

TCE-PE

Fls.:

Rubrica



Tribunal de Contas do Estado  
de Pernambuco – TCE/PE

**RELATÓRIO CONSOLIDADO  
DE AUDITORIA OPERACIONAL  
(PROCESSO TC N° 0807438-0)**

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.**

Fundo Estadual de Saúde

**Conselheiro Relator:**

Marcos Loreto

**Equipe:**

Hélio Codeceira Júnior (Coordenador)

Karina de Oliveira Andrade Marques

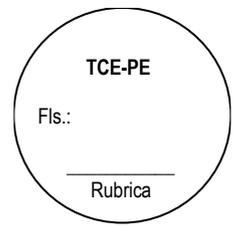
Paulo Hibernon Pessoa Gouveia de Melo

Ulca Maria Cardoso dos Santos

Wirla Cavalcanti Revorêdo Lima

Recife, Novembro 2009





## **Agradecimentos**

O sucesso das auditorias operacionais depende do relacionamento e da colaboração estabelecidas entre as equipes de auditoria e os dirigentes e técnicos dos programas ou órgãos auditados. Há de se registrar que a equipe do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, TCE-PE, foi bem recebida pelo gestor do Hospital da Restauração, José Alves Bezerra Neto, pelo Diretor Médico, Hélder Corrêa, pelo Gestor Administrativo Financeiro, Diniz Simões e pela Coordenadora do Núcleo de Assistência à Saúde – NAS, Cristina Mota, tendo contado com a cordialidade e a participação dos diversos profissionais do quadro médico, de enfermagem e dos profissionais de apoio para o desenvolvimento das técnicas de diagnóstico, prestação de informações e apresentação de documentos necessários para o desenvolvimento dos trabalhos.

Contamos ainda com a participação de um especialista em saúde – professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, que também contribuiu para a construção deste trabalho tanto na fase de planejamento, quanto na compreensão dos dados colhidos durante a pesquisa de campo.



## Resumo

A presente auditoria foi aprovada através da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 0807438-0, tendo como relator o Conselheiro Marcos Coelho Loreto.

O objeto desta auditoria de natureza operacional é a avaliação do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

O principal objetivo desta auditoria foi identificar e analisar de que forma alguns fatores operacionais dificultam a prestação de serviços com qualidade aos usuários finais do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

É importante salientar que esta auditoria focou apenas as questões operacionais internas que a equipe de auditoria julgou como mais relevantes para o bom funcionamento do HR, com base nos levantamentos iniciais e técnica SWOT<sup>1</sup> realizadas com diversos profissionais que ali atuam, tais como: Diretor, Chefe Médico, administrador, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, chefes dos plantões, maqueiros, recepcionistas, seguranças e outros profissionais.

Conforme relatos colhidos durante os trabalhos por parte de vários profissionais, existem outros fatores diversos internos e externos ao HR que contribuem para baixa qualidade no atendimento aos pacientes, que, por força do objetivo principal da auditoria e das limitações de prazo, não foi possível abordar neste trabalho. Vale salientar que a superlotação da urgência/emergência do HR foi o fator mais citado pelos entrevistados como agravante à prestação dos bons serviços. Esta superlotação se deve a vários fatores que vão desde as deficiências na Atenção Básica à Saúde e de média complexidade, à negativa de atendimento de pacientes em outros hospitais do Estado, ao fator cultural e geográfico do HR, que leva ao atendimento médio de 185 novos pacientes diários na emergência, enquanto sua capacidade operacional é de apenas 150 leitos, sendo 90 de adultos e 60 pediátricos.

Foi identificado também outro problema que possui uma parcela de contribuição na qualidade do atendimento que é a saída do paciente do HR, que se dá por alta médica ou transferência para outra unidade hospitalar. Com base nas entrevistas realizadas e na análise dos indicadores disponíveis, identificou-se que o índice de tempo médio de permanência dos pacientes vem aumentando ao longo dos últimos anos. Diversos fatores contribuem para isto, tais como: a demora na realização de exames fora do HR, a complexidade dos casos que ingressam no HR, a negativa de outros hospitais públicos e conveniados no recebimento de casos mais complicados, o déficit de leitos de UTI no Estado, o cancelamento de cirurgias, entre outros.

A auditoria constatou problemas, tais como: má distribuição de médicos nos plantões da emergência, não utilização dos dados de atendimento como ferramenta gerencial, ausência da classificação de risco, falhas no controle de frequência dos médicos da emergência, aumento dos custos hospitalares devido ao elevado quantitativo de tomografias realizadas em clínicas particulares, ausência de cobrança ao SUS da totalidade de alguns exames de imagem e Autorizações de Internação Hospitalar realizadas pelo hospital, aumento do tempo médio de

---

<sup>1</sup> SWOT: Técnica que evidencia Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças – FOFA, originária da palavra inglesa SWOT, que significa Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças).



internação e dos custos hospitalares ocasionado pela demora na marcação dos exames de imagem a serem realizados fora do hospital, ausência de escala de serviço oficial dos médicos radiologistas do Raio-X e turnos de trabalho descobertos, falta de controle na utilização de materiais consignados (órteses e próteses), ociosidade no uso das salas de cirurgia, elevada taxa de suspensão de cirurgias, ausência de controle, cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anesthesiologistas e a realização e cobrança indevida de anestésias e a ausência de planejamento estratégico vigente.

Dessa maneira, visando contribuir na melhoria do serviço de urgência e emergência do HR, foram formuladas algumas recomendações à Secretaria Estadual de Saúde e à Diretoria do hospital para que promovam ajustes nos setores que foram objeto desta auditoria, com o objetivo de tornar mais efetivo o atendimento ao usuário final, bem como proporcionar indicadores de desempenho em patamares bem superiores aos atuais.



## Lista de siglas

<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>APAC</b>	Autorização de Procedimento de Alto Custo
<b>AOP</b>	Auditoria Operacional
<b>BMF</b>	Bucomaxilofacial
<b>BPA</b>	Boletim de Procedimento Ambulatorial
<b>CAMBAM</b>	Sistema informatizado de produção
<b>CETRANS</b>	Centro de Transporte do HR
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNS</b>	Cartão Nacional do SUS
<b>COOPANES</b>	
<b>T</b>	Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas de Pernambuco
<b>CREMEPE</b>	Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
<b>E-FISCO</b>	Sistema cooperativo na área orçamentária e financeira do Estado de Pernambuco
<b>FES</b>	Fundo Estadual de Saúde
<b>FESP</b>	Fundação de Ensino Superior de Pernambuco
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>GERES</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>GESTHOS</b>	Gestão Hospitalar
<b>HR</b>	Hospital da Restauração
<b>INDG</b>	Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAS</b>	Núcleo de Assistência à Saúde
<b>OPM</b>	Órteses, próteses e materiais especiais
<b>PROCAPE</b>	Pronto socorro cardiológico de Pernambuco
<b>QUALISUS</b>	Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde
<b>RM</b>	Ressonância Magnética
<b>RMR</b>	Região Metropolitana do Recife
<b>SADE</b>	Secretaria de Administração-PE
<b>SAPE</b>	Sistema de controle gerencial
<b>SAS</b>	Secretaria de Assistência à Saúde
<b>SEAF</b>	Secretaria Executiva Administrativo Financeira
<b>SES/PE</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
<b>SIM</b>	Sistema de informação de mortalidade
<b>SRPA</b>	Sala de Recuperação Pós-anestésica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SWOT</b>	Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças)
<b>TC</b>	Tomografia computadorizada
<b>TCE</b>	Traumatismo Crânio Encefálico
<b>TCE/PE</b>	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intensivos
<b>UPE</b>	Universidade de Pernambuco
<b>USG</b>	Ultrassonografia
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva



## Lista de figuras

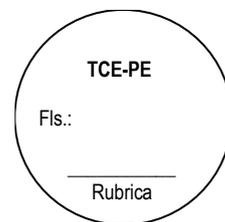
Figura 1 – Organograma do Hospital da Restauração .....	15
Figura 2 – Acolhimento com classificação de risco .....	28
Figura 3 – Fotografias dos setores de recepção, posto policial e informações do HR .....	30
Figura 4 – Sala de cirurgia servindo como depósito para materiais. ....	49

## Lista de quadros

Quadro 1 – Faltas não registradas pelo Departamento de Gestão de Pessoas .....	25
Quadro 2 – Acompanhamento do Plano de Ação – INDG .....	29
Quadro 3 – Estabelecimentos de referência para alta complexidade/Ressonância Magnética .....	36

## Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos Leitos SUS e alguns indicadores de desempenho: (período: jan a dez/2008).....	14
Tabela 2 – Repasses financeiros do FES ao HR .....	18
Tabela 3 – Atendimentos na emergência por plantão de 24 h .....	22
Tabela 4 – Quantitativo médio de médicos da emergência por especialidade.....	22
Tabela 5 – Tomografias realizadas dentro do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09) .....	33
Tabela 6 – Tomografias realizadas fora do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09).....	34
Tabela 7 – Ressonâncias Magnéticas realizadas fora do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09) .....	36
Tabela 8 – Demonstrativo de Faturamento do HR em 2008 .....	37
Tabela 9 – Exames realizados fora do HR (Período: Julho/2009).....	38
Tabela 10 – Exames realizados fora do HR (Período: Jan a Mai/2009) .....	39
Tabela 11 – Ultrassonografias realizadas e pagas ao HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09).....	40
Tabela 12 – Tomografias Computadorizadas cobradas e perdidas pelo HR - BPA (Período: Jan a Mai/09).....	41
Tabela 13 – Demonstrativo dos valores de AIH perdidas (Período: Jan a Mai/2009).....	42
Tabela 14 – Vantagens recebidas pelos médicos radiologistas da Tomografia do HR.....	44
Tabela 15 – Projeção de economia com os médicos radiologistas pelo regime de diaristas. ....	45
Tabela 16 – Equipamentos do Setor de Radiologia do HR .....	47
Tabela 17 – Ocupação e Ociosidade das salas operatórias do HR (Período: Mai/2009) .....	51
Tabela 18 – Taxa de suspensão de cirurgias do HR, por especialidade. (Período: Jan a Mai/2009) .....	54
Tabela 19 – Detalhamento das causas de suspensão das cirurgias programadas do HR (Período: Jan a Mai/2009) .....	55
Tabela 20 – Cumprimento de carga horária por parte dos médicos anesthesiologistas .....	62
Tabela 21 – Suspensões de cirurgia no mês de maio de 2009 por falta de cumprimento de horário pelos anesthesiologistas servidores públicos .....	63
Tabela 22 – Padrão remuneratório médio de alguns dos servidores públicos anesthesiologistas que atuam como diaristas no HR (Período: Jan a Mai/2009) .....	66
Tabela 23 – Valores das anestésias realizadas e cobradas no horário de trabalho dos servidores (Período: Jan a Mai/2009) .....	67
Tabela 24 – Percentual de exames de TC - com anestesia (Período: De 14 de abril a 18 de maio de 2009).....	69
Tabela 25 – Percentual de exames de TC - com anestesia, conforme os dias da semana (Período: De 14 de abril a 11 de maio de 2009).....	72
Tabela 26 – Indicadores de desempenho .....	77
Tabela 27 – Taxa de absenteísmo da Emergência segundo especialidades (Período: De Jan a Mai/09).....	86
Tabela 28 – Taxa de absenteísmo da Emergência por funcionário.....	86



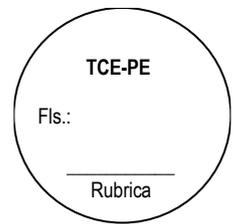
## Lista de gráficos

Gráfico 1 – Taxa geral de mortalidade da emergência .....	20
Gráfico 2 - Tomografias computadorizadas dos pacientes do HR (Período: Jan a Mai/09) .....	33
Gráfico 3 – Arteriografias e angiografias realizadas fora do HR .....	36
Gráfico 4 – Exames de imagem realizados fora do HR.....	38
Gráfico 5 – Tomografias computadorizadas cobradas e perdidas - BPA (Período: Jan a Mai/09).....	41
Gráfico 6 – Taxa de ocupação de SO por clínica cirúrgica (Período: mai/2009) .....	52
Gráfico 7 – Suspensão de cirurgias por especialidade cirúrgica (Período: Jan a mai/2009) .....	55
Gráfico 8 – Quantitativo de cirurgias suspensas (Período: Jan a mai/2009).....	57
Gráfico 9 – Causas de suspensão de cirurgias no HR (Período: Jan a mai/2009) .....	57
Gráfico 10 – Suspensão de cirurgia por recursos humanos (Período: Jan a Mai/2009).....	58
Gráfico 11 – Tempo médio de permanência.....	80
Gráfico 12 – Taxa de ocupação hospitalar .....	81
Gráfico 13 – Índice de renovação de leitos .....	82
Gráfico 14 – Índice de intervalo de substituição .....	83
Gráfico 15 – Taxa geral de mortalidade do setor de emergência .....	84
Gráfico 16 – Faltas por especialidade clínica .....	88



## Sumário

<b>CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Identificação do objeto da auditoria.....	10
1.3. Objetivos e escopo da auditoria.....	10
1.4. Procedimentos metodológicos.....	11
1.5. Forma de organização do relatório.....	12
<b>CAPÍTULO 2 - VISÃO GERAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
2.1. Relevância.....	12
2.2. Responsáveis.....	14
2.3. Histórico.....	16
2.4. Legislação.....	16
2.5. Processo de tomada de decisão.....	17
2.6. Aspectos orçamentários e financeiros.....	18
2.7. Indicadores de desempenho.....	19
<b>CAPÍTULO 3 – IMPACTO DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HR NO ATENDIMENTO DOS PACIENTES.....</b>	<b>19</b>
3.1. Não utilização dos dados de atendimento de pacientes por especialidade na emergência.....	20
3.2. Existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência do HR.....	21
3.3. Existência de falhas nos controles de cumprimento da carga horária dos profissionais da emergência.....	24
3.4. Inexistência da classificação de risco no HR.....	26
<b>CAPÍTULO 4 - GESTÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.....</b>	<b>32</b>
4.1. Elevado quantitativo de TC realizadas em clínicas particulares.....	32
4.2. Elevado tempo de espera no agendamento dos exames realizados fora do HR.....	35
4.3. Ausência de cobrança ao SUS das TC, USG e AIH.....	39
4.4. Descumprimento do regime de trabalho no serviço de tomografia computadorizada.....	43
4.5. Ausência de escala de serviço dos médicos radiologistas do Raio-X.....	45
4.6. Desatualização de informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES - DATASUS).....	46
<b>CAPÍTULO 5 - GESTÃO E FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRURGICO.....</b>	<b>47</b>
5.1. Ociosidade no uso das salas de cirurgia.....	49
5.2. Elevada taxa de suspensão de cirurgias.....	53
5.3. Ausência de controle e cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anestesiolistas.....	59
5.4. Realização e cobrança de anestésias, via COOPANEST, pelos médicos anestesiolistas efetivos nos horários de trabalho relativos ao vínculo público.....	65
5.5. Elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia.....	68
5.6. Falta de controle na utilização de materiais consignados (órteses e próteses).....	73
<b>CAPÍTULO 6 - FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS PELA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>74</b>
6.1. Ausência de planejamento estratégico vigente.....	74
<b>CAPÍTULO 7 - MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO.....</b>	<b>76</b>
7.1. Análise dos indicadores selecionados.....	78
7.1.1. Tempo médio de permanência.....	79
7.1.2. Taxa de ocupação.....	80
7.1.3. Índice de renovação.....	81
7.1.4. Índice de intervalo de substituição.....	82
7.1.5. Taxa de mortalidade da emergência.....	83



7.1.6. Taxa de infecção hospitalar.....	84
7.1.7. Taxa de absenteísmo .....	85
7.2. Resultados da análise dos indicadores selecionados.....	88
<b>CAPÍTULO 8 - ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR.....</b>	<b>90</b>
<b>CAPÍTULO 9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>91</b>
<b>CAPÍTULO 10 - PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>96</b>



## CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

### 1.1. Antecedentes

A Constituição Federal estabelece, no seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em 09/09/2008, diante do quadro de superlotação apresentado pelas unidades de urgência e emergências dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR), o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco formalizou o processo de auditoria especial nº 0804896-4, que teve como objetivo o levantamento dos principais fatores estruturantes e intervenientes na Política Estadual de Emergência e Urgência, que contribuem para sobrecarga dos serviços de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana do Recife.

Constatou-se na auditoria realizada, além de fatores externos que contribuem para a superlotação, a existência de fatores internos de natureza estratégica e operacional para os problemas existentes nas emergências dos hospitais públicos estaduais. Por esta razão, foi formalizado este processo de auditoria especial sob o nº 0807438-0, com foco no serviço de urgência e emergência do Hospital da Restauração - HR, por se tratar do maior hospital da rede pública estadual.

### 1.2. Identificação do objeto da auditoria

O objeto desta auditoria está focado no serviço de urgência e emergência do HR, no setor de diagnóstico por imagem, no bloco cirúrgico e nas ferramentas de planejamento utilizadas pela gestão do Hospital.

### 1.3. Objetivos e escopo da auditoria

O principal objetivo desta auditoria foi levantar os principais fatores relacionados à estrutura, aos processos de trabalho e ao desempenho organizacional que impactam no funcionamento do serviço e nos resultados do Hospital da Restauração e a identificação de oportunidades de melhorias para a gestão.

Durante a etapa de planejamento, foi constatada a ausência da classificação de risco no acesso dos pacientes à emergência, a ausência de dados de atendimento por especialidades, a existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência, a existência de falhas nos controles de frequência, a falta de acompanhamento do planejamento estratégico do HR, aumento nos custos hospitalares e no tempo de internação dos pacientes decorrentes da realização de exames de imagem fora do HR, a ausência de cobrança ao SUS da totalidade de tomografias computadorizadas, ultrassonografias e Autorizações de Internação Hospitalar realizadas pelo hospital, a falta de controle na utilização de materiais consignados (órgãos e próteses), a ociosidade no uso das salas de cirurgia, a elevada taxa de suspensão de cirurgias,



a ausência de controle e cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anesthesiologistas, a realização e cobrança de anestesias via COOPANEST pelos médicos anesthesiologistas efetivos nos horários de trabalho relativos ao vínculo público, bem como o elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia.

Para a verificação desses aspectos, a abordagem da auditoria envolveu quatro questões de auditoria:

- Questão 1: De que forma a organização do serviço de urgência/ emergência impacta no atendimento aos pacientes que nele ingressa?
- Questão 2: Como os serviços de apoio diagnóstico por imagem influenciam no tempo médio de permanência dos pacientes e no índice de renovação de leitos do hospital?
- Questão 3: Qual a situação de infraestrutura e dos indicadores de produção e de produtividade no Centro Cirúrgico ?
- Questão 4: Como a instituição se utiliza de ferramentas de planejamento, acompanha resultados e trabalha na perspectiva da melhoria do desempenho?

#### 1.4. Procedimentos metodológicos

A metodologia utilizada para colher as informações que auxiliaram o processo de auditoria foram:

- Pesquisa documental e bibliográfica;
- Estudo de legislação específica e leitura de relatórios gerenciais;
- Análise de dados e de séries históricas a partir de informações extraídas do sistema de controle gerencial do HR (SAPE) - Boletins de frequência mensais, relatório de divisão por setor e por função, indicadores de desempenho, relatório de faltosos por período;
- Informações colhidas do sistema utilizado (CAMBAM)<sup>2</sup> pelas humanizadoras do HR- Tabelas de perfil dos pacientes da emergência de adultos;
- Informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - Consulta de Estabelecimento - Módulo Conjunto - Equipamentos/Rejeitos;
- Informações colhidas na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) - clínicas privadas credenciadas ao SUS; e
- Entrevistas semi-estruturadas com o gestor, médicos, enfermeiros, técnicos e pesquisador, sendo este último do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães/FIOCRUZ.

---

<sup>2</sup> CAMBAM: Sistema informatizado de produção *Just in time* baseado no *Kanban*, que é uma palavra japonesa que significa literalmente registro ou placa visível.



## 1.5. Forma de organização do relatório

Além do capítulo 1, que trata da Introdução, o presente relatório é composto por mais nove capítulos. O capítulo 2 apresenta uma visão geral da ação auditada, onde, além da contextualização do tema, são apresentadas as características operacionais. No capítulo 3 inicia-se a apresentação dos principais resultados da auditoria, abrangendo alguns aspectos da organização do serviço de urgência/emergência. O capítulo 4 trata da gestão e funcionamento do serviço de apoio diagnóstico por imagem. O capítulo 5 aborda alguns aspectos operacionais do bloco cirúrgico. O capítulo 6 aborda de que forma as ferramentas de planejamento são utilizadas no acompanhamento da melhoria de desempenho do hospital. O capítulo 7 aborda o conjunto de indicadores de desempenho que foram disponibilizados pelo Hospital, bem como novos indicadores sugeridos pela equipe de auditoria, para o acompanhamento gerencial das ações. Por fim, os capítulos 8, 9 e 10 tratam, respectivamente, da análise dos comentários do gestor, da conclusão do trabalho e da proposta de encaminhamento. Neste último, são apresentadas propostas de recomendações que, se implementadas, contribuirão para aperfeiçoar a gestão do Hospital da Restauração.

## CAPÍTULO 2 - VISÃO GERAL DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### 2.1. Relevância

O Hospital da Restauração é o maior hospital de urgência e emergência do nordeste, com capacidade instalada de 581 leitos (dados do CNES/DATASUS 2008). O serviço de urgência/emergência de adultos possui capacidade para 90 leitos. O HR realizou, no ano de 2008, uma média de 7.348 atendimentos mensais. É referência estadual para pacientes vítimas de politraumatismo, pacientes de alta complexidade e pacientes neurológicos. Está localizado na região central de Recife, com fácil acesso a pacientes oriundos de todas as regiões da cidade, região metropolitana e interior do Estado, devido às inúmeras linhas de ônibus que passam pelo local. Possui também como forte característica o acesso universal aos seus serviços, atendendo de forma gratuita aos indivíduos de todas as classes sociais. O HR tem um quadro de pessoal constituído por mais de dois mil funcionários, entre nível superior, médio e elementar. Teve um gasto médio mensal em 2008 de R\$ 2.638.105,46, excluindo-se a folha de pagamentos dos servidores.

De acordo com a Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde - MS, o Hospital da Restauração se enquadra como uma Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências do tipo III, e possui os pré-requisitos descritos a seguir:

- **Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III:** (a) são unidades instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica; (b) desempenha atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos



(hospital-universidade); **(c)** devem disponibilizar no mínimo de médico clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, traumatologista, ortopedista, anesthesiologista, intensivista, radiologista, cardiologista, neurologista e odontólogo, além de outras especialidades (cirurgião vascular, toxicologista, oftalmologista, hemodinamicista, angiografista, endoscopista digestivo, broncoscopista, otorrinolaringologista, cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião plástico, psiquiatra, cirurgião torácico e neurocirurgiã); **(d)** devem disponibilizar serviços de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação relacionados à psicologia clínica, nutrição, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e hemoterapia; **(e)** devem disponibilizar no mínimo de recursos tecnológicos próprios para radiologia convencional, ultra-sonografia, broncoscopista, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, unidade de terapia intensiva de tipo II ou III, tomografia computadorizada, endoscopia, banco de sangue, anesthesiologia, terapia renal substitutiva, neurocirurgia e ecocardiografia, e de serviços de terceiros de hemodinâmica e angiografia.

Conforme a tabela a seguir, o HR apresentou no ano de 2008 o maior número de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH<sup>3</sup> - dentre os grandes hospitais da rede pública estadual de Recife. Foi também o que apresentou, em 2008, o maior número de cirurgias realizadas, bem como a 2ª maior taxa de ocupação, ficando atrás apenas do PROCAPE.

---

<sup>3</sup> A AIH consiste na Autorização de Internação Hospitalar, preenchido dentro das normas do SUS, e com dados que justifiquem a necessidade de uma internação.



Tabela 1 – Distribuição dos Leitos SUS e alguns indicadores de desempenho: (período: jan a dez/2008)

UNIDADE HOSPITALAR	ESPECIALIDADE									Total de Leitos (1)	Autorização Internação Hospitalar (AIH)	Valor Médio da Internação (R\$) (2)	Tempo Médio de Internação (dia)	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade	Tipo de Prestador	
	Cirurgia	Clínica Médica	Cuidados Prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátricos	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia								Complementar / UTI
Hospital da Restauração	352	124			40					22/43	<b>581</b>	22.406	1.094,95	8,3	0,88	39	PE
Hospital Oswaldo Cruz (3)	215	183	16		32	2		3		57/37	<b>568</b>	11.423	1.006,08	6,0	0,35	21	PE
Hospital Agamenon Magalhães	90	184		77						17/59	<b>427</b>	13.848	1.039,20	7,8	0,69	32	PE
Hospital das Clínicas UFPE	111	110		34	40	12		5	13	29/18	<b>372</b>	9.749	1.111,27	8,0	0,58	26	PF
Hospital Barão de Lucena	102	72		82	67					10/30	<b>363</b>	12.052	841,3	6,8	0,62	33	PE
Hospital Geral Otávio de Freitas (3)	102	166			23	39				4/20	<b>354</b>	8.655	1.083,72	10,3	0,77	28	PE
Hospital Getúlio Vargas	177	57			24		20	6		8/16	<b>308</b>	11.750	875,95	8,3	0,87	38	PE
PROCAPE	46	90			10					40	<b>186</b>	6.916	1.932,30	9,1	0,92	37	PE
CISAM	10	10		52						20/12	<b>104</b>	7.599	668,06	4,4	0,88	73	PE
Hospital Geral de Areias	11	42			18						<b>71</b>	2.323	453,92	6,0	0,53	33	PE

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Ministério da Saúde.

**Legenda:** Público Federal (PF), Público Estadual (PE).

**Nota (1):** As unidades hospitalares da I GERES, bem como seus respectivos leitos, foram levantados a partir do CNES, sendo consideradas apenas aquelas que emitiram AIH no ano de 2008.

**Nota (2):** Para cálculo do Valor Médio de Internações, o sistema utiliza a média ponderada de todos os procedimentos de internamentos por tipo de leitos disponíveis em cada unidade hospitalar.

**Nota (3):** Para cálculo dos indicadores dos Hospitais Otávio de Freitas e Oswaldo Cruz foram excluídos os internamentos nas especialidades de psiquiatria, fisiologia e crônicos, bem como os respectivos leitos.

## 2.2. Responsáveis

Os responsáveis pela gestão dos aspectos que foram objeto desta auditoria são: João Lyra Neto, Secretário de Saúde; José Alves Bezerra Neto, Diretor do HR; Helder Corrêa, Diretor Médico; Cristina Mota, Coordenadora do Núcleo de Assistência à Saúde – NAS; Rogério de Assunção Ehrhardt, Coordenador da Emergência de Adulto; José Carlos Travassos, Coordenador da Emergência Pediátrica; Antônio Carvalho de Barros Lira, Chefe



do Setor de Radiologia e Inês Maria Quirino Tavares Ferreira, Supervisora do Serviço de Anestesia.

A seguir, apresentamos o organograma do HR:

Figura 1 – Organograma do Hospital da Restauração



Fonte: Hospital da Restauração



### 2.3. Histórico

O Hospital da Restauração, antigo Pronto Socorro do Recife, foi inaugurado em 1969. Foi Hospital Escola da antiga Fundação de Ensino Superior de Pernambuco – FESP, hoje, Universidade de Pernambuco - UPE. É referência estadual para o atendimento às vítimas de trauma e aos pacientes de alta complexidade. Possui 100% dos leitos destinados ao SUS – Sistema Único de Saúde. Possui como especialidades oferecidas na emergência: Neurologia, Neurocirurgia, Clínica Médica (hemorragias digestivas, intoxicações e envenenamentos), Clínica Pediátrica, Traumatologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculuar, Bucomaxilofacial, além de ser referência no atendimento de queimados.

Oferece ainda serviços de ambulatório, sendo referência em: Neurologia Clínica (adulto e pediátrica), Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral e Queimados; nas especialidades de Cirurgia Vasculuar, Traumatologia, Neurocirurgia e Cirurgia Pediátrica o ambulatório atende apenas pacientes encaminhados pelo Hospital da Restauração. Dispõe ainda dos programas de Neurologia (doenças desmielinizantes. Ex: Esclerose Múltipla) e Endocrinologia (diabetes e obesidade). Oferece serviços de apoio diagnóstico e terapêutico compreendendo: Análises Clínicas, Endoscopia, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada, Radiologia Simples e Contrastada, Ressonância Magnética e Angiografia. Estes dois últimos, bem como alguns exames de tomografia, são realizados em convênio com clínicas particulares.

O Regimento interno do Hospital da Restauração estabelece no seu art. 1º como finalidade e competência desta unidade hospitalar:

1. Desenvolver ações que visem à promoção, recuperação e reabilitação da saúde à população do Estado;
2. Proporcionar o treinamento e aperfeiçoamento a médicos, enfermeiros e outros profissionais de Saúde Pública, bem como a estudantes das referidas áreas;
3. Servir de campo de pesquisa e proporcionar meios, visando esse objetivo.

### 2.4. Legislação

A auditoria sobre a avaliação dos serviços de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração regulou-se basicamente pelos seguintes instrumentos legais:

1. Regimento do Hospital da Restauração;
2. Resolução CREMEPE nº 01/2005. Define limites máximos de consultas ambulatoriais, de evolução de pacientes internados em enfermarias, serviços de terapia intensiva e atendimentos de urgências e emergências;
3. Resolução CFM nº 1451/1995. Define requisitos mínimos para os estabelecimentos de Pronto socorros públicos e privados;
4. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.



5. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
6. Portaria MS/SAS nº 33, de 24 de março de 1998 do Ministério da Saúde. Publica o modelo padronizado da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde - FCES, bem como o respectivo Manual de Instruções;
7. Portaria MS/SAS nº 142, de 03 de junho de 2003 do Ministério da Saúde. Ratifica a obrigatoriedade da atualização permanente do CNES, por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores;
8. Portaria n.º 930, de 27 de agosto de 1992 do Ministério da Saúde. Expede normas para o controle das infecções hospitalares e revoga a portaria 196;
9. Portaria nº 507, de 28 de novembro de 2008 da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Dispõe sobre critérios para o fornecimento, armazenamento, utilização, controle, faturamento e pagamento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, utilizados pelos hospitais habilitados da rede pública de saúde do DF.
10. Decreto Estadual nº 25.318, de 20 de março de 2003. Regulamento da Secretaria Estadual de Saúde;
11. Decreto Estadual nº 27.592, de 31 de janeiro de 2005. Altera o Regulamento da Secretaria Estadual de Saúde;
12. Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.88. Código de Ética Médica;
13. Lei nº 8429/1992. Lei de Improbidade Administrativa;
14. Resolução nº 420, de 12 de fevereiro de 2009, do Conselho Estadual de Saúde. Aprova o Plano Estadual de Saúde/PE 2008/2011;

Além desses instrumentos legais, foram ainda observadas outras legislações pertinentes, como, por exemplo, aquelas relativas a processos licitatórios, prestação de contas e execução orçamentária.

## 2.5. Processo de tomada de decisão

Conforme constatado durante os trabalhos de auditoria, o gerenciamento dos processos de trabalho se dá de forma autônoma por cada setor do hospital. Esta característica é comum aos estabelecimentos de saúde e até citada em artigos e trabalhos científicos, tal como citado por José Paranaguá de Santana<sup>4</sup>:

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem, utilizando as expressões de Dussault,<sup>2</sup> “[...] de seus operadores, em primeiro lugar”, são “organizações profissionais” onde “[...] o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais”. O significado prático do que foi dito acima encontra-se presente no cotidiano de todos

<sup>4</sup> A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta.



que labutam nos estabelecimentos de saúde, tanto daqueles que realizam as atividades como dos que são responsáveis pela direção institucional. Os primeiros, os “operadores”, têm, muitas vezes, apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seu comportamento efetivo não deixa dúvidas a esse respeito, na medida em que preservam, com todo zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. Os dirigentes, ainda quando não se apercebem formalmente daquele conceito, reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para seu funcionamento. Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos? Quem administra seu uso? Como o faz? Quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica? Não há dúvida que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que **o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão ‘na ponta da linha’**. Esse enfoque corresponde, sob a ótica da ciência administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde.

Nos setores que foram objeto desta auditoria no HR, observou-se que existe uma coordenação geral da Diretoria, todavia constatou-se uma autonomia no gerenciamento dos trabalhos por cada setor, evidenciada na falta de uniformização dos controles, na escassez de instrumentos normativos internos, na falta de utilização integrada das informações oriundas do SAPE-HR e na falta de sintonia com o Planejamento Estratégico do HR.

## 2.6. Aspectos orçamentários e financeiros

Na tabela a seguir, constam os repasses financeiros que o Hospital da Restauração recebeu do Fundo Estadual de Saúde no período de 2005 a 2008, e janeiro a julho de 2009. Utilizaram-se, como meios de provisão de créditos orçamentários, repasses financeiros, conforme se observa nos sistemas SIAFEM 2005, 2006 e 2007, E-Fisco 2008 e 2009.

Tabela 2 – Repasses financeiros do FES ao HR

EXERCÍCIO	Total repassado pelo FES (R\$)
2005	26.286.545,44 *
2006	25.835.212,53 *
2007	26.572.338,08 *
2008	31.657.265,51 **
2009 (Janeiro a julho)	19.899.533,77 ***
*Fonte: SIAFEM (2005 a 2007 – Consulta LISNE)	
**Fonte: SES-SEAF-Diretoria Geral de Finanças	
***Fonte: E-Fisco 2009 (Consulta Liquidação de Empenho)	



O HR é considerado pelos sistemas como simples credor dos repasses financeiros, o que impede uma maior transparência na execução orçamentária e financeira dos valores repassados. Tendo-se em consideração o volume e a regularidade dos recursos repassados, bem como o fato das Unidades Administrativas disporem autonomamente de tais recursos, não se justifica tal sistemática utilizada, não sendo possível a identificação dos valores devidos e pagos a fornecedores, fragilizando-se o controle interno pela contabilidade central do FES.

