



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

7. SAÚDE

7.1. SUS – Pactuações Interfederativas

A consagração do direito à saúde na Carta Constitucional de 1988 foi uma conquista da sociedade brasileira no campo dos direitos sociais, tendo sido o resultado da luta empreendida pelos ideólogos da Reforma Sanitária durante muitos anos.

O direito à saúde, como direito público subjetivo, implica na garantia pelo Estado da adoção de políticas públicas que evitem o risco de agravo à saúde, devendo ser consideradas, nesse contexto, todas as condicionantes da saúde, como meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva. Para a garantia dessas ações e serviços temos o Sistema Único de Saúde - SUS.

Duas décadas do processo de institucionalização do SUS foram transcorridas. Neste período, observou-se que a implantação e implementação da política de saúde evoluíram muito em termos da descentralização e municipalização.

Contudo, o SUS tornou-se cada vez mais complexo na medida em que aumentou o seu contato com a realidade social, política e administrativa nos três níveis federativos (União, Estados e Municípios). Novas e velhas demandas vão se somando à trajetória de consecução dos seus objetivos.

Desta forma, persistem ainda diversas dificuldades para a consolidação e qualificação deste processo de descentralização no campo da gestão pública em saúde, que podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente referidos a:¹

- Escassez crônica de recursos para o setor;
- Ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias;
- Persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e Estados;
- Inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes;
- Condução normativa excessivamente rígida e burocrática;
- Coordenação institucional compartimentalizada e fragmentada;
- Debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação;

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)



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

- Desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em saúde;
- Financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços;
- Indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional, dentre outros.

Para sua implementação, o SUS exige que sejam adotadas estratégias permanentes de mediação entre as três esferas de governo. Essa mediação, como já assinaladas, deve levar em consideração as distintas realidades das regiões geográficas e dos grupos populacionais. O dia-a-dia da política e os interesses particulares, no entanto, podem levar à fragmentação das ações e criar problemas que conduzam o SUS a se afastar de seus princípios fundamentais².

Para que os princípios e as prioridades gerais do SUS sejam seguidos pelas três esferas de governo e se estabeleçam estratégias para sua implementação, foram criados instrumentos de participação da sociedade civil e de gestão compartilhada entre os três níveis de governo.

Entre esses instrumentos está a realização de conferências de saúde, que começam no âmbito municipal, passam por discussões estaduais e destas para a realização da conferência nacional. Nessas conferências, realizadas de quatro em quatro anos, são discutidas a implementação do SUS e suas prioridades e reafirmados seus princípios. A partir das conferências de saúde são elaboradas diretrizes para as políticas.

Outros fóruns de discussão, de caráter mais permanente, são o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, todos com participação paritária entre os representantes dos usuários e dos outros segmentos (governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde). Há, também, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, com participação de representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Secretários Estaduais (Conass) e Municipais de Saúde (Conasems). Da mesma maneira, existem as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), no âmbito de cada Estado (com representação dos governos estadual e municipal). Elas funcionam na qualidade de instâncias técnico-políticas de pactuação.

As diretrizes das conferências, aliadas às orientações estratégicas de cada governo, servem de base para a elaboração dos planos de saúde. O Plano Estadual de Saúde (PES) é um dos instrumentos de gestão do SUS. No plano são explicitadas as estratégias, as prioridades e as metas de governo para a área de saúde.

² São princípios norteadores do SUS, definidos no art. 198 da Constituição, e ainda de acordo com a lei nº 8.080/90.



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

Para alavancar o processo de descentralização, entre outros instrumentos, o Ministério da Saúde faz uso de portarias que organizam as transferências federais. Estas, em muitos casos, atuam como incentivo ao desenvolvimento de políticas e programas considerados estratégicos pelo gestor federal. Foi por meio de incentivos, por exemplo, que foram implementados Programas como os de Agentes Comunitários de Saúde e a estratégia do Saúde da Família.

A pactuação sobre a distribuição das responsabilidades e o estabelecimento mais consensual de prioridades e metas têm sido o instrumento que os gestores das três esferas de governo encontraram para implementar uma política mais flexível, que, muitas vezes, enfrenta o desafio de se acomodar aos interesses diferenciados de cada ente federativo sem que os princípios doutrinários do SUS sejam perdidos. Os pactos, dessa forma, levam a acordos que buscam a consolidação do SUS e de seus princípios, em uma flexibilidade organizacional e operacional maior.

Aliás, pactuação e contratualização são duas palavras-chave usadas com muita insistência no contexto atual das políticas de gestão do SUS. No fundo, o que os gestores de saúde pretendem, com essas duas linhas, é uma coisa só: promover um esforço contínuo para definir e avaliar ações prioritárias a serem realizadas pelo SUS nas três esferas da Federação.

Com o amadurecimento dessa lógica de gestão do sistema, pode-se prever que os repasses financeiros aos distintos agentes do SUS fiquem cada vez mais condicionados ao alcance de metas e indicadores.

Ao longo de 2006, alguns fatos relativos ao financiamento, gestão e planejamento da política nacional de saúde passaram a ter destaque: *i*) a publicação do Pacto pela Saúde; *ii*) o aumento do valor do Piso da Atenção Básica, importante instrumento de financiamento desse nível de atenção; e *iii*) as alterações na forma de cálculo do PIB e o seu potencial impacto sobre a vinculação de recursos para a saúde.

Essas medidas foram implementadas visando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde da população, entendida como a porta de entrada de uma rede hierarquizada dos serviços de saúde. O Pacto pela Saúde é resultado de uma discussão que teve início em agosto de 2004, quando o Ministério da Saúde organizou uma oficina denominada *Agenda do Pacto de Gestão*. O objetivo dessa oficina era iniciar discussões de revisão do processo normativo do SUS, buscando estabelecer diretrizes e metodologias para propostas de pactuação entre os gestores dos três níveis de governo. O processo contou com a participação do Ministério da Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Secretários de Saúde (CONASS E CONASEMS).

O primeiro produto desse esforço foi publicado em 22 de fevereiro de 2006 – Portaria GM/MS nº 399. Em abril desse mesmo ano foram publicadas as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (respectivamente, Portarias GM/MS nº



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

698 e nº 699). Nesse processo são reafirmados os princípios do SUS e a necessidade de consolidar os processos de regionalização e planejamento desse sistema.

7.1.1. Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde surge, assim, da compreensão dos gestores federais, estaduais e municipais da importância de avançar na pactuação de objetivos e metas no campo sanitário, da necessidade de defender o SUS e organizar a transferência de recursos federais. Assim, o Pacto pela Saúde é composto de três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

A primeira vertente do Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida, centra-se na definição de objetivos e metas comuns no campo sanitário, tendo por prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a promoção da saúde; e, finalmente, o fortalecimento da atenção primária. O Pacto pela Vida prevê a revisão de suas metas e objetivos ao final de cada trimestre do ano subsequente.

A segunda vertente, o Pacto em Defesa do SUS, tem o objetivo de consolidar a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado e que teria no financiamento público da saúde um dos seus pilares. A estratégia preconizada para tanto é a mobilização social, buscando mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantidor desse direito. Como o financiamento público é fator primordial, a mobilização se direcionaria para o alcance, em curto prazo, da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 - ainda não alcançada. Além disso, há a idéia de se aprovar um orçamento SUS composto pelo orçamento das três esferas de governo.

Já a terceira vertente, o Pacto de Gestão do SUS, envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde. Entre outros objetivos, o Pacto de Gestão busca organizar as transferências federais para estados e municípios em blocos de financiamento.

7.1.2. Financiamento

Diante dessa nova sistemática, em agosto de 2006, o Ministério da Saúde aumentou o valor fixo do Piso da Atenção Básica de R\$ 13 para R\$ 15 por habitante/ano, o que correspondeu a um aumento em 15% no valor do Piso, ou ainda 14% em termos de recursos orçamentários, (de R\$ 205 milhões para R\$ 234 milhões)³. Como o PAB-Fixo é repassado para os municípios aplicarem nas ações de atenção básica, tais como manutenção de postos de saúde, contratação de profissionais de saúde

³ Segundo estudo do IPEA: Políticas Sociais – acompanhamento e análise nº14, 2007.



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

e compra de equipamentos e insumos, esse aumento significou uma maior responsabilidade dos municípios na melhora da qualidade dos serviços de atenção básica do SUS.

Outro fato relevante, com impacto potencial nos recursos vinculados para a área da saúde, foi a implementação de mudanças metodológicas promovidas na apuração do PIB. A divulgação de nova metodologia para o cálculo do PIB pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) redesenhou a trajetória de crescimento da economia brasileira nos últimos anos, exigindo atualizações em indicadores de diversas áreas, incluindo questões relativas ao financiamento da saúde.

O estudo do IPEA: Políticas Sociais – acompanhamento e análise nº14, publicado em 2007, em sua tabela 1 - por nós aqui reproduzida logo abaixo-, atualiza os cálculos dos gastos com ações e serviços públicos de saúde em percentuais do PIB, comparando os dados apurados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) com o novo PIB divulgado pelo IBGE.

Os dados dispostos na Tabela 1 apontam para um declínio dos gastos federais com ações e serviços de saúde, após a implementação da EC 29/2000, apenas retornando ao patamar de 2000, cinco anos depois (isto após a implementação da nova metodologia para o cálculo do PIB pelo IBGE). No entanto, notamos um aumento gradativo destas despesas relativas aos Estados e Municípios. O acréscimo destas despesas, na série histórica analisada, correspondeu a aproximadamente 50% em ambos os entes federados.

Tabela 1

Despesas com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo, em percentual do PIB (2000-2005)
(Recalculado com os novos dados do PIB)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	Em % do PIB						Índice 2000 = 100					
União	1,73	1,73	1,67	1,60	1,68	1,73	100	100	97	92	97	100
Estados	0,54	0,64	0,73	0,72	0,83	0,80	100	119	135	133	154	148
Municípios	0,63	0,71	0,81	0,80	0,84	0,94	100	113	129	127	133	149
Total	2,90	3,08	3,21	3,12	3,35	3,47	100	106	111	108	116	120

Fonte: Steps.

