PROCESSO Nº:	PMO 15/00366550
UNIDADE GESTORA:	Secretaria de Estado da Saúde Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
RESPONSÁVEL:	João Paulo Karam Kleinubing - Secretário de Estado da Saúde; Pedro de Almeida Araújo – Diretor do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
ASSUNTO:	1º Monitoramento da Auditoria Operacional para avaliar o serviço prestado pelo Hospital Homero de Miranda Gomes (Hospital Regional de São José)
RELATÓRIO DE INSTRUÇÃO:	DAE 021/2016

1. INTRODUÇÃO

Tratam os autos do primeiro monitoramento da Auditoria Operacional realizada no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes - HESJ, com abrangência do período de janeiro a junho de 2012, em que o Tribunal Pleno promoveu a apreciação do Processo RLA 12/00522882, que resultou na Decisão nº 3.214/2013 de 11/09/2013, publicada no DOTC-e em 24/09/2013 (fls. 1.661-2 do Processo RLA 12/00522882).

A referida Decisão conheceu o Relatório de Auditoria Operacional e concedeu o prazo de 30 dias para que a Direção do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e a Secretaria de Estado da Saúde – SES apresentassem um Plano de Ação com a descrição dos responsáveis, das atividades e dos prazos para o cumprimento das determinações e a implementação das recomendações resultantes da auditoria.

Para o seu cumprimento, o HRSJ protocolou o Ofício DIR/HRSJ nº 047/2014 (14/03/2014) e encaminhou seu Plano de Ação (fls. 1.687 a 1.712 do Processo RLA 12/00522882). A SES protocolou, intempestivamente, seu Plano de Ação, por meio do Ofício nº 815/2014 (11/08/2014, fls. 1.733 a 1.745 do Processo RLA 12/00522882).

O Tribunal Pleno aprovou os Planos de Ação apresentados pelas Unidades Gestores por meio da Decisão nº 5.209/2014 de 15/10/2014 (fls. 1.752

do Processo RLA 12/00522882), com a determinação do encaminhamento de um Relatório Parcial até 30/06/15.

A SES encaminhou, intempestivamente, o Relatório Parcial elaborado pelo Hospital Regional de São José, protocolado em 28/07/15, sob o nº 12917/2015 (fls. 09-16 do Relatório PMO 15/00366550).

A Secretaria de Estado da Saúde foi cientificada do início do monitoramento por intermédio do Ofício TCE/DAE nº 573/2016 de 29/01/16 (fl. 18 do Relatório PMO 15/00366550), por meio do qual foi solicitada a documentação necessária para subsidiar os trabalhos. Em 29/02/16, a SES protocolou documento sob o nº 3025/2016, sendo remetido o Ofício nº 64/2016 e um CD (Compact Disc) com todas as informações solicitadas (fls. 19 a 21 dos autos).

Em 21/03/16, a Direção do Hospital foi cientificada do início da auditoria, por meio do Ofício DAE nº 3.502/2016 (fls. 29), momento em que foram apresentados os Auditores responsáveis, assim como foram explanados os objetivos dos trabalhos e os procedimentos que seriam adotados ao longo da execução do monitoramento.

O Planejamento do Monitoramento contempla os objetivos, a metodologia, a proposta de execução e os auditores fiscais de controle externo designados para a realização da auditoria (fls. 277-278). As informações prestadas no relatório parcial de acompanhamento do Plano de Ação foram verificadas *in loco* no período de 21 de março a 15 de abril de 2016.

Em 11/05/16, por meio da Informação DAE nº 008/2016 (fls. 56-57), a Diretoria de Atividades Especiais – DAE solicitou ao Exmo Conselheiro Relator Cesar Filomeno Fontes a declaração de sigilo das informações e documentos, relativos aos pacientes do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, utilizados na instrução do presente processo. A solicitação foi deferida em 17/05/16, conforme Despacho GAC/CFF nº 389/2016 (fls. 58-59). Neste sentido, alguns documentos não se encontram nos autos, mas devidamente arquivados na Diretoria Técnica.

Durante a execução do monitoramento, em decorrência de análises e da verificação *in loco,* identificou-se dois novos achados, (1) realização de cirurgias simultâneas pelo mesmo profissional médico em pacientes e salas diferentes no Centro Cirúrgico Geral e (2) realização de cirurgias de caráter de

urgência/emergência sem justificativa médica evidenciando burla à priorização da fila de espera.

