



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

7. SAÚDE

7.1 Pacto pela Saúde e a Regionalização Solidária

Por meio da Portaria nº 399/GM, de 22 de Fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde resolveu dar divulgação ao Pacto pela Saúde, bem como aprovar suas diretrizes operacionais.

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS¹, implantar o referido Pacto significa prioritariamente:

- a) assumir um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos, metas e resultados, e derivados da análise da situação de saúde do País bem como das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais;
- b) a realização de 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;
- c) que cada ente federado deve assumir as suas responsabilidades 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.

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. Nele, os entes federados expõem com clareza as responsabilidades e atribuições de cada gestor.

Examinando os dados do Ministério da Saúde², transcorridos quase quatro anos desde a implantação do Pacto, verifica-se que apenas 54,8% dos municípios brasileiros, isto é, 3.049 municípios aderiram. Tal pactuação abrange em torno de 60% da população brasileira. No entanto, seis Estados e um território já têm adesão de mais de 90% dos seus municípios: Ceará (98,4%), Distrito Federal (100%), Minas Gerais (93,4%), Mato Grosso do Sul (100%), Paraná (100%), Rio Grande do Norte (100%) e São Paulo (99,8%).

O Gráfico 1 apresenta o percentual de municípios brasileiros que aderiram ao Pacto bem como o percentual de municípios correspondentes. Vale ressaltar que os municípios que ainda não aderiram encontram-se classificados de acordo com o preconizado pela NOAS 02/2002.

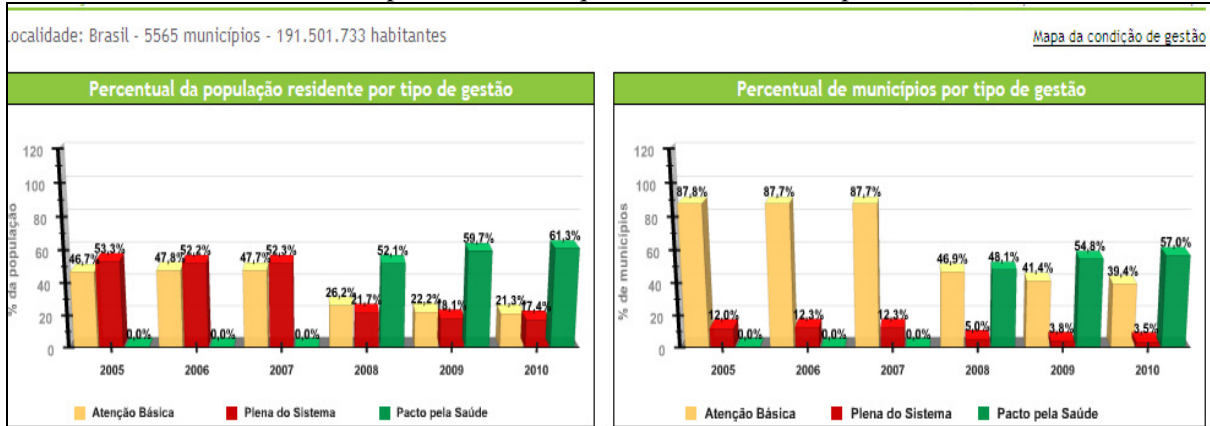
¹ CONASS/ Progestores, Nota Técnica 20/2009: A implantação do Pacto pela Saúde.

² 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



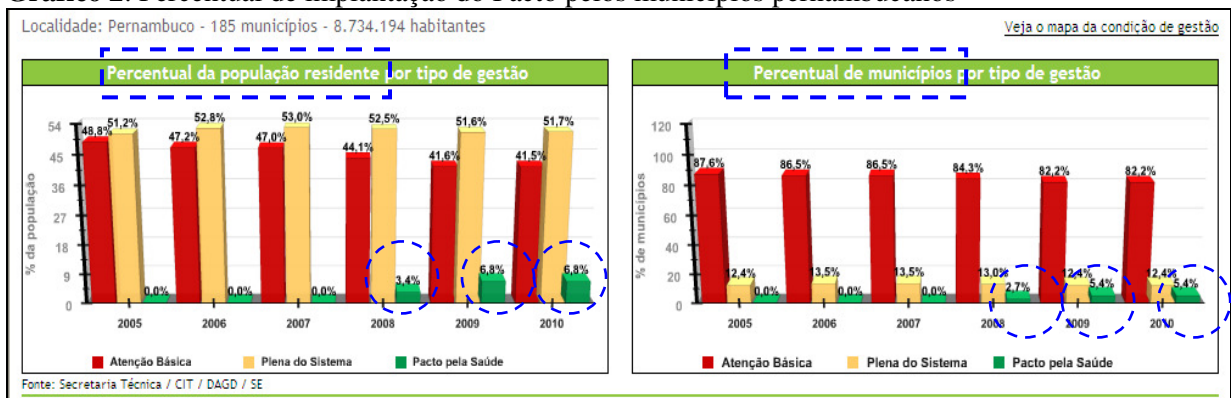
Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE

Implantação pelo Estado

De acordo com os dados levantados pelo Ministério da Saúde, atualizados até janeiro de 2010, constata-se que apenas dez municípios pernambucanos pactuaram com a Secretaria Estadual de Saúde suas metas, objetivos, responsabilidades e atribuições. Isso corresponde a apenas 5,4% dos municípios pernambucanos, abrangendo apenas 6,8% dos seus habitantes.

O Gráfico 2 apresenta em série histórica o percentual de implantação do Pacto pelos municípios pernambucanos. Visualiza-se a reduzida adesão em todo o período, desde a publicação da Portaria até janeiro de 2010.

Gráfico 2. Percentual de implantação do Pacto pelos municípios pernambucanos



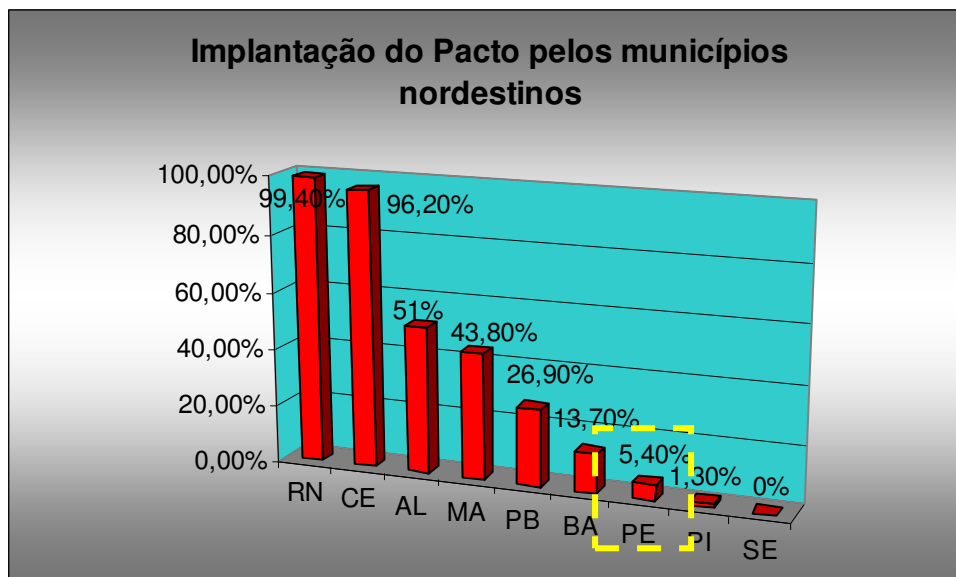
Fonte: Ministério da Saúde: Secretaria Técnica/CIT/DAGD/SE



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

Verificando os registros correspondentes aos demais Estados da federação³ nota-se que Pernambuco apresenta uma das mais baixas adesões. Tal comportamento resulta em ações desarticuladas de promoção à saúde dos seus municípios e indicam carências de planejamento das ações com serviços de saúde. Para fins ilustrativos, apresenta-se, a seguir, o percentual de implantação pelos municípios nordestinos em 2009.

Gráfico 3



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

Destaque-se que em janeiro de 2010, Estados nordestinos com número de municípios similares a Pernambuco (185, incluído Fernando de Noronha), como o Estado do Rio Grande do Norte, com 167 e o Estado de Ceará, com 184, alcançaram respectivamente 100% e 98,4% de adesão.

