



## 7 Saúde

### 7.1 Sistema Único de Saúde (SUS) – Contextualização da Legislação

O SUS é um sistema único e público de saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8.080 e nº 8.142, ambas publicadas em 1990. O SUS se constitui em um 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.

Uma das exigências contidas nos instrumentos normativos do SUS diz respeito ao planejamento das ações. Quanto a esse aspecto define o art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.135, de 2013, são instrumentos básicos de planejamento do SUS, nas três esferas de gestão, o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O §1º do artigo supracitado determina que os instrumentos de planejamento devam compor um processo cíclico para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Cabe ressaltar a importância do plano de saúde como condição imprescindível para o repasse de recursos, visto que sua elaboração é exigência contida nas LOS, assim como nas portarias nº 204/2007 e nº 837/09 que regulamentam as transferências de recursos fundo a fundo. Ressalte-se que, o planejamento e o orçamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser elaborados de forma ascendente (do nível local até o plano federal), com financiamento decorrente das respectivas propostas orçamentárias. Nessas, deverão constar os recursos oriundos de fontes próprias, e aqueles transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS.

Em relação à obrigatoriedade instituída pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000 sobre o percentual mínimo de recurso público a ser aplicado por estados (12%) e municípios (15%), a Lei Federal nº 141/2012 regulamentou os valores a serem aplicados anualmente pelos entes federados, assim como estabeleceu normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. A lei em comento traz em seu artigo 3º as rubricas que são consideradas despesas com saúde e, em seu artigo 4º o que não pode ser gasto com recurso próprio para fins de comprovação do mínimo aplicado.

### 7.2 Cenário do SUS em Pernambuco

#### 7.2.1 Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão

O sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco – SES-PE traz no ícone intitulado “Informações de Saúde” o Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019<sup>1</sup>, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde – Resolução CES nº 664 de 15 de junho de 2016. Este documento traz em seu conteúdo análise situacional que engloba os seguintes aspectos:

---

<sup>1</sup> Consulta efetuadas no endereço eletrônico:  
[portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2016-2019.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf)



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

---

Perfil sociodemográfico e epidemiológico do estado; a situação da atenção à saúde; situação das políticas estratégicas e redes de atenção; situação do planejamento, gestão e regionalização; situação da gestão do trabalho e educação em saúde; e dos programas prioritários do governo. Encontra-se também inserido no referido PES 2016-2019 o mapa estratégico da SES-PE, diretrizes, objetivos estratégicos, ações e metas, critérios para monitoramento e avaliação do referido PES, e recomendações da 8ª Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni e do Conselho Estadual de Saúde.

A programação Anual de Saúde – PAS para o exercício de 2016 está disponível no sítio eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES-PE<sup>2</sup>. O referido instrumento apresenta as diretrizes e os objetivos do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 e suas respectivas ações e metas propostas para o ano de 2016. Serve de referência para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG).

O Relatório Anual de Gestão – RAG 2016 apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de metas e indicadores desta, orientando eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao PES 2016-2019 e às programações seguintes.

O referido relatório foi remetido eletronicamente a este Tribunal em março/2017 por ocasião da prestação de contas da Secretaria Estadual de Saúde, conforme estabelece o item 30 da Resolução TC nº 36 de 2016. A versão do RAG 2016 ainda não se encontra acessível em sítios eletrônicos do Governo do Estado.

Destaque-se, dentre as informações constantes do RAG 2016 recebido por este Tribunal, o item 5, que traz informações acerca da Execução da Programação Anual de Saúde e Pactuação da Saúde, a qual contempla, segundo a análise das diretrizes do PES 2016-2019, um total de 1.005 metas, distribuídas em meio a seis diretrizes. Cada diretriz contempla ações e estas abrigam as referidas metas. Em tais metas, o estado atribui os seguintes *status* de cumprimento: “executada”, “não executada” ou “executada parcialmente”.

Nesse contexto, o quadro abaixo resume o quantitativo em cada *status* acima descritos no âmbito de cada diretriz, a saber:

Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
1. Fortalecimento da Atenção Primária	164	02	64	230
2. Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado as ações de Média e Alta Complexidade	195	12	110	317
3. Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica	28	00	05	33
4. Desenvolvimento das Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde	49	19	37	105
5. Qualificação e inovação dos processos	152	10	149	311

<sup>2</sup> Consulta efetuada no endereço eletrônico: [portal.saude.pe.gov.br](http://portal.saude.pe.gov.br), no ícone “Informações em Saúde”/ “Programação Anual de Saúde”.



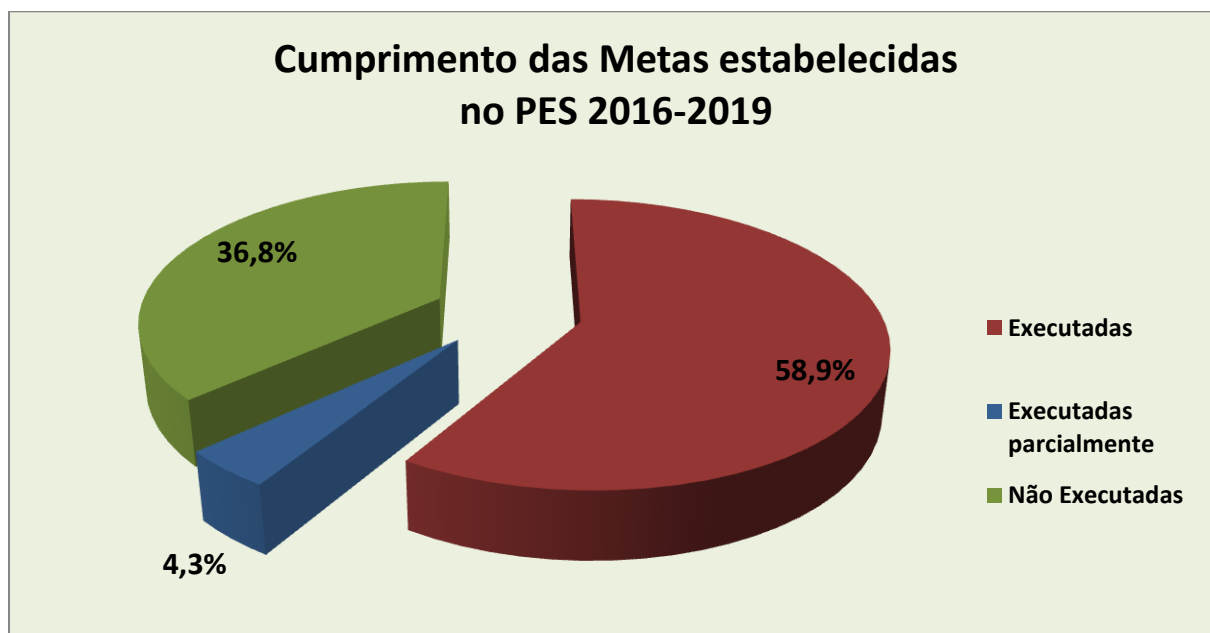
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Diretriz	Executadas	Executadas parcialmente	Não Executadas	Previstas
de Governança e Gestão Estratégica e Participativa na Saúde				
6. Ampliação dos Investimentos em Saúde	04	00	05	09
<b>Total</b>	<b>592</b>	<b>43</b>	<b>370</b>	<b>1.005</b>

**Fonte:** Relatório Anual de Gestão 2016 (Doc. nº 24, p. 11-20) e Anexo XIII – PAS 2016 – Análise de Execução das Metas (Doc. nº 25, p. 131-139)

**Nota:** Os totais divergem do gráfico demonstrativo do total de execução das metas apresentado no Anexo XIII – PAS 2016 (p. 138), já citado, visto que se verificou um equívoco no somatório das metas executadas parcialmente e não executadas da Diretriz 5, os valores somados o foram invertidos.

O gráfico a seguir apresenta uma posição acerca do cumprimento das metas do Plano Estadual de Saúde pelo estado:



**Fonte:** Relatório Anual de Gestão 2016 (Doc. 24 nº, p. 11-20) e Anexo XIII – PAS 2016 – Análise de Execução das Metas (Doc. nº 25, p. 131-139)

**Nota:** Os percentuais divergem do gráfico demonstrativo do total de execução das metas apresentado no Anexo XIII, já citado, visto que se verificou um equívoco no somatório das metas executadas parcialmente e não executadas da Diretriz 5, os valores somados foram invertidos.

São aplicáveis as seguintes considerações:

- a) A atribuição de status (“executada”, “não executada” ou “parcialmente executada”) é de autoria do próprio governo estadual;
- b) As metas com execução parcial (43) ou não executadas (370) tiveram suas justificativa ou reprogramações discriminadas no Anexo XIII desta Programação Anual de Saúde (PAS - 2016).



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

---

Quando buscamos construir um comparativo de cumprimento entre as metas, com base no maior quantitativo de metas executadas versus o total de metas por diretriz, assim como a menor quantidade de inexecução dessas metas, concluímos, com base nos dados e classificações fornecidas pelo estado, que a diretriz de maior cumprimento e menor percentual de inexecução é a 3 (Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica) e a de menor cumprimento e maior percentual de inexecução é a 6 (Ampliação dos Investimentos em Saúde).

A Portaria nº 2.135/2013, em seu art. 6º parágrafo § 1º, estabelece os itens que o RAG deve conter:

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - **as recomendações necessárias**, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Cumprindo observar, assim, que não foram evidenciadas no RAG de 2016 as “recomendações necessárias”, conforme estabelece o item IV da Portaria acima citada.

É necessário destacar que houve um empobrecimento do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 em relação ao Plano Estadual de Saúde 2012-2015, no que tange à definição de metas para as ações governamentais que pretendem realizar os diversos objetivos estratégicos pensados para o quadriênio.

O próprio PES 2016-2019 informa que:

As metas são expressões quantitativas de um objetivo/ação, que concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam o que, para quem, quando. PES 2016-2019 (pág. 33)

Entretanto, as metas definidas nesse Plano, de um modo geral, não quantificam adequadamente o que se pretende alcançar, do ponto de vista de resultados, como era mais visível no Plano anterior.

Tome-se como exemplo o caso das ações voltadas para fazer face à mortalidade materna. No PES anterior havia o objetivo estratégico: **Reduzir a taxa de mortalidade materna**. Este objetivo tinha como meta reduzir em 5% ao ano a mortalidade materna, bem como aprimorar os sistemas de informações para a vigilância do óbito de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbito materno atingindo respectivamente 75% e 100% de investigação destes óbitos.

Como se pode perceber a própria meta estava focada em resultados que pretendiam reduzir a mortalidade materna, com percentuais de redução devidamente quantificados.

Já no PES 2016-2019 observa-se o objetivo estratégico: **Fortalecer as ações da assistência ao ciclo gravídico puerperal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal**, que pretende “promover seminários regionais e municipais de sensibilização quanto às



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

---

questões de morte materna, em articulação com a sociedade civil, evidenciando as causas evitáveis e inevitáveis, bem como, realizar capacitações em investigação de óbito de mulher em idade fértil e óbito materno para profissionais da atenção primária.”.

As metas definidas para alcançar o objetivo proposto assemelharam-se mais a uma lista de tarefas, consistindo em: realizar seminários de atualização, elaborar projetos, implantar residência em enfermagem obstétrica, realizar capacitações.

É visível que tais metas, mesmo que cumpridas, não permitem a aferição de melhorias que efetivamente tenham contribuído com o combate à Mortalidade Materna e Perinatal, podendo produzir uma visão distorcida acerca do desempenho do estado nessa área.

Em outras palavras, metas de redução de mortalidade materna, com percentuais bem definidos, são mais ricas para o monitoramento do desempenho do estado nessa área específica do que metas de realização de eventos e capacitações diversas, que podem ou não produzir mudanças na realidade da saúde da população.

A crítica que aqui se faz não pretende cobrar que todas as metas definidas fossem desse tipo, focadas no resultado. Entretanto é difícil admitir que a grande maioria das metas definidas em um Plano quadrienal não apresente tais características.

Diante desse quadro, o Relatório Anual de Gestão (RAG) emitido pela Secretaria Estadual de Saúde, para o exercício de 2016 (ao contrário do que foi feito durante a vigência do PES 2012-2015) quando apresenta o quantitativo de metas executadas para cada Diretriz Estratégica, na verdade não está comunicando o impacto da ação pública pelo alcance dos objetivos definidos no PES 2016-2019, mas sim, de forma geral, acompanhando o processo de execução das ações e metas estabelecidas, ou seja, medindo esforços ao invés de resultados.

### **7.2.2 Monitoramento do Plano Estadual de Saúde - PES 2016-2019**

O Plano Estadual de Saúde (2016-2019) apresentou o seguinte macro objetivo estratégico: ampliar o acesso regionalizado à rede de atenção à saúde com qualidade e atendimento humanizado. Para tanto, organizou-se em seis diretrizes estratégicas.

Para cada diretriz estratégica são definidos objetivos, metas e indicadores, que deverão ser acompanhados a fim de verificar o desempenho das ações e serviços de saúde realizados.

O Monitoramento e Avaliação são parte de um ciclo que envolve todo o planejamento. O primeiro deles compreende o acompanhamento constante das metas e indicadores, que expressam as Diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período.

O segundo, o processo de avaliação, compreende a apreciação dos resultados alcançados, devendo contemplar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde promoveram ou não a melhoria das condições de saúde da população ao final de quatro anos. (PES 2016/2019, pág. 301)

Para realizar esse acompanhamento foram selecionados 41 (quarenta e um) indicadores de resultados pactuados pelo Estado, em conformidade com o Sistema de



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

---

Pactuação de Indicadores do SUS – SISPACTO, organizados de acordo com as Diretrizes e os Objetivos do PES 2016-2019.

A construção do PES 2016-2019 levou em consideração análise situacional que considerou, entre outros, os perfis sociodemográficos e epidemiológicos do estado. Essa análise destaca os principais desafios no atual contexto de saúde no estado:

O perfil epidemiológico demonstra avanços no combate às doenças negligenciadas, a partir do Programa SANAR, mas ainda há um grande esforço a ser feito, sobretudo em relação à esquistossomose, tuberculose e hanseníase. A dengue também se apresenta como desafio, junto com a chikungunya e a zika. E ainda, a sífilis na gestação e a congênita, relacionados ao parto e ao puerpério também permanecem como questões a serem priorizadas na intervenção governamental.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, ressalta-se o crescimento das internações por neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Destaca-se ainda, o crescimento da internação por causas externas nos últimos anos, que também é a principal causa de óbitos. Por fim, ressalta-se a persistência da mortalidade materna e a mortalidade por doenças cardiovasculares, com forte impacto na mortalidade geral. (PES 2016-2019, pág. 35)

Dessa forma, a equipe de auditoria apurou resultados de alguns indicadores relacionados aos desafios acima descritos, especialmente junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério da Saúde, conforme segue:

### **7.2.2.1 Melhorar a Saúde Materna**

O Brasil participou da reunião da cúpula do Milênio, onde foram definidas as oito Metas do Milênio, das quais uma delas é: Melhorar a saúde materna.

Segundo equipe multidisciplinar de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão, em artigo intitulado MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL DE 2002 A 2011 EM SÃO LUÍS, MARANHÃO, publicado na Revista Pesquisa em Saúde, em 2014, a redução da mortalidade materna “poderá ser alcançada através da promoção da saúde de mulheres em idade reprodutiva”.

Destacam ainda a relevância e, inclusive, a obrigatoriedade de investigações de óbitos relacionados à mulher:

E em 2008, o Ministério da Saúde tornou obrigatória a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil através do preenchimento da ficha de investigação de óbito de mulheres em idade fértil e identificação de possível óbito materno. Martins, et al (2014)

Nesse contexto, o PES 2016-2019 definiu 02 (dois) indicadores, de um total de 41 (quarenta e um), com foco tanto na mortalidade de mulheres em idade fértil, quanto na mortalidade materna. Essa última representando um dos tipos de óbitos ocorridos entre as mulheres. Os referidos indicadores são os seguintes:

9. Proporção de óbitos maternos investigados.
10. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados. (PES 2016-2019, pág. 303)





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

---

O Ministério da Saúde considera que Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a

morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Considera também o conceito de morte materna tardia, que é aquela decorrente de causa obstétrica, mas ocorrida após os 42 dias e menos de um ano depois do parto. Inclui também o conceito de morte materna por seqüela de causa obstétrica direta, quando ocorrida um ano ou mais após o parto.

Acrescenta também outras mortes consideradas maternas, mas que se classificam em outros capítulos da CID, especificamente:

doença causada pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; necrose pós-parto da hipófise (E23.0); osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53).

Assim, buscou-se averiguar os resultados alcançados, com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e concluir se houve ou não, avanços quanto à redução dos casos, tanto de mortalidade de mulheres em idade fértil, quanto especificamente de mortalidade materna, e ainda se houve adequação das investigações de óbitos respectivas.

#### **7.2.2.1.1 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil**

Os dados analisados revelaram que o desempenho do Estado de Pernambuco, com relação à mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – MIF (número de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), segundo o local de residência de falecida) caracterizou-se por queda gradual, de 2011 a 2015, porém com aumento significativo em 2016, como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

**Quadro de Evolução do número de óbitos de MIF em Pernambuco (2011 a 2016)**

<b>Exercício</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Número de Óbitos</b>	3.214	3.141	3.114	3.074	3.026	3.270

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:



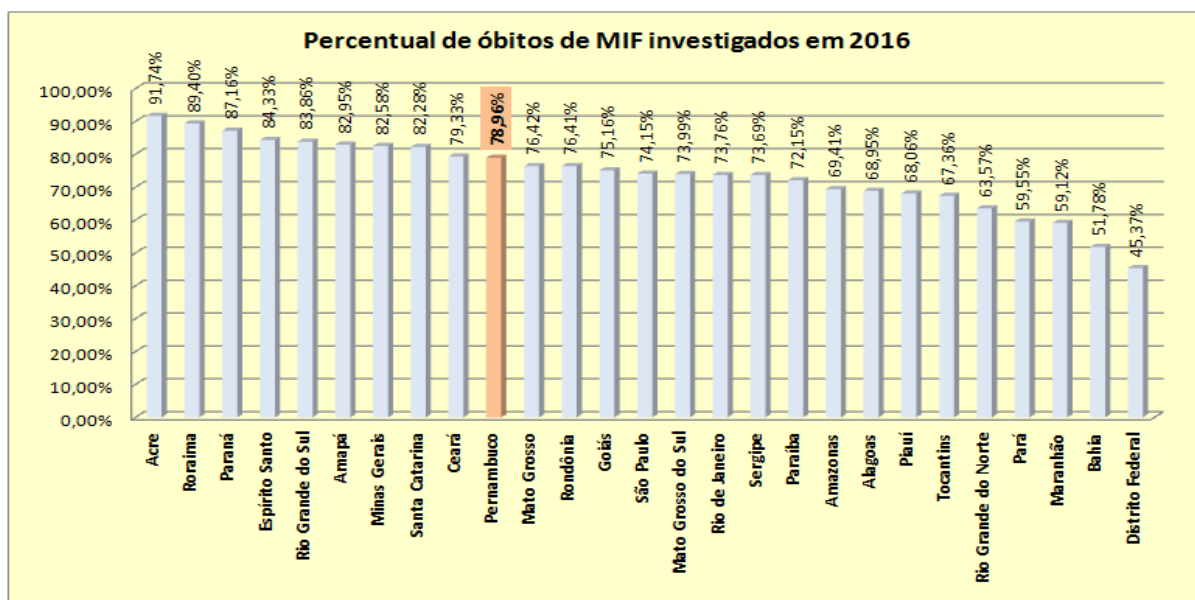
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

No PES referente ao período de 2012 a 2015, esperava-se o aprimoramento dos sistemas de informações para a vigilância do óbito de MIF, o qual deveria atingir até 2015 o patamar de 75% dos casos de óbito de MIF devidamente investigados, com vistas à sua evitabilidade, porém no atual PES não foram definidas metas de ampliação percentual explícita dessa investigação.

Dessa forma, atingiu-se em 2015 o patamar de 87,71% dos casos de óbito de MIF devidamente investigados, com vistas à sua evitabilidade. Entretanto, em 2016 esse percentual caiu para 78,96%. Por outro lado, mesmo com essa queda, Pernambuco permaneceu com o 10º melhor desempenho dentre as Unidades Federativas – UFs brasileiras. O gráfico a seguir demonstra o que ocorreu no exercício de 2016.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

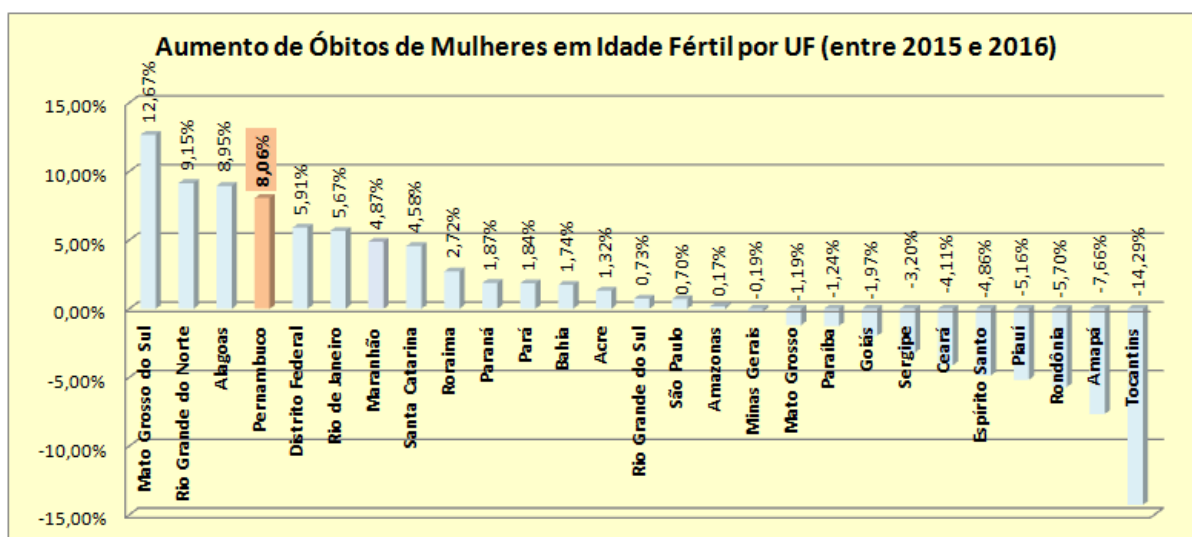




ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

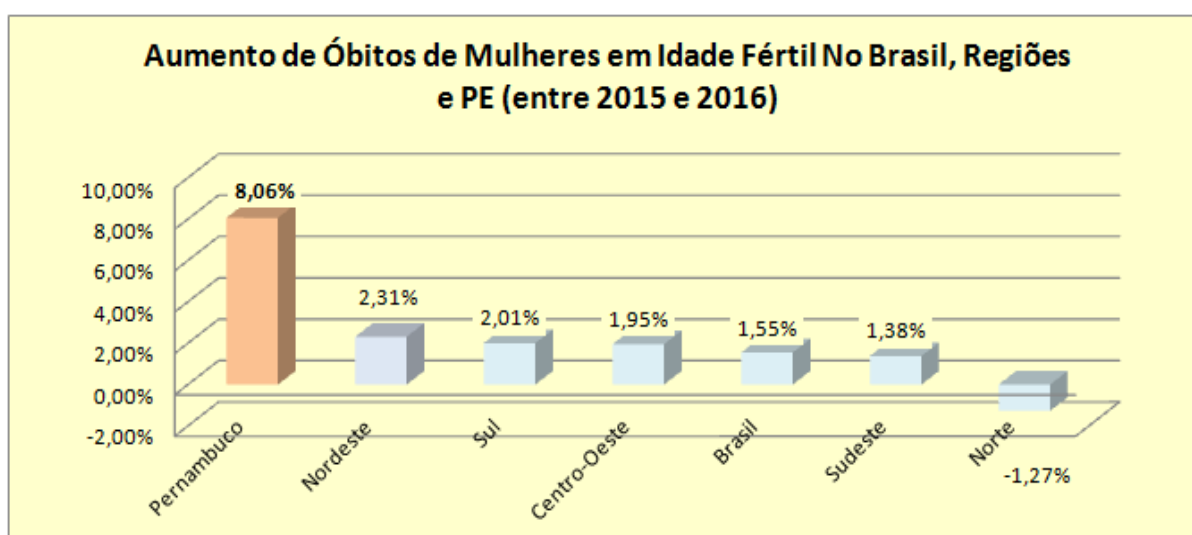
Ao que parece houve diminuição nos percentuais da investigação supracitada no conjunto das UFs brasileiras e, no caso de Pernambuco, pode-se inferir que esse desempenho, de alguma forma, contribuiu para o aumento do respectivo número de óbitos no período, corroborando o que informa a literatura na área.

