



## 6. APLICAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE

### 6.1 SUS – LEGISLAÇÃO E HISTÓRICO

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.

Esse novo plano de atuação do Estado brasileiro procurou descentralizar não apenas o planejamento, mas a execução da prestação de serviços públicos. Para tanto, a Constituição Federal buscou fomentar o atendimento das necessidades sociais mediante a atuação do Poder Público na esfera local, ou seja, de forma mais próxima dos anseios e reclamos da comunidade.

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.”*

No entanto, a forma de 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.”*

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

Tendo em vista o sentido vasto a que se confere o conceito de saúde, o Sistema Único de Saúde conta com uma gama de ações que não se limitam apenas à assistência à saúde, nos aspectos de sua promoção, proteção e recuperação, mas dentre outras, às atividades de controle e fiscalização: da produção de fármacos, equipamentos e hemoderivados; da produção e transporte de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; de bebidas e águas para consumo humano; além da participação na formulação e execução das ações de saneamento; colaboração para proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; e a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e da saúde do trabalhador.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde 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, cujo artigo 1º dispõe:

*“Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.”*

Constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) *“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”*.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Estão compreendidas também neste sistema, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Dentre os objetivos do SUS está a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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;
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:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) **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.

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 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.

A Lei nº 8.142/90 estabelece como instâncias de controle social:

1. A Conferência de Saúde: Colegiado transitório convocado a cada quatro anos com a função de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes de governo; e
2. O Conselho de Saúde: Colegiado permanente de natureza deliberativa, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera governamental correspondente.

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 a serem 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



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

SUS, constantes das Leis n<sup>os</sup> 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.

Esses recursos transferidos pela União mediante o FNS, contaram inicialmente com dotações oriundas do orçamento da Seguridade Social, alocadas, de acordo com a Lei n<sup>o</sup> 8.080/90, para atender o custeio do SUS, no que tange “à realização de suas finalidades”, conforme proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e prioridades definidas na lei de diretrizes orçamentárias federal, a LDO.

Posteriormente passaram a compor os recursos do FNS, agregando-se aos recursos alocados pelo orçamento da Seguridade Social, os recursos advindos da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada pela Emenda Constitucional n<sup>o</sup> 12, promulgada em 1996, cuja instituição é de competência da União.

De acordo com a Lei n<sup>o</sup> 8.142/90, ficou estabelecido que para receber as transferências de recursos da União os demais entes federados, no âmbito do SUS, devem observar as seguintes condições:

1. Constituição de Fundo de Saúde;
2. Constituição de Conselho de Saúde, de composição paritária entre integrantes da administração pública e de entidades representativas na área de saúde;
3. Elaboração de um plano de saúde;
4. Elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle pela auditoria do Ministério da Saúde da aplicação dos recursos transferidos;
5. Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
6. Constituição de Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

De acordo com a Lei n<sup>o</sup> 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 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 necessário, 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 n<sup>o</sup> 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, são 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 orientam 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 n<sup>o</sup> 01/91, ou NOB n<sup>o</sup> 01/91, que, àquela época, não avançou muito no que tange à descentralização. Em 1996, com a edição da NOB n<sup>o</sup> 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.

Na NOB n<sup>o</sup> 01/96 o aspecto da regionalização não foi equacionado, no entanto, aquela norma introduziu o processo de pactuação integrada entre os entes componentes do SUS em âmbito estadual, ou seja, entre os municípios e o respectivo Estado, através das Comissões Intergestores Bipartite-CIB-. Nesse processo, os municípios e o Estado negociam, pactuam, quanto à prestação de serviços e atendimentos sob sua responsabilidade, e sobre o seu respectivo financiamento pelo FNS, tendo homologação pelo Conselho Estadual



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

de Saúde. A proposta, então, é encaminhada ao Ministério da Saúde, e avaliada pela Comissão Intergestores Tripartite- CIT-, que é a Câmara de negociação entre a União, o Estado e os seus Municípios, sendo por fim homologada pelo Conselho Nacional de Saúde. O documento final resultante dessa pactuação é a Programação Pactuada Integrada –PPI-. A NOB nº 01/96 assim define:

*“A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.”*

A NOB 01/96 buscou redefinir e reorientar o modelo de atenção à saúde ao buscar estabelecer:

1. Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
2. Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
3. Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
4. A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
5. Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

A NOB nº 01/96 estabeleceu ainda as modalidades de gestão a qual os Estados e Municípios podiam se habilitar, em função da complexidade dos procedimentos de atenção à saúde que porventura eles desenvolvessem, e pactuassem na PPI. Os níveis de complexidade compreendem a atenção básica, a média complexidade e a alta complexidade. Em função disso, a NOB nº 01/96 estabeleceu as seguintes modalidades de gestão:

Municípios:

1. Gestão Plena da Atenção Básica;e
2. Gestão Plena do Sistema Municipal.

Estados:

1. Gestão Avançada do Sistema Estadual;e
2. Gestão Plena do Sistema Estadual.

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.

Para se proceder à regionalização a NOAS 01/01 introduziu a necessidade de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, com aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB-, e do Conselho Estadual de Saúde – CES-, para encaminhamento ao Ministério da Saúde.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

Observe-se que os planos de regionalização devem ser elaborados seguindo as especificidades e estratégias próprias em cada Estado, levando-se em conta, dentre outros aspectos, as características demográficas, sócio-econômicas, epidemiológicas, geográficas, de oferta de serviços, e as relações entre os Municípios.

São introduzidos os conceitos de Região de Saúde, Módulo Assistencial, Município-Sede de módulo assistencial, Município-Pólo, e Unidade Territorial.

O Plano Diretor de Regionalização deve contemplar, em relação à assistência, no mínimo:

1. A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede, dos municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
2. A identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
3. O Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e dar forma a um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
4. A inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
5. Os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
6. A proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
7. A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

As NOAS 01/01 e 01/02 mantêm as formas de gestão do SUS, ampliando, no entanto, a habilitação na gestão do SUS em relação à atenção básica, através da introdução da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A, que substitui a Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB-. No entanto, mediante da portaria gm/ms nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, o governo federal promoveu a extinção da Atenção Básica e da Atenção Básica Ampliada, não sendo mais possível a habilitação nessa modalidade de gestão. Tornou-se possível, apenas, aos municípios, a partir da referida portaria, a habilitação na Gestão Plena do Sistema de Saúde do Município. Apenas alguns Municípios que ainda não recebiam a transferência de recursos para a realização das atividades de atenção básica à saúde, situados nos Estados do Acre, do Amapá, de Maranhão, de Minas Gerais e São Paulo, ficaram obrigados no prazo de cento e oitenta dias a se habilitar nesse tipo de atenção à saúde.

Esse fato demonstra que a atenção básica é um estágio de evolução do SUS, no qual praticamente a totalidade dos Municípios brasileiros já se habilitou.

No que diz respeito à atenção da média complexidade, a NOAS 01/02 define a PPI, como:

*“...o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.”*

Em relação aos procedimentos de alta complexidade, as NOAS estabelecem como responsáveis solidários pela garantia de acesso, o Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais da Saúde, cabendo ao gestor estadual a gerência da política de alta complexidade no âmbito local. Apesar de o Estado dispor de tal condição, a execução dos serviços de alta complexidade pode também ser exercida pelos Municípios que estejam habilitados sob a forma de Gestão Plena do Sistema Municipal – GPMS-.

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;



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

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;

### **Controle, Avaliação e Auditoria da Saúde**

As Normas Operacionais do SUS trouxeram em seu bojo a importância da estrutura organizacional dos componentes de gestão, quais sejam: **controle, avaliação e auditoria**, e buscaram introduzir na prática dos gestores as atribuições e atividades a eles inerentes. Dessa forma, passa-se a analisar como são operacionalizadas, no âmbito do Estado de Pernambuco, as atividades de controle, avaliação e auditoria da rede de serviços de saúde pública, bem como quais os investimentos feitos pelo Estado de Pernambuco no aperfeiçoamento desses componentes de gestão e, ainda, de que estrutura se utiliza. Antes, porém faz-se necessários breves comentários da legislação federal.

Os termos **controle, avaliação e auditoria**, refletem ações complementares que podem acontecer de forma isolada ou conjunta, em momentos específicos, dentro da gestão de um sistema de saúde. Necessitam estar integrados e atuar de forma cooperativa dentro da mesma esfera de governo e entre os três níveis de gestão que compõem o SUS. A existência de controles, sem que haja um acompanhamento dos procedimentos e metas executados, prejudica a avaliação de forma apropriada dos produtos realizados, seja projeto, atividade ou operação especial. Assim, sem um controle adequado, a mensuração e a avaliação dos impactos na sociedade, evidenciando os resultados nas ações e serviços de saúde disponibilizados para a população, estariam prejudicados.

A Lei Federal nº 8.080/90 denominada Lei Orgânica de Saúde dispõe, no art. 15, sobre as atribuições e responsabilidades de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, estabelece que seja comum aos três níveis de governo, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de sua realidade político-administrativa. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), compete, conforme o art. 17 da citada norma:

- **Acompanhar, controlar e avaliar** as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Participar das ações de **controle e avaliação** das condições e dos ambientes de trabalho;
- **Estabelecer normas**, em caráter suplementar, para o **controle e avaliação** das ações e serviços de saúde.

É de competência do Sistema Nacional de Auditoria, instituído no âmbito do Ministério da Saúde pela Lei Federal nº 8.689/93, a coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação com os Estados, Municípios e Distrito Federal. A regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS, deu-se através do Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

#### ***Decreto Federal nº 1.651/95:***

*Art.1º - O Sistema Nacional de Auditoria, previsto no art. 16, inciso XIX da lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e no art. 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os*



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art.2º - O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - **controle da execução**, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - **avaliação da estrutura**, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - **auditoria da regularidade dos procedimentos** praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo Único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde (Grifos nossos).

A NOAS 01/02 instituiu a exigência da apresentação de planos de **Controle, Regulação e Avaliação** para Estados e Municípios, como requisito da habilitação em qualquer das modalidades de gestão.

## 6.2 GESTÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

### Gestão Plena do Sistema Estadual

Mediante a Portaria nº 1.582/GM, de 02 de agosto de 2004, o Ministério da Saúde habilitou o Estado de Pernambuco e mais dezenove municípios na modalidade de Gestão Plena do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Municipal, respectivamente. Nesta portaria ficou definido como o teto financeiro para o Estado de Pernambuco, incluídos os Municípios em GPSM, o valor de anual de R\$ 572.365.710,81 (quinhentos e setenta e dois milhões, trezentos e sessenta e cinco mil, setecentos e dez reais e oitenta e um centavos), destinado à média e alta complexidade, distribuído da seguinte forma:

Total dos Municípios em GPSM	R\$ 141.408.055,08
Total sob Gestão Estadual	R\$ 430.957.655,73
<b>Teto para o Estado de Pernambuco</b>	<b>R\$ 572.365.710,81</b>

Nesse sentido a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco buscou através da estruturação contida nos seus regulamentos responder a essa nova conformação do SUS. Mesmo estando com o Plano Estadual de Saúde desatualizado, o PPA pernambucano referente ao período 2004/2007, também procura refletir as ações de planejamento que contemplem os comandos contidos na lei orgânica de saúde e nas NOAS.

### Plano Estadual de Saúde/Plano Diretor de Regionalização

O Plano Estadual de Saúde, de responsabilidade da SES, referente ao período 2004/2007, embora se constitua em requisito para habilitação na Gestão Plena do Sistema, não foi concluído em 2004. Isso não obstante, ser base para a definição dos programas do PPA.

O Plano de Regionalização, cuja configuração depende do que for estabelecido na Programação Pactuada Integrada-PPI, já contou com a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, podendo ser alterado em virtude de nova pactuação a ser estabelecida entre os gestores do SUS no Âmbito estadual (Estado e Municípios). Quanto ao Plano de Investimentos-PDI, elemento necessário à regionalização, não se observou a ocorrência de recursos para o seu financiamento.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

## Relatório de Gestão

Foi solicitado ao Conselho Estadual de Saúde (CES), por meio do Ofício TC/DIPE/GC02 nº 04/05, que fossem encaminhadas as cópias da (s) ata (s) referente (s) às deliberações do Conselho Estadual de Saúde acerca do relatório de gestão da saúde do exercício de 2003, bem como a manifestação do CES relativa ao exercício de 2004, caso tenha havido.