## 2.7. Indicadores de desempenho

Verificou-se através da auditoria realizada no Hospital da Restauração que a instituição elabora indicadores de desempenho hospitalar. Os indicadores confeccionados pelo HR são reportados no documento Informe de Desempenho e agrupados mensalmente, são eles: número de leitos, leitos dia, paciente dia, média de paciente dia, admissão, admissão entre clínicas, taxa de ocupação, tempo médio de permanência, altas, transferência entre clínica, óbitos com – 24 h, óbitos com + 24 h, saídas, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade institucional, índice de intervalo de substituição, índice de renovação, taxa de infecção hospitalar. Este assunto está detalhado no item 7 deste relatório.

## CAPÍTULO 3 – IMPACTO DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO HR NO ATENDIMENTO DOS PACIENTES

A partir deste capítulo inicia-se a descrição das falhas que foram identificadas ao longo do processo de avaliação, que vêm a comprometer o funcionamento do hospital, a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a taxa de mortalidade da emergência.

Procurou-se aferir a existência de déficit de médicos plantonistas no serviço de urgência e emergência, bem como o cumprimento e controle de carga horária desses profissionais. Paralelamente, buscou-se analisar como se processa o primeiro atendimento dos pacientes que demandam o serviço de urgência e emergência, mais especificamente a existência de atendimento com classificação de risco.

Constatou-se não haver déficit no quadro médico do serviço de urgência e emergência, bem como não haver uma sobrecarga de primeiro atendimento no setor. Evidenciou-se que, em algumas especialidades médicas, a relação pacientes atendidos/médico ficou abaixo do próprio limite considerado pelo CREMEPE. O excesso de pacientes no setor está relacionado mais à dificuldade de prover internamento a esses pacientes por falta de vagas, principalmente, nas enfermarias do hospital e em UTIs, que ao excesso de pacientes que demandam a unidade.

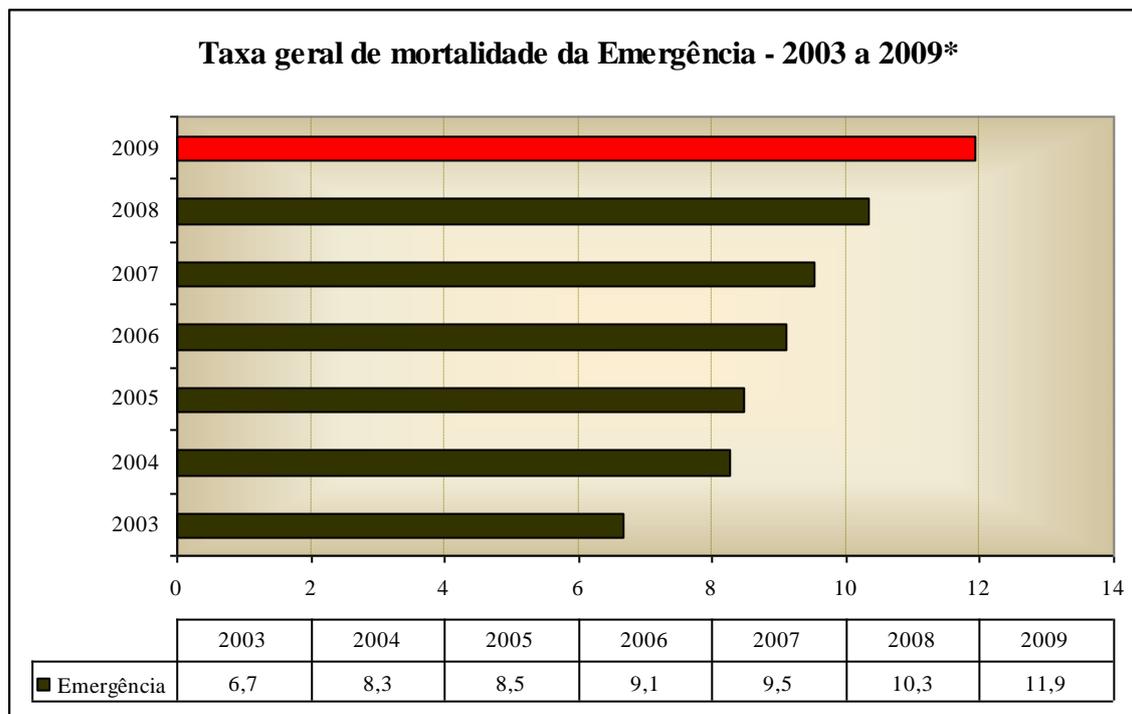
Observou-se, também, falhas no controle de cumprimento da carga horária dos médicos plantonistas, o que traz riscos de descumprimento de horários, ou mesmo, do profissional ausentar-se do serviço, sobrecarregando aquele que continua o atendimento.

Em relação ao atendimento com classificação de risco, evidenciou-se que ainda não foi implantado no setor, o que contribui para a superlotação da emergência, tendo em vista que possibilita o acesso de pacientes não compatíveis com o perfil de atendimento do hospital, e que poderiam ser referenciados para outras unidades.



Analisando-se o gráfico a seguir, percebe-se um crescimento anual na taxa geral de mortalidade da emergência no período de 2003 a 2009.

Gráfico 1 – Taxa geral de mortalidade da emergência



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2003-2008 e jan-mai/2009.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

### 3.1. Não utilização dos dados de atendimento de pacientes por especialidade na emergência

Constatou-se, durante os trabalhos de auditoria, que a única fonte de informações de atendimento por especialidade dos pacientes que dão entrada na emergência são as tabelas de Perfil dos Pacientes da Emergência de Adultos (Fls. 93 a 102), emitidas pelo sistema *CAMBAM*, operado pelas humanizadoras do hospital, diariamente. Este relatório é elaborado com base nos censos diários que são realizados pelas humanizadoras. As tabelas registram: data de admissão, local, nº de registro, nome do paciente, origem, senha, diagnóstico e observações. Vale salientar que o sistema não grava as informações dos dias anteriores, apenas emitindo um relatório diário que é enviado posteriormente ao Núcleo de Assistência à Saúde (NAS) para arquivo.

Destaca-se que a equipe de auditoria só teve acesso a uma amostra de 19 relatórios, correspondentes a 19 dias, emitidos nos meses de janeiro e fevereiro de 2009, tendo em vista que os demais períodos não foram arquivados nem de forma impressa, nem informatizada. Portanto, todo o controle dos tipos de atendimento é feito de forma manual, tornando difícil a utilização dos dados de forma gerencial. Conforme constatado também durante a auditoria, o SAPE, que é principal sistema de controle gerencial do hospital, não registra a especialidade de atendimento dos pacientes, tampouco o diagnóstico destes.



A ausência de sistema informatizado ou de rotinas nos sistemas já existentes, que registrem os atendimentos dos pacientes por especialidade médica, constitui causa para a não utilização dos dados de atendimento de pacientes como ferramenta gerencial.

Como boa prática, pode-se evidenciar o próprio censo que é realizado pelas humanizadoras do HR. As informações colhidas são de fundamental importância para o gerenciamento do hospital tendo em vista que registram dados importantes, tais como a origem do paciente, o diagnóstico, entre outras. Todavia não são utilizadas de forma gerencial.

A não utilização dos dados de atendimento dos pacientes como ferramenta gerencial impossibilita: o dimensionamento do quadro médico por especialidade, o dimensionamento de toda a estrutura de salas de cirurgias, equipamentos e necessidades peculiares a cada setor de atendimento do hospital, bem como todo planejamento estratégico.

Conforme citado em trabalho sobre o perfil da emergência do HR<sup>5</sup> de autoria de Betise Mery Alencar, José Luiz Araújo e Pulleti Cavalcanti “Não obstante sua magnitude e importância no Sistema de Saúde do Estado ainda não estão bem delineado o perfil da clientela atendida e até que ponto esta clientela corresponde e está adequada à missão do HR.”

Desta forma, recomenda-se ao HR que implemente a utilização dos dados de atendimento de pacientes como ferramenta gerencial.

O registro e a utilização dos dados de forma gerencial poderão melhorar a qualidade no atendimento na emergência tendo em vista que, além de facilitar o dimensionamento do quadro médico de acordo com as maiores demandas de atendimento, representará um instrumento de controle do perfil de atendimento do hospital, posto que, estas informações indicarão também a origem dos pacientes de acordo com a localidade, podendo ser instrumento até para o gerenciamento do atendimento das urgências e emergências pela própria SES. Isto pode ser obtido através da utilização de um novo sistema informatizado ou com a inserção de rotinas dentro dos sistemas já utilizados, que registrem, totalizem e que possam manter arquivadas as informações de atendimento dos pacientes de forma mais detalhada.

### **3.2. Existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência do HR**

#### Distribuição geral de médicos

A análise deste item restringiu-se ao quadro de profissionais médicos da emergência. Para o estudo do dimensionamento geral de médicos da emergência, procedeu-se a um comparativo entre a média do número total de atendimentos no período de janeiro a maio de 2009 pelo número total de plantonistas no mesmo período.

A tabela a seguir relaciona o total de atendimentos por plantão na emergência no período de janeiro a maio de 2009, bem como a média diária de atendimentos:

---

<sup>5</sup> FURTADO, B.M.A.S.M. et al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 7, Nº 3, 2004.



Tabela 3 – Atendimentos na emergência por plantão de 24 h

Mês	Dias	Atendimentos por plantão (24h) Emergência			Total Mensal	Média Diária
		Geral	Pediátrica	Traumatológica		
Janeiro/2009	31	3749	1615	239	5603	180,74
Fevereiro/2009	28	3270	1415	189	4874	174,07
Março/2009	31	3953	1723	335	6011	193,90
Abril/2009	30	3845	1540	284	5669	188,97
Mai/2009	31	3962	1571	287	5820	187,74
<b>Média diária de atendimentos:</b>						<b>185,09</b>
<b>Média de atendimentos a cada 12h:</b>						<b>92,54</b>

Fonte: Relatório: Resumo de atendimento por Plantão – HR – SES (fls. 103 a 122)

A tabela a seguir discrimina a quantidade de médicos por especialidade, bem como o número de médicos por plantão de 12 horas por especialidade. Foram excluídas da relação dos médicos da emergência as especialidades de bucomaxilofacial, endoscopia digestiva, otorrinolaringologia, anestesiologia, oftalmologia, sanitaria, UTI-adulto e odontologia, por se tratarem de especialidades complementares, ou seja, que não fazem o primeiro atendimento ao paciente que ingressa na emergência. Calculando-se a média dos meses de janeiro a maio de 2009, para as especialidades abaixo, encontra-se um quantitativo de 26 médicos a cada 12 horas de plantão.

Tabela 4 – Quantitativo médio de médicos da emergência por especialidade

QUANTITATIVO MÉDIO DE MÉDICOS DA EMERGÊNCIA POR ESPECIALIDADE POR PLANTÃO DE 12H										
ESPECIALIDADES	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai	
	QTDE	Plantão 12h								
<b>Cirurgia Geral</b>	43	6,1	43	6,1	45	6,4	45	6,4	45	6,4
<b>Cirurgia Vascular</b>	16	2,3	16	2,3	16	2,3	16	2,3	16	2,3
<b>Clínica Médica</b>	53	7,6	57	8,1	57	8,1	57	8,1	57	8,1
<b>Neurocirurgia (adulto)</b>	14	2,0	16	2,3	17	2,4	18	2,6	18	2,6
<b>Neurologia</b>	16	2,3	16	2,3	17	2,4	17	2,4	17	2,4
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>	18	2,6	19	2,7	20	2,9	20	2,9	20	2,9
<b>Medicina Interna</b>	6	0,9	6	0,9	6	0,9	6	0,9	6	0,9
<b>Neurocirurgia (pediátrica)</b>	5	0,7	6	0,9	6	0,9	6	0,9	6	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>24</b>	<b>179</b>	<b>26</b>	<b>184</b>	<b>26</b>	<b>185</b>	<b>26</b>	<b>185</b>	<b>26</b>

Fonte: Frequência mensal de funcionários – Janeiro a maio de 2009.

Comparando-se a média geral de atendimentos com a média geral de médicos por plantão, constata-se que, de uma forma geral, no período analisado (janeiro a maio/2009), houve um quantitativo de **26** médicos para **92,54** atendimentos por plantão de 12 horas, o que resultou numa relação de **3,56** atendimentos para cada médico.

Segundo o § 3º do art. 1º da resolução 01/2005 do CREMEPE o limite de atendimentos em urgências e emergências é de 36 pacientes atendidos por médico, em 12



horas de jornada de trabalho. Observa-se assim que a relação geral de médicos/pacientes da emergência geral, pediátrica e traumatológica do HR se encontra abaixo da preconizada como limite pelo CREMEPE para atendimentos em urgências e emergências, conseqüentemente, conclui-se que, de forma geral, ou seja, entre as especialidades que ali atuam, **não existe déficit no quadro médico no setor da emergência do HR.**

### Distribuição por especialidades

Observando-se ainda a tabela anterior, constata-se também que, em algumas especialidades, tais como medicina interna e neurocirurgia pediátrica, existe uma relação menor que um médico por plantão de 12 horas, ou seja, há plantões em que não há especialistas.

Para o estudo mais preciso da relação de atendimentos por médicos seria necessário que o hospital tivesse um controle sobre as demandas de atendimento por especialidade. Todavia, conforme já relatado no item 3.1, a única fonte de informações que registra o tipo de atendimento que ocorre na emergência é o sistema CAMBAM, que é alimentado diariamente pelas humanizadoras do HR, com o censo<sup>6</sup> diário dos pacientes. Este censo reflete apenas a situação pontual do paciente naquele momento em que foi realizado. Pacientes que a princípio têm um diagnóstico inicial no momento do censo, podem migrar para demandas de cirurgia, neurocirurgia, vascular ou outras especialidades, o que torna imprecisa a utilização destes dados como demandas de atendimento da emergência. Conforme depoimento das humanizadoras, os dados também não são precisos, tendo em vista que nem todos os pacientes que estão na emergência fazem parte do censo. Setores tais como a Unidade de Terapia Intensiva - UTI e a Unidade de Cuidados Intensivos - UCI não são computados, levando-se em conta que os pacientes, por muitas vezes, são deslocados para outros setores do Hospital para realização de exames e outros procedimentos. Além do mais, a única amostra disponível existente destes relatórios se refere a apenas 19 dias distribuídos entre os meses de janeiro e fevereiro de 2009. Como também já relatado no item 3.1 o sistema não armazena as informações anteriores.

Foram também analisadas as escalas de plantão dos médicos da emergência. Observou-se que alguns plantões carecem de profissionais. Apesar de existir uma média de neurologistas maior que um, conforme a tabela 4, de acordo com o que foi apontado durante as entrevistas e constatado nas escalas de plantão (fls.123 a 139), não existem neurologistas de plantão à noite. Todos os pacientes neurológicos que dão entrada na emergência, no período noturno, têm que aguardar o atendimento no dia posterior. Ressalta-se que a especialidade de neurologia faz parte do perfil de atendimento do HR. Foi relatada também a carência de neurocirurgiões pediátricos, que frequentemente são substituídos por neurocirurgiões da emergência de adultos.

O próprio Plano de Ação do HR (fls.140 a 150), elaborado pela consultoria Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial - INDG, atribui como uma das causas ao aumento da taxa de mortalidade hospitalar e ao tempo médio de permanência hospitalar, as deficiências na continuidade à assistência ao paciente, propondo como uma das ações a adequação do

<sup>6</sup> Apesar de denominado Censo Diário dos Pacientes, não se trata propriamente de um censo, tendo em vista que, pela definição da palavra, censo representa a contagem geral da população, o que neste caso não é realizado, considerando que alguns pacientes presentes na emergência não são computados no levantamento.



dimensionamento de pessoal das várias categorias profissionais, tendo início esta ação em 03/03/08, com previsão para término em 30/08/08, todavia não implementado até a presente data.

Conforme o manual GESTHOS Gestão Hospitalar<sup>7</sup> “O quadro de lotação deve ser determinado levando-se em conta as necessidades da população local (perfil epidemiológico) e a proposta de organização do serviço para atender a estas necessidades.” Afirma-se ainda neste manual que “Os gerentes de recursos humanos e das unidades de serviço devem observar que um quadro de lotação deve ser um instrumento flexível e passível de modificações.”

A ausência e o não gerenciamento dos dados consolidados de atendimento por especialidade para subsidiar o dimensionamento das categorias profissionais, bem como a ausência de profissionais médicos no mercado em algumas especialidades, constituem fatores para o déficit de algumas categorias nos plantões da emergência do HR.

A falta de algumas especialidades médicas nos plantões prejudica o atendimento aos pacientes, como no caso da ausência de neurologistas nos plantões noturnos. Pacientes neurológicos, em geral, necessitam de celeridade no atendimento a fim de se evitar seqüelas de maiores proporções, bem como risco de morte. Atualmente, estes pacientes dão entrada na emergência e necessitam esperar uma noite para ter o primeiro atendimento por um neurologista. Ressalta-se também que o acúmulo de pacientes neurológicos no dia seguinte também prejudica o atendimento de outros pacientes, tendo em vista que, somam-se a esses os pacientes que dão entrada durante o dia, e congestionam-se o atendimento de forma geral.

Desta forma, recomenda-se ao HR que execute um redimensionamento quantitativo e qualitativo (de acordo com a especialidade) dos médicos entre os plantões, de acordo com as maiores demandas de atendimento por especialidade, levando-se em conta também os horários e dias de maior demanda, de forma que não haja falta de profissionais para atendimento aos pacientes.

A redistribuição das especialidades médicas entre os plantões acarretará um melhor atendimento aos pacientes, tendo em vista que o atendimento para especialidades tais como neurologia poderá ser feito de imediato a qualquer hora do dia, bem como não haverá a necessidade de deslocamento de neurocirurgiões da emergência de adulto para a emergência pediátrica.

### **3.3. Existência de falhas nos controles de cumprimento da carga horária dos profissionais da emergência**

#### Controle de frequência

Para análise dos controles de cumprimento de carga horária dos profissionais médicos da urgência/emergência do HR, foram analisados os relatórios de faltosos por período e o boletim mensal de frequência de funcionários, no período de 01/01/2008 a 31/05/2009 e fornecidos pelo sistema SAPE-HR. Foram analisadas também as listas de frequências diárias.

<sup>7</sup> GESTHOS Gestão Hospitalar: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde: Módulo III: Gestão de Recursos nas Organizações de Saúde/ Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.p.147.



Os relatórios e as análises realizadas se restringiram aos profissionais médicos e odontólogos do setor de urgência e emergência.

Em resposta ao Ofício 001/2009, foi informado que os instrumentos de controle de cumprimento de carga horária utilizados pelo HR são os boletins de frequência mensais e as ocorrências diárias referente às faltas (Fl.151).

O processo de controle de cumprimento de carga horária dos médicos da emergência ocorre diariamente com a lista de frequência assinada pelos profissionais no próprio setor. Ao final dos plantões estas listas são enviadas ao Núcleo de Assistência à Saúde - NAS, que funciona no 9º andar do HR, ao lado da Diretoria. Foi informado, que no caso da falta de assinatura por parte de algum médico, este deve apresentar cópia de três prontuários de pacientes atendidos pelo mesmo, como forma de comprovação de que se encontrava no setor. Segundo informações prestadas, este procedimento é uma prática antiga do setor, e não se encontra regulamentado em nenhum documento legal. Semanalmente, o NAS envia as ocorrências diárias de faltas para o Departamento de Gestão de Pessoas do HR, que, por sua vez, envia o Boletim de Frequência Mensal para a Secretaria de Saúde para elaboração da folha de pagamento. As justificativas de ausência por motivo de saúde são apresentadas diretamente no departamento de gestão de pessoas para o abono das faltas.

Observa-se que o processo de controle de frequência é passível de falhas, tendo em vista que as listas de frequência diária só registram uma assinatura do profissional no dia, não sendo possível identificar os horários de entrada e de saída do profissional no plantão.

Outra falha a destacar é que os profissionais de anestesiologia, apesar de terem seus nomes constando nas listas de frequência, não assinam, sistematicamente, as mesmas, apesar de fazerem parte do quadro de médicos do setor de emergência do HR, conforme cópia de uma das atas de frequência. (fls.348 a 353)

Foram também confrontadas as listas de frequência diária dos meses de maio e junho de 2009 com os Boletins de Frequência mensais emitidos pelo SAPE pelo departamento de gestão de pessoas. Foram encontradas algumas divergências no que se refere ao apontamento de faltas de alguns profissionais nas listas de frequências diárias e a falta de registro nos boletins mensais que são enviados para a Secretaria de Saúde. O quadro a seguir evidencia estas falhas:

Quadro 1 – Faltas não registradas pelo Departamento de Gestão de Pessoas

Data	Turno	Matrícula	Irregularidade
01/05/2009	Tarde	276585-3	Médicos não assinaram as listas de presença e não foram registradas as faltas pelo departamento de gestão de pessoas.
27/05/2009	Dia	245336-3	
02/06/2009	Manhã	193439-2	
03/06/2009	Tarde	153201-4	
18/06/2009	Tarde	264930-6	
18/06/2009	Tarde	277350-3	
19/06/2009	Manhã	262160-6	
27/06/2009	Dia e noite	275886-5	
27/06/2009	Dia e noite	278544-7	
28/06/2009	Noite	276562-4	
29/06/2009	Dia	230664-6	

Fonte: Lista de frequência diária e SAPE-HR.



Visando a checagem dos controles de frequência, foram confrontados também os seguintes documentos: Relação de Antiguidade (por setor médico), escalas de plantão e relatório de frequência de funcionários. Foram constatadas as seguintes incongruências:

- Médicos que constam no relatório de frequência de funcionários, todavia não constam da escala de plantão;
- Médicos que constam da escala de plantão, todavia não constam no relatório de frequência de funcionários;
- Médicos que não cumprem o plantão ou cumprem apenas 12h;
- Médicos que constam na relação de antiguidade, todavia não constam no relatório de frequência de funcionários;
- Ausência de médicos coordenadores nas escalas de plantão.

No tabela 8 do apêndice, encontra-se a consolidação das divergências encontradas nos controles médicos do Serviço de Urgência/Emergência.

Estas incongruências, encontradas nos confrontos entre os relatórios, também evidenciam as falhas nos controles de frequência dos profissionais médicos e odontólogos da emergência do HR.

A utilização de meios não informatizados para controle de frequência e a falta de definição de procedimentos para este controle, bem como a não atribuição de responsáveis pelo mesmo, constituem-se nos principais fatores para as falhas nos controles de frequência.

As falhas no controle de cumprimento de carga horária levam à possibilidade de descumprimento do horário por parte dos profissionais, o que pode trazer graves prejuízos ao atendimento dos pacientes que dão entrada na emergência do HR.

Desta forma, recomenda-se ao HR que implante sistema de controle eletrônico de ponto para emergência/urgência e defina procedimentos e responsáveis por este controle, bem como nos demais setores do hospital, onde couber.

Com a implantação do sistema eletrônico de controle de ponto, espera-se que haja maior controle sobre o cumprimento de horários e o registro de ausências dos profissionais que atuam na emergência, o que provocará uma redução nas taxas de absenteísmo<sup>8</sup> e uma melhora na qualidade do atendimento aos pacientes.

### 3.4. Inexistência da classificação de risco no HR

A Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza-Sus preconiza, como diretrizes para as unidades de urgências e emergências, pronto-socorros, pronto-atendimentos e outros a demanda acolhida, através de **critérios de avaliação de risco**, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

---

<sup>8</sup> Taxa de Absenteísmo: É a taxa de ausências não programadas ao trabalho, no período analisado, esta taxa reflete a assiduidade dos profissionais que trabalham no serviço hospitalar. Este indicador está detalhado no item 7.1.7 deste relatório.



Conforme definição da cartilha de ambiência do MS<sup>9</sup> a classificação de risco é uma ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade.

O acolhimento é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta, ou seja, é onde se identifica a necessidade do usuário, assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e o direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema.

A classificação de risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido, é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e da organização do processo de trabalho dentro dos setores de urgência e emergência.

Descreve-se a seguir um resumo de como funciona a organização arquitetônica para a implantação da classificação de risco em serviços de urgência e emergência, conforme a cartilha de ambiência<sup>10</sup> do MS.

Para a organização das funções e facilidade de entendimento, o espaço identificado e setorizado por cores torna-se uma ferramenta eficiente de sinalização, podendo ser caracterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento.

O EIXO VERMELHO: no eixo vermelho propõe-se uma direcionalidade que se relaciona com o cuidado do paciente grave com um agrupamento composto por três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. Área vermelha: nesta área está a sala de emergência onde muitas vezes a ambiência não é considerada, uma vez que se pretende o atendimento de alta gravidade e a tecnologia é colocada como único elemento que compõe o espaço.

Área amarela e área verde: são compostas por sala de retaguarda (para pacientes em estabilização, críticos ou semi-críticos) e sala de observação, respectivamente.

O EIXO AZUL: é o eixo dos pacientes com menor risco. Seu atendimento é focado no acolhimento e na classificação de risco, estabelecendo-se uma metodologia para melhor entender as reais necessidades dos usuários, sejam elas de ordem físicas, orgânicas ou subjetivas. Nos casos de urgência, o usuário, por meio da identificação do risco, é imediatamente encaminhado à assistência médica. Portanto, esse eixo possui minimamente dois planos de atendimentos a ele relacionados.

Plano 1: aí estão os espaços de espera, acolhimento e atendimento administrativo. Constitui-se de uma área central focada no acolhimento que objetiva a escuta das necessidades dos usuários, a orientação de fluxos e a priorização do atendimento de acordo com o grau de gravidade.

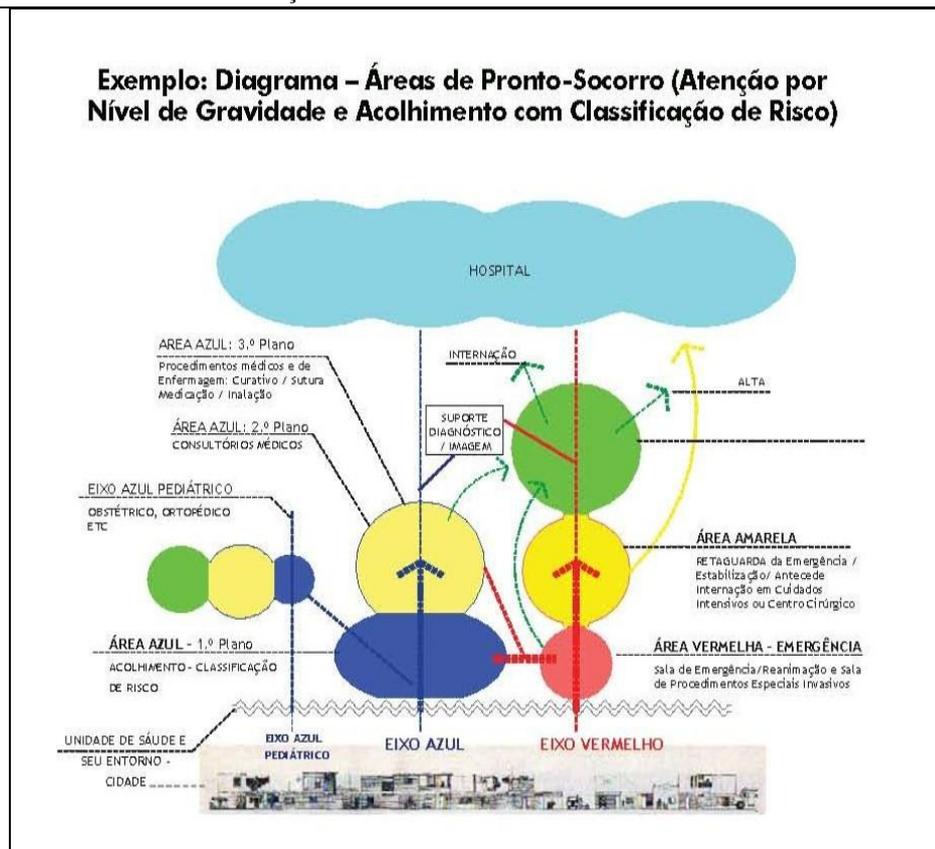
<sup>9</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

<sup>10</sup> *Ambiência na Saúde* refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Plano 2: área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento que deve ressaltar o acompanhante presente, respeito à individualidade e necessidades do paciente, com fluxos claros, informação e sinalização.

A caracterização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do espaço. O diagrama a seguir evidencia toda a esquematização de uma classificação de risco para serviços de urgência e emergências.

Figura 2 – Acolhimento com classificação de risco



Fonte: Cartilha de Ambiência - MS

Conforme observado em visita exploratória, em entrevistas realizadas junto aos profissionais da emergência, o HR não utiliza a classificação de risco. A triagem dos pacientes se dá por observação visual dos casos mais graves, por parte dos atendentes de enfermagem e às vezes até dos próprios seguranças. Os casos menos complexos são analisados, a princípio, pela recepção, que verifica a obediência ao perfil de atendimento do hospital. Foram relatados pelos profissionais da emergência problemas em relação à falta de proteção policial, à ocorrência de agressões físicas por parte de pacientes e à falta de informação dos pacientes quanto ao perfil de atendimento do HR. Foi relatado também que, em alguns casos, pacientes informam às recepcionistas ou às atendentes de enfermagem sintomas mais graves, que após a entrada no serviço de emergência, são alterados, com a finalidade apenas de ser atendido.

O próprio Plano de Ação do HR (fls.140 a 150), elaborado pela consultoria INDG, atribui como uma das causas ao aumento do Tempo Médio de Permanência Hospitalar à falta de integração das rotinas de serviços de acolhimento (triagem). Este mesmo plano, que teve sua última atualização em 29/05/2008, estabelecia as ações e prazos para conclusão, conforme transcrito parcialmente no quadro a seguir:



Quadro 2 – Acompanhamento do Plano de Ação – INDG

Nº.	Ação	Realizado		Status (em 29/05/2008)	Observações
		Início	Término		
12	Retomar o projeto de acolhimento com classificação de risco no HR	30/03/08		Em andamento	Está sendo elaborado o projeto de adequação da estrutura física do HR para o Qualisus
12.1	Elaborar projeto de adequação da estrutura física do HR para acolhimento com classificação de risco.	30/03/08	05/05/08	Concluída	
12.2	Validar o projeto de adequação da estrutura física do HR para acolhimento com classificação de risco com a direção do hospital.	05/05/08	05/05/08	Concluída	
12.3	Validar o projeto de adequação da estrutura física do HR para acolhimento com classificação de risco com a SES/PE.	05/05/08	05/05/08	Concluída	
12.4	Implantar o projeto de adequação da estrutura física do HR para acolhimento com classificação de risco.			Não iniciada	Será enviado ofício até o dia 06/06/08 ao Secretário Executivo da SES/PE solicitando informações sobre a implantação do acolhimento com classificação de risco no HR.
13	Definir protocolos de atendimento por especialidade médica na triagem.	29/04/08		Em andamento	Devido ao não comparecimento do responsável pela ação e o desconhecimento do status pela direção do HR, não identificamos o status real da etapa.
13.1	Elaborar protocolos de atendimento por especialidade médica na triagem.	29/04/08		Em andamento	
13.2	Validar os protocolos de atendimento por especialidade médica na triagem com a direção do HR.			Não iniciada	
13.3	Implantar os protocolos de atendimento por especialidade médica na triagem com a direção do HR.			Não iniciada	
13.4	Definir sistemática de monitoramento dos protocolos.	29/04/08		Em andamento	



Nº.	Ação	Realizado		Status (em 29/05/2008)	Observações
		Início	Término		
13.5	Validar sistemática de monitoramento dos protocolos.			Não iniciada	
13.6	Implantar sistemática de monitoramento dos protocolos.			Não iniciada	
14	Capacitar os profissionais de saúde da emergência de adulto para o acolhimento com classificação de risco.	06/03/08		Em andamento	Falta identificar o instrutor e o quantitativo de pessoas que realizarão a capacitação, prazo para conclusão 16/05/08.
14.1	Elaborar projeto de capacitação dos profissionais de saúde da emergência de adulto para o acolhimento com classificação de risco.	06/03/08	28/05/08	Concluída	
14.2	Implantar projeto de capacitação dos profissionais de saúde da emergência de adulto para o acolhimento com classificação de risco.			Atrasada	Será enviado ao Dr. Américo, até o dia 06/06/08, o quantitativo de capacitações, para que ele identifique a fonte de recursos financeiros.

Fonte: Plano de Ação do HR - INDG

Observa-se que àquela data (29/05/2008), algumas ações já tinham sido iniciadas, outras estavam em andamento e outras sequer iniciaram.

As figuras a seguir mostram as áreas onde atualmente funcionam a recepção, o acolhimento, posto policial e informações na emergência do HR.

Figura 3 – Fotografias dos setores de recepção, posto policial e informações do HR.



Foto: Recepção

Foto: Recepção



Foto: Posto policial

Foto: Posto de informações

Segundo informações prestadas no Ofício nº1640/09, (Fl.354), a classificação de risco será implantada após a construção de área específica para funcionamento. Esta área onde será implantada a classificação de risco se trata dos serviços de ampliação e reforma do HR (Ambulatório e Classificação de Risco) – Concorrência nº 001/09 – Processo nº 015/09, que foi adjudicado em favor da empresa J.A.G Empreendimentos Ltda e já se encontra em execução. Nas folhas 355 e 356 encontram-se as plantas baixas com indicação da área onde será implantada a classificação de risco do HR.