Visto por estados da federação, os aumentos nos números de óbitos de MIF verificadas entre 2015 e 2016 foram:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

A comparação do número de óbitos de MIF ocorrido em 2015 e em 2016 apresenta variações regionais, que reforçam o desempenho negativo de Pernambuco, com relação ao desempenho do Brasil e Regiões, conforme gráfico a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

O estado de Pernambuco apresentou aumento de óbitos de MIF, considerando os exercícios de 2015 e 2016, significativamente superior ao aumento obtido pelo Brasil e



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

---

Regiões Sul, Sudeste, Norte, Centro-Oeste e Nordeste, obtendo o 4º pior desempenho, com relação às demais UFs.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as ações e metas definidas no PES (2016-2019), uma vez realizadas, não conseguiram contribuir para redução da mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, em 2016. Ao contrário, resultaram no maior número de casos desde 2011, seja pela redução de investigação dos casos de óbitos de MIF ou por outros fatores que os dados levantados não permitem inferir.

### **7.2.2.1.2 Mortalidade Materna**

Os dados analisados revelaram que o desempenho do estado de Pernambuco, com relação à mortalidade materna, não se caracterizou por queda gradual do número de óbitos, ficando abaixo das metas previstas no PES 2012-2015 (redução de 5% a cada exercício).

O PES 2016-2019 ressalta a importância de acompanhar o desempenho de ações criadas para fazer face à mortalidade materna:

A relevância da mortalidade materna enquanto evento evitável traz, para a saúde pública, a possibilidade de sua categorização como evento sentinela que permite alertar gestores e profissionais da área sobre problemas e inadequações no cuidado à saúde da mulher que podem ser evitados ou corrigidos em tempo oportuno. (PES 2016/2019, pág. 71)

Embora o PES 2016-2019 não tenha definido explicitamente os valores esperados (reduções de óbitos maternos) para os exercícios de sua vigência (fato que o empobrece como instrumento de planejamento) observou-se que, em 2016, ocorreu queda significativa no número de óbitos maternos, num patamar abaixo inclusive do esperado para o exercício de 2015, conforme PES (2012-2015), como se pode observar no quadro e gráfico a seguir:

**Quadro de Evolução do número de óbitos maternos em Pernambuco (2011 a 2016)**

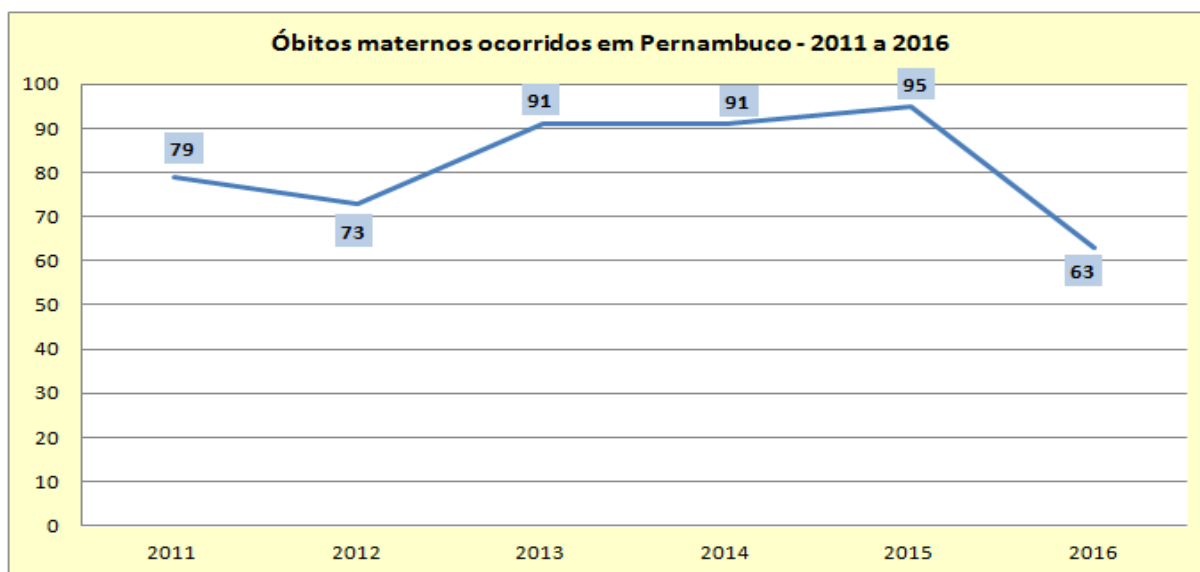
Exercício	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Número de Óbitos	79	73	91	91	95	63
Meta de Óbitos (PES)	-	75	71	67	64	Não definida

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Graficamente, tal comportamento pode ser assim representado:

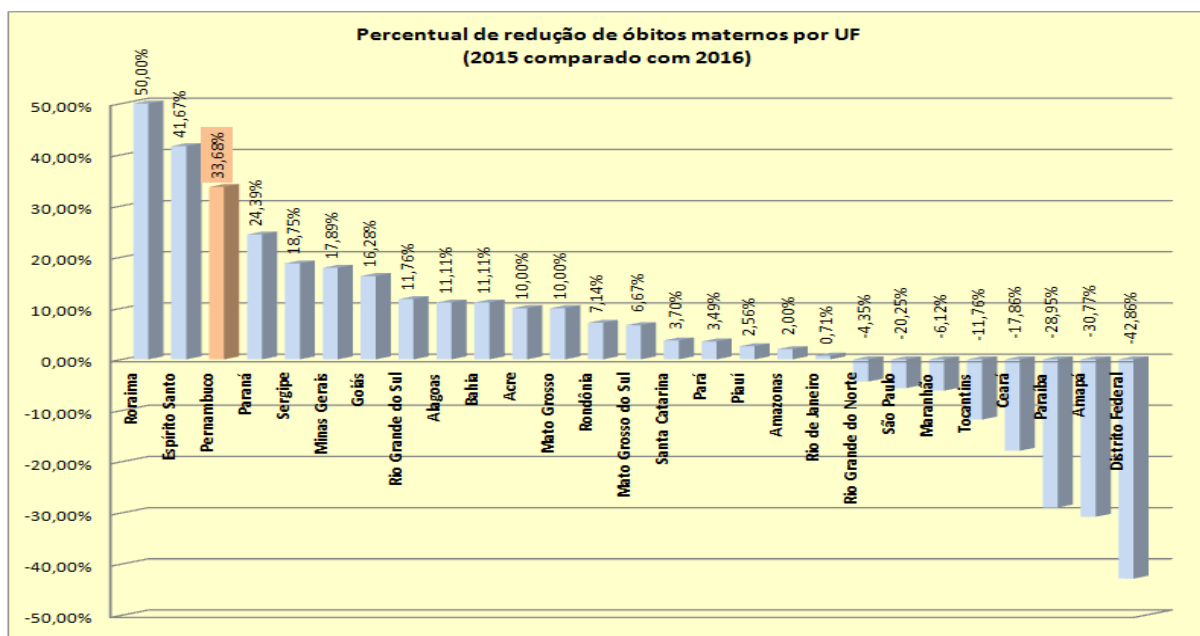


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Observa-se que o estado terminou 2015 (95 casos) com número de óbitos maternos 20,25% superior ao aferido em 2011 (79 casos), o qual serviu de base para as metas definidas no PES 2012-2015. Entretanto, quando se compara o número de óbitos em 2016 (63 casos) com o número de óbitos de 2015 (95 casos), observa-se que houve uma queda de 33,68%. Comparativamente aos demais estados da federação, Pernambuco figura com o terceiro melhor desempenho, conforme descrito a seguir:

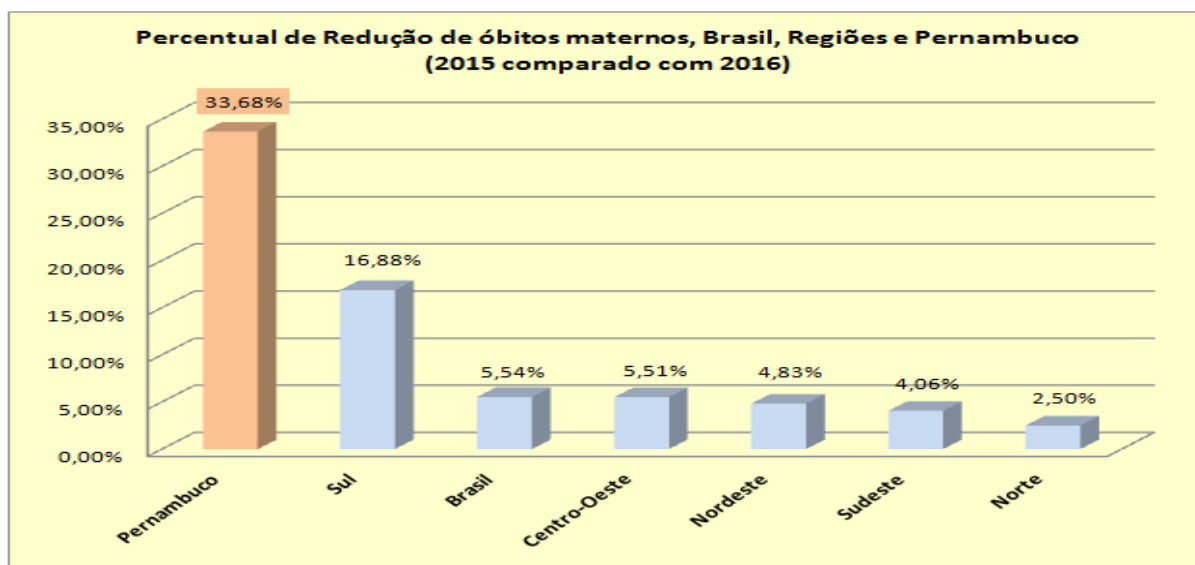


Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

O desempenho de Pernambuco ao comparar o resultado de 2016 com 2015, em relação ao Brasil e Regiões pode ser observado no gráfico a seguir.



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



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Os dados demonstram que Pernambuco apresentou desempenho significativamente positivo em relação ao Brasil e a todas as Regiões. Entretanto, esses números são relativos à quantidade absoluta de óbitos ocorrida no período e podem não refletir a qualidade da assistência à saúde da mulher, tendo em vista que não está comparada ao total de gestações ocorridas no período.

Quando se considera a taxa de mortalidade materna (coeficiente de mortalidade materna), que segundo o Ministério da Saúde “estima a frequência de óbitos femininos em idade fértil atribuídos a causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações (representado pelo total de nascidos vivos)”, fica claro que o desempenho de Pernambuco não apresentou tendência de queda para a referida taxa de 2012 a 2015.

Esse resultado merece atenção por parte da gestão do estado de Pernambuco, tendo em vista que essa taxa, segundo o Ministério da Saúde, reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher e que, quando elevada, está associada à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo.

A taxa de mortalidade materna, ainda segundo o Ministério da Saúde, é obtida multiplicando o número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério por 100.000 e dividindo-se em seguida pelo número de nascidos vivos de mães residentes.

Quando se afirma, por exemplo, que a taxa de mortalidade materna de determinado estado foi de 55, isso quer dizer que para cada cem mil nascidos vivos no período, houve 55 óbitos de mulheres por causas maternas.

Foram obtidos os números de nascidos vivos de mães residentes em Pernambuco de 2005 a 2015 (até o fechamento deste relatório, o IBGE não havia divulgado o número de nascidos vivos em 2016) e o cálculo da taxa de mortalidade materna apresentou o resultado descrito no quadro e gráfico a seguir.

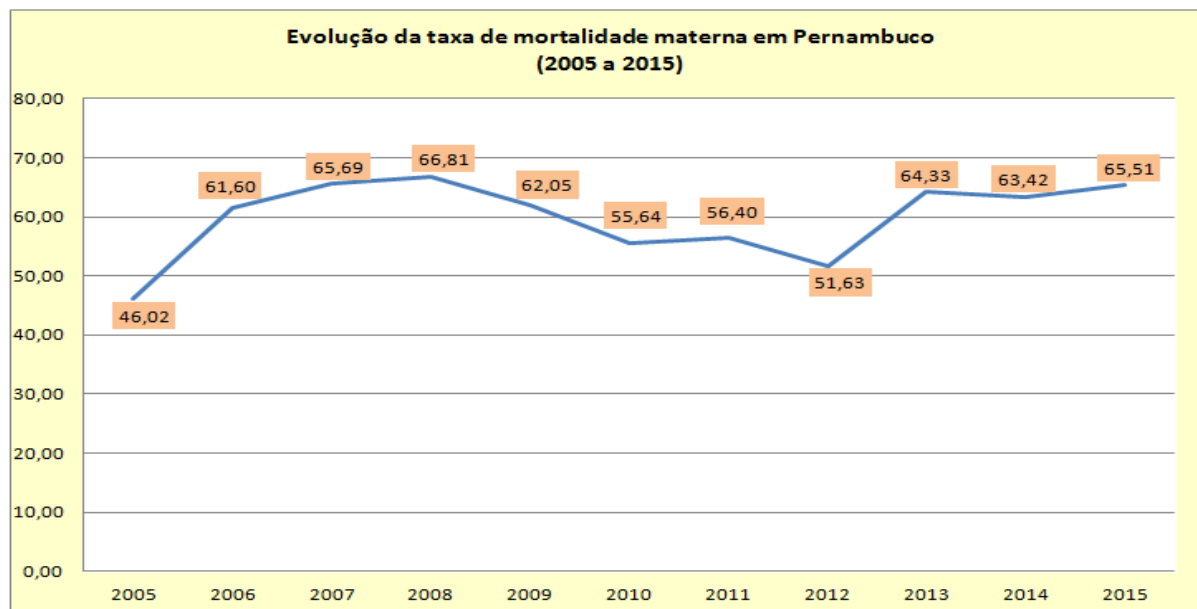


**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

Exercício	Nascidos Vivos	Número de óbitos maternos	Taxa de mortalidade materna
2005	152.095	70	46,02
2006	146.108	90	61,60
2007	143.095	94	65,69
2008	145.195	97	66,81
2009	141.815	88	62,05
2010	136.591	76	55,64
2011	140.079	79	56,40
2012	141.382	73	51,63
2013	141.453	91	64,33
2014	143.489	91	63,42
2015	145.024	95	65,51

**Fonte:** SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

Graficamente, o comportamento acima pode ser assim representado:



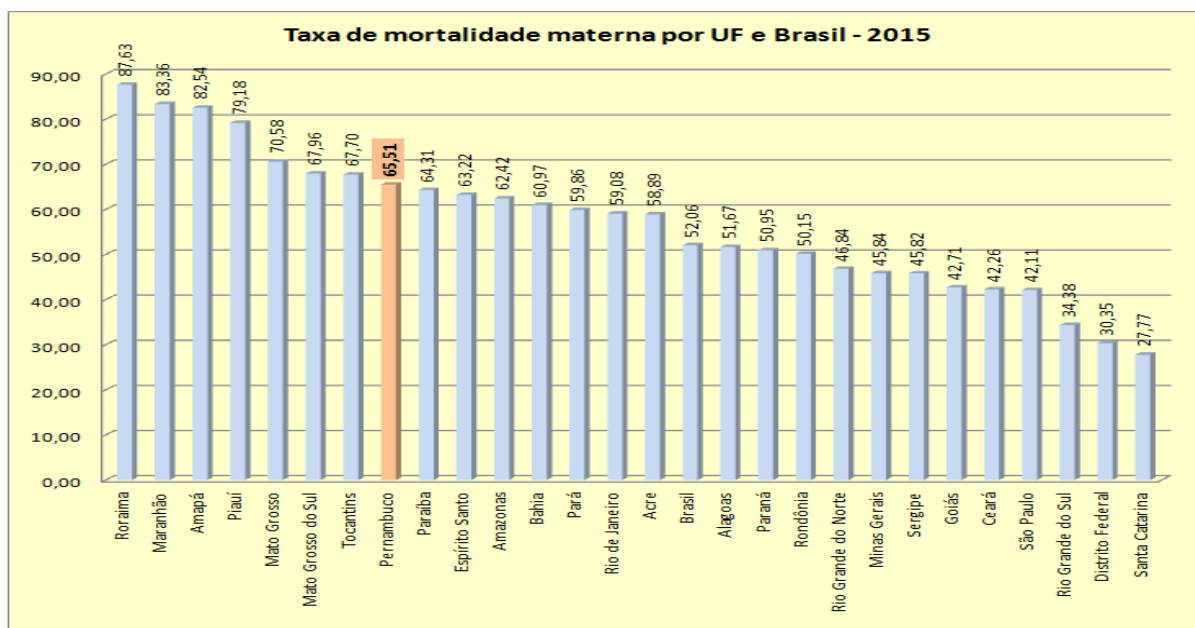
**Fonte:** SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

Pode-se observar que a taxa de mortalidade materna obteve queda de 2011 para 2012, mas a partir de 2013 houve interrupção de tendência de queda que vinha de 2009, apresentando ainda ligeira queda em 2014 e voltando a crescer em 2015, ficando abaixo apenas do resultado obtido em 2008.

Quando se compara a taxa de mortalidade materna de Pernambuco com as demais UFs em 2015, observa-se que seu desempenho foi o 8º pior, conforme o gráfico a seguir.

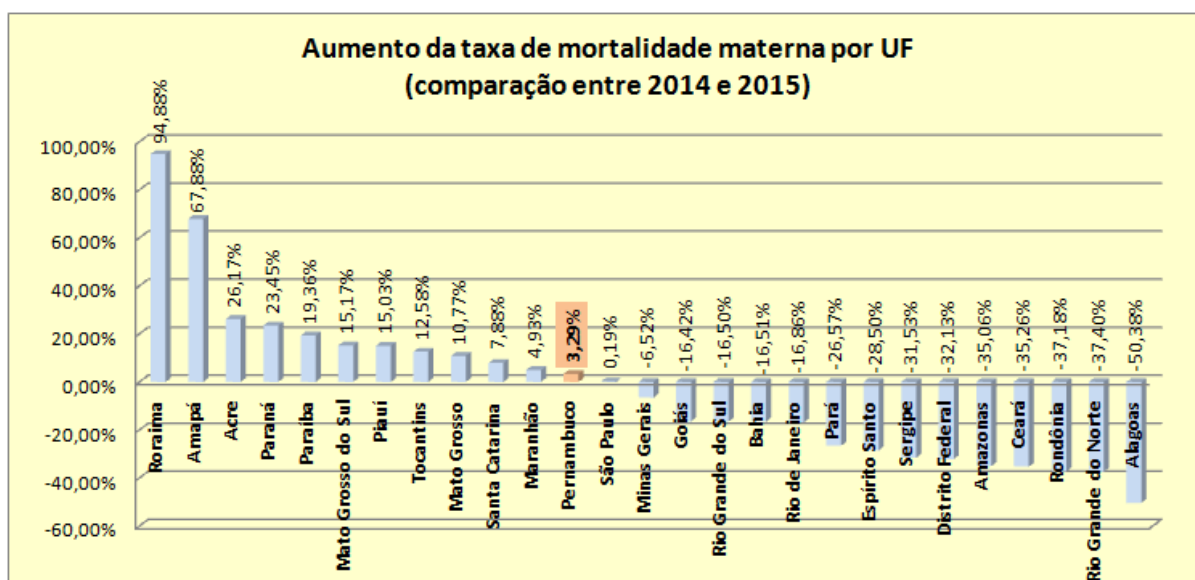


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

Entretanto, quando se compara a taxa de mortalidade materna de 2014 com 2015 observa-se que houve incremento na referida taxa, cuja variação comparada com a das demais UFs é descrita no gráfico seguinte.



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade – DATASUS e SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS

Observa-se, nesse caso, que Pernambuco ficou em 12º lugar em relação às demais UFs, com aumento de 3,29% na taxa de mortalidade, comparando o desempenho de 2014 com 2015.





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

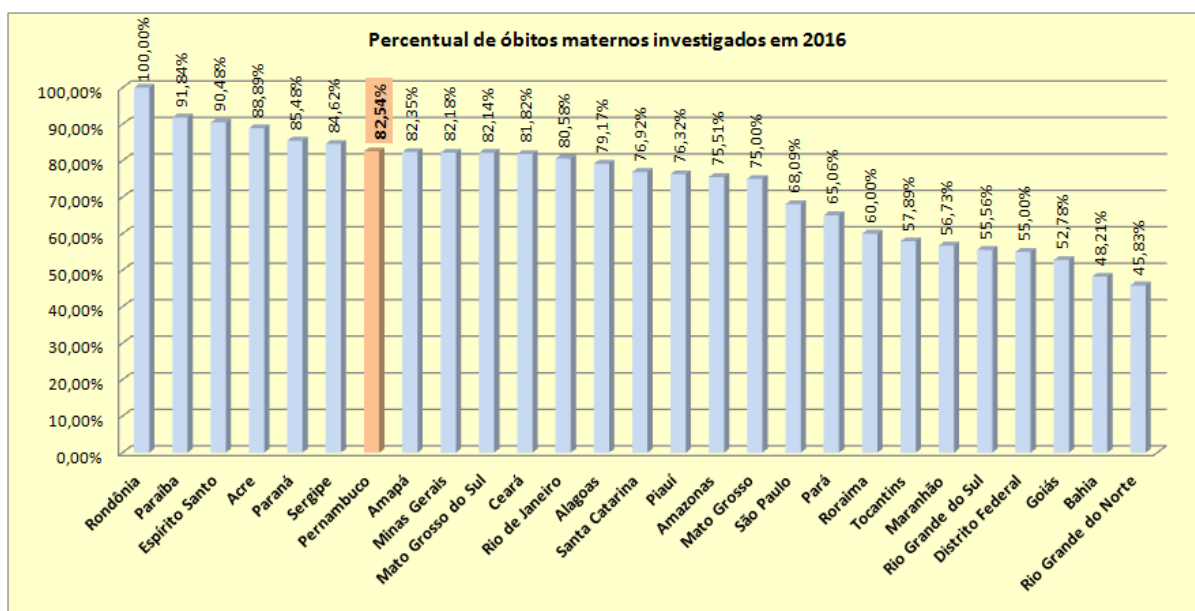
Diante do exposto, fica claro que essa taxa vem apresentando tendência de elevação nos últimos anos e pode indicar que o resultado obtido de quantidade de óbitos maternos em 2016 não esteja relacionado à melhoria na assistência à saúde da mulher. Para tirar essa dúvida seria necessário calcular a taxa de mortalidade materna no exercício de 2016, porém ainda não foi divulgada a quantidade de nascidos vivos do período, que o IBGE planeja divulgar apenas em novembro de 2017.

Há indícios de que houve uma significativa redução de nascidos vivos no Brasil como um todo, mas especialmente nos estados mais atingidos pela epidemia de Zika e Microcefalia, sendo Pernambuco um dos mais afetados.