Dada a necessidade de dar conhecimento aos gestores dos novos fatos apurados, foi encaminhado Relatório DAE nº 005/2016 (fls. 63-79) em audiência aos responsáveis, Sr. Murillo Ronald Capella – Secretário de Estado da Saúde (Ofício nº 10.543/2016 – fls. 81) e Sr. Pedro de Almeida Araújo – Diretor do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (Ofício nº 10.542/2016 – fls. 82), para que apresentassem considerações e justificativas, nos termos da Lei Complementar nº 202, de 15 de dezembro de 2000.

A Secretaria de Estado da Saúde encaminhou manifestação em 10/08/16, conforme Ofício nº 581/2016 (fls. 106-194). O Hospital Regional de São José encaminhou manifestação em 18/08/16, conforme Ofício nº 599/2016 (fls. 196-275). Tais manifestações serão analisadas no item 2.3 deste relatório.

Ante o exposto e considerando que os responsáveis tomaram o devido conhecimento dos fatos por meio de audiência, convém dar continuidade ao trâmite processual, com submissão do Relatório de monitoramento ao Relator para decisão definitiva, nos termos do §1º do art. 10 da Resolução 79/2013.

2. ANÁLISE DO CUMPRIMENTO DAS DETERMINAÇÕES E DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

As conclusões dos trabalhos de monitoramento seguirão a ordem dos itens da Decisão nº 3.214/2013, de 11/09/2013, contemplando todas as Recomendações e Determinações. Ressalta-se que as recomendações e determinações que tratam do mesmo assunto e se referem ao Hospital e à Secretaria de Estado da Saúde foram analisadas no mesmo subitem.

2.1 Implementação das Recomendações

2.1.1 Disponibilidade médica para atendimento da escala do centro cirúrgico e atendimento da fila de espera do HRSJ

Recomendação ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (6.2.1.1) Que elabore critérios e os utilize para distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico e que adotem uma gestão adequada da escala de trabalho dos cirurgiões visando otimizar a utilização do centro cirúrgico, a fim de obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais e, consequentemente, diminuir a fila de espera.

Recomendação à Secretaria de Estado da Saúde (6.3.1.1) Que adote as medidas necessárias para sanar o problema da ociosidade do centro cirúrgico de forma a otimizar a utilização do mesmo, visando ao atendimento da fila de espera por cirurgias.

Medida Proposta: O HRSJ (fl. 1691 do Processo RLA 12/00522882) informou que os critérios de distribuição de salas do centro cirúrgico são as (1) demandas dos atendimentos de emergência e ambulatórios e (2) as especialidades cirúrgicas disponíveis no Hospital. Para casos de emergência o critério é risco de vida. Para as eletivas são o impacto na qualidade de vida da doença associada com procedimento cirúrgico, risco de complicações durante o período de espera, tempo de espera estimado dos doentes que estão na lista de espera, a eficácia clínica da intervenção e a utilização de recursos de saúde e serviços durante o período de espera A SES (fl. 1735 do Processo RLA 12/00522882) informou que das 7 (sete) salas cirúrgicas, 5 (cinco) estão sendo utilizadas ininterruptamente de 2ª a 6ª das 7h30min até 19h30min para pacientes internados e eletivos e 1 (uma) para urgência/emergência 24 h/dia. As cirurgias eletivas já são realizadas nas diversas especialidades disponíveis no hospital, bem como cumprimento de ordens judiciais, cirurgias bariátricas e eletivas de ortopedia. As 2 (duas) salas cirúrgicas desativadas serão reabertas após realização do conserto dos focos cirúrgicos	**Prazo para implementação:** Setembro/2014

Primeiro Relatório Parcial: Ofício nº 479/2015, de 24/07/15 (fls. 09-16 do Processo PMO 15/00366550): A SES reiterou as informações sobre as 5 (cinco) salas cirúrgicas que estão sendo utilizadas ininterruptamente de 2ª a 6ª das 7h30min até 19h30min para pacientes internados e eletivos e 1 (uma) para urgência/emergência 24 h/dia. Informaram que as cirurgias eletivas estão sendo

realizadas, com exceção das cirurgias geradas pela grande demanda de traumas que chegam através da emergência geral, priorizando as emergências e ainda, o atendimento de ordens judiciais para a realização de cirurgias eletivas. A sala nº 5 está sendo usada para cirurgias oftalmológicas e uma sala cirúrgica está desativada por falta de equipamentos e recursos humanos.

