanos de alta complexidade, que estão sob gestão da organização social Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar. São eles:

- Hospital Metropolitano Oeste - Pelópidas Silveira
- Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
- Hospital Metropolitano Norte - Miguel Arraes de Alencar

Cumprе ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde não enviou a este Tribunal os documentos exigidos pela Resolução TC nº 20/05, referentes ao exercício de 2011, das Organizações Sociais com as quais firmou contrato de gestão para administração dos Hospitais Metropolitanos Norte e Sul.

A Resolução TC nº 20/05 dispõe sobre os institutos da Organização Social (OS) e da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e regulamenta a prestação de contas dessas entidades ao Poder Público. Em seu art. 3º, §1º, a Resolução ressalta que:

Art. 3º As contas relativas aos contratos de gestão ou termos de parceria celebrados com o Estado ou Município *serão julgadas no bojo da prestação de contas do órgão ou entidade supervisora da OS* ou do órgão parceiro da OSCIP encaminhada ao TCE-PE em até noventa dias após o encerramento de cada exercício financeiro, consoante art. 34 da Lei Orgânica do TCE-PE, ressalvado o disposto no artigo 2º, §2º desta Resolução. (grifos nossos)

§ 1º As peças mencionadas no § 1º do art. 1º desta Resolução, comporão, obrigatoriamente, o processo de prestação de contas anual do órgão ou entidade supervisora, juntamente com o parecer do dirigente máximo do órgão ou entidade supervisora do contrato de gestão sobre os resultados da apreciação e supervisão que lhe competem, a ser encaminhado ao TCE-PE em até noventa dias após o encerramento de cada exercício financeiro,



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

consoante art. 34 da Lei Orgânica do TCE-PE, sendo julgadas, como prestação de contas congênere ao convênio, no bojo do exame da prestação de contas do órgão descentralizador dos recursos. (grifos nossos)

Em seu § 1º do art. 1º, a Resolução TC nº 20/05, destaca:

§ 1º A OS deve apresentar ao órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada, signatária do contrato de gestão, prestação de contas ao final de cada exercício financeiro, que será constituída de *relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados*. (grifos nossos)

Dos dispositivos transcritos acima, depreende-se que a Secretaria Estadual de Saúde deveria apresentar, no bojo na sua prestação de contas anual, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, juntamente com o parecer do Secretário Estadual de Saúde sobre os resultados da apreciação e supervisão que lhe competem.

Ressalte-se, também, o fato de que como os repasses financeiros a esses hospitais são realizados pela referida OS, não é possível conhecer, em tempo real, o processamento da sua despesa, bem como aferir a sua disponibilidade financeira imediata. Só é possível acessar, através do e-Fisco, o valor do repasse financeiro a cada Organização Social, visualizando-se apenas seu histórico.

5.5.2.3 Unidades de Pronto-atendimento

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passaram a integrar a rede estadual pública de urgência e emergência, em janeiro de 2010, 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 enfermagem, salas de Raio-X e inalação coletiva (nebulização).

A gestão dessas unidades é privada e, atualmente, Pernambuco possui catorze UPAs em funcionamento, estando 8 (oito) sob administração do IMIP hospitalar, 2 (duas) sob gestão do Hospital do Tricentenário, além de outras 4 (quatro), que são administradas por outras entidades: IPAS (Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde), Hospital Maria Lucinda, Fundação Manoel da Silva Almeida e a Santa Casa de Misericórdia, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 6.



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

Quadro 2 - Organizações Sociais e Serviços de Saúde

OS (mantenedora)	Serviço de saúde
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar	UPA Olinda – Gregório Lourenço Bezerra UPA Igarassu – Honorata de Queiroz Galvão UPA Paulista – Geraldo Pinho Alves UPA São Lourenço da Mata – Professor Fernando Figueira UPA Barra de Jangada – Wilson Campos UPA Engenho Velho – Carlos Wilson UPA Caruaru – Dr. Horácio Florêncio UPA Cabo de Santo Agostinho – Deputado Francisco Julião Hospital Metropolitano Oeste - Pelópidas Silveira Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara Hospital Metropolitano Norte - Miguel Arraes de Alencar Hospital Dom Malan – hospital regional (Petrolina)
Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS	UPA Imbiribeira – Maria Esther Souto Carvalho
Fundação Manoel da Silva Almeida	UPA Nova Descoberta – Solano Trindade UPA Caxangá – Escritor Paulo Cavalcanti
Santa Casa de Misericórdia do Recife	UPA Torrões – Dulce Sampaio
Hospital do Tricentenário	UPA Curado – Médico Fernando de Lacerda UPA Ibura – Pediatra Zilda Arns

Fonte: SES/PE

A Secretaria Estadual de Saúde não enviou a este Tribunal os documentos exigidos pela Resolução TC nº 20/05, referentes ao exercício de 2011, das Organizações Sociais com as quais firmou contrato de gestão para administração das UPAs. De acordo com o art. 3º, §1º - combinado ao § 1º do art. 1º - da citada Resolução, depreende-se que a Secretaria Estadual de Saúde deveria apresentar, no bojo na sua prestação de contas anual, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, juntamente com o parecer do Secretário Estadual de Saúde sobre os resultados da apreciação e supervisão que lhe competem.