Segundo a pesquisadora Sandra Valongueiro, da Universidade Federal de Pernambuco, em entrevista ao site [g1.globo.com](http://g1.globo.com), “o estado registrou cerca de 15 mil nascimentos a menos entre agosto e dezembro de 2016 em comparação com os anos anteriores”.

De qualquer forma é preciso aguardar a divulgação dos dados oficiais e caso essa redução de gestações se comprove, em patamar realmente significativo, a redução do número de óbitos ocorrida de 2015 (95 óbitos) para 2016 (63 óbitos) pode estar influenciada por esse contexto específico, apresentando uma taxa ainda maior que a verificada em 2015.

Aliado a esse resultado, observou-se que o percentual de casos de mortalidade materna investigados em 2016 ficou em 82,54%, abaixo do percentual obtido em 2015 de 94,74%, como descrito no gráfico a seguir:



Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - DATASUS

Embora não se possa afirmar que o nível de casos investigados foi baixo, pois representou o sétimo melhor desempenho entre as Unidades Federativas, observa-se que o estado, em relação ao período anterior, dedicou-se menos a essa importante atividade. Segundo Rodrigues e Siqueira (2003), publicado no Caderno de Saúde Pública:



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

---

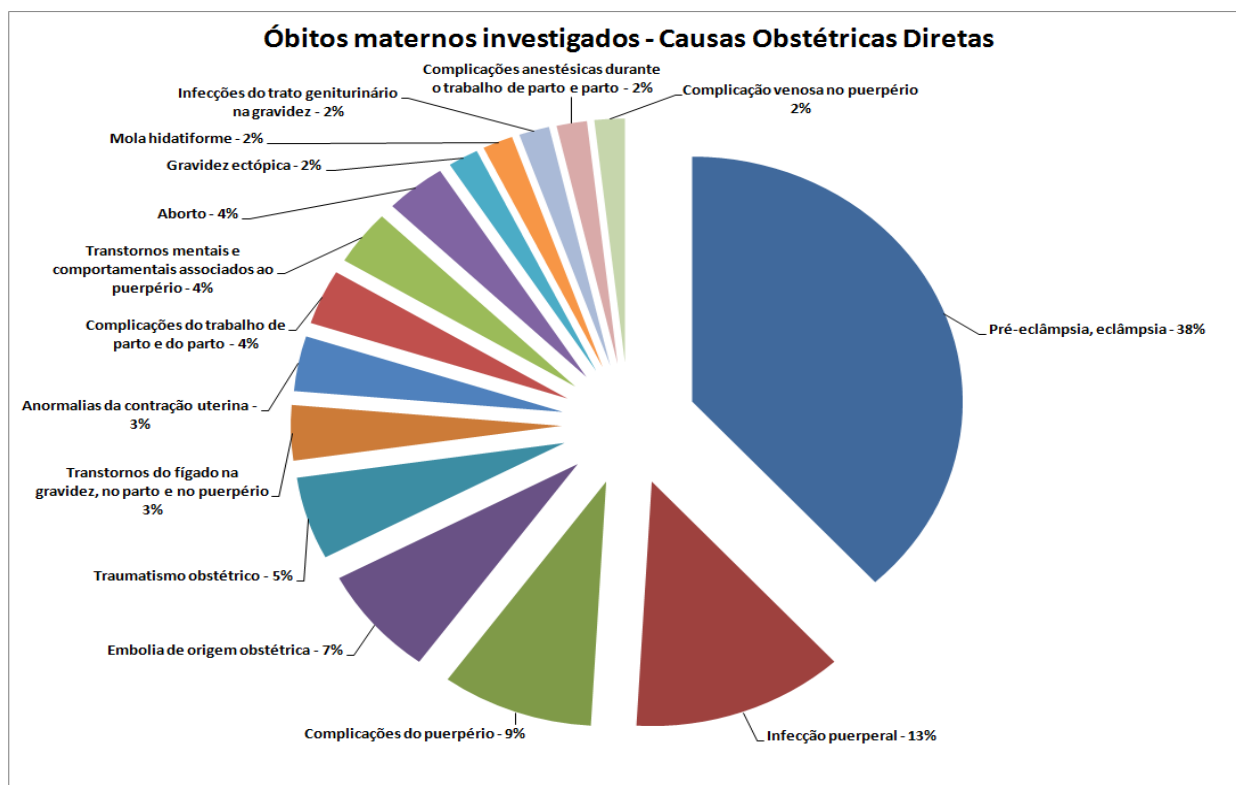
a investigação epidemiológica dos óbitos maternos contribui para a adequada mensuração dessa mortalidade e, sobretudo, para conhecer os fatores relacionados com a sua ocorrência, buscando identificar a evitabilidade e assim propor medidas preventivas.

Em pesquisa realizada no município de Recife, sob o título “Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006)”, que coletou dados de 2000 a 2006, buscando levantar características epidemiológicas dos óbitos maternos, publicada na Revista Brasileira de Enfermagem em 2011, as pesquisadoras Rafaella Correia, Hallana Araújo, Betise Furtado e Cristine Bonfim concluem que,

Os dados obstétricos mostraram a realização de menos de seis consultas pré-natais, entre uma e quatro gestações prévias, parto cesário e admissão durante a gestação ou no trabalho de parto em estado grave. Esses dados são importantes para o planejamento das ações que visem reduzir a mortalidade materna. Observou-se uma significativa proporção de mortes obstétricas diretas; os transtornos hipertensivos como principal causa básica. Em que os pese, os esforços para sua redução, a mortalidade materna ainda permanece como um problema de saúde pública na cidade do Recife. Seguramente, para a redução da mortalidade materna uma única estratégia não é eficiente, é premente um conjunto concentrado de ações intersetoriais. Persiste a necessidade de assegurar a completa cobertura do pré-natal e a promoção do acompanhamento à gestante durante o parto e puerpério, aprimorando a assistência integral à saúde da gestante.

Afirmam também que as gestantes hipertensas exigem atenção especial, com a realização de pré-natal diferenciado, que contemple exames laboratoriais específicos a fim de diminuir os riscos maternos e fetais associados.

O gráfico a seguir demonstra o peso dos transtornos hipertensivos (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) dentre as diversas causas de mortalidade materna investigadas nessa pesquisa, perfazendo um total de 38% dos casos:



Fonte: Correia et. al (2011)

Comentam, ainda, as supracitadas pesquisadoras que:

Neste estudo, a maioria dos óbitos foi considerada evitável através de uma assistência pré-natal adequada e medidas educativas. Essa informação indica a relevância de conhecer as causas das mortes maternas e os fatores envolvidos na sua ocorrência, para o planejamento de estratégias que levem a sua redução.

Anteriormente, Costa et. al (2002) já havia concluído em artigo intitulado “Mortalidade Materna na Cidade do Recife”, que investigou casos de morte materna no período de 1994 a 2000, publicado na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, que “consideraram-se evitáveis 82% das mortes maternas (118 casos), por meio de medidas educativas e assistência adequada ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Dezesete óbitos (11,8%) foram considerados inevitáveis”. Os demais casos de morte materna pesquisados foram considerados inconclusivos.

Em estudo mais recente, Nunes et. al (2015) em artigo intitulado “Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015”, demonstra que houve aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos em quase todo o país, mas por outro lado, essa atenção pré-natal ocorreu com elevado nível de inadequação, principalmente por problemas com exames laboratoriais de rotina, procedimentos básicos recomendados, bem como com prescrições e orientações durante as consultas.



Observa-se então, diante de tais pesquisas, que os óbitos maternos em boa medida são evitáveis, que as causas são identificáveis e sua investigação é necessária para a adoção de medidas que possam mitigar tais casos de mortalidade materna.

Assim, recomenda-se que, após obtenção da taxa de mortalidade materna ocorrida no exercício de 2016 (quando forem divulgados os dados oficiais relativos aos nascidos vivos) seja feita análise que evidencie se a redução do número de óbitos maternos ocorrida em Pernambuco entre 2015 e 2016 se deve a significativa redução do número de gestações no período e/ou ao aperfeiçoamento de ações de assistência à saúde da mulher.

Caso os dados revelem que a taxa de mortalidade materna em 2016 continua alta, recomenda-se adotar ações para intensificar as investigações de óbitos maternos, bem como adotar ações focadas nas causas da ocorrência de tais óbitos.

#### **7.2.2.2 Reduzir a taxa de mortalidade infantil**

O PES 2016-2019 em seu objetivo estratégico: Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança pretende:

Realizar capacitações dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), de forma integrada com a vigilância e com o Programa Mãe Coruja, dos municípios e Regiões de Saúde na vigilância do óbito infantil e fetal, buscando trabalhar com os Comitês e/ou Grupos Técnicos de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil e Fetal. (PES 2016/2019, pág. 204)

Apesar de não definir metas explícitas de redução da taxa de mortalidade infantil o PES 2016-2019 a define como indicador a ser acompanhado, bem como ressalta sua importância ao comentar sobre o coeficiente de mortalidade infantil, o qual compara número de óbitos infantis com o número de nascidos vivos (NV):

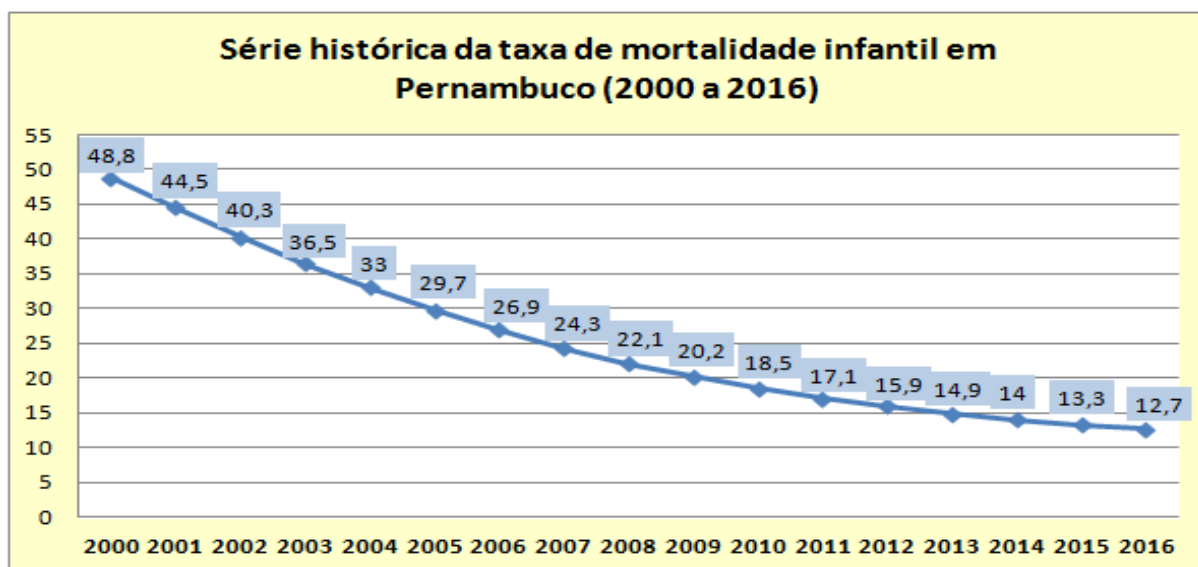
A mortalidade infantil é comumente utilizada para avaliar as condições de vida da população, uma vez que um dos indicadores mais expressivos, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), infere o risco de morte dos NV no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. (PES 2016/2019, pág. 66)

Quando se afirma, por exemplo, que a taxa de mortalidade infantil de determinado estado foi de 40, isso quer dizer que para cada mil nascidos vivos no período, 40 crianças menores de um ano vieram a óbito.

Os dados obtidos no IBGE dão conta de que a taxa de mortalidade infantil de Pernambuco de fato apresenta tendência de queda desde o exercício de 2000, de 48,8 óbitos infantis por mil nascidos vivos, para 12,7 em 2016, como se pode observar no gráfico a seguir:

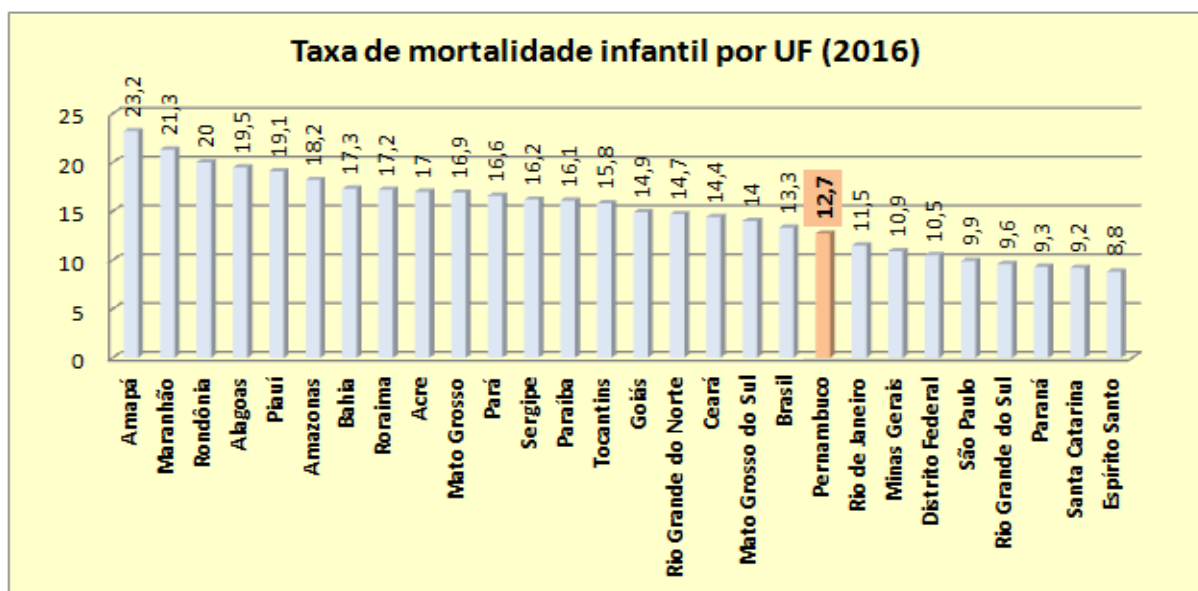


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



**Fonte:** IBGE Obs.: o IBGE utilizou internamente o indicador de nascidos vivos para calcular a taxa de mortalidade infantil do exercício de 2016, porém não divulgou oficialmente, ainda, o indicador de nascidos vivos, que serviriam por exemplo para calcular a taxa de mortalidade materna.

Aliado a isso, observou-se que o estado de Pernambuco obteve uma das menores taxas de mortalidade infantil dentre as unidades federativas no exercício de 2016, conforme gráfico a seguir:

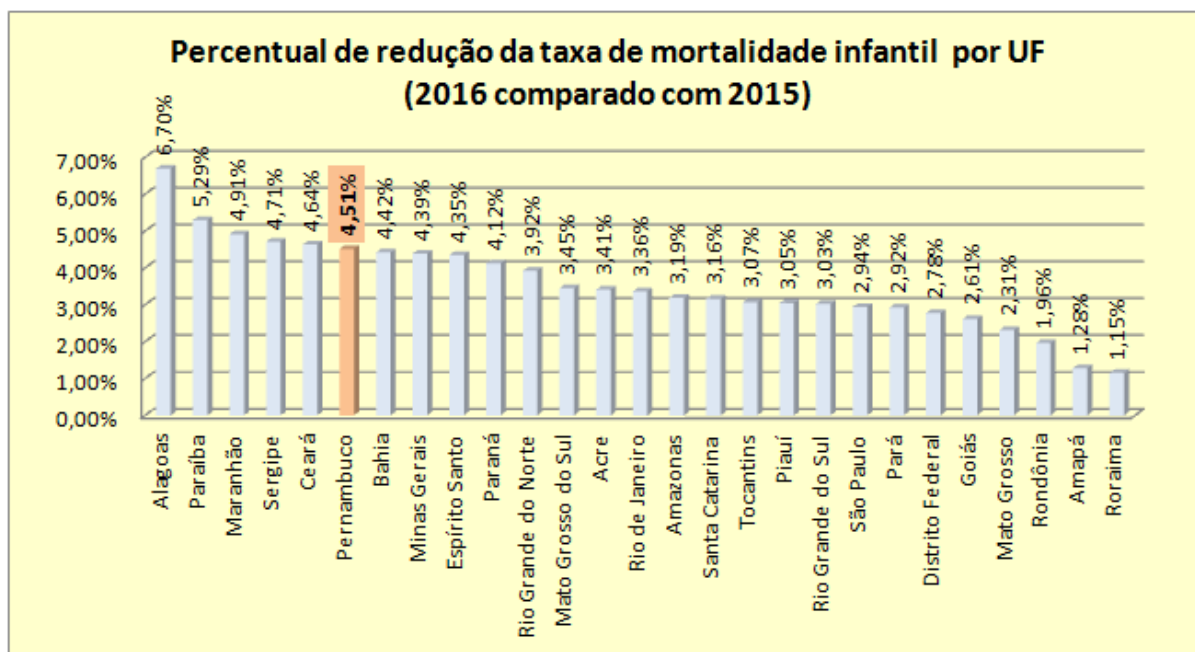


**Fonte:** IBGE Obs.: o IBGE utilizou internamente o indicador de nascidos vivos para calcular a taxa de mortalidade infantil do exercício de 2016, porém não divulgou oficialmente, ainda, o indicador de nascidos vivos, que serviriam por exemplo para calcular a taxa de mortalidade materna.

Observou-se também que a redução da taxa de mortalidade infantil alcançada pelo estado de Pernambuco, entre os exercícios de 2015 e 2016, foi de 4,51%, pois era de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2015, caindo para 12,7 no exercício de 2016. O



resultado obtido por Pernambuco no referido período caracterizou-se como a sexta maior redução dentre as UF's, como descrito no gráfico a seguir.



Fonte: IBGE

Como se pode observar, Pernambuco apresenta desempenho positivo quanto à sua atuação de combate à mortalidade infantil, com redução gradual da taxa de mortalidade infantil desde 2000, com posição de destaque dentre os demais estados da federação.

### 7.2.2.3 Controlar a Tuberculose

O PES (2016-2019) destaca a tuberculose como um dos desafios a ser enfrentado por Pernambuco, considerando que:

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e relevância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença. É um problema prioritário de saúde pública no Brasil, um desafio agravado por sua associação com as vulnerabilidades sociais. (PES 2016/2019, pág. 45)

Nesse contexto, reconhece que seu maior desafio é a redução da incidência de casos novos de tuberculose, bem como a redução do abandono de tratamento por parte das pessoas portadoras da doença, definindo como meta para o Estado de Pernambuco **curar 75% dos casos novos bacilíferos** e ainda **reduzir para 7% o abandono do tratamento** da tuberculose.

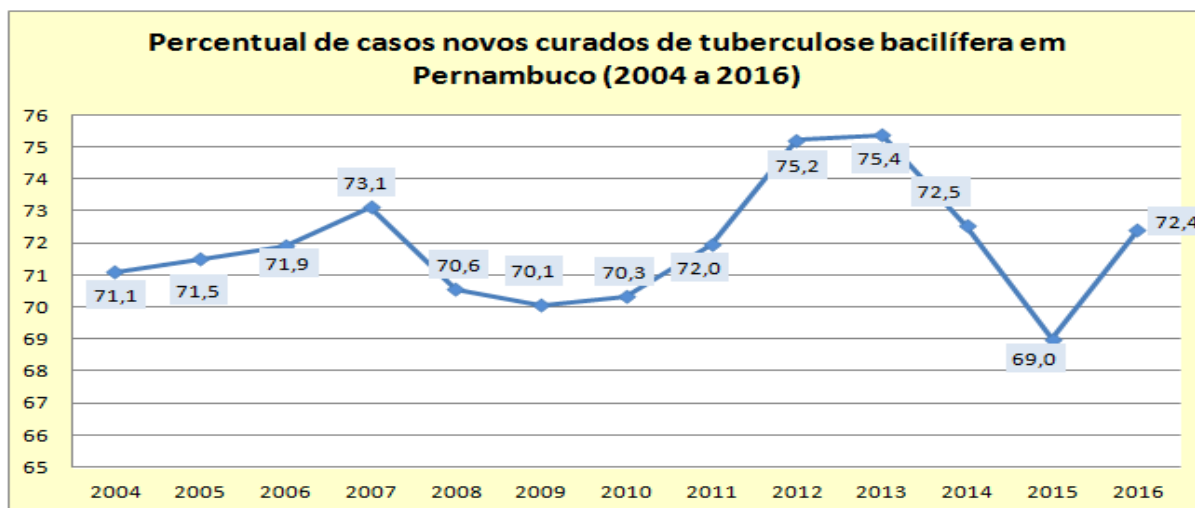
Dessa forma, a equipe de auditoria buscou dados junto à Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde - SAGE e ao Portal de Saúde do SUS, nos Boletins Epidemiológicos respectivos, para levantar o percentual de cura de casos novos, o percentual de abandono de tratamento, a taxa de mortalidade e ainda a taxa de incidência de casos novos de tuberculose.





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

Com relação ao percentual de casos novos curados de tuberculose bacilífera, observa-se o desempenho do estado nos gráficos a seguir:

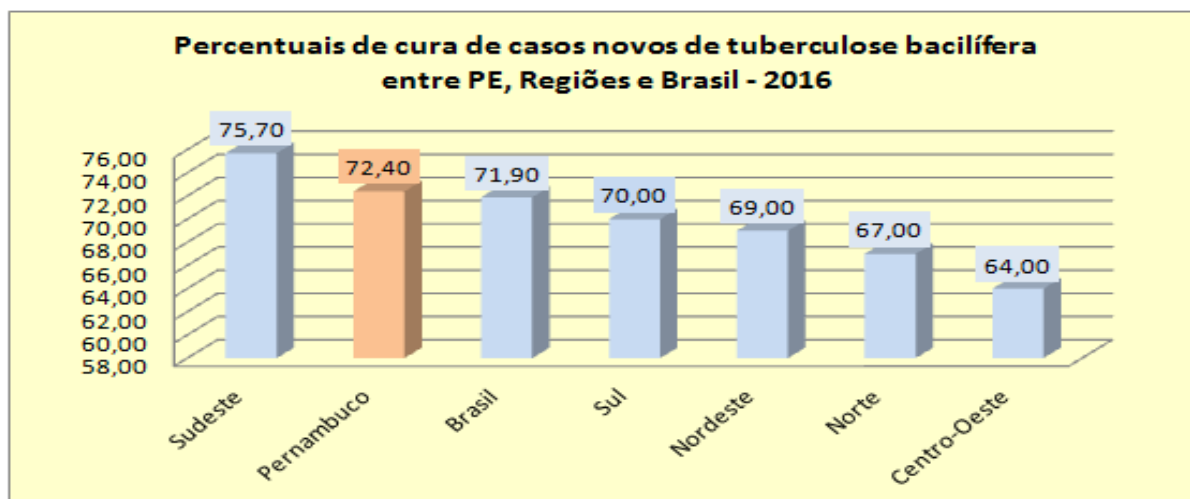


Fonte: SAGE - Ministério da Saúde

Obs.: Dados referentes a 2015 e 2016 foram obtidos nos Boletins Epidemiológicos do Portal de Saúde do SUS.

Como se pode observar, o estado de Pernambuco apresentou crescimento na efetividade na cura de casos novos de tuberculose bacilífera no período de 2004 a 2007, sofrendo redução significativa em 2008, que foi revertida apenas em 2012. De 2013 até 2015 houve novamente queda significativa no indicador, sendo 2015 o pior resultado da série histórica, quando obteve 69,0% de cura. Por outro lado, em 2016 o estado conseguiu resultado mais elevado, aproximando-se da meta estabelecida de 75% de cura de tais casos.