Destacam os autores do estudo do IPEA:

Como a nova trajetória do PIB apresenta um crescimento mais significativo no período, o desempenho dos gastos em saúde mostra-se mais frágil. Antes, a parcela do PIB alcançada com a metodologia utilizada anteriormente pelo IBGE seria de 3,69% no ano de 2004, e o crescimento acumulado no período, para as três esferas de governo, superaria os 19%. Agora, percebe-se que o esforço de alocação de recursos nessa área foi menor em comparação ao desempenho do



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

PIB. Em 2004, as despesas com ações e serviços públicos de saúde alcançaram apenas 3,35% do PIB, e o crescimento do período também se mostra mais lento – 16%. Os dados para 2005, divulgados já sob a nova metodologia do PIB, mostram uma importante recuperação nos gastos da União – que retornam ao patamar de 2000 e 2001 – além da manutenção da trajetória de crescimento dos recursos municipais aplicados no setor. A parcela alcançada em 2005 – 3,47% do PIB recalculado – ainda é menor, entretanto, da estimada para o ano de 2004, diante do antigo PIB – 3,69%. (grifos nossos)

Sabe-se que a situação concreta do setor saúde não melhora ou piora pela simples mudança de cálculos. Mas o que os novos dados permitem afirmar é que, se a trajetória do PIB foi mais favorável do que se pensava, então teria sido possível também um esforço maior de alocação de recursos para o setor saúde no período apresentado. Ou seja, no que refere ao volume de financiamento, duas conclusões podem ser extraídas por meio desta constatação: (1) há um permanente sub-financiamento de todo o sistema de saúde; (2) a construção do SUS poderia ter sido mais rápida do que efetivamente foi ⁴.

Mudanças recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS, regulamentado pelas portarias nº 204 e 1.497 de 2007, tiveram como pano de fundo o novo Pacto pela Saúde, sendo o Pacto de Gestão aquele no qual essas alterações estão consolidadas. A primeira define o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. A segunda estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única especificada por bloco de financiamento.

De acordo com a portaria nº 204/GM os recursos a serem repassados pelo FNS para os demais entes federados contam com a orientação, por blocos de financiamento, a seguir:

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica; e
- Gestão do SUS.

À primeira vista, parece que foi feito apenas um rearranjo dos diferentes tipos de transferências, mas, na verdade, houve também uma maior flexibilização no uso, na medida em que, com exceção do bloco de assistência farmacêutica, poderá haver transferência de recursos de uma atividade para outra, no mesmo bloco. Essa faculdade, sem dúvida alguma, confere mais autonomia ao gestor local.

⁴ IPEA: Políticas Sociais – acompanhamento e análise nº14, 2007.



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

Os recursos destinados a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. A portaria nº 204/GM prevê a possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento. Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica, entretanto, devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao próprio bloco.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Além disso, os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento também poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo, nesse caso, ser aplicados exclusivamente em conformidade com o respectivo ato normativo.

Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados observando sua vedação quanto ao pagamento de:

- Servidores inativos;
- Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- Pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- Obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

7.2. Indicadores de Saúde em Pernambuco

O Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se com o desafio de implementar a atenção à saúde com qualidade. Nesta perspectiva as ações de monitoramento e avaliação constituem-se em ferramentas para aprimorar o sistema, pois permitem o conhecimento situacional, informam resultados e apontam necessidades de mudanças.

A construção de uma metodologia avaliativa para acompanhar as políticas e programas se faz necessária, para aprimorar o sistema. Com este objetivo o Ministério da Saúde, através do Componente III do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF busca a **institucionalização das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica pelas Secretarias Estaduais de Saúde.**



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

Portanto, o monitoramento e avaliação chega até nós como a “terceira onda” do SUS, após conquistar o estamento da legalidade (primeira onda), através da Constituição e Leis Orgânicas, como resultado do movimento sanitário brasileiro; e da regularização da descentralização, das formas de financiamento e proposição de um “modelo” de atenção/assistência à saúde (segunda onda), que foi explicitado inicialmente na NOB/ 96 e agora com a Política Nacional da Atenção Básica e do Pacto pela Vida. Chegou enfim a hora da qualidade em todos os extratos do sistema, pois sabemos que qualificação não se faz sem monitoramento e avaliação.⁵

Os diversos Sistemas de Informações disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS permitem o acesso a um rico panorama das condições de vida e de saúde da população, no entanto, a utilização das informações em saúde para acompanhamento do que está sendo executado pelos diversos níveis de gestão é ainda incipiente, por falta de conhecimento de como “ler” e interpretar os dados e ausência de cultura institucional de avaliação. Assim sendo, pouco sabemos do "como estamos e onde vamos chegar" com nossas ações⁶.

Neste sentido, trazemos para este relatório uma sucinta avaliação de alguns indicadores de saúde, relativos à atenção básica, que dentro da pactuação existente no SUS, é de responsabilidade prioritária dos municípios

7.2.1. Mortalidade Infantil

Mortalidade infantil é terminologia empregada para designar todos os óbitos de crianças menores de 1 ano ocorridos em determinada área e em dado período de tempo (geralmente em um ano).

Seu instrumento de medida, utilizado como indicador de saúde, é o coeficiente de mortalidade infantil. O coeficiente de mortalidade infantil⁷ é um indicador muito usado na saúde pública por refletir as condições de vida de uma população, uma vez que a criança com menos de um ano é extremamente sensível às condições ambientais. Tal coeficiente é obtido mediante a divisão do número de óbitos de menores de 1 ano em dada área no período de um ano pelo número total de nascidos vivos na mesma área e durante o mesmo ano, multiplicando-se por cem, mil ou mesmo dez mil.

⁵ Vide *Monitoramento de Indicadores de Saúde: Uma Proposta Conceitual e Metodológica. Manual de Orientações Técnicas. Porto Alegre, Janeiro 2007*

⁶ Idem

⁷ O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos.



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

A mortalidade infantil pode ser avaliada não apenas através dos óbitos de crianças menores de um ano, mas também pelos seus componentes neonatais e pós-neonatais.⁸

Ao se comparar diferentes países, estudos comprovam que quanto melhor é o nível de saúde, tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais. Também está demonstrado que, para uma mesma região ou país, ao se organizar uma série histórica dos índices de mortalidade infantil desdobrados em seus componentes neonatais e pós-neonatais, a tendência melhora quando há um aumento progressivo da proporção de óbitos neonatais, cujas causas são de controle mais difícil e complexo.

A mortalidade neonatal está vinculada a fatores biológicos e de assistência intra-hospitalar (causas perinatais, anomalias congênitas ou de origem genética e outros). Portanto, sua redução é de custo elevado e está ligada a investimentos consideráveis destinados a fortalecer os serviços hospitalares de alta complexidade. Porém, em muitos países em desenvolvimento, ainda não se utiliza suficientemente a tecnologia básica preventiva que reduz a mortalidade neonatal.

As doenças infecciosas são as causas mais comuns de óbitos pós-neonatais (gastroenterites, infecções respiratórias, sarampo, pneumonia, desnutrição etc.), estando seu controle mais associado à melhoria das condições gerais de vida das populações do que os neonatais.

A mortalidade infantil reflete simultaneamente o grau de desenvolvimento sócio-econômico, e em grande medida a qualidade da atenção básica do sistema público de saúde, prestada massivamente pela rede de assistência municipal. Ela estabelece a exigência de que os serviços básicos de saúde sejam mais acessíveis e eficientes em locais onde as condições sócio-econômicas aumentam os riscos de uma população já exposta.

É necessário, então, levar em consideração não somente a melhoria geral do estado de saúde, mas também a redução de riscos de adoecer. Implica, no mínimo, tornar mais acessíveis também o acesso à água potável, ao saneamento básico e recolhimento e tratamento do lixo, responsabilidades compartilhadas entre as três esferas de Poder.

Por todo o exposto, fica demonstrado que as tendências da mortalidade infantil são utilizadas como uma espécie de traçador⁹ da determinação social da saúde de um dado lugar.

⁸ Na mortalidade infantil neonatal incluem-se apenas os óbitos durante as quatro primeiras semanas (28 dias) de vida, ao passo que a mortalidade infantil pós-neonatal compreende os óbitos ocorridos no período após o 28º dia até o 12º mês de vida, antes de a criança completar 1 ano de idade. Um dos objetivos da subdivisão da mortalidade infantil em neonatal e pós-neonatal é o de permitir a avaliação do impacto das medidas adotadas no controle da mortalidade infantil.

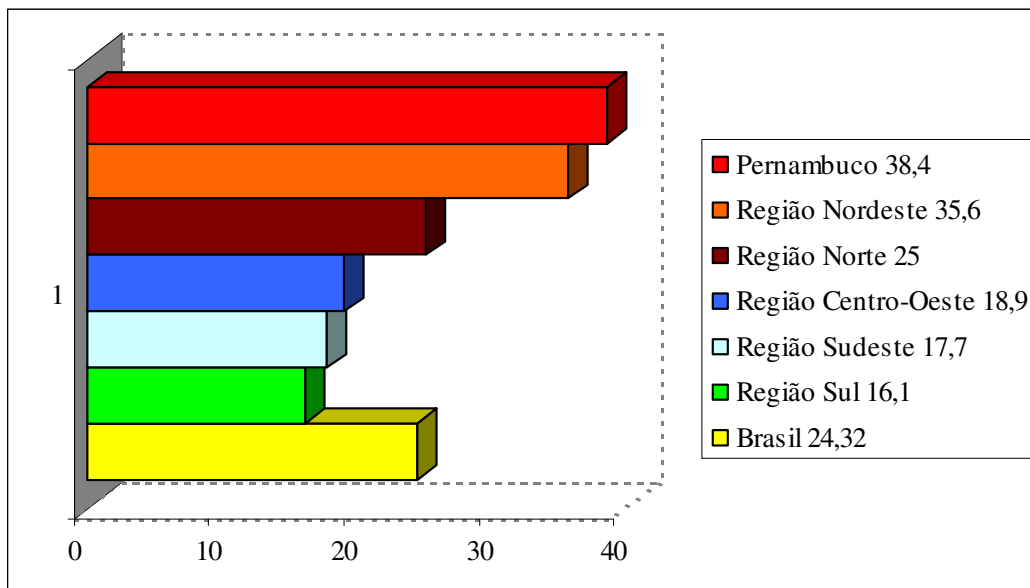


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

A abordagem aqui empregada para sua avaliação será predominantemente de natureza descritiva. Contudo, diversos elementos de diagnóstico e de crítica são trazidos porque ajudam a demarcar os desafios a serem enfrentados numa interpretação de conjunto dos determinantes da saúde no âmbito da unidade da federação Pernambuco.