A ausência de espaço físico adequado, a não priorização pela gestão e a falta de divulgação do perfil do HR à população constituem-se fatores para a inexistência da classificação de risco no HR.

A ausência de critérios de avaliação de risco contribui para a superlotação da emergência, tendo em vista que possibilita o acesso de pacientes não compatíveis com o perfil de atendimento do hospital, e que poderiam ser referenciados para outras unidades hospitalares. A superlotação do serviço de emergência, por sua vez, acarreta a diminuição da qualidade do serviço prestado na emergência e urgência.

Desta forma recomenda-se ao HR que implante os critérios de classificação de risco no serviço de Urgência/Emergência do HR;

Recomenda-se ainda à Secretaria de Saúde que promova campanhas de divulgação do perfil de atendimento do HR junto à população.

Com a implantação da classificação de risco, espera-se que haja uma melhoria na qualidade do atendimento na emergência do HR, não só pela inclusão do acolhimento dos usuários, como também pelo fato de que a fixação de critérios de atendimento, possivelmente diminuirá o número de pacientes de baixa complexidade que dão entrada na emergência. Estes pacientes podem ser atendidos em postos de saúde ou Unidades de Pronto Atendimento.



## **CAPÍTULO 4 - GESTÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Em 2008, o Estado de Pernambuco contratou o Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial - INDG - para realizar uma consultoria na área da saúde pública, tendo sido o HR um dos serviços escolhidos para iniciar este processo. Foram levantadas as causas que contribuem para o aumento do tempo médio de permanência hospitalar e da taxa de mortalidade hospitalar da Restauração. O Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem foi apontado como um dos setores responsáveis, tendo sido constatadas as seguintes causas:

- Retardo na realização de exame dentro e fora do hospital;
- Deficiência de estrutura dos serviços de apoio (imagem e diagnóstico) e;
- Inexistência do monitoramento dos padrões de atuação dos profissionais de imagem e diagnóstico.

Em consonância com o trabalho desenvolvido pelo INDG, a auditoria realizada pelo TCE no Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem do Hospital da Restauração revelou que o HR compra um quantitativo grande de exames de imagem em clínicas privadas, gerando custos hospitalares elevados e piora dos indicadores de desempenho devido ao tempo de espera prolongado para a realização desses exames.

Além disso, foram constatadas deficiências do controle interno, ausência do cumprimento do regime de trabalho de plantão pelos médicos da Tomografia e a falta da escala de serviço dos médicos dos Raios-X. Por fim, foi verificado que a Restauração vem deixando de cobrar ao SUS a totalidade das tomografias computadorizadas - TC -, das ultrassonografias - USG - e das autorizações de internação hospitalar - AIH.

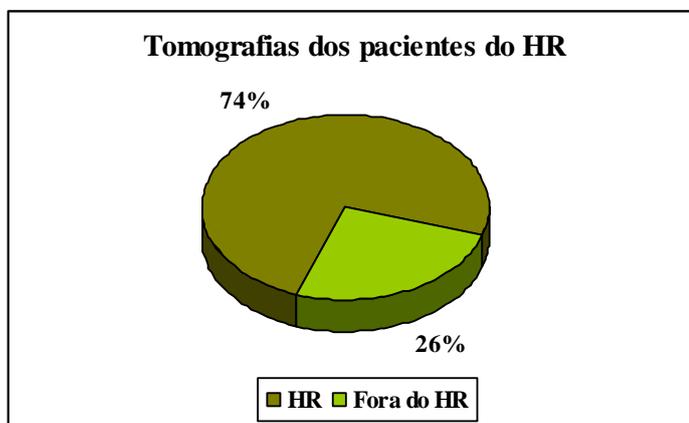
### **4.1. Elevado quantitativo de TC realizadas em clínicas particulares.**

Os princípios da Administração Pública devem ser observados pelos estabelecimentos de saúde, quando estes optam pela compra de exames de imagem em clínicas privadas. O HR, entretanto, não atendeu a estes princípios ao manter um tomógrafo inadequado ao porte e à demanda do hospital, fato que o levou a comprar parte dos exames fora, contribuindo para gerar custos hospitalares elevados.

A Eficiência e a Economicidade são princípios que devem acompanhar a administração de instituições públicas, incluídos os hospitais. Levantamento realizado pelo Setor de Radiologia do HR, por meio do livro de registro das tomografias, e as informações consolidadas pelo CETRANS - Centro de Transporte do HR -, permitiram confrontar o quantitativo de TC realizadas no HR e fora deste, no período de janeiro a maio de 2009. Constatou-se, a partir daí, que o hospital realizou 26% destes exames em clínicas privadas e dos 3.044 exames realizados fora do hospital, todos com a exceção de um, foram feitos na Clínica UNINEURO.



Gráfico 2 - Tomografias computadorizadas dos pacientes do HR (Período: Jan a Mai/09)



Fonte: Setor de Radiologia e CETRANS (HR).

O tomógrafo do HR realizou 8.678 exames neste período (fls. 357), uma média diária de 57 exames, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 5 – Tomografias realizadas dentro do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09)

MÊS/ANO	Face, coluna cervical, dorsal, pescoço, e órbita	Crânio	Coluna lombar	Bacia	Total	Média diária de exames
Jan	77	1.896	8	1	1.982	64
Fev	64	1.454	9	-	1.527	55
Mar	52	1.597	5	1	1.655	53
Abr	50	1.408	3	-	1.461	49
Mai	5	1.972	6	-	2.053	66
<b>Total</b>	<b>318</b>	<b>8.327</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>8.678</b>	<b>57</b>
<b>Média mensal</b>	<b>64</b>	<b>1.665</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1.736</b>	<b>57</b>
<b>Valor Total* (R\$)</b>	<b>27.586,50</b>	<b>811.382,88</b>	<b>3.134,10</b>	<b>277,26</b>	<b>842.380,74</b>	-

Fonte: Setor de Radiologia e Setor de Faturamento (HR).

\* Valores da Tabela SUS vigente.

Constatou-se que o equipamento do HR só realiza tomografias de crânio, de face, de pescoço, de coluna e bacia, tendo sido relatado que os demais, como TC de abdome e de membros, exigem maior tempo de utilização da máquina, o que poderia danificá-la. Além deste fato, a demanda pelos tipos de exames que o hospital realiza é superior à capacidade do equipamento, o que leva o HR a comprar não apenas os que ele não realiza como os que ele é capaz de realizar.

De acordo com informações disponíveis no site da Toshiba (<http://www.toshibamedical.com.br/tom4.html>), o modelo do equipamento disponível no HR - Auklet TSX-003 da Toshiba – “oferece alta *performance*, sendo especialmente adaptável para hospitais e clínicas de médio porte, ou como um CT adicional no departamento”. Verifica-se que a realidade do HR não é esta, pois é um hospital de grande porte, com uma demanda elevada de pacientes que necessitam de exames, sendo este o único tomógrafo de que dispõe.



O HR requereu, ao longo dos cinco primeiros meses de 2009, a realização de 3.044 tomografias em clínicas privadas, tendo sido grande parte destas (2.107; 69%) de crânio, face, pescoço, coluna e bacia, conforme demonstrado na tabela a seguir. O custo total dos 3.044 exames foi de R\$ 327.229,63 para o hospital, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 6 – Tomografias realizadas fora do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09)

MÊS/ANO	Face, coluna cervical e torácica	Crânio	Coluna lombar e sacra	Abdome	Membros	Total
Jan	127	56	21	179	3	386
Fev	128	217	20	153	1	519
Mar	156	385	23	224	2	790
Abr	184	469	29	194	2	878
Mai	107	165	20	170	9	471
<b>Total</b>	<b>702</b>	<b>1.292</b>	<b>113</b>	<b>920</b>	<b>17</b>	<b>3.044</b>
<b>Valor Total* (R\$)</b>	<b>60.898,50</b>	<b>125.892,48</b>	<b>11.424,30</b>	<b>127.539,60</b>	<b>1.474,75</b>	<b>327.229,63</b>

Fonte: CETRANS e Setor de Faturamento (HR).

\* Valores da Tabela SUS vigente.

Ao projetar para 12 meses, o custo do HR com a compra de exames de tomografia às clínicas privadas, com base também nos valores da Tabela SUS, subiria para R\$ 785.351,11.

Em 2004, o Governo de Pernambuco, através da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente procedeu à Concorrência Internacional nº 02/2004 - Processo nº 29/2004 - para a compra de um Tomógrafo para o Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), unidade gestora da Universidade de Pernambuco - UPE. A empresa vencedora da licitação foi a *Philips Medical Systems Nederland* e o valor da aquisição do tomógrafo foi de US\$ 578.555. Considerando que o julgamento das propostas de preços ocorreu em 04 de janeiro de 2005 e o dólar nesta data custava R\$ 2,68, o valor em reais do equipamento adquirido para o PROCAPE foi de R\$ 1.550.527,41 na época.

O custo do HR - projetado para o ano de 2009 - com a compra de exames de tomografia às clínicas privadas (R\$ 785.351,11), desconsiderando os custos com o transporte do paciente, corresponde a cerca da metade do valor de aquisição de um tomógrafo novo de última geração - como o adquirido pelo PROCAPE. Isto significa que - desprezando-se os custos de instalação e manutenção do equipamento e de recursos humanos - a cada dois anos o HR poderia comprar um novo tomógrafo com os recursos financeiros que são despendidos para a compra de tomografias fora do hospital.

A insuficiência de tomógrafo - adequado ao porte e à demanda do HR - e a ausência da gestão de custos hospitalares permitem que os gastos da Restauração se mantenham elevados, na medida em que obrigam o estabelecimento a comprar exames em clínicas privadas.

Desta forma, recomenda-se ao HR analisar a economicidade na aquisição de um novo tomógrafo, capaz de atender ao porte e à demanda deste. É fundamental, também, implantar a gestão de custos do hospital, permitindo comparar os gastos com a realização própria dos exames em relação à aquisição no mercado. Tais medidas permitirão o uso racional dos recursos públicos.



## 4.2. Elevado tempo de espera no agendamento dos exames realizados fora do HR

Os hospitais devem ser geridos de forma eficiente, obedecendo aos princípios da Administração Pública. A Restauração não obedeceu a estes princípios ao permitir que o tempo para a marcação destes exames contribuísse para a piora dos indicadores de desempenho e por custos hospitalares elevados. A centralização das marcações em determinadas clínicas, assim como o não acompanhamento sistemático, pela gestão, do tempo de espera foram as principais causas apontadas.

O princípio da Eficiência, previsto no art. 37, *caput*, e a Economicidade, prevista no art. 70 da Constituição Federal, devem sempre acompanhar a gestão pública hospitalar.

Verificou-se - através da análise das informações constantes no livro de registro dos agendamentos do CETRANS - que o tempo médio de espera para a realização de exames de imagem fora do hospital (clínicas privadas) é elevado. A análise deste prazo restringiu-se ao mês de julho de 2009 (fls. 363 a 409), visto que até então o CETRANS não havia adotado a prática de registrar a data da solicitação médica, mas tão-somente a data para a qual o exame foi agendado e realizado.

Confrontando-se as datas das solicitações médicas com as da realização dos exames, constatou-se, em relação às Ressonâncias Magnéticas, que houve um tempo médio de espera de 5,9 dias, de acordo com a tabela 3 do apêndice. Para as Arteriografias e Angiografias estes intervalos foram ainda maiores, 7,1 e 7,8 dias, respectivamente, conforme tabela 1 do apêndice.

Considerando-se que a Restauração é um hospital de emergência e que grande parte das solicitações é encaminhada em caráter de urgência, os pacientes do HR deveriam ter atendimento prioritário para a realização dos exames na rede de referência para alta complexidade do Estado. Contraditoriamente, o agendamento vem ocorrendo dentro do prazo normal para exames eletivos (máximo de 10 dias) estipulado como cláusula nos contratos de prestação de serviços firmados entre as clínicas e a SES/PE.

Este período de espera entre a marcação e a realização dos exames é um dos fatores contributivos para a piora dos indicadores de desempenho do HR nos últimos anos. Em relação ao tempo médio de permanência hospitalar, ocorreu um aumento de 11,5 dias, em 2006, para 21,4 dias, no período de janeiro a maio de 2009, conforme demonstrado no gráfico 11.

No que se refere ao índice de renovação de leitos do HR - utilização do leito no período - houve significativa redução, passando de 33,9, no ano de 2006, para 9,9 em 2009, com base nos valores projetados no período de janeiro a maio (gráfico 13). Em consequência do aumento do tempo médio de permanência e da redução do índice de renovação de leitos, houve um acréscimo da taxa de ocupação hospitalar, de 106% para 140,9% no mesmo período.

No caso das Ressonâncias Magnéticas, este prazo prolongado para a marcação dos exames teve como uma das causas a centralização dos agendamentos para a clínica UNINEURO (410 a 413 e 426 a 429), conforme demonstrado na tabela a seguir:



Tabela 7 – Ressonâncias Magnéticas realizadas fora do HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09)

MÊS/ANO	Unineuro	Santa Joana	Maximagem	TOTAL
Jan	143	-	-	143
Fev	125	1	-	126
Mar	152	-	-	152
Abr	121	1	-	122
Mai	161	-	1	162
<b>Total</b>	<b>702</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>705</b>
<b>Valor total</b>	<b>188.662,50</b>	<b>537,50</b>	<b>268,75</b>	<b>189.468,75</b>

Fonte: CETRANS (HR).

Esta priorização não se justifica, visto que há outros estabelecimentos que fazem parte da rede de referência para alta complexidade ambulatorial do Estado de Pernambuco, conforme demonstrado no quadro a seguir (fls. 434 a 437):

Quadro 3 – Estabelecimentos de referência para alta complexidade/Ressonância Magnética

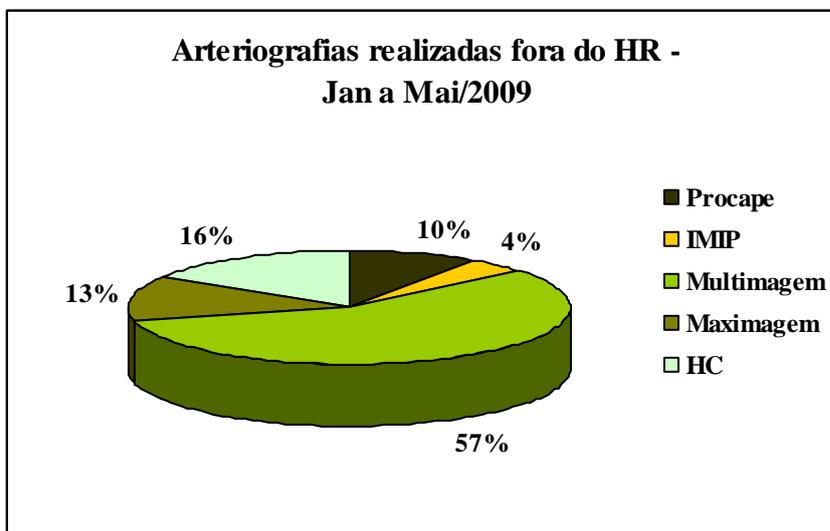
CNES	Estabelecimento*
0000396	Hospital das Clínicas
0000434	IMIP
0001473	Maximagem
2346613	Qualimagem
2428237	Topimagem Diagnóstico por Imagem Ltda.
2428407	UNINEURO

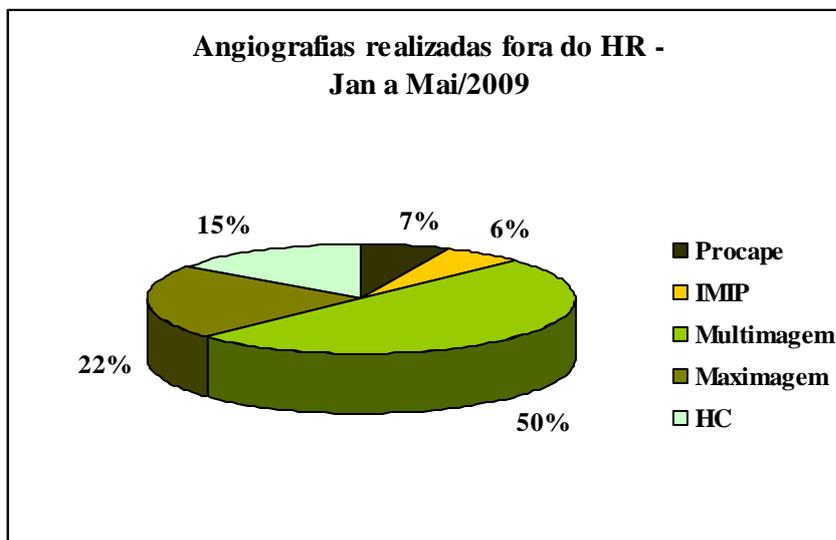
Fonte: SES/PE – Agosto/2009 e Guia de Saúde/PE.

\* No município de Recife/PE

Para as Arteriografias e Angiografias, percebeu-se uma priorização para a clínica MULTIMAGEM (fls. 414 a 423), de acordo com os gráficos abaixo:

Gráfico 3 – Arteriografias e angiografias realizadas fora do HR





Fonte: CETRANS (HR).

Verificou-se, que além do MULTIMAGEM, há outros quatro estabelecimentos credenciados pela SES para a prestação destes exames, no município de Recife (ver gráfico acima).

O Guia de Saúde de Pernambuco - guia de estabelecimentos e serviços de saúde públicos e complementares disponibilizado no site da SES/PE - acrescenta ainda os serviços de angiografia do Real Hospital Português e do Hospital HOPE Esperança como referências de alta complexidade ambulatorial.

Após a constatação da piora dos indicadores de desempenho hospitalar determinada pela realização de exames de imagem fora do HR, verificou-se como este tempo de espera impacta no aumento dos custos hospitalares. Para isso, procedeu-se ao cálculo do custo médio diário de internação, a partir da análise do *Demonstrativo de Faturamento de AIH* do exercício de 2008 (fls. 439). Verificou-se que o valor médio da AIH no ano de 2008 foi de R\$ 1.063,38, o que correspondeu ao custo médio diário de R\$ 37,54 por internação. Para chegar a este número dividiu-se o valor médio da internação de cada mês pelo número de dias de cada um destes e, posteriormente, calculou-se a média, obtendo-se o valor médio da internação por dia de 2008.

Tabela 8 – Demonstrativo de Faturamento do HR em 2008

Mês	Qtd de AIH apresentada	Valor Total de AIH (R\$)	Valor médio da internação por mês (R\$)	Valor médio da internação por dia (R\$)
Jan	1.379	1.469.011,87	1.065,27	34,36
Fev	1.512	1.687.274,66	1.115,92	38,48
Mar	1.668	1.822.691,08	1.092,74	35,25
Abr	1.066	3.005.414,34	2.819,34	93,98
Mai	1.609	1.714.117,02	1.065,33	34,37
Jun	2.270	2.372.783,19	1.045,28	34,84
Jul	2.153	2.365.898,50	1.098,88	35,45
Ago	2.168	1.936.011,66	892,99	28,81
Set	2.340	1.992.783,91	851,62	28,39



Mês	Qtd de AIH apresentada	Valor Total de AIH (R\$)	Valor médio da internação por mês (R\$)	Valor médio da internação por dia (R\$)
Out	2.256	1.872.473,50	830,00	26,77
Nov	2.054	1.824.802,64	888,41	29,61
Dez	2.294	2.148.853,84	936,73	30,22
<b>Média</b>	<b>1.897</b>	<b>2.017.676,35</b>	<b>1.063,38</b>	<b>37,54</b>

Fonte: Setor de Faturamento (HR).

Utilizando-se como base de cálculo para o ano de 2009 o valor médio da internação por dia do ano de 2008 (R\$ 37,54), verificou-se que o tempo de espera para a realização de exames de imagem fora do hospital traz um acréscimo nos custos da internação, que varia de R\$ 24,82 a R\$ 292,81 por exame (TC, RM, Arterio ou Angio), de acordo a tabela a seguir:

Tabela 9 – Exames realizados fora do HR (Período: Julho/2009)

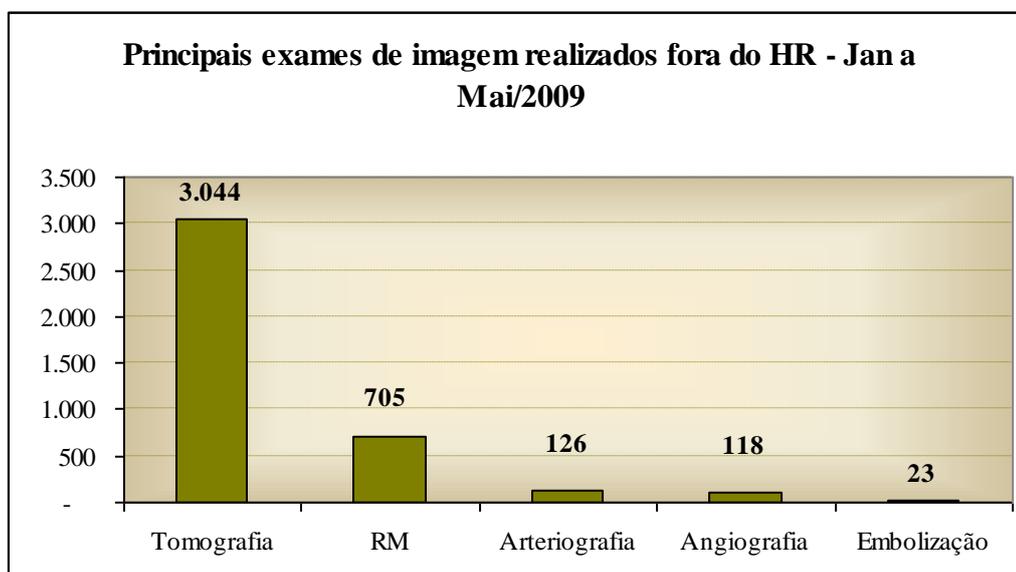
Exame	Tempo médio de espera por exame (dias)	Acréscimo no valor da internação* (R\$)
TC	0,7	24,82
RM	5,9	222,48
ARTERIOGRAFIA	7,1	267,20
ANGIOGRAFIA	7,8	292,81

Fonte: CETRANS (HR).

\* Base de cálculo: valor médio da internação por dia de 2008 (R\$ 37,54)

Em 2009, o quantitativo de exames de imagem realizado fora do HR foi elevado, conforme demonstrado no gráfico a seguir, referente ao período de Janeiro a Maio de 2009:

Gráfico 4 – Exames de imagem realizados fora do HR



Fonte: CETRANS (HR).



Para calcular o acréscimo total e a média mensal nos custos da internação, foram multiplicados os quantitativos de exames realizados em clínicas privadas pelos acréscimos em reais que cada um determina nos custos da internação, em virtude do tempo de espera (dias) para a sua realização. A tabela a seguir demonstra que, em média, R\$ 60.124,70 são gastos pelo HR, por mês, para manter os pacientes internados, enquanto aguardam a realização dos exames fora do hospital.

Tabela 10 – Exames realizados fora do HR (Período: Jan a Mai/2009)

Exame	Quantitativo	Acréscimo no valor das internações* (R\$)
TC	3.044	75.556,74
RM	705	156.848,19
ARTERIO	126	33.666,76
ANGIO	118	34.551,82
<b>Total</b>	<b>3.993</b>	<b>300.623,50</b>
<b>Média mensal</b>	<b>799</b>	<b>60.124,70</b>

Fonte: CETRANS (HR).

\* Base de cálculo: valor médio da internação por dia de 2008 (R\$ 37,54).

A demora para a realização de Ressonâncias Magnéticas, Arteriografias e Angiografias dos pacientes internados contribuem para que os custos hospitalares sejam cada vez mais elevados, o tempo médio de permanência e a taxa de ocupação hospitalar aumentem e o índice de renovação de leitos reduza. Estas questões culminam na superlotação do serviço e prejudicam o desempenho da Restauração.

Recomenda-se ao HR descentralizar a marcação das RM, Arteriografias e Angiografias para as demais clínicas que são referência para alta complexidade no Estado, evitando a priorização para a UNINEURO e o MULTIMAGEM. Além disso, a gestão deve acompanhar sistematicamente o tempo de espera entre a marcação e a realização dos exames. Desta forma, busca-se melhorar o desempenho da instituição e reduzir os custos hospitalares, a fim de que o HR possa vir a ser reconhecido pela eficiência da gestão.

#### 4.3. Ausência de cobrança ao SUS das TC, USG e AIH

Foi verificado que o HR deixou de cobrar ao SUS os recursos referentes a um significativo quantitativo de exames de Tomografias Computadorizadas e Ultrassonografias, assim como de Autorizações de Internação Hospitalar, ao longo dos cinco primeiros meses de 2009. Os motivos destas perdas estão relacionados às deficiências do controle interno da instituição, conforme discriminado a seguir, levando à renúncia de receita do SUS pelo HR.

O faturamento ou cobrança hospitalar é baseado na Tabela de Procedimentos do SUS, que estabelece valores pré-fixados para cada unidade de serviço prestada nas unidades de internação ou ambulatorial, além dos serviços de apoio ao diagnóstico. A soma desses itens compõe o faturamento SUS do hospital. Toda unidade de saúde necessita realizar um controle efetivo sobre este faturamento, com vistas a identificar as perdas, apurar as causas e imputar as sanções devidas aos responsáveis.



A título de exemplo, foi consultada a Portaria nº 507 de 2008, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que dispõe sobre critérios para o fornecimento, armazenamento, utilização, controle, faturamento e pagamento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), utilizados pelos hospitais habilitados da rede pública de saúde do DF. A referida norma determina que:

Art. 24 - As OPM que não tiverem as suas AIH faturadas, dentro de 3 (três) meses após a alta do paciente, serão listadas pela Gerência de Órteses e Próteses e enviadas para a DICOAS /SUPRAC, para a confirmação da perda do faturamento.

Parágrafo único - Os casos confirmados serão encaminhados para a Comissão Especial de Sindicância Central para apuração de responsabilidades pelas perdas financeiras causadas à SES/DF, e posteriores ressarcimentos.

A falta do controle sobre o faturamento hospitalar revela as deficiências do controle interno da organização e fere o Princípio da Eficiência, previsto no art. 37, *caput*, da Constituição Federal.

Analisando-se o quantitativo de USG realizado na Emergência do HR - constante no relatório elaborado pelo Setor de Radiologia -, no período de janeiro a maio de 2009, verificou-se que foram feitos 2.244 exames (fls. 440 a 443). Segundo o relatório do Setor de Faturamento/Processamento (Contas Médicas) do HR, foram apresentados ao SUS, no mesmo período, 388 exames, todos cobrados através da AIH.

Tabela 11 – Ultrassonografias realizadas e pagas ao HR em 2009 (Período: Jan a Mai/09)

MÊS	Exames realizados	Valores gastos* (R\$)	Exames apresentados	Valores apresentados e cobrados ao SUS	%	Valores não pagos* (R\$)
Jan	400	9.680,00	79	1.911,80	19,75	7.768,20
Fev	401	9.704,20	27	653,40	6,73	9.050,80
Mar	434	10.502,80	66	1.597,20	15,21	8.905,60
Abr	512	12.390,40	88	2.129,60	17,19	10.260,80
Mai	497	12.027,40	128	3.097,60	25,75	8.929,80
Total	<b>2.244</b>	<b>54.304,80</b>	<b>388</b>	<b>9.389,60</b>	<b>17,3</b>	<b>44.915,20</b>
Média mensal	<b>448,80</b>	<b>10.861,0</b>	<b>77,60</b>	<b>1.877,92</b>	<b>17,3</b>	<b>8.983,04</b>

Fonte: Setor de Radiologia e Setor de Faturamento (HR).

\* Simulação a partir do valor fixo de R\$ 24,20 por USG (Tabela SUS vigente).

Embora os quantitativos dos exames apresentados pelo hospital ao SUS, nos cinco primeiros meses do ano de 2009, não se refiram aos que foram realizados neste período, mas sim aos cobrados e pagos pelo SUS nas respectivas competências, percebeu-se que, em média, 82,7% dos exames realizados não são apresentados ao SUS para ressarcimento ao HR, o que representa uma média de R\$ 8.983,04 renunciados pelo HR ao mês, pelas ultrassonografias realizadas.

Em relação às TC, a cobrança dos valores ao SUS é realizada de duas formas: por meio do Boletim de Procedimento Ambulatorial - BPA -, para aqueles exames realizados em pacientes hospitalizados por um período inferior a 24 horas (para as quais não são emitidas



AIH), assim como nos casos de exames realizados ambulatorialmente e, através da AIH, para as tomografias realizadas em pacientes que permaneceram internados por mais de 24 horas.

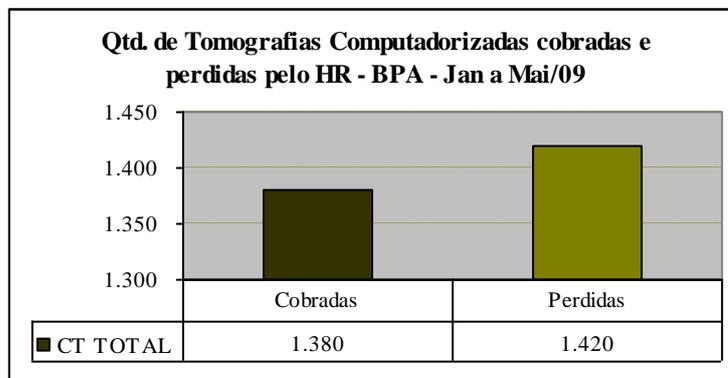
Verificou-se - através de documento fornecido pelo Setor de Faturamento/Processamento (Contas Médicas) do hospital - que, no período de janeiro a maio de 2009, 1.420 exames de um total de 2.800, que deveriam ter sido cobrados ao SUS por meio do BPA, não o foram (fls. 361 a 362). Isto significou uma renúncia de receita de R\$ 137.984,56 por parte do hospital, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 12 – Tomografias Computadorizadas cobradas e perdidas pelo HR - BPA (Período: Jan a Mai/09)

Mês/ano	Cobradas	Perdidas
Jan	339	277
Fev	263	373
Mar	426	289
Abr	174	292
Mai	178	189
Total	<b>1.380</b>	<b>1.420</b>
Valor Total	<b>134.151,09</b>	<b>137.984,56</b>

Fonte: Setor de Faturamento (HR).

Gráfico 5 – Tomografias computadorizadas cobradas e perdidas - BPA (Período: Jan a Mai/09)



Fonte: Setor de Radiologia e Setor de Faturamento (HR).

Os motivos da não cobrança nada têm a ver com a glosa do SUS<sup>11</sup>, que se refere a “rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS, utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos”. No caso em comento, o hospital deixou de apresentar 1.420 exames ao SUS, os quais foram denominados tomografias perdidas, alegando os seguintes motivos:

- Identificação e dados incompletos dos pacientes;

<sup>11</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Manual de glosas do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília, 2004.



- Ausência do cartão nacional do SUS - CNS - e;
- Descrições diagnósticas inconsistentes na solicitação de exames, que são preenchidas pelos médicos, através das Autorizações de Procedimento de Alto Custo - APAC.

Em relação às TC cobradas por meio de AIH, os valores gastos pelo hospital com a realização destes exames entram no cálculo dos custos totais da internação. Parte destas cobranças, entretanto, deixa de ser realizada pelo hospital, em virtude das AIH que são perdidas por motivo de decurso do prazo (90 dias) para apresentação ao setor responsável pelo faturamento. A quantificação destes exames perdidos não foi possível ser realizada, pois, estes foram contabilizados em conjunto com as AIH perdidas.

As informações relativas às perdas de AIH só foram levantadas - pelo Setor de Faturamento/Processamento do HR - para as competências de maio e junho de 2009. O quantitativo de AIH perdidas (não apresentadas) nestes dois meses foi de 53 e 37, respectivamente, o que correspondeu à R\$ 98.047,96 e R\$ 83.231,34 renunciados pelo HR neste período. Analisando-se o relatório das perdas de AIH, notou-se que uma única internação, que custou ao hospital R\$ 21.251,47, deixou de ser apresentada e consequentemente cobrada ao SUS, revelando a fragilidade do controle interno hospitalar (444 a 659).

Tabela 13 – Demonstrativo dos valores de AIH perdidas (Período: Jan a Mai/2009)

Competência	Valor perdido
Mai/09	98.047,96
Jun/09	83.231,34
<b>Total</b>	<b>181.279,30</b>

Fonte: Setor de Radiologia e Setor de Faturamento (HR).

O motivo alegado para estas perdas foi o decurso do prazo de 90 dias para apresentação e cobrança ao SUS das AIH, ocasionado por:

- Internações prolongadas (acima de 90 dias), sem que a AIH fosse apresentada ao Setor de Faturamento do hospital em tempo hábil;
- Desaparecimento de prontuários de pacientes das enfermarias;
- Retenção destes documentos pelos profissionais médicos (discussões dos casos, reuniões clínicas, etc.) e;
- Falta de recursos humanos responsáveis por captar os prontuários das internações prolongadas, nas enfermarias, para serem levados ao Setor de Faturamento e, então, cobrados ao SUS.

O “teto de AIH” do HR, que representa o máximo de AIH que o hospital pode apresentar ao SUS por mês, não vem sendo atingido e este poderia, ainda, ser extrapolado em 600 autorizações por mês, segundo informações colhidas por funcionários do Setor de Faturamento do hospital. Este fato pode levar a uma futura redução do teto pelo Ministério da Saúde, por entender que este foi estipulado acima da capacidade do estabelecimento de saúde.



As renúncias de receita do SUS ocorridas no período de janeiro a maio de 2009 - que puderam ser contabilizadas pelo Setor de Faturamento do HR - totalizaram R\$ 319.263,86, colocando em risco o teto físico e financeiro do hospital diante do Ministério da Saúde.