Análise

Na auditoria foi identificado um percentual médio de 57,47% de ociosidade das salas ativas do Centro Cirúrgico Geral e 29,61% de ociosidade nas salas ativas do Centro Cirúrgico Oftalmológico no período destinado a realização de cirurgias eletivas, entre janeiro a junho/12, ou seja, a capacidade operacional não estava sendo utilizada na totalidade das sete (07) salas ativas do centro cirúrgico, o que impacta diretamente no alto número de pacientes em fila de espera por realização de cirurgias no Hospital, principalmente no Centro Cirúrgico Geral.

Identificou-se que uma das causas para esta ociosidade era o baixo percentual de utilização das horas contratadas dos médicos das especialidades cirúrgicas no Centro Cirúrgico Geral.

Para fazer a mesma análise neste monitoramento solicitou-se ao HRSJ a listagem de cirurgias realizadas no período de janeiro a junho de 2015. Todavia, considerando a informação repassada por meio de entrevistas de que houve um aumento significativo na quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados no final de 2015, solicitou-se também os dados relativos ao mês de março de 2016, com o objetivo de aumentar o grau de confiabilidade dos resultados alcançados pela auditoria.

De acordo com visita "in loco", identificou-se que o Centro Cirúrgico Geral conta com 06 salas cirúrgicas, sendo 05 ativas e um sala inativa por falta de recursos humanos e equipamentos - sala 01. Esta sala chegou a ser ativada por um mês no ano de 2015, porém em função de problemas com o ar condicionado teve que ficar desativada. Atualmente é utilizada para guardar e equipamentos e descanso.

O Centro Oftalmológico conta com três salas ativas - 05, 08 e 09, entretanto, todos os lançamentos de procedimentos cirúrgicos no Sistema Micromed para esta especialidade são feitos nas salas de número 10 e 11, que na

prática não existem. Em entrevista, foi informado que estas salas sempre constaram do rol de salas do Sistema Micromed, mas que nunca existiram. Além disso não souberam informar os motivos.

Ressalta-se que a análise considerou a disponibilidade total de 03 salas ativas, conforme verificação “in loco”.

Para o cálculo da ociosidade foram analisadas somente as cirurgias realizadas no período destinado às cirurgias eletivas, das 7h30min às 19h, de segunda a sexta-feira, ou seja, considerou-se o funcionamento de cada sala cirúrgica de 11,5 horas ao dia, chegando-se à seguinte disponibilidade do centro cirúrgico no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016:

Quadro 1: Disponibilidade do centro cirúrgico por sala ao mês no período destinado às cirurgias eletivas de janeiro a junho de 2015 e março de 2016

Mês	Nº dias úteis no mês	Nº de horas diárias disponíveis por sala (H)	Capacidade Operacional por sala no mês (H)
Janeiro/15	22	11,5	253
Fevereiro/15	20	11,5	230
Março/15	22	11,5	253
Abril/15	19	11,5	218,5
Maio/15	20	11,5	230
Junho/15	20	11,5	230
Março/16	22	11,5	253

Fonte: Informações encaminhadas pelo HRSJ e constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.

Quadro 2: Disponibilidade do centro cirúrgico ao mês no período destinado às cirurgias eletivas de janeiro a junho de 2015 e março de 2016 para o número de salas ativas

Mês/ano	Disponibilidade do CCG ao mês para 05 salas ativas - horas (capacidade operacional no mês x 05)	Disponibilidade do CCO ao mês para 03 salas ativas – horas (capacidade operacional no mês x 03)
Janeiro/15	1265	759
Fevereiro/15	1150	690
Março/15	1265	759
Abril/15	1092,5	655,5
Maio/15	1150	690
Junho/15	1150	690
Março/16	1265	759

Fonte: Informações encaminhadas pelo HRSJ e constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.

Com base nesta disponibilidade e no somatório de horas de todas as cirurgias realizadas em todas as salas, no horário reservado para a realização das cirurgias eletivas, dentro do período de análise, chegou-se a quantidade de horas

ociosas por mês, que é o cálculo da diferença entre as horas efetivamente utilizadas no Centro Cirúrgico (realização de cirurgias mais tempo de limpeza de 30 minutos da sala entre uma cirurgia e outra) e a disponibilidade operacional.

Para o cálculo da ociosidade considera-se apenas o período de utilização efetivo da sala, sem levar em consideração o número de procedimentos realizados dentro de um mesmo horário, sendo assim, o quantitativo refere-se ao número de vezes em que foi utilizada a sala e não o número de procedimentos realizados.