Por meio do Ofício CES nº 133/05, o Conselho Estadual de Saúde informou que a ata relativa ao exercício de 2003 não foi aprovada até o momento, sendo remetida a este Tribunal a Resolução nº 291, de 09 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a não aprovação do relatório de gestão referente ao exercício de 2003.

Quanto ao relatório relativo ao ano de 2004, sequer foi elaborado.

## Estrutura da Secretaria Estadual de Saúde

Para cumprir tais atribuições previstas na Lei nº 8.080/90, e proceder à operacionalização do SUS prevista nas Normas Operacionais, o Estado teve de contar com uma estrutura institucional, física e de pessoal atualizada e compatível com esses encargos.

Por força da Lei Complementar nº 49/03, que introduziu a segunda fase da Reforma do Estado em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde adotou uma estrutura disciplinada pelo Decreto nº 25.318/03, no qual é possível identificar os elementos de atenção e promoção à saúde; controle e prevenção à doenças de veiculação hídrica; vigilância sanitária e controle epidemiológico; regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS; planejamento e ações de municipalização.

De acordo com o referido decreto, a SES tem por finalidade:

*“...planejar, desenvolver, executar a política de saúde do Estado, orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; exercer as atividades de fiscalização e poder de polícia de Vigilância Sanitária; coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema de Saúde.”*

A Secretaria passou a contar na sua estrutura com as Secretarias Executivas de Assistência à Saúde; e de Promoção à Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, vinculadas diretamente ao Secretário de Saúde.

Dando cumprimento à Lei Complementar nº 49/03, que prevê estruturas em forma matricial, a SES dispôs, para o apoio ao cumprimento das ações em saúde, de uma Superintendência de Gestão de Pessoas e uma Superintendência Administrativa Financeira, vinculadas diretamente ao Secretário. No mesmo nível hierárquico se encontrava a Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Desenvolvimento Institucional, que dentre suas atribuições, concentrava a promoção, coordenação e integração: do planejamento das ações de saúde; da elaboração do Plano Plurianual; da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual; além de executar o monitoramento e acompanhamento dessas ações.

Em 31 de janeiro de 2005, essa estrutura da SES sofreu reformulações introduzidas pelo Decreto nº 27.592, que criou novas estruturas, mas que principalmente reestruturou as vinculações dos seus órgãos de atuação direta. Destacam-se dentre as alterações promovidas:

A transformação da Secretaria Executiva de Promoção à Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, em Secretaria Executiva de Gestão e Vigilância em Saúde, com a alteração de vínculo de vários órgãos da SES, que passam à sua subordinação, desvinculando-se da Secretaria Executiva de Assistência à Saúde;

1. A extinção da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Desenvolvimento Institucional;
2. A criação da Superintendência de Planejamento;
3. A criação da Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência a Saúde, responsável pela coordenação e acompanhamento da elaboração do planejamento estratégico e do processo de contratualização das unidades públicas de saúde.





ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Destaca-se ainda que integram a estrutura da SES, de forma vinculada o Conselho Estadual de Saúde-CES, a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco-HEMOPE, e o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco-LAFEPE.

### Rede de Atendimento

Tendo em vista que o Estado é o responsável pela alta complexidade, ele conta com uma rede de atendimento composta por seis grandes hospitais de referência, sendo cinco na região metropolitana do Recife (Hospital da Restauração, Barão de Lucena, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães e Otávio de Freitas), e um na região do Agreste do Estado (Hospital Geral do Agreste). A SES dispõe, ainda, de sete hospitais regionais vinculados às dez Gerências Regionais de Saúde - GERES. Sob o ponto de vista da regionalização hierarquizada, apenas três dessas dez GERES oferecem serviços de alta complexidade: Recife, Caruaru, e Petrolina.

Os postos de atenção básica, cuja prestação já é realizada por todos os Municípios pernambucanos, não mais existem na rede de atendimento sob gestão do Estado.

### Pessoal

Sob o ponto de vista da sua força de trabalho a Secretaria Estadual de Saúde dispõe de uma força de trabalho composta por 20.800 servidores efetivos, e 2.273 contratados temporariamente, e 3.613 terceirizados, conforme detalhamento a seguir:

#### Quadro Quantitativo de Servidores da Saúde

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Terceirizados	3.613
Contratados por Tempo Determinado	2.273
Efetivos	20.800
<b>TOTAL</b>	<b>26.686</b>

Fonte: SES(Superintendência de Gestão de Pessoas)

O grupamento de servidores **efetivos** pode ser distribuído nas atividades que exercem diretamente ações de atenção à saúde, e atividades de apoio, conforme abaixo:

#### Efetivos em atenção à Saúde

<b>Categoria</b>	<b>Quantidade</b>
Médicos	3.911
Buco Maxilo	32
Odontólogo/ Odonto pediatra	465
Psicólogo	156
Nutricionista/Aux. Nutricionista	179
Agente de Saúde/Aux Enfermagem	7.850
Enfermeiro	937
Farmacêutico	148
Fonoaudióloga	35
Laboratorista/Técnico Laboratório	583
Auxiliar de Raio X	16
Fisioterapeuta/Praxioterapia/Terapia Ocupacional	191
Biomédico	17
Estatístico	14
Aux. Epidemiologia	1
Bioquímico	5
Biólogo	1
Aux.Câmara Clara e Escura	57



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Técnico em Radiologia	22
<b>Total</b>	<b>14.620</b>
<b>Efetivos em Atividades de Apoio</b>	<b>6.180</b>
<b>Total de Efetivos</b>	<b>20.800</b>

Fonte: SES (Superintendência de Gestão de Pessoas)

Os servidores efetivos em atividade de apoio, no total de 6.180, são aqueles com formação superior, média ou primeiro grau que desempenham as atividades necessárias ao suporte e funcionamento das atividades de saúde na SES. Esse grupamento é formado por datilógrafos, agentes administrativos, recepcionistas, carpinteiros, vigias, técnicos em segurança do trabalho, economistas, engenheiros dentre outros. Resta lembrar, que muitas dessas funções de nível médio ou primeiro grau vêm paulatinamente desempenhadas por funcionários terceirizados.

A fim de atender às disposições legais, a SES passou em 2004 por dois movimentos relativos ao processo de gestão de pessoas, de significativa importância:

1. A abertura de concurso público, já sob a égide da Lei Complementar nº 49/03, para a contratação de servidores da área de saúde sob o regime CLT; e
2. O início das negociações e discussões acerca do Plano de Cargos e Salários dos servidores da saúde.

#### Dados da Saúde Estadual

De acordo com informações do Ministério da Saúde, no atendimento de alta complexidade, observa-se que o Estado de Pernambuco encontra-se na média nacional em relação ao número de leitos e conta com uma rede SUS com número de leitos por 1.000 habitantes, acima do que dispõe o Nordeste. Isso se relaciona ao fato que Pernambuco detém uma das maiores redes públicas de saúde do Brasil, além de ser o segundo pólo médico nacional.

#### a) Número de Leitos Hospitalares (SUS)

##### Número de Leitos por 1.000 Habitantes

Média brasileira = 2,50 leitos

Média nordestina = 2,40 leitos

PE - Leitos por 1.000 habitantes = 2,50

Número de leitos total no Estado = 20.176 (públicos, privados e universitários)

##### **Distribuição de leitos por natureza em PE:**

Especificação	Quantidade	%
Públicos	8.714	43,19%
Privados	10.183	50,47%
Universitários	1.279	6,34%
<b>Total</b>	<b>20.176</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SIH/SUS/julho de 2003.

Em relação ao número de Unidades de Terapia Intensiva-UTI's, Pernambuco se encontra bem abaixo da média brasileira e um pouco abaixo do apurado para a região Nordeste. Nesse sentido, o Plano Plurianual previu a ampliação do número de leitos, e como se verá adiante, teve execução nula na ação correspondente, o que contribuiu para manutenção da carência de UTI's existentes na rede pública estadual.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

**b) Número de leitos UTI (SUS) em relação ao total de leitos cadastrados**

Média brasileira = 3,00%

Média nordestina = 1,60%

PE - número de leitos UTI = 293 (públicos, privados e universitários)

Número de leitos UTI em relação ao total

293/20.176 = 1,50%

**Distribuição de leitos UTI por natureza em PE:**

Especificação	Quantidade	%
Públicos	122	41,64%
Privados	73	24,91%
Universitários	98	33,45%
<b>Total</b>	<b>293</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Ministério da Saúde/SIH/SUS/julho de 2003.

Vale destacar que as informações em saúde fazem parte de bancos de dados federais administrados pelo Ministério da Saúde, cuja alimentação é de responsabilidade dos entes federativos integrantes do SUS, conforme estabelecem as NOAS.

**6.3. A SAÚDE E O PLANO PLURIANUAL**

As diretrizes do Governo do Estado para a Saúde, constantes no Plano Plurianual - PPA 2004-2007, estão classificadas no Eixo da Equidade, opção estratégica: Habitabilidade e Qualidade de Vida. O Eixo da Equidade orienta programas e ações que visam expandir a provisão de infra-estrutura urbana básica e serviços de educação, **saúde**, segurança pública e cultura para toda a população pernambucana, canalizando recursos para a proteção social e melhoria da qualidade de vida em geral e para ações focadas em grupos de maior vulnerabilidade ou de maior exclusão social.

Diretrizes da Saúde em conformidade com o PPA:

- ❖ Consolidar e fortalecer o Sistema Único de Saúde em Pernambuco;
- ❖ Desenvolver o sistema de gestão da Secretaria Estadual de Saúde;
- ❖ Desenvolver um novo modelo de atenção adequando o sistema de saúde à estrutura física e funcional das unidades de saúde;
- ❖ Desenvolver um novo modelo de atenção à saúde, adequando as unidades hemoterápicas à demanda da população;
- ❖ Promover a redução das magnitudes das doenças, agravos e óbitos estáveis nos grupos de risco; e
- ❖ Fortalecer e ampliar a rede de produção e comercialização de medicamentos do LAFEPE.

Essas diretrizes foram operacionalizadas, em 2004, mediante programas prioritários, conforme quadro a seguir:

Programa	Descrição	Unidade Responsável
0141	Atendimento de Saúde aos Servidores Beneficiários do SUS.	IRH / SASSEPE
0202	Expansão e Promoção das ações de Hematologia e Hemoterapia	HEMOPE
0203	Interiorização das Ações de Serviços Hemoterápicos	HEMOPE
0088	Produção de Medicamentos	LAFEPE
<b>0150</b>	Atenção à Saúde da População	Sec. Estadual de Saúde/ FES
<b>0151</b>	Vigilância à Saúde da População	Sec. Estadual de Saúde/ FES
<b>0234</b>	Assistência de Qualidade na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS	Sec. Estadual de Saúde/ FES



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

<b>0239</b>	Educação e Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças	Sec. Estadual de Saúde/ FES
<b>0249</b>	Apoio à Municipalização da Saúde	Sec. Estadual de Saúde/ FES
<b>0277</b>	Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde SUS/PE	Sec. Estadual de Saúde/ FES
<b>0061</b>	Promoção da Saúde	UPE (Hospital Univ. Oswaldo Cruz; Reitoria Pró-Adm. e Centro Int. de Saúde Amaury de Medeiros).

As ações finalísticas, representadas pelos projetos e atividades que compõem os mencionados programas, tiveram o detalhamento das respectivas realizações, referente ao exercício de 2004, encaminhado à Assembléia Legislativa, em documento anexo à Mensagem do Governo.

Não obstante a amplitude das atribuições do SUS no âmbito do Estado, que compreendem também as atividades do Laboratório Farmacêutico de Pernambuco-LAFEPE, e do Centro de Hematologia de Pernambuco-HEMOPE, foram selecionados para análise os programas prioritários executados pela Secretaria da Saúde – SES, através do Fundo Estadual de Saúde, com exceção do 0151, como seguem:

• **Programa 0150 - Atenção à Saúde da População**

Esse programa é o mais importante do ponto de vista da assistência à saúde, tendo como objetivo a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população. Suas ações envolvem: a assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial e hospitalar; assistência farmacêutica aos Portadores de Patologias Excepcionais; assistência domiciliar aos portadores de doenças neurológicas crônicas e AIDS; Assistência à Saúde da População Carcerária; Atenção à Saúde da Mulher, da criança e adolescente, do Idoso, dos Portadores de Hanseníase/Tuberculose, DST/AIDS, Hepatite, Deficiência Física, Saúde mental, Doenças Crônico-Degenerativas, dentre outras.