É necessário que a gestão hospitalar apoie o setor responsável pelo faturamento do HR, a fim de sanar as deficiências apontadas como causas para tais perdas. Para isso, recomenda-se à gestão da Restauração:

- Viabilizar a emissão do CNS no próprio hospital;
- Identificar o paciente com os dados completos na admissão;
- Instituir controles e acompanhar a qualidade dos dados constantes nas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (APAC);
- Acompanhar o prazo para envio das AIH para o faturamento;
- Definir responsáveis pela captação, nas enfermarias, dos prontuários das internações prolongadas;

Busca-se, desta forma, gerar um aumento da receita do HR e estabelecer um maior controle sobre os custos hospitalares, de forma a comparar os valores recebidos pelas internações e exames realizados e os de fato ocorridos. Visa-se, também, reduzir os riscos perante o Ministério da Saúde relativos ao teto financeiro do hospital.

#### **4.4. Descumprimento do regime de trabalho no serviço de tomografia computadorizada.**

O Código de Ética Médica veda ao médico receber vantagens por serviços não efetivamente prestados, assim como deixar de comparecer a plantão, salvo por motivo de força maior. Foi verificado que os médicos da Tomografia Computadorizada do HR são escalados para o serviço como diaristas<sup>12</sup>, entretanto, o regime pelo qual estes profissionais foram contratados - assim como as vantagens que recebem - é de plantonista<sup>13</sup>. A falta de controle do cumprimento de carga horária e a ausência de planejamento da gestão em relação ao regime de trabalho mais adequado para estes profissionais trazem prejuízos aos cofres públicos e riscos aos pacientes.

Os capítulos III e VIII do Código de Ética Médica que versam sobre a responsabilidade e a remuneração profissional respectivamente, dispõem que:

É vedado ao médico:

Art. 37 - Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior.

Art. 87 - Remunerar ou receber comissão ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, ou por serviços não efetivamente prestados (grifos nossos).

<sup>12</sup> **Diarista:** regime de trabalho de 20 horas semanais, divididas em 5 turnos.

<sup>13</sup> **Plantonista:** regime de trabalho de 24 horas, divididas em dois plantões de 12 horas, sendo um à noite e outro durante o dia.



O pagamento de vantagens a servidores que não exercem suas funções afronta também os princípios da Moralidade e da Eficiência, previstos no art. 37, *caput*, da Constituição Federal, e o princípio doutrinário da Economicidade.

A partir da análise da escala de serviço dos médicos da Tomografia do HR (referente ao mês de julho de 2009), da relação dos funcionários da Emergência, da consulta às fichas financeiras do SAD/RH, além da inspeção *in loco*, verificou-se discordância entre a escala de serviço e o regime de trabalho dos radiologistas que trabalham na Tomografia (fls. 660)

A escala de serviço demonstra que estes profissionais revezam turnos de trabalho (manhã e tarde) durante cinco dias da semana (segunda a sexta-feira), como normalmente ocorre nas escalas de trabalho dos médicos diaristas - 20 horas semanais divididas em cinco turnos de 4h. Tal constatação foi confirmada pela equipe de auditoria, durante inspeção realizada no Setor de Radiologia em 29/07/2009.

Contraditoriamente, a relação dos funcionários da Emergência - fornecida pelo Setor de RH do hospital - e as fichas financeiras obtidas a partir do SAD/RH demonstraram que os cinco médicos radiologistas que trabalham no serviço de Tomografia do hospital possuem vínculo efetivo do Estado, regime de trabalho de plantão (24 horas semanais) e recebem remunerações condizentes com este regime, como observado na tabela abaixo (fls. 662 a 671).

Tabela 14 – Vantagens recebidas pelos médicos radiologistas da Tomografia do HR

Matrícula	Função	Regime	Jornada Semanal (h)	Total de Vantagens por mês** (R\$)
2240653	Radiologia	Plantão	24	4.086,10
2301989	Clínica Médica*	Plantão	24	3.993,60
2302152	Radiologia	Plantão	24	4.086,10
2340909	Radiologia	Plantão	24	4.086,10
2536331	Radiologia	Plantão	24	3.800,00

Fonte: SAPE/HR e SADE/RH.

\* O vínculo efetivo do Estado é em Clínica Médica, mas está escalado como profissional médico da Tomografia.

\*\* Vencimento acrescido da gratificação de exercício em unidade de saúde (R\$ 610,00) mais gratificação de regime de plantão (R\$1.100,00).

Apesar da elevada produtividade do serviço de Tomografia do hospital (ver tabela 5), que realiza uma média de 1.736 exames por mês, observou-se que estes são realizados pelos técnicos de radiologia, mesmo na ausência do médico.

Os laudos dos exames normalmente não são dados, tendo sido alegado que a demanda é bastante elevada e que eles são solicitados, em caráter de urgência, o que inviabilizaria o tempo necessário para emitir o parecer. Ressalta-se que esta prática adotada pelo HR pode trazer riscos à condução dos pacientes internados, cujos exames são encaminhados ao médico assistente sem o parecer do profissional habilitado para tal.

Os cinco médicos plantonistas apontados, na tabela a seguir, recebem juntos R\$ 240.622,80 ao ano (considerando 12 meses de trabalho, excluindo-se férias e 13º salário). Caso fossem contratados como diaristas, pois é neste regime que executam suas atividades,



ganhariam em conjunto R\$ 158.980,32, anualmente, o que traria uma economia de pelo menos R\$ 81.642,48, ao ano, à SES e ao Estado de Pernambuco.

Tabela 15 – Projeção de economia com os médicos radiologistas pelo regime de diaristas.

Matrícula	Total de vantagens Plantonista (R\$)	Total de vantagens Diarista* (R\$)
2240653	4.086,10	2.701,88
2301989	3.993,60	2.613,79
2302152	4.086,10	2.701,88
2340909	4.086,10	2.701,88
2536331	3.800,00	2.528,93
<b>Total ao mês (R\$)</b>	<b>20.051,90</b>	<b>13.248,36</b>
<b>Total ao ano** (R\$)</b>	<b>240.622,80</b>	<b>158.980,32</b>
<b>Diferença (R\$)</b>		<b>81.642,48</b>

Fonte: SAPE/HR e SADE/RH.

\* Simulação com base nos valores percebidos pelos médicos diaristas do Estado (SAD/RH): vencimento acrescido da gratificação de exercício em unidade de saúde (R\$ 438,93).

\*\* Foram considerados 12 meses.

Ponderando-se os fatos de que a produtividade do serviço de tomografia é elevada, que não é fundamental a presença dos médicos radiologistas em horário integral (24 horas/dia) para que os exames sejam realizados, e que os laudos não sejam imprescindíveis para o médico assistente da Emergência, pode-se concluir que o HR e a SES/PE deveriam ter contratados médicos radiologistas diaristas para trabalharem no serviço de Tomografia.

A falta de controle do cumprimento da carga horária dos médicos da Tomografia e a ausência de planejamento adequado do regime de trabalho destes profissionais - pela gestão do HR e pela Secretaria Estadual de Saúde - trazem prejuízos aos cofres públicos de, pelo menos, R\$ 81.642,48 anuais, pois neste cálculo não estão inclusos o 13º salário nem as férias. Além deste fato, tal prática coloca em risco a condução dos pacientes internados, cujos exames de TC são liberados sem o laudo médico.

É necessário que o HR institua controles e responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da carga horária dos médicos plantonistas da Tomografia, assim como da emissão dos laudos dos exames. Além disso, a gestão hospitalar deve rever junto à SES o regime de trabalho mais adequado na contratação de médicos radiologistas da TC da Restauração, buscando maior economicidade para o Estado de Pernambuco e menor risco na condução clínica dos pacientes.

#### 4.5. Ausência de escala de serviço dos médicos radiologistas do Raio-X

O controle interno do órgão deve dispor de instrumentos para exigir o cumprimento da carga horária dos profissionais, sendo imprescindível a elaboração e a divulgação da escala de serviço dos médicos. Observou-se, no HR, a ausência da escala de trabalho dos médicos radiologistas do Raios-X, refletindo a falta de controle da gestão e a fragilidade a que o serviço público hospitalar está exposto.



A falta de controle do cumprimento de carga horária constitui deficiência do controle interno e afronta o princípio constitucional da Eficiência, previsto no art. 37, *caput*, da Constituição Federal. Verificou-se, através de solicitação por ofício e de inspeção *in loco*, que não há escala oficial de serviço para os médicos radiologistas dos Raios-X do HR (fls. 662). Tal evidência reflete a falta de controle - pela gerência do setor de Radiologia e pela diretoria hospitalar - do cumprimento da jornada de trabalho dos médicos, fato que fragiliza o funcionamento adequado do serviço.

É necessário elaborar e afixar em local visível, no Setor de Radiologia, a escala de serviço dos médicos do Raios-X, discriminando os nomes dos profissionais e os turnos que devem estar no serviço.

A partir daí, a gestão pode se utilizar deste instrumento para exigir o cumprimento da jornada de trabalho dos médicos, e proporcionar melhorias no funcionamento do setor e de todo o hospital.

#### **4.6. Desatualização de informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES - DATASUS)**

O Ministério da Saúde determina que os estabelecimentos de saúde devam atualizar permanentemente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES -, entretanto, inspeção física realizada no Setor de Radiologia do HR encontrou discrepâncias com os dados do CNES. A falta de atualização destas informações pode acarretar decisões contrárias às reais necessidades do serviço.

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. Este cadastro visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal.

A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS/SAS) nº 33, de 24 de março de 1998, determina que a Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde - FCES - deverá ser utilizada para o cadastramento de todas as unidades hospitalares do país, inclusive àquelas não prestadoras de serviços ao SUS. A obrigatoriedade da atualização permanente do CNES, por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores dentro das rotinas do Sistema FCES, foi ratificada através da Portaria MS/SAS nº 142 de 03 de junho de 2003.

Em 29/07/2009, a equipe de auditoria realizou inspeção *in loco* no Setor de Radiologia do HR, onde foi verificada a existência de 03 equipamentos de Raios-X fixos (500 mA), 02 portáteis (01 de 100 mA e 01 de 300 mA) e 01 telecomandado. Destes, o Raio-X portátil de 300 mA encontrava-se fora de uso. Os dados constantes no CNES foram discordantes, conforme tabela a seguir (fls. 672 a 677):



Tabela 16 – Equipamentos do Setor de Radiologia do HR

Equipamento	CNES		HR	
	Existente	Em uso	Existente	Em uso
Raios-X ate 100 ma	06	06	01	01
Raios-X de 100 a 500 ma	05	02	05	04
Tomógrafo Computadorizado	01	01	01	01
Ultrassom doppler colorido	01	01	01	01
Ultrassom ecógrafo	01	01	01	01

Fonte: site do CNES/DATASUS e inspeção física no local.

A atualização cadastral permanente constitui elemento fundamental para a programação de serviços e conseqüente qualidade da atenção à saúde. A ausência da alimentação tempestiva das informações no CNES - por parte do estabelecimento de saúde ou do gestor estadual - gera dados inconsistentes que podem levar a decisões contrárias às reais necessidades dos serviços com prejuízos ao atendimento prestado à população.

Recomenda-se que a periodicidade e os responsáveis pela atualização da ficha cadastral do estabelecimento de saúde estejam bem definidos. Além disso, é fundamental o monitoramento pela gestão, para que ela funcione como instrumento que subsidiará a tomada de decisão no âmbito hospitalar.

## CAPÍTULO 5 - GESTÃO E FUNCIONAMENTO DO CENTRO CIRURGICO

A eficiência de um hospital pode ser avaliada pelo funcionamento do seu centro cirúrgico, pois conforme a maior ou menor eficiência, importantes reflexos ocorrerão nos indicadores de desempenho hospitalar, mais especificamente no tempo médio de permanência hospitalar e na taxa de rotatividade de leitos.

Para o Hospital da Restauração, tendo em vista seu perfil de alta complexidade em atendimento a pacientes politraumatizados, o funcionamento adequado do centro cirúrgico reveste-se de uma importância ainda maior, com fortes repercussões no quadro de superlotação observado em seu setor de Urgência/Emergência.

Em hospitais de urgência, especializados no atendimento a politraumatizados, os pacientes que necessitam de intervenção imediata, por estarem em iminente risco de morte, são prontamente assistidos. Esse tipo de atendimento, por sua natureza e premência, são indicadores da disponibilidade, prontidão e grau de treinamento das equipes de urgência. No entanto, são frágeis em evidenciar os processos de gestão do hospital como um todo, porque estando disponível a equipe cirúrgica e a infra-estrutura física e de materiais necessárias, o atendimento se dará a contento naquele momento.

Os maiores problemas em um hospital com o perfil do HR são evidenciados a partir do atendimento a pacientes que, não necessitando desse atendimento imediato, podem aguardar, após a estabilização do seu quadro clínico, para se submeterem ao procedimento cirúrgico pela equipes de apoio, formadas pelos médicos diaristas das diversas enfermarias do hospital. O atendimento a esses pacientes é o melhor espelho dos processos internos de trabalho, da



eficiência e da efetividade na utilização dos recursos que a Administração Pública coloca à disposição da instituição.

Durante os trabalhos de auditoria, pode-se evidenciar que a maior parte dos pacientes que lotavam as dependências da urgência do HR, eram pessoas que aguardavam um leito nas enfermarias para que pudessem dar continuidade ao seu tratamento, ou serem submetidos pelas equipes de apoio ao procedimento cirúrgico de que necessitavam. A dificuldade na disponibilização de leitos para internamento desses pacientes decorre de um elevado tempo médio de permanência dos pacientes internado, que em 2008 foi de 16,7 dias, conforme será comentado no item 7.1 desse relatório. Em algumas especialidades o tempo médio de permanência dos pacientes se aproxima de 30 dias.

As evidências apontam que essa elevada média de permanência hospitalar não decorre da complexidade dos casos atendidos, como a primeira vista poderia se pensar, mas são decorrentes de problemas gerenciais, tais como dificuldades na realização de exames diagnósticos, como angiografias, necessárias para que alguns pacientes possam ser submetidos à cirurgia; elevada taxa de suspensão das cirurgias agendadas, pelos mais variados motivos, desde preparo inadequado dos pacientes (quando, por exemplo, exames pré-operatórios não são solicitados) até questões relativas a assiduidade dos profissionais médicos, que faltam às cirurgias, ou se atrasam comprometendo a programação cirúrgica do dia, e ainda, suspendem as cirurgias sem informar os motivos da suspensão.

Um senso comum observado nos profissionais de saúde do hospital, é que muitos pacientes que estavam aguardando internamento deveriam ser atendidos em outros hospitais de menor complexidade, o que desafogaria o setor de urgências. As evidências produzidas pela equipe de auditoria apontam em outra direção. Não obstante os casos que efetivamente poderiam ser atendidos em hospitais de menor complexidade, o HR, tendo em vista a estrutura física e de pessoal, e os recursos materiais e financeiros que a sociedade, por meio dos tributos, coloca a sua disposição, poderia tratar mais pacientes e com melhor qualidade. Os dados levantados apontam que a pressão decorrente da incapacidade do hospital em atender grande parte da demanda advém da pouca eficiência na utilização dos recursos disponibilizados, o que contribui para tornar o modelo de gestão do hospital caro e pouco eficaz.

Observou-se, também, a percepção por parte dos profissionais de saúde do HR de que grande parte da elevada taxa de permanência decorre da falta de leitos de retaguarda em outros hospitais para pacientes crônicos, de forma que, uma vez completado o tratamento no HR, esses pacientes pudessem ser encaminhados, disponibilizando o leito para outros pacientes. Esses podem ser fatores contributivos, mas não parecem ser os principais. Conforme será comentado no item 5.3, de janeiro a maio de 2009, a taxa de suspensão de cirurgias no hospital foi de 29,15% já descontando aquelas cirurgias suspensas, mas que são substituídas por outras. Avaliando-se o mapa de marcação de cirurgias e os relatórios de ocorrências do centro cirúrgico, percebeu-se que um paciente que tem sua cirurgia suspensa, passará em média 7 dias para ter sua cirurgia remarcada, e precisará contar com a sorte de não sofrer uma segunda suspensão.

No período de janeiro a maio de 2009 foram suspensas, sem que houvesse substituição, isto é, troca do paciente suspenso por outro, 484 cirurgias (média de 97 cirurgias/mês). Considerando que em média esse paciente só será encaixado na programação cirúrgica da semana seguinte, ou seja, 7 dias depois, essas suspensões ocasionaram, no mínimo, um acréscimo de 3.388 dias de internação. Se dividirmos esse acréscimo de dias em



internação, ocasionado pelas suspensões de cirurgias, pelo tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes do HR, que é de 16,7 dias, evidencia-se que o hospital, no período, poderia ter internado, no mínimo, 202 pacientes a mais. Se o tempo médio de internação caísse para razoáveis 10 dias, seria possível ter internado no período mais 338 pacientes. Esse acréscimo no tempo de internação leva em consideração apenas o impacto das suspensões de cirurgias. Deve-se acrescentar a esse cálculo o impacto do tempo médio que os pacientes levam para conseguir realizar exames fundamentais para que suas cirurgias possam ser agendadas, como os exames de angiografias e arteriografias, que demoram em média 7,1 e 7,8 dias respectivamente, conforme comentado no item 4.2 desse relatório. Além disso, há o impacto de outros fatores como a baixa produtividade do centro cirúrgico, que teria capacidade de realizar bem mais cirurgias do que vem fazendo.

Tendo em vista a importância estratégica do centro cirúrgico para a eficiência e efetividade do HR, bem como o forte impacto do seu mau funcionamento sobre a superlotação do hospital como um todo, e do setor de emergência em particular, o mesmo foi objeto de avaliação específica pela auditoria. Foram evidenciadas diversas deficiências e irregularidades tais como falta de controle na utilização de materiais consignados (órgãos e próteses); ociosidade na utilização das salas de cirurgia; alta taxa de suspensão de cirurgias; falta de controle e de cumprimento da carga horária dos médicos anestesiológicos; realização e cobrança de anestésias, via COOPANEST, pelos médicos anestesiológicos efetivos nos horários de trabalho relativos ao vínculo público; e elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia. Essas irregularidades passarão a ser comentadas a seguir

### 5.1. Ociosidade no uso das salas de cirurgia

O centro cirúrgico do HR dispõe atualmente de 11 salas de cirurgia possíveis de utilização. Dessas, três salas são reservadas para as cirurgias de urgência, sete salas são reservadas para cirurgias eletivas e há uma sala que não está em atividade porque vem servindo de depósito para materiais como aparelhos de anestesia, intensificadores de imagem, etc.

Figura 4 – Sala de cirurgia servindo como depósito para materiais.



Foto: Sala de cirurgia



As três salas para as cirurgias de urgência são utilizadas pelas equipes médicas de plantão para a realização de cirurgias em pacientes que necessitam de intervenção imediata, normalmente nas primeiras 24 horas da entrada no serviço de urgência. Durante os trabalhos de auditoria, evidenciou-se não haver problemas quanto a essas salas, estando as mesmas adequadas à demanda de pacientes que necessitam de intervenção imediata.

O maior problema está no atendimento aos pacientes que aguardam para se submeterem a procedimento cirúrgico pelas equipes de apoio, formadas pelos médicos diaristas das diversas enfermarias do hospital. A primeira dificuldade enfrentada pelos pacientes que não necessitam de cirurgia imediata é conseguir uma vaga para ser transferido da emergência para as enfermarias. O HR possui um tempo médio de internação de 16,7 dias (ver item 7.1.1), quase o triplo de Hospitais com perfil de complexidade semelhante, chegando, em algumas especialidades, a, aproximadamente, 30 dias de permanência, o que leva a dificuldades na rotatividade dos leitos, e um menor potencial de atendimento à demanda. Após o internamento, outras dificuldades se impõem, como conseguir realizar os exames de que necessita para submeter-se à cirurgia, conseguir vaga na programação cirúrgica e não ter sua cirurgia, uma vez agendada, suspensa por fatores como falta de anestesista, falta de cirurgião, falta de preparo adequado (mesmo tendo passado vários dias internado antes da cirurgia), atraso da programação cirúrgica porque a equipe não compareceu ao centro cirúrgico na hora marcada, dentre outros fatores.

Especificamente em relação ao centro cirúrgico, sabe-se que o seu bom desempenho está diretamente relacionado com a eficiência e efetividade de seus próprios processos e daqueles dos serviços que o apóiam. A partir do movimento cirúrgico, alguns parâmetros de avaliação de produtividade na sala de operação – SO, podem ser obtidos tais como taxa de ocupação, tempo de permanência na sala de recuperação anestésica, intervalo de tempo entre cirurgias, taxa de atraso e taxa de suspensão de cirurgia<sup>14</sup>.

Como o HR não utiliza indicadores para avaliação do seu centro cirúrgico, a equipe de auditoria escolheu para avaliá-lo, dentre os parâmetros de avaliação de produtividade, a taxa de ocupação ou utilização de salas de operação. A análise da taxa de ocupação das salas de operação é um instrumento eficaz, capaz de demonstrar a relação entre o tempo disponível e o tempo efetivamente ocupado, evidenciando que nem sempre a espera do paciente para ser operado é conseqüências de um número maior ou menor de salas disponíveis, mas sim da eficiência na sua utilização. É reconhecido como padrão que os centros cirúrgicos devem possuir uma taxa de ocupação que varie entre 80 e 85%<sup>15</sup>.

Verificou-se que no HR a ociosidade média no uso das salas de cirurgias eletivas foi elevada, situando-se em 51,81%, fato que foi relacionado com uma série de fatores diretamente relacionada às causas de suspensão de cirurgias que serão comentados no item 5.3 a seguir. A baixa utilização das salas contribui para as longas esperas para a realização de cirurgias eletivas, insatisfação dos pacientes e das famílias, desperdício de recursos públicos, e colocam em risco a integridade física e a saúde dos pacientes.

<sup>14</sup> PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 41(1):113-9. 2007

<sup>15</sup> RINDE A., BLAKELY T. 1976. **Operating room resource utilization**. Chicago area survey findings and recommendations. Chicago: Chicago Hospital Council



O cálculo da taxa de ocupação das salas de operação do centro cirúrgico do HR foi feito da forma a seguir. Levantou-se o número de horas utilizadas no mês de maio de 2009 pelas diversas especialidades para a realização das cirurgias eletivas e o número de horas disponíveis para cada uma delas, no mesmo mês. A partir da distribuição das salas de cirurgia na semana (sete salas de cirurgia), por especialidade, e considerando-se que cada sala é disponibilizada em dois turnos de 4,5 horas cada, totalizando 9 horas/dia por sala, calculou-se o número de horas disponível por especialidade cirúrgica no mês. Deve ser ressaltado que algumas especialidades, como a neurocirurgia e a cirurgia vascular, têm disponível mais de 9 horas por dia, por sala, visto a sala de cirurgia lhe é colocada à disposição durante todo o dia (a partir do turno da manhã, que se inicia às 07h30min, não havendo o interstício de 1h30min que normalmente há entre os turnos da manhã e da tarde), mesmo assim, considerou-se para essas clínicas o limite de 9 horas disponíveis por sala.

Em seguida, selecionou-se o mês de maio de 2009 para a análise, a partir dos boletins de cirurgia deste mês (fls. 678 a 809), do número de horas que cada especialidade efetivamente utilizou em cirurgia. Tomou-se cada boletim individualmente, anotando-se a hora em que o paciente entrou na sala de cirurgia e a hora em que este saiu da sala, em cada uma das especialidades. Ao final, tinha-se a soma de horas efetivamente utilizada pela especialidade, e juntamente com as horas disponibilizadas, calculadas conforme o procedimento descrito acima, efetuou-se o quociente entre os dois valores, encontrando-se o percentual de utilização das horas disponibilizadas (taxa de ocupação da sala, por especialidade).

A análise dos dados demonstrou uma taxa média de ocupação do centro cirúrgico de 48,19%, abaixo do que seria desejável, ou seja, uma ocupação que varie entre 80 e 85% (RINDE, 1976). Sendo o HR um hospital de referência no atendimento a pacientes politraumatizados, era de se esperar uma maior utilização das salas operatórias, face à demanda cirúrgica existente.

Conforme pode ser evidenciado nos dados resumidos na tabela a seguir, verificou-se que a Neurocirurgia, apesar de ter utilizado o maior número de horas, apresentou a segunda maior taxa de ociosidade (61,9%) no uso das salas operatórias, ficando atrás apenas da Cirurgia Plástica (62,08%). Ao mesmo tempo, a Cirurgia Bucomaxilofacial – BMF, a quem foram disponibilizadas 57 horas no período analisado - utilizou mais de 67 horas, atingindo uma taxa de ocupação de 125,31%. Todas as demais especialidades - Traumatologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica – apresentaram taxa de ociosidade desfavorável.

Tabela 17 – Ocupação e Ociosidade das salas operatórias do HR (Período: Mai/2009)

CLÍNICA	HORAS DISPONÍVEIS	HORAS UTILIZADAS	TAXA DE OCUPAÇÃO (%)	TAXA DE OCIOSIDADE (%)
Traumatologia	185	120:58	65,39	34,61
Neurocirurgia	576	219:26	38,10	61,90
Vascular	162	86:05	53,14	46,86
Geral	228	94:55	41,63	58,37

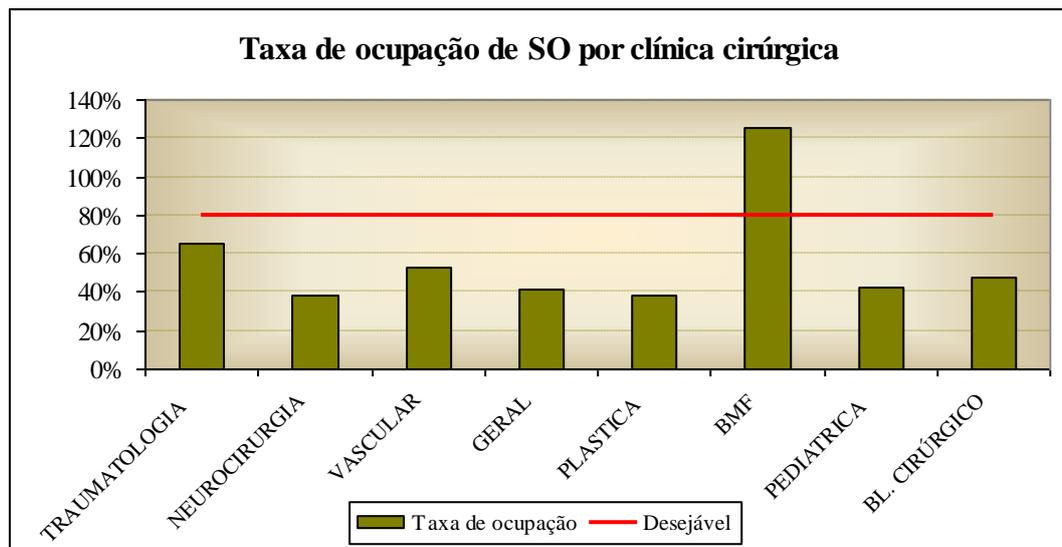


CLÍNICA	HORAS DISPONÍVEIS	HORAS UTILIZADAS	TAXA DE OCUPAÇÃO (%)	TAXA DE OCIOSIDADE (%)
Plástica	60	22:45	37,92	62,08
BMF	54	67:40	125,31	(25,31)
Pediátrica	36	15:10	42,13	57,87
<b>Total</b>	<b>1.301</b>	<b>626:59</b>	<b>48,19</b>	<b>51,81</b>

Fonte: Boletins operatórios do mês de maio de 2009 (HR)

Tomando-se como padrão a taxa de ocupação entre 80 e 85%, o gráfico a seguir demonstra o desempenho das especialidades cirúrgicas com base na taxa de ocupação das salas operatórias.

Gráfico 6 – Taxa de ocupação de SO por clínica cirúrgica (Período: mai/2009)



Fonte: Boletins operatórios do mês de maio de 2009 (HR)

Constatou-se, portanto, que todas as especialidades, com exceção da BMF, não utilizam de forma eficiente as horas disponibilizadas para a realização de cirurgias, mantendo-se aquém do limite desejável de ocupação. O caso da BMF é paradigmático por sua eficiência e efetividade, pois com as mesmas possíveis dificuldades enfrentadas pelas demais clínicas, como disponibilidade de sala de recuperação pós-anestésica, equipamentos e materiais, a referida clínica cirúrgica consegue maximizar os recursos que são colocados à sua disposição. A BMF ocupa 1 sala de cirurgia nas segundas-feiras, nos turnos da manhã e tarde, e 1 sala nas quintas-feiras pela manhã. No mês de maio, a BMF realizou 20 cirurgias, que são cirurgias de relativa complexidade, com média de duração de 3 horas e 23 minutos por cirurgia. Nas segundas-feiras do mês em questão, a BMF chegou a realizar até três cirurgias (perfazendo



um índice de 3 cirurgias/sala/dia, quando o índice geral do centro cirúrgico, para cirurgias eletivas no período de janeiro a maio de 2009, foi de 1,71 cirurgia/sala/dia). Analisando-se os boletins das cirurgias da BMF percebe-se que não ocorrem atrasos da equipe, as cirurgias são iniciadas na hora previamente agendada.

Em suma, observou-se que há disponibilidade de salas cirúrgicas, assim como de insumos e recursos humanos e há, principalmente, demanda cirúrgica. Conforme será comentado no item 5.3, a seguir, as suspensões de cirurgias no HR é um problema importante, com um grande impacto sobre a baixa taxa de ocupação das salas de operação. Outro fator relevante para o gerenciamento dessas questões é a não definição e utilização de indicadores de desempenho para o bloco cirúrgico e a ausência de monitoramentos e avaliações no setor. Os boletins de cirurgia podem ser aprimorados para que forneçam maiores informações sobre os procedimentos.

Para minimizar os problemas apontados recomenda-se que a direção do HR adote ações que possibilitem otimizar a utilização das salas de cirurgia. Dentre estas, deve-se: controlar o cumprimento dos horários preestabelecidos (seja de início de turno ou de cirurgia); definir os processos rotineiros de higienização e preparo das salas de cirurgia; e adotar indicadores de produtividade por equipe cirúrgica.

Espera-se com essas recomendações aproveitar ao máximo o tempo de sala disponível, evitando-se os cancelamentos decorrentes de atrasos e reduzindo-se o intervalo entre uma cirurgia e outra. Os indicadores de produtividade permitirão obter subsídios para realizar a distribuição dos horários das salas cirúrgicas, levando-se em conta a demanda e a produção das equipes.

## 5.2. Elevada taxa de suspensão de cirurgias

A partir da constatação da baixa taxa de ocupação de centro cirúrgico, procurou-se investigar os principais fatores contributivos para a pouca produtividade e eficiência evidenciadas. Inicialmente, observou-se que os mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 (fls. 810 a 917) e os relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (fls. 918 a 966) apresentavam muitos registros de cirurgias suspensas pelos mais variados motivos. Assumiu-se, então, que nessas suspensões estava o principal fator para a baixa taxa de ocupação do centro cirúrgico. As causas das suspensões foram investigadas, constatando-se que fatores relacionados aos recursos humanos são os que mais contribuíram para as suspensões das cirurgias no período analisado.

Buscou-se aferir o quantitativo de cirurgias suspensas por fatores hospitalares extra-paciente, por permitir revelar o grau de organização do centro cirúrgico, bem como do funcionamento de vários setores do hospital. Para a construção desse indicador devem ser considerados todos os motivos de suspensão de cirurgias relacionados aos processos internos do hospital, e sobre os quais este pode atuar.

A maior dificuldade na evidenciação das causas foi a inexistência de documentação adequada dos episódios de suspensão. As ocorrências são registradas pelas enfermeiras do centro cirúrgico de acordo com o que é transmitido informalmente pelas equipes cirúrgicas, que muitas vezes deixa de comunicar qualquer motivo para as suspensões. Em 69 cirurgias suspensas (14,25% dos casos) no período analisado não foi possível identificar a causa da suspensão, dessas, em 40 os registros da enfermagem apontavam apenas “suspensa pelo



cirurgião” sem declinar a causa, e nas 20 restantes, apenas que foram suspensas. Segundo informação da enfermeira chefe, as equipes não se sentem na obrigação de comunicar o motivo da suspensão, tal fato só ocorrendo com maior facilidade quando o motivo se deve a fatores relacionados a equipamentos, materiais, recuperação pós-anestésica ou UTI. Fatores relativos às equipes, ou ao preparo do paciente são mais difíceis de serem registrados.

A partir dos registros existentes nos mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e nos relatórios de ocorrências do centro cirúrgico, pouco detalhados conforme já mencionado, levantou-se o número de cirurgias programadas no período e o número de cirurgias suspensas. Foram programadas 1.662 cirurgias, das quais 484 foram suspensas (29,12%). Tomou-se o cuidado em excluir aquelas cirurgias que foram suspensas, mas que deram lugar a outras cirurgias. Esse procedimento não revela a real dimensão de suspensões ocasionadas por problemas como falta de preparo do paciente ou ausência de exames pré-operatórios, e todo o potencial de desorganização do hospital com um todo. Por outro lado, como o horário é aproveitado quando ocorre a substituição, minimiza-se o impacto sobre o tempo médio de permanência dos pacientes no hospital e na taxa de rotatividade de leitos. O número de cirurgias programadas e suspensas, e a respectiva taxa de suspensão, por especialidade cirúrgica estão consolidados na tabela a seguir.