Quando se compara esse percentual obtido por Pernambuco em 2016 (72,4%) com os percentuais de cura obtidos pelo Brasil e Regiões, tem-se o panorama descrito no gráfico a seguir.



Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.



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

Percebe-se que Pernambuco apresentou percentual de cura de novos casos de tuberculose abaixo apenas do percentual da Região Sudeste, superando as demais Regiões bem como o resultado do Brasil. Saliente-se que apenas a Região Sudeste conseguiu ir além dos 75% de casos novos curados, que foram definidos como meta para Pernambuco no PES (2016-2019).

Diante desses dados, pode-se afirmar que Pernambuco, do ponto de vista de atuação sobre os casos novos de Tuberculose ocorridos, em busca de curá-los, vem apresentando desempenho positivo.

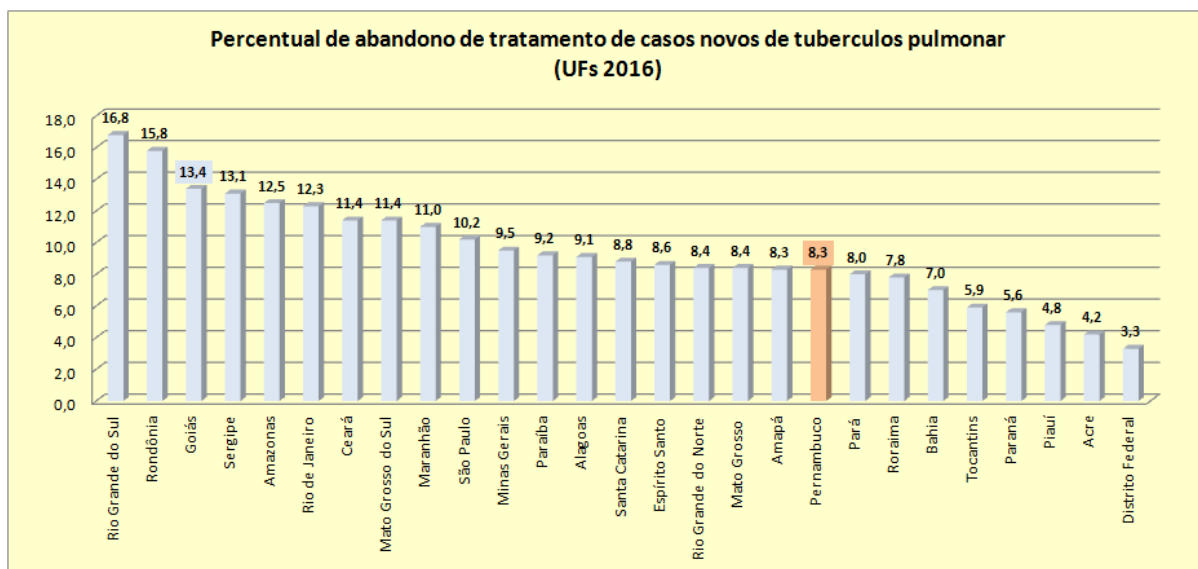
Um fator que contribui, sem dúvida, para o processo de cura da tuberculose é a observância do respectivo tratamento, sem que ocorram interrupções ou abandonos do que é prescrito pelas equipes médicas.

No tocante ao abandono de tratamento da tuberculose pode-se observar no PES de Pernambuco o seguinte comentário:

O abandono do tratamento favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia, sendo a busca ativa de faltosos e o tratamento em regime diretamente observado as principais estratégias de enfrentamento. (PES 2016/2019, pág. 47)

Então, pode-se afirmar que o abandono de tratamento da tuberculose, além de interromper o processo de cura do paciente, impacta o processo de transmissão da doença, favorecendo o aparecimento de novos casos, bem como contribui para o surgimento de bactérias resistentes aos tratamentos.

Comparando o desempenho do estado de Pernambuco, no exercício de 2016, quanto ao abandono de tratamento da tuberculose, com as demais UFs brasileiras, percebe-se que obteve o 9º melhor resultado, embora ainda acima da meta definida no PES de 7% de abandono, conforme gráfico a seguir:

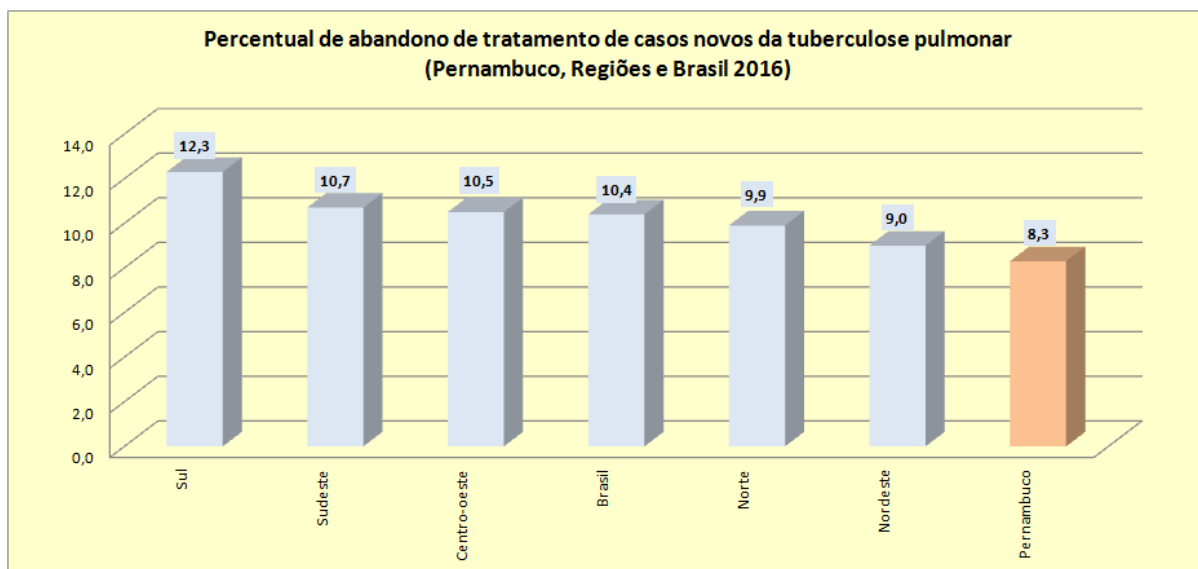


Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.



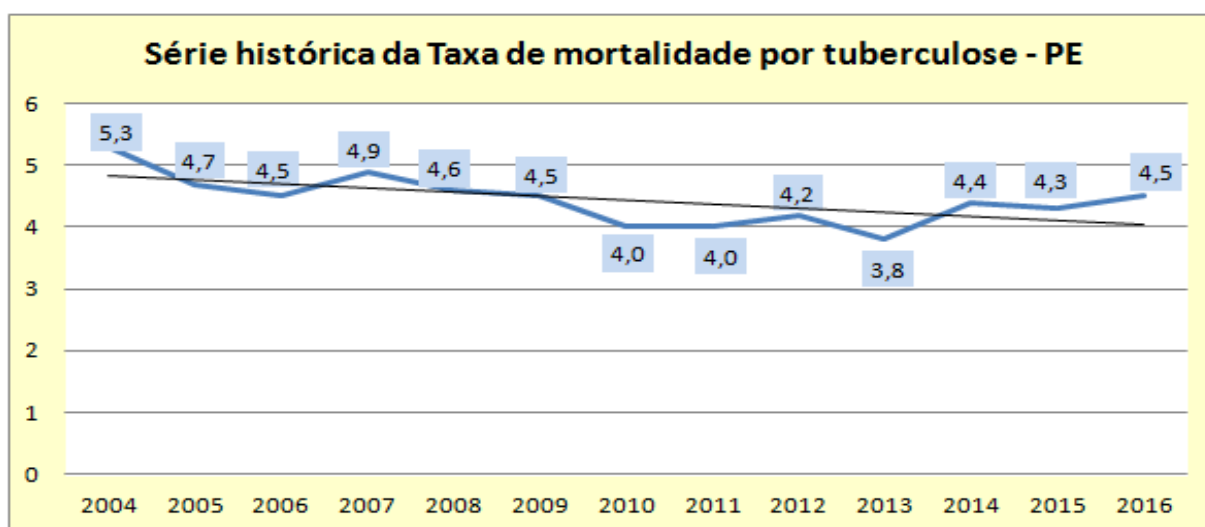
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

Quando comparado com as Regiões brasileiras e com o Brasil, Pernambuco aparece, em posição de destaque em 2016, como se pode observar no gráfico a seguir:



Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.

Por outro lado, observa-se no gráfico a seguir o desempenho do estado com relação à taxa de mortalidade por tuberculose, no período de 2004 a 2016, a qual representa o número de óbitos por tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado:



Fonte: Portal de Saúde do SUS

Obs.: Os dados de 2015 e 2016 foram obtidos nos Boletins epidemiológicos disponíveis no portal da saúde do Ministério da Saúde e os anteriores estão disponíveis no endereço:

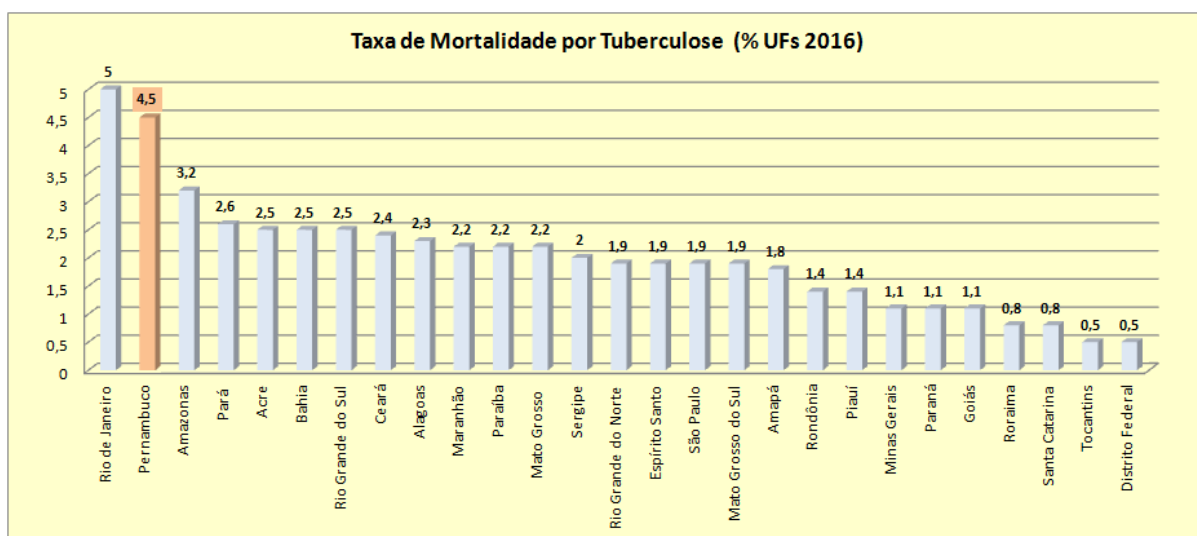
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/taxa-mortalidade-tuberculose-1999-2014-base-JUN-2016.pdf>



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

A série histórica demonstra que o estado de Pernambuco apresenta tendência de queda, porém não se pode deixar de destacar que o resultado do exercício de 2016 foi o mais alto desde 2009, chamando a atenção para o fato de que, embora haja melhoria no tocante à cura de casos novos de tuberculose, ainda há a necessidade de aprimoramento de ações para reduzir a mortalidade, considerando casos novos e antigos da doença.

Em reforço a tal conclusão, quando se compara a taxa de mortalidade por tuberculose obtida por Pernambuco com as demais UFs brasileiras, observa-se o resultado disposto no gráfico a seguir:



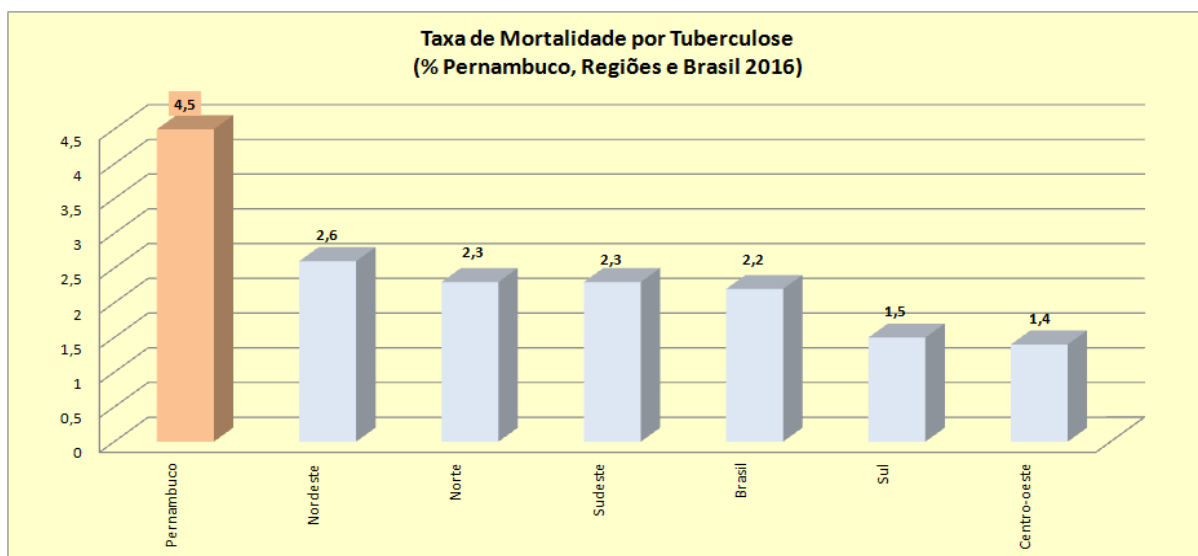
Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.

Os dados acima demonstram que o estado de Pernambuco tem o 2º pior resultado, quanto à taxa de mortalidade por tuberculose, dentre todos os estados brasileiros, com exceção apenas do estado do Rio de Janeiro.

Comparando o resultado de Pernambuco com as Regiões brasileiras e com o Brasil, observa-se o disposto no gráfico a seguir:

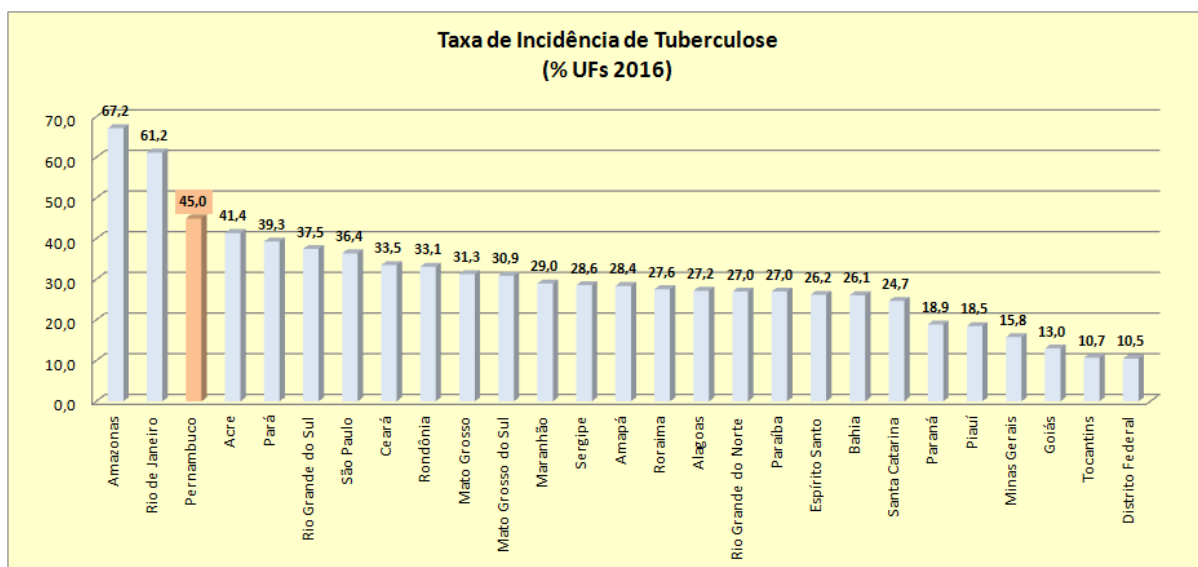


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.

Nesse mesmo diapasão, observa-se que a taxa de incidência de tuberculose do estado de Pernambuco, no exercício de 2016, foi a terceira maior do país, como se pode observar no seguinte gráfico:

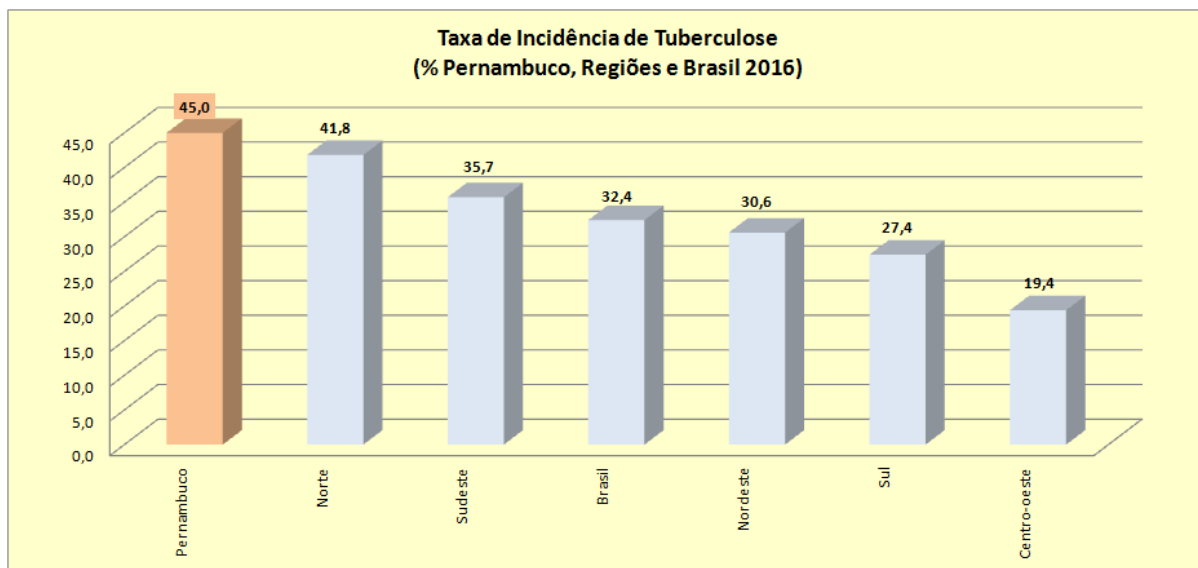


Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.

Quando se compara o estado de Pernambuco com as Regiões e o Brasil, observa-se a seguinte situação:



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



Fonte: Boletim Epidemiológico do Portal de Saúde do SUS, Vol. 48, nº 8, 2017.

Segundo o Ministério da Saúde a taxa de incidência de tuberculose representa o número de casos confirmados de tuberculose (todas as formas), por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico e no ano considerado. Afirma também que a referida taxa estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas e afirma ainda que:

Taxas elevadas de incidência de tuberculose refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. Podem também estar associadas ao aumento da incidência da AIDS<sup>3</sup>.

Diante de todo o exposto, conclui-se que a atuação do estado de Pernambuco com relação à Tuberculose, vem sendo positiva no que tange ao aspecto corretivo, ao tratar dos infectados, mas ainda precisa melhorar significativamente com relação ao aspecto de controle e prevenção.

#### 7.2.2.4 Combate ao mosquito Aedes Aegypti

O PES 2016-2019 reconhece como desafio a necessidade de ações de combate ao mosquito Aedes Aegypti, para conter as doenças por ele transmitidas.

... descortina-se, desde 2014, com graves consequências em 2015, a emergência de novas patologias vinculadas ao aedes aegypti, a chikungunya e a zika, com a ocorrência de microcefalia e outros danos em investigação, o que impõe o desafio da ação articulada de educação, saúde e estrutura urbana, no combate ao mosquito. (PES 2016/2019, pág. 35)

Dessa forma, foram analisados dados do exercício de 2016 de casos notificados, de taxas de incidência e de óbitos (quando disponíveis), relativos à dengue, à chikungunya e a zika (associada à microcefalia). Também se buscou verificar as variações das taxas de

<sup>3</sup> Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd02\\_2.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd02_2.htm)





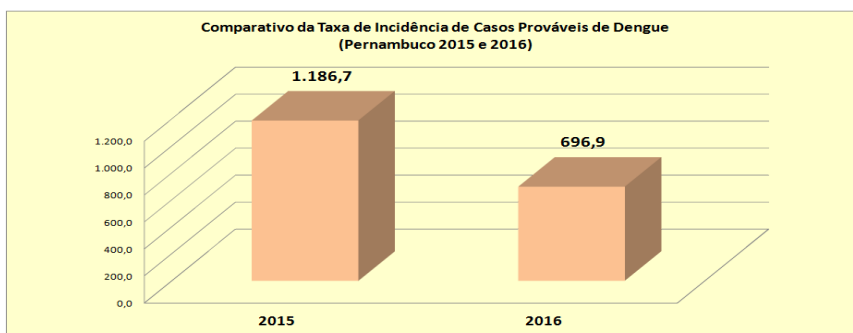
**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

incidência de 2015 para 2016, comparando com as UFs brasileiras, com o fim de verificar se as ações executadas em 2016 surtiram, em alguma medida, efeitos positivos sobre tais taxas.

O que se pode observar, conforme disposto nos itens a seguir, é que o estado de Pernambuco precisa intensificar e aprimorar suas ações de combate ao mosquito transmissor das supracitadas doenças, entre outras ações que possam produzir resultados efetivos, tendo em vista os altos graus obtidos de incidência e de óbitos, além da microcefalia consequente da zika, em comparação aos demais estados brasileiros.