A análise abordou os dois períodos solicitados, sendo observado que houve uma sensível redução do percentual de ociosidade no mês de março de 2016 em relação ao período de janeiro a junho de 2015, no entanto, o que se constata é que ainda há ociosidade nos centros cirúrgicos, conforme Tabelas a seguir:

Tabela 1: Demonstrativo do percentual de ociosidade do Centro Cirúrgico Geral no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016

Mês/ano	Tempo efetivo de utilização das salas	Disponibilidade	Horas ociosas	Percentual de ociosidade no mês
jan/15	680:58:00	1265:00:00	584:02:00	46%
fev/15	604:54:00	1150:00:00	547:21:00	48%
mar/15	511:28:00	1265:00:00	753:32:00	60%
abr/15	607:50:00	1092:30:00	487:05:00	45%
mai/15	671:29:00	1150:00:00	478:31:00	42%
jun/15	629:26:00	1150:00:00	520:34:00	45%
mar/16	748:20:00	1265:00:00	518:55:00	41%
Média de ociosidade do CCG				**47%**

Fonte: Relação de cirurgias lançadas no sistema Micromed no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016, constantes do CD às fls. 21 dos autos.

Tabela 2: Demonstrativo do percentual de ociosidade do Centro Cirúrgico Oftalmológico no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016

Mês/ano	Tempo efetivo de utilização das salas	Disponibilidade	Horas ociosas	Percentual de ociosidade no mês
jan/15	217:13:00	759:00:00	541:47:00	71%
fev/15	146:50:00	690:00:00	540:55:00	78%
mar/15	169:37:00	759:00:00	589:23:00	78%
abr/15	179:00:00	655:30:00	476:30:00	73%
mai/15	221:17:00	690:00:00	468:43:00	68%
jun/15	257:59:00	690:00:00	432:01:00	63%
mar/16	284:11:00	759:00:00	474:49:00	63%
Média de ociosidade do CCA				**70%**

Fonte: Relação de cirurgias lançadas no sistema Micromed no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016, constantes do CD às fls. 21 dos autos.

Com base nestes cálculos chegou-se a um percentual médio de 47% de ociosidade das cinco (05) salas ativas do Centro Cirúrgico Geral e 70% de ociosidade nas três (03) salas ativas do Centro Cirúrgico Oftalmológico no período destinado a realização de cirurgias eletivas, entre janeiro a junho/15 e março/16, ou seja, a sua capacidade operacional não está sendo utilizada na sua totalidade, o que impacta diretamente no alto número de pacientes em fila de espera por realização de cirurgias neste Hospital.

Na Auditoria, evidenciou-se que umas das causas para a ociosidade era o baixo percentual de utilização das horas contratadas dos médicos cirurgiões no Centro Cirúrgico. Para calcular se houve um melhor aproveitamento das horas contratadas, utilizou-se a análise da listagem de cirurgias realizadas em março de 2016.

Com base nesta listagem, (a) selecionou-se o número de médicos que atuou no centro cirúrgico, por especialidade, no referido mês; (b) verificou-se o total de horas contratadas para cada especialidade, considerando que o cirurgião emprega 50% do seu tempo no centro cirúrgico (mesmo critério utilizado na auditoria); (c) calculou-se o total de horas de cirurgias realizadas para cada especialidade, no período de março de 2016; e (d) calculou-se o percentual de horas que os profissionais contratados atuam no centro cirúrgico em cada especialidade, em relação ao total de horas contratadas para cada especialidade.

Com base nesta análise, observa-se que de um total de 6.480 horas contratadas de profissionais cirurgiões nas especialidades de Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia, Oftamologia e Ortopedia e Traumatologia, mesmo considerando uma atuação de 3.240h, ou seja, apenas 50% de atuação das horas contratadas no centro cirúrgico, apenas 764h são utilizadas para a realização de cirurgias, um percentual de apenas 24% (PT 07.1), conforme Tabela a seguir:

Tabela 3: Demonstrativo do percentual de atuação médica em relação à 50% de horas contratadas por especialidade médica do HRSJ

Especialidade	Número de médicos atuantes em março de 16	Soma das horas contratadas para cada especialidade (80 e 160h)	50% das horas contratadas (total/2)	Total de horas de cirurgias na especialidade no mês de março	Percentual de atuação de 50% das horas contratadas
Cirurgia buco-maxilo facial	4	320:00:00	160:00:00	17:54:00	11%
Cirurgia geral	21	1760:00:00	880:00:00	186:58:00	21%
Cirurgia plástica	1	80:00:00	40:00:00	5:00:00	13%