Tabela 18 – Taxa de suspensão de cirurgias do HR, por especialidade. (Período: Jan a Mai/2009)

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	Programadas	Suspensas	Realizadas	Taxa de Suspensão	Média de cirurgias/dia útil
Geral	358	138	220	38,55	
Plástica	82	27	55	32,93	
Traumatologia	332	107	225	32,23	
Neurocirurgia	388	102	286	26,29	
Vascular	295	77	218	26,10	
BMF	124	25	99	20,16	
Pediatria	74	8	66	10,81	
Vídeo	9	-	9	0	
<b>Total</b>	<b>1.662</b>	<b>484</b>	<b>1.178</b>	<b>29,12</b>	<b>12,02</b>

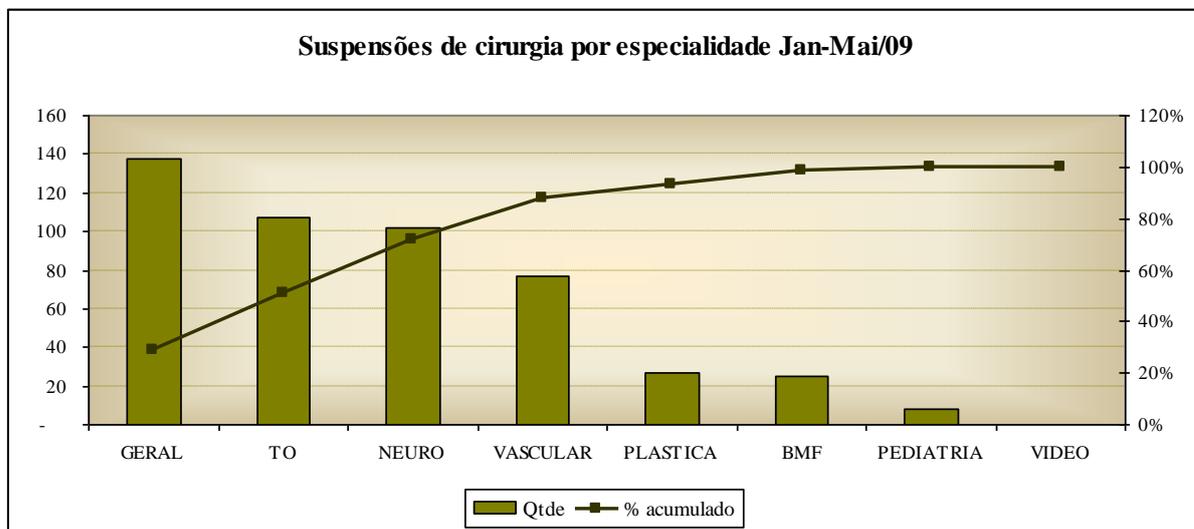
Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR)

Dentre as especialidades que tiveram maiores índices de suspensão no período analisado, encontram-se a Cirurgia Geral (38,55%), seguida da Cirurgia Plástica (32,93%) e da Cirurgia Traumatológica (32,23%).

Apesar da taxa de suspensão da Cirurgia Plástica ter se mostrado elevada, o número de cirurgias programadas (82) foi pequeno diante do quantitativo total (1.662). Considerando-se, então, a frequência acumulada das suspensões, a Cirurgia Geral, a Cirurgia Traumatológica e a Neurocirurgia representaram 71,6% dos cancelamentos efetuados no período de janeiro a maio de 2009, conforme demonstrado no gráfico de abaixo.



Gráfico 7 – Suspensão de cirurgias por especialidade cirúrgica (Período: Jan a mai/2009)



Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico

Procurou-se categorizar e classificar as causas de suspensão e agrupá-las em causas relacionadas ao paciente, causas relacionadas à organização da unidade, causas relacionadas aos Recursos Humanos, causas relacionadas a Materiais e Equipamentos, e causas não identificadas. Os achados encontram-se detalhados na tabela a seguir.

Tabela 19 – Detalhamento das causas de suspensão das cirurgias programadas do HR (Período: Jan a Mai/2009)

CAUSAS DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL	%
<b>Relacionadas ao paciente</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>72</b>	<b>14,78</b>
Não comparecimento	6	3	6	5	10	30	
Condição clínica desfavorável	5	4	6	6	11	32	
Falta de jejum	2	-	2	5	-	9	
Recusa à realização de cirurgia	-	-	1	-	-	1	
<b>Relacionadas à organização da unidade</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>73</b>	<b>14,99</b>
Falta de vaga UTI SRPA	7	19	6	8	17	57	
Cirurgia de emergência	-	-	-	-	-	-	
Erro na programação cirúrgica	5	1	1	-	1	8	
Falta de documentação e exames	2	-	-	1	2	5	
Falta de comunicação	-	-	-	2	1	3	
Reserva de horário	-	-	-	-	-	-	
Cirurgia contaminada	-	-	-	-	-	-	
<b>Relacionadas aos Recursos Humanos</b>	<b>26</b>	<b>35</b>	<b>59</b>	<b>66</b>	<b>87</b>	<b>273</b>	<b>56,06</b>
Mudança de conduta médica	2	-	-	-	1	3	



CAUSAS DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL	%
Tempo cirúrgico excedido	6	7	3	2	4	22	
Atraso			19	11	10	40	
Falta de anesthesiologista	5	6	18	29	21	79	
Cancelamento pelo cirurgião	5	4	6	8	17	40	
Falta de cirurgião	5	13	4	9	10	41	
Falta de instrumentador	1	2	-	2	-	5	
Falta de circulante			3	2	4	9	
Falta de preparo pré-operatório	2	1	6	2	20	31	
Falta de avaliação clínica	-	2	-	1	-	3	
<b>Relacionadas a Materiais e Equipamentos</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>6,98</b>
Falta de material	4	1	12	1	4	22	
Falta de equipamento	5	2	3	2	-	12	
<b>Não identificadas</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>5,95</b>
<b>Paralisação dos servidores</b>			-	<b>6</b>		<b>6</b>	<b>1,23</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>67</b>	<b>104</b>	<b>105</b>	<b>142</b>	<b>487</b>	<b>100</b>

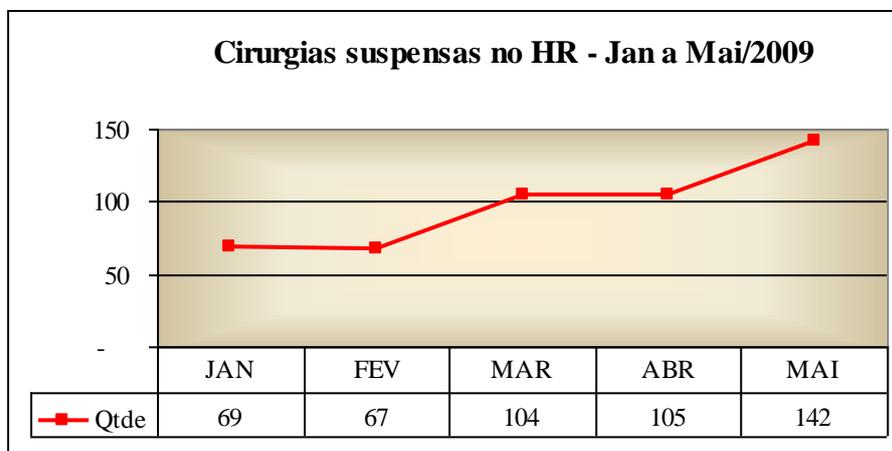
Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR).

A análise evidenciou que as principais causas geradoras dos cancelamentos estavam relacionadas aos recursos humanos (56,06%), tais como a falta de anesthesiologistas e de cirurgião. Problemas relacionados à organização da unidade (14,99%) também representaram uma parcela significativa das suspensões. Além disso, fatores relacionados ao *paciente* (14,78%) como a condição clínica desfavorável e o não comparecimento ao serviço contribuíram para os cancelamentos. Dos fatores relacionados ao paciente, o principal motivo foi condição clínica desfavorável, no entanto, percebeu por meio da análise dos registros desses casos, que o motivo pode ser imputado à qualidade da assistência prestada, pois na maioria das vezes a falta de condição clínica revelou negligência na condução do paciente, como ocorreu com pacientes que não foram operados porque estavam hipertensos, ou porque seu exame de potássio sérico estava alterado, etc. A grande maioria, condições clínicas que revelam falhas no tratamento do paciente nas enfermarias.

Os dados revelaram, também, que a taxa de suspensão subiu gradativamente ao longo dos cinco primeiros meses de 2009, como observado no gráfico a seguir.



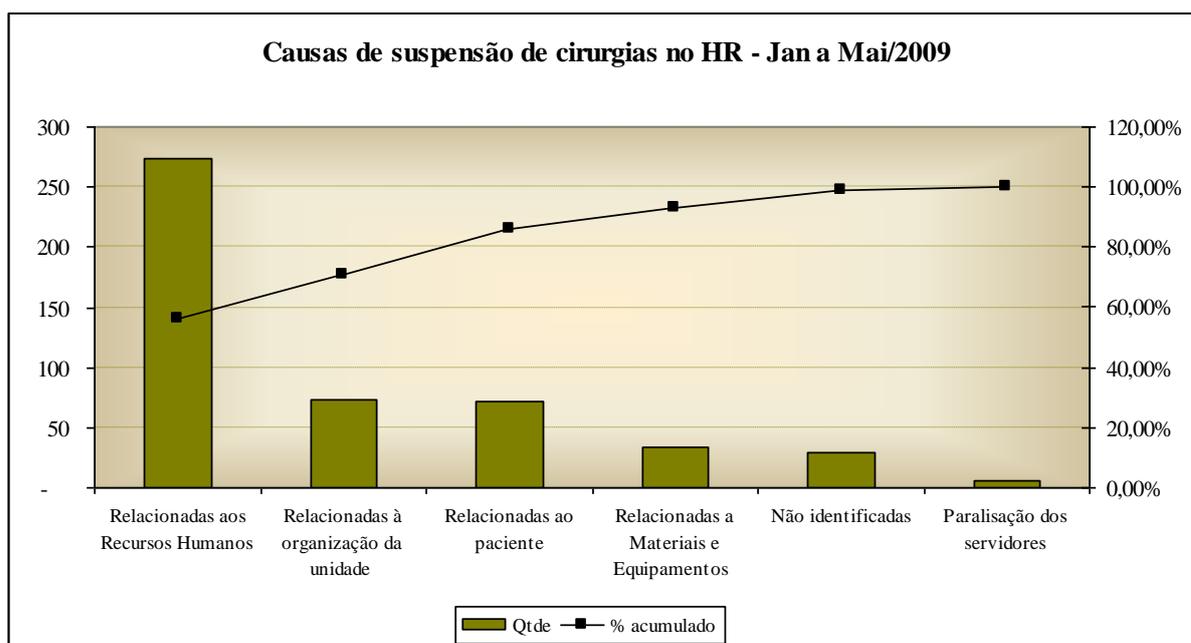
Gráfico 8 – Quantitativo de cirurgias suspensas (Período: Jan a mai/2009)



Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR)

As categorias de causas de suspensão foram dispostas na forma de um gráfico de frequência acumuladas, o que facilita a visualização de que 71,05% das causas de cancelamento das cirurgias programadas do HR foram relacionadas aos recursos humanos e à organização da unidade. Este fato revela o grau de desorganização do centro cirúrgico, bem como do funcionamento inadequado de vários setores do hospital.

Gráfico 9 – Causas de suspensão de cirurgias no HR (Período: Jan a mai/2009)

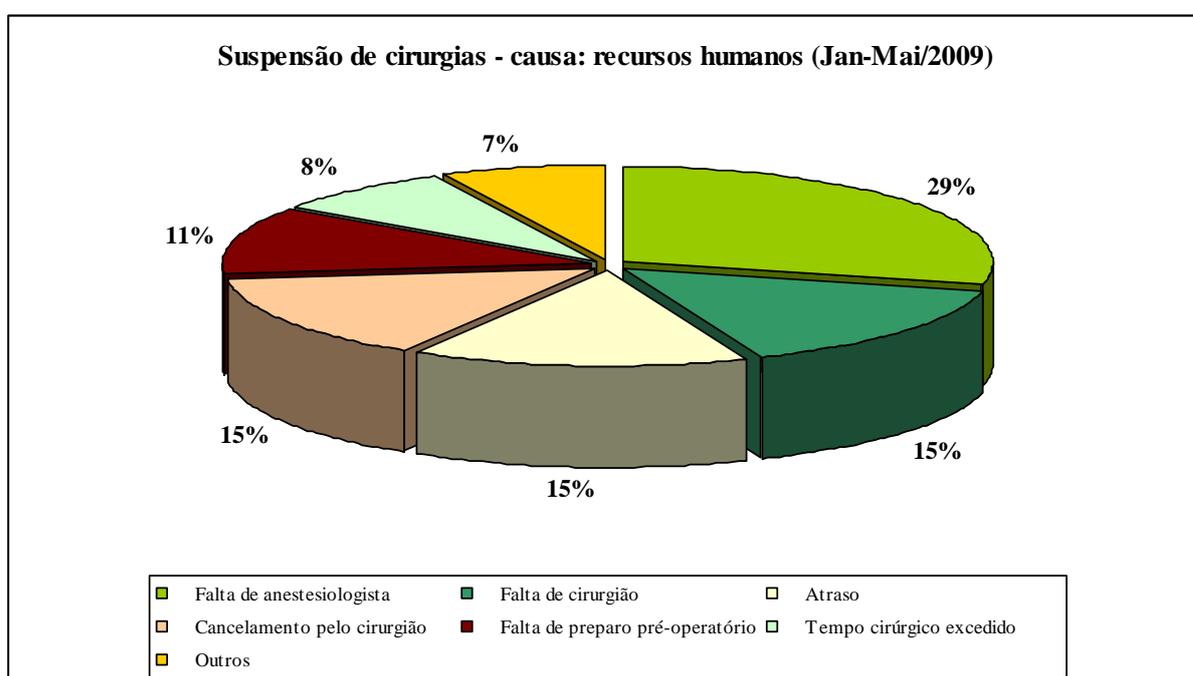


Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR)



Analisando-se, isoladamente, as causas relacionadas aos recursos humanos, percebeu-se que a falta de profissionais médicos, principalmente anesthesiologists (29%), assim como dos cirurgiões (15%), foi o principal fator que contribuiu para o cancelamento das cirurgias eletivas do HR. Além destes, o atraso (15%) e o cancelamento do procedimento pelo cirurgião (por motivos ignorados) (15%) tiveram papéis relevantes neste processo, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 10 – Suspensão de cirurgia por recursos humanos (Período: Jan a Mai/2009)



Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR)

Em relação às causas ligadas à organização da unidade, percebeu-se que 78% dos casos de cancelamento ocorreram devido à falta de vaga na UTI ou da sala de recuperação pós-anestésica.

Assim, às suspensões das cirurgias são fatores fortemente contributivos para a baixa produtividade do Centro Cirúrgico, contribuem para o aumento da fila de espera para a realização de cirurgias programadas e levam ao desperdício de recursos públicos, à medida que o Estado mantém uma estrutura hospitalar complexa e remunera os profissionais independentemente do desempenho da instituição.

O acompanhamento e a correção das principais causas de suspensão de cirurgia é fator de alta relevância na redução dos custos, aumento da qualidade e da produtividade hospitalar, possibilitando, em consequência, um aumento da capacidade de atendimento do hospital. Conforme já descrito, considerando que os 484 pacientes que tiveram suas cirurgias suspensas nos meses de janeiro a maio de 2009 foram reinseridos na programação cirúrgica no mínimo



uma semana após, salvo raras exceções, tem-se um acréscimo de pelo menos 7 dias na sua permanência hospitalar (desconsiderando-se outros fatores como atrasos na realização de exames, por exemplo, que torna o prolongamento da permanência maior que os 7 dias considerados). Assim, 484 pacientes multiplicados por 7 dias a mais de permanência, resulta em 3.388 dias comprometidos, no período, com o internamento desses pacientes. Dividindo-se esse tempo adicional de internamento pelo tempo médio de permanência do hospital de 16,7 dias, ter-se-ia a possibilidade de internar mais 202 pacientes no período, mantendo-se o desfavorável padrão de desempenho representado pelos 16,7 dias de média de internamento. Melhorando-se o padrão de desempenho, dando-se celeridade aos internamentos de forma que a permanência pudesse ser reduzida para 10 dias de internação, seria possível ter internado no período 338 pacientes a mais.

Na tentativa de minimizar os problemas acima relatados, recomenda-se à direção do hospital:

- Apurar as faltas e os atrasos dos profissionais médicos que exercem as atividades no setor;
- Estabelecer a obrigatoriedade do registro dos cancelamentos de cirurgias pelo médico da equipe responsável em ficha específica, consignando-se, de forma detalhada, o motivo da suspensão;
- Adotar o indicador de taxa de suspensão de cirurgia, por especialidade, identificando-se os fatores de suspensão

Essas recomendações trarão como benefício a redução de cancelamentos de cirurgias por falta ou atrasos dos profissionais, a responsabilização pelas suspensões e apuração dos principais fatores relacionados a suspensão, o que permitirá a adoção de estratégias para a correção dos mesmos.

### **5.3. Ausência de controle e cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anestesiológicos**

Tendo em vista que a principal causa de suspensão de cirurgias relacionadas a recursos humanos é a falta de anestesistas, e como esses profissionais, ao contrário dos demais, exercem suas atividades em locais bem delimitados no hospital (centro cirúrgico, setor de queimados e no setor de tomografia), na ausência de controles efetivos de cumprimento de horários de trabalho no hospital como um todo, a exemplo de ponto eletrônico, buscou-se aferir o controle e o cumprimento de carga horária dos profissionais anestesistas.

O serviço de anestesiologia possui 12 anestesistas, servidores públicos concursados da própria SES, ou de outros órgãos da administração pública estadual e federal colocados à disposição do HR, que trabalham como diaristas (carga horária de 20 horas semanais), além dos servidores escalados em plantões. Além desses, existem os anestesistas que trabalham no HR como prestadores de serviço via Cooperativa dos Médicos Anestesiológicos de Pernambuco - COOPANEST. Ressalte-se que os anestesistas servidores públicos também realizam no HR anestésias pela cooperativa.



Como são profissionais imprescindíveis no funcionamento do centro cirúrgico, e como a atuação de outros profissionais, a exemplo dos cirurgiões, depende dos anestesiologistas, esses são profissionais sempre em evidência, fazendo com que o cumprimento de horários, a assiduidade e a pontualidade tenham um maior potencial de cobrança e aferição, ao contrário do que se verifica em outros setores.

Evidenciou-se que não é exigido aos médicos anestesiologistas o cumprimento da carga horária de 20 horas semanais. Constatou-se, também, que da carga horária exigida não há controle do cumprimento da mesma, e que alguns profissionais, apesar de trabalhar como diaristas, recebem indevidamente gratificação de plantão. Ademais, verificou-se que dois profissionais, um com carga horária de 20 horas semanais e outro com carga horária de 40 horas semanais (dois vínculos) não realizam anestésias por estarem envolvidos com atividades de ensino na residência de anestesiologia do hospital, o que perfaz, os dois juntos, 60 horas semanais de aulas, ou 12 horas diárias de aulas, considerando os cinco dias úteis da semana.

Quanto ao cumprimento da carga horária de 20 horas semanais, evidenciou-se por meio das escalas de serviço mensais (fls.1023 a 1058) que todos os anestesiologistas que trabalham como diaristas são escalados em três turnos por semana, manhã ou tarde. Os turnos da manhã se iniciam às 07h30min indo até as 12h00min, e os turnos da tarde, se iniciam às 13h30min indo até as 18h00min, cada turno perfaz, portanto, 4,5 horas. Como é exigido o cumprimento de três turnos por profissional, a carga horária exigida por profissional é de 13,5 horas.

Conforme informações verbais fornecidas informalmente, a justificativa para a carga horária a menor seria a possibilidade de prolongamento das cirurgias além do horário dos turnos, o que seria coberto pela folga de 6,5 horas semanais que cada anestesiologista teria. No entanto, conforme atestam a programação cirúrgica dos meses de janeiro a maio de 2009 (fls. 810 a 917), a maioria das cirurgias de grande porte, aquelas que, por conseguinte, possuem maior potencial de se prolongarem além do tempo previsto, não são feitas pelos servidores públicos, mas sim pelos anestesiologistas da COOPANEST, que são prestadores de serviço remunerados por procedimento realizado e que são escalados diariamente, posto que o efetivo de servidores públicos não é suficiente para o número de salas cirúrgicas. Ressalte-se que alguns desses anestesiologistas, que trabalham pela COOPANEST no HR, são os próprios servidores públicos, que são escalados em horários distintos dos seus horários de trabalho. No entanto, evidenciou-se que alguns realizam anestésias pela cooperativa no horário de trabalho referente ao seu vínculo público, sendo duplamente remunerado em uma mesma cirurgia, como servidor público e como prestador de serviço, conforme será comentado no item 5.5, adiante

Além dos profissionais servidores públicos não serem escalados para as maiores cirurgias, há o fato de que, normalmente, são programadas duas cirurgias por turno (cirurgia pequenas ou de médio porte) sendo corriqueira a suspensão da segunda cirurgia porque a primeira se prolongou, e a equipe não quer passar do horário. Assim, como a possibilidade dos anestesiologistas efetivos ultrapassarem o horário cirúrgico, para os quais estão escalados, é muito pequena, não se justifica os três turnos, sendo mais razoável quatro turnos de 4,5 horas, o que perfaz 18 horas semanais, ficando, ainda, duas horas de crédito para eventuais compensações.

Buscou-se evidenciar em uma amostra, no caso o mês de maio de 2009, quantas horas os anestesiologistas servidores públicos passaram efetivamente em sala cirúrgica, ou escalados para a realização de curativos em queimados e enxertos. Para tanto, foram solicitados à chefia da enfermagem do centro cirúrgico todos os boletins de cirurgias eletivas realizadas no mês



em questão (fls. 678 a 809). A partir desses boletins (que têm registrado a hora em que o paciente entrou na sala de cirurgia, a hora do início da anestesia, o horário do término da cirurgia e a hora em que o paciente saiu da sala de cirurgia), contabilizou-se para cada anestesista o tempo total, no mês, em que o mesmo permaneceu em sala para a realização de cirurgia, tomado como termo inicial a hora em que o paciente entra na sala (e não a hora de início da anestesia, pois antes de iniciá-la há o tempo de preparação) e como termo final a hora em que o paciente é encaminhado à Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA.

Com essa metodologia empregada não se quer afirmar, com exatidão, o tempo efetivo dos profissionais em sala de cirurgia, posto que podem ocorrer erros nos registros, mas sim testar a possibilidade de ocorrência da hipótese de estarem esses profissionais ultrapassando o horário de 13,5 horas semanais em que vêm sendo escalados. Adotou-se também a postura de, em caso de dúvidas quanto aos registros, contabilizar em prol do servidor o horário integral do turno. Quanto à possibilidade de haver cirurgias realizadas sem que houvesse o referido boletim operatório, foi garantido pela enfermeira chefe que todas as cirurgias eletivas realizadas no mês de maio de 2009 tiveram seus respectivos boletins confeccionados, o que foi confrontado pela equipe de auditoria com o mapa da programação cirúrgica (fls. 887 a 906) e com o relatório de suspensão de cirurgias (fls. 954 a 966), que traz o registro das cirurgias adicionais, que não constavam no mapa, e que foram acrescentadas em substituição ou como cirurgia extra. Assim, os boletins operatórios corresponderam às cirurgias realizadas no centro cirúrgico no mês de maio de 2009.

Para as anestésias realizadas fora do centro cirúrgico, ou seja, as realizadas no setor de queimados, e na tomografia computadorizada, como não havia registros disponíveis em forma de boletins com os respectivos horários, adotou-se como critério, sempre que houvesse nesses procedimentos anestesistas servidores públicos escalados, a contabilização do horário integral do turno, isto é, 4,5 horas a fim evitar prejuízos para o profissional na contabilização das horas, ainda que, pela natureza desses procedimentos, a contabilização de 4,5 horas ser excessiva. Também, para esses procedimentos não foi possível aferir se foram mesmo realizados, se havia necessidade de anestesista escalado, no entanto há evidências de que o anestesista servidor público escalado pode não comparecer, sendo substituído por um anestesista da COOPANEST ocasionando prejuízo financeiro ao hospital posto que seu trabalho será realizado por outro anestesista pago por serviço prestado via cooperativa. Tal fato ocorreu no dia 27/05/2009, em que foram realizados cinco curativos de queimados (R\$ 555,00 gastos com anestesista da COOPANEST), no dia 15/04/2004 e 22/04/2009, em que foram realizados 02 e 12 curativos, respectivamente (R\$ 222,00 e R\$ 1.332,00 gastos com o anestesista cooperado), no dia 05/03/2009, em que foram realizados 17 curativos de queimados (prejuízo de R\$ 1.887,00, gastos com anestesista cooperado) no dia 12/03/2005, em que foi realizado 01 curativo. Os números e datas apresentadas foram obtidos por amostragem, e podem não refletir a totalidade de ocorrências desse tipo, qual seja, o anestesista servidor público faltar e ser substituído por anestesista da COOPANEST.

O número de horas a disposição do HR, no mês de maio, para cada um dos anestesistas servidores públicos que atuam como diaristas, foram contabilizados e organizados na tabela abaixo. A coluna “carga horária” refere-se às horas devidas no mês de maio conforme o tipo de vínculo do servidor. A coluna “horas em escala” são as horas devidas no mês em questão, considerando o que é cobrado do servidor (três turnos de 4,5 horas por semana).



Tabela 20 – Cumprimento de carga horária por parte dos médicos anestesiológicos

PROFISSIONAL (MATRÍCULA)	CARGA HORÁRIA (A)	HORAS EM ESCALA (B)	HORAS EM SALA (C)	% (C/A)	% (C/B)
10251 UPE	80	54	45	56,25%	83,33%
2238683	80	54	40,5	50,63%	75,00%
2238624	80	54	36	45,00%	66,67%
2108070	80	54	31	38,75%	57,41%
1512625	80	54	19	23,75%	35,19%
49930 UPE	80	54	40,5	50,63%	75,00%
2442906	96	54	30,5	31,77%	56,48%
2435560/2240823*	96	54	54,5	56,77%	100,93%
2435576	96	54	38	39,58%	70,37%
12211 UPE **	96	-	-	-	-
2259389 ***	80	54	-	-	-
1225952 / 687806 MS ***	160	108	-	-	-

Fonte: Prontuário dos servidores no sistema SAD/RH, Escalas de serviço dos servidores do período de janeiro a maio de 2009 e boletins operatórios de maio de 2009

\* O servidor possui dois vínculos como plantonista no HR, em um deles é escalado como diarista

\*\* chefia do serviço \*\*\*Atividade acadêmica

De acordo com os dados acima, todos os anestesistas ficam muito aquém da carga horária de trabalho legalmente devida (% C/A), em nenhum caso atingiu-se 60 % de cumprimento da carga horária devida, sendo a média de 44 %. Tomando-se em conta a carga horária a menor que é exigida dos anestesistas (13,5 horas semanais), também, o cumprimento dessa carga horária é parcial. Em média o cumprimento da carga horária de 13,5 horas situou-se em 65 %, excluindo o caso do servidor que apresentou cumprimento de 100,9 % dessa carga horária, cuja situação, juntamente com a de outros três servidores, é irregular conforme se comentará a seguir.

A análise dos dados obtidos e a confrontação com a carga horária de trabalho devida, de acordo com o vínculo público, permitiram, também, que se identificasse quatro servidores que apesar de serem escalados como diaristas, nos irregulares três turnos semanais, perfazendo 13,5 horas, possuem vínculo de plantonista, e que, portanto, têm carga horária semanal a cumprir de 24 horas, e não 20 horas semanais. Além do que, esses servidores vêm recebendo indevidamente gratificação de plantão no valor R\$ 1.100,00. Segundo informações obtidas, haveria um acordo, extraoficial, com dois anestesistas que seriam escalados sistematicamente nas neurocirurgias, e continuariam a receber a gratificação de plantão como uma compensação pelo fato das cirurgias serem mais demoradas que as demais. No entanto, evidenciou-se que esses anestesistas são escalados pelo seu vínculo público, como os demais anestesistas, em três turnos. Haveria um quarto turno, que seria decorrência do referido



acordo, mas nesse quarto turno os anestesistas em questão trabalham pela COOPANEST. Conforme será comentado no item 5.5 adiante, esses mesmos anestesistas, a exemplo de outros, realizam também anestésias pela COOPANEST nos horários de trabalho referentes aos três turnos em que estão atuando como servidores públicos.

Além do cumprimento irregular da carga horária em que só são exigidos três turnos dos anestesistas (13,5 horas semanais), constatou-se que mesmo essa carga horária reduzida não é efetivamente cumprida, conforme inclusive apontou a média calculada de 65% de cumprimento para o mês de maio de 2009. Deve-se ressaltar que a média real é possivelmente menor tendo em vista que, quando os anestesistas estavam escalados em procedimentos fora do centro cirúrgico, como os curativos para queimados, a carga horária do turno foi computada integralmente (4,5 horas), ainda que não se utilize todo esse tempo para a realização dos quinze curativos programados (quando efetivamente são quinze). Existem várias causas para essa evidência. Uma das causas são os atrasos na programação cirúrgica (por diversos motivos), o que torna bastante freqüente a suspensão da segunda cirurgia do turno, pois as equipes não desejam passar do horário das 12:00h, no turno da manhã, ou da 18:00h, no turno da tarde. Conforme foi descrito no item 5.2, apenas a equipe da cirurgia Bucomaxilofacial utiliza a totalidade de horas cirúrgicas disponibilizadas para a equipe, ultrapassando inclusive em 25%. Essa equipe tem, em relação à outras equipes, poucos horários cirúrgicos disponíveis e opera sempre com anestesista da COOPANEST.

Outra causa evidenciada é que os anestesistas servidores públicos não se sentem obrigados ao cumprimento da carga horária mínima exigida. Conforme apontam algumas ocorrências registradas nos relatórios do centro cirúrgico, é bastante comum que um anestesista escalado para uma cirurgia, no cumprimento do horário de trabalho do seu vínculo público, quando a cirurgia para a qual estava escalado é suspensa por qualquer motivo, ausentar-se do trabalho, mesmo havendo outras cirurgias no centro cirúrgico necessitando de anestesista, e que fatalmente serão suspensas. No mês de maio de 2009, treze cirurgias, pelo menos, foram suspensas em consequência dessa prática conforme registrado na tabela a seguir.

Tabela 21 – Suspensões de cirurgia no mês de maio de 2009 por falta de cumprimento de horário pelos anesthesiologistas servidores públicos

DATA	OCORRÊNCIAS	CIRURGIA SUSPensa
06/05/09	Duas cirurgias foram suspensas, à tarde, por falta de anestesista e outras duas foram suspensas por falta de cirurgião. O anestesista escalado para estas últimas deveria ter assumido as cirurgias suspensa por falta de anestesista, o que não ocorreu.	02
13/05/09	À tarde foram suspensas 4 cirurgias por falta de anestesista. O servidor 2238683, que deveria ter sido escalado não o foi. Não há justificativa para a ausência na escala, bem como não há registro de falta no boletim do SAPE RH.	04
14/05/09	À tarde, foi suspensa cirurgia geral por falta de anestesista. O anestesista servidor público, escalado para a cirurgia vascular, teve suas cirurgia suspensas por motivo ignorado e não foi remanejado para a cirurgia geral suspensa por falta de anestesista.	01



DATA	OCORRÊNCIAS	CIRURGIA SUSPensa
15/05/09	Pela manhã, foram suspensas cirurgias em três salas, por motivos diversos, em duas delas havia anestesistas servidor público escalado, e nenhum foi remanejado para a cirurgia vascular (aneurisma de aorta), que foi suspensa por não haver anestesista escalado.	01
15/05/09	À tarde, foram suspensas quatro cirurgias por falta de anestesista. Os dois anestesistas do quadro que deveriam ter sido escalados não o foram (mat. 2442906 e 2241978). A servidora mat. 2442906 havia sido escalada para uma cirurgia de grande porte pela manhã que possivelmente se prolongaria à tarde. No entanto, a referida cirurgia foi suspensa, mas a anestesista não foi remanejada tanto para cirurgia da manhã suspensa por falta de anestesista, quanto para cirurgias da tarde, também suspensas.	01
22/05/09	Pela manhã, foi suspensa pelo cirurgião a cirurgia da sala 05, ficando o anestesista do quadro disponível para realizar outra cirurgia. No entanto, foi suspensa cirurgia vascular da sala 04 por falta de anestesista	04
	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

Fonte: Mapa cirúrgico e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico do mês de maio de 2009 (HR)

As treze cirurgias foram suspensas indevidamente por falta de anestesista porque havia profissional, servidor público, disponível para realizá-las, mas que se ausentaram do centro cirúrgico quando as cirurgias para as quais estavam inicialmente escalados foram canceladas. Os dados evidenciam a falta de compromisso com o cumprimento dos horários de trabalho, mesmo quando prejuízos importantes serão impostos aos pacientes e à instituição. Todos os pacientes cujas cirurgias foram suspensas terão que concorrer a uma nova programação uma semana depois, o que contribui para o aumento da taxa de permanência hospitalar, reduz a rotatividade de leitos, reduzindo conseqüentemente a possibilidade de oferta de leitos para outros pacientes. Além desses prejuízos, há outros mais graves que dizem respeito à saúde dos pacientes, à possibilidade de ficarem com seqüelas graves em conseqüência da postergação do seu tratamento.

Apenas para exemplificar, no dia 15/05/2009, foi suspensa a cirurgia de aneurisma de aorta da paciente Maria Francisca dos Santos, por falta de anestesista (fl.959). A cirurgia só ocorreu 5 dias após em 20/05/2009, e em conseqüência da suspensão da cirurgia do paciente José Ferreira de Moraes, que iria fazer uma revascularização de membro inferior (fl.961). Este teve sua cirurgia remarcada para 26/05/2009, que foi novamente suspensa pela equipe cirúrgica. Até 31/05/2009 (10 dias após a primeira suspensão) esse paciente não tinha sido ainda operado, portanto, ao seu tratamento foram acrescentados, desnecessariamente, no mínimo 10 dias. É possível, como acontece nos pacientes que são submetidos a cirurgias desse tipo, que quando consiga finalmente ser operado, o seu caso não tenha mais solução, sendo necessária a amputação da perna que seria revascularizada.