Analisando a obra *Síntese dos Indicadores Sociais 2008: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verifica-se que o Estado de Pernambuco apresenta indicadores de saúde que demonstram a necessidade de uma maior atuação da esfera pública, especialmente municipal, mediante o necessário monitoramento estadual. Dentre esses indicadores, destacamos a taxa de mortalidade infantil. Da obra, trazemos para o corpo deste relatório alguns gráficos e tabelas, como segue:

Gráfico 1¹⁰



Fonte: IBGE: Síntese dos Indicadores Sociais 2008: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2008

Este gráfico permite constatar que o Estado de Pernambuco apresenta taxa de mortalidade infantil mais alta que a taxa registrada para a região Nordeste, e demais regiões brasileiras. Está, portanto, acima da taxa nacional, e bem distante das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Como já exposto, os principais determinantes (fatores de risco) da mortalidade infantil são aqueles que definem as condições de vida das famílias

⁹ Traçador é um termo proveniente das ciências biológicas, usado na epidemiologia e na avaliação dos serviços de saúde, para referir uma situação específica qualquer que funciona como “índice” da dinâmica geral de morbi-mortalidade ou das características dos serviços.

¹⁰ Comparativo dos respectivos coeficientes de mortalidade infantil entre Pernambuco, as Regiões do país e média nacional,



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

e crianças: condições de habitação, saneamento, renda e educação e ocupação (ausência de água encanada e tratada, moradia precária).

7.2.2. Pernambuco na Política Nacional de Atenção Básica

Sabe-se que, em regiões onde haja uma adequada política de atenção básica, os indicadores de saúde tendem a melhorar substancialmente. O Ministério da Saúde implementou sua Política Nacional de Atenção Básica com intuito de promover o seu fortalecimento no âmbito de todos os entes federados.

A avaliação está entre as Funções Essenciais da Saúde Pública (Organização Pan-Americana da Saúde, 2001)¹¹ e representa um dos principais pilares para construção e fortalecimento das políticas de saúde, criando e aperfeiçoando instrumentos e ferramentas para o monitoramento e avaliação dos serviços e práticas desenvolvidas no SUS.

O Ministério da Saúde publicou, em 2008, a obra intitulada Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Os quatro indicadores estudados nesta publicação foram:

- Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- Razão entre exames citopatológicos (cervicovaginais) em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e
- Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade.

Tais indicadores integraram, entre outros instrumentos, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e vêm sendo utilizados há alguns anos para monitoramento e avaliação desse âmbito de atenção.

O estudo dedicou-se à análise desses indicadores no período de cinco anos sucessivos, compreendidos entre 2002 e 2006, no contexto do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, considerando os resultados alcançados pelos Estados, apresentados por região.

Foram realizadas quatro abordagens de análise: comparação dos dados registrados no Sisacto¹² com os sistemas de informação em saúde disponibilizados pelo DATASUS, a evolução temporal dos resultados durante o período considerado, o

¹¹ Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). A saúde pública nas Américas: Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp). Brasília, 2001

¹² É um instrumento virtual de pactuação de indicadores, com resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso. Último ano com dados disponíveis para análise: 2006.



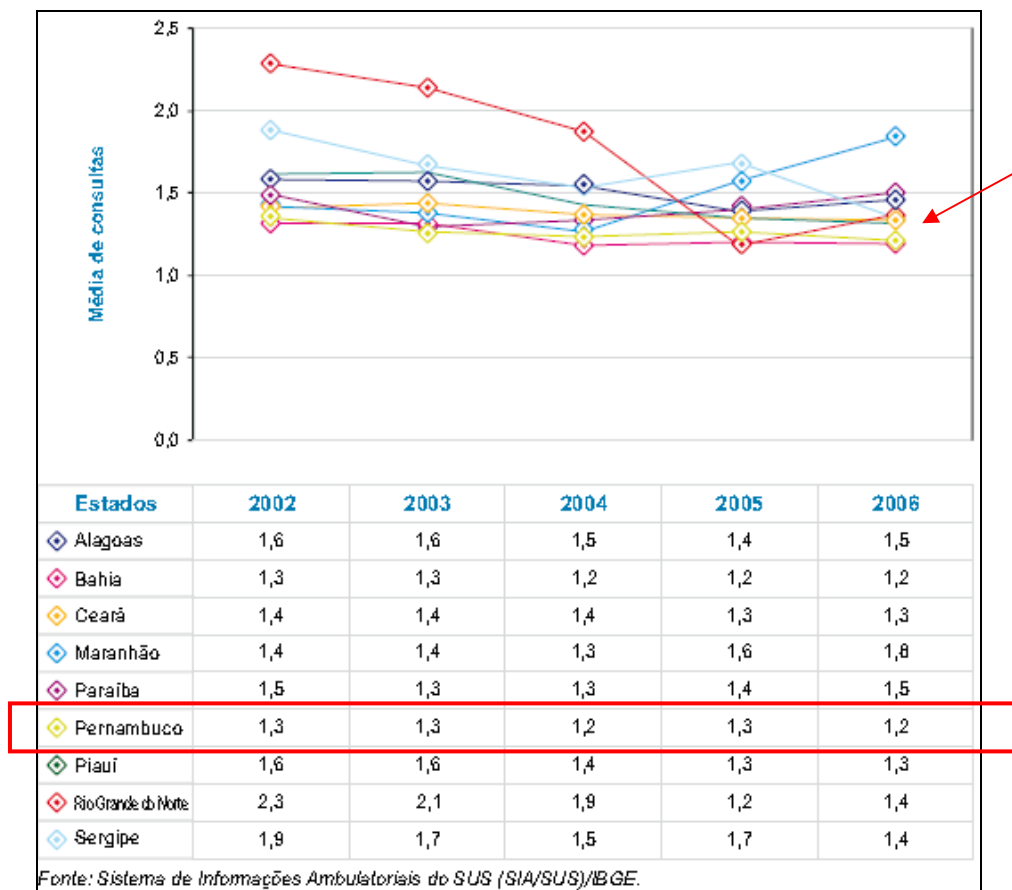
ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

percentual de alcance de metas por municípios e, finalmente, a comparação do resultado do estado com o parâmetro/ média nacional.

Os resultados são apresentados por região e, em cada uma, os indicadores foram analisados separadamente. Reproduziu-se, no corpo do nosso relatório, os principais achados deste estudo.

Nos gráficos 3 e 4 apresentados abaixo o estudo revela, em relação ao primeiro indicador, *média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas*¹³

Gráfico 3: Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas nos Estados da Região Nordeste nos anos de 2002 a 2006.



Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

Assim, vê-se que Pernambuco encontra-se numa posição desvantajosa quanto ao cumprimento de metas pactuadas pelos municípios, além de estar, em toda série histórica, em níveis abaixo do parâmetro nacional (1,5 consultas/ano). Ressalta-se

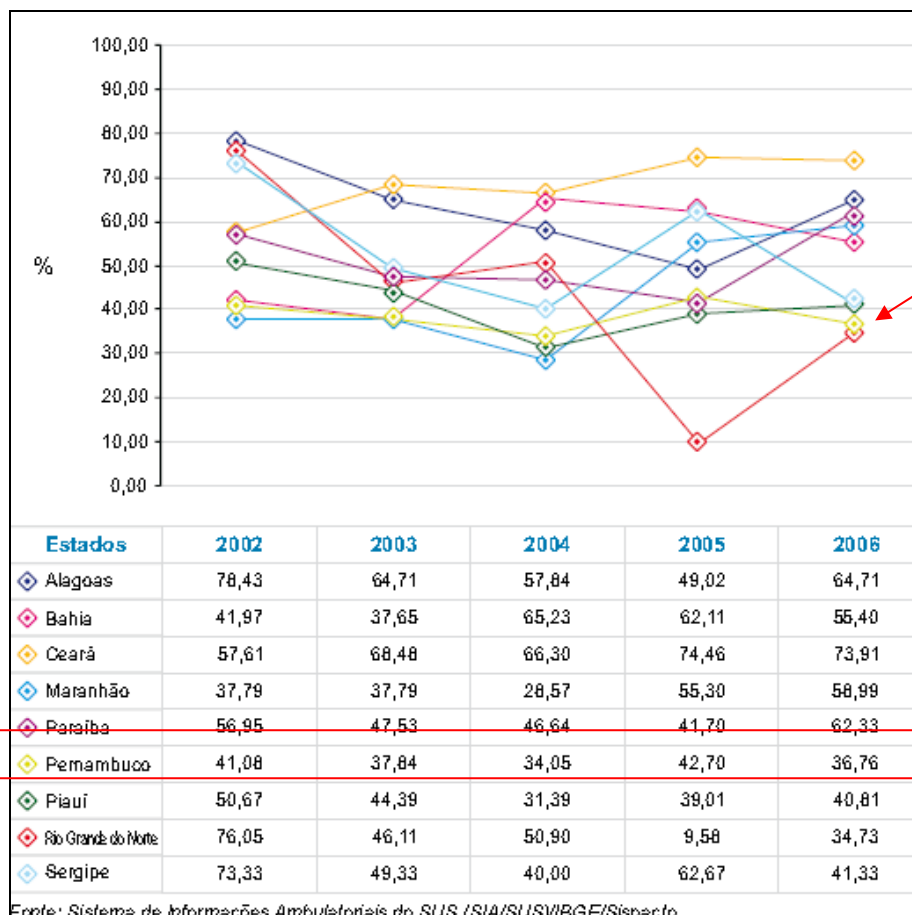
¹³ Parâmetro nacional: 1,5 consultas/ano



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

que a Organização Mundial de Saúde preconiza como parâmetro adequado 3,0 consultas/ano.

Gráfico 4: Percentual de municípios por estados da região Nordeste que atingiram a meta da média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas nos anos de 2002 a 2006.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS/VBGE/Sispacto).

Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

Nota-se que, em toda a série histórica, não houve o envolvimento necessário entre os municípios diante da pactuação firmada no âmbito do Estado de Pernambuco, no sentido de atingir a meta anual pactuada de consultas médicas nas especialidades básicas.