Especialidade	Número de médicos atuantes em março de 16	Soma das horas contratadas para cada especialidade (80 e 160h)	50% das horas contratadas (total/2)	Total de horas de cirurgias na especialidade no mês de março	Percentual de atuação de 50% das horas contratadas
Cirurgia torácica	2	160:00:00	80:00:00	17:46:00	22%
Neurocirurgia	3	240:00:00	120:00:00	22:31:00	19%
Oftalmologia	16	1360:00:00	680:00:00	196:21:00	29%
Ortopedia e traumatologia	32	2560:00:00	1280:00:00	318:01:00	25%
Total Geral	**79**	**6480:00:00**	**3240:00:00**	**764:31:00**	**24%**

Fonte: Relação de cirurgias realizadas no centro cirúrgico do Hospital Regional de São José no mês de março de 2016, constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.

Ao comparar os resultados obtidos neste monitoramento com os resultados obtidos na auditoria, tem-se que houve uma redução da ociosidade no centro cirúrgico geral de 57,47% para 47%, enquanto que no centro cirúrgico oftalmológico houve um aumento das horas ociosas de 29,61% para 70%.

Em relação ao Centro Cirúrgico Oftalmológico, ressalta-se que houve o aumento de salas cirúrgicas ativas, de duas, na auditoria, para três, neste monitoramento. Entretanto, observou-se que não houve uma mudança significativa nas horas efetivas de sua utilização.

Na auditoria, no período de janeiro a junho de 2012, foram realizados 611 procedimentos, totalizando 1.017h46min, uma média de 169h37min e, neste monitoramento, no período de janeiro a junho de 2015, foram realizados 685 procedimentos, totalizando 1.191h56min, ou uma média mensal de 198h39min.

Em relação à atuação médica no centro cirúrgico, o percentual de atuação em relação à 50% das horas contratadas reduziu de 28,08% para 24%, conforme demonstra-se no Quadro a seguir:

Quadro 3: Demonstrativo dos percentuais de ociosidade e atuação médica no período de auditoria e monitoramento.

Processo	Percentual médio de ociosidade		% de atuação médica no Centro Cirúrgico em relação a 50% das horas contratadas.
	CCG	CCO	
Auditoria	57,47%	29,61%	28,08%
Monitoramento	47%	70%	24%

Fonte: Relação de cirurgias lançadas no sistema Micromed no período de janeiro a junho de 2015 e março de 2016, constantes do CD às fls. 21 dos autos.

Ante o exposto, verifica-se que a capacidade operacional do Centro Cirúrgico do Hospital Regional de São José permanece não sendo utilizada em sua totalidade e, além disso, que há um aproveitamento insuficiente das horas contratadas dos médicos cirurgiões.

Para identificar se o Hospital adotou critérios para uma melhor distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico (Item 6.2.1.1) fez-se uma análise comparativa das horas disponíveis na escala do CC com a disponibilidade de horas médicas contratadas e, ainda, com a efetiva utilização do centro cirúrgico.

A seguir, apresenta-se a distribuição das especialidades de acordo com a escala do centro cirúrgico no mês de março de 2016:

Quadro 4: Escala dos centros cirúrgicos

Escala do CCG para Março de 2016					
Sala 1					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
Tarde	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
Sala 2					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	NEURO	TORÁCICA	GERAL	GERAL	GERAL
Tarde	BUCO	GERAL	PROCTO	GERAL	GERAL
Sala 3					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	GERAL	NEURO	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA	UROLOGIA
Tarde	GERAL	PLÁSTICA	PLÁSTICA	ORTOPEDIA	GERAL
Sala 4					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã			BUCO		
Tarde				NEURO	
Escala do CCO - Março de 2016					
Sala 8					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO
Tarde	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO
Sala 9					
Turno	**Segunda**	**Terça**	**Quarta**	**Quinta**	**Sexta**
Manhã	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO
Tarde	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO	OFTALMO

Fonte: Escala dos centros cirúrgicos, constante do CD (fls. 280)

Ao somar as horas disponíveis na escala para cada especialidade, considerando o horário de funcionamento do centro cirúrgico para cirurgias eletivas, das 07h30min às 19h (informação extraída do item 10 da Requisição 01 do monitoramento), chega-se ao total de 11h30min por dia, sendo 6 horas no período da manhã e 5h30min no período da tarde, resultando no seguinte montante de horas por especialidade no mês de março de 2016.