Auditoria de acompanhamento realizada no FES, relativa ao exercício de 2011, analisou o desempenho de 5 (cinco) UPAs, administradas por OSs distintas, que pactuaram com a SES/PE a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde. Foram constatadas várias irregularidades, a seguir relacionadas:

- *Não cumprimento de metas de produtividade pactuadas nos contratos de gestão:* foi verificado que nenhuma das 5 (cinco) UPAs analisadas - Caxangá, Curado, Imbiribeira, Paulista e Torrões – atendeu às demandas de atendimento (metas de produtividade);
- *Não aplicação de penalidade financeira nos casos de não cumprimento de metas pactuadas nos contratos de gestão:* foi verificado que o pagamento da parte variável, vinculada à avaliação do volume de produção (30%), foi realizado de forma integral às unidades, embora nenhuma delas tenha atingido o volume de produção pactuado, conforme reproduzido a seguir:

UPA TORRÕES - cada uma das 15 parcelas foi integralmente paga, inclusive houve um reajuste financeiro a partir da 13ª parcela, apesar de em



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

nenhum momento, durante a vigência do contrato de gestão e termos aditivos, as metas terem sido atingidas.

UPA PAULISTA - *cada uma das 22 parcelas foi integralmente paga*, apesar de em nenhum momento, durante a vigência do contrato de gestão e termos aditivos, as metas terem sido atingidas.

UPA CAXANGÁ - *cada uma das 17 parcelas foi integralmente paga*, inclusive houve um reajuste financeiro a partir da 13ª parcela, apesar de em nenhum momento, durante a vigência do contrato de gestão e termos aditivos, as metas terem sido atingidas.

UPA IMBIRIBEIRA - *cada uma das 17 parcelas foi integralmente paga*, inclusive houve um reajuste financeiro a partir da 13ª parcela, apesar de em nenhum momento, durante a vigência do contrato de gestão e termos aditivos, as metas terem sido atingidas.

UPA CURADO - *cada uma das 15 parcelas foi integralmente paga*, inclusive, houve um reajuste financeiro a partir da 13ª parcela, apesar de em nenhum momento, durante a vigência do contrato de gestão e termos aditivos, as metas terem sido atingidas. (grifos nossos)

- *Ausência de ações pela SES/PE no sentido de tornar efetivas as metas pactuadas nos contratos de gestão;*
- *Precariedade na integração das UPAs com os municípios;*
- *Ausência de observância dos princípios constitucionais da Administração pública nos processos de seleção de pessoal pelas Organizações Sociais.*

5.6 Indicadores de saúde do Estado de Pernambuco

O Estado de Pernambuco selecionou nove indicadores de saúde, referentes à gestão municipal, para acompanhamento pelas GERES, a partir do exercício de 2012. Este Tribunal analisou seis desses indicadores, referentes a 2010 e 2011, através de consulta à base de dados do DATASUS.

5.6.1 Cobertura da Estratégia de Saúde da Família

Objetivo: Aumentar o número de municípios pernambucanos com cobertura da Estratégia Saúde da Família superior à média estadual (70%).

Descrição: Avalia a política estadual de incentivo a Estratégia Saúde da Família através da média de cobertura desta.

Resultado: Nota-se que, referente à atenção básica, em 2010, as equipes de saúde da família cobriam 68,78% da população pernambucana. Já em 2011, houve uma redução para 68,23%.

5.6.2 Proporção de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-Natal

Objetivo: Aumentar a proporção de mães que realizam sete ou mais consultas de pré-natal durante o acompanhamento da gestação.

Descrição: Mede a realização de consultas de pré-natal, a partir de informações prestadas pelas mulheres durante a assistência ao parto, permitindo analisar as condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal.



Resultado: Analisando o comportamento desse indicador no Estado, observou-se um aumento no percentual de 52,02%, em 2010, para 54,11%, em 2011. Tal comportamento sinaliza para uma melhora no acesso às consultas de pré-natal ofertadas pela atenção básica.