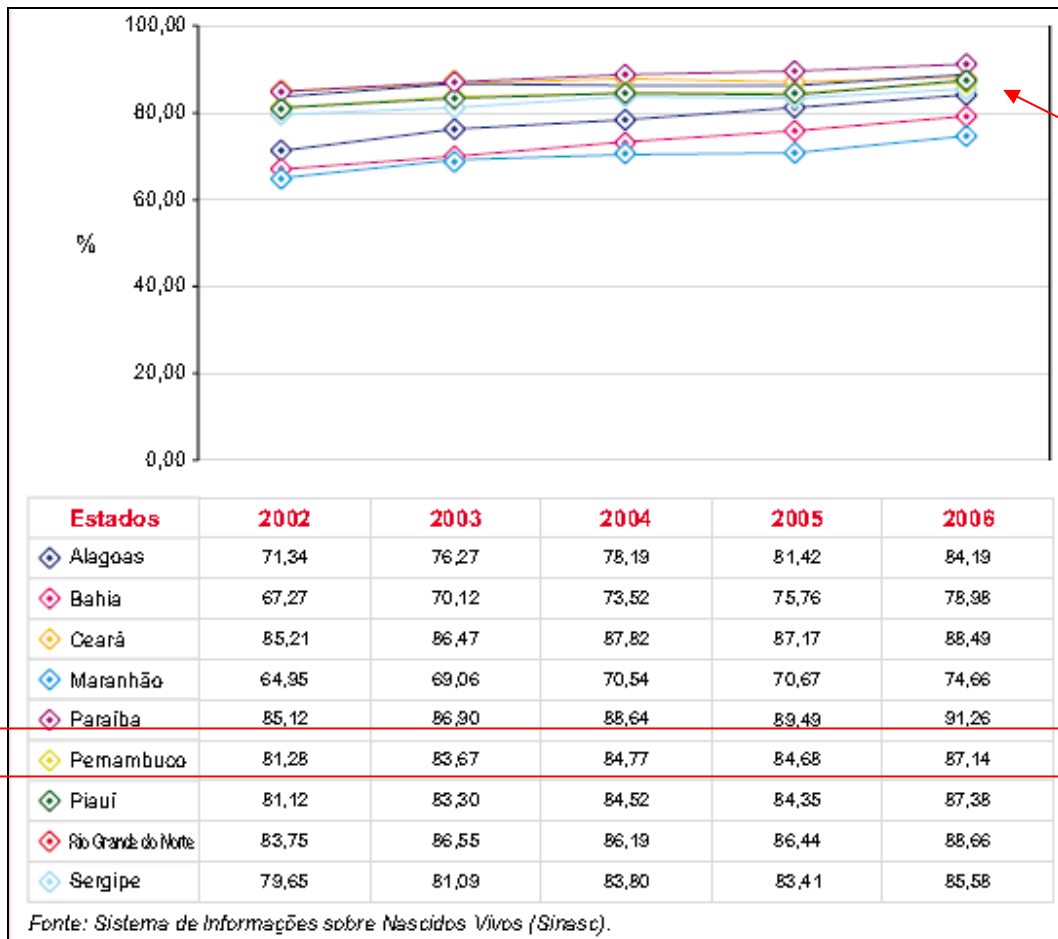
Diante dos resultados, como esse indicador reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual, conclui-se que os serviços da rede básica ofertados pelos municípios pernambucanos precisa receber uma atenção maior. Este resultado negativo implica, entre outras coisas, na consequente superlotação das unidades terciárias de saúde (hospitais públicos), em especial, nos setores de urgência/emergência.



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

Quanto ao Indicador *proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal*, o estudo revelou que, a despeito de uma melhora dos resultados globalmente em Pernambuco, não há uma adesão significativa dos municípios pernambucanos na busca do atingimento das metas pactuadas (ver gráficos 5 e 6 a seguir).

Gráfico 5: Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, nos anos de 2002 a 2006, na Região Nordeste.¹⁴



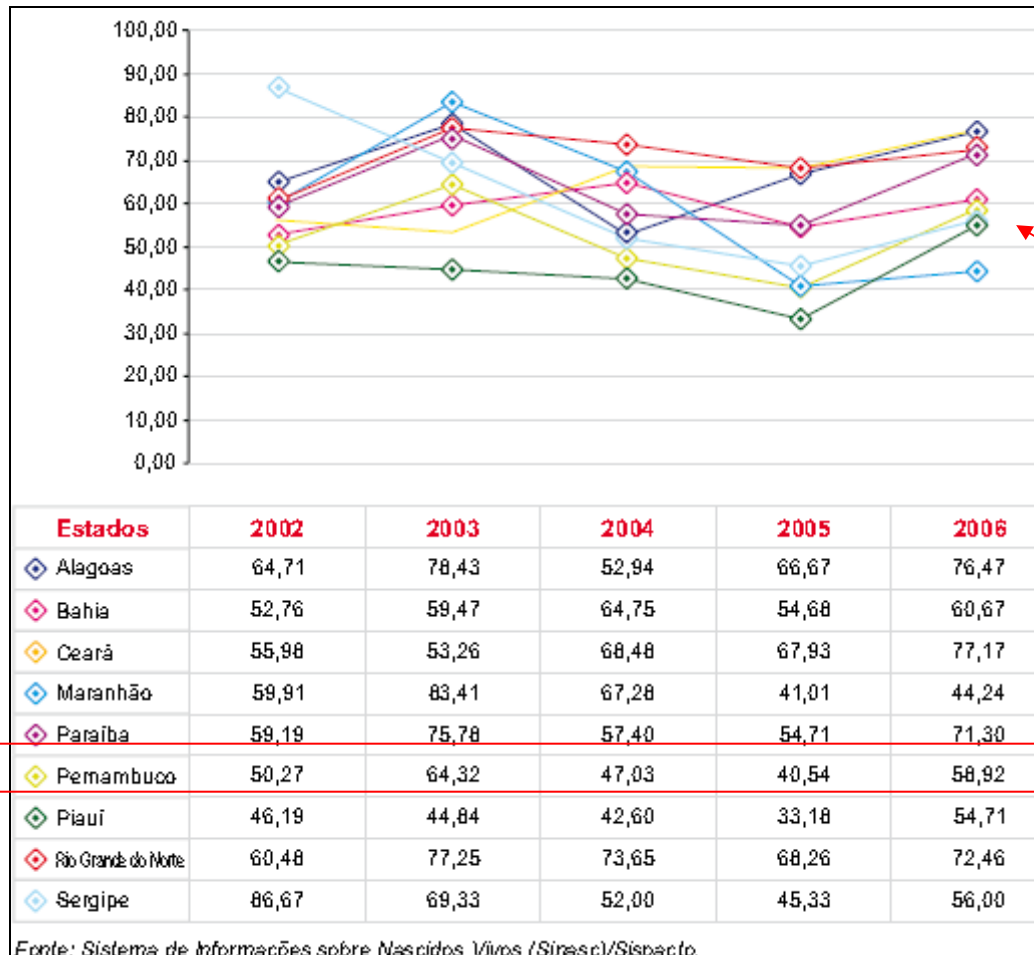
Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

¹⁴ Média nacional para o ano de 2006: 86,7%.



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

Gráfico 6: Percentual de municípios na Região Nordeste que atingiram a meta da proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal, nos anos de 2002 a 2006.



Fonte: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil; 2008.

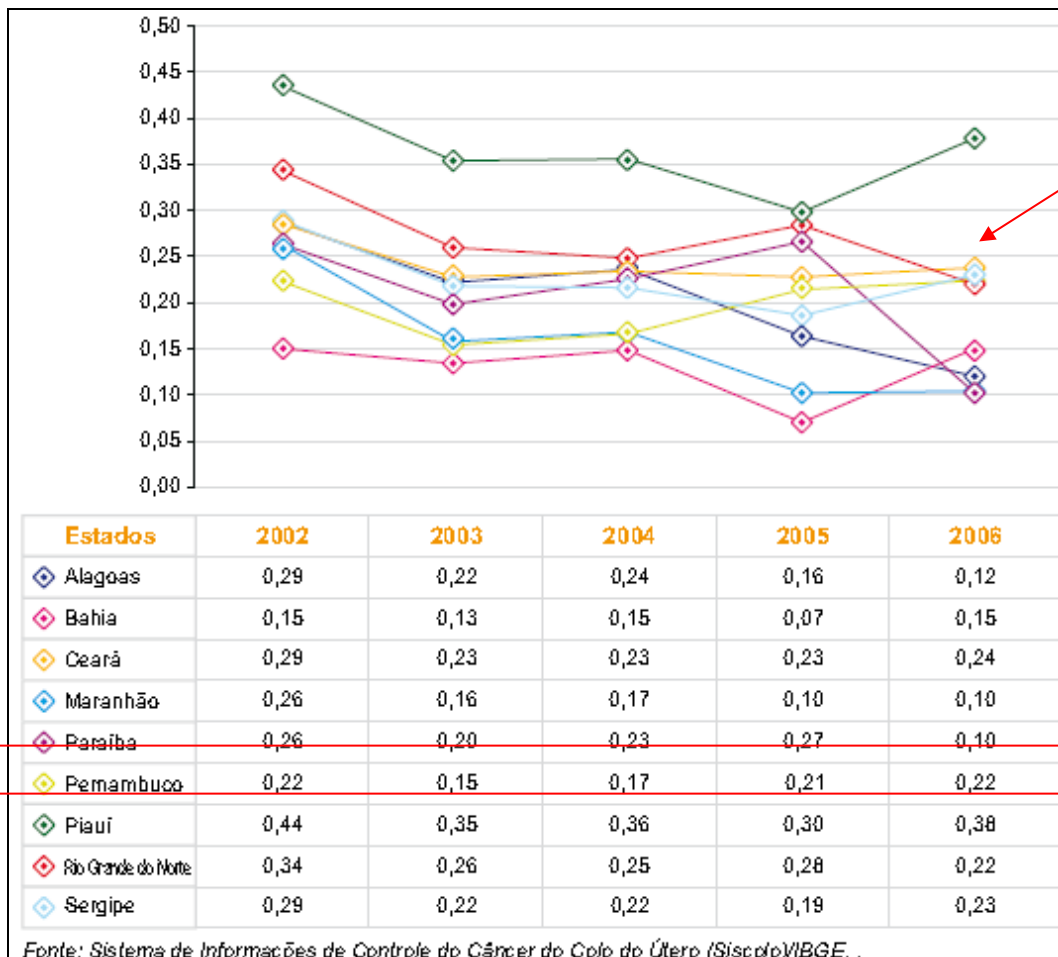
Como este indicador é utilizado para analisar a cobertura dos serviços de pré-natal, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais, além de subsidiar o planejamento e avaliação de políticas de saúde voltadas para a atenção integral à saúde da mulher; seu resultado revela, portanto, a necessidade do gestor estadual dedicar maior monitoramento também neste âmbito.