Quadro 5: Disponibilidade de horas mensais por especialidade na Escala

Especialidade	Horas/ Mês
Bucomaxilo	46
Cirurgia Geral	206
Neurologia	70
Oftalmologia	460
Ortopedia	300

Especialidade	Horas/ Mês
Cirurgia Plástica	44
Proctologia*	22
Cirurgia Torácica	24

Fonte: Escala dos centros cirúrgicos, constantes do CD

Ao confrontar as horas disponíveis na escala do CC com a disponibilidade de horas médicas contratadas e, ainda, com a efetiva utilização do CC, verifica-se o seguinte:

Quadro 6: Escala x disponibilidade de horas médicas por especialidade no CC

Especialidade	Nº de médicos (a)	50% das horas contratadas (Horas contratadas /2) (b)	Horas na escala ao mês (c)	Horas médicas disponíveis d = (b - c)	Percentual do aproveitamento das horas contratadas na escala e = (c/b)	Horas efetivas de cirurgias (f)	Percentual de utilização das horas na escala g= (f/c)
Bucomaxilo	4	160:00:00	46:00:00	114:00:00	29%	17:54:00	39%
Cirurgia geral	21	880:00:00	206:00:00	674:00:00	23%	186:58:00	91%
Cirurgia plástica	1	40:00:00	44:00:00	04:00:00	110%	05:00:00	11%
Cirurgia torácica	2	80:00:00	24:00:00	56:00:00	30%	17:46:00	74%
Neurocirurgia	3	120:00:00	70:00:00	50:00:00	58%	22:31:00	32%
Oftalmologia	16	680:00:00	460:00:00	220:00:00	68%	196:21:00	43%
Ortopedia e traumatologia	32	1280:00:00	300:00:00	980:00:00	23%	318:01:00	106%

Fonte: Escala de trabalho do CC
*As cirurgias de proctologia e urologia foram incluídas na especialidade de cirurgia geral.
** Foi adotado o mesmo critério utilizado na auditoria de que 50% da carga horária dos médicos atuantes no centro cirúrgico deve ser cumprida neste setor e que os outros 50% são cumpridos em outros setores do hospital.

Ao analisar o quadro anterior, observa-se a persistência da inadequação dos critérios utilizados pelo Hospital para a elaboração da escala dos centros cirúrgicos.

Primeiro, verifica-se uma subutilização das horas médicas contratadas, pois mesmo considerando apenas 50% da disponibilidade total, a escala prevê uma utilização de 23% para cirurgia geral e ortopedia e traumatologia, 29% para Bucomaxilo, 30% para Cirurgia Torácica, 58% para Neurologia e 68% para Oftalmologia. No caso da cirurgia plástica, a escala prevê um aproveitamento de 44 horas, ou seja, 4 horas a mais do que 50% das horas contratadas.

Esta análise demonstra que a distribuição das horas na escala do centro cirúrgico não utiliza como critério o aproveitamento adequado das horas contratadas das especialidades médicas.

Segundo, o Hospital também não fez um dimensionamento das escalas com base no critério da efetiva utilização do centro cirúrgico, pois apesar de haver um aproveitamento acima de 50% das horas da escala para cirurgia torácica (74%), cirurgia geral (91%) e ortopedia e traumatologia (106)% , o mesmo não acontece para as demais especialidades, nas quais o percentual de utilização das horas disponíveis na escala é de 11% para cirurgia plástica, 32% para neurocirurgia, 39% para bucomaxilo e 43% para oftalmologia.

Umas das inferências que se pode fazer é que justamente nas especialidades nas quais há uma maior utilização, há também um menor aproveitamento das horas médicas contratadas, como no caso da cirurgia geral e ortopedia.

Tais situações permanecem impactando diretamente no alto número de pacientes na fila de espera por procedimentos cirúrgicos deste Hospital. De acordo com informações enviadas pela Secretaria de Estado de Saúde, até janeiro de 2016, houve um aumento do número de pessoas na fila de espera de 60,39% em relação ao número de pacientes em agosto de 2012, período em que foi realizada a auditoria. Apresenta-se na sequência o comparativo do número de pacientes na fila de espera entre os dois períodos de análise.