7.2 Relatório Anual de Gestão

O item 7.3 do Processo TC Nº 0901756-2, referente à Prestação de Contas do Governo – exercício 2008 – trata objetivamente sobre instrumentos de gestão e planejamento dispostos na Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de setembro de 2006. A citada Portaria define como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Na ocasião, a equipe de auditoria constatou que a Secretaria de Saúde de Pernambuco não havia publicado nem o Plano de Saúde referente ao período 2008-

³ Anexo 5: Adesões Municipais por UF/Lista de Municípios com Termos de Compromisso de Gestão publicados na CIT em 31/12/2009

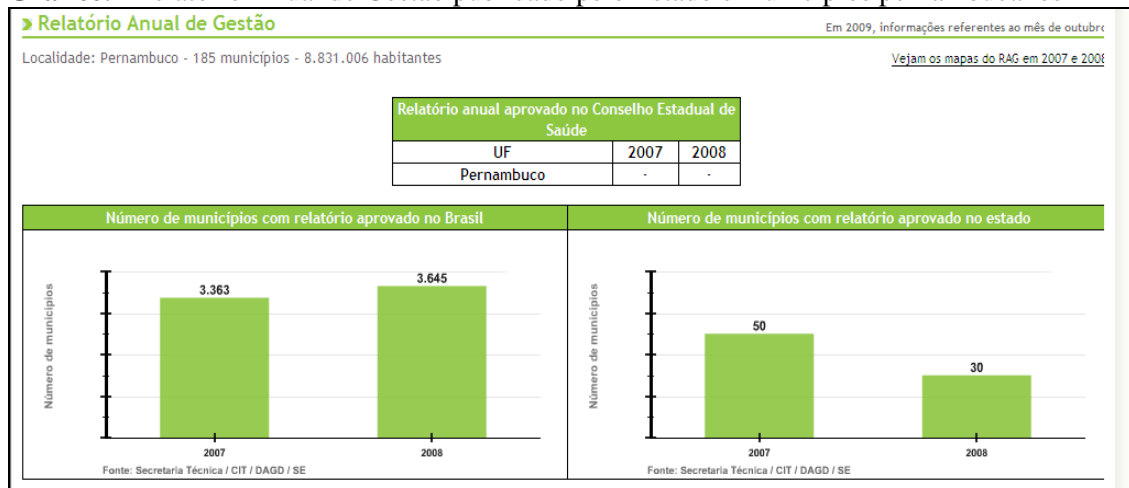


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

2011, nem o Relatório de Gestão com os respectivos resultados das ações implementadas pela pasta. Como tais instrumentos apontam a situação de saúde da população circunscrita, bem como as ações integradas de planejamento, a sua ausência ou não publicação dificulta sobremaneira tanto a possibilidade de avaliação destes como também inviabiliza a proposição de medidas corretivas pelos avaliadores.

Em relação ao primeiro documento, esta equipe de auditoria verificou que a Secretaria Estadual de Saúde/ SES-PE já providenciou a sua publicação em sítio eletrônico próprio: <http://www.saude.pe.gov.br/>. Contudo, em relação ao Relatório Anual de Gestão (RAG), constata-se que ainda não foram providenciadas a sua elaboração nem a aprovação junto ao Conselho Estadual de Saúde, conforme dados disponíveis em sítio eletrônico do Ministério da Saúde⁴ e apresentados a seguir:

Gráfico.4 Relatório Anual de Gestão publicado pelo Estado e municípios pernambucanos



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

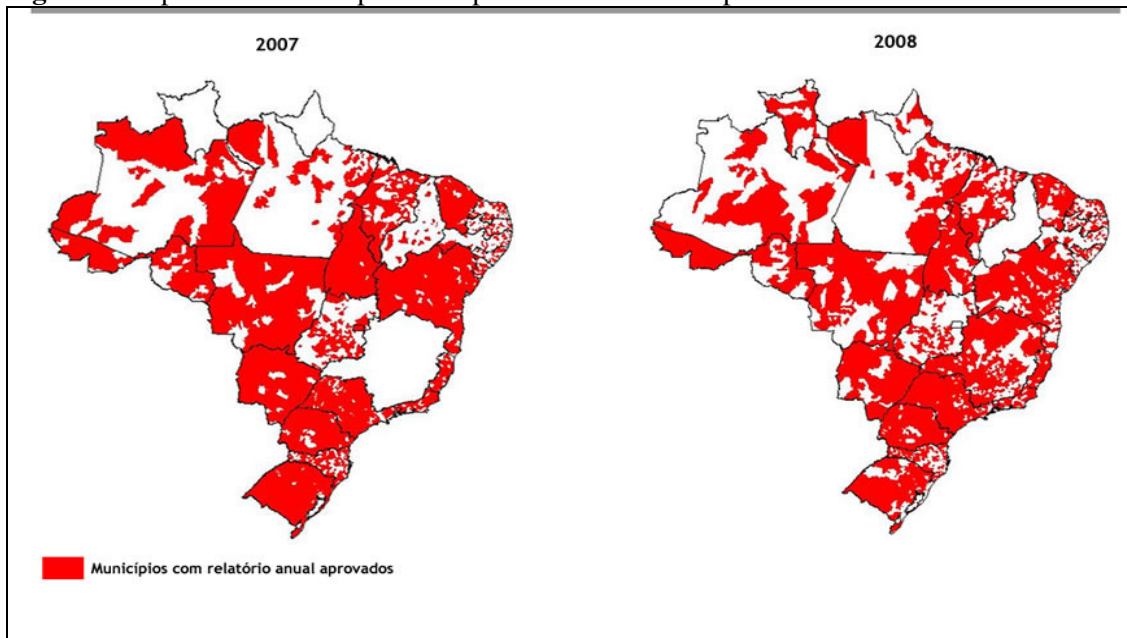
O referido documento deve ser elaborado e avaliado pelos diversos entes federados, bem como passar pela aprovação dos respectivos conselhos de saúde. É possível fazer uma comparação da prática de elaboração deste documento pelos municípios em todo território nacional por meio do mencionado sítio eletrônico do Ministério. Percebe-se, visualizando a figura 1 que Pernambuco é um dos estados que menos apresenta municípios que tiveram o referido relatório (RAG) aprovados pelos Conselhos de Saúde.

⁴ 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

Fig.1 Municípios com RAG aprovados pelo conselho municipal de saúde



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

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 3332, de 28 de dezembro de 2006.

Tal relatório deve ser submetido à aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente. Destaque-se que o referente ao exercício de 2009 também ainda não foi apresentado ao Conselho Estadual de Saúde.

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.

A não publicação deste documento, a exemplo do item anterior, contribui para a prática de ações desarticuladas de promoção à saúde indicando carências de planejamento.

7.3 Assistência à Saúde

Após 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.



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

7.3.1. Atenção Primária

O atendimento primário à saúde em nosso país recebe a denominação de Atenção Básica. Caracteriza-se por 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 Saúde⁵:

- 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 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.

Feitas essas considerações iniciais buscou-se conferir o grau e homogeneidade da cobertura das ações das Equipes de Saúde da Família no ano de 2009

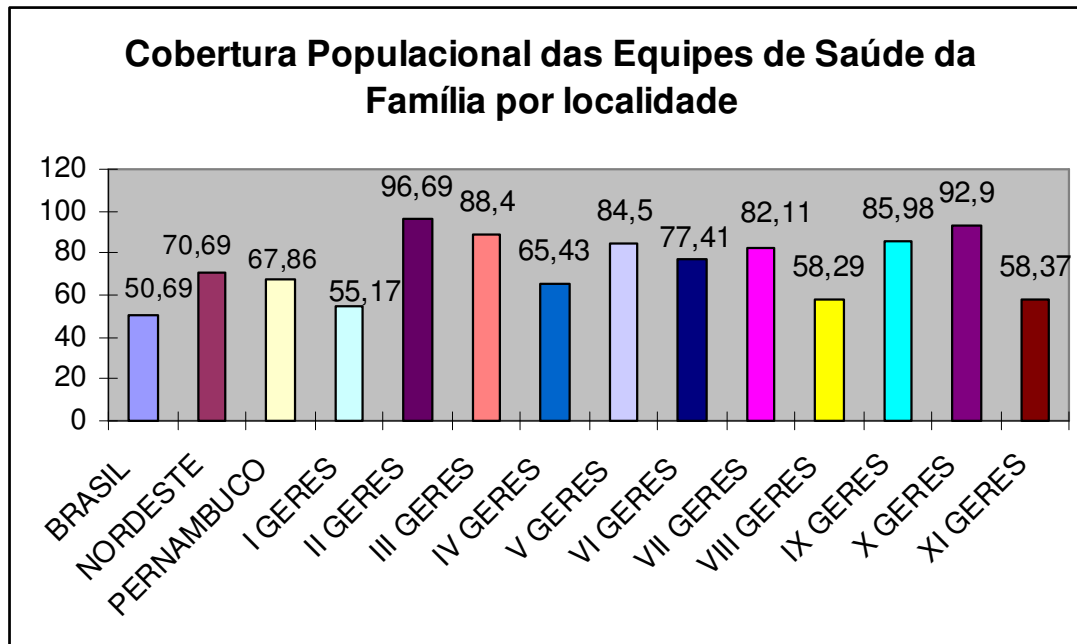
⁵ Definidas pela Política Nacional de Atenção Básica