No quadro a seguir detalham-se as metas previstas para cada atividade e as respectivas realizações, bem como os municípios beneficiados:

<b>Ação</b>	<b>Finalidade/Meta</b>	<b>Descrição das realizações</b>	<b>Município/população beneficiada</b>
<b>0683</b> - Assistência à Saúde da População Carcerária	Assegurar assistência à população carcerária visando à prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. 9.466 presos assistidos	Repasse de recursos para a Secretaria de Defesa Social através do Convênio, para assistência à saúde da população carcerária.	Petrolina, Salgueiro, Arcoverde, Canhotinho, Garanhuns, Caruaru, Pesqueira, Limoeiro, Vitória de Sto. Antão, Palmares, Recife, Abreu e Lima, Itamaracá e Igarassu. 11.289 pessoas.
<b>0864</b> – Assist. de média e alta complexidade na rede ambulatorial e hospitalar.	Promover uma assistência com qualidade à população. 14.017.608 procedimentos 303.084 internações	A) Consultas especiais e exames laboratoriais. B) Criação da Central Regional de Transplante de Petrolina.	A) Todo o Estado - 7.918.344 pessoas B) Sertão de Itaparica e Sertão do São Francisco - 458.154 pessoas
<b>0867</b> - Implantação do Programa Nacional de Imunizações.	Realizar coberturas vacinais para o controle e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis. 1.546.560 pessoas vacinadas.	Campanhas Nacionais do Idoso e contra Poliomielite; Camp. de Sarampo. Vacinadas crianças contra hepatite B, Pólio, Tetravalente, Tríplice Viral e BCG (Tuberculose).	Todo o Estado
<b>0868</b> - Assistência domiciliar (hospitalar) aos portadores de doenças neurológicas, crônicas e AIDS na região metropolitana.	Promover uma melhor assistência aos portadores de doenças neurológicas crônicas e AIDS na RMR. Pessoa Assistida - 40	Nenhuma	Nenhum
<b>0870</b> - Impl. do Programa de Ag. Comunitários de Saúde e Prog. Saúde da Família.	Assegurar as ações de atenção básica do PACS e PSF às famílias cadastradas nesse programas. Municípios beneficiados - 199	Impl. 147 equipes do PSF e agentes comunitários de saúde, (cobertura média de 59,60%) *Impl. e ampliadas 177 equipes de saúde bucal atingindo uma cobertura de 41% da população do Estado.	diversos municípios 4.863.956 pessoas  diversos municípios 3.246.521 pessoas
<b>0872</b> - Impl. da Assist. Farm. aos Portadores de Patologias Excep. constantes no Prot. do Ministério	Garantir o acesso da população aos medicamentos básicos padronizados e normalizados. Municípios beneficiados - 184	*Adquiridos medicamentos para pacientes portadores de patologias excepcionais e para o Programa de Assistência Básica	Todo o Estado 7.918.344 pessoas



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

<b>0874</b> - Atenção à Saúde da Mulher, da criança e adolesc. do Idoso, dos Portadores de Hanseníase/Tuberculose DST/AIDS, Hepatite, Deficiência física, Saúde mental, Doenças Crônico-Degenerativas e Outras.	Prestar assist. aos grupos prioritários (mulher, criança e adolescente, idosos e deficientes físicos) e portadores de hanseníase, tuberculose, DST/AIDS, hepatite, doenças crônico-degenerativas e doença mental. Municípios beneficiados - 199	A) Portador de Deficiência: concedidas diversas próteses, dentre outras. B) Saúde do Idoso: capacitados técnicos. C) Saúde Mental: municipalização de serviços. D) DST/AIDS: Adquiridos medicamentos. E) Saúde da Mulher: Implantado comitê de estudos da mortalidade materna, inaugurado ambulatório especializado da mulher, no Hospital Jesus de Nazareno, em Caruaru, implantados centros de parto normal (equipamentos e mobiliário) em Verdejante e Manari e assistência ao aborto nos hospitais Jesus de Nazareno e Barão de Lucena no Recife e Caruaru.	A) Todo o Estado B) Salgueiro, São José do Belmonte, Triunfo, Flores, Carnaíba, Quixaba, Serra Talhada e Recife C) Recife D) Todo o Estado E) Caruaru, Recife, Verdejante e Manari
---	--	---	--

**Fontes:** Relatório de Ação do Governo, Ofício SEPLAN/GAB nº 090, de 05/04/05  
Ofício da Superintendência de Planejamento – SES, nº 22 de 05/05/05

Dessas ações, merecem ser destacadas pela sua realização física e execução orçamentária:

➤ **Atividade 0864** - Assistência de média e alta complexidade na rede ambulatorial e hospitalar –

Trata-se da atividade de maior representatividade no orçamento do Fundo Estadual de Saúde, que reflete a responsabilidade do Estado com o nível de assistência da média e alta complexidade. A sua execução orçamentária foi da ordem de R\$ 256,49 milhões, ou seja, 51% do total executado pelo FES (R\$ 503,98 milhões), sendo R\$ 221 milhões provenientes de recursos do SUS e R\$ 35,67 milhões oriundos do Tesouro estadual, conforme tabela a seguir:

**Execução Orçamentária por fonte de recursos – atividade 0864**

Fontes	Despesas Liquidadas	Restos a Pagar Não Processados	Total Executado
0101	33.646.176,07	2.022.399,08	35.668.575,15
0241	220.825.162,64		220.825.162,64
<b>Total</b>	<b>254.471.338,71</b>	<b>2.022.399,08</b>	<b>256.493.737,79</b>

**Fonte:** SIAFEM 2004; Balanço Geral do Estado 2004.

Analisando-se agora a despesa por sua natureza, observa-se que toda a realização nessa atividade foi proveniente de despesas correntes:

Código	Descrição	Total Realizado
<b>3000</b>	<b>Despesas correntes</b>	<b>256.493.737,31</b>
3100	Pessoal e encargos sociais	23.081.419,96
3190	Aplicações diretas	23.081.419,96
3300	Outras despesas correntes	233.412.317,35
3350	Transf. a Inst. Privadas sem fins lucrativos	430.000,00
3390	Aplicações diretas	232.982.317,35

**Fonte:** Balanço Geral do Estado, quadro 35.

Verificando os dados acima, fica claro que a maior parcela da execução orçamentária foi alocada em outras despesas correntes, mediante aplicações diretas (3390), no montante de R\$ 232,98 milhões, representando 91% do total executado nessa atividade. Nesse montante estão incluídas despesas realizadas com recursos da fonte 0101 (recursos do tesouro), cerca de R\$ 33 milhões e R\$ 198 milhões provenientes da fonte 0241 (SUS).



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

As aplicações diretas, em conformidade com registros no Sistema de Administração Financeira do Estado – SIAFEM, foram para:

- ✓ Repasses financeiros para manutenção das Gerências Regionais de Saúde – GERES e para os seis maiores hospitais do Estado - R\$ 100, 27 milhões;
- ✓ Pagamentos para Prefeituras e laboratórios municipais - R\$ 102,55 milhões;
- ✓ Material de consumo - R\$ 8,88 milhões;
- ✓ Exames e laboratórios - R\$ 4,77 milhões;
- ✓ Gás engarrafado - R\$ 4,42 milhões
- ✓ Material para hospitais e clínicas - R\$ 2,95 milhões;
- ✓ Outros (serviços diversos) - R\$ 9,14 milhões.

Ressalta-se que é através dessa atividade, que há a maior parcela dos repasses para os grandes Hospitais estaduais e para as Gerências Regionais de Saúde. Em 2004 o total de repasses do FES para essas entidades foi de R\$ 144,29 milhões, sendo R\$ 100,27 milhões na atividade 0864.

Foram também classificados na atividade 0864, a partir de agosto de 2004, os pagamentos para as Prefeituras Municipais habilitadas em Atenção Básica, mas que prestaram serviços relativos a certos procedimentos da média complexidade, e às clínicas e laboratórios privados credenciados no âmbito territorial do Estado de Pernambuco. Esses pagamentos feitos diretamente pela SES aos mencionados prestadores ocorreram em virtude da habilitação do Estado de Pernambuco na Gestão Plena da Saúde. Apesar dessas despesas se referirem a diversos tipos de procedimentos, observou-se que esses pagamentos foram indevidamente contabilizados na conta de Serviços de Raios X e Abreugrafia.

**Atividade 0868 – Assistência domiciliar ( hospitalar) a portadores de doenças neurológicas, crônicas e AIDS na região metropolitana.**

Embora essa atividade tenha sido estabelecida como prioridade no Plano Plurianual, até o final do exercício de 2004, a Secretaria de Saúde não tinha implementado e iniciado a prestação de atendimento dos serviços de hospital residência para portadores de doenças neurológicas, crônicas e AIDS na região metropolitana. Isso não obstante a SES dispor em sua estrutura, conforme estabelecido em seu regulamento (Decreto nº 25.318/03), de uma chefia encarregada de promover o atendimento domiciliar.

Salienta-se que a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) estabelece, art. 7º, a universalidade de acesso aos serviços de saúde e todos os níveis de assistência; e a integralidade de assistência, exigidos, para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

**Atividade 0872 - Implantação da Assistência Farmacêutica aos Portadores de Patologias Excepcionais constantes no Protocolo do Ministério**

Essa atividade teve um total de realizações da ordem de R\$ 81,60 milhões, na aquisição de medicamentos para portadores de patologias excepcionais. No entanto, desse montante, R\$ 26,6 milhões foram inscritos em Restos a Pagar não processados ao final do exercício de 2004, ou seja, referem-se a despesas não liquidadas até 31 de dezembro. Nesse caso, as despesas foram empenhadas, mas não houve até o final do exercício, o recebimento dos medicamentos, o que ensejaria a respectiva liquidação dessa despesa.

Os restos a pagar não processados dessa atividade chegaram a representar 72% do total dos restos a pagar não processados do FES, que, por sua vez, foi a Unidade Gestora que mais deixou recursos empenhados sem liquidação ao final do exercício de 2004, conforme Balanço Geral do Estado.

• **Programa 0234 - Assistência de Qualidade na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS**

Esse programa tem como objetivo ampliar e garantir o acesso da população à assistência à saúde de qualidade. Suas ações dizem respeito a serviços/obras de engenharia nas unidades de saúde integrantes SUS, visando adequação física ou ampliação do número de leitos, e à estruturação de complexos reguladores. Segue quadro com projetos que tiveram execução durante o exercício:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Ação	Finalidade/Meta	Descrição das realizações	Município/população beneficiada
<b>0805</b> - Adequação do Funcionamento da rede de laboratórios públicos	Dotar laboratórios da rede pública estadual de melhores condições físicas de funcionamento. Laboratórios mantidos – 8	Ampliação, reforma e melhoria das instalações físicas do Laboratório Central – LACEN.	Recife 2.448.548 pessoas
<b>0809</b> - Implantação de Centros de Parto Normal	Aumentar o número de leitos para um melhor atendimento à demanda atual no Estado. Centro Construído – 10	Reforma e implantação do centro de parto normal da unidade Torres Galvão	Paulista 193.399 pessoas
<b>0811</b> - Melhoria das instalações físicas dos grandes hospitais do Estado	Recuperar as instalações físicas dos grandes hospitais para um melhor atendimento à população. Inst. construída/melhorada – 6	- Hospital Agamenon Magalhães – Reformas diversas; - Hospital Barão de Lucena – Recuperação da UTI adulto e neonatal; - Hospital Getúlio Vargas – Reforço dos Blocos G1, G2 e G3; recuperação estrutural das fundações, dentre outros.	Recife, Limoeiro, Caruaru, Afogados de Ingazeira.
<b>0828</b> - Implantação da Central de Regulação Médica	Dotar o Sistema de Saúde do Estado de um instrumento eficaz de regulação de leitos hospitalares e controle do uso das ambulâncias Ação desenvolvida – 13	Atualização diária do censo hospitalar; Central em informações em saúde em 0800, voltada à população.	Diversos
<b>0848</b> - Recuperação de Estrutura Física das Policlinicas Regionais.	Adequar as condições de funcionamento das Policlinicas Regionais para um melhor atendimento à população. Unidade Mantida - 8	Hospital Jesus Nazareno, Hospital Regional do Agreste, Hosp. São Sebastião, Hosp. José Fernandes Salso, Hosp. Regional de Afogados de Ingazeira.	Caruaru, Limoeiro e Afogados de Ingazeira.
<b>0869</b> - Ampliação da Estrutura Física de Unidades de terapia Intensiva da rede pública.	Ampliar o número de leitos das unidades de terapia intensiva para o atendimento a demanda existente. Unidade construída – 3	Nenhuma	Nenhum
<b>0827</b> - Impl. de prontuário Eletrônico em Unidades Hospitalares da Rede Estadual	Prover os hospitais da rede estadual de um sistema de informatizado de registro de dados sobre o usuário do SUS. Ação Desenvolvida - 13	Sistema foi implantado pela empresa de informática do Estado, FISEPE com a participação de técnicos das SES-PE.	