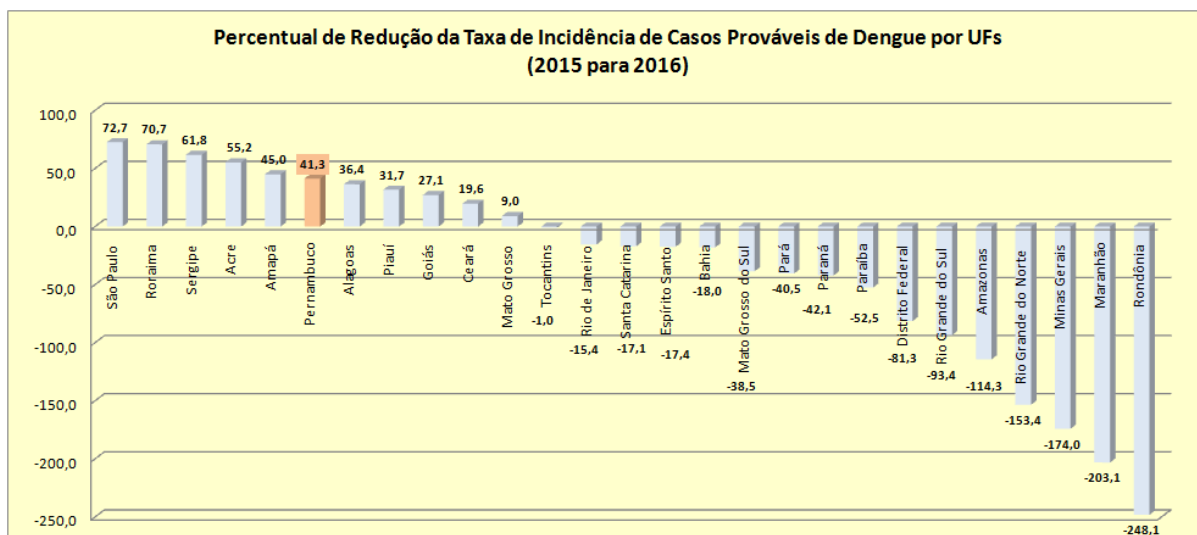
#### 7.2.2.4.1 Casos de Dengue e Proporção de Óbitos

A análise dos dados demonstrou que o estado de Pernambuco obteve uma redução da taxa de incidência de casos prováveis de Dengue, quando se compara o desempenho de 2015 com 2016. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017<sup>4</sup>

Essa redução da taxa obtida pelo estado de Pernambuco, quando comparada com as demais UFs brasileiras apresentou-se com a seguinte configuração:



<sup>4</sup> Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue-febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v-rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>

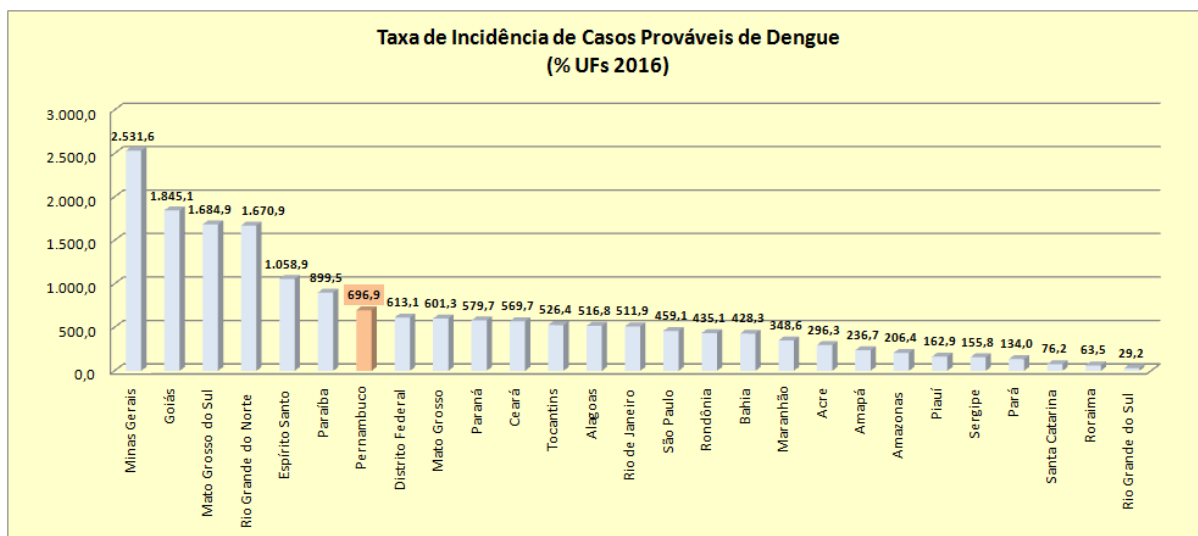


**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**  
**COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO**  
**DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS**

**Fonte:** Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Assim, o desempenho de Pernambuco de 2015 para 2016 gerou uma redução significativa na taxa ora analisada e representou o 6º melhor resultado dentre as diversas UFs brasileiras.

Entretanto, é necessário manter esse comportamento de redução da taxa ao longo dos próximos exercícios, pois quando se analisa o desempenho do estado de Pernambuco em 2016 em comparação com os demais estados da federação tem-se o seguinte cenário:



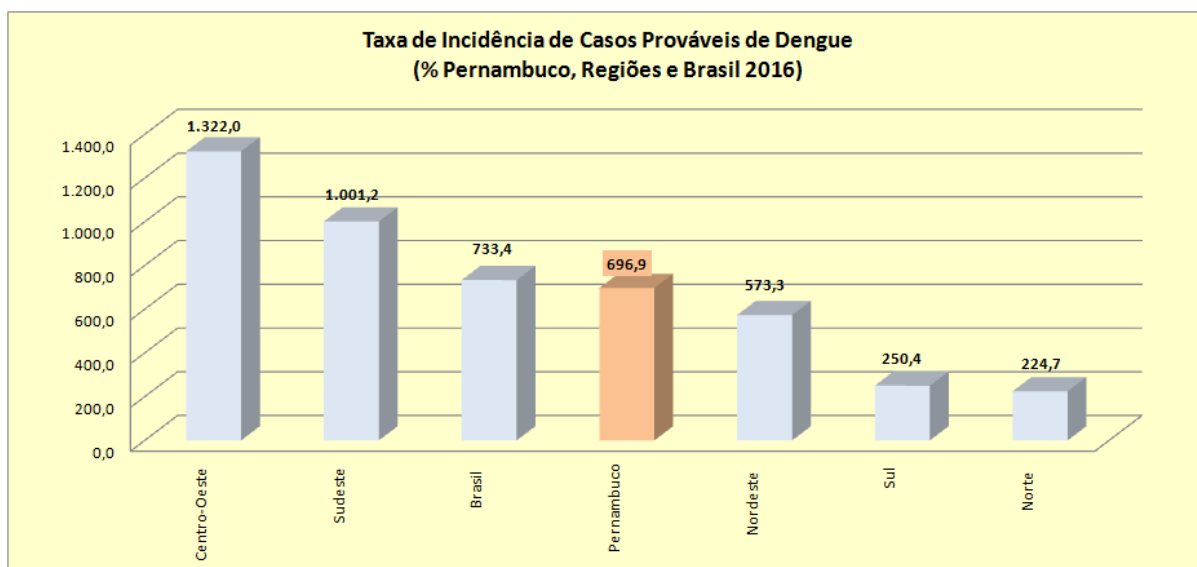
**Fonte:** Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Então se pode observar que, embora o estado de Pernambuco tenha reduzido sua taxa de incidência de 2015 para 2016, ainda assim, apresenta um dos resultados mais preocupantes, ficando com a 7º maior taxa de incidência de casos prováveis de Dengue do país.

Quando se compara seu desempenho com o das Regiões e com o do Brasil, observa-se que ficou abaixo, porém muito próximo da taxa do Brasil e acima (portanto mais crítico) que as regiões Nordeste, Sul e Norte. Por outro lado as Regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentaram resultados mais preocupantes que o obtido por Pernambuco, conforme gráfico a seguir:

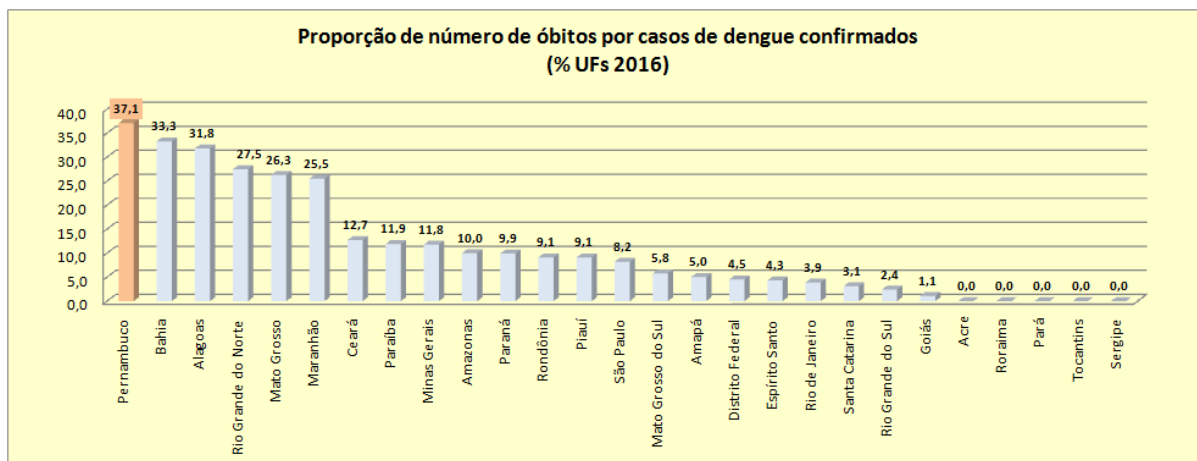


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Se a taxa de incidência ainda é significativamente alta em Pernambuco, quando se analisa a proporção de óbitos em relação aos casos de confirmados de Dengue ocorridos em 2016, tem-se um resultado ainda mais preocupante, conforme descrito no gráfico abaixo:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Diante de todo o exposto, com relação à Dengue percebe-se que há um esforço do estado de Pernambuco no sentido de reduzir a incidência de novos casos, porém ainda há um grande caminho a ser percorrido, especialmente no que toca ao tratamento dos pacientes que já contraíram a doença, no sentido de se evitar tão grande percentual de óbitos relativos aos casos confirmados da doença (37,1%), onde aparece em primeiro lugar, como destaque negativo no cenário brasileiro, no exercício de 2016.

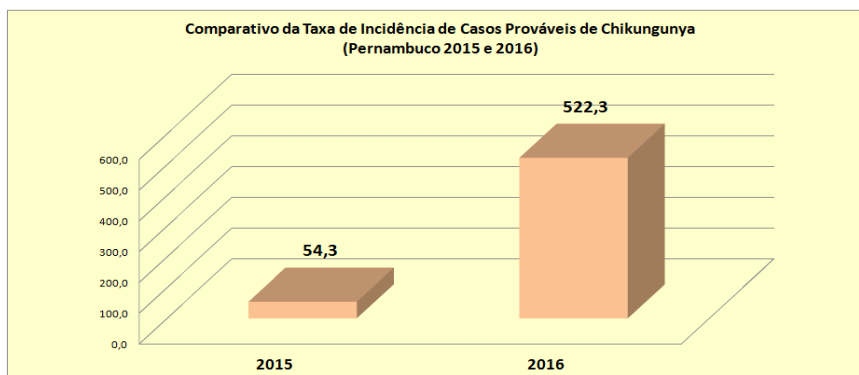
#### 7.2.2.4.2 Casos de Chikungunya e Proporção de Óbitos

A análise dos dados demonstrou que o estado de Pernambuco obteve um aumento significativo da taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya, quando se compara o



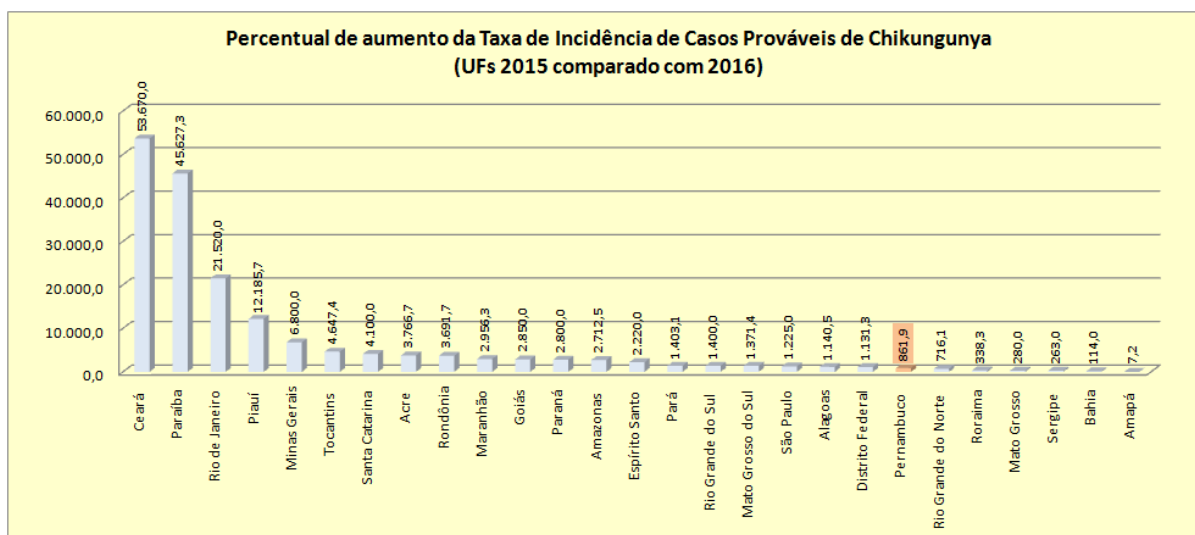
ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS

desempenho de 2015 com 2016. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes e se comportou da seguinte forma:



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

O percentual de aumento da referida taxa de incidência em Pernambuco, de 2015 para 2016, quando comparado com o percentual das demais UFs brasileiras apresenta-se da seguinte forma:



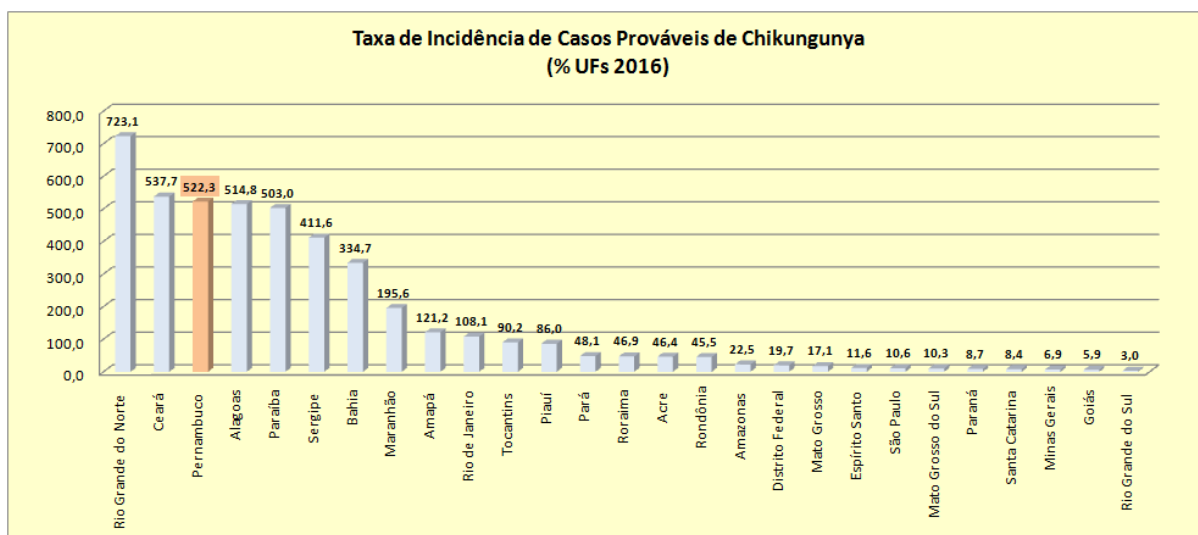
Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Observa-se que houve aumento da taxa de incidência em todo o país (ano preocupante com relação à Chikungunya) e que Pernambuco, embora tenha obtido em 2016 resultado superior em mais de 860% em relação à 2015, ainda assim obteve um dos menores aumentos dentre as demais UFs, figurando como o 7º desempenho menos crítico do país.

Entretanto, convém salientar que embora a taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya tenha aumentado em menor proporção de 2015 para 2016 que nas demais UFs, Pernambuco obteve em 2016 uma taxa em valores significativos e que em relação às demais UFs figura de forma negativa, como se pode depreender do gráfico a seguir:

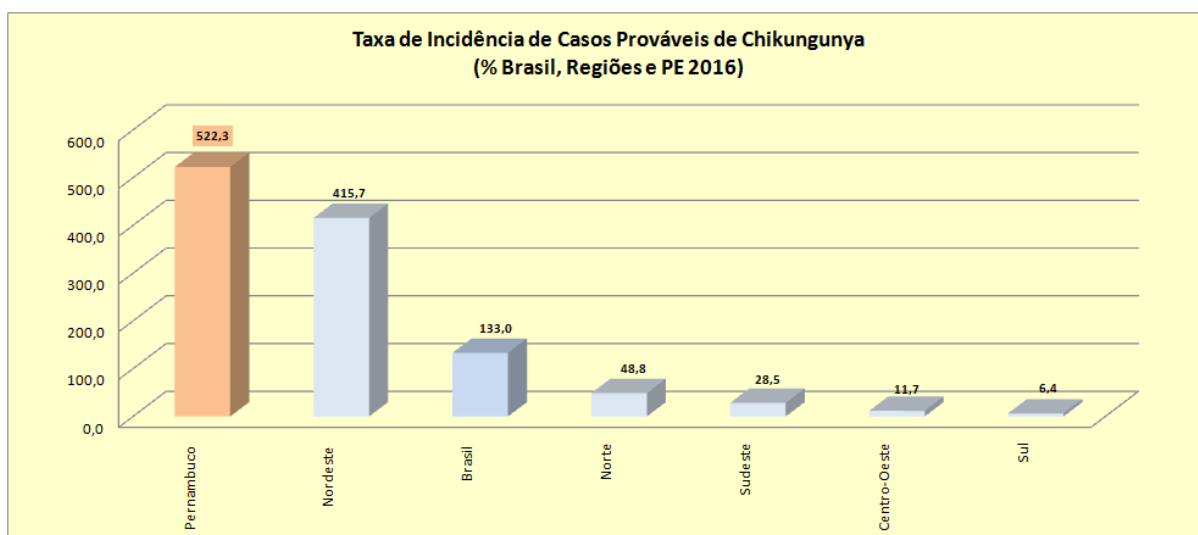


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Percebe-se que Pernambuco em 2016 obteve a 3ª maior taxa de incidência de casos prováveis de Chikungunya, em relação aos demais estados e em reforço a tal posição negativa, figura acima da taxa de incidência de todas as Regiões brasileiras, bem como do Brasil, conforme gráfico que segue:

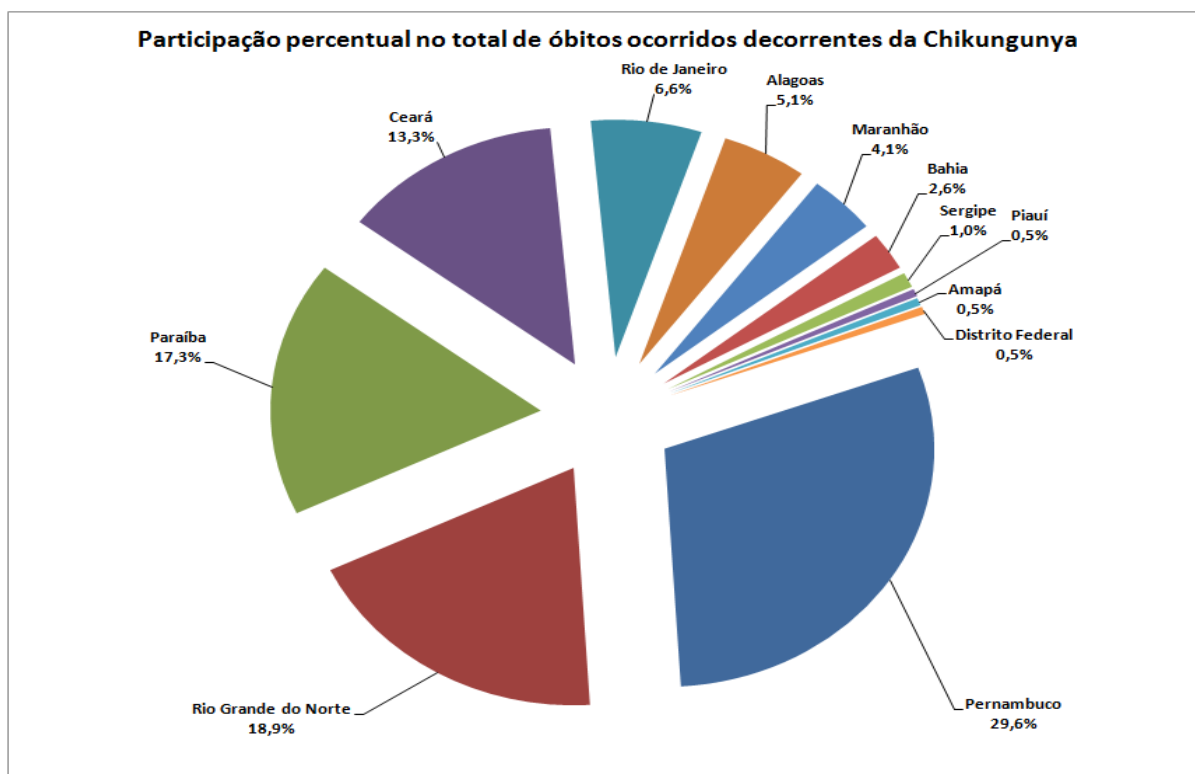


Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

A análise dos dados revela ainda algo mais preocupante, que é o fato de que de um total de 196 (cento e noventa e seis) óbitos ocorridos em todo o Brasil, Pernambuco contribuiu com 29,6% dos casos, ou seja, 58 (cinquenta e oito) óbitos, como se pode observar no gráfico a seguir:



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



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Diante do exposto, pode-se concluir que o estado de Pernambuco, com base no desempenho no combate à Chikungunya obtido em 2016, deixou a desejar tanto na busca de redução de casos, quanto no tratamento dos pacientes já infectados com a doença.

Assim recomenda-se a identificação das causas para resultado tão negativo, obtido em 2016, no que toca ao combate à Chikungunya, bem como elaboração de Plano de Ação focado nas causas anteriormente identificadas.

Recomenda-se também executar o Plano de Ação supracitado, garantindo a produção de resultados efetivos com relação ao contágio e ao tratamento da Chikungunya.

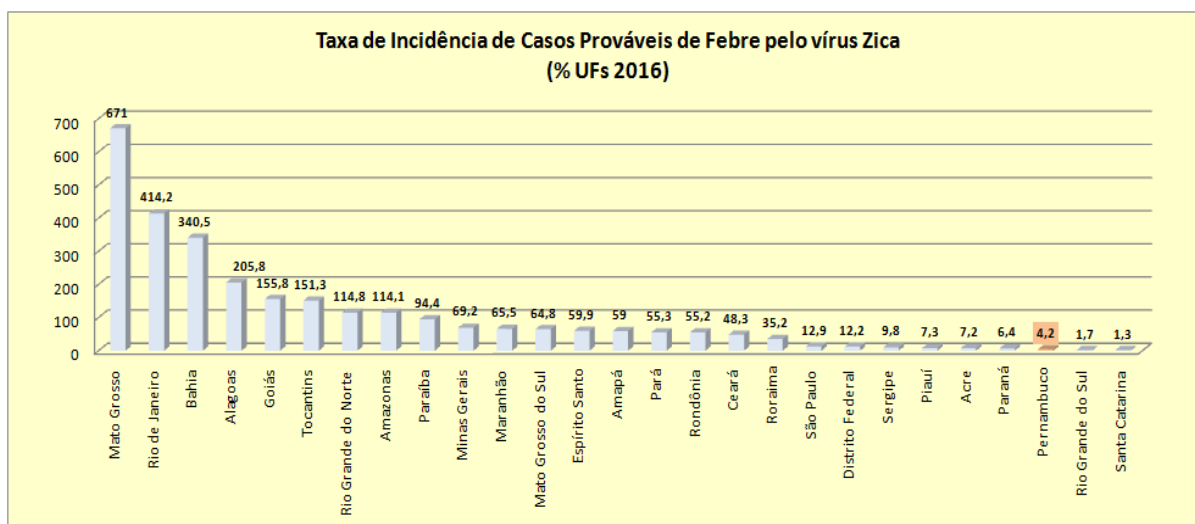
#### 7.2.2.4.3 Casos de Zika e Proporção de Casos de Microcefalia

A análise dos dados permitiu concluir que a taxa de incidência de casos prováveis de Zika obtida por Pernambuco em 2016 (4,2%) foi uma das mais baixas do país e, portanto positiva, garantindo o 3º melhor desempenho ao estado pernambucano. Essa taxa verifica o número de casos prováveis por 100 mil habitantes. O desempenho das UFs brasileiras pode ser observado no próximo gráfico:



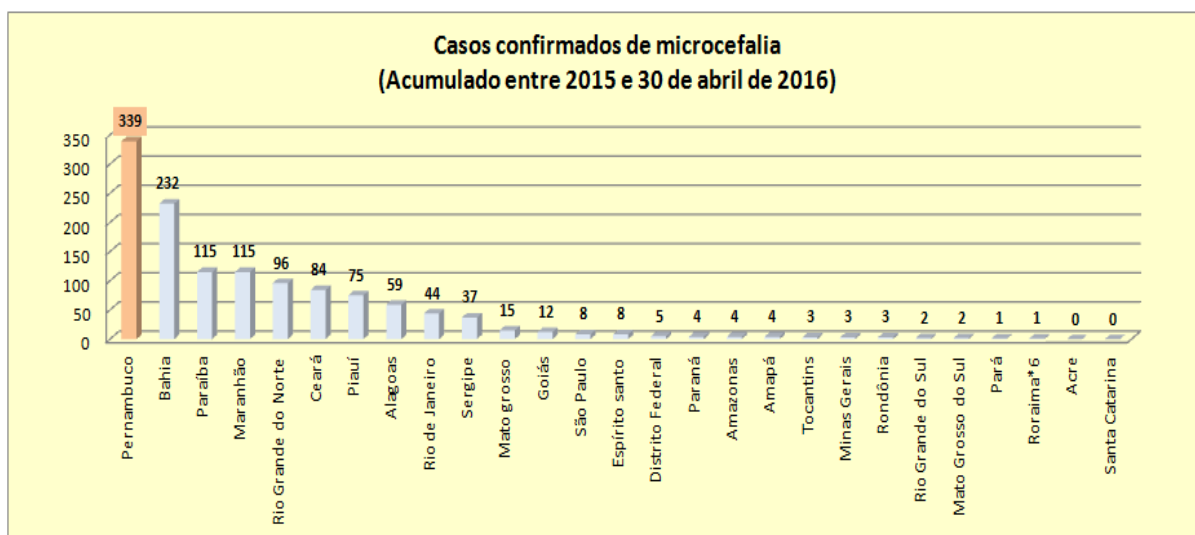


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 48, nº 3, 2017

Por outro lado, observou-se que Pernambuco alcançou uma marca acumulada significativa entre 2015 e 30 de abril de 2016, de casos confirmados de microcefalia, cuja situação epidemiológica no Brasil tem se apresentado com padrão de ocorrência alterado. Seu desempenho figurou em primeiro lugar na quantidade de casos confirmados de microcefalia.