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

em todo o território pernambucano. Para tanto foi realizada pesquisa no sítio eletrônico do Ministério da Saúde e com base nos dados lá disponíveis foi possível elaborar o gráfico que segue:

Gráfico 5



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

Nota-se que, no que se refere à atenção básica, a cobertura das equipes de saúde da família cobre 67,86% da população pernambucana, percentual 17% superior à média da cobertura nacional. No entanto, verifica-se também que é inferior à média nordestina (70,69%).

Chama atenção também a expressiva heterogeneidade da cobertura ao longo de todo o território pernambucano - representado aqui pelas onze gerências regionais de saúde (Geres). Há Geres com cobertura de assistência básica para além de 90% da população adstrita, como é o caso da II e da X. Outras com cobertura superior a 75%: III, V, VI, VII e IX. No entanto, todas as demais apresentam uma cobertura inferior ao apresentado pela média pernambucana e nordestina.

Para fins ilustrativos, está exposto na figura 2 o mapa da divisão territorial das políticas de saúde, apresentando os municípios-sede de cada gerência regional.



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

Fig. 2 Mapa da divisão territorial das políticas de saúde em PE



Das Geres com menor grau de cobertura encontram-se a I, IV, VIII e XI, cujos municípios-sede são respectivamente Recife, Caruaru, Petrolina e Serra Talhada. A população adstrita a estas Geres corresponde a 67% dos pernambucanos (pouco mais de 5.890.000 habitantes), sendo que a I compreende sozinha em torno de 4 milhões de habitantes e 19 municípios. A IV Geres (Caruaru) abrange 1,2 milhão de pernambucanos e 32 municípios.

Em seguida à mensuração do grau e homogeneidade desta cobertura, buscou-se analisar se os resultados correspondiam a um fato isolado no exercício analisado ou se configurava uma constante ao longo dos anos. Para tanto procedeu-se pesquisa da cobertura desta assistência desde a criação do Programa de Saúde da Família, em 2002.

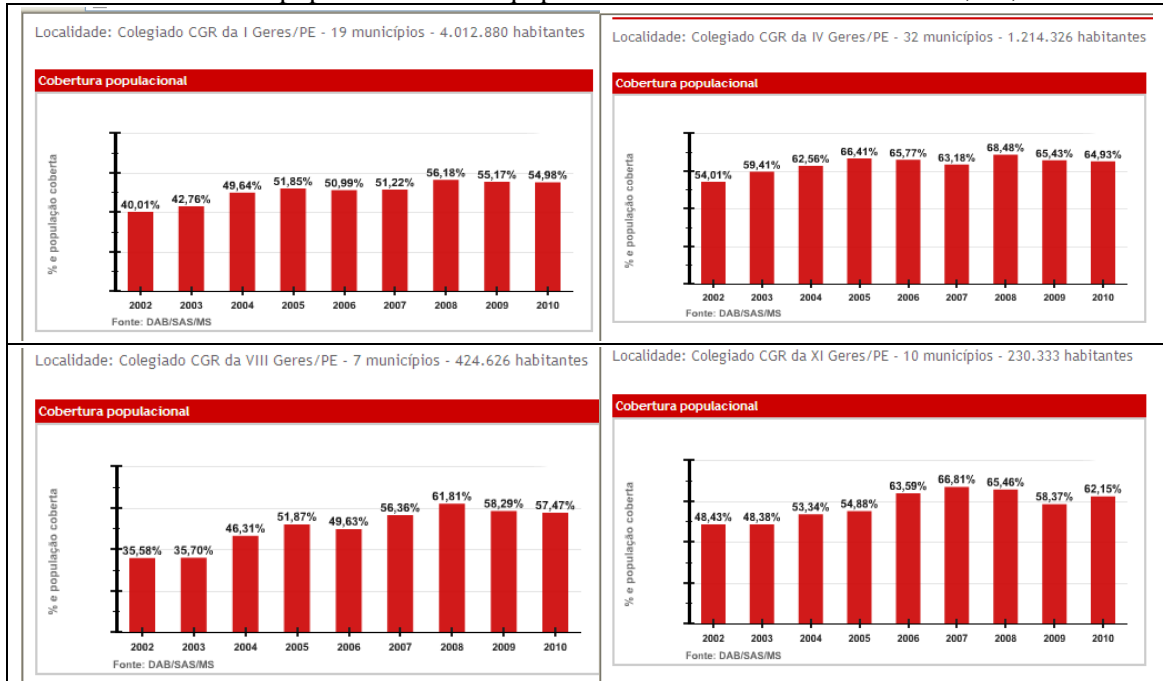
Analisando o gráfico 6, apresentado a seguir, verifica-se que a cobertura à população se revela inferior à média pernambucana e nordestina ao longo de toda a série histórica nas Geres I, IV, VIII e XI. Portanto, é possível concluir que os gestores municipais que compõem as mencionadas gerências regionais não contribuíram para a promoção de uma adequada assistência básica à sua população.

Convém enfatizar a necessidade do gestor estadual de saúde, dadas as competências atribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde pela Política Nacional de Atenção Básica e exposto aqui no início do item 7.3.1, de promover um maior debate e monitoramento acerca desta questão, envidar esforços no sentido de equacioná-la e direcionar incentivos financeiros àqueles municípios que contribuem para aumentar esta cobertura com qualidade.



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

Gráfico 6. Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família nas Geres I, IV, VIII e XI



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

Vale registro que estes municípios-sede são habilitados a prestar, além da atenção primária, diversos procedimentos e serviços de média e alta complexidade. Ocorre que, como demonstrado na tabela 1, a média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica não é atingida por nenhuma das Geres citadas.

Frise-se que uma inadequada cobertura na atenção primária repercute negativamente nas demandas de saúde nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade). A população passa a sofrer com moléstias preveníveis e as patologias crônicas (a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus) não são descobertas de maneira precoce. Influi também na majoração das despesas relativas à saúde da população, uma vez que ocorre a necessidade de serem realizados procedimentos de maior complexidade.

Conforme já apontado, o Ministério da Saúde, por meio da Política de Atenção Básica, define que cada equipe de saúde da família é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, **sendo a média recomendada de 3.000 habitantes**. Ver tabela 1, a seguir:



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

Tabela 1. Cobertura das Equipes de Saúde da Família por Localidade

Acima da média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica		Dentro da média recomendada pela Política Nacional de Atenção Básica	
REGIÃO	População/ N° Equipes	REGIÃO	População/ N° Equipes
BRASIL	6.314,35	II GERES	3.121,31
NORDESTE	4.352,68	III GERES	3.494,74
PERNAMBUCO	4.823,05	V GERES	3.686,50
I GERES	6.260,34	IX GERES	3.788,68
IV GERES	5.017,88	X GERES	3.348,78
VI GERES	4.116,07		
VII GERES	4.006,66		
VIII GERES	5.980,65		
XI GERES	5.905,97		

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

Observa-se que Pernambuco não conseguiu alcançar esta média (4.823,05). Apenas cinco de suas gerências regionais apresentaram cobertura próxima da média recomendada. Novamente chamam atenção a ínfima cobertura promovidas pelas I, IV, VIII e XI Geres. Tomando como exemplo a I Geres - com sede em Recife, cuja população adstrita gira em torno de 4 milhões de habitantes e apenas 12 municípios circunscritos – nota-se que cada equipe fica responsável por mais de 6.200 pessoas, quando a média recomendada é de 3.000 pessoas por equipe.