Tabela 4: Demonstrativo do crescimento da fila de espera relativa ao período de Agosto/2012 a Janeiro/2016

Especialidade	Agosto/2012	Janeiro/16	Percentual (%)
Ortopedia	3087	5108	65,47
Cirurgia Geral	1253	1951	55,71
Plástica	440	565	28,41
Proctologia	335	379	13,13
Torácica	55	96	74,55
Urologia	25	71	184
Otorrinolaringologia	22	84	281,82
Bucomaxilo	4		
Neurocirurgia		63	
Cirurgia de Cabeça e Pescoço		26	
Cirurgia Bucomaxilofacial		21	
Oftalmologia		5	
Cirurgia Ap. Digestivo		3	
Cirurgia Pediátrica		1	
Cirurgia de Mão		1	
Total	**5221**	**8374**	**60,39**

Fonte: Fila de Espera existente em Janeiro/16, conforme informação encaminhada pela SES constantes do CD às fls. 21 dos autos

Ressalta-se que foi identificada a existência de duplicidade de lançamento de pacientes para o mesmo procedimento, em razão da inserção de

dados ter ocorrido em datas diferentes. Isto poderia ser minimizado se a lista de espera fosse periodicamente validada, com o objetivo de detectar a existência de nomes duplicados ou de pacientes que deveriam ser retirados da fila, ora por mudança de cidade/estado, realização de cirurgia em outro hospital, óbito, ou pela reversão da indicação cirúrgica.

Conclusão

Ante as análises apresentadas constata-se que os critérios adotados pelo Hospital para a distribuição nas escalas médicas do centro cirúrgico e informados no Plano de Ação e no Relatório parcial permanecem inadequados e não contribuem para otimizar a utilização dos centros cirúrgicos, na medida em que houve uma sensível redução nos índices de ociosidade do Centro Cirúrgico Geral, de 57% para 30%, porém com um aumento importante da ociosidade no Centro Cirúrgico Oftalmológico, de 47% para 70%.

Além disso, verificou-se um baixo percentual de aproveitamento das horas contratadas ao distribuir as especialidades na escala do centro cirúrgico, como no caso de Cirurgia Geral e Ortopedia e Traumatologia, nos quais a escala prevê a utilização de apenas 23% de 50% das horas contratadas. Ressalta-se, que são as especialidades que apresentam uma maior utilização e um maior número de pacientes em fila de espera, com 1951 e 5108 pacientes aguardando por cirurgia (até janeiro de 2016).

Os critérios adotados para a distribuição das especialidades nas escalas médicas não permitem um aproveitamento suficiente das horas contratadas dos cirurgiões médicos, sendo constatado apenas 24% de atuação médica no Centro Cirúrgico em relação a 50% das horas contratadas, não muito diferente do que foi identificado na Auditoria (28%).

Neste sentido, conclui-se que o HRSJ não implementou a recomendação do item 6.2.1.1 da Decisão nº 3.214/2013, para elaborar critérios e utilizar para distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico e adotar uma gestão adequada da escala de trabalho dos cirurgiões visando otimizar a utilização do centro cirúrgico, a fim de obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais e, consequentemente, diminuir a fila de espera.

Assim como, a SES também não atendeu a recomendação do item 6.3.1.1 da Decisão nº 3.214/2013 para adotar as medidas necessárias para sanar o problema da ociosidade do centro cirúrgico de forma a otimizar a utilização do mesmo, visando ao atendimento da fila de espera por cirurgias. Isto posto, consideram-se não implementadas as recomendações.

2.2 Cumprimento das Determinações

2.2.1 Lotação incorreta dos profissionais médicos do HRSJ

Determinação ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (6.2.2.1); e Secretaria de Estado da Saúde (6.3.2.1) Que lote os profissionais médicos nos setores em que efetivamente atuam, nos termos do art. 21 da Lei (estadual) nº 6.745/1985.

Medida Proposta: O HRSJ solicitou ao setor de RH a alteração da lotação dos médicos lotados na Emergência Geral (1694 a 1706) A SES enviou cópias da mesmas Comunicações Internas enviadas pelo HRSJ para comprovar a solicitiação da mudança de lotação dos médicos. (fls. 1734, 1736, 1737 e 1738)	**Prazo para implementação:** Já cumprido em setembro/2013

Primeiro Relatório Parcial: Ofício nº 479/2015, de 24/07/15 (fls. 09-16 do Processo PMO 15/00366550): Reiteraram a informação do Plano de Ação, no qual informaram que já haviam feito a mudança de lotação dos médicos no ano de 2013.

Análise

A auditoria detectou deficiências na lotação de pessoal, com mais de 88% dos profissionais médicos atuantes no centro cirúrgico lotados em outros setores, conforme demonstrado no Quadro a seguir, em desconformidade com Lei (estadual) nº 6.745/1985, que rege o Estatuto dos Servidores de Santa Catarina, e que em seu art. 21 define a lotação como:

> art. 21 - O funcionário terá exercício no órgão em que for lotado.