5.6.3 Proporção de Óbitos por Afecções Originadas no Período Perinatal

Objetivo: Reduzir a proporção de mortes por afecções do período perinatal em menores de um ano.

Descrição: Considera os óbitos não fetais ocorridos durante o primeiro ano de vida em decorrência de afecções originadas no período perinatal. Permite, portanto, avaliar as condições da assistência ao pré-natal e, em particular, a assistência obstétrica e neonatal.

Resultado: Em relação ao indicador em comento, houve uma melhora comparando-se o percentual em 2010, que foi de 59,07% para, 55,85%, em 2011. Este fato reflete uma melhor assistência no período perinatal.

5.6.4 Cobertura de Exames Citopatológicos do Colo do Útero

Objetivo: Ampliar a oferta de exames citopatológicos do colo do útero para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos.

Descrição: O indicador expressa a produção de exames citopatológicos do colo do útero, que são utilizados para rastrear o câncer do colo do útero em determinado local e ano. Uma boa cobertura do exame influencia na diminuição da mortalidade por este tipo de câncer.

Resultado: Observando-se o resultado para esse indicador, em 2010 o percentual era de 19% e, em 2011, houve uma redução para 11%, o que reflete uma piora na cobertura dos exames citopatológicos em Pernambuco, sinalizando para o aumento da mortalidade por câncer de colo de útero.

5.6.5 Cobertura de Mamografia

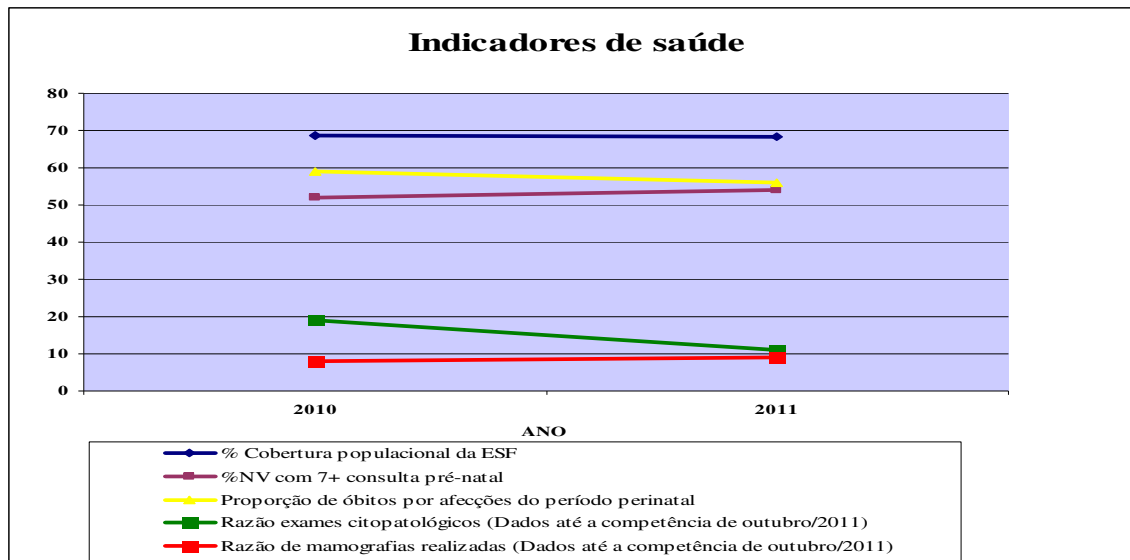
Objetivo: Aumentar a cobertura de mamografia realizada em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Descrição: O indicador mostra a razão entre as mamografias realizadas e a população na faixa etária alvo, permitindo a avaliação dos graus de cobertura no Estado e a inferência das desigualdades no acesso à mamografia, que deve ser realizada pelo menos uma vez a cada dois anos para melhor diagnóstico e tratamento precoce da doença.

Resultado: Observando-se o resultado para esse indicador, em 2010 o percentual era de 8% e, em 2011, houve um aumento para 9%, o que sinaliza melhora no acesso à realização de mamografia pelas mulheres naquela faixa etária.