7.3.2. Média e Alta Complexidade

Historicamente os serviços de média e alta complexidade foram contratados pelos gestores públicos 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. Assim, os gastos do SUS acabam aumentando de maneira ineficaz.

Em 2009, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade em Pernambuco representaram R\$ 1,5 bilhão de reais⁶. Para a atenção básica no Estado, as transferências giraram em torno de R\$ 0,5 bilhão de reais. Ou seja, os recursos destinados à média e alta complexidade corresponde ao triplo do vinculado à atenção básica.

⁶ Fonte: Ministério da Saúde/ Sala de Situação/ Fundo Nacional de Saúde



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

Quando se analisa a produção de procedimentos ambulatoriais⁷ em 2009 no Estado, verifica-se que I Geres é responsável por 67% de todos os serviços de média complexidade e quase a totalidade (98%) dos serviços de alta complexidade. Ver tabela 2, a seguir:

Tabela 2

Produção Ambulatorial do SUS – Pernambuco – por local de atendimento		
Quantidade aprovada por Microrregional de Saúde (geres) e Complexidade		
Período: 2009		
Geres	Média complexidade	Alta complexidade
I-Recife	26.438.021	13.778.723
II-Limoeiro	2.555.098	43.500
III-Palmares	1.357.741	12.681
IV-Caruaru	3.518.750	78.624
V-Garanhuns	1.354.492	33.312
VI-Arcoverde	878.436	26.966
VII-Salgueiro	446.131	1.509
VIII-Petrolina	1.027.170	43.207
IX-Ouricuri	693.312	1.105
X-Afogados da Ingazeira	570.094	0
XI-Serra Talhada	433.411	23
Total	39.272.656	14.019.650

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/MS)

Além da I Geres, aquelas que produziram mais serviços de média complexidade foram, em ordem decrescente: IV, II, III e V – todas próximas territorialmente da I. Já em relação à produção dos serviços de alta complexidade, ganha importância a VIII Geres e perde a III.

Quando se analisa a produção de procedimentos hospitalares no Estado⁸, verifica-se o mesmo comportamento: evidente predomínio da produção pela I Geres, responsável por mais de 57% dos procedimentos de média e 95% dos de alta complexidade. Ver tabela 3:

Tabela 3

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Pernambuco		
AIH pagas por Regional de Saúde e Complexidade		
Período: 2009		
Geres	Média complexidade	Alta complexidade
I-Recife	284.750	24.193
II-Limoeiro	22.369	9
III-Palmares	26.336	0
IV-Caruaru	48.128	860
V-Garanhuns	21.502	6

⁷ Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS

⁸ Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS



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

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Pernambuco		
AIH pagas por Regional de Saúde e Complexidade		
Período: 2009		
VI-Arcoverde	13.752	1
VII-Salgueiro	10.786	0
VIII-Petrolina	20.602	191
IX-Ouricuri	18.089	1
X-Afogados da Ingazeira	14.543	3
XI-Serra Talhada	19.662	12
Total	500.519	25.276

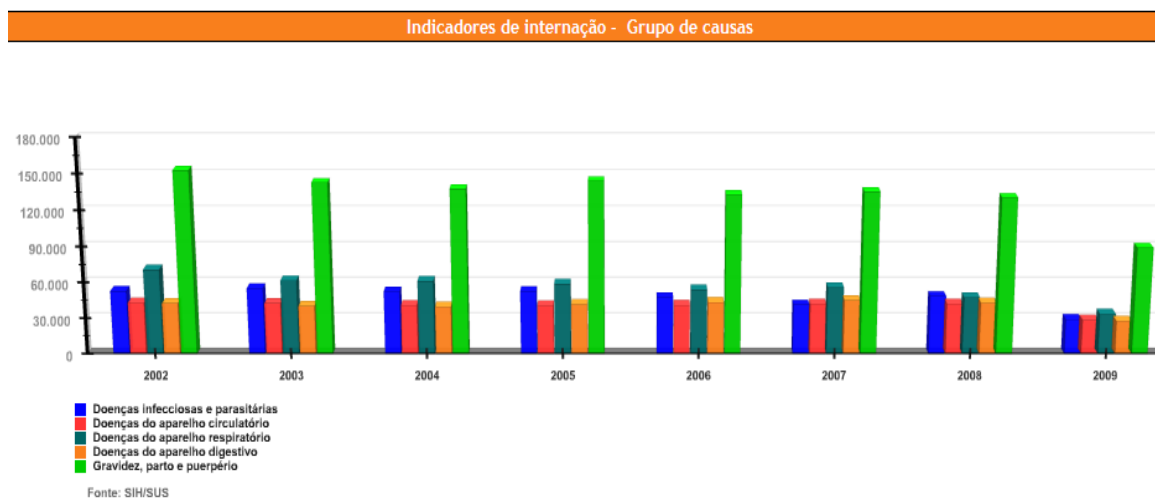
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS)

Nota-se um maior equilíbrio da produção dos serviços hospitalares de média complexidade ao longo do território pernambucano. No entanto, no que se refere à produção de alta complexidade, além do predomínio quase absoluto da I Geres, praticamente só quem produzem são às IV e VIII Geres.

Cabe à SES, regular um eficaz e equânime processo de Regionalização, instituída pelo novo Plano Diretor de Regionalização – PDR (ainda em processo de construção), integrada à Programação Pactuada e Integrada – PPI, promovendo o planejamento das ações de média e alta complexidade em nível regional e sua agregação aos fluxos regulados dos municípios. Todo o planejamento, a partir deste ponto, deve considerar a capacidade instalada de serviços de saúde. Essa relação vai dimensionar a capacidade em se ofertar serviços para uma região e trabalhar as referências intermunicipais e interestaduais, bem como apontar desajustes entre o perfil da rede e os parâmetros assistenciais de necessidade.

7.3.3 Grupos de causas mais freqüentes de internação

Gráfico 7. Indicadores de internação em Pernambuco – por grupos de causas



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

Analisando a série histórica dos internamentos no Estado representada no gráfico 7 constata-se uma redução gradativa dos internamentos provocados por doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo. Tal comportamento sinaliza para admitir a hipótese de que as medidas de prevenção desencadeadas no Estado como vacinação nas diversas fases de vida - em especial na idade infantil - e saneamento básico foram eficazes.

Em relação ao grupo de doenças respiratórias nota-se um equilíbrio no quantitativo de internamentos ocorridos no período de 2003 a 2008. À partir de 2009 verifica-se uma significativa redução de ocorrências, culminando com uma queda de aproximadamente 50%. Tal comportamento é identificado também nos internamentos relativos ao grupo de doenças do aparelho circulatório e do aparelho digestivo.

O grupo responsável pelo maior número de internamentos em Pernambuco corresponde ao relacionado com gravidez, parto e puerpério. Com base no gráfico verifica-se uma estabilidade nas internações entre 2002 e 2005, em torno de 150.000. Entre 2006 e 2008 houve uma queda para algo em torno de 120.000 internamentos. Em 2009 é que se verifica uma queda para 90.000 ocorrências, ou seja, 40% dos níveis de 2002.

7.3.4 Procedimentos hospitalares responsáveis pelos maiores gastos com internação

Analisando os dados presentes no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS verifica-se que os grupos responsáveis pela internação de um contingente maior de usuários do SUS foram os procedimentos cirúrgicos, procedimentos clínicos, procedimentos com finalidade diagnóstica e transplantes de órgãos, tecidos e células.⁹

Estão expostos na tabela 4 o quantitativo de AIH (Autorização de Internamento Hospitalar) pagas nos quatro grupos de procedimentos responsáveis pelos maiores gastos ao longo do exercício de 2009.