Fontes: Relatório de Ação do Governo, Ofício SEPLAN/GAB nº 090, de 05/04/05  
Ofício da Superintendência de Planejamento – SES, nº 22 de 05/05/05

### Projeto 0809 - Implantação de Centros de Parto Normal

Embora no PPA 2004-2007 tenha havido a previsão de construção de 10 Centros de Parto Normal no Estado para o exercício de 2004, constatou-se apenas a reforma e implantação do centro de parto normal da unidade Torres Galvão no município de Paulista.

### Projeto 0811- Melhoria das instalações físicas dos grandes hospitais do Estado

Com a meta de recuperar as instalações físicas dos seis grandes hospitais, o projeto 0811 executou o maior volume de recursos alocados ao programa 0234. No entanto, apesar das diversas reformas ocorridas nos grandes hospitais do Estado, não se observou a existência de um Plano Diretor de Manutenção e Obras para as unidades de saúde do Estado, que possibilitasse a realização de um planejamento com metas mais específicas.

### **Projetos sem Execução**

Embora tenha havido a previsão de “Ampliação da Estrutura Física de Unidades de Terapia Intensiva da Rede Pública, projeto 0869, visando à ampliação do número de leitos das unidades de terapia intensiva para o atendimento da demanda existente, não houve nenhuma execução nesse sentido. Na mesma



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

situação se encontra ao final do exercício, o projeto 0655, que tratou da capacitação e atualização de profissionais de saúde da rede pública, respectivamente.

• **Programa 0239 - Educação e Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**

O programa 0239, estabelecido através do Decreto Estadual nº 25.385, de 15/04/03, com duração de 24 meses, tem como objetivo reduzir a morbimortalidade infantil, por câncer de mama, cérvico-uterino, mortalidade por câncer de próstata, os internamentos por complicações das diabetes, reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, esquistossomose, tuberculose, hanseníase e reduzir a cegueira por catarata. As ações estabelecidas para o exercício de 2004 foram:

Ação	Finalidade/Meta Prevista	Descrição das realizações	Município/população beneficiada
<b>0804</b> - Ampliação do acesso de pessoas a exames clínicos oftalmológicos.	Ofertar exames clínicos para prevenção de doenças oftalmológicas. Exame realizado- 15.000	Realizados exames clínicos oftalmológicos em aldeias e comunidades indígenas. 2.509 exames clínicos oftalmológicos.	Águas Belas, Buíque, Igaraci, Pesqueira, Jatobá e Ibimirim. 1.759 pessoa
<b>0806</b> - Capacitação de pessoas para promoção à saúde e prevenção de doenças.	Capacitar as equipes do Programa de Agente Comunitário de saúde e do Programa de Saúde da Família para promoção à Saúde e prevenção de doenças em 40 municípios.	Nenhuma	Nenhum
<b>0807</b> - Ampliação do acesso da mulher a exames de prevenção do câncer	Prevenir a incidência de câncer de mama de 40 anos e de câncer mulheres ginecológicos em mulheres de 15 a 49 anos. Exame realizado - 65.000	Realizados, em mulheres a partir de 40 anos, exames de prevenção do câncer de mama, ultrassonografia e mamografia (41.483); encaminhadas pacientes para hospital de referência (262) e realizados exames de prevenção do câncer de colo uterino e Papanicolau (5.307).	22 municípios. 47.052 mulheres
<b>0840</b> - Realização de Oficinas e Campanhas de Promoção da Saúde	Mobilizar e conscientizar a sociedade para a sensibilização e educação sobre os conceitos de saúde. Evento Realizado - 436	Foram reproduzidos e distribuídos 1.050.000 materiais instrucionais sobre diversas doenças; Foram realizadas Oficinas de Educação na prevenção de doenças para 1.014 multiplicadores; Foram realizadas 139 oficinas para 4.931 alunos e 279 professores.	Não informado
<b>0871</b> - Ampliação do acesso do homem aos exames de Prevenção ao Câncer de Próstata e do Diabetes	Realizados exames de prevenção ao câncer de próstata e do diabetes, em homens acima de 40 anos. Exame realizado - 67.000	Realizados exames de prevenção ao câncer de próstata em homens a partir de 40 anos, exames de dosagem de glicemia e encaminhamento para hospitais de referência.	26 municípios 13.559 homens

**Fonte:** Relatório de Ação do Governo, Ofício SEPLAN/GAB nº 090, de 05/04/05  
Relatório do Gerente do Programa, Ofício GAB nº 1649/04

Comparando as realizações com as metas previstas para essas ações, constatou-se que na atividade 0804, que trata da ampliação de acesso a exames oftalmológicos, só foi cumprido 16,7% da meta (2.509 exames para uma meta de 15.000), sendo todos os recursos provenientes do tesouro estadual, conforme registros no SIAFEM.

Na atividade 0806, que se refere à capacitação de equipes para promoção à saúde e prevenção de doenças, não há nenhuma realização.

Nas atividades relacionadas a exames de câncer, 0807 (mulheres) e 0871 (homens), verificou-se certa incongruência entre a execução física e a financeira das mesmas, especialmente a atividade 0871. Tomando-se como base a descrição das realizações, 47.052 mulheres atendidas em 22 municípios e 13.559 homens





ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

atendidos em 26 municípios e por fim analisando as importâncias gastas e registradas nas respectivas atividades (0807 – R\$ 19.651,79) e (0871 – R\$ 396,60), conforme quadro a seguir, fica claro tal incongruência.

**Execução Orçamentária do Programa 0239:**

Ação	Fontes	Dotação Orçamentária	Alteração Orçamentária	Total Autorizado	Despesas Liquidadas	Restos a pagar não Processados	Total Executado	Total Executado/ Total Realizado
0804	0101	135.000	200.000	<b>335.000</b>	165.000	15.000	<b>180.000</b>	53,7%
0806	0101	10.000	0	10.000	0	0	0	
	0241	16.200	0	16.200	0	0	0	
	Total	26.200	0	<b>26.200</b>	0	0	<b>0</b>	0,00%
0807	0101	180.000	0	180.000	0	0	0	
	0241	217.600	-90.000	127.600	19.651,79	0	19.651,79	
	Total	397.000		<b>307.600</b>	19.651,79	0	<b>19.651,79</b>	6,4%
0840	0101	151.600		151.600	1.639,05		1.639,05	
	0241	229.800	-140.000	89.800	19.160,03		39.160,03	
	Total			<b>241.400</b>	20.799,080		<b>40.799,08</b>	16,9%
0871	0101	58.400		58.400	0		0	
	0241	111.300	-30.000	81.300	396,60		396,60	
	Total	169.700	-30.000	<b>139.700</b>	396,60		<b>396,60</b>	0,28%
<b>Total</b>				<b>1.049.900</b>			<b>240.847,47</b>	<b>22,94%</b>

Fonte: Balanço Geral do Estado  
SIAFEM 2004

Por fim, analisando conjuntamente todas as ações desse programa, na prevenção de doenças, constata-se que o total executado ficou muito aquém do previsto, ou seja, apenas 22,94%. Assim, pode-se concluir que, embora, a saúde preventiva seja prioridade, não foi priorizada na execução do orçamento de 2004.

• **Programa 0249 - Apoio à Municipalização da Saúde**

Esse programa retrata bem a tendência de municipalização dos serviços de saúde, a partir das mudanças introduzidas pelas Normas Operacionais do SUS, uma vez que tem como objetivos repassar unidades estaduais de saúde para gestão e gerência municipal, bem como acompanhar e avaliar a gestão das unidades municipalizadas do Estado de Pernambuco.

O programa 0249 foi estabelecido através do Decreto Estadual nº 25.384, de 15/04/03, com duração de 24 meses, sendo sua principal meta para esse período a Municipalização de 100% das Unidades de Saúde Estaduais. Para que se consiga tal objetivo está prevista a realização de 100% do diagnóstico patrimonial e de recursos humanos das Unidades a serem municipalizadas.

Especificamente para o exercício de 2004, a meta prevista no Orçamento, através da ação 0846 - Municipalização das Unidades de Saúde foi transferir 10 unidades de saúde estadual para gestão dos municípios de: Floresta, São José do Egito, Serra Talhada, Caruaru, Recife, Jaboatão dos Guararapes e Fernando de Noronha.

No entanto, até o final do ano de 2004, de acordo com relatório da gerência do Programa, o único processo efetivamente concluído foi a municipalização do Hospital Estadual Cel. Álvaro Ferraz, que passou a ser gerenciado pelo município de Floresta. Em fase de conclusão, à época, encontrava-se o repasse da gestão e gerência de algumas unidades de saúde da rede pública estadual para o município do Recife, habilitado na gestão plena de sistema, como também a redefinição e repasse de teto financeiro para o município referente às unidades relacionadas no quadro a seguir. Porém, faltando a assinatura do Prefeito do Recife.

Ainda, encontravam-se em processo de municipalização quatro unidades de Recife e uma de Caruaru, conforme discriminação:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

UNIDADES MUNICIPALIZADAS	UNIDADES EM PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO
<b>Floresta</b> – Hospital Estadual Cel. Álvaro Ferraz; <b>Recife</b> : <ul style="list-style-type: none"><li>• CPTRA – Centro de Prevenção e Tratamento de Alcoolismo;</li><li>• Centro de Atenção Psicossocial Espaço Azul;</li><li>• Central de Alergologia;</li><li>• Centro Eulámpio Cordeiro</li></ul>	<b>Caruaru:</b> Hosp. Estadual São Sebastião (fase de levantamento de recursos humanos); <b>Recife:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hospital Geral de Areias;</li><li>• Unidade Agrupamento Médico;</li><li>• Hospital Barão de Lucena.</li></ul> (esperando o desembaraço dos imóveis, que foi cedido da União para os Estados). <ul style="list-style-type: none"><li>• Hospital Ulysses de Pernambuco (realizando levantamento de recursos humanos)</li></ul>

Fonte: Gerência do Programa (Dez/04)

As justificativas da gerência do programa para as unidades não municipalizadas foram:

- “*Unidade de Fernando de Noronha* – Não foi municipalizada por se tratar de Distrito Estadual.
- “*Unidade de Jaboatão dos Guararapes* – Está se revendo o processo de gestão, só então será efetivado a municipalização desta unidade.
- “*Unidade de Saúde de Serra Talhada* – Não foi repassada em virtude do processo de regionalização”.

Apesar de dispor de realização física, observa-se, analisando a execução orçamentária do FES, que nenhuma despesa foi registrada na atividade 0846. Questionada, a gerência do Programa de Municipalização, através de ofício nº 021/05, justificou que as despesas necessárias ao cumprimento das metas estabelecidas tinham sido classificadas erroneamente na atividade 0822, do Programa de Fortalecimento da Gestão de Saúde do SUS/PE.

• **Programa 0277 - Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS/PE**

Esse programa tem como objetivo conduzir, coordenar e supervisionar as diretrizes e ações do Fundo Estadual de Saúde. Para tal, a Secretaria Estadual de Saúde – SES utiliza-se de quatro ações:

- ✓ Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde na Gestão Municipal;
- ✓ Habilitação do Estado na Gestão Avançada do SUS;
- ✓ Implementação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde;
- ✓ Desenvolvimento do Componente Estadual de Auditoria.