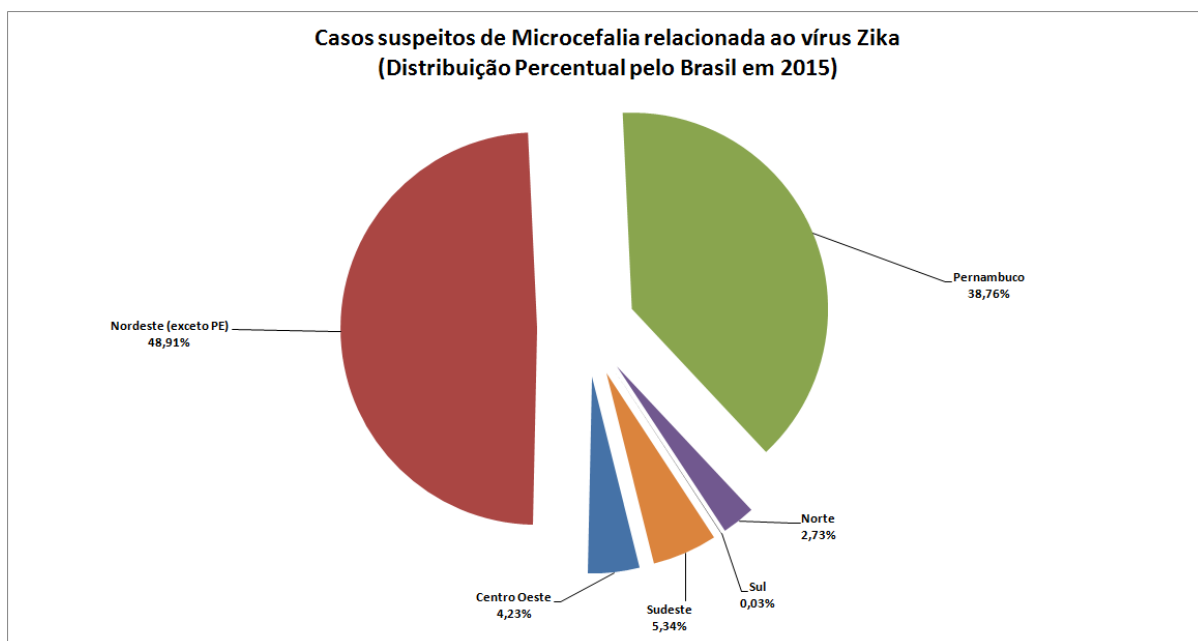
Fonte: Portal da saúde do Ministério da Saúde<sup>5</sup>

Outro dado importante levantado, que reforça a relevância e a oportunidade de ações de controle da incidência da Zika, foi o percentual de casos suspeitos de microcefalia relacionada ao vírus da Zika ocorridos nas diversas UFs brasileiras, em 2015, obtidos junto ao Ministério da Saúde, conforme demonstrado no próximo gráfico:

<sup>5</sup> Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23534-microcefalia-ministerio-da-saude-confirma-1-271-casos-no-pais>



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



Fonte: Boletim Epidemiológico volume 47, nº 1, 2016

Tais dados reforçam a necessidade de continuar reduzindo nos próximos exercícios a taxa de incidência do vírus da Zika, levando-se em conta a gravidade de suas consequências, com o fim de proporcionar maior proteção à saúde das famílias, especialmente às mulheres que pretendem ter filhos.

Diante do exposto e exclusivamente com base nos dados levantados, pode-se afirmar que Pernambuco obteve, no aspecto do controle da incidência do vírus da Zika, resultado positivo no exercício de 2016.

### 7.3 Rede Estadual de Saúde

O sítio eletrônico da SES/PE traz as unidades e serviços que compõem a Rede Estadual de Saúde de Pernambuco, a qual se encontra estruturada da seguinte forma:

- Gerências Regionais de Saúde (GERES);
- Hospitais;
- Unidade de Pronto-atendimento (UPA);
- Unidade Pernambucana de Atenção especializada (UPAE);
- Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA);
- Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (Ceatox);
- Central de Transplantes;
- Farmácia de Pernambuco;
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE);
- Laboratório Central de Pernambuco (LACEN);
- Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE);
- Ouvidoria.



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

Faremos, a seguir, considerações acerca dos principais órgãos/unidades que integram a estrutura de saúde estadual.

### Gerências Regionais de Saúde

O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife - RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regiões de Saúde. As Gerências Regionais de Saúde (GERES) são unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, responsáveis pelos municípios, que atuam de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. As GERES encontram-se assim distribuídas:



Fonte: SES/PE

Este modelo de gestão da Saúde é concebido de forma a permitir que a atuação e processo de tomada de decisão seja definido em função das particularidades de cada região.

Os dados relativos à população do estado são divulgados pelo IBGE (<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>), sendo estimado um contingente de 9.410.336 habitantes para o ano de 2016 (distribuídos entre os 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha). Os dados de regionais de saúde veiculados no portal de saúde federal contemplam quantitativos populacionais atualizados até 2016, as relações percentuais demonstram a distribuição percentual da população assistida por cada Gerência de Saúde:

**Distribuição da população do Estado por GERES (Dados de 2016)**

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
I GERES	Recife	4.172.066	20	44,33
II GERES	Limoeiro	594.597	20	6,31
III GERES	Palmares	612.547	22	6,50
IV GERES	Caruaru	1.350.060	32	14,34
V GERES	Garanhuns	539.286	21	5,73



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

Regiões	Sede	População	Municípios	% População
VI GERES	Arcoverde	416.751	13	4,42
VII GERES	Salgueiro	146.414	7	1,55
VIII GERES	Petrolina	490.103	7	5,20
IX GERES	Ouricuri	350.075	11	3,72
X GERES	Afogados da Ingazeira	188.409	12	2,00
XI GERES	Serra Talhada	236.958	10	2,51
XII GERES	Goiana	313.070	10	3,32
<b>Total</b>		<b>9.410.336</b>	<b>185</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/380/aceso-a-informacao.html> (acessar campo denominado “Sala de Apoio à Gestão Estratégica”, aba “Gestão/Financiamento”; Regiões de saúde)

O percentual da população instalado na I GERES alcançou 44,33% em 2016, aproximadamente metade da distribuição populacional. A estratégia de saúde do Estado deve ser definida buscando alocar oferta de profissionais de saúde, leitos hospitalares e serviços de média e alta complexidade, tanto quanto possível, nas proporções da distribuição percentual acima ilustrada.

## Hospitais

A rede hospitalar pública de Pernambuco vinculada ao SUS, de acordo com o CNES em 2015, segundo dados constantes do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, era constituída por 277 unidades hospitalares.

No que tange aos Hospitais Miguel Arraes de Alencar, Dom Hélder Câmara, Pelópidas da Silveira, Dom Malan (Petrolina), Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Dr. Silvio Magalhães (Palmares), João Murilo de Oliveira (Vitória de Santo Antão), Mestre Vitalino (Caruaru), Ruy de Barros Correia (Arcoverde) e Fernando Bezerra (Ouricuri), o Governo do Estado de Pernambuco optou por neles implantar um modelo de gestão indireto, se utilizando de Organizações Sociais. Assim, foram celebrados contratos de gestão entre a Secretaria Estadual de Saúde e as entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais – OS’s, o que submeteu a gestão e a prestação de contas daqueles hospitais aos modelos definidos para essas instituições.

De forma resumida, as principais unidades hospitalares encontram-se abaixo relacionadas:

### Principais Hospitais do Estado localizados na RMR e Fernando de Noronha

Hospital	Localidade
Hospital da Restauração	Recife
Hospital Getúlio Vargas	Recife
Hospital Agamenon Magalhães	Recife



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

<b>Hospital</b>	<b>Localidade</b>
Hospital Barão de Lucena	Recife
Hospital Geral Otávio de Freitas	Recife
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista
Hospital das Clínicas (UFPE; federal)	Recife
Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira	Igarassu
Hospital Correia Picanço	Recife
Hospital do Câncer de Pernambuco	Recife
Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres	Jaboatão dos Guararapes
Hospital Geral da Mirueira	Paulista
Hospital Geral de Areias	Recife
Hospital Ulysses Pernambucano	Recife
Hospital São Lucas	Fernando de Noronha

Fonte: SES/PE. <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais>.

**Principais Unidades Hospitalares localizadas no interior do Estado**

<b>Hospital</b>	<b>Localidade</b>
Hospital Belarmino Correia	Goiana
Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	Barreiros
Hospital de Itaparica	Jatobá
Hospital Jesus Nazareno	Caruaru
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru
Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns
Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri
Hospital Regional Geral do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	Caruaru
Hospital Regional Inácio de Sá	Salgueiro
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina
Hospital João Murilo de Oliveira	Vitória de Santo Antão
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata
Hospital Regional de Palmares Sílvia Magalhães	Palmares



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

Hospital	Localidade
Hospital Regional José Fernandes Salsa	Limoeiro
Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães	Serra Talhada
Hospital Regional Ruy de Barros Correia	Arcoverde

Fonte: SES/PE. <http://portal.saude.pe.gov.br/hospitais>.

A seguir, são apresentados os 10 (dez) hospitais e suas Organizações Sociais mantenedoras com contratos de gestão vigentes no final de 2016:

**Hospitais Estaduais administrados por Organizações Sociais**

Hospital	Localidade	Organização Social (gestora)
Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara	Cabo de Santo Agostinho	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Norte Miguel A. de Alencar	Paulista	
Hospital Regional Dom Malan	Petrolina	
Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira	Recife (Curado)	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Hospital Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	Fundação Manoel da Silva Almeida
Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães	Palmares	
Hospital João Murilo de Oliveira	Vitória de Santo Antão	Hospital do Tricentenário
Hospital Mestre Vitalino	Caruaru	
Hospital Regional Ruy de Barros Correia	Arcoverde	
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	Santa Casa de Misericórdia do Recife

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2016.

Cabe salientar que os três grandes hospitais metropolitanos possuem especialidades distintas. O Hospital Dom Hélder (Sul) possui perfil de atuação voltado para Cardiologia, o Hospital Miguel Arraes (Norte) é especializado em traumatologia-ortopedia e o Hospital Pelópidas Silveira (Oeste), em neurocirurgia vascular e cardiologia.

**Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) passaram, desde janeiro de 2010, a integrar a rede estadual pública de urgência e emergência, com o objetivo de preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS e mitigar as grandes emergências, sobrecarregadas com vítimas de acidentes de trânsito e violência. O encaminhamento para a rede hospitalar se faz por meio da central de regulação médica de urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).



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

---

Essas unidades de saúde funcionam 24 horas por dia e atendem as especialidades de Ortopedia, Clínica médica, Pediatria e Odontologia. A estrutura conta com consultórios, área de acolhimento com classificação de risco, leitos de enfermaria, salas de Raio-x e inalação coletiva (nebulização).

A gestão das Unidades de Pronto Atendimento no estado é atualmente submetida às Organizações Sociais, existindo, ao final de 2016, 14 (quatorze) UPA's em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

**Unidades de Pronto Atendimento administradas por Organizações Sociais**

<b>UPA</b>	<b>Organização Social (gestora)</b>
Olinda - Gregório Lourenço Bezerra	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Igarassu - Honorata de Queiroz Galvão	
Paulista - Geraldo Pinho Alves	
São Lourenço da Mata - Professor Fernando Figueira	
Barra de Jangada - Wilson Campos	
Engenho Velho - Carlos Wilson	
Caruaru - Dr. Horácio Florêncio	
Cabo de Santo Agostinho - Deputado Francisco Julião	
Imbiribeira - Maria Esther Souto Carvalho	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde – IPAS
Torrões - Dulce Sampaio	Santa Casa de Misericórdia do Recife
Nova Descoberta - Solano Trindade	Fundação Manoel da Silva Almeida
Caxangá - Escritor Paulo Cavalcanti	
Curado - Fernando de Lacerda	Hospital do Tricentenário
Ibura - Pediatra Zilda Arns	

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2016.

**Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)**

A partir de 2013, foram inauguradas, no interior do estado, as primeiras Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. Tais Unidades oferecem consultas com médicos especialistas, tendo em média 12 (doze) especialidades distintas. As principais especialidades médicas oferecidas nessas novas unidades são: oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia.

Segundo informações colhidas do sítio eletrônico da SES/PE, todas as UPAs contam com consultórios e centros de apoio ao diagnóstico e exames, dentre eles: exames laboratoriais, eletrocardiograma, ecocardiograma, mapa, *holter*, teste ergométrico, raios-X, endoscopia e ultrassonografia, entre outros.





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

A gestão das Unidades Públicas de Atendimento Especializado no estado é atualmente submetida às Organizações Sociais, existindo, ao final de 2016, 09 (nove) UPAs em funcionamento, conforme relacionadas na tabela a seguir:

**Unidades Pernambucana de Atenção Especializada administradas por Organizações Sociais**

UPAE	Organização Social (gestora)
Garanhuns	Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Salgueiro	
Serra Talhada	Hospital do Tricentenário
Afogados da Ingazeira	
Caruaru	Fundação Altino Ventura
Belo Jardim	Hospital do Câncer de Pernambuco – HCP
Arcoverde	
Limoeiro	Associação de Proteção Materna e Infantil
Petrolina	Inst. de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Fonte: SES/PE; e-Fisco 2016

Verificou-se no e-Fisco um repasse, ao final de 2016, no valor de R\$ 250 mil reais para a Organização Social Irmandade Santa Casa de Misericórdia, gestora da UPAs Ouricuri, a fim de dar início às atividades dessa Unidade. A UPAs teve sua inauguração datada de 06 de maio de 2017.

## 7.4 Financiamento da Saúde no estado e utilização dos recursos

### 7.4.1 Fontes de financiamento

Em 2016, os recursos aplicados na Função 10 – Saúde foram provenientes das seguintes fontes de financiamento:

Em R\$		
Cód.	Fonte de Recursos	Valor
101	Recursos Ordinários - Adm. Direta	2.913.605.747,90
144	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Direta	1.476.080.185,64
241	Recursos Próprios - Adm. Indireta	257.672.989,39
271	Recursos Ordinários Oriundos do FES-PE	255.476.222,35
244	Recursos do SUS Exclusive Convênios - Adm. Indireta	162.579.643,36
119	Conta Única - Projeto Resp Social	116.341.683,57
104	Receita Diretamente arrecadada - RDA	38.124.302,40
128	Compensação Financeira Recursos do Fundo de Petróleo	4.749.140,20



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

Cód.	Fonte de Recursos	Valor
102	Recursos de Convênios - Adm. Direta	2.866.337,90
145	Recursos do Fundo de Enfrentamento à Violência - FEV	1.092.000,03
242	Recursos de Convênios - Adm. Indireta	426.396,80
<b>Total</b>		<b>5.229.014.649,54</b>

Fonte: e-Fisco 2016 (Execução Orçamentária consolidada – Empenhamento total)

A maior parcela de recursos vinculados à função Saúde, portanto, teve como origem informada a de recursos estaduais (fontes principais foram 101, 241 e 271), sobretudo da fonte de recursos ordinários (não vinculados), caracterizados sob o código de fonte 101. Os recursos provenientes do SUS também tiveram peso relevante no custeio da função Saúde, sendo representados pela soma das fontes 144 e 244. As demais fontes tiveram participação residual no financiamento.

**Ressalta-se que este total de R\$ 5,23 bilhões atribuído à função 10 - Saúde não se confunde com o valor aplicado em “ações e serviços de saúde”** (cálculo demandado por norma constitucional), que incide sobre fontes de recursos específicas, quais sejam: 101 e 271 e, ainda, sujeitam-se a verificações específicas de adequação ao rol de despesas admitidos para a finalidade, a qual será objeto de comentários no item 7.5 deste Relatório.

#### 7.4.2 Gastos na função 10 – Saúde por Natureza de Despesa

O total de gastos empenhados pelo Estado na função 10 - Saúde em 2016 (R\$.5,23 bilhões) também pode ser visualizado conforme a natureza da despesas e itens de gastos, que tomam por critério de classificação o tipo do serviço tomado ou produto/material adquirido e o meio de aplicação da despesa (diretamente pelo estado ou por terceiros). O quadro a seguir ilustra a classificação de itens de gasto utilizada para as despesas com a função Saúde em 2016:

Em R\$

Item de gasto	Descrição	Valor
3.1.90.11.01	Vencimentos e Salários Pessoal Civil	927.859.497,16
3.1.91.13.01	FUNAFIN - Obrigação Patronal Servidor Ativo Civil	252.736.823,37
	Outros itens de gasto do grupo 1	483.335.407,52
<b>Subtotal Grupo 1 (Pessoal e Encargos Sociais)</b>		<b>1.663.931.728,05</b>
3.3.50.41.13	Contribuições - Organização Social – OS	703.868.172,77
3.3.50.43.01	Subvenções Sociais - Inst. de Caráter Assistencial ou Cultural	468.577.866,53
3.3.90.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais	399.913.809,44
3.3.91.39.50	Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais - Oper.	375.540.307,11



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

Item de gasto	Descrição	Valor
	Intra-Orçamentária	
3.3.90.92.39	DEA - Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	238.905.396,36
3.3.50.92.43	DEA - Subvenções	120.758.052,25
	Outros itens de gasto grupo 3	1.223.476.821,70
<b>Subtotal Grupo 3 (Outras Despesas Correntes)</b>		<b>3.531.040.426,16</b>
4.4.41.42.02	Auxílios a fundos municipais	9.622.250,55
4.4.90.52.08	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico-Odontológico, Laboratorial e Hospitalar	5.659.027,83
4.4.90.92.01	DEA – Obras e instalações	5.462.259,90
4.4.90.92.02	DEA - Equipamentos e Material Permanente - Imobilizáveis	4.331.191,70
4.4.90.51.02	Obras Públicas de Uso Comum de Povo	1.633.043,74
	Outros itens de gasto do grupo 4	7.334.721,61
<b>Subtotal Grupo 4 (Investimentos)</b>		<b>34.042.495,33</b>
<b>Total Geral das Despesas Função Saúde</b>		<b>5.229.014.649,54</b>

**Fonte:** e-Fisco 2016

**Nota:** Os valores relativos aos itens de gasto 3.3.50.41.13, 3.3.50.43.01 e 3.3.50.92.43 divergem dos valores levantados no capítulo 10, visto que naquele capítulo foram detalhados valores classificados de maneira errônea no Sistema e-Fisco.

Vê-se que os R\$ 5,23 bilhões atribuídos à função Saúde contemplam gastos com Pessoal e Encargos, Outras Despesas Correntes e Investimentos. A análise pormenorizada desses grupos no e-Fisco indicou que em 2016 o grupo 1 – Pessoal e Encargos Sociais, participou com 31,8% do total da despesa da função Saúde, e contemplou a exemplo da remuneração e encargos sociais dos servidores estaduais lotados nos 6 grandes hospitais com gestão direta pelo estado (HR, HAM, HGV, HBL, HGOF e HRA), e não abrangeu os salários e encargos patronais dos profissionais de saúde lotados nos demais hospitais estaduais e UPAs e UPAEs geridos por Organizações Sociais, os quais permanecem contabilizados no grupo 3 – Outras despesas correntes. Ainda, o grupo 3, que representou 67,5% da despesa na função Saúde, insere-se a remuneração por serviços hospitalares prestados ao estado pela rede hospitalar privada. Por fim, o grupo 4 - Investimentos (despesas de capital) compuseram de forma muito residual as despesas na função Saúde em 2016, representando apenas 0,65% do total gasto.

Quanto à modalidade de aplicação, a tabela anterior informa despesas aplicadas tanto pelo estado de Pernambuco (modalidades 90 e 91), quanto por terceiros (modalidades 41 e 50). A descrição das referidas modalidades encontram-se 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**

<b>Código</b>	<b>Denominação</b>	<b>Eventos mais frequentes na Saúde em 2016</b>
41	Transferências a Municípios – Fundo a Fundo	Recursos repassados pelo estado e aplicados por municípios pernambucanos
50	Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	Recursos repassados pelo Estado às Organizações Sociais para gestão de hospitais, UPAs e UPAsEs, inclusive pagamentos de salários e encargos patronais de profissionais em atuação neles
90	Aplicação Direta	Valores pagos a hospitais e clínicas particulares por serviços prestados por estes
		Valores usados para remuneração do pessoal lotado nos 6 (seis) hospitais de gestão própria do Estado
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social	Valores pagos pelo estado ao Hospital Oswaldo Cruz e outras unidades estaduais de saúde por serviços prestados por estes ao estado Transferências de recursos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelo HEMOPE, UPE e DEFN
		Valores pagos pelo estado ao FUNAFIN para custeio de encargos patronais incidentes sobre a remuneração do pessoal lotado nos 6 hospitais de gestão própria do estado

### **7.4.3 Repasses Financeiros por meio do Terceiro Setor**

Quando verificados os valores alocados internamente nos principais integrantes dessa estrutura (hospitais, UPAs, UPAsEs e GERES), verifica-se que houve aplicação financeira mais significativa nas unidades submetidas à gestão por Organizações Sociais (UPAs, UPAsEs e hospitais submetidos a essa gestão) em relação às unidades hospitalares sob gestão própria da Secretaria de Saúde, tendo havido ainda repasses às gerências regionais de saúde.

Foram identificados repasses de R\$ 282,34 milhões aos seis grandes hospitais geridos diretamente pela Secretaria Estadual de Saúde. Por sua vez, outros R\$ 753,46 milhões foram repassados a Organizações Sociais encarregadas da gestão de 10 (dez) hospitais, 14 UPAs e 09 (nove) UPAsEs na estrutura do estado. Adicionalmente, foram identificados R\$ 9,84 milhões direcionados às 12 Gerências de Saúde.