Tabela 4

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Pernambuco				
AIH pagas por Geres e Grupo procedimento				
Período: 2009				
Geres	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células
Recife	587	185.884	120.020	2.452
Limoeiro	0	15.159	7.219	0
Palmares	0	18.068	8.268	0
Caruaru	1	31.726	17.044	217
Garanhuns	0	13.778	7.730	0
Arcoverde	0	9.949	3.804	0
Salgueiro	0	7.994	2.792	0

⁹ Ver Anexo 2: Procedimentos hospitalares do SUS por local de internação (Pernambuco): AIH pagas por Geres e grupo de procedimentos em 2009



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

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Pernambuco				
AIH pagas por Geres e Grupo procedimento				
Período: 2009				
Petrolina	0	14.516	6.271	6
Ouricuri	0	12.726	5.364	0
Afogados da Ingazeira	0	9.893	4.653	0
Serra Talhada	0	14.331	5.343	0
Total	588	334.024	188.508	2.675

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS)

Destes, verificou-se que os procedimentos clínicos foram responsáveis por pouco mais de R\$ 227,25 milhões, os procedimentos cirúrgicos por R\$ 193 milhões e os transplantes de órgãos, tecidos e células por algo em torno de R\$ 16,35 milhões de reais, conforme apresentado abaixo.

Tabela 5 **Em R\$1,00**

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Pernambuco	
Valor total por Subgrupo procedimento	
Período: 2009	
Subgrupo procedimentos	Total
Procedimentos clínicos	227.253.196,37
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	173.409.644,21
Parto e nascimento	41.001.801,98
Outros	12.841.750,18
Procedimentos cirúrgicos	193.026.426,17
Cirurgia do aparelho circulatório	31.371.456,74
Cirurgia aparelho digestivo, anexos e parede abdominal	26.395.680,39
Cirurgia do sistema osteomuscular	18.544.392,72
Cirurgia do aparelho geniturinário	14.431.185,44
Cirurgia obstétrica	33.750.661,91
Cirurgia reparadora	12.098.786,69
Cirurgia em oncologia	10.328.457,12
Outros	46.105.805,16
Transplante de órgãos, tecidos e células	16.347.468,14
Transplantes de órgãos, tecidos e células propriamente ditos	13.778.799,86
Outros	2.568.668,28

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS)

7.4. Execução orçamentária na função Saúde

Conforme já assinalado anteriormente neste relatório, a área de Saúde, cuja execução orçamentária se encontra consolidada na função 10, representou a segunda maior despesa orçamentária do Estado no exercício de 2009, correspondendo a 16,76% da despesa total do Estado no exercício, ficando atrás apenas do grupo de Encargos Especiais que absorveram 24,91% do total.



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

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.

Em 2009 foram executadas despesas com Saúde no valor de R\$ 2.735.866.438,01 (dois bilhões, setecentos e trinta e cinco milhões, oitocentos e sessenta e seis reais e um centavo). Deste montante, R\$ 1,5 bilhões são oriundos de recursos ordinários e R\$ 1,2 bilhões de recursos vinculados.

Feitas estas considerações iniciais acerca da execução orçamentária da Saúde, passa-se a proceder a uma análise das suas principais fontes de financiamento.

Fontes de financiamento

O total empenhado com a função saúde foi financiado com as diversas fontes de recursos abaixo relacionadas:

Tabela 6. **Em R\$ 1,00**

Fontes de Recursos relativos à função Saúde -10		
101	Recursos Ordinários do Tesouro	1.408.818.178,79
244	Recursos do SUS	1.038.959.688,20
241	Recursos Próprios da Administração. Indireta	132.690.411,71
103	Operação de Crédito	90.120.458,57
242	Convênio com Administração. Indireta	34.000.327,77
Outros	Outros	31.277.372,97
Total		2.735.866.438,01

Fonte: e-fisco 2009

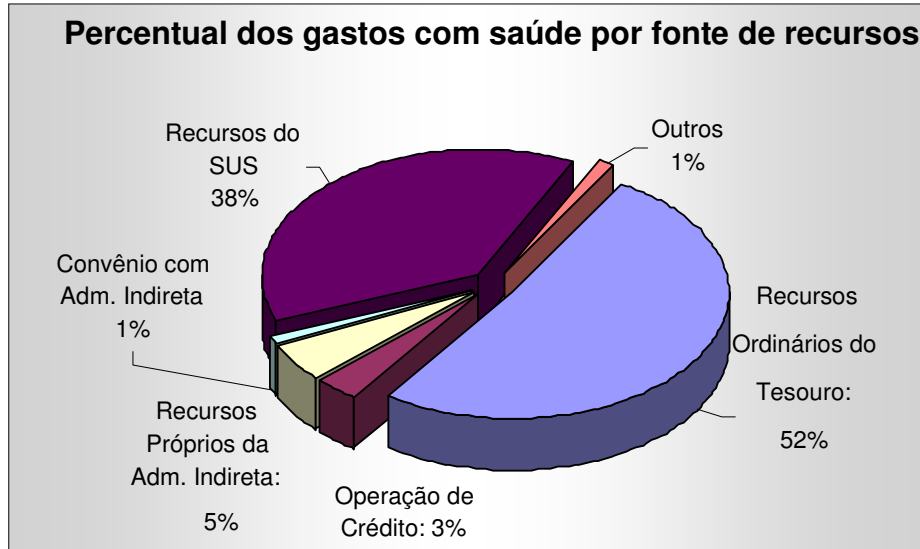
Verifica-se que, do total de recursos destinados para a Saúde em Pernambuco, R\$ 2.447.777.866,99 (dois bilhões, quatrocentos e quarenta e sete milhões, setecentos e setenta e sete mil, oitocentos e sessenta e seis reais e noventa e nove reais), 90% foram oriundos de apenas duas fontes de financiamento: Recursos Ordinários do Tesouro, responsável isoladamente por R\$ 1.408.818.178,79 (um bilhão, quatrocentos e oito milhões, oitocentos e dezoito mil, cento e setenta e oito reais e setenta e nove centavos) e Recursos do SUS, com R\$ 1.038.959.688,20 (um bilhão, trinta e oito milhões, novecentos e cinquenta e nove mil, seiscentos e oitenta e oito reais e vinte centavos).

O gráfico 8 apresenta o percentual dos gastos destinados à Saúde por fonte de financiamento.



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

Gráfico 8



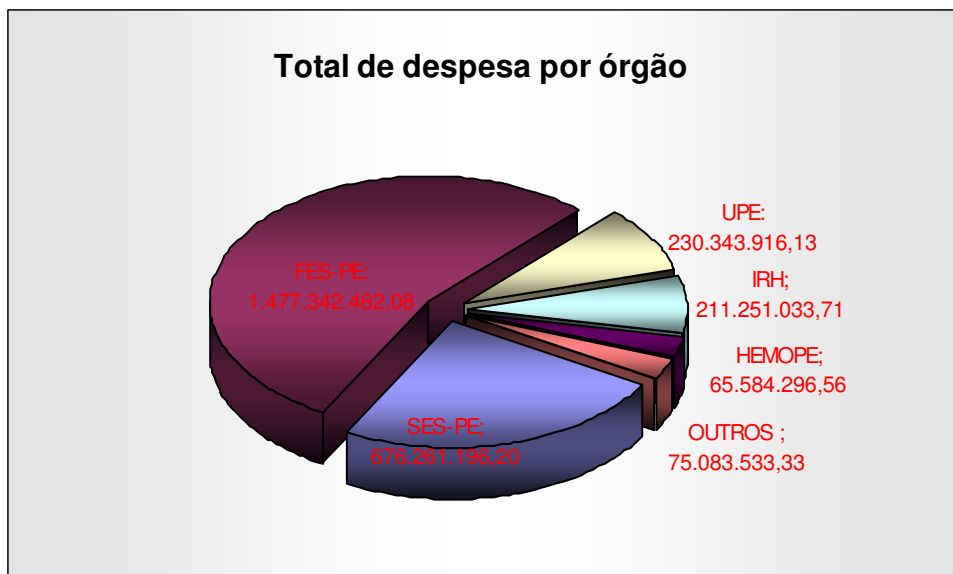
Fonte: e-fisco2009

Despesas por Órgãos

Os Órgãos que mais executaram despesas em Saúde foram o Fundo Estadual de Saúde (FES-PE), Secretaria de Saúde (SES), Universidade de Pernambuco (UPE) e Instituto de Recursos Humanos (IRH), conforme exposto a seguir:

Gráfico 9

Em R\$1,00



Fonte: e-fisco2009



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

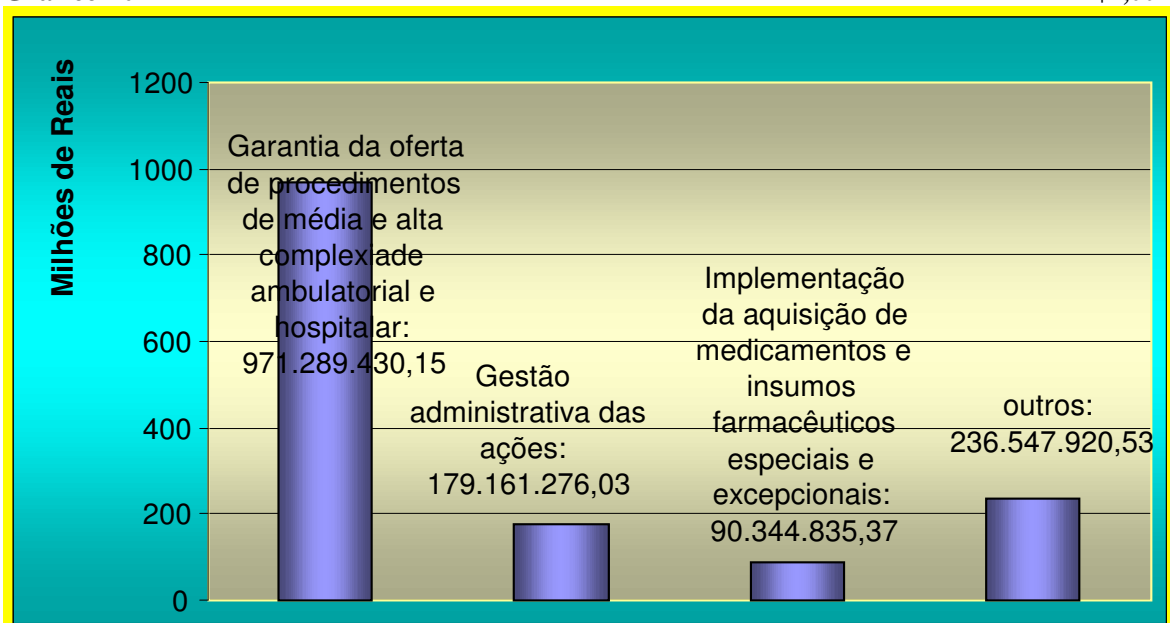
Nota-se que do total de recursos destinados à função Saúde, 78,70% foi direcionado para dois órgãos apenas: Fundo Estadual de Saúde (53,99%) e Secretaria Estadual de Saúde (24,71%).

Dos gastos efetuados diretamente pela SES, 95,15% foram relacionados a despesas de pessoal e encargos, dos quais os mais expressivos foram relativos à manutenção do pessoal das atividades fins do Sistema de Saúde e de residência médica, gestão administrativa da Secretaria de Saúde, direção, supervisão e coordenação da política estadual de saúde e política de fortalecimento da comunicação institucional¹⁰.

Das despesas relativas ao FES-PE, verifica-se que 84% dos gastos se relacionam com apenas três atividades/projetos. São eles: Garantia da oferta de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (66%), Gestão administrativa das ações (16%) e Implementação da aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos especiais e excepcionais (6%)¹¹. Veja os valores gastos em 2009 nas principais atividades/projetos no gráfico seguinte:

Gráfico 10

Em R\$1,00



Fonte: e-fisco2009

Despesas por grupo

Conforme demonstrado abaixo, os grupos de despesa que mais receberam recursos na função Saúde foram: *Outras Despesas Correntes* - com pouco mais de R\$1,6 bilhões e *Pessoal e Encargos Sociais* - em torno de R\$ 900 milhões (vide gráfico a seguir).

¹⁰ Ver Demonstrativo da despesa por órgão ao nível de atividade/projeto/operações especiais, Quadro 27 do Balanço Geral do Estado 2009, p.362.

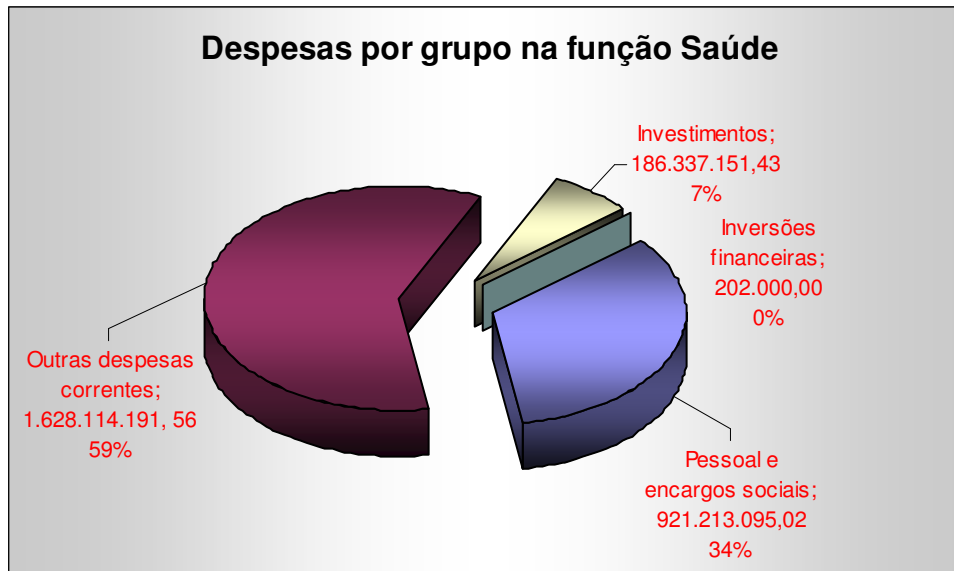
¹¹ Demonstrativo da despesa por órgão ao nível de atividade/projeto/operações especiais, Quadro 27 do Balanço Geral do Estado 2009, p.370/372.



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

Gráfico 11

Em R\$1,00



Fonte: e-fisco2009

Dos gastos referentes a *Outras Despesas Correntes*, R\$ 467,26 milhões foram destinados a pagamentos por serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (outros serviços de terceiros); R\$ 237,63 milhões a pagamentos por meio de repasses financeiros (REFIN) a onze hospitais incluindo os seis maiores hospitais públicos e onze gerências regionais de saúde; R\$ 122,48 milhões a pagamentos por serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais (aplicações diretas – operações intra-orçamentárias); R\$ 117,69 milhões a pagamentos de serviços de terceiros – pessoa jurídica; R\$ 96,47 milhões a gastos por medicamentos distribuídos gratuitamente; R\$ 90,52 milhões a pagamentos de subvenções sociais a instituições de caráter assistencial e cultural.

Dos gastos relativos ao grupo *Pessoal e Encargos Gerais*, R\$ 578,92 milhões foram destinados a pagamentos de vencimentos e vantagens físicas de pessoal civil; R\$ 111,96 milhões a pagamentos do FUNAFIN – obrigação patronal de servidor ativo civil; R\$ 63,34 milhões a pagamentos referentes a produtividade SUS e R\$ 37,16 milhões a pagamentos a pessoal civil contratado por tempo determinado. Assim, mais de 90% do total destinado ao grupo corresponde ao somatório destes montantes descritos.

Dos gastos direcionados ao grupo *Investimentos*, R\$114,14 milhões foram referentes a construção de obras públicas de uso comum do povo e R\$ 28,45 milhões a compras de aparelhos, utensílios e equipamentos médico-hospitalares.