Os gráficos 7 e 8 ilustram os resultados do terceiro indicador avaliado, razão entre exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária:



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

Gráfico 7: Razão entre exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária, nos anos de 2002 a 2006, nos Estados da Região Nordeste.¹⁵



Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

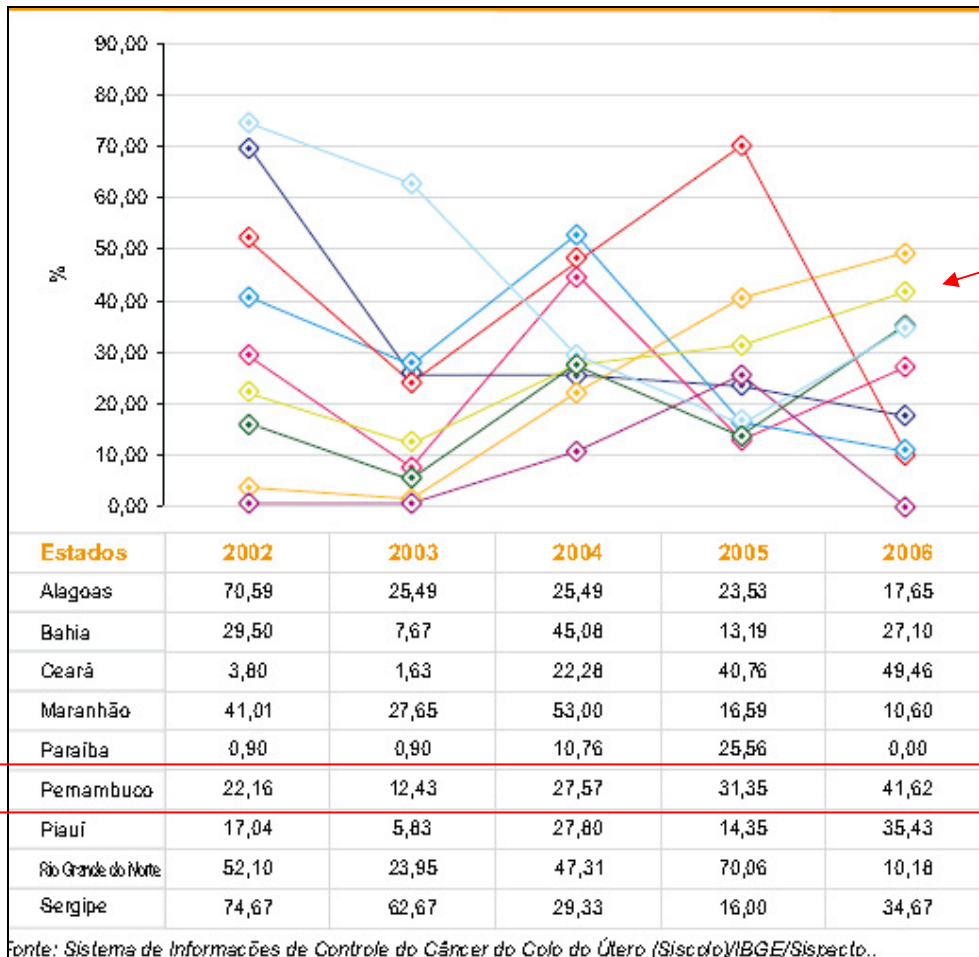
Os resultados apontam para um baixo comprometimento em todos os Estados nordestinos no que concerne à coleta de material cervico-vaginal para fins de investigação adequada de câncer do colo uterino, uma das principais causas de óbito por câncer em mulheres do país.

¹⁵ Parâmetro nacional: 0,3.



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

Gráfico 8: Percentual de municípios por estados da Região Nordeste que atingiram a meta da razão entre exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária, nos anos de 2002 a 2006.



Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

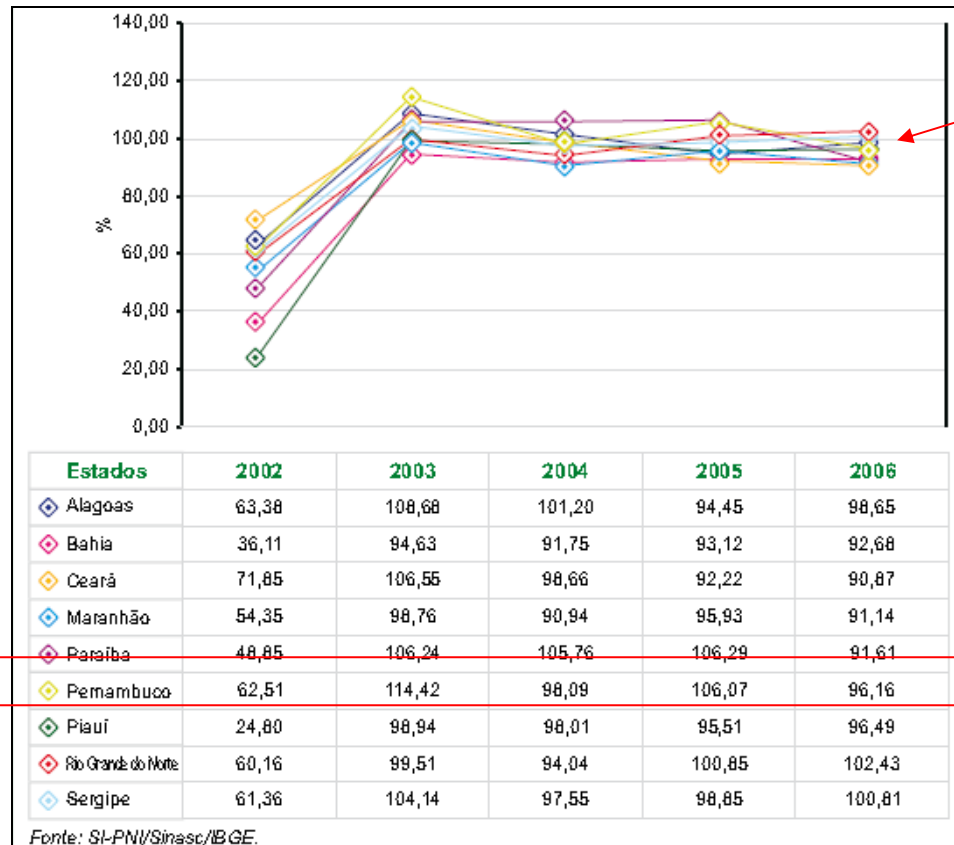
A despeito deste resultado negativo, percebe-se que o comprometimento dos municípios do Estado praticamente duplicou no período avaliado.

Quanto ao quarto indicador estudado, *cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade*, os gráficos a seguir revelam o expressivo aumento do percentual de crianças vacinadas no estado de Pernambuco:



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

Gráfico 9: Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade nos estados da Região Nordeste nos anos de 2002 a 2006.¹⁶



Fonte: Ministério da Saúde: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil;2008.

Esses parâmetros foram estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunizações – PNI, do Ministério da Saúde, seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde para manutenção de baixas incidências de doenças imunopreveníveis com a vacina tetravalente.

A vacina está diretamente associada ao controle da difteria, tétano, coqueluche e haemophilus B. A permanência de altas e homogêneas taxas, ao longo dos anos, possibilita a eliminação ou erradicação dessas doenças.

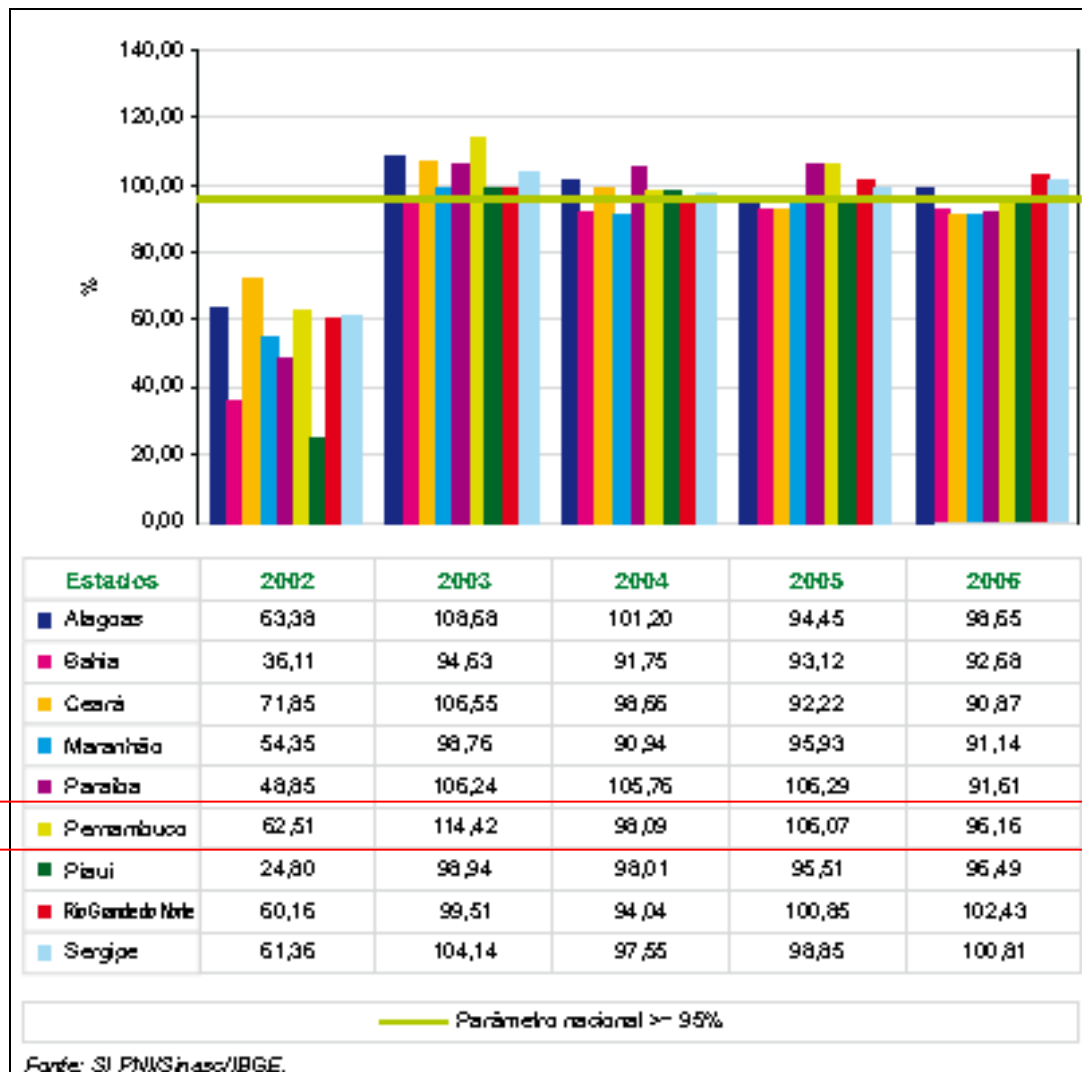
Nota-se que Pernambuco, desde 2003, conseguiu manter o seu indicador seguindo o parâmetro nacional.