As atividades de controle, avaliação e auditoria serão comentadas em tópico específico desse relatório. As demais, relacionadas à Gestão do SUS no Estado, serão comentadas a seguir:

Ação	Finalidade/Meta Prevista	Descrição das realizações	Município/ população Beneficiada
<b>822</b> Apoio ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde na Gestão Municipal	Habilitar os municípios no desenvolvimento da gestão do SUS  Municípios atendidos – 65	* Habilitados municípios na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB -A	Itambé, Cupira e Bonito  93.306 pessoas
<b>826</b> Habilitação do Estado na Gestão Avançada do SUS	Habilitar o Estado de meios necessários ao cumprimento da NOAS.	*Habilitado o Estado na Gestão Plena do Sistema Estadual – GSPE	Todo o Estado 7.918.344 pessoas

Fonte: Lei Orçamentária do exercício de 2004; Relatório da Ação do Governo – Anexo à Mensagem do Governo à Assembléia Legislativa.

Embora o Estado tenha previsto um orçamento de R\$ 21.200,00 para realizar a atividade 0822, o total executado foi de R\$ 7.399,23, representando 35 % do total, oriundos de recursos de convênio (fonte 0242), conforme quadro abaixo. As despesas registradas para habilitar os municípios de Itambé, Cupira e Bonito na



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPAB-A, de acordo com o SIAFEM, foram com pagamento de diárias de servidores da SES.

Ação	Fontes	Dotação Orçamentária	Alteração Orçamentária	Total Autorizado	Total Executado	Crédito Disponível
0822	241	5.200,00	0	5.200,00	0	5.200,00
	242	0	16.000,00	16.000,00	7.399,23	8.600,77
	<b>Total</b>	<b>5.200,00</b>	<b>16.000,00</b>	<b>21.200,00</b>	<b>7.399,23</b>	<b>13.800,77</b>
0826	241	8.000,00			1.369,12	6.630,88
	<b>Total</b>	<b>8.000,00</b>			<b>1.369,12</b>	<b>6.630,88</b>

Fonte: SIAFEM 2004; Balanço Geral do Estado 2004.

Embora a ação 0826 tenha sido prevista para habilitar o Estado na Gestão Avançada do SUS, o Estado de Pernambuco foi habilitado, em agosto de 2004, diretamente na Gestão Plena do sistema, conforme já comentado anteriormente. Para essa atividade foram utilizados apenas R\$ 1.369,12 provenientes de recursos do SUS (fonte 0241), na realização de despesas com diárias para realizar levantamento em diversos municípios.

#### 6.4 ORÇAMENTO ESTADUAL DA SAÚDE

A área de **Saúde** cuja execução orçamentária se encontra consolidada na **função 10 - Saúde**, teve a terceira maior despesa orçamentária do Estado, no exercício de 2004, R\$ 997,25 milhões, ficando atrás apenas do grupo de Encargos Especiais e das despesas com a Previdência Social. Ressalta-se, entretanto, que essa despesa contempla às 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.

Dentre as despesas orçamentárias constantes da função 10 - Saúde, destacam-se as subfunções de: assistência hospitalar e ambulatorial; suporte profilático e terapêutico; e administração geral, como segue:

Especificações (subfunções)	Valores R\$ 1.000	% do total
Planejamento e Orçamento	148,57	0,01%
Administração Geral	123.968,96	12,43%
Controle Interno	28,50	0,00%
Normatização e Fiscalização	976,69	0,10%
Tecnologia da Informação	1.970,00	0,20%
Formação de Recursos Humanos	300,50	0,03%
Atenção Básica	2.323,24	0,23%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	669.123,31	67,10%
Suporte Profilático e Terapêutico	117.649,69	11,80%
Vigilância Sanitária	1.550,65	0,16%
Vigilância Epidemiológica	13.629,73	1,37%
Saneamento Básico Urbano	18.016,74	1,81%
Controle Ambiental	133,05	0,01%
Desenvolvimento Científico	14,94	0,00%
Outros Encargos Especiais	47.413,06	4,75%
<b>Total</b>	<b>997.247,63</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Demonstrativo da Despesa Conforme o Vínculo, com recursos por funções (função 10); Quadro 27 .

Desse montante, 957 milhões foram realizados com recursos das fontes 0101 e 0241, Tesouro e repasses do SUS, respectivamente. O restante, 40 milhões, correspondeu a recursos de convênios (vinculados).



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

As realizações com os recursos da fonte 0101 (Tesouro) que somaram 570 milhões, compondo o mínimo constitucional, serão analisadas no tópico subseqüente.

## 6.5 APLICAÇÃO DE RECURSOS MÍNIMOS NA 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 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. (...)*

*"§ 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:" (AC)*

*I – (...)*

*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 – (...)* “

O art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), introduzido pela Emenda Constitucional nº 29/00, passa a estabelecer esse limite mínimo para as despesas dos Estados com ações e serviços públicos de saúde, prevendo uma regra de transição que se encerrou em 2004, 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:(AC)*

*I - (...)*

*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 – (...)"*

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, estabelece as bases de cálculo para apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, a saber:

### Para os Estados:

- I) O somatório:
  - a. do total das receitas de impostos de natureza estadual (ICMS, IPVA, ITCMD);
  - b. das receitas de transferências recebidas da União (Quota-Parte do FPE; Quota-Parte do IPI – Exportação; Transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir);
  - c. do Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF;
  - d. de outras receitas correntes (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária);

II) Deste somatório, devem ser subtraídas as transferências financeiras constitucionais e legais dos Estados aos Municípios (ICMS, de 25%; IPVA, de 50%; IPI – Exportação, de 25%).

Segue o demonstrativo da aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços públicos de saúde pelo Estado de Pernambuco, conforme consta do balanço geral do Estado referente ao exercício de 2004:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

**Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – R\$ 1,00**

Fontes	Valores	Aplicações	Valores 2004
<b>Receitas de Impostos (1)</b>	<b>5.712.181.176,33</b>	<b>Secretaria da Saúde</b>	<b>253.215.400,61</b>
ICMS	3.633.794.370,18	- Ressarcimento das despesas c/ pessoal à disposição da Secretaria Saúde	482.091,39
ICD	6.868.528,23	- Contribuição complementar ao FUNAFIN	7.651.487,97
IPVA	178.482.441,60	- Encargos com vale-transporte e auxílio-alimentação	20.015.495,03
IRRF	188.987.723,63	- Contribuições patronais do FUNAFIN	24.309.756,66
ISS	1.081.835,14	Manutenção do pessoal das atividades fins do Sistema de Saúde e de Residência Médica	195.327.067,54
Cota-parte do FPE	1.651.628.009,05	- Gestão administrativa da Secretaria de Saúde	5.363.743,85
Cota-parte do IPI – Exp.	13.454.193,70	- Direção, supervisão e coordenação da política estadual de saúde	65.758,17
Cota-parte do ICMS-Exp.	37.884.075,00	<b>Secretaria da Defesa Social</b>	<b>32.562.619,21</b>
		Melhoria das Instalações Físicas e reequipamento do complexo hospitalar do CBMPE	1.275.211,26
		- Assistência médico-hospitalar da Polícia e Corpo de Bombeiros Mil.	31.287.407,95
		<b>Instituto de Recursos Humanos de Pernambuco</b>	<b>52.105.385,22</b>
		Construção, reforma e reequipagem das unidades de Saúde	356.647,60
		Prestação de serviços de atendimento à saúde dos beneficiários do SASSEPE	50.061.765,28
		Concessão de vale transporte e auxílio alimentação a serviço do IRH	1.686.972,34
		<b>Fundação Hematologia e Hemoterapia de PE</b>	<b>18.567.145,41</b>
		- Contribuições complementar do HEMOPE ao FUNAFIN	705.016,01
		- Encargos com o PASEP do HEMOPE	98.712,98
		- Encargos com vale-transporte e auxílio alimentação	1.528.000,00
		- Contribuições patronais do HEMOPE ao FUNAFIN	1.374.607,75
		Atendimento a pacientes Hematológicos	4.082.725,25
		- Serviço de hemoderivados e anti-soro	459.149,91
		Realização da coleta de sangue e produção de componentes sanguíneos	4.922.050,80
		Atendimento em serviços hemoterápicos a pacientes da Região Metropolitana	1.334.363,02
		Ações do hemocentro de Caruaru (Atendimento à população do Agreste Central)	426.732,23
		Ações do hemocentro de Garanhuns (Atendimento à população do Agreste Meridional)	130.287,39
		Ações do hemonúcleo de Limoeiro (Atendimento à população do Agreste Setentrional)	56.885,97
		Ações do hemocentro de Palmares (Atendimento à população da Mata Sul)	25.385,87
		Ações do hemocentro de Petrolina (Atendimento à população do Sertão do São Francisco)	85.636,81
		Ações do hemocentro de Serra Talhada (Atendimento à população do Sertão do Pajeú)	74.048,99
		Ações do hemonúcleo de Arcoverde (Atendimento à população do Sertão do Moxotó)	39.795,54
		Ações do hemonúcleo de Ouricuri (Atendimento à população do Sertão do Araripe)	49.069,96
		Ações de hemonúcleo de Salgueiro (Atendimento à população do Agreste Central)	71.076,77
		- Gestão administrativa do HEMOPE	2.103.600,16
		- Direção, supervisão e coordenação das ações do HEMOPE	1.000.000,00
Deduções - Transf. trib. aos Municípios (2)	999.317.399,47	<b>Fundo Estadual de Saúde</b>	<b>187.759.423,92</b>
		Redução da Morbi - mortalidade por doenças de veiculação Hídrica e esquistossomose	1.035.537,83
		Vigilância Epidemiológica p/ o controle de doenças crônico-degenerativas de veiculação Hídrica	309.733,09
		Implementação do Programa nacional de Imunização	37.453,40
		Apoio e Cooperação Técnica a Municipalização p/ as ações de vigilância Epidemiológica	1.337.905,50
		Implementação da Assist. Farmacêutica aos portadores de patologias excepcionais	55.685.300,11
		Assist. de Média e Alta Complexidade na rede ambulatorial e hospitalar	35.668.574,67
		Melhoria funcional das Unid. Hosp. e ambulatoriais da rede estadual	1.229.603,30
		Melhoria das inst. Físicas e equip. dos Hospitais e laboratórios Municipais	291.141,90
		Melhoria das inst. Físicas dos grandes hospitais do Estado	3.587.269,22
		Adequação do funcionamento da rede de laboratórios públicos	2.869.168,00
		Implantação de Centros de Parto Normal	105.000,00



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

		Atendimento à saúde da mulher, da criança, adolescente, idoso, dos portadores de Hanseníase	30.791,88
		Ampliação do Acesso de Pessoas a Exames Clínicos Oftalmológicos	180.000,00
		Capacitação de profissionais na área de vigilância epidemiológica, sanitária e em sistemas	79.900,50
		Instalação de núcleo setorial de informática no FES/PE	195.525,00
		Implementação do sistema de informações gerenciais do FES (SIIG)	279.960,00
		Implantação de serviços de atendimento digital ao cidadão no FES	36.476,76
		Gestão administrativa do FES-PE	83.516.479,43
		Devolução de recursos oriundos de convênios do FES-PE	869.522,04
		Garantia de Pagamento de Bolsa a estagiários	412.442,24
Base de Cálculo (1-2)	4.712.863.777,06	Realização de Oficinas e Campanhas de promoção à saúde	1.639,05
		<b>Universidade de Pernambuco</b>	<b>24.933.199,31</b>
		Construção, ampliação e recuperação de unidades de saúde	127.772,60
		Atendimento Ambulatorial e Hospitalar	24.805.426,71
		<b>Distrito Estadual de Fernando de Noronha</b>	<b>1.088.902,16</b>
		Desenvolvimento da vigilância epidemiológica do DEFN	21.132,86
		Desenvolvimento da vigilância sanitária do DEFN	21.502,40
		Desenvolvimento a Assist. Hospitalar e Ambulatorial do DEFN	418.622,39
		Assist. de Média e Alta Complexidade na rede ambulatorial e hospitalar	596.083,83
		Desenvolvimento da atenção básica a saúde do DEFN	31.560,68
<b>MÍNIMO LEGAL (12,00%)</b>	<b>565.543.653,3</b>	<b>TOTAL DAS APLICAÇÕES</b>	<b>570.232.075,84</b>

Fonte: Balanço Geral do Estado, 2004 – Tabela 21.