Despesas por subfunção

Em 2009 foram realizadas despesas relacionadas com Saúde em quinze subfunções, conforme exposto na tabela seguinte:



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

Tabela 7

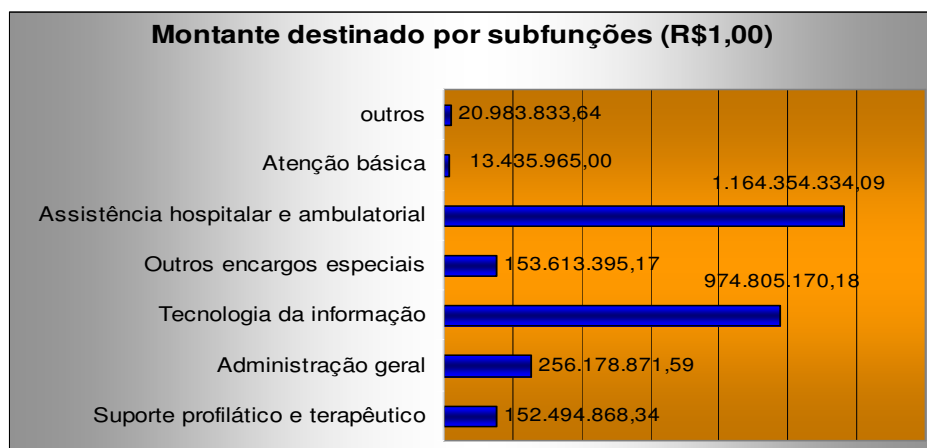
Em R\$1,00

Demonstração da despesa conforme o vínculo com os recursos por subfunções em 2009			
Subfunção	Ordinários	Vinculados	Total
121. Planejamento e orçamento	574,78	355.207,04	355.781,82
122. Administração geral	208.272.053,40	47.906.818,19	256.178.871,59
125. Normatização e fiscalização	42.670,08	63.137,92	105.808,00
126. Tecnologia da informação	135.912.123,08	838.893.047,10	974.805.170,18
128. Formação de recursos humanos	1.115.216,40	2.686.252,81	3.801.469,21
131. Comunicação Social	189.822,21	172.191,77	362.013,98
243. Assistência à criança e ao adolescente	1.395.964,57	-	1.395.964,57
301. Atenção básica	9.647.703,04	3.788.261,96	13.435.965,00
302. Assistência hospitalar e ambulatorial	954.545.665,17	209.808.668,92	1.164.354.334,09
303. Suporte profilático e terapêutico	73.304.919,54	79.189.948,80	152.494.868,34
304. Vigilância sanitária	-	1.700.887,10	1.700.887,10
305. Vigilância epidemiológica	1.715.961,57	7.756.593,95	9.472.555,52
306. Alimentação e nutrição	-	91.723,74	91.723,74
421. Custódia e reintegração social	3.697.629,70	-	3.697.629,70
846. Outros encargos especiais	151.668.286,96	1.945.108,21	153.613.395,17
Total	1.541.508.590,50	1.194.357.847,51	2.735.866.438,01

Fonte: Balanço Geral do Estado 2009

Nota-se que mais de 98% dos gastos com saúde estão relacionados com apenas cinco subfunções: **Assistência hospitalar e ambulatorial (42,55%)**, Tecnologia da informação (35,63%), Administração geral (9,36%), Outros encargos especiais (5,61%) e Suporte profilático e terapêutico (5,57%). **A Atenção Básica recebeu apenas 0,04% de todos os recursos direcionados à saúde.**

Gráfico 12



Fonte: Balanço Geral do Estado 2009

Fazendo um comparativo com o valor aplicado em saúde no exercício de 2008 nas subfunções que receberam um montante acima de 1% do total destinado à saúde, nota-se o seguinte comportamento:



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

Tabela 8

Em R\$1,00

Subfunção	2008	2008 %	2009	2009 %
Assistência hospitalar e ambulatorial	931.185.417,88	41,55	1.164.354.334,09	42,55
Tecnologia da informação	746.394.100,22	33,31	974.805.170,18	35,63
Administração geral	224.070.213,78	10,00	256.178.871,59	9,36
Outros encargos especiais	142.625.676,40	6,36	153.613.395,17	5,61
Suporte profilático e terapêutico	139.982.569,40	6,25	152.494.868,34	5,57
Atenção básica	33.472.690,88	1,49	13.435.965,00	0,04

Fonte: Balanço Geral do Estado 2008 e 2009

Observa-se que em 2009 houve um aumento dos valores absolutos destinados para todas as subfunções elencadas, com exceção dos destinados para Atenção Básica. As subfunções **Assistência Hospitalar e Tecnologia da Informação** receberam **um incremento acima de R\$ 200 milhões cada**. Já para a **Atenção Básica** houve uma **redução em mais de R\$ 20 milhões do aplicado em 2008**, ou seja, uma **queda de aproximadamente 60%**.

Convém frisar que o fortalecimento da resolutividade neste nível de assistência é um passo importante para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje no Estado no acesso e financiamento especialmente das ações de média complexidade ambulatorial.

Outra ação importante que a Secretaria Estadual de Saúde precisa equacionar é a viabilização da contra-referência do paciente para a atenção básica, que deveria fazer o seu acompanhamento, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos serviços de urgências e emergências.

Não é demais reforçar que potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede, e por conseqüência a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população. Contudo, ainda é necessário investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas.

7.5 Repasses financeiros a hospitais e Gerências Regionais de Saúde (GERES)

Durante o exercício de 2009, a execução financeira das despesas de sete hospitais da Região Metropolitana do Recife, de quatro hospitais regionais e das onze Gerências Regionais de Saúde – Geres, foi processada também mediante o modelo de repasse financeiro (REFIN) feito pelo FES-PE, para as contas bancárias dessas unidades de saúde.

Nas tabelas seguintes, segue o total de recursos empenhados para repasse aos hospitais e Geres em 2009 por ordem de grandeza de transferência:



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

Tabela 9

Em R\$ 1,00

Repasses Financeiros- REFIN Hospitais	Movimento acumulado em 2009			
	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago	Saldo a Pagar Liquidado: Restos a pagar processados
Restauração (HR)	43.117.465,07	43.117.465,07	40.303.931,32	2.813.533,75
Agamenon Magalhães (HAM)	36.390.878,38	36.390.878,38	33.866.996,04	2.523.882,34
Getúlio Vargas (HGV)	25.562.158,55	25.562.158,55	24.089.063,85	1.473.094,70
Otávio de Freitas (HOF)	23.795.510,51	23.795.510,51	22.546.232,98	1.249.277,53
Barão de Lucena (HBL)	21.009.423,80	21.009.423,80	20.652.967,10	356.456,70
Regional do Agreste (HRA)	14.740.069,77	14.740.069,77	14.600.072,15	139.997,62
Outros*	5.344.845,88	5.344.845,88	3.907.975,70	1.436.870,18
TOTAL	169.960.351,96	169.960.351,96	159.967.239,14	9.993.112,82

Fonte: e-fisco 2009

* Correspondendo ao somatório dos repasses aos hospitais Dom Moura, Correia Picanço, Geral de Areias, José Fernandes Salsa, Regional De Arcoverde

Percebe-se que o montante da ordem de **R\$ 170 milhões** foram empenhados e liquidados em 2009 sob a forma **de repasses financeiros aos hospitais públicos**. Deste valor, em torno de R\$ 160 milhões foram efetivamente pagos, ficando um saldo a pagar liquidado (restos a pagar processados) de R\$ 10 milhões.

O Hospital que mais recebeu repasses financeiros foi o HR, com pouco mais de R\$ 43 milhões, seguido pelo HAM, com R\$ 36,39 milhões e HGV, com R\$ 25,56 milhões.

O comportamento dos repasses financeiros para as gerências regionais de saúde - Geres foi o seguinte:

Tabela 10

Em R\$ 1,00

Repasses Financeiros- REFIN Gerências Regionais	Movimento acumulado em 2009			
	Valor Empenhado	Valor Liquidado	Valor Pago	Saldo a Pagar Liquidado: Restos a pagar processados
I Geres- Recife	25.849.283,72	25.849.283,72	25.463.942,18	385.341,54
V Geres- Garanhuns	7.384.947,53	7.384.947,53	7.355.306,74	29.640,79
VI Geres- Arcoverde	6.342.985,42	6.342.985,42	6.310.438,43	32.546,99
III Geres- Palmares	5.705.818,47	5.705.818,47	5.387.942,48	317.875,99
II Geres- Limoeiro	4.700.493,16	4.700.493,16	4.404.305,98	296.187,18
IV Geres- Caruaru	4.423.501,57	4.423.501,57	4.083.032,27	340.469,30
IX Geres- Ouricuri	4.001.525,88	4.001.525,88	3.807.102,56	194.423,32
VII Geres- Salgueiro	3.437.982,54	3.437.982,54	3.228.576,50	209.406,04
XI Geres- Serra Talhada	3.102.740,53	3.102.740,53	2.963.823,27	138.917,26
X Geres- Afogados da Ingazeira	2.218.211,69	2.218.211,69	2.063.879,18	154.332,51
VIII Geres- Petrolina	504.372,45	504.372,45	503.372,45	1.000,00
TOTAL	67.671.862,96	67.671.862,96	65.571.722,04	2.100.140,92

Fonte: e-fisco 2009



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

Portanto, verifica-se que **R\$ 67,67 milhões** foram empenhados e liquidados em 2009 sob a forma de **repasses financeiros às Geres** de Pernambuco. Deste valor, em torno de R\$ 65,57 milhões foram efetivamente pagos, ficando um saldo a pagar liquidado (restos a pagar processados) de R\$ 2,10 milhões.