¹⁶ Parâmetro nacional: $\geq 95\%$.



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

Gráfico 10: Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade nos estados da Região Nordeste nos anos de 2002 a 2006, comparada com o parâmetro nacional.



Fonte: Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil; 2008.

Para este indicador chama atenção o expressivo aumento de crianças vacinadas no estado de Pernambuco, a partir de 2003 e manutenção de elevadas taxas de vacinação de suas crianças.



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

7.3. Gestão da Saúde em Pernambuco

A Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de setembro de 2006, regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. O referido sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Municípios). Pressupõe, portanto, que cada esfera de governo realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais.

São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão. Estes instrumentos devem ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, observando-se os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

A Portaria em questão define o Plano de Saúde como instrumento básico que, em cada esfera de governo, norteia a definição da programação anual das ações e serviços a serem prestados. Define o Relatório de Gestão como o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Contudo, apesar de sua importância, a Secretaria de Saúde de Pernambuco não publicou, até a presente data, o Plano Estadual de Saúde referente ao período 2008-2011, tampouco o Relatório de Gestão com respectivos resultados das ações implementadas pela pasta.

7.3.1. Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde

Para inserir quais medidas prioritárias deveriam ser elencadas na PPA 2008-2011, as Secretarias de Saúde, de Planejamento e de Administração realizaram um estudo sobre a situação de saúde pernambucana, tendo o apoio das empresas Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) e a TGI Consultoria e Gestão INDG como consultoras contratadas .

O Termo de Referência assinado pela SES-PE para a realização do estudo de diagnóstico teve por objeto a contratação dos serviços de consultoria abaixo especificados:

- . Elaboração e apoio à implantação de Plano de Ação Emergencial;
- . Diagnóstico do Sistema de Saúde em Pernambuco e de sua Gestão;
- . Diagnóstico da Gestão dos Hospitais da Rede Estadual;
- . Elaboração de Programa de Gestão Documental para a Secretaria de Saúde;
- . Padronização de Insumos Farmacológicos;



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

- Concepção e Implantação de Política de Administração de Materiais para a Secretaria de Saúde
- Proposta de Modelo de Gestão da Saúde Pública em Pernambuco;
- Monitoramento da Implantação do Modelo de Gestão;

Dentre os produtos deste Termo de Referência, referimos o documento denominado *Estratégia para a Saúde em Pernambuco 2008-2010*. Nas medidas prioritárias lá elencadas encontra-se a *Implantação de um Novo Modelo de Gestão na Secretaria de Saúde*.

A Secretaria passou a ser dividida em seis Secretarias Executivas: *de Coordenação Geral, de Administração e Finanças, de Regulação em Saúde, de Vigilância em Saúde, de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde*. Foram criados 11 Comitês Técnicos, cada um assumindo responsabilidade de levantamento de dados e proposição de ações relativos à sua área de atuação. São eles:

- Urgência e Emergência
- Redução de Mortalidade Materna e Infantil
- Controle de DST/AIDS
- Combate à Dengue
- Controle da Tuberculose
- Eliminação da Hanseníase
- Acidentes, Violência e o Setor Saúde
- Combate ao Câncer de Mama e de Colo de Útero
- Combate à Hipertensão e ao Diabetes
- Terapia Intensiva
- Medicamentos Especiais

O item 4.3 do Termo de Referência intitulado *Alternativa de Modelos de Gestão Hospitalar* apresenta como objetivos específicos:

- 1) Análise dos diversos arranjos institucionais passíveis de aplicação para a gestão hospitalar pública, que poderão servir de base para o modelo a ser implantado nos principais hospitais do Estado;
- 2) Identificação das vantagens e desvantagens de aplicação dos modelos analisados, tendo em vista a realidade caracterizada no diagnóstico.

Deste trabalho, *Estratégia para a Saúde em Pernambuco 2008-2010*, surgiu a proposta de Projeto de Lei autorizando o Governo do Estado a criar as Fundações Públicas de Direito Privado para os serviços de saúde.



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

7.3.2. Fundações Públicas de Direito Privado

Dentre os serviços que incumbem aos órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de Saúde estão os serviços hospitalares, hoje, um dos grandes desafios do sistema público de saúde no que se refere principalmente à sua gestão.

O Governo de Pernambuco, por meio da Lei Complementar nº 126, de 29 de agosto de 2008 estabeleceu critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais de Direito Privado e definiu a área de sua atuação, na forma do artigo 37, XIX, da Constituição Federal. Em seu art. 1º, a Lei autoriza sua atuação nas áreas de saúde e de educação profissional e tecnológica.

Estas fundações estatais, na forma da LCE nº126/08, gozam de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, com patrimônio e receitas próprias, e integram a administração pública indireta, vinculando-se ao órgão da administração direta competente para gerir a política pública da respectiva área de atuação. Elas podem celebrar contrato de gestão com o Poder Público, na forma prevista no artigo 37, § 8º, da Constituição Federal. Segundo o artigo 6º, os objetos destes contratos de gestão podem ser: a contratação de serviços e/ou fixação de metas de desempenho para a entidade.

As diretrizes que devem ser observadas quando da criação do seu estatuto estão expostas no artigo 4º da LCE nº 126/08:

Art. 4º A lei autorizativa de criação da fundação estatal de direito privado disporá pormenorizadamente sobre seu regime jurídico e indicará as bases do seu estatuto, observadas as seguintes diretrizes:

I – admissão dos empregados mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, sujeitando-se ao regime da Consolidação da Legislação Trabalhista-CLT;

II – sujeição às regras gerais estabelecidas para as licitações e contratos fixadas pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e alterações, podendo elaborar regulamento próprio nos termos do artigo 119 da citada Lei;

III - sujeição às regras de contabilidade estabelecidas para as empresas estatais, até que seja editado regulamento próprio, nos termos da legislação pertinente.

§ 1º O Estado e seus entes da Administração direta ou indireta poderão colocar servidores à disposição da fundação estatal, conforme estabelecer a lei que autorizar sua criação.

§ 2º As fundações estatais estarão sujeitas à fiscalização do sistema de controle do Poder Executivo, do Tribunal de Contas do Estado e do Ministério Público Estadual.

§ 3º A fundação estatal de direito privado que atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde obriga-se a observar seus princípios e diretrizes, previstos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.



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

Duas semanas depois, por meio da Lei Ordinária nº 13.537, o Poder Executivo autorizou a instituição da primeira fundação pública, com personalidade jurídica de direito privado, Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro, sem fins lucrativos, de duração indeterminada, com sede e foro na Capital e competência para atuação em todo o território do Estado de Pernambuco.

A Fundação Estadual de Assistência Hospitalar Josué de Castro tem como finalidade: supervisionar, executar e prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar e ambulatorial, ao Poder Público, em especial à SES, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Pernambuco, podendo desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área de saúde. A definição das unidades hospitalares e dos serviços médicos vinculados à SES que serão transferidos à Fundação far-se-á de modo gradativo, mediante Decreto do Governador.

Como Fundação Estatal, estará sujeita à fiscalização do sistema de controle interno do Poder Executivo, do Tribunal de Contas do Estado e do Ministério Público Estadual. Contudo, seu Estatuto ainda não foi aprovado por decreto do Governador até a presente data.

7.3.3. Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS)

O governo do Estado de Pernambuco anunciou, em agosto de 2008, uma série de medidas para conter o problema de superlotação nos grandes hospitais da região metropolitana. Uma delas, apresentada como medida prioritária, foi a construção de 29 Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), - centros de urgência para procedimentos clínicos, pediátricos e traumatológicos – que se somariam às unidades que compõem o sistema único de saúde.

Outros pontos relevantes como o controle de horário, com instalação de relógio de ponto e pagamento por produção, também ainda dependiam da finalização das negociações com as entidades médicas, para desenhar a nova lei de produtividade.

Há previsão no PPA, para até 2010, serem implantadas 29 UPAs. Na RMR, serão seis unidades na capital, duas em Jaboatão dos Guararapes e uma em Olinda, Paulista, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho e Abreu e Lima. No interior, cada uma das 11 microrregiões será contemplada com pelo menos uma UPA. Analisando o PPA, vemos que, depois de concluir as cinco primeiras unidades, o Estado planejou a implantação de outras oito a cada semestre. No entanto, até o presente momento, nenhuma UPA foi inaugurada.

Em tese, os pacientes podem ser tratados e liberados, permanecer em observação por até 48 horas ou ser removidos para um hospital, em casos de natureza cirúrgica ou trauma. Nessas situações, as UPAs fazem o primeiro atendimento, a estabilização e o diagnóstico que vai definir a necessidade de encaminhar o paciente para hospitais de maior complexidade.



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

7.4. O Plano Plurianual e Algumas Ações de Consolidação do SUS

O ano de 2007 foi marcado pelo encerramento da vigência do Plano Plurianual 2004/2007 e pela elaboração do novo PPA referente ao período 2008-2011, o qual estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública estadual para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada, conforme determina o § 1º, do Art. 123, da Constituição do Estado de Pernambuco.

Conforme proposta apresentada pela SES-PE em parceria com as empresas de consultoria Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG) e da TGI Consultoria e Gestão, o novo modelo de planejamento implementado, alterou substancialmente a organização do planejamento e do orçamento, incorporando práticas de gestão, tendo a figura do PROGRAMA, como referência básica para a gestão orientada por resultados.

O Governo de Pernambuco revela no PPA 2008-2011 (p.79):

Os indicadores de saúde pública indicam a necessidade de realizar investimentos significativos nessa área. Além disso, saltam aos olhos as desigualdades regionais, deficiência no próprio sistema de saúde pública e a grande disseminação infectocontagiosa, nas regiões de grave precariedade das condições de saúde. O desafio que se apresenta consiste em melhorar a qualidade de vida dos pernambucanos na área da saúde, realizando significativos investimentos e corrigir as grandes desigualdades regionais.