Gráfico 9 – Indicadores de saúde do Estado de Pernambuco 2010/2011



Fonte: Tabnet/DATASUS

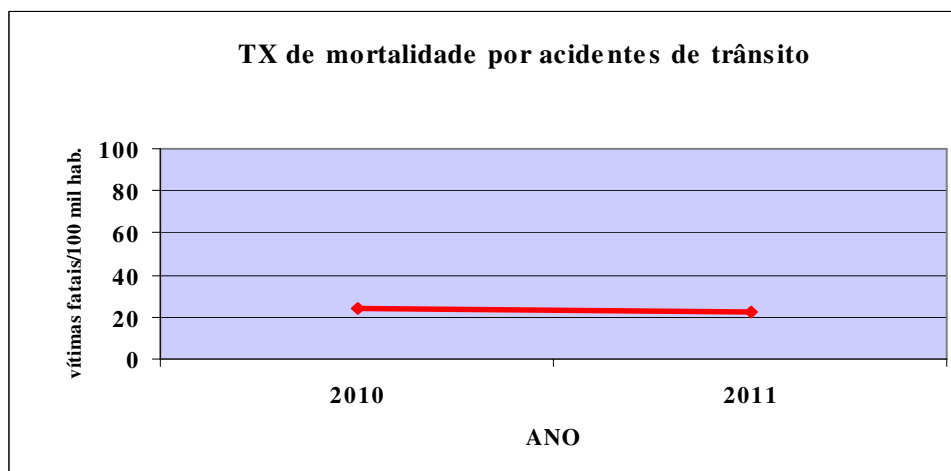
5.6.6 Taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito

Objetivo: Reduzir o número de vítimas fatais de acidente de trânsito no Estado de Pernambuco.

Descrição: Permite demonstrar a evolução do número de vítimas fatais de acidentes de trânsito em relação à população em geral.

Resultado: Analisando-se esse indicador, observou-se que, em 2010, o percentual era de 24,14% e, em 2011, houve uma redução para 22,36%, o que reflete diminuição no número de vítimas fatais por acidentes de trânsito no Estado.

Gráfico 10 – Taxa de Mortalidade por acidentes de trânsito



Fonte: Tabnet/DATASUS



5.7. Execução Orçamentária na função Saúde

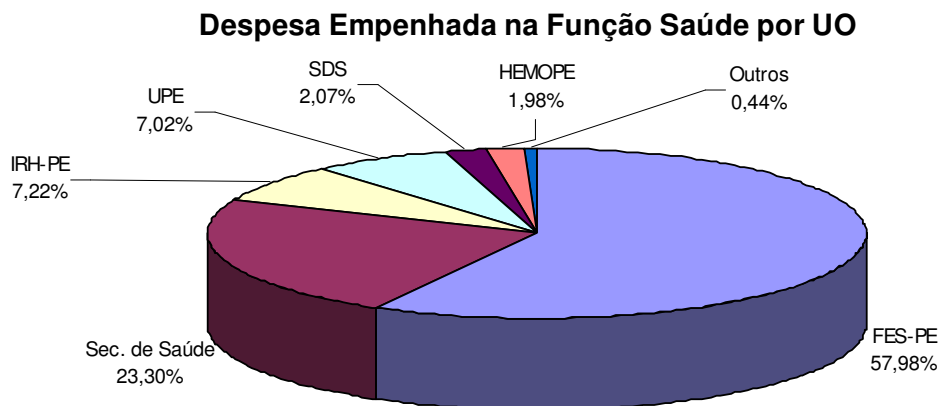
Em 2011 foram executadas despesas com a função Saúde no valor de R\$ 3.777.642.687,64. Tal montante representou a segunda maior despesa orçamentária do Estado, correspondendo a 17,56% da despesa empenhada no exercício. Deste valor, cerca de R\$ 3,57 bilhões foram despesas correntes e em torno de R\$ 205 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.

5.7.1. 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:

Gráfico 11 – Despesa empenhada na função saúde por UO



Fonte: e-Fisco 2011

Do total da despesa empenhada na função Saúde, 81,28% foi de responsabilidade das unidades orçamentárias: Fundo Estadual de Saúde (57,98%) e Secretaria Estadual de Saúde (23,30%).

Registra-se que a despesa empenhada no âmbito da UO pode não corresponder à despesa executada pela UG correspondente, pois há execuções decorrentes de destaques concedidos por unidades diversas.



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

5.7.2. Despesas por subfunção

Em 2011, do montante destinado à função Saúde, as Sub-funções 302 – *Assistência hospitalar e ambulatorial* e 126 – *Tecnologia da Informação* foram as que receberam mais recursos.