Outro exemplo foi o ocorrido com a paciente Irene Maria de Moraes, que em 22/05/2009 (fl.962) também teve sua cirurgia suspensa indevidamente por falta de anestesista, a paciente retornou em 25/05/2009 (fl.964), três dias após a suspensão da cirurgia de revascularização, para amputar a perna que seria revascularizada. O seu caso, em virtude da



demora no tratamento, na tinha mais solução. Ressalte-se que a suspensão do dia 22/05/2009 foi a segunda a que a paciente foi submetida, pois a primeira ocorreu em 18/05/2009 por falta de vaga na SRPA.

Os casos aqui apresentados são apenas exemplificativos, retirados apenas das ocorrências do mês de maio de 2009 e que tiveram como motivo de suspensão a falta injustificada de anestesista, porque de fato havia anestesistas servidores públicos disponíveis, que se ausentaram do serviço porque a cirurgia original para a qual haviam sido escalados fora suspensa, e os mesmos não se sentem obrigados, nestas situações, ao cumprimento de horário dos seus contratos de trabalho, ou responsáveis por cirurgias que são suspensas por falta de anestesista escalado, quando deveriam permanecer no centro cirúrgico.

Recomenda-se à direção do hospital exigir o cumprimento da carga horária, estabelecendo, pelo menos, quatro turnos de trabalho por profissional, bem como o efetivo cumprimento dos turnos. Espera-se como benefício reduzir a suspensão de cirurgias por falta de anestesista, bem como a redução das despesas com anestésias realizadas pela COOPANEST.

#### **5.4. Realização e cobrança de anestésias, via COOPANEST, pelos médicos anestesiológicos efetivos nos horários de trabalho relativos ao vínculo público**

Tendo em vista a coexistência no centro cirúrgico de profissionais realizando anestésias como servidores públicos e como prestadores de serviços pela COOPANEST, tendo inclusive a maioria dos anestesistas servidores públicos atuando, também, no HR como médicos cooperados. A equipe de auditoria buscou analisar o padrão remuneratório dos anestesistas servidores públicos que trabalham no hospital como diaristas.

Para tanto, foi necessário o acesso às planilhas das anestésias produzidas por esses servidores e faturadas e cobradas pela COOPANEST. Em virtude da necessidade da informação, evidenciou-se que o serviço de anesthesiologia do HR não possui nenhum registro das anestésias realizadas por seus servidores ou pelos anestesistas cooperados. Não há sequer um livro de registro, como deve haver em qualquer serviço, para o registro, mesmo que manual, dos procedimentos realizados, o que impossibilita a obtenção de qualquer informação referente à produtividade de seus servidores ou de outros anestesistas. Como foram necessárias informações sobre faturamento e cobrança das anestésias pela cooperativa, solicitou-se a informação à direção do hospital, que por não a possuir, oficiou a referida cooperativa para que fornecesse a informação requerida.

A partir dos arquivos de faturamento e cobrança fornecidos pela cooperativa, foi possível fazer o levantamento da produção dos anestesistas servidores públicos quando atuam como cooperados no HR, e assim, levantar a média dos valores recebidos por cada um dos profissionais nos cinco primeiros meses do ano de 2009. Foram obtidas, também as fichas financeiras de cada um deles a partir do sistema SAD/RH, que identificou todos os vínculos públicos estaduais dos referidos servidores, e possibilitou a confecção da tabela a seguir que apresenta o padrão remuneratório dos servidores em questão junto à administração pública estadual (incluindo a produção via cooperativa realizado no HR).



Tabela 22 – Padrão remuneratório médio de alguns dos servidores públicos anesthesiologistas que atuam como diaristas no HR (Período: Jan a Mai/2009)

MATRÍCULA	VALORES MÉDIOS MENSAIS (R\$)			
	COOPANEST	ESTADO/HR	ESTADO/ OUTRO	TOTAL
12211 UPE	16.156,88	7.133,89	3.756,15	27.046,92
2238659	11.565,93	4.086,10	3.800,00	19.452,03
2240823 / 2435560	10.926,69	4.086,10	3.800,00*	18.812,79
2238624	7.557,14	2.815,03	6.937,42	17.309,59
2435576	6.349,37	3.800,00	4.302,11	14.451,48
224197-8 / 192363-3	4.016,85	4.282,72	3.884,86*	12.184,43
49930 UPE	3.859,14	4.405,23	-	8.264,37
2238683	1.789,32	2.815,03	2.815,03	7.419,38
2442906	1.094,10	3.800,00	-	4.894,10
1512625	213,15	2.928,18	-	3.141,33

Fonte: Fichas financeiras dos servidores (sistema SAD/RH) e planilhas de produção pela COOPANEST PE

\* Segundo vínculo exercido no HR.

Chamou à atenção a elevada média dos valores recebidos por parte de alguns dos profissionais, via cooperativa, a despeito dos poucos turnos trabalhados como prestador de serviço, além dos turnos devidos como servidores públicos. Diante das evidências, surgiu a hipótese de que alguns desses servidores pudessem estar realizando anestésias via cooperativa durante os seus turnos de trabalho relativos ao seu vínculo público.

A fim de testar essa hipótese, identificaram-se, para cada um dos profissionais os dias e turnos da semana em que os mesmos deviam estar cumprindo horário de trabalho relativo ao vínculo público. Foram utilizadas as escalas de serviço fornecidas pela chefia da anestesiologia para os meses de janeiro a maio de 2009. Após a identificação dos referidos horários e turnos, pesquisou-se nas planilhas de produção e faturamento fornecidas pela COOPANEST, a realização de anestésias, por cada um dos profissionais, que coincidiam com seus horários de trabalho, confrontando-se, também, com os mapas cirúrgicos semanais (fls. 810 a 917).

Da confrontação dos dados foi possível identificar a ocorrência de realização de anestésias via COOPANEST no horário de trabalho referente ao vínculo público do servidor, configurando a dupla remuneração em uma mesma cirurgia, como servidor público e como prestador de serviço. Os valores envolvidos estão consolidados na tabela a seguir por profissional, totalizando despesas indevidas no valor de R\$ 45.296,18, nos cinco primeiros meses de 2009.



Tabela 23 – Valores das anestésias realizadas e cobradas no horário de trabalho dos servidores (Período: Jan a Mai/2009)

SERVIDOR	VALOR
2435576	8.139,15
2435560 / 2240823	16.459,50
2238624	12.532,20
2241978 / 1923633	8.165,33
<b>TOTAL</b>	<b>45.296,18</b>

Fonte: Planilhas de produção e faturamento da COOPANEST PE

As informações detalhadas, por profissional, podem ser conferidas nas tabelas 4 a 7 do apêndice deste relatório, em que estão listadas uma a uma as anestésias realizadas, com o número da ficha de anestesia, código do procedimento, valor e data da realização.

O servidor matrícula 2435578 possui vínculo de plantonista, e vem recebendo gratificação de plantão regularmente, conforme sua ficha financeira (fls.1097 a 1105). No período analisado pela auditoria esse servidor aparece na escala de plantão terça-dia e quarta-dia (fls. 1026 a 1039), mas é regularmente escalada nesses mesmos dias como anestésista diarista (fls. 810 a 917). Como sua carga horária de trabalho é de 24 horas semanais, não é regular ter o mesmo regime de trabalho dos servidores com carga horária de 20 horas (que cumprem apenas três turnos), deveriam ser cumpridos pelo menos quatro turnos de trabalho. Ressalte-se que o mesmo recebe gratificação por supostamente estar de plantão nestes dias. Assim, considerou-se que qualquer anestesia realizada em dias de terça ou quarta, não deveriam ser cobradas por esse servidor via COOPANEST.

O servidor matrícula 2435560 / 2240823 possui dois vínculos públicos no HR, um como plantonista nos plantões de segunda-noite/quinta-dia, e outro vínculo, também, como plantonista, mas cujos horários de trabalho são cumpridos como diarista nos turnos da segunda pela manhã e quartas, manhã e tarde. Segundo foi informado haveria um acordo extraoficial com a chefia da anestesia para que esse profissional fosse escalado nesses dias na neurocirurgia, e como são cirurgias mais prolongadas, permaneceria com seu vínculo como plantonista, a fim de continuar recebendo gratificação de plantão como compensação. Conforme já se comentou a cerca do profissional anterior, como o servidor tem carga horária semanal a cumprir de 24 horas, não poderia ser escalado apenas em três turnos, mas no mínimo quatro turnos. Conforme se disse, o servidor aparece nas escalas da diária cumprindo turnos na segunda manhã e quarta manhã e tarde, na maioria das vezes, escalado na neurocirurgia. Evidenciou-se que são frequentes a cobrança de anestésias via COOPANEST nas segundas feiras pela manhã. Ocorre, também, cobrança das anestésias realizadas nas segundas à tarde, que mesmo não aparecendo como um horário a ser cumprido pela escala, é um horário naturalmente devido pelo anestésista, visto que o mesmo possui carga horária semanal de 24 horas, e que as cirurgias que ocorrem na segunda à tarde são cirurgias da programação cirúrgica da neurocirurgia que se inicia pela manhã (conferir tabela nº 5, no apêndice desse relatório).



O servidor matrícula 2241978 / 1923633 também possui dois vínculos públicos no HR, um no plantão segunda dia e quinta noite, e outro no plantão quinta dia, complementando esse plantão com dois turnos como diarista nas sextas manhã e tarde. Considerou-se que todas as anestésias realizadas e cobradas via COOPANEST por esse servidor nas sextas feiras são irregulares porque realizadas em horário de trabalho devida como contrapartida ao seu vínculo público.

Por fim, a servidora matrícula 2238624 possui vínculo como diarista, cumprindo seus horários de trabalho nas terças feiras, turnos manhã e tarde, e quinta feira, turno manhã. Evidenciou-se a realização de anestesia via COOPANEST em alguns desses turnos ao longo dos meses analisados.

Recomenda-se à direção do hospital que:

- Torne obrigatório o registro das anestésias realizadas, tanto pelos anestesistas servidores públicos, quanto pelos anestesistas da COOPANEST; consolidando as informações mensalmente por profissional;
- Discipline a possibilidade de realização de anestésias via COOPANEST por parte dos servidores públicos lotados no hospital, e os controles necessários.

Espera-se com as recomendações possibilitar um maior controle da produtividade dos servidores, bem como das anestésias realizadas pela COOPANEST. Espera-se, também, reduzir a ocorrência das irregularidades apontadas e possibilitar a apuração da responsabilidade de servidores eventualmente envolvidos em situações como as descritas acima.

### **5.5 Elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia**

Durante os trabalhos no setor de Diagnóstico por imagem do HR pode-se perceber o elevado número de exames de Tomografia Computadorizada com realização de anestésias (sedação). Evidenciou-se que não há um controle das indicações de quais pacientes necessitam, efetivamente, de sedação ou não, sendo as indicações realizadas de forma empírica, não havendo critérios pré-definidos. A indicação do acompanhamento pelo anestesista deveria ser formalizada, por escrito, pelo médico radiologista ou o médico que solicitou o exame, justificando o porquê da necessidade de anestesia.

Tal prática se evidencia como relevante, a fim de se evitar excessos na realização dos procedimentos, visto que fica a cargo do anestesista escalado para a tomografia a decisão de quais pacientes serão sedados ou não, pois conforme descrito no item 4.4 desse relatório, os exames são realizados pelos técnicos de radiologia, mesmo na ausência do médico radiologista. Como todos os anestesistas que são escalados para esse setor realizam as anestésias como prestadores de serviço por intermédio da cooperativa, eles tem interesse financeiro direto na realização do maior número de exames possível, o que pode propiciar excessos em tais indicações.

A partir do elevado número de exames realizados sob anestesia, que em alguns dias da semana foram em torno de 50% dos exames realizados no dia, considerando as 24 horas, e



chegando próximo a 70% se considerarmos apenas o período diurno, visto que os anestesistas só são escalados nos dias úteis, nos turnos da manhã e tarde, buscou-se evidenciar a ocorrência de excessos.

Constatou-se, inicialmente, que são escalados regularmente anestesistas para os exames de tomografia computadorizada, nos turnos da manhã e da tarde dos dias úteis. Nos finais de semana não são escalados anestesistas. Diante dos fatos e dos riscos de excessos na indicação de anestesia para esses procedimentos, algumas questões se impuseram. Nos finais de semana, o setor de tomografias funciona normalmente? Há restrições na realização de exames? Como o setor de tomografias consegue atender a necessidade do hospital, não havendo anestesistas escalados? Se o serviço nos finais de semana funciona de forma regular sem restrições, mesmo não havendo anestesistas escalados, o percentual na realização de exames com anestesia se mantém?

Conforme informado por médicos do serviço de urgência, o setor de tomografias funciona normalmente nos finais de semana, havendo, inclusive um aumento na solicitação de exames em consequência da maior demanda de atendimentos pelo HR. Essa informação foi confirmada por meio da análise do livro de registros dos exames de tomografia (fls. 968 a 1022). Selecionou-se um período de 35 dias para avaliação a partir dos registros do referido livro, anotando-se o número de exames realizados a cada dia, bem como a quantidade desses exames que haviam sido realizados sob anestesia conforme anotação nos registros.

Considerou-se a possibilidade de haver exames realizados com anestesia, e que o técnico de radiologia tenha registrado apenas a realização do exame sem anotar a participação do anestesista, pois, conforme se afirmou, o técnico não tem participação nessa indicação, até pela dificuldade que a subordinação ao médico lhe impõe. A fim de evitar essa possibilidade de sub-registro, os dados do livro foram confrontados com as planilhas fornecidas pela COOPANEST. Como os médicos que realizam anestesia para tomografia no HR, mesmo os que possuem vínculo público no hospital, realizam os exames como prestadores de serviço, todas as anestésias realizadas por eles estão computadas na planilha fornecida. De fato, foi possível evidenciar exames realizados sob anestesia que não tinham essa condição anotada no livro de registro do setor (havia a anotação apenas da realização do exame), mas que havia sido cobrada pelo médico escalado no respectivo turno. Assim, confrontando-se os registros do setor de tomografias e os registros fornecidos pela COOPANEST, foi possível chegar ao real número de exames realizados com anestesia. Os dados foram consolidados na tabela a seguir.

Tabela 24 – Percentual de exames de TC - com anestesia (Período: De 14 de abril a 18 de maio de 2009)

DATA	TOTAL DE EXAMES REALIZADOS <sup>1</sup> (A)	EXAMES COM ANESTESIA <sup>2</sup> (B)	% (B/A)	VALORES HONORÁRIOS ANESTESISTA
Terça-feira 14/abr	62	27	43,55%	2.025,00
Quarta-feira 15/abr	79	27	34,18%	2.025,00
Quinta-feira 16/abr	69	30	43,48%	2.250,00
Sexta-feira 17/abr	64	12	18,75%	900,00



DATA	TOTAL DE EXAMES REALIZADOS <sup>1</sup> (A)	EXAMES COM ANESTESIA <sup>2</sup> (B)	% (B/A)	VALORES HONORÁRIOS ANESTESISTA
Sábado 18/abr	70	0	0,00%	0,00
Domingo 19/abr	82	5	6,10%	487,50
Segunda 20/abr	71	18	25,35%	1.350,00
Terça 21/abr	46	18	39,13%	1.350,00
Quarta 22/abr	70	25	35,71%	1.875,00
Quinta 23/abr	56	23	41,07%	1.725,00
Sexta 24/abr	56	14	25,00%	1.050,00
Sábado 25/abr	63	3	4,76%	292,50
Domingo 26/abr	94	0	0,00%	0,00
Segunda 27/abr	86	18	20,93%	1.350,00
Terça 28/abr	60	19	31,66%	1.425,00
Quarta 29/abr	74	36	48,65%	2.700,00
Quinta 30/abr	60	23	38,33%	1.725,00
Sexta 01/mai	64	13	20,31%	975,00
Sábado 02/mai	56	7	12,50%	682,50
Domingo 03/mai	70	8	11,43%	780,00
Segunda 04/mai	69	23	33,33%	1.725,00
Terça 05/mai	74	33	44,59%	2.475,00
Quarta 06/mai	40	13	32,50%	975,00
Quinta 07/mai	59	29	49,15%	2.175,00
Sexta 08/mai	74	22	29,72%	1.650,00
Sábado 09/mai	62	5	8,06%	487,50
Domingo 10/mai	72	8	11,11%	780,00
Segunda 11/mai	127	26	20,47%	1.950,00
Terça 12/mai	0	10	-	750,00
Quarta 13/mai	0	7	-	525,00
Quinta 14/mai	143	17	11,89%	1.275,00
Sexta 15/mai	43	18	41,86%	1.350,00
Sábado 16/mai	68	6	8,82%	585,00
Domingo 17/mai	125	2	1,60%	195,00
Segunda 18/mai	75	21	28,00%	1.575,00



DATA	TOTAL DE EXAMES REALIZADOS <sup>1</sup> (A)	EXAMES COM ANESTESIA <sup>2</sup> (B)	% (B/A)	VALORES HONORÁRIOS ANESTESISTA
Dias úteis	1621	522	32,20%	39.150,00 *
Finais de semana	762	44	5,77%	4.290,00 **
<b>TOTAL (35 dias)</b>	<b>2.383</b>	<b>566</b>		<b>43.440,00</b>

1- O número de exames realizados foi obtido a partir do livro de registro dos exames (fls. 968 a 1022);

2- Os exames realizados com anestesia foram, também, obtidos a partir do livro de registro dos exames, confrontados e corrigidos com os registros de produção fornecidos pela COOPANEST;

3- Para os sábados e domingos, como não havia no livro registro de exames realizados com anestesia, foram considerados os registros da COOPANEST levantando-se todas as anestésias para tomografia realizadas nesses dias, em pacientes do HR, quer no hospital ou em clínicas privadas. Como nos sábados e domingos não há anestésistas escalados para realizar os exames, quando há necessidade de assistência de anestésista, os exames são realizados em clínicas privadas ou, eventualmente, com o anestésista de plantão da emergência.

(\*) Dias úteis - R\$ 75,00 por exame;

(\*\*) Finais de semana – R\$ 97,50 por exame

Constatou-se que o número médio de exames de tomografia nos finais de semana é maior que o número médio de exames nos dias úteis. Dessa forma, foi possível evidenciar, de fato, que o setor funciona normalmente nos fins de semana, conforme havia sido informado por alguns médicos do setor de urgência.

Outra questão suscitada foi acerca dos exames para cuja realização seria necessária a intervenção do anestésista, já que não havia a disponibilidade desse profissional no setor como há nos dias úteis. Segundo as informações colhidas, a maioria dos exames nos fins de semana são realizados sem anestesia, pois como em grande parte são tomografia de crânio, esses exames podem ser realizados, mesmo em pacientes agitados como são os pacientes com Traumatismos Crânio Encefálico - TCE, com um boa fixação do paciente sem necessitar de sedação, e com vantagens para o próprio paciente visto que a sedação em pacientes com esse quadro dificulta a avaliação neurológica, além de acrescentar riscos adicionais. Os exames em que, efetivamente, seria necessária a concorrência do anestésista não são muitos e, como não há anestésista escalado para o setor nos fins de semana, os pacientes que necessitam de anestesia são encaminhados de ambulância às clínicas privadas conveniadas.

Para avaliação dessa questão, foram utilizadas as planilhas fornecidas pela COOPANEST. Como, nos fins de semana, os exames que necessitam de anestesia seriam encaminhados às clínicas privadas e não foi disponibilizado registro do próprio hospital acerca desses encaminhamentos, as referidas planilhas foram a fonte de informação. Esses exames, havendo a participação do anestésista, geram uma ficha de procedimento a ser cobrado pela COOPANEST à SES. Assim, todo e qualquer exame de tomografia realizado com anestesia, nos finais de semana do período analisado pela auditoria, gerou um registro no faturamento da COOPANEST, onde quer que tenha sido realizado, em serviço público ou privado. Conforme registrado na tabela anterior, nos cinco finais de semana analisados, houve apenas 44 exames realizados com anestesia, perfazendo uma média de 4,4 exames com anestesia, por dia de final de semana, em sua maior parte realizados fora do HR. A exceção foi o dia 03/05/2009, um domingo, em que o setor de tomografia do HR realizou 8 exames



seqüenciados com anestesia de acordo com a planilha de cobrança da COOPANEST, apesar do livro de registro de exames do setor não constar a anotação de que os exames foram realizados com anestesia (fls. 968 a 1022). O anestesista responsável foi o servidor público mat. 2238659, que havia sido escalado, nessa mesma manhã, para realizar curativos em queimados. Conforme os registros da COOPANEST o profissional realizou 12 curativos em queimados, além das 8 anestésias para os exames de tomografia computadorizada.

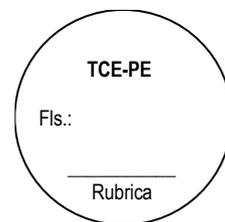
Da análise dos dados, existem fortes indícios da existência de excessos na indicação de anestesia para realização das tomografias computadorizadas. No período analisado, foram realizadas 1621 tomografias nos dias úteis, e dessas 522 foram com anestesia, perfazendo uma média de 32,20% do total; nos dias de finais de semana, ao todo foram realizadas 762 tomografia, sendo que apenas 44 necessitaram de anestesia, perfazendo uma média de 5,77% do total. Como os anestesistas escalados nos turnos dos dias úteis para realização dos exames são fixos, consolidou-se os dados por dia da semana, sendo possível identificar uma ampla variação no percentual de exames realizados com anestesia a depender do dia, e consequentemente do profissional. As quintas-feiras foram os dias de maior incidência de anestesia para tomografia, havendo dias em que o percentual chegou a 49,15 % dos exames (se forem considerados apenas o total de exames do período diurno, manhã e tarde em que o anestesista estava presente o percentual chega a 64%).

Tabela 25 – Percentual de exames de TC - com anestesia, conforme os dias da semana (Período: De 14 de abril a 11 de maio de 2009)

DIAS/SEMANA	EXAMES REALIZADOS	EXAMES COM ANESTESIA	PERCENTUAL
SEGUNDAS	353	85	24,07%
TERÇAS	242	97	40,08%
QUARTAS	263	101	38,40%
QUINTAS	244	105	43,03%
SEXTAS	258	61	23,64%
SABADOS	319	21	6,58%
DOMINGOS	443	23	5,19%

Fontes: 1- Livro de registro dos exames de tomografia computadorizada realizados entre 14 de abril e 11 de maio de 2009; 2- Arquivos de produção da COOPANEST contendo todas as anestésias realizadas em pacientes do HR, no próprio hospital ou em serviços privados

Após as constatações já relatadas, buscou-se evidenciar as implicações financeiras decorrentes da situação diagnosticada em relação ao excesso de exames de tomografia realizados sob anestesia. Nos 35 dias analisados foram feitas 2.383 tomografias computadorizadas e dessas 566 foram realizados com anestesia, o que representou gastos, no período de R\$ 43.440,00 em honorários dos anestesistas. Considerando que em 2009 haverá 248 dias úteis, e 117 dias em finais de semana ou feriados, ao anualizarmos, de forma



ponderada, os valores despendidos nos 35 dias avaliados, os gastos totais referentes aos honorários dos médicos anestesiológicos seriam no valor de R\$ 438.561,00. Esses gastos levam em consideração os percentuais de 32,20% dos exames em dias úteis e 5,77% dos exames em finais de semana realizados com anestesia.

Considerou-se que um percentual médio de 10% de exames a serem realizados com anestesia, seria percentual razoável a ser tomado como referência e meta, visto que nos finais de semana o número de exames é maior e apenas 5,77% deles necessitaram de anestesia, sendo os pacientes encaminhados a clínicas privadas ou realizados no próprio HR, quando havia anestesista disponível. Mantendo o percentual médio de 10% dos exames realizados sob anestesia, os gastos anualizados, de forma ponderada, com honorários dos médicos anestesiológicos passariam a R\$ 207.527,55, o que corresponderia a uma economia de R\$ 231.033,45.

Recomenda-se à direção do HR tornar obrigatório o preenchimento de formulário específico, para cada paciente, por parte do médico radiologista, justificando a impossibilidade de realização do exame sem anestesia. Espera-se como benefício a redução do número de anestésias realizadas para os exames de tomografia e, conseqüentemente, a redução das despesas relativas a esses serviços.

## **5.6. Falta de controle na utilização de materiais consignados (órgãos e próteses)**

Por ser um hospital de alta complexidade e de referência de atenção nas especialidades de traumatologia e neurocirurgia, o HR utiliza vários materiais de alto custo, que são fornecidos em consignação por diversas empresas especializadas em materiais denominados órteses e próteses.

Evidenciou-se na inspeção do centro cirúrgico que esses materiais são deixados no setor pelas referidas empresas não havendo nenhum controle de entrada e saída dos mesmos. Solicitou-se à chefia do setor que fosse fornecida à equipe de auditoria a relação de todos os materiais consignados existentes no centro cirúrgico. A informação não foi disponibilizada, pois não havia registros das entradas e saídas dos materiais no centro cirúrgico. A enfermeira chefe procurou entrar em contato com as empresas para que as mesmas fornecessem a relação dos materiais que tinham deixado no centro cirúrgico, para utilização nas cirurgias, obtendo resposta imediata apenas da empresa JL Material Cirúrgico LTDA.

Evidenciou-se que essa empresa, a JL Material Cirúrgico LTDA, mantém um funcionário nas dependências do centro cirúrgico para controlar os materiais em consignação, fornecidos pela mesma. Não há rotina no controle da utilização desses materiais. Após as cirurgias, um instrumentador disponibilizado pelas empresas, preenche a ficha de utilização, consignando nelas o que foi usado, para posteriormente ser assinado pelo cirurgião. Essa prática é irregular, pois não há a conferência do que efetivamente foi usado por um servidor público, confiando-se na informação do instrumentador da empresa fornecedora do material.

Observou-se que a maioria dos materiais possui etiquetas com código de barras fornecidas pelo fabricante para que sejam fixadas no prontuário do paciente e em fichas de controle de utilização, de forma a garantir que o material foi aberto e efetivamente utilizado. A prática de fixação de tais etiquetas não é adotada rotineiramente no preenchimento das fichas de controle, de forma que não é possível a comprovação mínima da utilização do material.



Desta forma, recomenda-se ao HR instituir rotinas nos controles de entrada e saída dos materiais consignados, definindo responsáveis do quadro do hospital para esse controle.

## **CAPÍTULO 6 - FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS PELA INSTITUIÇÃO**

A auditoria revelou que o Hospital da Restauração não possui ferramentas adequadas de planejamento e acompanhamento de resultados. A análise evidenciou a ausência de plano estratégico vigente bem como o não cumprimento de metas estabelecidas em planejamento estratégico anterior.

O planejamento é um processo gerencial que diz respeito à formulação de objetivos para a seleção de programas de ação e para sua execução, levando em consideração as condições do ambiente interno e externo e o desenvolvimento esperado.

Apesar de não possuir Planejamento Estratégico vigente, o HR apresentou o Plano de Ação para o exercício de 2008, o qual foi elaborado pela Consultoria INDG (fls. 140 a 150). Neste constaram as metas para o ano com a priorização das seguintes causas: tempo médio de permanência e taxa de mortalidade hospitalar. Os valores adotados como marco inicial dos indicadores tomaram como fonte os dados do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM-PE.

Os dados do INDG assemelharam-se aos indicadores constituídos na auditoria especial nº 0804896-4 que teve como objetivo o levantamento dos principais fatores estruturantes e intervenientes na Política Estadual de Emergência e Urgência que contribuem para sobrecarga dos serviços de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana do Recife. Ressalta-se que, na auditoria especial, os valores foram baseados no Sistema de Informações Hospitalares - SIH.

O Plano Estratégico e o Plano de Ação são ferramentas imprescindíveis de planejamento e acompanhamento de resultados com foco na melhoria de desempenho.

### **6.1. Ausência de planejamento estratégico vigente**

O planejamento estratégico da unidade de saúde está previsto no Decreto nº 25.318/2003 e no Plano Estadual de Saúde/PE – 2008/2011, entretanto, o Hospital da Restauração não apresentou o planejamento solicitado através de ofício. A implementação de planejamento estratégico do hospital é parte fundamental para a melhoria contínua dos serviços prestados, de forma que a ausência pode ocasionar uma estagnação de desempenho ou até mesmo um agravamento dos resultados tanto internos quanto externos.

O Anexo I do Decreto nº 25.318, de 20 de março de 2003, alterado pelo Decreto nº 27.592/2005, prevê no inciso VII do art. 5º que, através da coordenação da Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde, as unidades públicas de saúde elaborem o plano estratégico. Posteriormente, o Plano Estadual de Saúde/PE – 2008/2011 expõe:

Considerando esse cenário, o Governo do Estado criou a Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde, em 31 de janeiro de 2005, através do decreto nº 27.592, onde define as atribuições e insere a Gerência no



organograma da SES, tendo como principal atribuição elaborar e implantar planos estratégicos na SES e suas unidades.

A elaboração do planejamento estratégico requer que a instituição defina os objetivos organizacionais que pretende atingir no longo prazo e suas prioridades. Segue-se a isso uma análise interna de suas forças e limitações, identificando os pontos fortes e fracos da instituição, bem como as forças propulsoras para atingir os objetivos predeterminados. Na análise do ambiente externo, devem ser levadas em consideração as ameaças que lhe impõem desafios e as oportunidades que podem servir de trampolim para chegar aos resultados. Por fim, inicia-se de fato o planejamento estratégico onde se formulam as alternativas que a organização pode adotar para alcançar os objetivos organizacionais pretendidos, tendo em vista as citadas condições internas e externas. Vale ressaltar que no ambiente interno enfatiza-se a missão institucional, que está relacionada com o direcionamento da instituição mediante seus funcionários e colaboradores.

Existem na literatura alguns conceitos sobre o planejamento estratégico. Para Chiavenato<sup>16</sup> (2003), planejamento estratégico refere-se à maneira pela qual a empresa pretende aplicar determinada estratégia para alcançar os objetivos propostos. Segundo Oliveira<sup>17</sup> (1999), a estratégia de uma organização é parte fundamental para seu sucesso, tendo em vista que através dela são formuladas as ações mais importantes a serem executadas para atingir as metas, objetivos e desafios propostos. O planejamento estratégico também pode ser conceituado como um conjunto de medidas a serem adotadas de modo que a situação de amanhã seja diferente de hoje, obviamente visando melhorias.

Ante a importância do planejamento estratégico em uma organização, foi solicitado ao HR, através de item 5 do ofício TC nº. 001/2009, o plano estratégico, reiterado no item 2 do ofício TC/GC05 Nº 0296/2009. Foram obtidas três respostas distintas, quais sejam:

- Segundo o ofício nº 1.640/2009, em resposta ao ofício TC nº. 001/2009, o HR não apresentou o plano estratégico, alegando que este se encontra em fase de implementação;
- Segundo o ofício nº 2.150/09 de 28/08/09, ainda em resposta ao ofício TC nº. 001/2009, o HR apresentou o plano de ação com última atualização de dados em maio de 2008. Este plano de ação foi elaborado pela consultoria INDG com última atualização em 29/05/2009;
- E, com base no ofício nº 411/2009 – GAB/SECG, da Secretaria de Saúde, em resposta ao segundo ofício, foi encaminhada uma apresentação resumida de um planejamento estratégico com atualização de dados datando de setembro de 2004 (fls. 1213 a 1249), ou seja, há cinco anos.

As três respostas não contemplaram aquilo que seria um planejamento atual, para o exercício vigente, de forma que o hospital está funcionando sem uma ferramenta gerencial e conseqüentemente, sem a perspectiva formal de melhoria contínua.

<sup>16</sup> CHIAVENATO, I. Teoria Geral da Administração. 7. Ed. São Paulo: Campus, 2003.

<sup>17</sup> OLIVEIRA, Djalma P. R. Excelência na administração estratégica: a competitividade para administrar o futuro das empresas. São Paulo: Atlas, 1999.



Ressalta-se que, desde 2005, há a previsão da elaboração do plano estratégico, e ainda, que o Plano Estadual de Saúde 2008/2011 elege como principal atribuição a elaboração e implantação de planos estratégicos na SES e nas unidades de saúde.

A despeito da previsão em Decreto e no Plano Estadual de Saúde, a gestão não priorizou a elaboração do planejamento do Hospital da Restauração uma vez que, em 2009, ainda não foi implantado o plano estratégico. A ausência desta ferramenta de planejamento cria para a instituição dificuldades para acompanhar resultados e trabalhar na perspectiva da melhoria do desempenho, já que o hospital não possui metas a serem atingidas dificultando o processo de busca da melhoria contínua.

Ponderando-se os fatos, presume-se que a gestão atual deveria ter implantado o plano estratégico para 2009 (cujo objetivo é a melhoria do desempenho hospitalar subsidiado pelos parâmetros e metas estabelecidas no planejamento, com conseqüente melhoria da gestão) conforme previsão no decreto e no plano estadual de saúde.

Desta forma, recomenda-se ao HR implementar efetivamente o planejamento estratégico conforme decreto e plano estadual de saúde.

Recomenda-se à SES cumprir a atribuição definida no Plano Estadual de Saúde no que concerne à priorização da elaboração e implantação do Plano Estratégico da SES e das unidades de saúde.

Com o planejamento estratégico busca-se obter a implementação das ações com foco na melhoria dos resultados, beneficiando os serviços prestados pelo hospital, pautando-se em parâmetros iniciais e almejando as metas a serem cumpridas.