### Das Receitas

Constituíram receitas para a apuração do percentual mínimo a ser aplicado em saúde, as referentes ao Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS, ao Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, ao Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens/Direitos - ICD, todos acrescido dos juros e multas de mora, à quota parte do FPE, ao Imposto de Renda Retido na Fonte, à quota parte do IPI s/ Exportação e às transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Cota-parte do ICMS -Exportação). Inseriram-se também neste rol, a receita derivada da dívida ativa tributária dos impostos e os juros de mora dela decorrente, conforme o anexo IV da Resolução TC nº 14/01.

Conforme mandamento da Carta Magna foram deduzidas da base de cálculo as transferências constitucionais aos municípios, quais sejam: 25% do ICMS que correspondeu a R\$ 906.671.623,51, 91 % do total; do IPVA que correspondeu a R\$ 89.282.227,82, 8,9 %; do IPI s/ Exportação correspondente a R\$ 3.363.548,14.

Na formação da base de cálculo, no valor correspondente ao ICMS, houve a omissão do montante correspondente ao ICMS arrecadado para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza – FECEP no valor de R\$ 42.578.817,02. Portanto, o valor constante do Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde, de R\$ 3.633.794.370,18, correspondente ao ICMS está equivocado, passando a ser R\$ 3.676.373.187,20. O fato de parte da arrecadação de ICMS já ter destinação específica, não a exclui da base de cálculo para obtenção do valor mínimo a ser aplicado em manutenção e desenvolvimento do ensino. A Portaria da STN nº 441, de 27 de agosto de 2003, que orienta a elaboração dos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária para o exercício de 2004, ratifica esse entendimento:

*“3.16 – Anexo XVI – Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Saúde – Estados, Distrito Federal e Municípios,....*

*“Não poderão ser deduzidas da base de cálculo da receita, para fins de apuração dos percentuais de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, a parcela adicional do ICMS vinculado ao Fundo Estadual de Combate e Erradicação da Pobreza, ou qualquer outra parcela de receita vinculada a fundo ou despesa.”*



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Sendo assim, considerando que as demais receitas, bem como as deduções correspondentes às transferências aos municípios, encontram-se corretamente demonstradas, entendemos que a base ajustada, para o cálculo do percentual mínimo aplicado em ações e serviços de saúde deverá ser de **R\$ 4.755.442.594,08**.

### Despesas

Em 2004, os gastos do Estado com saúde, demonstrados para efeito de vinculação, foram realizados pela Secretaria de Saúde, pela Secretaria de Defesa Social, pelo Instituto de Recursos Humanos – IRH, pela Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Pernambuco – HEMOPE, pelo Fundo Estadual de Saúde – FES, pela Universidade de Pernambuco – UPE e pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, conforme discriminação abaixo:

#### Aplicação dos recursos em ações e serviços de Saúde em 2004 por unidade gestora

Unidade gestora	Valor aplicado (R\$ 1,00)	Percentual
Secretaria de Saúde	253.215.400,61	44,41%
Secretaria de Defesa Social	32.562.619,21	5,71%
IRH-PE	52.105.385,22	9,14%
HEMOPE	18.567.145,41	3,26%
FES-PE	187.759.423,92	32,93%
UPE	24.933.199,31	4,37%
Distrito Estadual de Fernando de Noronha	1.088.902,16	0,19%
<b>Total</b>	<b>570.232.075,84</b>	<b>100%</b>

Fonte: Demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde – Tab. 21 do Balanço Geral do Estado/2004

Vale ressaltar, que do total das aplicações com recursos da fonte 0101 (Tesouro), em ações e serviços públicos de saúde, que as maiores despesas foram executadas pela Secretaria Estadual de Saúde – SES, diretamente pelo seu órgão central - R\$ 253, 21 milhões (44,41%), e através do Fundo Estadual de Saúde - FES, R\$ 187,76 milhões (32,93%), cuja soma representou 77% do total.

Os gastos efetuados diretamente pela SES foram, praticamente, com pessoal e encargos, incluída a residência médica, e também a gestão administrativa da Secretaria. Do total de aplicações do FES, merecem destaque os gastos com “Gestão Administrativa” (atividade 0866), da ordem de R\$ 83,52 milhões, dos quais, R\$ 60 milhões foram para pagamento de prestação de serviços de categoria profissional especializada – funções administrativas, de acordo com os registros feitos no SIAFEM/04, sendo o restante alocado com despesas administrativas diversas.

Observou-se que R\$ 34,35 milhões do total das aplicações em saúde foram inscritos em **Restos a Pagar não Processados** na UG FES, representando despesas empenhadas, mas cuja prestação do bem ou serviço não ocorreu dentro do exercício financeiro. Por essa razão esse montante não deve ser considerado para efeito de cálculo do mínimo legal em saúde, tendo sido ajustado conforme quadro abaixo.

Vale, ainda, destacar que a UG FES deteve ao final do exercício de 2004 o maior volume de restos a pagar não processados dentre as demais UG’s constantes no balanço geral do Estado.

Em resumo, têm-se:

	Em R\$ 1,00
Base de cálculo apresentada pelo governo	4.712.863.777,06
(+) Ajustes (ICMS arrecadado p/ o FECEP)	42.578.817,02
<b>Nova base de cálculo (I)</b>	<b>4.755.442.594,08</b>
Total de aplicações apresentado pelo governo	570.232.075,84
(-) Restos a Pagar não processados de 2004	34.349.091,50
(+) Restos a pagar não processados de 2003, pagos em 2004.	45.164,91*
<b>Novo valor das aplicações (II)</b>	<b>535.928.149,25</b>
<b>Percentual das aplicações (II/I x 100)</b>	<b>11,27%</b>

- As despesas inscritas em Restos a Pagar não Processados, em 2003, e pagas, em 2004, foram consideradas para efeito das aplicações do exercício de 2004.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS**

Sobre os gastos com ações e serviços de saúde promovidos pela Secretaria de Defesa Social, o Tribunal de Contas por ocasião da sessão em que emitiu Parecer Prévio sobre a Prestação de Contas do governo de 2003, entendeu que esse aspecto será devidamente regulamentado quando da edição da Lei Complementar prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000.

Dessa forma, verifica-se que o Estado de Pernambuco aplicou 11,27% nas ações e serviços públicos de saúde, abaixo, portanto, do mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/00, que seria de 12% para o exercício de 2004.

**Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Saúde – RREO**

Além do Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde consta, no Balanço Geral do Estado/04, o Anexo X do Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO, em cumprimento à Lei Complementar nº 101 de 04/05/00 – Lei de Responsabilidade Fiscal e ao art. 72, da Lei nº 9.394, de 20/12/96. O referido anexo trata do Demonstrativo da receita líquida de impostos e das despesas próprias com saúde, tendo seu formato definido para o exercício de 2004 pela portaria STN nº 441, de 27 de agosto de 2003.

**Demonstrativo da receita líquida de impostos e das despesas próprias com saúde – RREO – R\$ 1,00**

Receitas	Previsão atualizada (a)	Receitas realizadas	
		Jan a dez 2004 (b)	% (b/a)
<b>Receitas líquidas de impostos e transferências constitucionais legais (I)</b>	<b>4.312.427.500,00</b>	<b>4.712.863.777,06</b>	<b>109,3</b>
Impostos	3.574.974.000,00	3.954.144.331,32	110,6
Multas, juros de Mora e Dívida Ativa dos Impostos	78.348.000,00	55.070.567,46	70,3
Receitas de Transferências Constitucionais Legais	1.702.150.000,00	1.702.966.277,75	100,0
(-) Transferências Constitucionais Legais	(1.043.044.500,00)	(999.317.399,47)	95,8
<b>Transferências de recursos do Sistema Único de Saúde – SUS (II)</b>	-	-	-
Da União para os Estados	-	-	-
Dos Municípios para o Estado	-	-	-
Demais Estados para o Estado	-	-	-
<b>Receitas de Operações de Crédito vinculadas à Saúde (III)</b>	-	-	-
Outras Receitas	-	-	-
(-) Deduções para o FUNDEF	-	(664.008.820,76)	-
<b>Total</b>	<b>4.312.427.500,00</b>	<b>4.048.854.956,30</b>	<b>93,9</b>
Despesa com saúde (Por Grupo de Natureza da Despesa)	Dotação atualizada (c)	Despesas Liquidadas	
		Jan a dez 2004 (d)	% (d/c)
<b>Despesas correntes</b>	608.387.368,54	557.909.866,92	91,7
Pessoal e Encargos Sociais	319.675.200,00	295.102.699,81	92,3
Juros e Encargos da dívida	-	-	-
Outras Despesas Correntes	288.712.168,54	262.807.167,11	91,0
<b>Despesas de Capital</b>	29.098.522,00	12.322.208,92	42,3
Investimentos	28.798.522,00	12.322.208,92	42,8
Inversões Financeiras	300.000,00	-	-
Amortização da dívida	-	-	-
<b>Total (IV)</b>	<b>637.485.890,54</b>	<b>570.232.075,84</b>	<b>89,5</b>
Despesas próprias com saúde		Despesas Liquidadas	
		Jan a dez 2004 (e)	% (e) / Desp. Saúde
<b>Despesas com saúde</b>		570.232.075,84	100,00
(-) Despesas com inativos e pensionistas		-	-
(-) Despesas com recursos vinculados à saúde		-	-
<b>Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS</b>		-	-
<b>Recursos de Operação de Crédito</b>		-	-
<b>Outros recursos</b>		-	-
(-) Restos a pagar cancelados – vinculados à saúde		(1.554.992,86)	
(-) Restos a pagar inscritos sem disp. financeira vinculada à saúde			
<b>Total (V)</b>		<b>568.677.082,98</b>	

**Participação das despesas próprias com saúde na receita líquida de impostos – Limite Constitucional %**

Evolução do percentual mínimo da despesa própria com saúde/receita líquida de impostos					
Ano	2000	2001	2002	2003	2004
		8,82%	9,61%	10,41%	11,20%





ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Despesa com saúde por subfunção	Dotação atualizada	Despesas liquidadas	
		Jan a Dez 2004 (f)	% (f /total f)
Planejamento e Orçamento	297.600,00	1.639,05	0,0
Administração Geral	98.420.705,00	92.462.023,85	16,2
Nomartização e Fiscalização	212.000,00	-	0,0
Tecnologia da Informação	8.288.000,00	511.961,76	0,1
Formação de Recursos Humanos	183.000,00	79.900,50	0,0
Atenção Básica	1.368.069,00	347.352,56	0,1
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	378.237.039,04	347.901.762,25	61,0
Suporte Profilático e Terapêutico	75.174.625,00	67.442.508,62	11,8
Vigilância Sanitária	230.000,00	21.502,40	0,0
Vigilância Epidemiológica	5.205.728,00	1.706.224,85	0,3
Saneamento Básico	5.499.000,00	1.035.537,83	0,2
Outros Encargos Especiais	64.370.124,50	58.721.662,17	10,3
<b>Total</b>	<b>637.485.890,54</b>	<b>570.232.075,84</b>	<b>100,0</b>
(-) Despesas com inativos e pensionistas			
(-) Despesas com recursos vinculados à saúde		-	-
Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS		-	
Recursos de Operação de Crédito			
Outros recursos			
(-) Restos a pagar cancelados – vinculados à saúde		(1.554.992,86)	
(-) Restos a pagar inscritos sem disp. financeira vinculada à saúde			
<b>DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE</b>		<b>568.677.082,98</b>	

Fonte: Balanço Geral do Estado/2004; tabela 16 RREO

Da análise desse demonstrativo foi possível verificar que o seu preenchimento não atendeu às orientações contidas na mencionada portaria da STN, no sentido de que não se procedeu à demonstração da despesa com saúde, consideradas todas as fontes de financiamento, nem se aplicaram as deduções previstas. Foram consideradas apenas as despesas (aplicações) na fonte 0101.