Tabela 6 - Total empenhado na Função Saúde em 2011

Subfunção	Valor empenhado	Em R\$ 1,00
		Percentual empenhado na Subfunção
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.594.163.118,03	42,20%
126 - Tecnologia da Informação	1.452.174.807,78	38,44%
122 - Administração Geral	273.487.344,77	7,24%
846 - Outros Encargos Especiais	225.121.606,53	5,96%
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	149.003.740,95	3,94%
305 - Vigilância Epidemiológica	44.318.057,91	1,17%
301 - Atenção Básica	28.181.358,75	0,75%
128 - Formação de Recursos Humanos	4.674.316,29	0,12%
421 - Custódia e Reintegração Social	3.863.215,73	0,10%
304 - Vigilância Sanitária	1.421.342,38	0,04%
121 - Planejamento e Orçamento	527.976,87	0,01%
131 - Comunicação Social	418.237,04	0,01%
125 - Normatização e Fiscalização	205.519,34	0,01%
306 - Alimentação e Nutrição	75.820,31	0,00%
571 - Desenvolvimento Científico	6.224,96	0,00%
Total	3.777.642.687,64	100%

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

A Subfunção 302 - *Assistência hospitalar e ambulatorial* foi responsável isoladamente por 42,20% dos recursos empenhados na função Saúde. A tabela a seguir apresenta os programas classificados nesta subfunção que receberam mais recursos.

Tabela 7 - Total Empenhado na Função Saúde, Subfunção 302, por Programa

Programa	Em R\$ 1,00
	Valor
0278 - Gestão da política de saúde do Estado	696.703.058,77
0141 - Atendimento à saúde dos servidores beneficiários do SASSEPE	269.832.855,44
0061 - Promoção da saúde	193.906.761,40
0709 - Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População	175.162.023,93
0650 - Programa de expansão da rede hospitalar pública de saúde	98.841.036,37
0173- Assistência médica e social aos servidores da SDS e seus dependentes	78.210.123,69
Outros	81.507.258,43
Total	1.594.163.118,03

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

Verifica-se que cerca de R\$ 350 milhões de reais foram destinados à assistência médica e social de servidores e dependentes beneficiados pelo SASSEPE e da SDS, ou seja, gastos considerados de natureza não universais (clientela fechada).



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

A Subfunção 126 – *Tecnologia da Informação* representou 38,44% dos recursos empenhados na função Saúde. A tabela a seguir apresenta os programas classificados nesta subfunção que receberam mais recursos.

Tabela 8 - Total Empenhado na Função Saúde, Subfunção 126, por Programa

Programa	Em R\$ 1,00 Valor
0709 - <i>Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População</i>	1.441.040.771,83
0445 - <i>Sistema Estadual de Informática de Governo - SEIG</i>	11.101.236,03
0508 – <i>Implementação do Processo Descentralizado de Planejamento e Orçamento do SUS</i>	16.545,42
0513 – <i>Fortalecimento, Estruturação das Vigilâncias Sanitárias Estadual e Municipais</i>	16.254,50
Total	1.452.174.807,78

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

O programa 0709 – Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População representou 99,23% do total empenhado na subfunção 126 – Tecnologia da Informação classificada na função Saúde.

Conforme detalhamento do programa de trabalho do referido programa, presente na Lei orçamentária 2011, verificou-se que este tem por objetivo: *Garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma integral e equânime*. As ações a seguir constituem o Programa 0709 – Fortalecimento do Atendimento à Saúde da População:

Quadro 3 - Atividades componentes do Programa 709

Atividade	Finalidade
00208.101260709.3431 - Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	Garantir a execução dos procedimentos de média e alta complexidade pelas unidades de saúde sob gestão estadual, para atendimento às necessidades de saúde da população
00208.103020709.3647 - Ações e Serviços Públicos de Saúde Prestados pelo HEMOPE	Atender a demanda de serviços de hematologia e hemoterapia pela população.
00208.103020709.3648 - Ações e Serviços Públicos de Saúde Prestados pela UPE	Atender a demanda da população do Estado, pelos serviços públicos de saúde
00208.103020709.3649 - Ações e Serviços Públicos de Saúde Prestados pelo DEFN	Atender a demanda da população do DEFN, pelos serviços de saúde

Fonte: Lei Orçamentária Anual 2011

Das ações acima elencadas apenas a atividade 3431 - Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é que está vinculada à subfunção 126 – Tecnológica da Informação.

Observa-se que a finalidade da referida atividade não guarda relação com a subfunção 126-Tecnologia da Informação, sendo melhor representada pela subfunção 302- Assistência hospitalar e ambulatorial.