Do montante, percebe-se um expressivo predomínio dos repasses para a I Geres – Recife, bem como o reduzidos repasses para a VIII Geres- Petrolina.

Chama atenção, consultando os dados do e-fisco, que foi efetivamente prestado conta por todas as unidades de saúde de apenas R\$ 8 milhões, ou seja, pouco mais de 3% (R\$ 8 milhões / R\$ 237 milhões).

Em virtude desses hospitais e 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 Hospital e 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 ausência de descentralização contábil da execução financeira dos hospitais e das Geres, pode-se ressaltar, ainda:

- Ausência de registro de Restos a Pagar dos hospitais e 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 junto a fornecedores de bens e serviços, ao longo do exercício pelos hospitais e Geres e 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.

Merece registro que a SES, em 22.02.2010, publicou a portaria nº 083, com vistas a dar maior transferência à execução orçamentária e financeira De parte das citadas unidades de saúde. Segue abaixo o Artigo 1º da Portaria com identificação das unidades de saúde contempladas.

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,



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

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

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;

530.406 - Hospital Getulio 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).

(...)

Percebe-se que foram contemplados os seis maiores hospitais do Estado e também o Laboratório Central de Saúde Pública - Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN-PE). No entanto, verifica-se que nenhuma das gerências regionais foi incluída na Portaria.

7.6. 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 no mínimo 12% de recursos de impostos nas ações e serviços públicos de saúde.

O Balanço Geral do Estado apresentou no Quadro 35 (páginas 423 e 424 do Balanço) Demonstrativo da Aplicação dos Recursos Destinados à Saúde correspondente ao exercício de 2009.

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 Exportação (Lei Kandir), deduzidas as transferências aos municípios.

O valor da base de cálculo, R\$ 8.932.922.209,26, confere com os dados do e-fisco. Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em 2009 correspondeu a R\$ 1.071.950.665,11.

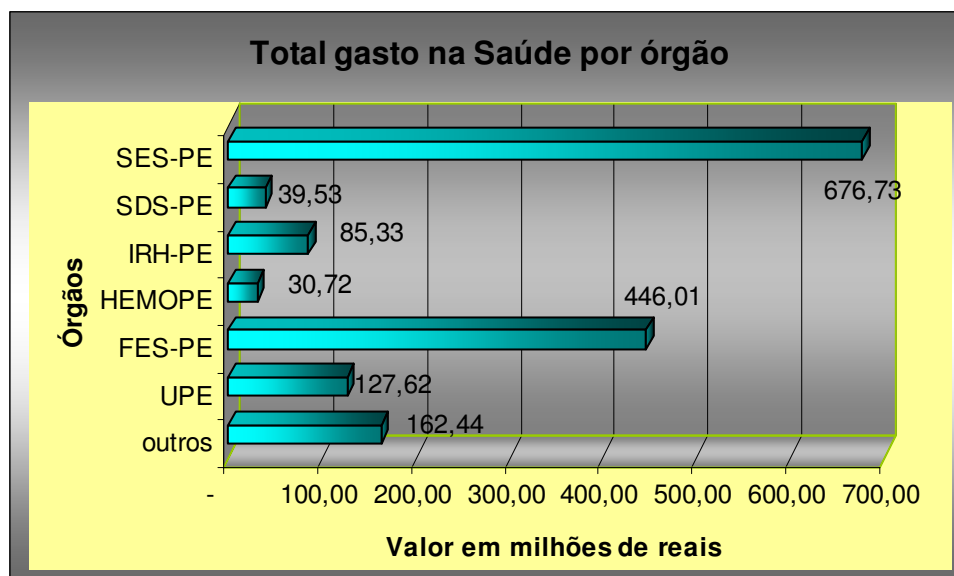


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

Aplicação dos Recursos

Em 2009, os gastos do Estado com saúde, demonstrados para efeito de vinculação, foram realizados principalmente pela Secretaria de Saúde, pelo Fundo Estadual de Saúde – FES-PE, pela Universidade de Pernambuco – UPE, pelo Instituto de Recursos Humanos – IRH e pela Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Pernambuco – HEMOPE, conforme segue:

Gráfico13



Fonte: Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – Quadro 35 do Balanço Geral do Estado 2009

Do total das aplicações com recursos da fonte 0101 (Tesouro), em ações e serviços públicos de saúde, as maiores despesas foram executadas pela Secretaria Estadual de Saúde – SES, diretamente pelo seu órgão central - R\$ 676,73 milhões (47,58%), e através do Fundo Estadual de Saúde (FES-PE), R\$ 446 milhões (29%), cuja soma representou 78,94% do total.

Convém frisar que 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 7.4.1, mediante outras fontes de financiamento.

Os gastos efetuados diretamente pela SES com recursos do Tesouro foram, praticamente, com pessoal e encargos, incluída a residência médica, e também a gestão administrativa da Secretaria.

Do total de aplicações do FES-PE, merecem destaque os gastos com “Gestão Administrativa das Ações do FES-PE”, da ordem de R\$ 164,52 milhões e com “Garantia da Oferta de Procedimentos de Média e Alta Complexidade, no valor de R\$ 131,69 milhões.



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

- *Restos a Pagar não Processados*

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). Os restos a pagar não processados, inscritos em 2009 na função Saúde, corresponderam a R\$ 188.550,00

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.

- *Ações não relacionadas à saúde¹²*

A operação especial 0814 – *Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE*, no valor de R\$ 4.868.960,93, por dedução lógica não corresponde à aplicação direta de recursos, qualquer que seja o objetivo do convênio. Essas devoluções registradas na fonte “Recursos ordinários do Tesouro Estadual” não representam aplicação em ações de saúde.

Diante do exposto, o entendimento do TCE-PE fica resumido na tabela 9, após realizados os devidos ajustes:

Tabela 9

	Em R\$ 1,00
Total de aplicações (Demonstrativo)	1.412.000.184,56
(+) Cancelamento de Restos a Pagar em 2009 oriundos de 2008 (Demonstrativo)	10.173.513,80
(-) RPNP inscritos em 2009	188.550,00
(+) RPNP inscritos em 2008 e pagos em 2009	10.760.497,94
(+) RPNP inscritos em 2008 e liquidados em 2009	99.999,97
(-) RPP inscritos em 2008 e cancelados em 2009	1.586.113,26
Sub total das aplicações (TCE)	1.431.259.533,01
(-) Ações não relacionadas à saúde (operação especial 0814)	4.868.960,93
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.426.390.572,08

Base de Cálculo (TCE)	8.932.922.209,26
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.426.390.572,08
% de aplicações (TCE)	15,96%

Fonte: Balanço Geral do Estado 2009 e e-fisco 2009

¹² Sobre os gastos com ações e serviços de saúde não universais, o Tribunal de Contas por ocasião das sessões em que emitiram Pareceres Prévios sobre as Prestações de Contas do governo de 2006/2008 entendeu que esse aspecto será devidamente regulamentado quando da edição da Lei Complementar prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000. No entanto, tal regramento ainda encontra-se em análise no Congresso Federal.



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

Portanto, depreende-se do exposto, que o Governo de Pernambuco conseguiu alcançar o percentual exigido pela Constituição Federal, aplicando **15,96%** dos recursos oriundos de impostos em ações de saúde.

No entanto, convém ressaltar que, conforme já exposto na área de Educação, a Secretaria de Tesouro Nacional¹³, admite que sejam incorporados os restos a pagar processados e não processados, desde que haja recursos financeiros para suportá-los no ano seguinte.

Assim, para que seja verificada a disponibilidade de saldo nas fontes que financiam as ações de saúde, em especial a fonte 0101 – Recursos Internos do Tesouro se faz 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 negativo ao final de 2009, conforme relatado em capítulo próprio neste relatório, o que impediria qualquer despesa lançada em restos a pagar nesse exercício.

¹³Orientações expostas no Manual de Demonstrativos Fiscais aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios - Válido para o exercício de 2011 - Portaria STN nº 249, de 2010.