No entanto, considerando-se esse critério, é possível verificar que se deixou de proceder à dedução dos **restos a pagar inscritos sem disponibilidade financeira vinculadas à saúde**. Os restos a pagar não processados, no montante de R\$ 34.349.091,50, considerados na aplicação da fonte 0101, não dispunham de disponibilidade financeira nessa fonte para o seu pagamento, ao final do exercício. A disponibilidade financeira do Fundo Estadual de Saúde - FES no encerramento do exercício de 2004 foi deficitária em R\$ 22.179.766,75.

## 6.6 ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE

### Repasse Financeiros para os Grandes Hospitais e GERES

Durante o exercício de 2004, a execução financeira das despesas dos 5 (cinco) maiores hospitais da Região Metropolitana do Recife, do Hospital Geral do Agreste, e das 10 (dez) Gerências Regionais de Saúde – GERES, foi processada mediante o modelo de repasse financeiro (REFIN) feito pela Secretaria de Saúde, para as contas bancárias dessas unidades hospitalares, e das GERES.

O valor dos repasses efetuados pelo Fundo Estadual de Saúde – FES, aos hospitais e às GERES em 2004 foram os seguintes:

#### A) Recursos do FES repassados para os grandes hospitais:

HOSPITAIS	VALORES (Em R\$ 1,00)	%
Hospital Geral Otávio de Freitas	13.045.654,20	13
Hospital Getulio Vargas	19.366.440,20	19
Hospital Agamenon Magalhães	17.914.519,37	17
Hospital Barão de Lucena	15.641.611,37	15
Hospital da Restauração	31.073.033,91	30
Hospital Regional do Agreste	5.859.163,54	6
<b>Total</b>	<b>102.900.422,59</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAFEM/04



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

**B) Recursos do FES repassados para as GERES**

GERES	SEDE	VALORES (Em R\$ 1,00)	%
I	Recife	18.860.996,88	46
II	Limoeiro	2.233.786,15	5
III	Palmares	3.327.631,46	8
IV	Caruaru	3.312.110,42	8
V	Garanhuns	3.662.188,47	9
VI	Arcoverde	3.103.151,27	8
VII	Salgueiro	2.160.416,57	5
VIII	Petrolina	337.701,03	1
IX	Ouricuri	1.419.549,84	3
X	Afogados de Ingazeira	2.974.585,29	7
<b>Total</b>		<b>41.392.117,38</b>	<b>100</b>

Fonte: SIAFEM/04

Analisando os repasses para os maiores hospitais do Estado, observa-se que o Hospital da Restauração recebeu mais recursos, R\$ 31 milhões, ou seja, 30% do total. Em relação às Gerências Regionais de Saúde (GERES), o destaque se dá para a I GERES, com um montante de repasses de R\$ 18,9 milhões, que serviu para cobrir, dentre outras, as despesas com os 4 hospitais a ela vinculados: Belmiro Correia, João Murilo, Correia Picanço e Ulisses Pernambucano.

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 GERE, visualizando-se apenas seu histórico.

Como conseqüências relevantes da ausência de descentralização contábil da execução financeira dos hospitais e das GERES, pode-se ressaltar, ainda:

- Controle Interno Fragilizado: O controle interno da contabilidade central do FES é efetuado por meio de conferência posterior de Notas Fiscais, nas prestações de contas, oportunamente, encaminhadas pelos Hospitais e pelas GERES à Secretaria de Saúde.
- 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 SIAFEM 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 fazem parte do SIAFEM, sendo considerado por este sistema como credor do repasse financeiro o hospital ou GERE, não é possível identificar os respectivos credores, o que não ocorreria caso a gestão fosse descentralizada.

**Regulamentação do Processamento de Despesa no Âmbito do FES**

O regime de provisão de crédito, previsto na legislação financeira do Estado, utilizado no processamento da despesa dos cinco grandes hospitais do Estado situados na Região Metropolitana do Recife, foi autorizado pelos Decretos nºs 15.016, de 27 de maio de 1991, e 11.139, de 16 de janeiro de 1986, conforme informou a superintendência Administrativa e Financeira da SES em seu ofício SAF nº 63/05, de 24 de janeiro de 2005.

Cumprido ressaltar que os mencionados decretos foram editados em período anterior à lei de criação do FES, e ainda antes da extinção da Fundação e Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM.

No que tange ao Hospital Geral do Agreste e às GERES, não se observou regulamentação específica do regime de processamento da despesa mediante provisão de crédito.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

## 6.7 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DA SAÚDE NO ÂMBITO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

### Legislação e Estrutura Estadual

Dentro da estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde – SES, que vigorou nos exercícios de 2003 e 2004 (Decreto nº 25.318/03), fazia parte da Secretaria Executiva de Assistência à Saúde a Gerência de Controle e Avaliação do Sistema de Saúde, à qual competia: manter atualizado o cadastro de estabelecimentos de saúde, de forma articulada com a vigilância sanitária; alimentar o sistema de banco de dados dos sistemas de informações assistenciais nas esferas superiores; controlar o cumprimento das metas físico-financeiras dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; controlar os fluxos de acesso a atendimentos pactuados no âmbito da PPI, dentre outros.

Também, nessa estrutura, constava como órgão de apoio e diretamente ligado ao Secretário de Saúde a Gerência de Auditoria do SUS, que englobava as unidades de Auditoria dos Serviços de Saúde, de Média e Alta Complexidade, e a dos Sistemas Municipais de Saúde. De acordo com o regulamento da SES as principais competências da Auditoria do SUS são:

- Apreciar e julgar todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados;
- Acompanhar a execução e desempenho de programas de saúde tanto em serviços, quanto nos sistemas municipais;
- Estabelecer e exercitar um sistema preventivo;
- Colaborar com os projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação de saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto a qualidade do serviço ofertado.

Para a sua estruturação e organização de atividades a auditoria do SUS contou com o Regimento Interno do Sistema Estadual de Auditoria, segundo o qual a organização da auditoria compreende 30 auditores, além dos cargos de apoio. De acordo com informação encaminhada pela Superintendência de gestão de Pessoas, o quadro efetivo da auditoria do SUS no âmbito da SES, é composto por seis auditores. No entanto, informações obtidas junto à gerência de auditoria confirmam o quantitativo de 30 auditores na auditoria do SUS. O Decreto de Regulamento da SES não contempla as atividades de auditoria na alocação de cargos de auditores dentre os cargos comissionados e nem nas funções gratificadas, muito embora a gerência de auditoria tenha informado que todos os auditores atuais eram ocupantes de cargos comissionados.

Ressalta-se que a Auditoria do SUS, até o encerramento dos trabalhos, contava para o desempenho de suas atividades com o disciplinamento contido no referido Regimento Interno, utilizando das Portarias Federais do Ministério da Saúde, que tratam do assunto.

Em 31 de janeiro de 2005, foi editado o Decreto nº 27.592 que alterou o Regulamento da SES. A partir de então, foi criada a Gerência do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

### Alocação e aplicação de recursos nos componentes de gestão

#### Período: 2001 - 2003

De acordo com a análise das consultas às leis orçamentárias dos exercícios de 2001, 2002 e 2003 do Estado, às alterações ocorridas nas dotações orçamentárias e à efetiva execução orçamentária no período dos três anos anteriores a 2004, verificou-se que os gastos com controle, avaliação e auditoria da rede de serviços de saúde ficaram muito aquém do previsto, conforme quadro a seguir:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Previsão x Execução orçamentária (Em R\$ 1,00)

**Atividade 4.408 – Controle, avaliação e auditoria da rede de serviços de saúde**

2001			2002			2003		
Dotação Final	Execução	%	Dotação Final	Execução	%	Dotação Final	Execução	%
153.000,00	30.545,20	20	257.800,00	12.516,95	4,9	40.100,00	5.522,14	13,8

Fonte: Leis Orçamentárias 2001,2002 e 2003.

SIAFEM - Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios – 2001,2002 e 2003.

Na execução da atividade 4.408, Controle, avaliação e auditoria da rede de serviços de saúde, exercícios de 2001, 2002 e 2003, constam apenas despesas com diárias para os auditores da Secretaria. Não foi possível averiguar o cumprimento das metas físicas, pois, até então, a SES não dispunha de mecanismos de acompanhamento.

Exercício de 2004

Na Lei Orçamentária de 2004, o controle, avaliação e auditoria da rede de serviços de saúde foram divididos em duas ações, conforme a descrição do Programa de Trabalho do Fundo Estadual de Saúde – FES/PE nº 0277 – Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS –, que tem por objetivo: conduzir, coordenar e supervisionar as diretrizes e ações do FES.

Segue o detalhamento do orçamento das atividades de: Implementação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde; e Desenvolvimento do Componente Estadual de Auditoria:

Atividade	Finalidade	Produto/Meta	Dotação Orçamentária Inicial	
			(Outras Despesas Correntes) R\$ 1,00	(Investimentos) R\$ 1,00
0810 Implementação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde	Controlar e avaliar o número de procedimentos e uso do recurso do SUS	Sistema Implantado 1 unidade	50.000	100.000
816 Desenvolvimento do componente estadual de Auditoria	Fiscalizar e controlar o cumprimento das ações do SUS regido pela NOAS nos municípios.	Fiscalização realizada 420 unidades	41.000	-

Fonte: Lei Orçamentária Anual nº 12.474, de 01/12/03 – exercício financeiro – 2004.

Embora tenha havido a previsão de investimentos na atividade 810 (Implementação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde), no montante de R\$ 100.000,00, a fim de aperfeiçoar o processo de gestão das ações da saúde que é o objetivo principal desta atividade, conforme determinado pelo próprio Estado, não houve investimentos em 2004.

Analisando a execução orçamentária nas atividades 0810 (R\$ 280,72) e 0816 (R\$ 28.214,80) de acordo com dados constantes do SIAFEM, verifica-se que as despesas se deram apenas com pagamento de diárias.

De acordo com o Ofício G. A nº 401/05 da Secretaria de Saúde, Componente Estadual do SNA, Gerência de Auditoria, datado de 28 de abril de 2005, durante o exercício de 2004 foram realizadas 536 fiscalizações, ultrapassando a meta física prevista, distribuídas nas seguintes regiões:

Regiões	Fiscalizações	Regiões	Fiscalizações
Região Metropolitana	189	Sertão do Itaparica	18
Mata Sul	53	Sertão do Moxotó	16
Mata Norte	42	Sertão Central	35
Agreste Central	54	Sertão Araripe	03
Agreste Setentrional	17	Sertão do São Francisco	15
Agreste Meridional	60	Sertão do Pajeú	34



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Por fim, em 2004, mais uma vez, a execução das despesas com controle, avaliação e auditoria ficou bem aquém das autorizações orçamentárias. Ressalta-se, ainda, que toda a realização é proveniente de recursos da fonte SUS (0241), uma vez que não houve nenhuma destinação de recursos do Tesouro para essas atividades, conforme quadro a seguir:

**Previsão x Execução Orçamentária (Em R\$ 1,00)**

Atividades	Fontes	Total Autorizado	Total Executado	Objeto da Despesa
0810	0241	150.000,00	280,72	diárias
0816	0241	41.000,00	28.214,80	diárias

Fonte: Balanço Geral do Estado; SIAFEM 2004.

## 6.8. DEVOUÇÃO DE CONVÊNIO

No exercício de 2004 o Estado de Pernambuco, por meio do Fundo Estadual de Saúde – FES –, devolveu ao Governo Federal recursos no montante de **R\$ 2.069.201,22** (dois milhões, sessenta e nove mil e duzentos e um reais, e vinte e dois centavos) relativos a convênios entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado. Incluem-se aí os recursos federais não utilizados pelo Estado até o prazo máximo de execução estabelecido pelo Ministério, bem como contrapartidas de convênios não efetivadas pelo Governo do Estado.

As devoluções referentes às contrapartidas não efetuadas pelo o Estado (fonte 0101), constantes na operação especial 0814, totalizaram **R\$ 869.522,04**, todas para o Fundo Nacional de Saúde – FNS –, conforme quadro a seguir.