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

Ao serem analisadas a natureza das despesas liquidadas, já que estas possuem detalhamento até item de gasto no sistema e-Fisco, da atividade 3431 – Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, ficou evidenciada a incompatibilidade destas com a Subfunção escolhida, conforme demonstrado a seguir:

Tabela 9 – Valor liquidado na Função Saúde, atividade 3431, por item de gasto

Em R\$ 1,00

Atividade	Item de gasto	Descrição do item de gasto	Valor liquidado
00208.101260709.3431 – Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.	33903950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	432.165.001,92
	33504113	Contribuições - Organização Social - OS	296.345.339,64
	33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper.Intra-Orcamentarias	142.544.332,23
	33504301	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	96.582.931,44
	33909239	Despesas de Exercícios Anteriores – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	49.719.426,63
	33903036	Material Hospitalar	42.969.500,29
	31901612	Produtividade SUS	41.338.692,22
	33903941	Fornecimento de Alimentação Preparada	35.696.443,10
	33903009	Material Farmacológico	32.967.826,27
	33903096	Repasse Financeiros – REFIN – Material de Consumo	30.567.351,11
	33903635	Apoio Administrativo, Técnico e Operacional	26.588.000,20
	33903696	Repasse Financeiros – REFIN – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física	22.415.748,82
	33408107	Transferências a Municípios de Recursos da Saúde	21.140.866,61
	33919239		13.415.103,88
	33509241		13.234.020,62
		Sub-Total	1.271.041.460,48
		Outros	169.999.311,35
	Total	1.441.040.771,83	

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

Verifica-se, portanto que vários itens de gasto não guardam relação com a subfunção *126 Tecnologia da Informação*. Há, por exemplo, gastos com produtividade SUS (destinadas aos servidores), materiais de consumo hospitalar e farmacológico, fornecimentos de alimentação preparada, gastos com Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais, que possuem mais relação com a subfunção *302 - Assistência hospitalar e ambulatorial*.



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

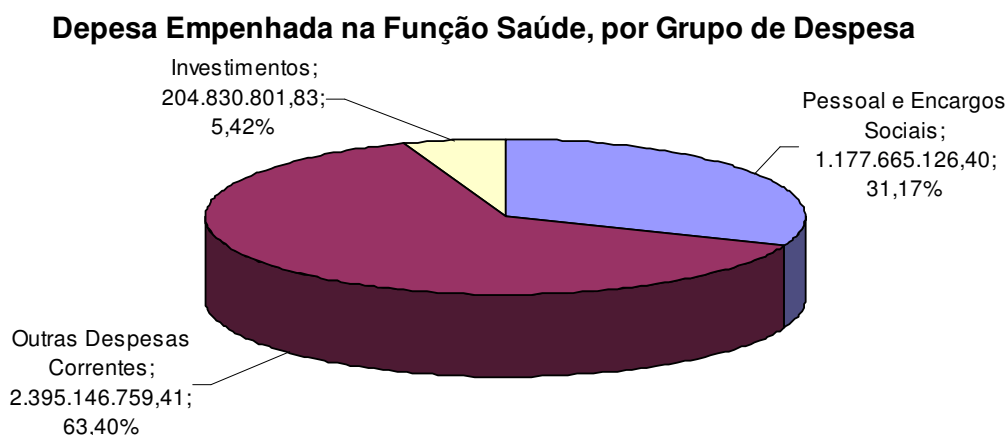
Tal fato tem sido evidenciado em exercícios anteriores. Convém que esta Corte de Contas determine ao Governo que proceda a adequada classificação orçamentária, no que tange à subfunção, da atividade 3431.

5.7.3. Despesas por grupo

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

Gráfico 12 – Despesa empenhada na função saúde por grupo de despesa

Em R\$1,00



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

Do total empenhado na função Saúde, R\$ 3.777.642.687,64, foram liquidadas despesas no valor de R\$ 3.776.773.052,39. Dentre as despesas liquidadas 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	711.794.403,35
31911301	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	184.376.668,74
31901612	Produtividade SUS	68.428.979,98
31901143	13º Salário - Pessoal Civil	60.066.318,08
31900401	Contratação por Tempo Determinado - Pessoal Civil - Vencimento e Vantagens Fixas	43.897.392,08
	Outros	109.101.364,17
Total		1.177.665.126,40

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

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 76,10% 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	590.074.918,36
33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper. Intra-Orçamentária	317.662.649,73
33504113	Contribuições - Organização Social - OS	297.152.341,50
33909239	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	127.776.409,91
33504301	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	100.379.414,13
	Outros	962.101.025,78
Total		2.395.146.759,41

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

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 37,90% 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 12,41% 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.