Em seguida expõe, em linhas gerais, que as prioridades nesta área foram destacadas no *Saúde Para Todos*. Trata-se de uma de suas Diretrizes Gerais, mais especificamente presente no Eixo Prioritário 1, o qual recebe a denominação *Democratização do Estado (Estado-Cidadão)*.

O *Saúde Para Todos* elenca vários programas, ações e finalidades que, em síntese, visam:

- Ampliar, Modernizar e Qualificar Redes Assistenciais;
- Atender à Demanda de Procedimentos Hemoterápicos no Interior do Estado;
- Atender a Pacientes Hematológicos e Realizar Procedimentos Hemoterápicos;
- Consolidar e Fortalecer as Políticas de Saúde;
- Consolidar os Princípios Éticos e Organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Efetivar a Participação e o Controle Social;
- Expandir e Melhorar os Serviços de Assistência à Saúde;
- Formular, Implementar, Coordenar e Monitorar a Política Pública de Saúde da SES;
- Implantar Nova Política de Assistência Farmacêutica;
- Implementar e Fortalecer as Ações de Vigilância.

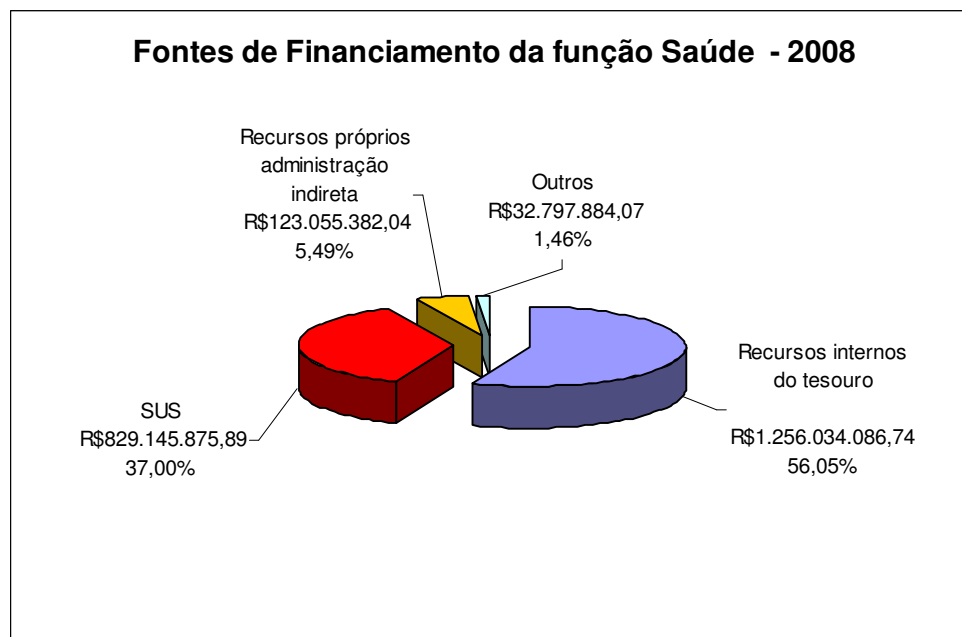


ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

7.5. Análise dos gastos na Função Saúde

A função Saúde na LOA 2008 estava orçada em R\$ 1.956.162.000,00. Analisando o Balanço Geral 2008 constata-se que foi realizado R\$ 2.241.033.228,74. Assim, tem-se que foi destinado à saúde 14,56% a mais do que o inicialmente previsto. O Gráfico 11 apresenta como principais fontes de financiamento da Saúde: Recursos internos do tesouro, SUS e Recursos próprios administração indireta.

Gráfico 11



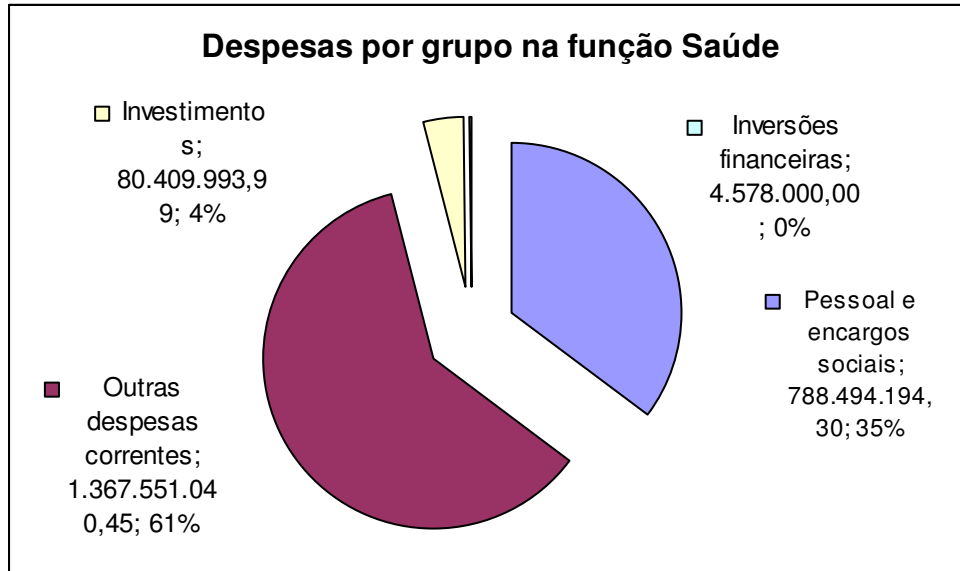
Fonte: Balanço Geral do Estado 2008

Assim, têm-se que, do total de recursos que Pernambuco destinou para a Saúde, em torno de 60% foram oriundos de Recursos próprios (do tesouro e da administração indireta). Isto corrobora os achados divulgados pelo estudo do IPEA apresentado sucintamente no item 6.1. Deste montante, os grupos que mais receberam recursos foram: Outras Despesas Correntes e Pessoal e Encargos Sociais (vide gráfico 12).



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

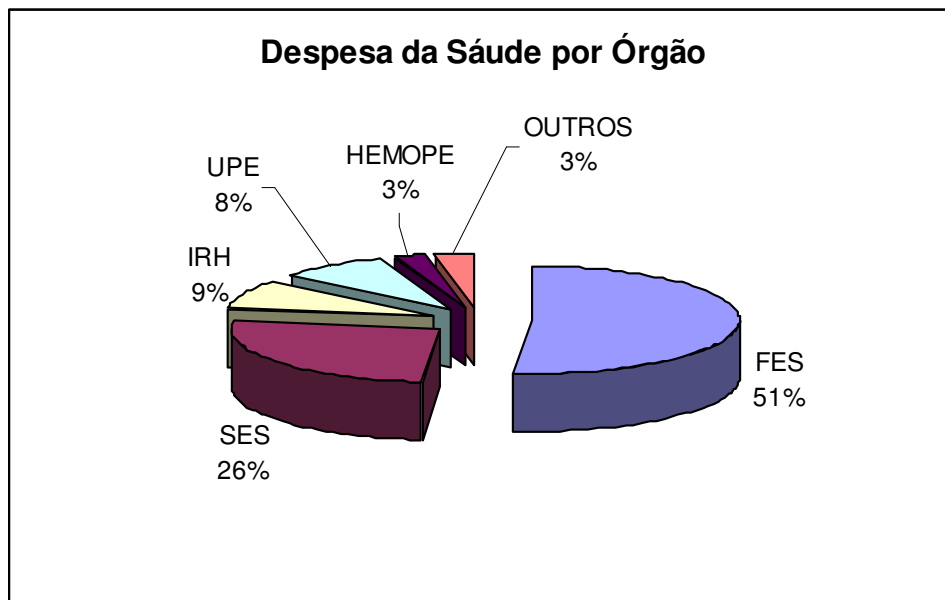
Gráfico 12



Fonte: Balanço Geral do Estado 2008

Os Órgãos que mais receberam recursos da Saúde foram o Fundo Estadual de Saúde (FES), Secretaria de Saúde (SES), Instituto de recursos Humanos (IRH) e Universidade de Pernambuco (UPE), conforme exposto o Gráfico13:

Gráfico 13



Fonte: Balanço Geral do Estado 2008



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

Do montante destinado à Saúde, as Sub-funções 302 – *Assistência hospitalar e ambulatorial* e 126 – *Tecnologia da Informação* foram as que receberam mais recursos: em torno de 75% do montante empenhado. A Tabela 3 revela o montante destinado à função Saúde por sub-função:

Tabela 3. Total empenhado na Função 10 - Saúde em 2008

Em R\$ 1,00

Código	Subfunção	Total empenhado	%
302	Assistência hospitalar e ambulatorial	931.185.417,88	41,55
126	Tecnologia da informação	746.394.100,22	33,31
122	Administração geral	224.070.213,78	10,00
846	Outros encargos especiais	142.625.676,40	6,36
303	Suporte profilático e terapêutico	139.982.569,40	6,25
301	Atenção básica	33.472.690,88	1,49
305	Vigilância epidemiológica	12.553.977,89	0,56
421	Custódia e reintegração social	3.419.623,62	0,15
243	Assistência à criança e ao adolescente	1.951.648,39	0,09
304	Vigilância sanitária	1.590.835,26	0,07
128	Formação de recursos humanos	1.541.508,66	0,07
306	Alimentação e nutrição	1.465.917,40	0,07
125	Normatização e fiscalização	447.203,02	0,02
121	Planejamento e orçamento	260.575,05	0,01
131	Comunicação social	51.292,54	0,00
124	Controle interno	12.425,25	0,00
571	Desenvolvimento científico	7.553,10	0,00
	Total função saúde	2.241.033.228,74	100,00

Fonte: Balanço Geral do Estado 2008

A Sub-função 302 - *Assistência hospitalar e ambulatorial* foi responsável isoladamente por 44% dos recursos aplicados na Saúde: R\$ 931.185.417,88. A tabela 4 apresenta os programas para onde a maior parte dos recursos foram destinados.