## **CAPÍTULO 7 - MONITORAMENTO E INDICADORES DE DESEMPENHO**

A auditoria realizada nos indicadores de desempenho do Hospital da Restauração revelou enfraquecimento do desempenho bem como falhas de controle. Em entrevista com a chefia do Setor de Estatística, verificou-se que há falhas na alimentação do SAPE, sistema responsável pela origem dos dados gerais para cálculo dos indicadores de desempenho. Apesar das falhas na alimentação do sistema, este relatório de auditoria utilizou como base os dados presentes no Informe de Desempenho Hospitalar, gerado pelo Setor de Estatística, que relaciona alguns indicadores de desempenho úteis para gestão do hospital. Além dos indicadores fornecidos por este setor, esta auditoria efetuou o cálculo da taxa de absenteísmo através dos relatórios fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos. Vale salientar que conforme análise realizada no capítulo 3 verificou-se que também há falhas no controle dos pontos dos funcionários, que são a base de dados para alimentar os relatórios do Setor de Recursos Humanos.

A SES enviou através do ofício nº 411/2009 – GAB/SECG para esta equipe de auditoria uma apresentação resumida de um planejamento estratégico com atualização de dados datando de setembro de 2004. Além disso, o Hospital da Restauração enviou o plano de ação que foi elaborado pela Consultoria INDG (fls. 140 a 150) através do ofício do HR nº. 2.150/09 de 28/08/09. Os dados constantes nestes instrumentos de planejamento tomam por base referenciais diferentes. Os sistemas usados como base para as informações são distintos, sendo usado no mais antigo o SAPE e no mais recente o SIM. Ressalta-se que esta auditoria adotou como base as informações do sistema SAPE, por apresentarem dados internos do



hospital. Por estes referenciais serem distintos, a análise sobre os indicadores ocorrerá referenciando o próprio desempenho do hospital.

Segue abaixo a tabela com os indicadores de desempenho fornecidos pelo Hospital da Restauração, adicionada da taxa de absenteísmo, calculada pela equipe de auditoria.

Tabela 26 – Indicadores de desempenho

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula de Cálculo / Comentário</b>	<b>Descrição do Indicador</b>
a. NUM LEITOS	<i>Quantidade de leitos</i>	
b. LEITOS DIA	$(\text{Quantidade de leitos}) \times (\text{dias do período})$	Total de leitos disponível no período
c. PDIA	<i>Quantidade de pacientes no período</i>	Total de pacientes dia no período
d. MPD	$= \frac{(\text{Qtd de pacientes no período})}{(\text{dias do período})}$	Mede a quantidade média de paciente por dia no período
e. AMD (admissão)	<i>Quantidade de pacientes que ingressaram no período</i>	
f. ADIN (admissão entre clínicas)	<i>Quantidade de pacientes que foram admitidos entre clínicas no período</i>	
g. TOC (taxa de ocupação)	$= \frac{PDIA \times 100}{LEITOS \text{ DIA}}$	Mede a taxa de ocupação hospitalar em relação a sua capacidade instalada
h. MPER (tempo médio de permanência)	$= \left( \frac{PDIA}{SAÍDAS} \right)$	Mede o tempo médio de permanência por internamento
i. ALTAS	<i>Altas do período</i>	
j. TINT (transferência entre clínica)	<i>Quantidade de pacientes que foram transferidos de clínica médica no período</i>	
k. ÓBITOS – 24 H	<i>Quantidade de óbitos nas primeiras 24 horas de internamento</i>	
l. ÓBITOS + 24 H	<i>Quantidade de óbitos após as primeiras 24 horas de internamento</i>	
m. SAÍDAS	$= \text{ÓBITOS}^* + \text{ALTAS} + \text{TINT}$	
n. TMGH (taxa de mortalidade geral)	$= \frac{\text{ÓBITOS}^* \times 100}{SAÍDAS}$	Mede a taxa de mortalidade geral do hospital.
o. TMIN (taxa de mortalidade institucional)	$= \frac{(\text{ÓBITOS} + 24 \text{ H}) \times 100}{SAÍDAS}$	Mede a taxa de mortalidade institucional do hospital.
p. IIS (índice de intervalo de substituição)	$= \frac{(100 - \text{TOC}) \times (\text{MPER})}{\text{TOC}}$	Mede o tempo que o leito fica disponível entre um internamento e outro
q. IRE (índice de renovação)	$= \left( \frac{SAÍDAS}{\text{NUM LEITOS}} \right)$	Mede o quanto o leito foi usado no período analisado
r. TIH (taxa de infecção hospitalar)	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ EPISÓDIOS INFECÇÃO HOSP.} \times 100}{SAÍDAS \text{ OU DE ENTRADAS}}$	Mede o número de eventos de infecção hospitalar no período
s. ABSENTEÍSMO <sup>18</sup>	$= \frac{\text{FALTA EM HORAS}}{\text{CARGA HORÁRIA DO PERÍODO}} \times 100$	Mede as ausências não programadas ao trabalho, no período analisado

Fonte: Informe de Desempenho do HR, MS e Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

\* (Óbitos – 24 h) + (Óbitos + 24 h)

Os indicadores de desempenho têm uma função importante em uma organização para torná-la competitiva, que é o monitoramento da execução do planejamento estratégico e suas

<sup>18</sup> MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Assuntos Estratégicos. O Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais: o PRO-HOSP. Belo Horizonte, 2007.



ações, ou seja, não basta ter um excelente planejamento estratégico se ele não está sendo cumprido, e a medida para verificar seu cumprimento são estas medições. O desempenho hospitalar é aferido pelos indicadores, os quais refletem alguns dados da instituição. Não é suficiente cotejar numericamente os valores medidos, deve-se compará-los, analisar o significado e avaliar criticamente o que eles representam.

A utilização de indicadores de desempenho é imprescindível para o planejamento, a organização dos serviços e a avaliação das políticas e estratégias da estrutura hospitalar. Seu emprego permite a disponibilização da informação em tempo hábil, viabilizando a aferição dos resultados passados e a projeção da melhoria contínua. O desempenho das atividades de um hospital afeta diretamente os custos necessários à manutenção da assistência à saúde, o valor dos serviços oferecidos pelo hospital e principalmente o atendimento ao paciente, além da percepção da sociedade acerca do serviço prestado. As atividades de melhoria de desempenho são mais efetivas quando planejadas, adotadas sistematicamente e envolvem todo o hospital. Conforme Moreira Neto<sup>19</sup>:

Presumidamente, toda ação, seja pública ou privada, deve ser eficiente, de outro modo não atingirá o resultado que dela se espera. Mas este logro de resultados, que até certo ponto possa ser meramente dispositivo na gestão privada de interesses, é rigorosamente mandatório, quando referido à gestão de interesses públicos pelo Estado. Em razão dessa distinção, a eficiência na condução dos interesses públicos merece não apenas ser constitucionalmente enunciada, como de fato o é (art.37,CF), mas ser interpretada como um mandamento constitucional inafastável, de modo que o devido processo legal, por meio do qual se realiza a gestão pública, a aparelhe com os meios técnicos (tais como índices, parâmetros, prazos, verificações etc.) necessários para que ela venha a ser controlada em todas suas fases, até a efetiva realização dos resultados.

Ante a importância deste assunto, foram solicitadas ao HR, através de ofício, as ferramentas de monitoramento e indicadores de desempenho para 2009. Segundo o ofício nº 1.640/2009, em resposta ao item 8 do ofício TC nº. 001/2009, o hospital apresentou como relatórios de avaliação/monitoramento realizados pelo controle interno os indicadores do Informe de Desempenho Hospitalar. Entretanto, nos documentos apresentados, a série histórica dos indicadores não apresenta dados comparativos, impossibilitando verificar facilmente o desempenho em períodos anteriores.

### 7.1. Análise dos indicadores selecionados

Foram selecionados alguns indicadores para esta auditoria, relacionados a seguir. Na análise realizada verificou-se o enfraquecimento de alguns indicadores que serão abordados na seqüência.

- Tempo Médio de Permanência
- Taxa de Ocupação
- Índice de Renovação

<sup>19</sup> MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Quatro paradigmas do direito administrativo pós-moderno: legitimidade: finalidade: eficiência: resultados. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 161p.



- Índice de Intervalo de Substituição
- Taxa de Mortalidade da Emergência
- Taxa de Infecção Hospitalar
- Taxa de Absenteísmo

O desempenho dos indicadores do hospital foi analisado com base na série histórica apresentada que compreende o período de 2001 a 2008 e a projeção do ano de 2009 (através dos meses de janeiro a maio). É importante ressaltar que a análise tomou como base os dados apresentados pelo hospital, cuja falha de controle foi evidenciada em outros pontos deste relatório e também se faz presente neste item. Desta forma, os valores aqui apresentados são aqueles fornecidos pela instituição, não tendo sido ratificados por esta auditoria. No que se refere à taxa de mortalidade, o Hospital da Restauração não calcula este indicador no Informe de Desempenho desde 2001. Vale salientar quanto à taxa de absenteísmo, que o valor foi calculado no decorrer da auditoria envolvendo o período de janeiro a maio de 2009, não sendo, portanto, dado fornecido pelo hospital.

#### 7.1.1. Tempo médio de permanência

O tempo médio de permanência do Hospital da Restauração aumentou no decorrer dos anos durante o período analisado.

O tempo médio de permanência demonstra o número de dias que um paciente passa em um hospital. LA FORGIA<sup>20</sup> considera-o um indicador central da eficiência no uso dos recursos. O tempo empregado no internamento de um paciente em um hospital é o reflexo da qualidade do atendimento e da eficiência da gestão. Ainda segundo LA FORGIA, permanências mais longas do que o necessário desperdiçam recursos hospitalares e podem dificultar o acesso a leitos por pacientes em condições mais graves, ou até mesmo correndo risco de morte. Ao mesmo tempo, permanências desnecessariamente longas majoram artificialmente a taxa de ocupação de leitos do hospital.

Em termos numéricos, a média de permanência é a relação entre o total de pacientes-dia em determinado período e o total de saídas<sup>21</sup> do hospital no mesmo período (Port. Nº. 312 de 2 de maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde).

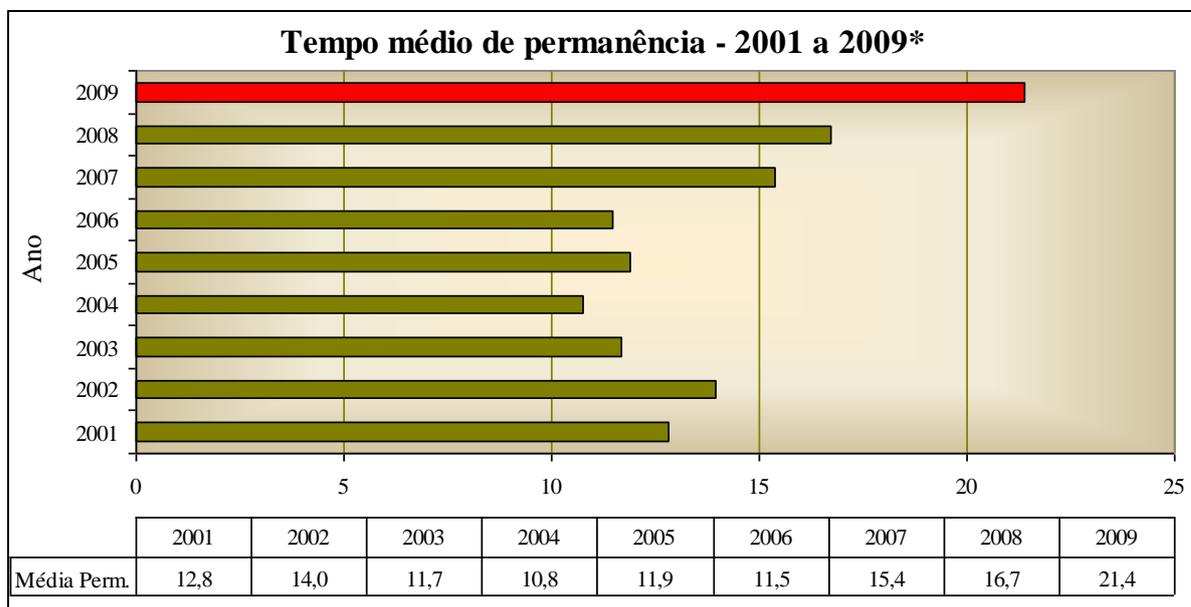
No que se refere ao desempenho do HR, foram agrupados os dados da média de permanência no período de 2001 a 2008, e a projeção de 2009 (com base nos meses de janeiro a maio), resultando na série histórica do tempo médio de permanência, cujo resultado está apresentado no gráfico a seguir.

<sup>20</sup> LA FORGIA, Gerard M. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. / Gerard M. La Forgia, Bernard F. Coultolenc. São Paulo: Singular, 2009.

<sup>21</sup> Saídas: pacientes que deixam o hospital seja por alta, óbito ou transferência.



Gráfico 11 – Tempo médio de permanência



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2001-2008 e jan-mai/2009 - HR.

Avaliação: quanto menor melhor.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

Inferre-se da análise gráfica que a média de permanência dos pacientes do Hospital da Restauração aumentou no decorrer dos anos. Ainda com base nos dados acima, verificou-se por meio de dois referenciais básicos que o ano de 2008 aumentou 55% em relação ao ano de 2004, cujo desempenho é o melhor no período, já a projeção para 2009, nestes padrões, resultaria num acréscimo de 28% em relação ao ano de 2008 e de quase 100% em relação a 2004.

### 7.1.2. Taxa de ocupação

A taxa de ocupação do Hospital da Restauração excede o referencial preconizado no Ministério da Saúde no período analisado.

Igualmente ao tempo médio de permanência, a taxa de ocupação é outro indicador comum de desempenho hospitalar, isto porque reflete o quanto os recursos existentes estão sendo utilizados. Segundo o Ministério da Saúde (Port. nº 1.101, de 12 de junho de 2002), a taxa desejável de ocupação de leitos é entre 80% e 85% da capacidade instalada. Numericamente, a taxa de ocupação é a relação percentual entre o número de pacientes-dia<sup>22</sup>, em um determinado período, e o número de leitos-dia<sup>23</sup> no mesmo período.

No que se refere ao desempenho do HR, foram agrupados os dados da taxa de ocupação hospitalar no período de 2001 a 2008, e a projeção de 2009 (com base nos meses de janeiro a maio), resultando na análise da série histórica. Para ilustrar, foi adicionado o referencial preconizado pelo Ministério da Saúde pelo seu limite máximo - 85% -

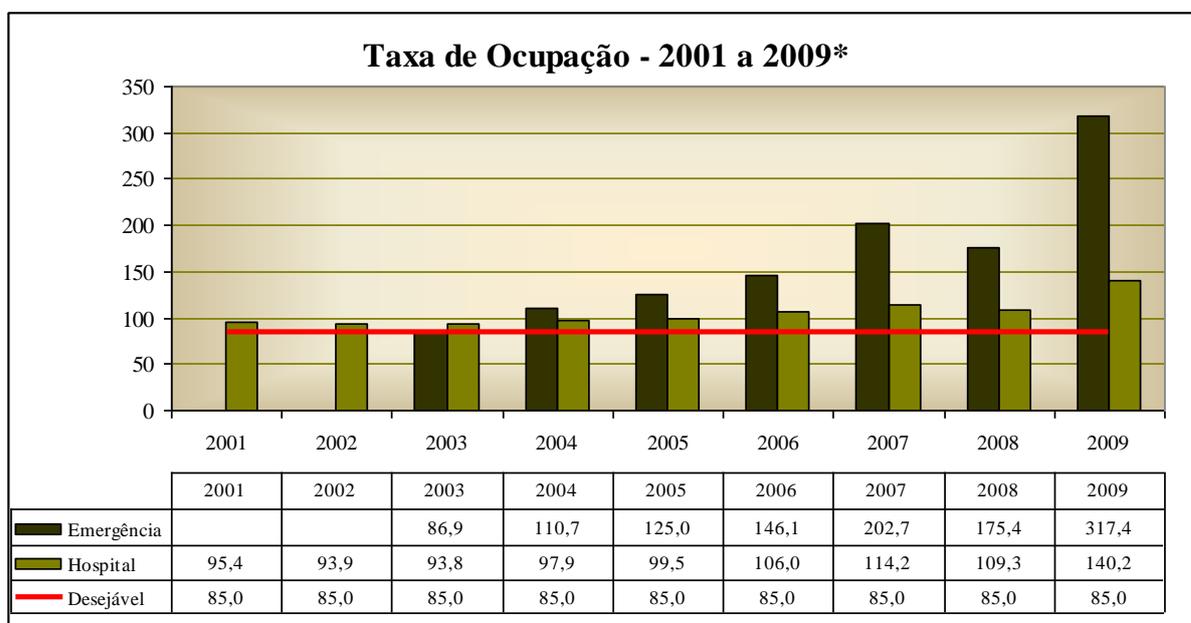
<sup>22</sup> Pacientes-dia: unidade de mensuração da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado. É calculado pela soma dos censos diários.

<sup>23</sup> Leitos-dia: unidade de medida que representa a disponibilidade de leito hospitalar, num dia hospitalar. É calculado pela multiplicação do número de leitos operacionais pelo número de dias do mês.



comparativamente ao desempenho do hospital. O resultado será apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 12 – Taxa de ocupação hospitalar



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2001-2008 e jan-mai/2009 - HR.

Valor desejável ilustrado pelo teto.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

No diagnóstico realizado com os dados acima, verificou-se que a taxa de ocupação do HR continuamente ultrapassa o limite desejável de 80 a 85% da capacidade desde o início do período analisado. Na realidade, o hospital ultrapassa a capacidade instalada total a partir de 2006, ocupando 100% dos leitos e atendendo um número excedente de pacientes. Infere-se também do gráfico, que a emergência é responsável pela extrapolação desta taxa. O setor, individualmente, recebe em alguns períodos mais que o dobro da sua capacidade instalada. Apenas como esclarecimento, a partir de 2004, a taxa de ocupação da emergência se elevou com veemência, passando dos 200% em 2007 e apresentando uma projeção de mais de 300% para 2009.

### 7.1.3. Índice de renovação

O índice de renovação de leitos do Hospital da Restauração piorou no decorrer dos anos durante o período analisado.

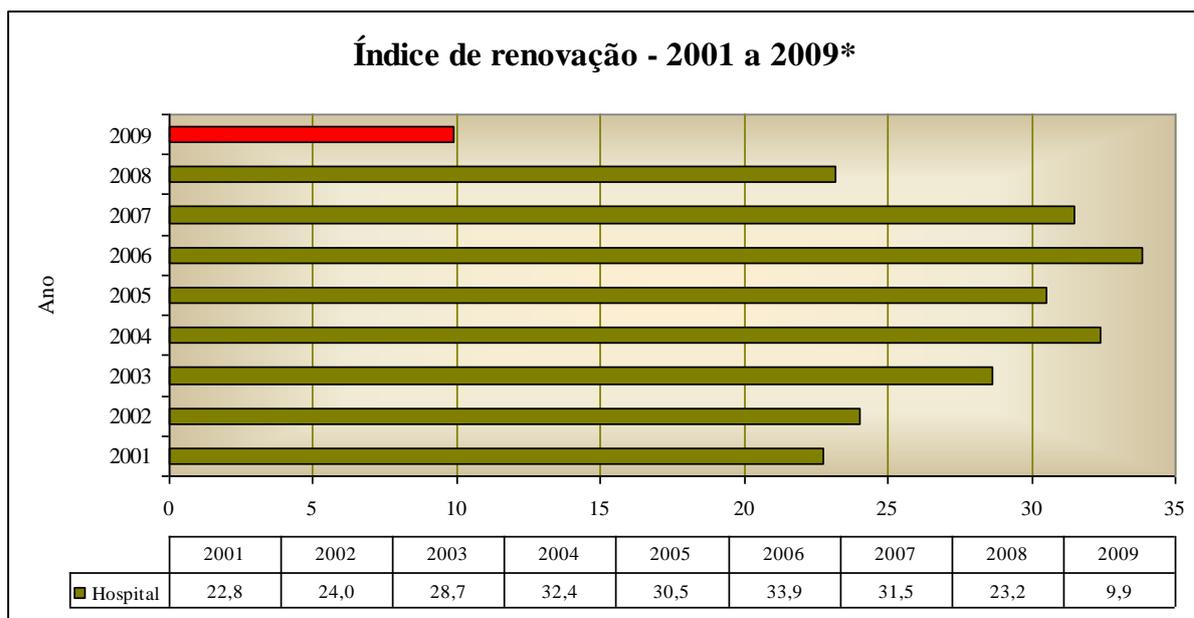
O índice de renovação ou giro de leitos representa a utilização do leito hospitalar, sendo calculado pela taxa de saídas<sup>24</sup> hospitalares pela quantidade de leitos do hospital. Numericamente falando, a unidade de medida deste indicador é o número de saídas pelo total de leitos instalados. Assim como a taxa de ocupação, o giro de leitos é também um indicador comum de desempenho hospitalar para serviços de internação, consistindo-se uma referência de medida de eficiência no uso dos recursos físicos do hospital.

<sup>24</sup> Saídas: pacientes que deixam o hospital seja por alta, óbito ou transferência.



No que se refere ao desempenho do HR, foram agrupados os dados do índice de renovação no período de 2001 a 2008, e a projeção de 2009 (com base nos meses de janeiro a maio), resultando na análise da série histórica do índice cujo resultado será apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 13 – Índice de renovação de leitos



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2001-2008 e jan-mai/2009 - HR.

Avaliação: quanto maior melhor.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

Como pode ser inferido através da análise gráfica, o índice de renovação do hospital, durante o período avaliado atingiu seu ponto máximo em 2006 e vem diminuindo fortemente a partir de então, atingindo após apenas dois anos uma redução de 30% em relação ao ano com melhor desempenho. Com base nos meses de janeiro a maio de 2009, projetou-se o índice para o ano, igualmente, a projeção para 2009 mostra diminuição da utilização do leito, o que pode indicar que leito está sendo ocupado por um mesmo paciente por um tempo maior. Vale salientar que no cenário atual de superlotação de hospitais o aumento do giro de leitos decorrente do menor tempo de internação de pacientes permite que os hospitais atendam mais pacientes no mesmo período.

#### 7.1.4. Índice de intervalo de substituição

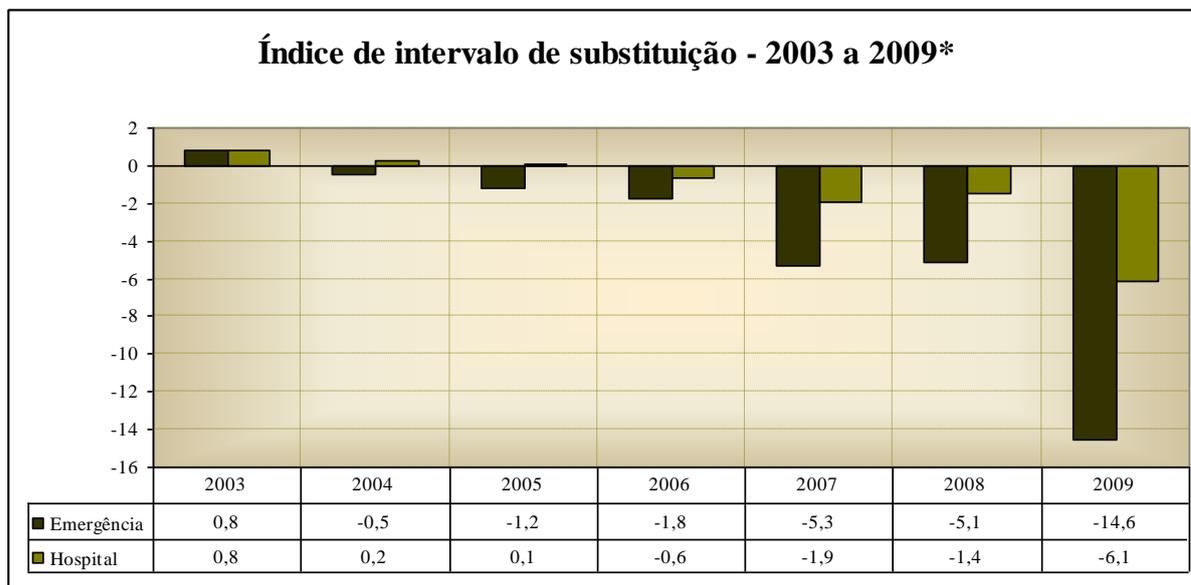
O índice de intervalo de substituição do Hospital da Restauração piorou continuamente no decorrer dos anos durante o período analisado.

O índice de intervalo de substituição é um indicador hospitalar de produtividade cujo resultado assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do outro. No que se refere ao desempenho do HR, foram agrupados os dados do índice de intervalo de substituição de 2003 a 2008, e a projeção de 2009 (com base



nos meses de janeiro a maio), resultando na análise da série histórica do índice. Tal análise terá o resultado apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 14 – Índice de intervalo de substituição



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2001-2008 e jan-mai/2009 - HR.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

No diagnóstico realizado, observa-se que este índice vem caindo com o passar dos anos, de tal forma ao ponto de ficar negativo. É interessante que o leito seja ocupado rapidamente por outro paciente, de forma que não fique ocioso. Todavia, no caso do Hospital da Restauração, deduz-se que o tempo que um leito fica desocupado simplesmente inexiste, configurando a realidade de que sempre há excesso de pacientes aguardando para ocupá-lo. O setor de emergência contribui bastante pela extrapolação deste índice. Ainda na análise gráfica, infere-se que a partir de 2004 este indicador está caindo mais fortemente.

### 7.1.5. Taxa de mortalidade da emergência

A taxa de mortalidade do Setor de Emergência do Hospital da Restauração aumentou continuamente no decorrer dos anos durante o período analisado.

A mortalidade hospitalar é um indicador de desempenho tradicional, de qualidade, expresso por uma taxa cuja representação é a quantidade total de óbitos ocorridos no hospital em relação ao total de saídas. O Hospital da Restauração apresentou a série histórica desta taxa, a análise sucedeu-se no período de 2003 a 2008 juntamente com a projeção do ano de 2009, com base nos meses de janeiro a maio.

Na análise comparativa dos dados percebeu-se que ocorreram variações discretas na taxa geral de mortalidade do hospital no período. Todavia, a taxa de mortalidade do Setor de Emergência tem crescido gradualmente no decorrer dos anos. Este fato será melhor observado no gráfico a seguir.



Gráfico 15 – Taxa geral de mortalidade do setor de emergência



Fonte: Informe de desempenho hospitalar 2003-2008 e jan-mai/2009 - HR.

\* Valor do ano de 2009 projetado com base nos valores de jan-mai/09.

Infere-se da análise gráfica, que o setor de emergência apresentou um acréscimo na taxa de mortalidade geral ano após ano. Se for incluída nesta análise a projeção para o ano de 2009, realizada com base nos meses de janeiro a maio, este índice se eleva para o mais alto valor registrado no período analisado.

#### 7.1.6. Taxa de infecção hospitalar

A taxa de infecção hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Restauração foi apresentada a esta auditoria, entretanto, não foram fornecidas as taxas de infecção geral do hospital bem como a taxa de outros setores.

O Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998, define a infecção hospitalar como a infecção adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A própria portaria do Ministério da Saúde estabelece a forma de cálculo da taxa de infecção hospitalar, utilizando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período.

Foram solicitadas ao HR através de ofício as taxas de infecção hospitalar do último trimestre de 2008. Segundo o memorando nº 034/09, em resposta ao item 18 do ofício TC nº. 01/2009, o hospital apresentou tão somente as taxas de infecção hospitalar do setor de



Unidade de Terapia Intensiva, não tendo apresentado as taxas dos demais setores bem como a taxa geral.

A infecção hospitalar é um grave problema de saúde pública, pois implica na garantia da qualidade e na segurança da prestação de serviços de saúde. Além disso, representa um grande desafio a ser enfrentado pelo poder público para a execução das ações de prevenção e controle de infecção nas instituições hospitalares.

Segundo o Ministério da Saúde (Portaria n.º 930, de 27 de agosto de 1992) objetivando o adequado planejamento, execução e avaliação do programa de infecções hospitalares, os hospitais deverão constituir a Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), órgão de assessoria à Direção e o Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH).

Dessa forma, devido à grande importância da aferição e controle da infecção hospitalar é necessário que o Hospital da Restauração amplie seus controles através da constituição da CCIH e do SCIH, estendendo às demais especialidades clínicas e setores do hospital o controle da taxa de infecção hospitalar.

#### 7.1.7. Taxa de absenteísmo

Primeiramente, é de suma importância destacar que este indicador foi calculado através deste trabalho de auditoria cujo resultado tomou como base os relatórios gerados pelo Hospital da Restauração. Antes da análise devem ser levadas em consideração as seguintes observações:

- A análise do capítulo 3 revelou que há falhas nas informações de controle de ponto dos funcionários;
- Há ainda outras falhas de controle interno citadas no decorrer deste relatório de auditoria;
- Devido ao grande contingente de funcionários, a auditoria restringiu-se apenas aos Médicos (incluindo Bucomaxilofacial) e ao Setor de Emergência;
- O período analisado foi de janeiro a maio de 2009;
- Os dados aqui apresentados não foram conferidos na origem, ou seja, nas folhas de ponto de cada mês, apenas foram solicitados por esta auditoria ao setor de Recursos Humanos de forma consolidada;
- Os resultados aqui apresentados são apenas o reflexo dos documentos cedidos à equipe de auditoria e podem não refletir a realidade.

A taxa de absenteísmo é a taxa de ausências não programadas ao trabalho, no período analisado, esta taxa reflete a assiduidade dos profissionais que trabalham no serviço hospitalar.

O Setor de Emergência foi selecionado para a análise deste indicador nesta auditoria devido a sua grande importância dentro do Hospital da Restauração, cuja prestação de serviços decorre principalmente de atendimentos de urgência e emergência.

Na tabela abaixo podem ser observadas as taxas de absenteísmo do setor de Emergência segundo as especialidades médicas, que no total apresentou valor inferior a 1%.



Tabela 27 – Taxa de absenteísmo da Emergência segundo especialidades (Período: De Jan a Mai/09)

SETOR DE EMERGÊNCIA - FALTAS DE 01/01/2009 A 31/05/2009								
ESPECIALIDADE	CH - Jan	CH - Fev	CH - Mar	CH - Abr	CH - Mai	Total Horas Trabalhadas	Horas ausentes	Taxa absenteísmo
	A	B	C	D	E	F	G	H
	= A + B + C + D + E							= G / F
Bucomaxilofacial	2.040	2.040	2.040	2.040	2.040	10.200	60	0,59%
Cirurgia geral	5.160	5.160	5.400	5.400	5.400	26.520	300	1,13%
Cirurgia vascular	1.920	1.920	1.920	1.920	1.920	9.600	36	0,38%
Clínica médica	6.360	6.840	6.840	6.840	6.840	33.720	96	0,28%
Endoscopia digestiva	240	240	240	240	240	1.200	12	1,00%
Neurocirurgia (adulto)	1.644	1.884	2.004	2.124	2.124	9.780	216	2,21%
Neurologia	1.920	1.920	2.040	2.040	2.040	9.960	360	3,61%
Ortop. E traumatologia	2.160	2.280	2.400	2.400	2.400	11.640	228	1,96%
Otorrinolaringologista	360	360	360	360	360	1.800	12	0,67%
Anestesiologia	1.440	1.440	1.440	1.440	1.440	7.200	0	0,00%
Medicina interna	720	720	720	720	720	3.600	0	0,00%
Neurocirurgia (ped.)	600	720	720	720	720	3.480	0	0,00%
Oftalmologia	600	600	600	600	600	3.000	0	0,00%
Sanitarista	120	120	120	120	120	600	0	0,00%
UTI-adulto	240	240	240	240	240	1.200	0	0,00%
Odontologia	120	120	120	120	120	600	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>25.644</b>	<b>26.604</b>	<b>27.204</b>	<b>27.324</b>	<b>27.324</b>	<b>134.100</b>	<b>1.320</b>	<b>0,98%</b>

Fonte: SAPE-HR

Os dados foram calculados com base nos relatórios do Hospital da Restauração “Faltosos por Período” e “Frequência de Funcionários” obtidos junto ao setor de recursos Humanos (fls. 152 a 347).

Em virtude da taxa geral de absenteísmo geral do Setor de Emergência do Hospital da Restauração ser, segundo os documentos apresentados, inferior a 1%, a equipe de auditoria resolveu aprofundar a análise para identificar os funcionários e as especialidades médicas com maior quantidade de faltas. Por meio dos dados calculados, foram identificados os funcionários que faltaram e o percentual destas faltas em relação à carga horária conhecida para o período. A tabela a seguir mostra o número de faltas por funcionário no período com a respectiva taxa de absenteísmo.