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	90.556.950,85
44905208	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar	32.793.016,18
44909205	Outras Despesas de Exercício Anteriores	16.307.733,99
44906101	Aquisição de Imóveis para uso da Administração Estadual	13.026.618,28
44905242	Mobiliário em Geral	8.357.041,02
Outros		42.919.806,26
Total		203.961.166,58

Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

Em relação aos investimentos classificados na função saúde, e liquidados em 2011, destacam-se as obras e instalações, que representaram 44,40% do total liquidado neste grupo, entre as quais estão inseridos os gastos destinados à construção do Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira, e as obras e serviços de engenharia destinados à construção da 2ª etapa do Hospital Regional de Palmares. Em seguida temos a aquisição de Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar, que representou 16,08% do referido total. Por fim registramos os gastos na aquisição de imóveis para uso da administração estadual, que representou 6,39% do total liquidado em investimentos na função saúde, que em quase sua totalidade (98,79%) foi referente à ação de desapropriação de área declarada de utilidade pública para fins de instalação do Hospital Regional de Caruaru Mestre Vitalino.



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

5.7.4. Fontes de financiamento

As despesas empenhadas na função saúde tiveram as seguintes fontes de financiamento em 2011, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 13 - Fontes de Recursos relativos à função 10 - Saúde

Em R\$ 1,00

Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.147.122.822,36
244	Recursos do SUS	1.120.967.880,73
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	194.749.625,74
241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	170.763.558,88
242	Convênios - Adm. Indireta	61.962.119,01
131	BNDES Estados	37.990.297,29
	Outros	44.086.383,63
	Total	3.777.642.687,64

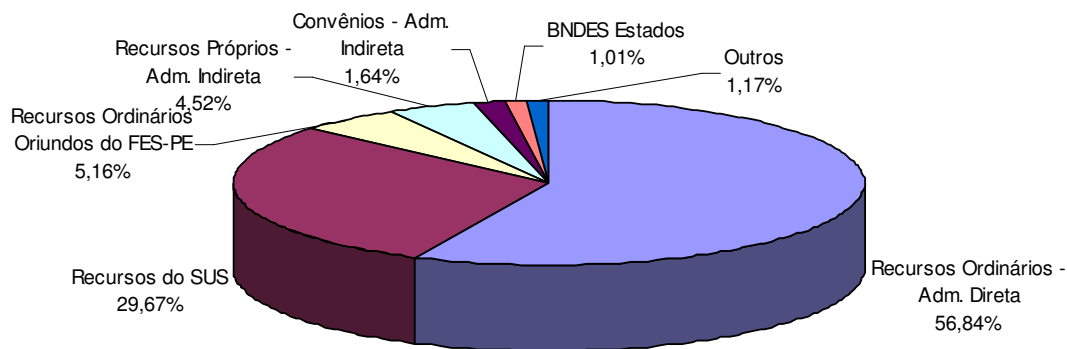
Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco 2011

Verifica-se que, do total de recursos empenhados na função Saúde em Pernambuco, 86,51% 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 13 – Fontes de financiamento das despesas na função saúde

Fontes de Financiamento das Despesas na Função Saúde



Fonte: Sistema Informatizado e-Fisco2011

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 2011, passa-se agora a analisar a aplicação dos recursos de impostos destinados às ações e serviços públicos de saúde.



5.8 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

O art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), introduzido pela Emenda Constitucional nº 29/00, estabeleceu esse limite mínimo para as despesas dos Estados com ações e serviços públicos de saúde, onde se estabeleceu que:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - omissis

II - **no caso dos Estados** e do Distrito Federal, **doze por cento** do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. (grifos nossos)

III – omissis

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Em 08 de maio de 2003, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução nº 322 que aprova algumas diretrizes acerca da Emenda Constitucional nº 29, e estabelece a base de cálculo para apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde.



5.8.1 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\$ 12.511.383.479,13, 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 2011 correspondeu a R\$ 1.501.366.017,50.

5.8.2 Aplicação dos Recursos

Por meio do Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde – Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2011, o Estado de Pernambuco, expõe ter aplicado em Saúde R\$ 1.967.644.358,49, cerca de 15,73% 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 Emenda Constitucional 29/2000 (EC 29) versa tão somente sobre as obrigações mínimas de cada ente federado no que tange à aplicação anual de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Não traz, entretanto, nenhuma menção das despesas inseridas no termo “ações e serviços públicos de saúde”. Assim, buscou-se nos instrumentos normativos vigentes, a definição legal das referidas ações e serviços.

De acordo com a lei 8.142/90, que trata do financiamento das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde, mediante Portaria, está autorizado a estabelecer condições para a sua aplicação.