Adiante, tais valores serão resumidos, em comparativo aos dois últimos exercícios financeiros, quando aplicável:

#### **Aos Hospitais de grande porte sob administração própria (direta)**

Os totais repassados aos referidos estabelecimentos de saúde (credenciados como Unidades Gestoras) no exercício de 2016, além dos dois exercícios anteriores, são demonstrados na tabela a seguir.



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

**Repasses estaduais (por qualquer UG) aos hospitais da rede estadual Em R\$**

Hospital	2014	2015	2016
HR	97.538.200,66	37.481.892,47	82.830.341,73 <sup>2</sup>
HAM	49.180.320,65	22.555.275,02	42.107.289,77
HOF	47.806.993,46	21.351.004,00	46.239.063,77 <sup>3</sup>
HGV	43.351.671,10	19.700.531,15	42.316.402,76
HBL	41.108.749,12	19.319.769,28	35.879.531,93 <sup>1</sup>
HRA	34.266.981,87	13.754.957,38	32.971.638,49 <sup>4</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>313.254.930,86</b>	<b>134.163.429,30</b>	<b>282.344.268,46</b>

Fonte: e-Fisco 2014 a 2016 (Razão; contas contábeis 4.5.1.1.2.XX.XX e 3.5.1.2.XX.XX)

Nota: <sup>1</sup> Valor líquido considerando a devolução de saldo no valor de R\$ 285,72 à UG Secretaria da Fazenda;

<sup>2</sup> Valor líquido considerando devolução do valor de R\$ 6.777,97 à UG Secretaria da Fazenda;

<sup>3</sup> Valor líquido considerando devolução do valor de R\$ 31.862,56 à UG Secretaria da Fazenda;

<sup>4</sup> Valor líquido considerando devolução do valor de R\$ 49.669,15 à UG Secretaria da Fazenda.

### Aos Hospitais geridos por Organizações Sociais

Como será pormenorizado no Capítulo 10, o total repassado, em 2016, às Organizações Sociais que administram 10 (dez) hospitais públicos, somou outros R\$ 468,04 milhões (2,67% a mais do que os R\$ 455,86 milhões repassados em 2015).

Em R\$

Ano	2014	2015	2016
TOTAL	431.137.845,19	455.860.802,33	468.037.303,97

Fonte: e-Fisco 2014 a 2016.

### Às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

Em 2016, conforme relatado no capítulo destinado ao Terceiro Setor, foi repassado o montante de R\$ 198,45 milhões para a operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde nessas 14 (quatorze) Unidades de Pronto Atendimento – UPAs.

Em R\$

Ano	2014	2015	2016
TOTAL	197.569.730,18	196.053.680,81	198.446.573,28

Fonte: e-Fisco 2014 a 2016.

O valor transferido em 2016 foi, assim, 1,22% superior ao transferido para o mesmo conjunto de Organizações Sociais em 2015.



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

### Às Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAEs)

Em 2016, foram repassados a estas 09 (nove) UPAEs o valor de R\$ 86,97 milhões (2,08% a mais do que os R\$ 85,20 milhões repassados em 2015).

As 09 (nove) UPAEs em funcionamento no estado em 2016 tiveram inauguração recente na estrutura de saúde do estado, entre julho/2013 e o término do exercício de 2014. Em 2017 o Estado passa a contar com mais uma Unidade, a UPAE Ouricuri, que teve sua inauguração em maio do exercício de 2017.

Em R\$

Ano	2014	2015	2016
<b>TOTAL</b>	<b>80.508.721,77</b>	<b>85.204.093,91</b>	<b>86.978.164,76</b>

Fonte: e-Fisco 2014 a 2016.

### Às Gerências Regionais de Saúde

O total repassado às doze GERES somou R\$ 9,84 milhões em 2016, conforme adiante ilustrado:

**Repasses Financeiros do FES às GERES**

Em R\$

Gerências Regionais	2014	2015	2016
<b>I</b>	1.621.961,50	1.153.353,17	1.179.576,38
<b>II</b>	1.703.422,13	858.266,06	960.751,24
<b>III</b>	3.580.837,72	1.734.127,06	665.531,13
<b>IV</b>	10.934.784,63	8.300.310,93	1.012.860,23
<b>V</b>	537.424,19	482.483,35	816.636,27
<b>VI</b>	643.478,08	370.984,45	1.141.505,30
<b>VII</b>	7.811.917,26	7.214.250,44	695.978,44
<b>VIII</b>	1.106.611,28	369.191,44	633.208,14
<b>IX</b>	1.383.636,23	634.458,51	622.506,40
<b>X</b>	6.093.179,25	4.202.338,09	926.028,92
<b>XI</b>	7.863.586,55	6.794.366,38	774.340,86
<b>XII</b>	455.154,42	349.599,77	407.744,87
<b>Total</b>	<b>43.738.007,24</b>	<b>32.465.744,65</b>	<b>9.836.668,18</b>

Fonte: e-Fisco 2014 a 2016 (Ordem Bancária – CNPJ)

O valor repassado em 2016 foi 69,7% inferior ao transferido em 2015 para o mesmo conjunto de GERES.



## 7.5 Verificação da Aplicação dos Recursos de Impostos Destinados à Saúde

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, mediante alterações promovidas no art. 198 da Constituição Federal, impôs à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a obrigatoriedade de aplicação de um mínimo de recursos oriundos de impostos nas ações e serviços públicos de saúde. É o que estabelece o § 2º, inserto no art. 198 por força da referida Emenda:

Art. 198. omissis.

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

I – omissis

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

III – omissis

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

I – os percentuais de que trata o § 2º

Em 13 de janeiro de 2012, foi sancionada a Lei Complementar Federal nº 141, que regulamentou o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde, estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O artigo 6º da Lei Complementar Federal nº 141 assim determinou:

Art. 6º. **Os Estados** e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços de saúde, no mínimo, **12% (doze por cento)** da arrecadação dos impostos a que se refere o art.155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. (grifos nossos)

### 7.5.1 Formação da base de cálculo

A base de cálculo sobre a qual é verificado o percentual aplicado de 12% é formada pelos impostos arrecadados diretamente pelo Estado, quais sejam: ICMS, IPVA, ITCD, IRRF, ISS (Fernando de Noronha) e os transferidos pela União como cota parte do FPE, do IPI - Exportação e do ICMS - Desoneração, deduzidas as transferências aos municípios.

O valor da base de cálculo, R\$ 18.002.556.494,24, apresentado no Balanço Geral do Estado confere com os dados obtidos por meio do e-Fisco. Portanto, o mínimo legal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2016 correspondeu a R\$ 2.160.306.779,31.





## 7.5.2 Aplicação dos Recursos

### *Da contabilização das ações da UPE, HEMOPE e DEFN*

O parágrafo único do artigo 2º da Lei Complementar federal nº 141/2012 definiu que as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. O artigo 14 da referida Lei Complementar determina que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações de serviços públicos de saúde. No estado de Pernambuco, o Fundo Estadual de Saúde se caracteriza como unidade gestora específica (530401), sendo o responsável primário pela execução orçamentária dessas ações.

Ocorre que algumas ações e serviços de saúde, de fato, têm execução final por entidades da administração indireta do estado, a exemplo do HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN), as quais constituem cada qual uma unidade gestora própria. Em 2016, essas entidades participaram, como agente final, da execução dessas ações em cerca de R\$ 255,48 milhões. Como nesses casos o recurso é repassado do FES-PE para essas entidades, antes de originar a ação efetiva, o orçamento estadual passou a prever duas execuções orçamentárias para um mesmo recurso, sendo a primeira do FES para um desses órgãos (na modalidade 91, fonte 0101) e a segunda como aplicação final da despesa. Para tanto, foi utilizada a fonte de recursos 0271 – Recursos Ordinários Oriundos do Fundo Estadual de Saúde – FES-PE<sup>6</sup>.

Em decorrência, os valores finais utilizados pelo HEMOPE, UPE e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN) passaram a compor o total das ações e serviços de saúde, em vez de serem computados os recursos repassados pelo FES a estas entidades, o que deu grau maior de exatidão à quantificação dessas ações e serviços de saúde do estado.

Necessário apenas, nesse cenário, que o gestor do FES-PE tome ciência das efetivas ações realizadas com recursos ordinários oriundos do referido Fundo, com vistas a aferir o cumprimento dos princípios, diretrizes e disposições definidas nos artigos 2º e 3º da referida Lei Complementar.

### *Dos Restos a Pagar*

A Lei Complementar Federal nº 141/2012 define em seu artigo 24, inciso II, que, para efeito de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, serão consideradas as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

---

<sup>6</sup> O recurso originário é proveniente da arrecadação tributária, sendo reconhecido como fonte 0101. O orçamento prevê execução do FES de parcelas para UPE, DEFN e HEMOPE. O empenho indica a fonte 0101. Essa primeira execução não é computada como ação e serviço de saúde. Quando o recurso é repassado para essas entidades, elas o reconhecem, indicando agora a fonte 0271. As despesas efetuadas com esses recursos (segunda execução orçamentária) é que passam a compor o total das ações e serviços de saúde. Logo, a fonte 0271, na prática, consiste em um “desmembramento” da fonte 0101, vez que os recursos atribuídos a esta fonte são receitas intraorçamentárias sempre provenientes do FES com fonte de recurso originária informada como 0101 (recursos ordinários).



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

---

Em 2016, não houve inscrição de restos a pagar não processados nas ações constantes do demonstrativo da vinculação dos recursos destinados à saúde.

O artigo 24, § 1º, da Lei Complementar Federal 141/2012, estabelece que “A disponibilidade de caixa vinculada aos restos a pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ação e serviços públicos de saúde”. Nesse aspecto, a norma procura garantir que os valores de restos a pagar, considerados em anos anteriores como aplicação em saúde, de fato sejam executados, mediante a obrigatoriedade de utilização dos possíveis valores cancelados. Para tanto, o § 2º do mesmo artigo 24, determina que “Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente”. Logo, além de garantir a aplicação, de fato, dos recursos, evita-se que estes sejam considerados novamente no cálculo do mínimo constitucional de saúde no exercício em que for utilizado, tendo em vista já o ter sido no exercício em que foi inscrito como restos a pagar.

Ressalta-se que o Inciso II do artigo 24 da Lei Complementar 141/12, refere-se aos restos a pagar não processados. Porém, a mesma lógica deverá ser aplicada ao cancelamento de restos a pagar processados, já que estes também foram considerados como aplicação no ano em que foram inscritos. A 6ª edição do MCASP, Portaria Conjunta STN/SOF nº 1, de 10 de dezembro de 2014, válido para 2015 e 2016, traz no capítulo 4 – Despesas Orçamentárias, item 4.2.4.4, a modalidade de aplicação 95 referente à aplicação à conta de recursos referentes aos restos a pagar considerados para fins da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde e posteriormente cancelados ou prescritos, de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Em 2014, houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve cancelamentos ao longo de 2015, que pelo entendimento citado no parágrafo anterior, deveria ter sido aplicado até o final de 2016, mediante dotação específica, em ações e serviços públicos de saúde. Em 2015, também houve inscrição de restos a pagar processados nas ações consideradas como aplicação em ações e serviços públicos de saúde. Dos valores inscritos, houve cancelamentos ao longo de 2016, valores estes que deverão ser aplicados até o final de 2017, mediante dotação específica, em ações e serviços públicos de saúde. Ressalta-se que não foi observada aplicação dos valores dos restos a pagar processados cancelados, até o final dos exercícios mencionados, utilizando a modalidade 95.

### ***Percentual de aplicação***

Os valores apresentados no Demonstrativo da Vinculação dos Recursos Destinados à Saúde como aplicações, constante do Balanço Geral do Estado de 2016, conferem com os obtidos no e-Fisco. O valor total aplicado alcançou o montante de R\$ 2.700.611.218,85. Este valor representou o seguinte percentual frente à base de cálculo considerada:



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

Base de Cálculo	18.002.556.494,24
Total aplicado (entendimento do TCE)	2.700.611.218,85
<b>% de aplicações (TCE)</b>	<b>15,00%</b>

**Fonte:** Balanço Geral do Estado 2016 e Sistema Informatizado e-Fisco

Dessa forma, em 2016, o Estado de Pernambuco aplicou 15,00% dos recursos oriundos de impostos em ações e serviços públicos de saúde, alcançando o percentual mínimo de 12%, exigido pela Lei Complementar Federal nº 141/2012, em seu artigo 6º.

## **7.6 Quantitativos de Leitos Hospitalares e Equipamentos Hospitalares e sua distribuição interna no estado**

De modo a subsidiar a análise e oferecer um breve retrato das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde no Estado de Pernambuco, foi realizado estudo com base em informações existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), na aba denominada “TABNET CNES” relativa a leitos hospitalares no estado.

O objetivo principal desse estudo, então, foi o de, a partir dos dados constantes do cadastro do CNES ao final de 2016, aferir o **quantitativo de recursos hospitalares** (resumimos, nesse exercício, o conceito a leitos hospitalares apenas) **disponibilizados à rede SUS dentro do estado**, aferindo-se, num segundo momento, **o perfil de maior ou menor concentração dos recursos** na região metropolitana da capital do estado, comparando-o ao verificado em exercícios anteriores, tal como um indicador.

### **7.6.1 Quantitativos de Leitos Hospitalares e de Equipamentos de Saúde em Pernambuco**

#### **Leitos Hospitalares**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES contempla 48 tipos diversos de leitos hospitalares agrupados em 07 (sete) segmentos: Cirúrgico, Clínico, Complementar, Obstétrico, Pediátrico, Hospital-Dia e Outras Especialidades. O CNES contempla dados de **leitos disponíveis para atendimento ao SUS** (independente de se encontrarem em unidades de saúde públicas ou particulares) e dos **leitos não disponíveis ao SUS**. Limitamo-nos a reproduzir abaixo os quantitativos absolutos dos leitos **disponíveis para atendimento a rede SUS**.

Assim, o quantitativo total de leitos disponíveis ao SUS, ao final de 2016, em todos os estabelecimentos de saúde em Pernambuco (públicos e privados; estaduais, municipais e federal) agrupados nos referidos segmentos, é abaixo demonstrado:

**Leitos Hospitalares disponíveis ao SUS em Pernambuco em 2016**

<b>Especialidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Variação frente a dez/2015</b>
Cirúrgico	4.259	- 1,11%
Clínico	5.885	+ 1,90%
Complementar (UTI e Unidade Intermediária)	1.358	+ 7,52%



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

<b>Especialidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Varição frente a dez/2015</b>
Obstétrico	2.478	+ 4,33%
Pediátrico	2.460	- 0,8%
Outras especialidades	1.963	- 6,79%
Hospital-dia	220	+0,46%
<b>Total</b>	<b>18.623</b>	<b>+ 0,53%</b>

**Fonte:** Consulta ao CNES

(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11665&VObj>  
=<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leint>) com filtro em “Quantidades SUS” referente à competência dez/2016

Os dados acima informam que houve um acréscimo de 0,53% em quantidade de leitos disponíveis ao SUS no estado, quando comparados os dados do exercício sob exame (2016) com os do o ano anterior. Esse percentual contempla tanto reduções nos grupos de leitos cirúrgicos (1,11%), leitos pediátricos (0,8%) e de leitos para outras especialidades (6,79%), quanto aumentos no número de leitos classificados nos demais grupos, com significativo acréscimo no grupo de leitos “Complementar” (7,52%).

Ao levantar o quantitativo de leitos “Não disponíveis ao SUS” na mesma fonte de informações (DataSus CNES) também verificou-se um acréscimo de 7,04%, quando comparados os dados do exercício sob exame (2016) com os do o ano anterior, no entanto trata-se de um acréscimo bem mais significativo em termos percentuais.

O dado “quantitativo de leitos SUS”, quando confrontado com a população do estado (9.410.336 habitantes, estimativa da população residente, segundo a Base de Dados do Estado para 2016), perfaz um quociente de 1,98 leitos para cada grupo de mil habitantes em Pernambuco. Quando comparado com o ano anterior, verifica-se que o quociente manteve-se inalterado. Registra-se que o quociente encontra-se abaixo da meta definida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.101, de 12/06/2002, que estipula em 2,92 o número mínimo a ser observado pelos estados.

O quociente acima permite uma análise apenas preliminar. Deve-se ponderar que para o exame acima, leitos de diferentes tipos, com custos de instalação e manutenção bem diversos, são indistintamente considerados. Ademais, é considerado nesse primeiro exame apenas o número total de leitos, não sendo questionada sua localização por região de saúde dentro do estado.

### **Equipamentos de Saúde**

No que se refere a Equipamentos de Saúde, foram identificados no CNES 80 tipos diferentes, agrupados em 8 (oito) grupos de Equipamentos: Audiologia, Diagnóstico por Imagem, Equipamentos de Infra-estrutura, Odontologia, Equipamentos para Manutenção da Vida, Equipamentos por Métodos Gráficos, Equipamentos por Métodos Ópticos e Outros Equipamentos.



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

Os totais de equipamentos disponíveis ao SUS em Pernambuco ao final de 2016 foram:

<b>Especialidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Varição frente a dez/2015</b>
Equipamentos de Audiologia	177	+ 4,1%
Diagnóstico por imagem	1.901	+ 1,7%
Equipamentos de Infra-estrutura	666	+ 10,1%
Equipamentos de Odontologia	8.198	+ 3,4%
Equipamentos p/ Manutenção da Vida	19.227	+ 3,6%
Equipamentos por Métodos Gráficos	909	+ 1,2%
Equipamentos por Métodos Óticos	1.969	+ 31,1%
Outros Equipamentos	2.203	+ 1,4%
<b>Total</b>	<b>35.250</b>	<b>+ 4,6%</b>

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS Consulta/equipamentos ([http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612))

Os dados apontam que houve elevação de 4,6% na quantidade de equipamentos registrados no CNES disponibilizados ao SUS no território estadual. Nas especialidades de “Equipamentos por Métodos Óticos”, que observou a maior elevação, viu-se que o acréscimo decorreu de uma considerável elevação de equipamentos oftalmológicos disponibilizados à população usuária do SUS. O maior acréscimo nesse grupo de equipamentos também foi identificado entre os exercícios de 2014 e 2015.

Novamente, deve-se ponderar o caráter apenas quantitativo do número acima, que considera como uma única unidade de equipamento tanto aqueles de maior porte/custo quanto aqueles de características mais simplificadas. Assim como não considerou a distribuição dos equipamentos pelas regiões do estado.

### **7.6.2 Parâmetros Quantitativos Definidos na Portaria GM/MS 1101/2002**

A portaria GM/MS nº 1101, de 12/06/2002, definiu parâmetros de cobertura assistencial do SUS, a serem aplicados pelos estados relativamente a leitos, procedimentos médico-hospitalares e aos quantitativos de equipamentos de saúde a serem disponibilizados às populações. Relativamente a procedimentos, a portaria estipula proporção média esperada para as consultas médicas, sobretudo a distribuição esperada entre Básicas, Especializadas e Urgência/Emergência, bem como número de internações aguardadas, por especialidade, calculadas em percentual sobre a população total do estado.

O número de habitantes (em grupos de mil) dividido pelo quantitativo de leitos hospitalares deve atender o quociente mínimo<sup>7</sup> de 2,92. Os equipamentos de saúde, por sua vez, são tratados no item 2.7 do Anexo à Portaria, denominado “parâmetros para cálculo da necessidade, da produtividade ou da cobertura de alguns equipamentos de diagnose e terapia”. Relativamente aos leitos hospitalares, assim como em 2015 o estado alcançou o quociente de 1,98 em 2016 (insuficiente, portanto).

Quanto a equipamentos, segundo os dados coletados junto ao CNES, referentes àqueles expressamente previstos na Portaria, como a seguir ilustrado:

<sup>7</sup> Significa que os estados devem ter um leito hospitalar para cada 2.920 habitantes.



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

**Parâmetros de necessidade dos equipamentos e proporção alcançada em PE (Disponíveis ao SUS - 2016)**

<b>Equipamento</b>	<b>Proporção Esperada</b>	<b>Proporção Alcançada</b>	<b>Atendeu aos parâmetros?</b>
<b>Mamógrafo</b>	1/240 mil habitantes	1/ 79,7 mil habitantes	Sim
<b>Máquina para diálise</b>	1/15 mil habitantes	1/ 9,3 mil habitantes	Sim
<b>Raio X simples</b>	1/25 mil habitantes	1/ 18,2 mil habitantes	Sim
<b>Raio X c/ Ósteo-densímetro</b>	1/140 mil habitantes	1/ 235,2 mil habitantes	Não
<b>Tomógrafo por raio X computadorizado</b>	1/100 mil habitantes	1/ 140,5 mil habitantes	Não
<b>Tomógrafo por ressonância nuclear magnética</b>	1/500 mil habitantes	1/ 235,2 mil habitantes	Sim
<b>Aparelho de ultrassonografia</b>	1/25 mil habitantes	1/13,8 mil habitantes	Sim

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS Consulta/equipamentos ([http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612))

Nota 1: O quantitativo de mamógrafos considerados para o cálculo contempla: mamógrafo com Comando Simples, com Estereotaxia e Computadorizado.

Nota 2: O quantitativo de Raio X simples contempla: Raio X até 100 mA, de 100 a 500mA, mais de 500mA, com Fluoroscopia e para Hemodinâmica.

Nota 3: O total de aparelho de ultrassonografia contempla: Ultrassom com Doppler Colorido, com Ecógrafo e Convencional.

Considerando que a portaria GM/MS nº 1101, utilizada como parâmetro, data de 2002, é possível verificar que as proporções esperadas estão desatualizadas. No entanto, em dados absolutos, portanto, o estado de Pernambuco não havia satisfeito ao final de 2016 a proporção esperada acima relativamente aos itens: Raio X com densitometria óssea e Tomógrafo por Raio X Computadorizado (itens 09 e 11 do cadastro de equipamentos do CNES).

### **7.6.3 Grau de Concentração de Leitos Hospitalares e de Equipamentos de Saúde na Região Metropolitana do Recife**

Conforme mencionado, dentre os objetivos pretendidos com a visualização dos dados do CNES, estava não apenas a obtenção de dados absolutos dentro do estado de Pernambuco, mas também a sua distribuição por regiões. Nesse contexto, para facilitar a coleta e interpretação de dados, segregamos os dados totais do estado em duas regiões, designadas simplificada e por Região Metropolitana da Capital e Demais Regiões<sup>8</sup>.

Dessa forma, no estado de Pernambuco, compõem a Região Metropolitana: Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Itapissuma, Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata. Os demais 170 municípios do estado, bem como o distrito de Fernando de Noronha, foram inseridos no grupo simplificada e denominado como “Demais áreas”.

O objetivo, logo, foi o de comparar a quantidade de habitantes para cada leito hospitalar e para cada equipamento trazido na amostra entre as regiões seccionadas nesse

<sup>8</sup> Embora o estado de Pernambuco seja dividido em 12 Gerências de Saúde, o estudo dividiu todo o território estadual em duas apenas: RMR e “Demais Áreas”. As áreas de abrangência da RMR praticamente coincide com a da I GERES, diferindo apenas em relação a 5 (cinco) municípios (Pombos, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá e Vitória de Santo Antão), além do Distrito de Fernando de Noronha, que não compõem a RMR, mas que fazem parte da I GERES.