Tabela 4. Total Empenhado na Sub-função 302 por Programa

Em R\$1,00

0278- Gestão da política de saúde do Estado	460.950.421,17
0141- Atendimento à saúde dos servidores beneficiados pelo SASSEPE	197.063.520,25
0061- Promoção da saúde	142.533.073,69
0486- Modernização das estruturas físicas da rede assistencial de saúde do estado e municípios	58.525.126,65
0173- Assistência médica e social	51.829.517,73

Fonte: Balanço Geral do Estado 2008



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

Ao se proceder análise dos dados de internação hospitalar gerados por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), elaborado pelo Ministério da Saúde, vê-se que 271 hospitais foram credores dos recursos do SUS em 2008. O montante alocado foi de R\$ 367.014.866,15. Os dez hospitais que mais receberam recursos foram¹⁷:

Tabela 5

Em R\$ 1,00

Hospital	Valor total transferido em 2008
Imip	34.268.960,13
Hospital da Restauracao	24.533.498,03
Hospital Portugues	15.648.326,79
Hospital Agamenon Magalhaes"	14.390.798,03
Procape"	13.363.750,92
Hospital Oswaldo Cruz"	12.535.070,75
Hospital Geral Otavio de Freitas"	11.737.184,89
Hospital das Clinicas"	10.833.721,93
Hospital Getulio Vargas"	10.292.442,53
Hospital Barao de Lucena"	10.139.403,83
Total	157.743.157,80

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/DATASUS/MS

Nota-se que todos os hospitais estão situados na região metropolitana do Recife. Destes, dois fazem parte da rede assistencial complementar do Estado de Pernambuco: Imip e Hospital Português. Não obstante eles compõem a rede complementar são responsáveis pelo recebimento de R\$ 49.917.286,92, ocupando o primeiro e terceiro lugar respectivamente no quesito hospitais que mais receberam recursos financeiros. Este valor corresponde ao volume de recursos destinados a quatro hospitais que compõem a rede própria estadual: Hospital Barão de Lucena, Procape, Hospital Oswaldo Cruz e Hospital Geral Otávio de Freitas

Retornando à Tabela 3 do relatório chama atenção o expressivo montante destinado à sub-função Tecnologia da Informação: R\$ 746.394.100,22. Os programas que mais receberam recursos em 2008 nesta Sub-função foram *0524- Modernização e Monitoramento do Processo de Gestão em Saúde*, R\$ 742.016.723,09; e *0513- Fortalecimento, Estruturação e Gestão das Vigilâncias Sanitárias*, R\$ 301.180,98.

Dado o volume expressivo de recursos destinados ao programa 524 - *Modernização e monitoramento do processo de gestão em saúde*, R\$ 742.016.723,09, buscou-se o seu detalhamento na LOA 2008.

Trata-se de um Programa vinculado à sub-função *Tecnologia da informação*, tendo como objetivo: *Implementar o modelo de gestão em saúde e modernizar a Rede de Referência Estadual e Municipal*. Constituem este Programa:

¹⁷ Utilizou-se o extrator de dados do programa TAB para Windows (TabWin), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS)



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

Tabela 6. Projetos e Atividades componentes do Programa 524

Projeto	Finalidade
00208.101220524.2129 – Modernização da Gestão da Rede de Referência Estadual e Municipal	Adequar a rede de serviços estaduais de assistência às novas tecnologias na área de saúde; Promover a integração dos processos de comunicação dos sistemas informatizados e o controle de dados das informações geradas.
00208.101220524.2134 – Fortalecimento da Estrutura Organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, Gerências Regionais de Saúde e Unidades Hospitalares	Adequar a estrutura da Instituição a partir da implantação de um modelo de gestão eficiente, eficaz e efetivo.
Atividade	Finalidade
00208.101220524.2138 – Implementação da Política de Monitoramento da Assistência de Média e Alta Complexidade	Monitorar os indicadores de acompanhamento da assistência de média e alta complexidade definidos em portarias ministeriais, visando otimizar o acesso e qualificar os serviços de saúde ofertados.
00208.101250524.2152 – Fortalecimento do Componente Estadual de Auditoria do SUS	Otimizar as ações de auditoria do SUS e apoio técnico ao sistema municipal de saúde.
00208.101310524.2153 – Implementação do Serviço de Ouvidoria da SES	Agilizar o processo de comunicação entre o cidadão e o serviço público, quando da necessidade de se prestar uma ocorrência seja ela reclamação, denúncia ou elogio, servindo de indicadores no intuito de melhorar os serviços de saúde pública no Estado.
00208.101240524.2156 – Fortalecimento do Sistema de Controle e Avaliação do SUS	Melhorar a qualidade da assistência à Saúde, otimizando recursos e adequando a oferta de ações e serviços.
00208.101250524.2157 – Implementação do Complexo Regulador do SUS/PE	Contribuir com a garantia ao acesso organizado dos usuários do SUS de forma universal, descentralizada e equânime na assistência ao parto, nas transferências inter-hospitalares das grandes emergências e na assistência em terapia intensiva
00208.101260524.2157 – Processamento das Informações dos Sistemas Ambulatorial e Hospitalar para Garantia dos Procedimentos de Média e Alta Complexidade	Garantir a execução dos procedimentos de média e alta complexidade pelas unidades de saúde sob gestão estadual, para atendimento às necessidades de saúde da população

Fonte: Balanço Geral do Estado 2008

Analisou-se no e-fisco, o detalhamento de recursos financeiros liquidados em 2008 no Programa 0524. Constatou-se que R\$ 740.355.057,29, ou seja, 99,77% do total destinado ao Programa foram destinados à *Atividade 2159 Processamento das Informações dos Sistemas Ambulatorial e Hospitalar para Garantia dos Procedimentos de Média e Alta Complexidade*.

Evidenciou-se incompatibilidade entre a natureza das despesas liquidadas e a Atividade orçamentária escolhida, destinada ao Processamento das Informações dos Sistemas Ambulatorial e Hospitalar para Garantia dos Procedimentos de Média e Alta



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

Complexidade, vinculada à Sub-função *Tecnologia da Informação*, conforme demonstrado na Tabela 8:

Tabela 7

Atividade	Sub-elemento	Descrição do Elemento	Valor liquidado
00208.101260524.2159 - Processamento das Informações dos Sistemas Ambulatorial e Hospitalar para Garantia dos Procedimentos de Média e Alta Complexidade.	33903950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	259.365.946,98
	33913950	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos E Laboratoriais - Oper.Intra-Orcamentarias	104.767.129,63
	33903941	Fornecimento de alimentação preparada	29.637.280,54
	33903009	Material Farmacologico	3.712.566,82
	33903004	Gás e Outros Materiais Engarrafados	3.044.840,17
	33904718	Contribuições Previdenciárias s/Serv.Terceiros-Pessoa Física e Cooperativas	2.133.339,92
	33903007	Gêneros de Alimentacao	1.750.791,29
	33909395	Outras Indenizacoes e Restituicoes	1.595.503,52
	33909293	DEA - Indenizacoes e Restituicoes	1.037.313,49
	TOTAL		

7.6. Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde

O Balanço Geral do Estado apresentou no Quadro 35 (páginas 419 e 420 do Balanço e fls. 204 e 204v do processo) Demonstrativo da Aplicação dos Recursos Destinados à Saúde correspondente ao exercício de 2008.

7.6.1. Na formação da Base de Cálculo:

O valor da base de cálculo apresentado no referido demonstrativo, R\$ 8.477.300.007,04, foi maior do que o exigido pela legislação pertinente, R\$ 8.476.899.401,65.

Tal fato ocorreu em razão das deduções apresentadas, R\$ 1.704.397.826,34, referentes às transferências tributárias aos municípios, terem sido computadas pelo valor efetivamente transferido, divergindo do valor obtido pela aplicação dos percentuais



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

relativos à participação dos municípios no ICMS (25%), IPVA (50%) e IPI (25%), que resultou em R\$ 1.704.798.431,73.

Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em 2008 foi de R\$ 2.119.224.850,41, menor do que apresentado no demonstrativo, R\$ 2.119.325.001,76.

7.6.2. Em Relação à Aplicação dos Recursos

- *Restos a Pagar não Processados*

Os valores constantes do demonstrativo referem-se às despesas empenhadas, que incluem os restos a pagar processados e os não processados. Os restos a pagar não processados são despesas empenhadas que não tiveram sua contraprestação de bens ou serviços reconhecida até 31 de dezembro (despesas não liquidadas). Os restos a pagar não processados, inscritos em 2008, corresponderam a R\$ 19.866.312,28

O valor demonstrado como aplicação incluiu os restos a pagar não processados inscritos ao final de exercício auditado, compensando essa inclusão com a dedução do montante de restos a pagar não processados inscritos no ano anterior e cancelados em 2008, baseado em orientações da Secretaria do Tesouro Nacional.

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

- *Ações não relacionadas à saúde*

A operação especial 0814 – *Devolução de Saldo de Recursos de Convênio do FES-PE*, no valor de R\$ 7.381.679,90, por dedução lógica não corresponde à aplicação direta de recursos, qualquer que seja o objetivo do convênio. Essas devoluções registradas na fonte “Recursos ordinários do Tesouro Estadual” não representam aplicação em ações de saúde;

Dessa forma, em 2008 o Governo do Estado de Pernambuco conseguiu alcançar o percentual exigido pela Constituição Federal, aplicando 14,66% dos recursos oriundos de impostos em ações de saúde, conforme demonstrado no quadro a seguir.



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

Tabela 9

Em R\$ 1,00

Total de aplicações (Demonstrativo)	1.267.017.047,36
(+) RPNP cancelados em 2008 (Demonstrativo)	1.175.750,63
(-)RPNP inscritos em 2008	19.866.312,28
(+) RPNP inscritos em 2007 e pagos em 2008	2.053.755,37
Sub total das aplicações (TCE)	1.250.380.241,08
(-) Ações não relacionadas à saúde	7.381.679,90
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.242.998.561,18
Base de Cálculo (TCE)	8.476.899.401,65
Total aplicado (entendimento do TCE)	1.242.998.561,18
% de aplicações (TCE)	14,66%

Fonte: Balanço Geral do Estado

Outro dado relevante refere-se aos valores apresentados como aplicados em algumas ações constantes do demonstrativo, referentes aos saldos do 96 (Repasse Financeiro), repassados como adiantamento aos Hospitais para posterior aplicação. Essas despesas só são efetivamente conhecidas após a sua aplicação pelas unidades receptoras, quando há a reclassificação para os subelementos adequados.

Chama-se atenção ao fato de que R\$ 116.073.357,53 apresentados no demonstrativo como aplicados, ficaram pendentes de prestação de contas¹⁸.

¹⁸ Dado extraído do e-fisco.