Tabela 28 – Taxa de absenteísmo da Emergência por funcionário

EMERGÊNCIA - FALTAS DE 01/01/2009 A 31/05/2009						
MATRÍCULA	FUNÇÃO	Qtde faltas	CH plantão	Horas trabalhadas	Horas ausentes	Taxa absenteísmo
		A	B	C	D	E
						= A * B
2094215	Cirurgia Geral	8	12	600	96	16,0%
2082217	Cirurgia Geral	1	12	600	12	2,0%
1046950	Otorrinolaringologista	1	12	600	12	2,0%
2282550	Bucomaxilofacial	1	12	600	12	2,0%
2331411	Clínica Médica	1	12	600	12	2,0%
2301873	Bucomaxilofacial	1	12	600	12	2,0%
2301440	Endoscopia Digestiva	1	12	600	12	2,0%



EMERGÊNCIA - FALTAS DE 01/01/2009 A 31/05/2009						
MATRÍCULA	FUNÇÃO	Qtde	CH	Horas	Horas	Taxa
		faltas	plantão	trabalhadas	ausentes	absenteísmo
		A	B	C	D	E
				= A * B		= D / C
2436795	Ortopedia e Traumatologia	5	12	600	60	10,0%
2436370	Neurologia	7	12	600	84	14,0%
2439000	Neurocirurgia	8	12	600	96	16,0%
2437198	Cirurgia Geral	6	12	600	72	12,0%
2442523	Neurocirurgia	4	12	600	48	8,0%
2446367	Clínica Médica	1	12	600	12	2,0%
2447550	Cirurgia Geral	2	12	600	24	4,0%
2451603	Ortopedia e Traumatologia	1	12	600	12	2,0%
2453274	Bucomaxilofacial	2	12	600	24	4,0%
2453363	Cirurgia Vascular	2	12	600	24	4,0%
2305615	Clínica Médica	3	12	600	36	6,0%
2455897	Ortopedia e Traumatologia	1	12	600	12	2,0%
2461781	Cirurgia Geral	1	12	600	12	2,0%
2463601	Cirurgia Geral	1	12	600	12	2,0%
2465230	Cirurgia Geral	4	12	600	48	8,0%
2494213	Ortopedia e Traumatologia	3	12	600	36	6,0%
2537028	Neurocirurgia	2	12	600	24	4,0%
2536373	Clínica Médica	1	12	600	12	2,0%
2577402	Bucomaxilofacial	1	12	600	12	2,0%
2592231	Cirurgia Geral	1	12	600	12	2,0%
2612097	Ortopedia e Traumatologia	1	12	600	12	2,0%
2649306	Neurologia	2	12	600	24	4,0%
2696290	Cirurgia Geral	1	12	600	12	2,0%
2758733	Ortopedia e Traumatologia	1	12	600	12	2,0%
2762994	Cirurgia Vascular	1	12	600	12	2,0%
2765853	Neurologia	8	12	600	96	16,0%
2765824	Neurologia	12	12	600	144	24,0%
2771276	Ortopedia e Traumatologia	7	12	600	84	14,0%
2771829	Clínica Médica	1	12	600	12	2,0%
2771900	Clínica Médica	1	12	600	12	2,0%
2773503	Neurologia	1	12	600	12	2,0%
2785447	Neurocirurgia	2	24	600	48	8,0%

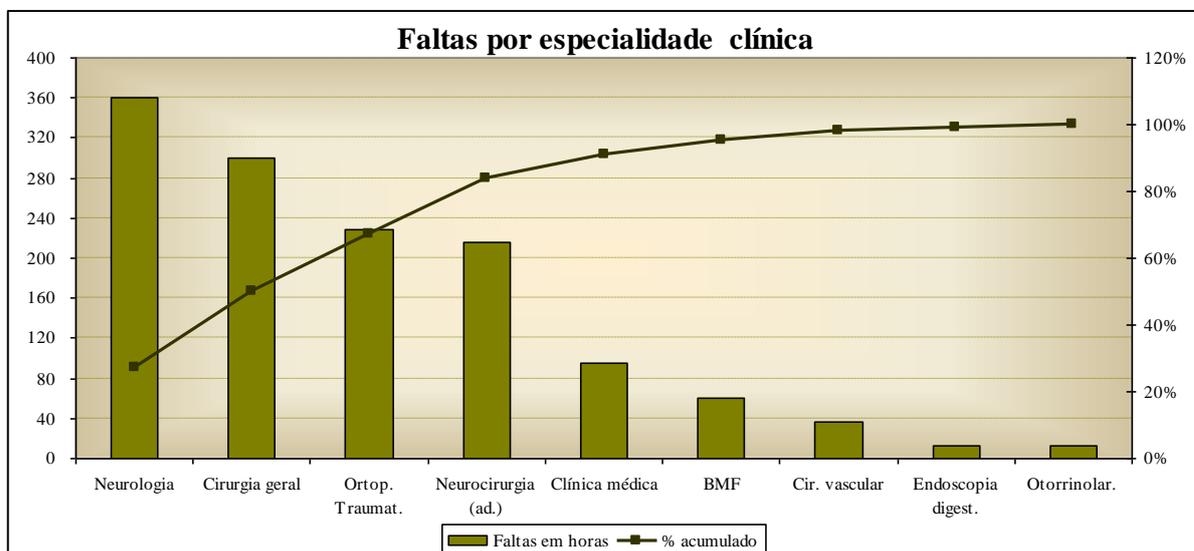
Fonte: SAPE-HR

Como pode ser observado, percebe-se na análise dos dados desta tabela que alguns funcionários faltaram mais de 10% da carga horária prevista oficialmente para o período, especialmente em determinadas clínicas médicas.

Para auxiliar na identificação das especialidades clínicas com maiores percentuais de faltas, elaborou-se o Gráfico de Pareto a seguir. Infere-se pela análise gráfica que apenas quatro especialidades clínicas são responsáveis por mais 80% do total de faltas em horas, são elas Neurologia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia e Neurocirurgia. As demais especialidades, que não aparecem no gráfico, não apresentaram faltas nos relatórios apresentados pelo setor de Recursos Humanos no período analisado.



Gráfico 16 – Faltas por especialidade clínica



Fontes: Relatório de FALTOSOS POR PERÍODO do Setor 252 - Emergência (médicos e dentistas) de 01/01/2009 a 31/05/2009; FREQUÊNCIA DE FUNCIONÁRIOS mensal (competências jan-mai/09); Relação de funcionários constante no relatório DIVISÃO POR SETOR E POR FUNÇÃO.

Em reunião com a Diretoria do Hospital da Restauração no dia 20/05/2009, a falta de médicos nas especialidades de neurologia e neurocirurgia foi considerado um grande entrave ao funcionamento dos serviços do hospital no que concerne a estas especialidades. Todavia, estas mesmas especialidades contribuem com mais de 40% do total de faltas apresentados no setor de Emergência no período analisado.

## 7.2. Resultados da análise dos indicadores selecionados

É necessário salientar que a emergência de um hospital é só o reflexo do funcionamento interno dos outros setores. A superlotação deste setor ocorre em função de limitações nos outros andares, no bloco cirúrgico, de dificuldades de transferência para outras unidades de saúde, na demora na realização de exames, entre outros.

No que concerne ao enfraquecimento do desempenho do hospital, entende-se que a ausência de planejamento estratégico com vistas à melhoria do desempenho do hospital, torna-o sem metas a serem atingidas e, por conseguinte sem busca da melhoria contínua.

Os dados contidos no Informe de Desempenho são calculados mensalmente e agrupados por semestre e ano, o que pode ser considerado uma boa prática do hospital, entretanto estes números não são tratados e analisados criticamente, uma vez os indicadores são apresentados em uma tabela não comparativa, apenas como dados, desacompanhada de gráficos e informações gerenciais que municiem o acompanhamento dos resultados.

Conclui-se que os dados são apresentados de forma bruta, contudo a informação não pode gerar adequadamente um relatório gerencial. É justamente através de relatórios gerenciais que são verificados os cumprimentos das metas estabelecidas no planejamento estratégico.



Desta forma, recomenda-se:

- O tratamento dos dados para gerar informação suficiente para ser empregada na melhoria contínua dos serviços prestados pelo hospital;
- Elaboração de relatórios gerenciais para acompanhamento do desempenho do hospital de forma comparativa e do cumprimento das metas estabelecidas no planejamento estratégico;
- Instituir acordos de trabalho com toda a equipe do hospital;
- Divulgar os resultados atingidos;
- Implantação do controle de infecção hospitalar por setor e de todo o hospital, priorizando a qualidade da prestação de serviços;

Com a implementação das recomendações, espera-se:

- Redução da média de permanência, reduzindo custos e gerando mais atendimentos de pacientes com conseqüente aumento do índice de renovação de leitos, aumentando a utilização dos leitos por um número maior de pacientes;
- Enquadramento da taxa de ocupação para os índices preconizados pelo Ministério da Saúde (entre 80% e 85% em média); e
- Redução do índice de mortalidade geral na emergência.
- Aumento do índice de intervalo de substituição para valores positivos, sem caminhar para ociosidade de leitos.



## CAPÍTULO 8 - ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Por meio do Ofício TCGC 05 N° 0348/2009, de 25 de setembro de 2009 (fl. 1352), foi encaminhada a versão preliminar deste relatório à Secretaria Estadual de Saúde, solicitando o pronunciamento do gestor sobre os resultados da Avaliação do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração. Em resposta, o Sr. João Lyra Neto, Secretário Estadual de Saúde, enviou os comentários acerca da avaliação realizada, por meio do Ofício GAB. N° 1000/2009, protocolado em 25/11/2009 (PETCE n° 86.953/2009) (fls.1353).

Conforme os comentários enviados, as questões apontadas na Auditoria se assemelham às constatações da Secretaria de Saúde, que vem tomando medidas estruturadoras e re-ordenadoras no sentido de construir as bases para transformar a cultura da organização dos serviços de saúde no Estado. De acordo com o gestor diversas medidas já estão sendo tomadas para facilitar o acesso ao atendimento básico e desafogar as grandes Emergências, dentre elas, a do HR, tais como a abertura das novas Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e a construção de três novos hospitais metropolitanos. Destaca ainda as ações que vem sendo realizadas nos grandes hospitais tais como a reorganização gerencial, o levantamento do quadro de pessoal, a realização de concurso público para médicos e o aprimoramento dos controles de frequência. Destaca ainda os investimentos que estão sendo feitos na gestão de leitos do HR, com a implantação de software mais avançado, a aquisição de equipamentos (tomógrafo) e a implantação da classificação de risco. Relata ainda algumas medidas que já foram tomadas para o aprimoramento do faturamento hospitalar, bem como quanto à gestão de funcionamento do Centro Cirúrgico.

Com referência aos indicadores hospitalares, destaca a construção de uma Unidade de Suporte Avançado em Neurocirurgia com o objetivo de aumentar o número de vagas de UTI e assim diminuir a permanência dos pacientes no hospital. Por fim destaca o papel da consultoria do INDG e a inclusão da figura do Apoiador Institucional na inter-relação entre a gestão administrativa pública e a gestão hospitalar.

Os comentários elaborados pelo gestor não suscitam alterações no relatório. Ficam mantidos, assim, os resultados da auditoria.



## CAPÍTULO 9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria foi orientada com o objetivo de identificar e analisar de que forma alguns fatores operacionais dificultam a prestação de serviços com qualidade aos usuários finais do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

A auditoria subdividiu sua análise em quatro questões para a avaliação do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração. A primeira examinou de que forma a organização do serviço de urgência / emergência provoca impacto no atendimento aos pacientes que nele ingressa. A segunda analisou a gestão e o funcionamento do serviço de apoio diagnóstico por imagem do HR. A terceira questão buscou verificar qual a situação de infraestrutura e dos indicadores de produção e de produtividade no Centro Cirúrgico. Por fim, a quarta questão buscou identificar de que forma a instituição se utiliza de ferramentas de planejamento, acompanha resultados e trabalha na perspectiva da melhoria do desempenho.

Os principais achados da auditoria foram relacionados à ausência da classificação de risco no acesso dos pacientes à emergência, à ausência de dados de atendimento por especialidades, à existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência, à existência de falhas nos controles de frequência, à falta de acompanhamento do planejamento estratégico do HR, ao aumento nos custos hospitalares e ao tempo de internação dos pacientes, à ausência de cobrança ao SUS de alguns exames de imagem e das Autorizações de Internação Hospitalar realizadas pelo hospital, à falta de controle na utilização de materiais consignados (órteses e próteses), à ociosidade no uso das salas de cirurgia, à elevada taxa de suspensão de cirurgias, à ausência de controle, ao cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anesthesiologistas e à realização e cobrança indevida de anestésias e a ausência de planejamento estratégico vigente.

Esses aspectos demonstram que existem oportunidades de melhoria tanto em aspectos operacionais, como em questões estratégicas. O enfrentamento dessas dificuldades é condição essencial para que haja uma melhor seleção dos pacientes que ingressam na emergência, uma maior agilidade na realização de cirurgias e de exames, da melhoria dos controles pelo setor de Contas Médicas, do Bloco Cirúrgico e de controle de pessoal, bem como uma redução dos custos hospitalares decorrentes da realização de exames pelo próprio HR. Todos estes fatores proporcionarão também maior celeridade na saída do paciente do HR, e uma melhor qualidade na prestação de serviços aos usuários finais do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

Para tanto, é importante que a Secretaria de Saúde se engaje no processo de ajustes, envidando esforços para combater as fraquezas e ameaças enfrentadas pelos diversos setores do Hospital da Restauração.

Espera-se que este relatório seja um instrumento para nortear tais ajustes, e que a implementação das recomendações aqui apresentadas contribua para tornar os serviços prestados na emergência/urgência do HR mais efetivos, ampliando os níveis de qualidade da saúde e proporcionando resultados de indicadores de desempenho interno em patamares bem superiores aos atuais.



## CAPÍTULO 10 - PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto e visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Urgência e Emergência, da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco, propomos o encaminhamento das deliberações que seguem.

### Recomenda-se à **Diretoria do Hospital da Restauração**:

1. Implementar a utilização dos dados de atendimento de pacientes como ferramenta gerencial;
2. Executar um redimensionamento quantitativo e qualitativo (de acordo com a especialidade) dos médicos entre os plantões, de acordo com as maiores demandas de atendimento por especialidade, levando-se em conta também os horários e dias de maior demanda, de forma que não haja falta de profissionais para atendimento aos pacientes;
3. Implantar sistema de controle eletrônico de ponto para emergência/urgência, definindo procedimentos e responsáveis por este controle, bem como nos demais setores do hospital, onde couber;
4. Implantar os critérios de classificação de risco no serviço de Urgência/Emergência do HR;
5. Analisar a economicidade na aquisição de um novo tomógrafo, capaz de atender ao porte e à demanda deste;
6. Implantar a gestão de custos do hospital, permitindo comparar os gastos com a realização própria dos exames em relação à aquisição no mercado;
7. Descentralizar a marcação das RM, Arteriografias e Angiografias para as demais clínicas que são referência para alta complexidade no Estado, evitando a priorização para a UNINEURO e o MULTIMAGEM;
8. Acompanhar sistematicamente o tempo de espera entre a marcação e a realização dos exames realizados fora do HR;
9. Viabilizar a emissão do CNS no próprio hospital;
10. Identificar o paciente com os dados completos na admissão;
11. Instituir controles e acompanhar a qualidade dos dados constantes nas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (APACs);
12. Acompanhar o prazo para envio das Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs para o faturamento;
13. Definir responsáveis pela captação, nas enfermarias, dos prontuários das internações prolongadas;
14. Instituir controles e responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da carga horária dos médicos plantonistas da Tomografia, assim como da emissão dos laudos dos exames;
15. Rever junto à SES o regime de trabalho mais adequado na contratação de médicos radiologistas da TC da Restauração;



16. Elaborar e afixar em local visível, no Setor de Radiologia, a escala de serviço dos médicos do Raios-X, discriminando os nomes dos profissionais e os turnos que devem estar no serviço;
17. Definir a periodicidade e os responsáveis pela atualização da ficha cadastral do estabelecimento de saúde. Além disso, é fundamental o monitoramento pela gestão, para que ela funcione como instrumento que subsidiará a tomada de decisão no âmbito hospitalar;
18. Adotar ações que possibilitem otimizar a utilização das salas de cirurgia. Dentre estas, deve-se: controlar o cumprimento dos horários preestabelecidos (seja de início de turno ou de cirurgia); definir os processos rotineiros de higienização e preparo das salas de cirurgia; e adotar indicadores de produtividade por equipe cirúrgica;
19. Apurar as faltas e os atrasos dos profissionais médicos que exercem as atividades no Bloco Cirúrgico;
20. Estabelecer a obrigatoriedade do registro dos cancelamentos de cirurgias pelo médico da equipe responsável em ficha específica, consignando-se, de forma detalhada, o motivo da suspensão;
21. Adotar o indicador de taxa de suspensão de cirurgia, por especialidade, identificando-se os fatores de suspensão;
22. Exigir o cumprimento da carga horária, estabelecendo, pelo menos, quatro turnos de trabalho por profissional, bem como o efetivo cumprimento dos turnos;
23. Tornar obrigatório o registro das anestésias realizadas, tanto pelos anestesiologistas servidores públicos, quanto pelos anestesiologistas da COOPANEST; consolidando as informações mensalmente por profissional;
24. Disciplinar a possibilidade de realização de anestésias via COOPANEST por parte dos servidores públicos lotados no hospital, e os controles necessários;
25. Tornar obrigatório o preenchimento de formulário específico, para cada paciente, por parte do médico radiologista, justificando a impossibilidade de realização do exame sem anestesia (Tomografia Computadorizada);
26. Instituir rotinas nos controles de entrada e saída dos materiais consignados, definindo responsáveis do quadro do hospital para esse controle (Bloco Cirúrgico);
27. Implementar efetivamente o planejamento estratégico conforme decreto e plano estadual de saúde;
28. Tratar os dados (indicadores de desempenho) para gerar informação suficiente para ser empregada na melhoria contínua dos serviços prestados pelo hospital;
29. Elaborar relatórios gerenciais para acompanhamento do desempenho do hospital de forma comparativa e do cumprimento das metas estabelecidas no planejamento estratégico;
30. Instituir acordos de trabalho com toda a equipe do hospital;
31. Divulgar os resultados atingidos;
32. Implantar controle de infecção hospitalar por setor e de todo o hospital, priorizando a qualidade da prestação de serviços;



Recomenda-se à **Secretaria Estadual de Saúde:**

1. Promover campanhas de divulgação do perfil de atendimento do HR junto à população;
2. Cumprir a atribuição definida no Plano Estadual de Saúde no que concerne à priorização da elaboração e implantação do Plano Estratégico da SES e das unidades de saúde.

Ainda:

Determina-se à Secretaria Estadual de Saúde:

- Remeter a este Tribunal de Contas, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis para implementar as recomendações prolatadas, conforme Resolução TC 02/2005.

Determina-se à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

- Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria à Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e à Secretaria Especial da Controladoria Geral do Estado;
- Encaminhar cópia da decisão ao Departamento de Controle Estadual para subsidiar o julgamento da prestação ou tomada de contas, na forma dos artigos 6º e 8º da Resolução TC nº 014/2004;
- Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.

Recife, 27 de novembro de 2009.

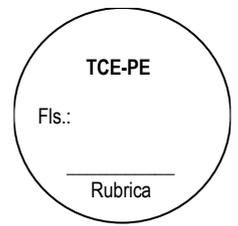
**Hélio Codeceira Júnior** (Coordenador)  
Técnico de Inspeção de Obras Públicas- Mat.0391

**Karina de Oliveira Andrade Marques**  
Auditora das Contas Públicas para Área da Saúde - Mat. 1160

**Paulo Hibernon Pessoa Gouveia de Melo**  
Auditor das Contas Públicas para Área da Saúde - Mat. 1159



**Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**  
Coordenadoria de Controle Externo-CCE  
Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos – GEAP



**Ulca Maria Cardoso dos Santos**  
Auditora das Contas Públicas - Mat. 1266

**Wirla Cavalcanti Revoredo Lima**  
Técnica de Auditoria das Contas Públicas - Mat. 0923

Visto e aprovado.

**Lídia Maria Lopes P. da Silva**  
Auditora das Contas Públicas – Mat. 0817  
(Gerente da GEAP)

**Geraldo Bastos Fiscina**  
Auditor das Contas Públicas – Mat. 0995  
(Gerente da DIAF)



## Apêndice

Tabela 1 – Agendamento das Angiografias e Arteriografias realizadas fora do HR (Período: Jul/2009)

ANGIOGRAFIAS		
Data da solicitação do exame	Data da realização do exame	Diferença
06/07/2009	10/07/2009	4
05/07/2009	13/07/2009	8
06/07/2009	14/07/2009	8
03/07/2009	14/07/2009	11
07/07/2009	15/07/2009	8
01/07/2009	15/07/2009	14
14/07/2009	15/07/2009	1
17/07/2009	23/07/2009	6
20/07/2009	23/07/2009	3
20/07/2009	23/07/2009	3
20/07/2009	23/07/2009	3
08/07/2009	23/07/2009	15
08/07/2009	23/07/2009	15
11/07/2009	23/07/2009	12
17/07/2009	23/07/2009	6
21/07/2009	28/07/2009	7
20/07/2009	28/07/2009	8
22/07/2009	30/07/2009	8
22/07/2009	30/07/2009	8
22/07/2009	30/07/2009	8
<b>MÉDIA</b>		<b>7,8</b>

Fonte: CETRANS-HR

ARTERIOGRAFIAS		
Data da solicitação do exame	Data da realização do exame	Diferença
06/07/2009	13/07/2009	7
06/07/2009	13/07/2009	7
30/06/2009	13/07/2009	13
13/07/2009	17/07/2009	4
08/07/2009	17/07/2009	9
14/07/2009	20/07/2009	6
14/07/2009	20/07/2009	6
03/07/2009	21/07/2009	18
06/07/2009	21/07/2009	15
21/07/2009	27/07/2009	6
22/07/2009	27/07/2009	5
20/07/2009	27/07/2009	7
18/07/2009	27/07/2009	9
28/07/2009	29/07/2009	1
28/07/2009	29/07/2009	1
28/07/2009	29/07/2009	1
23/07/2009	29/07/2009	6
<b>MÉDIA</b>		<b>7,1</b>







Tabela 4 – Anestésias cobradas pela COOPANEST e realizadas em horário de trabalho do servidor matrícula 2435576

Ficha de anestesia	Procedimento	Data/ realização	Valor	Ficha de anestesia	Procedimento	Data/ realização	Valor
9.748.925	31.005.128	07/01/2009	165,00	9.758.561	30.906.288	25/03/2009	255,00
9.715.697	30.906.296	07/01/2009	255,00	9.758.561	30.906.377	25/03/2009	115,50
9.748.933	31.002.129	14/01/2009	357,00	9.758.562	31.009.107	25/03/2009	55,50
9.748.932	30.906.296	14/01/2009	255,00	9.758.571	31.009.115	01/04/2009	75,00
9.748.941	30.907.136	20/01/2009	255,00	9.758.572	30.725.038	01/04/2009	111,00
9.704.606	41.001.010	21/01/2009	75,00	9.758.575	31.009.115	07/04/2009	75,00
9.748.944	30.906.296	21/01/2009	255,00	9.758.583	31.305.016	08/04/2009	77,70
9.748.946	30.101.077	21/01/2009	51,75	9.758.583	31.003.079	08/04/2009	111,00
9.748.947	30.907.144	21/01/2009	111,00	9.758.581	30.906.296	08/04/2009	255,00
9.748.945	30.730.090	21/01/2009	111,00	9.758.582	31.005.128	08/04/2009	165,00
9.704.622	30.907.144	28/01/2009	111,00	9.758.585	30.907.144	14/04/2009	111,00
9.704.620	30.215.048	28/01/2009	507,00	9.758.584	30.725.038	15/04/2009	111,00
9.766.441	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.554	41.001.010	15/04/2009	75,00
9.766.432	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.553	41.001.010	15/04/2009	75,00
9.766.442	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.568	41.001.010	15/04/2009	75,00
9.766.438	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.758.579	30.730.031	15/04/2009	75,00
9.766.437	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.570	30.727.049	22/04/2009	111,00
9.766.436	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.569	30.907.144	22/04/2009	111,00
9.766.435	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.770.584	41.001.010	22/04/2009	75,00
9.766.434	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.758.598	30.907.136	29/04/2009	255,00
9.766.433	30.101.239	24/02/2009	144,30	9.758.600	30.907.144	19/05/2009	111,00
9.773.162	30.731.135	04/03/2009	111,00	9.770.572	30.907.144	20/05/2009	111,00
9.773.163	30.906.296	11/03/2009	255,00	9.770.571	30.910.013	20/05/2009	507,00
9.773.179	30.906.199	18/03/2009	357,00	9.770.589	30.907.136	27/05/2009	255,00
9.758.562	31.005.519	25/03/2009	255,00				
<b>TOTAL</b>							<b>8.139,15</b>

Fonte: Planilhas de produção dos anestesiológicos fornecidas pela COOPANEST.



Tabela 5 – Anestésias cobradas pela COOPANEST e realizadas em horário de trabalho do servidor matrículas 2435560 e 2240823

Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor	Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor
9.703.970	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.130	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.645	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.137	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.644	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.136	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.643	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.135	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.974	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.134	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.973	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.139	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.972	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.138	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.971	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.126	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.969	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.125	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.703.968	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.124	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.649	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.129	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.650	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.128	30.101.212	25/02/2009	111,00
9.726.648	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.145	31.401.155	02/03/2009	507,00
9.726.647	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.158	30.715.334	09/03/2009	255,00
9.726.646	30.101.212	07/01/2009	111,00	9.706.159	31.401.058	09/03/2009	255,00
9.726.642	31.401.236	19/01/2009	357,00	9.706.156	31.401.236	09/03/2009	535,50
9.703.991	31.401.236	19/01/2009	357,00	9.706.190	30.715.350	16/03/2009	507,00
9.703.995	30.215.013	26/01/2009	82,50	9.706.191	30.215.013	16/03/2009	165,00
9.703.995	31.401.171	26/01/2009	507,00	9.706.198	41.001.010	16/03/2009	75,00
9.703.042	31.401.155	02/02/2009	507,00	9.644.649	31.401.260	23/03/2009	357,00
9.703.046	31.401.171	09/02/2009	507,00	9.644.607	31.401.260	23/03/2009	357,00
9.644.042	31.401.236	16/02/2009	357,00	9.644.625	31.401.058	23/03/2009	357,00
9.644.043	31.401.236	16/02/2009	357,00	9.753.276	31.401.155	13/04/2009	507,00
9.706.109	41.001.010	16/02/2009	75,00	9.753.276	30.215.013	13/04/2009	507,00
9.644.043	31.401.058	16/02/2009	127,50	9.753.272	40.202.577	13/04/2009	507,00
9.644.044	30.215.013	16/02/2009	165,00	9.753.300	31.401.058	20/04/2009	255,00
9.706.133	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.753.296	30.215.013	20/04/2009	165,00
9.706.132	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.753.298	30.215.099	20/04/2009	165,00
9.706.119	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.792.674	31.401.236	27/04/2009	357,00
9.706.118	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.792.675	30.215.013	27/04/2009	165,00
9.706.123	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.794.526	31.401.236	11/05/2009	357,00
9.706.122	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.794.528	31.401.279	11/05/2009	357,00
9.706.117	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.794.527	30.715.334	11/05/2009	255,00
9.706.116	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.753.406	41.001.010	11/05/2009	75,00
9.706.115	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.794.548	31.401.236	18/05/2009	357,00
9.706.121	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.794.549	31.401.155	18/05/2009	507,00
9.706.120	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.753.432	31.401.236	25/05/2009	357,00
9.706.127	30.101.212	25/02/2009	111,00	9.753.433	31.401.236	25/05/2009	357,00
9.706.131	30.101.212	25/02/2009	111,00	<b>TOTAL</b>			<b>16.459,50</b>

Fonte: Planilhas de produção dos anestesiológicos fornecidas pela COOPANEST.



Tabela 6 – Anestésias cobradas pela COOPANEST e realizadas em horário de trabalho do servidor matrícula 2238624

Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor	Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor
9.731.275	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.707.319	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.274	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.575	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.271	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.576	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.270	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.577	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.269	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.565	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.268	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.566	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.267	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.567	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.266	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.568	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.265	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.569	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.264	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.570	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.263	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.571	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.262	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.572	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.260	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.573	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.259	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.574	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.258	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.562	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.278	30.101.620	06/01/2009	51,75	9.710.563	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.279	30.101.620	06/01/2009	51,75	9.710.564	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.277	30.101.620	06/01/2009	51,75	9.707.321	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.276	30.101.620	06/01/2009	51,75	9.707.320	30.101.239	15/01/2009	111,00
9.731.261	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.730.593	41.001.036	22/01/2009	75,00
9.710.554	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.597	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.272	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.598	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.273	30.101.239	06/01/2009	111,00	9.710.599	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.792.864	30.101.239	13/01/2009	111,00	9.710.600	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.707.315	30.101.239	13/01/2009	111,00	9.707.303	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.296	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.707.302	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.298	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.581	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.281	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.582	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.280	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.583	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.282	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.584	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.283	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.585	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.284	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.586	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.285	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.587	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.286	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.588	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.287	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.589	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.288	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.590	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.289	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.730.591	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.290	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.730.592	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.291	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.595	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.292	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.596	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.293	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.707.301	30.710.057	22/01/2009	52,50
9.731.294	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.710.594	41.001.010	22/01/2009	75,00
9.731.295	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.707.301	30.727.146	22/01/2009	111,00
9.731.297	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.707.426	30.907.136	10/02/2009	255,00
9.731.300	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.707.446	30.727.049	17/02/2009	111,00
9.731.299	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.797.616	30.730.090	03/03/2009	111,00
9.710.553	30.101.239	08/01/2009	111,00	9.797.643	30.907.136	17/03/2009	255,00
9.707.312	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.798.784	31.403.123	14/04/2009	77,70
9.707.304	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.798.785	30.710.022	14/04/2009	75,00
9.707.305	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.798.783	30.710.022	14/04/2009	75,00
9.707.306	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.798.784	30.719.100	14/04/2009	111,00
9.707.307	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.623	30.730.031	28/04/2009	75,00
9.707.308	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.615	30.730.082	28/04/2009	111,00
9.707.309	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.615	30.101.603	28/04/2009	52,50
9.707.310	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.626	30.725.127	05/05/2009	255,00
9.707.311	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.626	30.725.151	05/05/2009	178,50
9.707.313	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.625	30.720.095	05/05/2009	111,00
9.707.314	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.786.646	30.724.147	12/05/2009	111,00
9.707.316	30.101.239	15/01/2009	111,00	9.811.127	30.720.117	26/05/2009	111,00
9.707.317	30.101.239	15/01/2009	111,00				
9.707.318	30.101.239	15/01/2009	111,00				
<b>TOTAL</b>							<b>12.532,20</b>

Fonte: Planilhas de produção dos anestesiólogos fornecidas pela COOPANEST.



Tabela 7 – Anestésias cobradas pela COOPANEST e realizadas em horário de trabalho do servidor matrículas 2241978 e 1923633

Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor	Ficha de anestesia	Procedimento	Data/realização	Valor
9.617.791	30.101.581	23/01/2009	155,40	9.747.657	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.770	30.101.735	23/01/2009	51,75	9.747.654	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.782	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.653	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.790	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.652	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.789	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.651	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.788	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.664	30.101.220	27/02/2009	111,00
9.617.786	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.528	30.101.220	05/3/2009	111,00
9.617.785	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.688	30.101.271	13/03/2009	127,50
9.617.784	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.688	31.009.050	13/03/2009	37,50
9.617.783	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.687	31.005.128	13/03/2009	165,00
9.617.781	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.688	31.303.102	13/03/2009	255,00
9.617.780	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.525	40.202.577	13/03/2009	111,00
9.617.779	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.686	40.202.259	13/03/2009	111,00
9.617.778	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.523	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.777	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.522	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.776	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.521	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.775	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.517	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.774	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.518	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.773	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.520	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.772	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.519	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.771	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.501	30.101.638	20/03/2009	111,00
9.617.787	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.512	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.617.791	30.101.220	23/01/2009	111,00	9.747.502	30.101.620	20/03/2009	87,98
9.617.787	30.101.581	23/01/2009	77,70	9.747.503	30.101.620	20/03/2009	51,75
9.747.572	30.101.620	06/02/2009	51,75	9.747.516	30.101.220	20/03/2009	111,00
9.747.662	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.671.848	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.655	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.671.847	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.659	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.671.850	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.658	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.794	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.667	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.795	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.656	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.796	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.669	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.797	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.668	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.798	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.666	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.799	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.665	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.617.800	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.663	30.101.220	27/02/2009	111,00	9.671.849	30.101.220	05/08/2009	111,00
9.747.661	30.101.220	27/02/2009	111,00	<b>TOTAL</b>			<b>8.165,33</b>
9.747.660	30.101.220	27/02/2009	111,00				

Fonte: Planilhas de produção dos anestesiolistas fornecidas pela COOPANEST.



Tabela 8 – Consolidação das divergências dos controles dos médicos do Serviço de Urgência/Emergência

Especialidade médica da Urgência/Emergência e quantitativo registrado no relatório frequência de funcionários	Incongruências verificadas				
	Médico consta no relatório frequência de funcionários, mas não consta da escala de plantão*	Médico consta da escala de plantão, mas não consta no relatório frequência de funcionários.	Médico cumprindo 12h do plantão (50%) ou não cumprindo plantão	Médico consta da relação de antiguidade, mas não consta no relatório frequência de funcionários	Médicos coordenadores não constam das escalas de plantão
11 Anestesistas (12 vínculos)	02 (nem constam na escala da eletiva)	24	22	-	
40 cirurgiões gerais (45 vínculos)	03	03	06	01 (nem consta na escala plantão)	01
19 traumatologistas (20 vínculos)	02 (01 deles não consta na escala antiguidade)	04 (nem constam na escala antiguidade)	1 (chefe do plantão, conforme a escala de plantão)	-	
54 clínicos gerais (58 vínculos)	07 (não constam na escala de plantão e evolução, nem na relação de antiguidade)	03	02 (evolucionistas)	-	01
15 neurologistas (16 vínculos)	03 (nem consta na escala de antiguidade)	07	09		01
13 neurocirurgiões (16 vínculos)	08 (nem consta na escala de antiguidade)	07 (05 deles não constam escala antiguidade) + (02 constam na relação de antiguidade))	07	02	01
15 cirurgiões vasculares (16 vínculos)	01	02		02	01
05 oftalmologistas	Escala constante na relação de antiguidade	Escala constante na relação de antiguidade		03	

Fonte: Relatório de frequência de funcionários – SAPE / Escalas de Plantões da Urgência/emergência / Relação de antiguidade

\* Foram considerados também, como inclusos na escala de plantão, os profissionais que estavam com férias previstas.