EMPENHO	OBJETO	LIQUIDAÇÃO	DATA	VALOR
2004NE00378	Devolução da contrapartida do estado do convênio nº 1160/98 - multivacinação	2004NL00408	03/fev/04	190.347,58
2004NE00586	Liquidação referente a correção sobre o valor da contrapartida pactuada, convênio nº 2485/98.	2004NL00776	12/fev/04	6.811,66
2004NE05517	Devolução da contrapartida Estado do convênio nº 103/98, programa nacional de imunização.	2004NL13571	09/jul/04	20.000,00
2004NE07156	Devolução da contrapartida estadual do convênio nº 1371/1998 - combate a leishmaniose visceral.	2004NL18461	24/ago/04	25.554,73
2004NE07646	Contrapartida e devolução do convênio nº 205/99 - ações de vacinação	2004NL19240	30/ago/04	101.058,23
2004NE09505	Devolução da contrapartida estadual convênio nº 21/97 - ações de vacinação.	2004NL23008	23/set/04	212.409,99
2004NE10901	Devolução da contrapartida estadual do convênio nº 103/98 - programa nacional de imunização.	2004NL26287	19/out/04	58.813,10
2004NE05205	Devolução da contrapartida estadual de convênio.	2004NL12480	29/jun/04	92.088,70
2004NE09502	Devolução da contrapartida estadual convênio nº 2474/98 - programa de leite.	2004NL23004	23/set/04	43.818,38
2004NE05203	Devolução da contrapartida estadual do convênio - aquisição de equipamento.	2004NL12479	29/jun/04	23.026,78
2004NE03048	Devolução da contrapartida estadual do convênio nº 281/99 - vacinação anti-rábica.	2004NL06988	05/mai/04	43.942,00
2004NE05603	Devolução da contrapartida estadual do convênio nº 281/99- vacinação anti-rábica.	2004NL13818	12/jul/04	234,48
2004NE10900	Devolução da contrapartida estadual do convênio nº 281/99- campanha de vacinação anti-rábica.	2004NL26286	19/out/04	51.416,41
	<b>TOTAL</b>			<b>869.522,04</b>

Fonte: SIAFEM 2004; Balanço Geral do Estado/04

Analisando-se os dados acima, percebe-se que as devoluções de contrapartidas não executadas referentes às campanhas de vacinação são as mais representativas.

Por sua vez, das devoluções de saldo de convênios (fonte 0242), no montante de **R\$ 1.199.679,18**, conforme quadro a seguir, merecem destaque as relativas aos diversos convênios do VIGISUS – Vigilância Epidemiológica –, que alcançaram R\$ 820 mil, ou seja, 67% do total dessas devoluções.



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

EMPENHO	OBJETO	LIQUIDAÇÃO	DATA	VALOR
2004NE03656	Devolução de saldo do convênio nº 1461/00.	2004NL08531	24/mai/04	367,09
2004NE07433	Devolução do convênio nº 137/93 - campanha de vacinação anti-rábica.	2004NL18964	27/ago/04	7.579,45
2004NE06972	Devolução de recursos do convênio nº 225/99 VIGISUS.	2004NL17753	16/ago/04	38.587,97
2004NE13982	Liquidação referente a despesas com implantação da vigilância epidemiológica MS/SES/DICONPE FUNASA.	2004NL35878	20/dez/04	2.189,45
2004NE00851	Transferência do saldo, por encerramento do convênio nº 460/97, REFORSUS.	2004NL01434	26/fev/04	38.378,02
2004NE02117	Transferência do saldo da c/c 10264-4 para a c/c 170500-8.	2004NL03973	31/mar/04	5.071,30
2004NE09734	Devolução do convênio nº 460/97, REFORSUS.	2004NL23345	28/set/04	4.917,63
2004NE06337	Transferência da conta 2006975-CPE p/ a conta 170500-8, convênio nº 2313/97.	2004NL15812	29/jul/04	7.570,33
2004NE06339	Liquidação referente a controle de endemias, recursos 1750/99	2004NL15811	29/jul/04	6.025,55
2004NE07877	Devolução do convênio 411/99-VIGISUS.	2004NL20406	09/set/04	559.348,67
2004NE06970	Devolução de recursos convênio 1774/99 VIGISUS.	2004NL17755	16/ago/04	12.855,20
2004NE06932	Recursos convênio 6/99-15-REBLAS/BIOSSEGURANCA	2004NL17762	16ago2004	24.390,67
2004NE06968	Devolução recursos convênio nº 1112/00 VIGISUS.	2004NL17757	16/ago/04	11.065,67
2004NE06405	Devolução recursos convênio nº 1306/00 VIGISUS.	2004NL15956	30/jul/04	17,39
2004NE06982	Devolução recursos convênio nº 2101/00 VIGISUS.	2004NL17759	16/ago/04	9.297,86
2004NE06969	Devolução recursos convênio nº 2102/00 VIGISUS.	2004NL17756	16/ago/04	58.294,00
2004NE06973	Devolução recursos convênio nº 2103/00 VIGISUS.	2004NL17749	16/ago/04	53.740,51
2004NE02290	Transferência do saldo por encerramento do convênio nº 2680/00.	2004NL04712	12/abr/04	277.059,63
2004NE11896	Devolução pelo encerramento do convênio nº 1283/00, aquisição de equipamentos.	2004NL29430	09/nov/04	6.424,99
2004NE06409	Devolução recursos convênio nº 063/01 VIGISUS.	2004NL15959	30/jul/04	431,13
2004NE06402	Devolução recursos convênio nº 071/01 VIGISUS.	2004NL15955	30/jul/04	1.846,67
2004NE06975	Devolução recursos convênio nº 99/01 VIGISUS	2004NL17748	16/ago/04	19.614,77
2004NE06408	Devolução recursos convênio nº 072/01 VIGISUS.	2004NL15958	30/jul/04	14,12
2004NE07407	Devolução recursos convênio nº .368/01-VIGISUS.	2004NL18965	27/ago/04	5.362,31
2004NE06974	Devolução recursos convênio nº 138/02 VIGISUS.	2004NL15957	30/jul/04	4,15
2004NE06974	Devolução recursos convênio nº 137/02 VIGISUS	2004NL17751	16/ago/04	3.907,85
2004NE06976	Devolução recursos convênio nº 2098/00 VIGISUS.	2004NL17746	16/ago/04	45.316,80
	<b>TOTAL</b>			<b>1.199.679,18</b>

Fonte: SIAFEM 2004; Balanço Geral do Estado/04

Por meio do Ofício TC/DICG/GC 02, nº 026/05 foram solicitadas justificativas para as mencionadas devoluções, as quais foram respondidas através do Ofício nº 22/05 da Secretaria de Saúde do Estado – Superintendência de Planejamento. Dentre as justificativas destacam-se:

- Devolução de saldo de recursos, em virtude de despesa cujo cheque de pagamento não foi localizado nos extratos bancários da conta corrente específica do referido convênio, com os acréscimos legais devido ao decurso de tempo;
- Repasse de recursos a municípios por meio de subconvênio para execução dos mesmos, havendo devolução de recursos, o que gerou recolhimento ao Ministério da Saúde;
- Demora na execução do convênio em virtude de entraves burocráticos/legais;
- Saldo de rendimentos gerados de aplicação financeira, mas sem prazo para execução;
- Recursos repassados indevidamente em elemento inexecutável, no entanto, tendo gerado rendimento de aplicação financeira.

Comparando-se as receitas de convênios auferidas pelo FES nos dois últimos exercícios, com as devoluções de saldo de recursos efetuadas no mesmo período, incluídas as fontes 0101 e 0242, têm-se:



ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS

Ano	Devoluções Valores em R\$ 1,00 (a)	Receita de Convênios (b)	% (a/b)
2003	1.364.729,47	9.624.932,18*	14
2004	2.069.201,22	8.044.498,81**	26

Fonte: Balanço Geral do Estado, exercícios de 2003 e 2004.

\* As receitas de convênios em 2003 foram provenientes do Fundo Nacional de Saúde – FNS - R\$ 7.417.004,98, da Fundação Nac.De Saúde - FUNASA – R\$ 2.172.673,27 e do REFORSUS – R\$ 35.289,93.

\*\* As receitas de convênios em 2004 foram provenientes do Fundo Nacional de Saúde – FNS - R\$ 7.500.669,01 e da Fundação Nac.De Saúde - FUNASA – R\$ 543.829,80.

Verifica-se que houve um aumento significativo das devoluções de convênios de 2003 para 2004, da ordem de 66%, em termos nominais. Ao se analisar o peso das referidas devoluções nas receitas de convênios de cada ano, percebe-se que enquanto em 2003 esse indicador foi de 14%, em 2004 chegou a 26%.

Também foi observado que a totalidade das devoluções ocorridas, no exercício de 2004, refere-se a convênios firmados em anos anteriores.

### 6.9. REFORMA ADMINISTRATIVA NA SAÚDE

Embora o art. 66 da Lei Complementar nº 49/03 tenha criado a obrigatoriedade de todos os órgãos e entidades da administração estadual, direta e indireta, firmar termos de desempenho e contratos de gestão com as Secretarias a que se vinculem, com índices quantificáveis, relativos a metas, com referenciais comparativos atrelados a sistema de conseqüências, em função dos resultados alcançados, até o final do exercício de 2004, ainda, eram poucos os avanços da saúde nesse sentido, conforme quadro a seguir.

**Quadro resumo com a posição dos contratos de gestão/planejamento estratégico dos órgãos/entidades da saúde:**

Órgão/Entidade	POSIÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO EM 31/12/04	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
Secretaria Estadual de Saúde	Contrato não assinado.	Embora o Planejamento Estratégico tenha sido elaborado, nenhuma meta foi acompanhada ou avaliada no período de 2003-2004.
HEMOPE	Contrato não assinado	Implantado e está sendo acompanhado. Aferição das metas periodicamente.
LAFEPE	Contrato não assinado	Está sendo feito o realinhamento estratégico, ou seja, estão revendo todas as metas, em virtude de mudanças na gestão.
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	Contrato não assinado.	Está implantado, mas há várias dificuldades na aferição das metas.

Fica claro que a instituição da área da saúde mais avançada em termos de implantação das novas tecnologias de gestão, como a elaboração dos processos de planejamento estratégico, contratos de gestão e monitoramento, é a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE. O contrato de gestão foi assinado em 30/04/04 pelo HEMOPE, a Secretaria de Administração e Reforma do Estado, Secretaria de Planejamento e Secretaria da Fazenda, no entanto, não contou com a assinatura da Secretaria de Saúde.

O Hospital da Restauração conseguiu alguns avanços, uma vez que elaborou e colocou em prática seu planejamento estratégico. No entanto, no segundo encontro de Monitoramento e Avaliação organizado pelo PROGESTÃO, responsável pela implantação e acompanhamento das novas tecnologias de gestão no Estado, no início do ano de 2005, a encarregada do processo no HR reconheceu as dificuldades na aferição das metas. Entretanto, destaca-se um maior controle dos resultados por clínicas dentro do HR.

A Secretaria Estadual de Saúde – SES, bem como o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco – LAFEPE, não obstante não terem assinado Contrato de Gestão, não iniciaram, em 2004, o monitoramento das metas estabelecidas nos respectivos planejamentos estratégicos.



**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
TRIBUNAL DE CONTAS

Com o advento do Decreto nº 27.592, de 31 de janeiro de 2005, foi criada a Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência a Saúde, subordinada a Secretaria Executiva de Assistência a Saúde. As principais competências previstas para essa Gerência são: coordenar e orientar a implantação das ações de modernização gerencial nas unidades de saúde; coordenar e acompanhar a elaboração do Planejamento Estratégico, bem como o processo de contratualização das unidades públicas de saúde; monitorar a execução dos indicadores de desempenho dos contratos de gestão das suas vinculadas; aprovar relatório de gestão e avaliação do desempenho institucional, dentre outras.

#### **6.10 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de ter obtido a condição de gestão plena, o Estado de Pernambuco não elaborou o seu Plano Estadual de Saúde para o período 2004/2007, bem como ainda não havia preparado o seu Relatório de Gestão referente ao exercício de 2004.

A partir de 2005 procedeu-se a alterações na estrutura da SES que implicaram mudanças no seu desenho institucional, visando fortalecer o planejamento e o processo de contratualização com as unidades de saúde. Espera-se, assim, com a recente criação da Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência a Saúde, que a SES consiga progredir nesse sentido.

Por fim, em face do exposto nesse capítulo, conclui-se que a SES necessita dar continuidade e reforço as suas ações de planejamento e controle, no sentido de permitir maior efetividade das ações de assistência, no que concerne à consecução dos princípios norteadores do SUS em Pernambuco.