Sendo assim, em 5/11/2002, por meio da Portaria n° 2.047, o Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando a auto-aplicabilidade do art. 77 do Ato



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

das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, aprovou as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que assegura recursos mínimos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Neste instrumento normativo está expresso claramente o que são *ações e serviços públicos de saúde*:

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 6º Para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam, simultaneamente, aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente Federativo;
- III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º, do ADCT.

Art. 7º Atendidos os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes, e para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;



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

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência; e

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Parágrafo único. Poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, excepcionalmente, as despesas listadas neste artigo, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, excepcionalmente, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, para financiar ações e serviços públicos de saúde.

Vê-se mais adiante que tal norma não deixa margem a dúvida quando revela o que **não** deve ser enquadrado como *ações e serviços públicos de saúde*:

Art. 8º Em conformidade com os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes Operacionais, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito de aplicação do disposto no art. 77 do ADCT, as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7º, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7º, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

Parágrafo único. Não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:



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

I - no caso da União, as despesas de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas listadas no art. 7º, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las.

Diante dos instrumentos normativos apresentados 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, quanto ao Princípio Constitucional da universalidade das ações e serviços públicos de saúde. Verificou-se, portanto, que foi indevidamente incluído no demonstrativo o seguinte valor:

- *A Operação Especial 0814 - Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE*, no valor de R\$ 2.428.428,85, 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;

Portanto, deve ser excluído do cálculo de aplicação em recursos com ações em saúde o valor de R\$ 2.428.428,85.

Dos Restos a Pagar

Os valores constantes do demonstrativo referem-se às despesas empenhadas, que incluem os restos a pagar processados e os não processados. Os restos a pagar não processados são despesas empenhadas que não tiveram sua contraprestação de bens ou serviços reconhecida até 31 de dezembro (despesas não liquidadas).

A Secretaria de Tesouro Nacional – STN, nas suas orientações (Manual de Demonstrativos Fiscais, aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, válido para o exercício de 2010, Portaria STN nº 462, de 2009) como órgão central de contabilidade, admite que sejam incorporados os restos a pagar processados e não processados, desde que haja recursos financeiros para suportá-los no ano seguinte.

DESPESAS LIQUIDADAS: ... No encerramento do exercício, as despesas com ações e serviços públicos de saúde inscritas em Restos a Pagar poderão ser consideradas para fins de apuração dos percentuais de aplicação estabelecidos na Constituição, *desde que haja disponibilidade financeira vinculada à saúde.* ... (grifos nossos)

Para que seja verificada a disponibilidade de saldo nas fontes que financiam a função Saúde, especificamente fonte 0101 – Recursos Ordinários - Adm. Direta, é necessário que o governo melhore seu controle sobre as despesas realizadas por fonte de recurso, controle esse ainda frágil, estando, por exemplo, a fonte 0101 com saldo



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

negativo ao final de 2011, conforme relatado no capítulo 07 do presente relatório, o que impediria qualquer despesa lançada em restos a pagar nesse exercício financiada com esta fonte.

O Tribunal de Contas de Pernambuco, porém, entende que não deve ser computada a presunção de aplicação, e sim os valores efetivamente aplicados. Desta forma, mantém-se a metodologia adotada em anos anteriores, que consiste na exclusão dos restos a pagar não processados inscritos no exercício e a compensação pela inclusão dos valores inscritos no ano anterior e pagos durante o exercício.

Entretanto, não houve restos a pagar não processados inscritos em 2011, nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde, assim como no exercício de 2010.

Percentual de aplicação após ajustes

Ajustando o valor das aplicações apresentadas no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, considerando a exclusão relatada, obtém-se o valor aplicado correspondente a R\$ 1.965.215.929,64, conforme exposto a seguir:

Tabela 14 – Ajustes para cálculo do percentual de aplicação em saúde

	Em R\$ 1,00
Total de aplicações (Demonstrativo)	1.967.644.358,49
(+) Cancelamento de Restos a Pagar no exercício (Demonstrativo)	2.721.694,67
(-) RPNP inscritos em 2011	0,00
(+) RPNP inscritos em 2010 e pagos em 2011	0,00
(-) RPP inscritos em 2010 e cancelados em 2011	2.721.694,67
Subtotal das aplicações (TCE)	1.967.644.358,49
(-) Ações não relacionadas a serviços públicos de saúde	2.428.428,85
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.965.215.929,64
Base de Cálculo	12.511.383.479,13
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.965.215.929,64
% de aplicações (TCE)	15,71

Fonte: Balanço Geral do Estado 2011 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2011, o Estado de Pernambuco, mesmo após os ajustes realizados, alcançou o percentual exigido pela Constituição Federal, aplicando 15,71% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde de caráter universal.