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

estudo (RMR e Demais áreas). Como resultado do exame, foram obtidas as seguintes relações proporcionais:

### **Leitos hospitalares**

Coletados junto ao CNES os quantitativos de leitos do estado, verificou-se um pequeno aumento no quantitativo de leitos hospitalares de livre acesso ao SUS no estado (qualquer especialidade), entre dezembro de 2015 e dezembro de 2016, saltando de 18.525 para 18.623, esse quantitativo ainda demonstra ser menor que os leitos disponíveis ao SUS no final de 2014 (18.826 leitos hospitalares)<sup>9</sup>. Por sua vez, quando verificada a especialidade e o município de instalação, e considerado o quantitativo de 9,410 milhões de habitantes, os dados do CNES permitem calcular as seguintes relações habitantes/leito no estado:

#### **Quantidade de habitantes por leito disponível ao SUS – Pernambuco (2016)**

<b>Especialidade</b>	<b>Código CNES</b>	<b>Disponibilidades</b>	<b>RM Recife</b>	<b>Demais Áreas</b>	<b>Varição com ano anterior (qtde de leitos)</b>
<b>Cirurgia Geral</b>	<b>(cód. 03)</b>	Qtde de leitos	1.403	639	Redução de leitos na RMR (0,85%) e redução em “demais áreas” (1,39%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(2.808,59)</b>	<b>(8.560,06)</b>	
<b>Cardiologia Cirúrgica</b>	<b>(cód. 02)</b>	Qtde de leitos	124	49	Manutenção no quantitativo de leitos
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(31.777,87)</b>	<b>(111.630,20)</b>	
<b>Obstetrícia Cirúrgica</b>	<b>(cód. 10)</b>	Qtde de leitos	652	373	Aumento na RMR (2,84%) e manutenção em “demais áreas”
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(6.043,64)</b>	<b>(14.664,56)</b>	
<b>Pediatria Cirúrgica</b>	<b>(cód. 68)</b>	Qtde de leitos	231	50	Redução na RMR (1,70%) e em “demais áreas” (12,28%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(17.058,25)</b>	<b>(109.397,60)</b>	
<b>Oncologia Cirúrgica</b>	<b>(cód. 12)</b>	Qtde de leitos	186	26	Redução na RMR (8,37%) e manutenção em “demais áreas”
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(21.185,25)</b>	<b>(210.380,00)</b>	
<b>NeuroCirurgia</b>	<b>(cód. 09)</b>	Qtde de leitos	299	22	Redução na RMR (3,24%) e aumento em “demais áreas” (10%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(13.178,78)</b>	<b>(248.630,91)</b>	
<b>Clínica (Geral)</b>	<b>(cód. 33)</b>	Qtde de leitos	2.380	1.903	Aumento na RMR (1,62%) e em “demais áreas” (0,21%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(1.655,65)</b>	<b>(2.874,35)</b>	
<b>Cardiologia Clínica</b>	<b>(cód. 32)</b>	Qtde de leitos	323	102	Aumento na RMR (12,94%) e manutenção em “demais áreas”
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(12.199,55)</b>	<b>(53.626,27)</b>	
<b>Obstetrícia Clínica</b>	<b>(cód. 43)</b>	Qtde de leitos	763	690	Aumento na RMR (10,10%) e em “demais áreas” (2,22%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(5.164,42)</b>	<b>(7.927,36)</b>	
<b>Pediatria Clínica</b>	<b>(cód. 45)</b>	Qtde de leitos	1.238	941	Redução na RMR (0,08%) e em “demais áreas” (0,84%)
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(3.182,92)</b>	<b>(5.812,84)</b>	
<b>Oncologia Clínica</b>	<b>(cód. 44)</b>	Qtde de leitos	233	42	Redução na RMR (5,28%) e manutenção em “demais áreas”
		<b>(habitantes/ leito)*</b>	<b>(16.911,83)</b>	<b>(130.235,24)</b>	

<sup>9</sup> Consulta ao CNES realizada entre 31/08/2017 e 01/09/2017





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

Especialidade	Código CNES	Disponibilidades	RM Recife	Demais Áreas	Varição com ano anterior (qtde de leitos)
Neurologia	(cód. 42)	Qtde de leitos	293	42	Aumento na RMR (20,58%) e redução em “demais áreas” (25%)
		(habitantes/ leito)*	<b>(13.448,66)</b>	<b>(130.235,24)</b>	

**Fontes:** DATASUS CNES TABNET (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintPE.def>) e BDE ([http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao\\_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3](http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=288&Cod=3)). \*Foram consideradas as populações estimadas de 3.940.456 habitantes para a RMR e 5.469.880 para as demais áreas, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2016, fonte utilizada pelo BDE.

A maioria das conclusões obtidas do quadro acima reproduzem as verificações efetuadas em estudo similar nos exercícios anteriores. O número em negrito na tabela acima informa qual a média de habitantes que dispõe de um leito hospitalar em cada especialidade e em cada área geográfica. Obviamente, quanto menor este quociente, melhor. Em 2016, permanece a constatação de que, regra geral, há maior equivalência na oferta de leitos entre RMR e demais áreas para especialidades **clínicas** do que para as especialidades **cirúrgicas**, com exceção das clínicas em oncologia e em neurologia, ambas seguem a menor equivalência identificada nas especialidades cirúrgicas, portanto, em menor concentração nas “demais áreas”. Há, por questões de logística, maior concentração de leitos na RMR e quantitativo mais reduzido nas demais áreas.

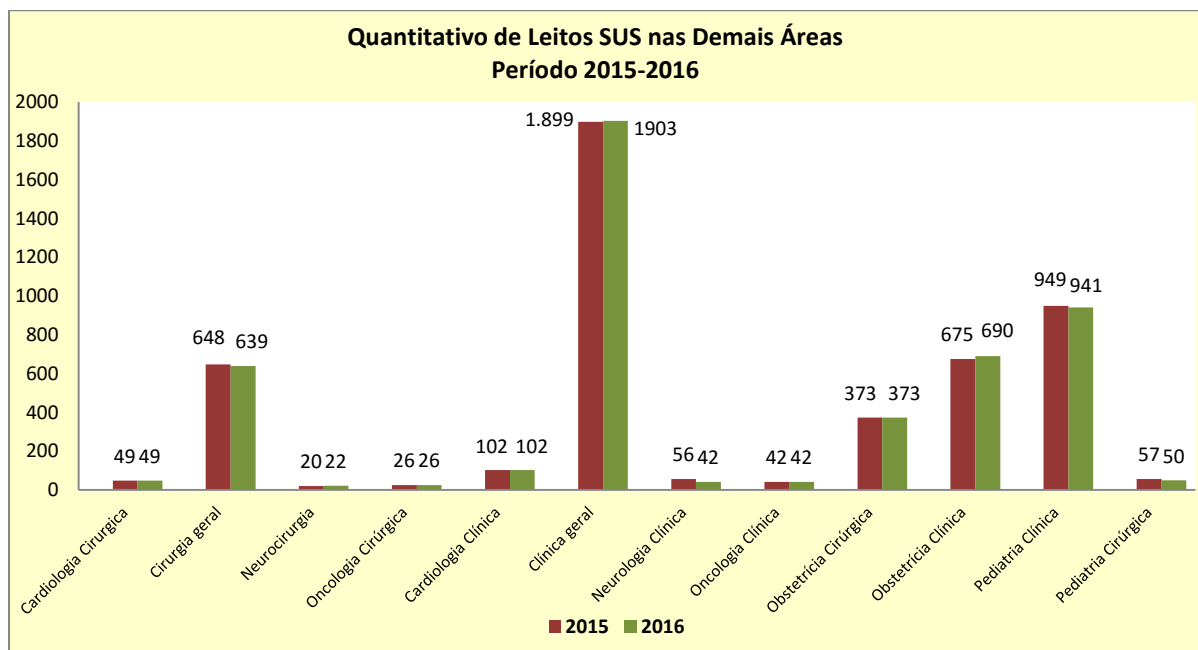
Quando segmentados os quantitativos totais de leitos hospitalares do estado simplificado em duas regiões (Região Metropolitana do Recife e Demais áreas), vê-se que os mesmos dados indicam uma oferta de serviços à rede SUS mais reduzida no interior do estado do que na capital, sobretudo quando verificados leitos hospitalares de especialidades de oncologia (tanto cirúrgica quanto clínica), neurologia (tanto cirúrgica quanto clínica), pediatria cirúrgica e cardiologia cirúrgica. Essa situação não é extensível a todas as especialidades, sendo verificado, por exemplo, que as especialidades clínicas em Pediatria, Obstetrícia e clínica geral dispõem de quantitativos de leitos hospitalares bem mais equivalentes à população da RMR e das Demais áreas.

Em consulta aos dados do CNES disponíveis no TABNET para a verificação da concentração de leitos hospitalares “SUS” nas “Demais áreas” entre o final de 2015 e de 2016, possibilitou concluir que houve mais eventos de **desconcentração** de oferta de leitos do que **concentração**, sendo evidenciados esses eventos de desconcentração para duas especialidades cirúrgicas (Pediatria Cirúrgica e Cirurgia Geral) e duas clínicas (Neurologia e Pediatria).

Possibilitou a verificação da disparidade em termos quantitativos entre a oferta de leitos clínicos e a oferta de leitos cirúrgicos nas “Demais áreas”, como se percebe para as especialidades Clínica Geral, Pediatria Clínica e Obstetrícia Clínica.

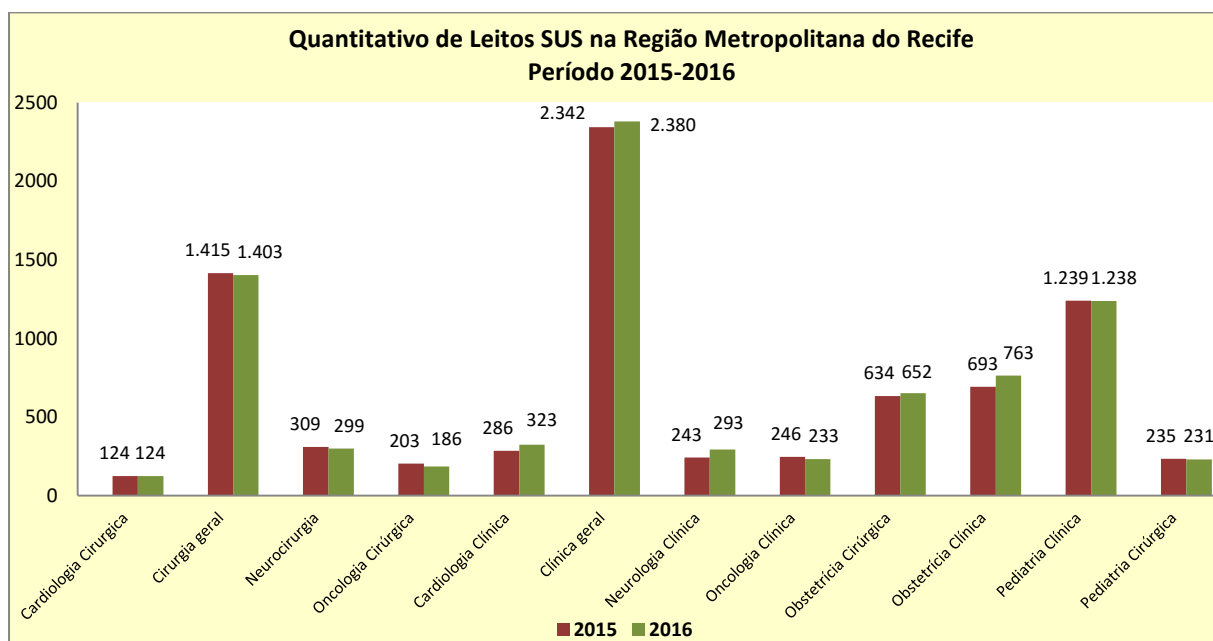


ESTADO DE PERNAMBUCO  
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO  
COORDENADORIA DE CONTROLE EXTERNO  
DEPARTAMENTO DE CONTROLE ESTADUAL - DIVISÃO DE CONTAS DOS PODERES ESTADUAIS



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS

Todavia, os dados do CNES indicam, entre o final de 2015 e de 2016, que houve mais eventos de **concentração** de oferta de leitos na RMR do que **desconcentração**, sendo evidenciados esses eventos de concentração para 01 (uma) especialidade cirúrgica (Obstetrícia Cirúrgica) e quatro clínicas (Neurologia, Cardiologia, Obstetrícia Clínica e Clínica Geral).



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos – CNES/DATASUS



### *Especialidades cirúrgicas*

Quando a análise se torna mais minuciosa, vê-se que entre as especialidades **cirúrgicas**, permanece um quadro de equivalência de distribuição de leitos (entre RMR e Demais Áreas) nas especialidades de Cirurgia Geral e Obstetrícia Cirúrgica apenas. Por outro lado, persiste uma considerável discrepância de oferta para Oncologia, Neurocirurgia, Pediatria e Cardiologia, com maior carência de recursos no Interior. Ou seja, um paciente que resida fora da Região Metropolitana do Recife e que necessite de um leito hospitalar voltado a essas especialidades tem uma propensão de se deslocar para a RMR bem mais elevada do que ser atendido no seu município ou em outro do Interior que lhe seja mais próximo, dada a oferta diminuta de leitos nesses locais.

Regra geral, no exercício de 2016, as disparidades foram mantidas e até aumentadas, quando verificado que as maiores reduções de quantitativos de leitos se deram no Interior do estado, a exemplo da Pediatria Cirúrgica. Os dados comparados de leitos nas “demais áreas” dezembro/2015 e dezembro/2016 revelaram queda do número total de leitos disponíveis ao SUS (de 57 para 50), o que resultou num decréscimo de 12,28% na disponibilidade de leitos. Ainda, verificou-se um significativo decréscimo de leitos na RMR nas especialidades Oncologia cirúrgica (de 203, em 2015, para 186, em 2016) e Neurocirurgia (de 309, em 2015, para 299, em 2016).

Na especialidade obstetrícia Cirúrgica também houve acréscimo de 18 (dezoito) leitos disponíveis ao SUS na RMR. Já nas “demais áreas” os acréscimos foram concentrados na especialidade de Neurocirurgia, passando de 20 para 22 leitos, ao final de 2016.

### *Especialidades clínicas*

Foram verificadas pequenas variações na distribuição de leitos hospitalares disponíveis ao SUS no estado entre o final de 2015 e o término de 2016.

A especialidade de Pediatria Clínica chegou a sofrer reduções tanto na RMR quanto em “Demais áreas”. Por outro lado, houve incremento significativo no número de leitos cadastrados na RMR e em “Demais áreas” em relação à especialidade de Obstetrícia Clínica.

Ressalta-se que a concentração de leitos na RMR permanece no exercício em análise, e que os acréscimos de leitos disponíveis ao SUS se concentraram na RMR, especificamente nas especialidades clínicas, quais sejam: Cardiologia (de 286 em 2015 para 323 em 2016); Neurologia (de 243 em 2015 para 293 em 2016) e Obstetrícia (de 693 em 2015 para 763 em 2016). Assim, ao longo de 2016, as disparidades em leitos de especialidades **clínicas** permanecem construindo uma oferta de leitos significativamente superior na RMR em relação às Demais áreas.

Pode-se verificar o decréscimo de leitos clínicos no interior do estado, na especialidade Neurologia, que entre dezembro/2015 e dezembro/2016 revelaram queda do número total de leitos disponíveis ao SUS (de 56 para 42, equivalente a 25% a menor).

Regra geral, então, das especialidades relacionadas na tabela acima, em 2016 foram verificadas acréscimos e reduções quantitativas nas “demais áreas”, que, em termos



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

absolutos, demonstrou uma redução da oferta de 17 leitos. Na RMR verificou-se, nas especialidades listadas, um acréscimo total de 156 leitos, entre cirúrgicos e clínicos, o que não chega a alterar substancialmente a proporção de distribuição de leitos hospitalares dentro do estado, mas reflete a inércia de maior concentração de leitos na Capital e cidades circunvizinhas.

A verificação de concentração de leitos hospitalares “SUS” na RMR, embora possa ser compreendida para algumas especialidades cirúrgicas, deve ser acompanhada com atenção pela Secretaria de Saúde de modo a que não venha a se resumir apenas a este ponto geográfico do estado. De fato, recomendável que possa oferecer também opções alternativas ao usuário do SUS que habite regiões mais distantes da RMR, notadamente no amplo trajeto entre as cidades de Caruaru e Petrolina, cidades nas quais se posicionam os poucos leitos hospitalares externos à Região Metropolitana do Recife para algumas especialidades cirúrgicas (Neurologia e Oncologia, por exemplo).

Importante que o estado mantenha o esforço de interiorização desses recursos, se possível com projeto de implantação de polo médico nessas especialidades em ponto mais centralizado no mapa do estado, visando a minimizar o distanciamento de recursos na área geográfica compreendida entre os municípios de Caruaru e Petrolina.

### Equipamentos Hospitalares

No exercício de 2016, foram escolhidos 13 equipamentos como amostra<sup>10</sup>. Os dados obtidos no CNES oferecem as seguintes relações habitantes/equipamento para cada um deles, dentro da RMR e Demais áreas:

**Quantidade de habitantes por equipamento disponível ao SUS – Pernambuco (2016)**

Equipamento	Código CNES	Disponibilidade	RMR	Demais Áreas
Eletroencefalógrafo	(cód.42)	Qtde equipamentos	27	25
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(145.943)</b>	<b>(218.795)</b>
Endoscópio Digestivo	(cód.33)	Qtde equipamentos	154	122
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(25.587)</b>	<b>(44.835)</b>
Mamógrafo Comando Simples	(cód. 2)	Qtde equipamentos	36	42
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(109.457)</b>	<b>(130.235)</b>
RaioX c/ Densitometria Óssea	(cód. 9)	Qtde equipamentos	15	25
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(262.697)</b>	<b>(218.795)</b>
Ressonância Magnética	(cód.12)	Qtde equipamentos	22	18
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(179.112)</b>	<b>(303.882)</b>
Tomógrafo Computadorizado	(cód. 11)	Qtde equipamentos	40	27
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(98.511)</b>	<b>(202.588)</b>
Ultrassom Convencional	(cód.15)	Qtde equipamentos	89	205
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(44.275)</b>	<b>(26.682)</b>
Ultrassom Colorido Doppler	(cód.13)	Qtde equipamentos	107	82
		<b>(habitantes/ equipamento)</b>	<b>(36.827)</b>	<b>(66.706)</b>

<sup>10</sup> Nos exercícios de 2012 e 2013, a amostra definida para o mesmo estudo abrangeu 10 equipamentos. Em 2014, foram suprimidos os equipamentos de audiômetro 1 canal e audiômetro 2 canais. Por outro lado, foram acrescentados os equipamentos mamógrafo computadorizado, eletrocardiógrafo, oftalmoscópio e raio X para hemodinâmica e em 2016 acrescentou-se o “equipamentos para diálise”.



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

Equipamento	Código CNES	Disponibilidade	RMR	Demais Áreas
Mamógrafo Computadorizado	(cód.17)	Qtde equipamentos	10	16
		(habitantes/ equipamento)	(394.045)	(341.867)
Eletrocardiógrafo	(cód.41)	Qtde equipamentos	472	385
		(habitantes/ equipamento)	(8.348)	(14.207)
Oftalmoscópio	(cód.46)	Qtde equipamentos	69	37
		(habitantes/ equipamento)	(57.108)	(147.835)
Raio X para hemodinâmica	(cód.10)	Qtde equipamentos	17	4
		(habitantes/ equipamento)	(231.792)	(1.367.470)
Equipamentos para diálise	(cód.77)	Qtde equipamentos	609	406
		(habitantes/ equipamento)	(6.470)	(13.473)

Fonte: CNES ([http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=26&VMun=&VComp=201612))

\* Foram consideradas as populações estimadas de 3.940.456 habitantes para a RMR e 5.469.880 para as demais áreas, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2016, fonte utilizada pelo BDE

Nota-se que existem algumas diferenças entre as relações habitantes/equipamento verificados na RMR e Demais áreas. Tais diferenças, todavia, se afiguram em menores proporções que a ilustrada na tabela de leitos hospitalares. Há que se considerar sempre que a necessidade de instalação de equipamentos hospitalares próximos ao usuário é ainda mais evidente do que em relação a leitos hospitalares, porque equipamentos servem, em regra, para realização de exames e procedimentos de curta duração, o que, também em regra, dispensam o pernoite de paciente/acompanhante fora do seu domicílio.

A recomendação, então, é que a relação **habitantes/equipamento** seja mais favorável a municípios do Interior do que da Capital. Noutros termos: se 58,1% da população do estado reside no Interior, recomendável utilizar tal percentual como “base” de distribuição de equipamentos, no entanto, dos 13 (treze) equipamentos selecionados na amostra, apenas 45,5% encontram-se em Demais Áreas.

Idêntico raciocínio pode ser entendido como um dos instrumentos de estímulo à fixação do profissional de saúde no Interior, notadamente, em municípios de maior porte.

Nos quantitativos verificados no estado de Pernambuco, a premissa de que a relação deveria ser mais confortável para habitantes do Interior do que para os habitantes da Região Metropolitana da Capital, é verificada em relação a apenas três dos treze equipamentos: Raio X com densitometria óssea, Ultrassom Convencional e Mamógrafo Computadorizado. Para os demais, a relação continua sendo mais favorável à RMR. A título comparativo, viu-se, ao final de 2012 e 2013, em estudo efetuado com base em dados do CNES<sup>11</sup>, que os estados de Ceará e Goiás também apresentavam relações médias mais favoráveis às respectivas regiões metropolitanas das capitais do que em relação às demais áreas do estado. Noutro sentido, o estado do Paraná apresentou números mais favoráveis aos habitantes de Interior (vistos no conjunto, como uma única área geográfica) do que os da Região Metropolitana de Curitiba.

<sup>11</sup> Capítulo 7 “Saúde” do relatório de contas de governo do estado de Pernambuco, subitens 7.10 (2012) e 7.9 (2013), disponível em <http://www.tce.pe.gov.br/internet/index.php/2013-05-30-15-40-10/relatorio-de-contas-do-governo>



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

---

Relativamente ao estado de Pernambuco, o comparativo de dados, considerando o final de 2014, demonstrou que a situação permanece a mesma em termos de proporção por equipamentos, havendo discretas variações nos quantitativos desses equipamentos da amostra e na proporção habitante/equipamento, tanto aqueles instalados na Região Metropolitana do Recife quanto nas demais áreas. As principais variações ocorridas nos números dos oito primeiros equipamentos do quadro anterior (que também foram medidos ao final de 2014) foram visualizados acréscimos no quantitativo dos equipamentos de Mamógrafo Comando Simples nas duas regiões; e acréscimo dos equipamentos Endoscópio Digestivo, Raio X com Densitometria Óssea e Ultrassom Convencional para as Demais Áreas. Já para a RMR verificou-se um maior acréscimo em dois equipamentos: Ressonância Magnética e Tomógrafo Computadorizado. Para as duas regiões houve diminuição da oferta de Ultrassom Colorido Doppler (eram 114 disponibilizados para a RMR, ao final de 2014, e hoje são 107; e para as Demais Áreas eram 84 e passaram a ser 82 ao final de 2016).

De todo modo, percebe-se que a abertura, desde 2013, de UPAs em áreas externas à Região Metropolitana do Recife contribuiu para o aumento de alguns equipamentos nas regiões Agreste e Sertão. Em dados gerais, segundo o Relatório da Prestação de Contas do governo estadual relativo a 2014, os números do CNES demonstram que cada UPA inaugurada no estado recebeu uma unidade dos seguintes equipamentos: oftalmoscópio, endoscópio digestivo, ultrassom Doppler, mamógrafo de comando simples e raio X com densitometria óssea. Adicionalmente, viu-se que nas UPAs de Garanhuns e Petrolina também foi instalado um eletroencefalógrafo.

Visando reduzir a necessidade de deslocamentos humanos para fins de realização de exames e procedimentos de curta duração, recomendável que a instalação de novos equipamentos hospitalares no estado ocorra de modo a que o percentual de população instalado no Interior (58,1%) seja reconhecido também como o percentual-base de equipamentos hospitalares do estado dentre aqueles disponíveis à rede SUS, devendo-se aplicar tal raciocínio ao maior número possível de equipamentos demandados pela população.