§ 1º - Entende-se por lotação, o número de funcionários que deva ter exercício em cada órgão, mediante prévia distribuição dos cargos e das funções de confiança integrantes do respectivo quadro.
§ 2º A lotação pessoal do funcionário será determinada no ato de nomeação, movimentação ou progresso funcional e de reingresso.

Quadro 7: Profissionais atuando no centro cirúrgico x lotados no centro cirúrgico – janeiro a junho de 2012

Nº de Profissionais atuantes no CC de janeiro a junho de 2012	Nº de Profissionais atuantes e lotados no CC	% de Profissionais atuantes e lotados no CC em relação ao total
95	**11**	**11,58**

Fonte: Listagem HRSJ com lotações (fls. 45-52) e Escalas (fls. 553-1058 do processo RLA 12/00522882)

Para identificar a atuação e a lotação dos profissionais médicos neste monitoramento foi realizada uma análise comparativa entre os nomes constantes da listagem atual de profissionais médicos e suas respectivas lotações, constantes do Quadro Completo de Profissionais e os nomes dos profissionais constantes da listagem das cirurgias realizadas de janeiro a junho/2015 (fls. 21, do Processo PMO 15/00366550).

Chegou-se ao número de 93 cirurgiões atuantes no período de janeiro a junho de 2015 (PT-12), dos quais apenas 12 profissionais médicos que atuam no centro cirúrgico encontram-se lotados neste setor, conforme Quadro a seguir,

Quadro 8: Profissionais atuando no centro cirúrgico x lotados no centro cirúrgico – janeiro a junho de 2015

Nº de Profissionais atuantes no CC de janeiro a junho de 2015	Nº de Profissionais atuantes e lotados no CC	% de Profissionais atuantes e lotados no CC em relação ao total
93	**12**	**12,90**

Fonte: Informações encaminhadas pelo HRSJ e constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.

Desta forma, é possível verificar que a situação é semelhante a encontrada na época da auditoria, ou seja, de 95 médicos atuantes no centro cirúrgico, apenas 11 (11,58%) estavam lotados neste setor. Neste monitoramento o percentual é muito próximo, ou seja, de 93 médicos atuantes no centro cirúrgico, apenas 12 (12,9%) encontram-se com a lotação de acordo com a sua atuação.

Conclusão

Neste sentido, conclui-se que as Determinações 6.2.2.1 ao Hospital e 6.3.2.1 à Secretaria de Estado da Saúde da Decisão nº 3.214/2013 não foram

cumpridas, sendo necessária a reiteração para que os gestores cumpram a determinação de lotar os profissionais médicos nos setores em que efetivamente atuam, nos termos do art. 21 da Lei (estadual) nº 6.745/1985.

2.2.2 Registro de Ponto

Determinação ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (6.2.2.2); e Secretaria de Estado da Saúde (6.3.2.2) Que providencie imediatamente o registro do ponto biométrico dos médicos, registrando todas as entradas e saídas, com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas, conforme os artigos 25 da Lei (estadual) 6.745/85, 19, §1º, da Lei Complementar nº 323/06 e 63 da Lei nº 4.320/64.

Medida Proposta: O HRSJ encaminhou cópia da CI 1657/13 (fls. 1707 e 1740 do Processo RLA 12/00522882), na qual solicita à SES a instalação de barreiras físicas nas portarias de acesso ao Hospital, bem como o monitoramento eletrônico. A SES encaminhou cópia da mesma CI (fls. 1734-40 do Processo RLA 12/00522882)	**Prazo para implementação:** HRSJ - Ponto biométrico já implantado desde 2007 (fls. 1734 do Processo RLA 12/00522882).

Primeiro Relatório Parcial: Ofício nº 479/2015, de 24/07/15 (fls. 09-16 do Processo PMO 15/00366550): Contém esclarecimentos enviados pelo HRSJ através da CI 287/UADGP/2015 (fl. 15) sobre os registros de ponto dos servidores, controle de ponto, registro de horas plantão e sobreaviso e justificativas sobre alterações de escalas e eventuais faltas. Há também informações sobre controle de acesso de servidores nas portarias e manifestação de dúvidas sobre qual tipo de barreira física seria necessária para impedir a evasão de servidores.

Análise

Identificou-se na auditoria que o registro de frequência dos servidores era realizado por meio de um relógio ponto instalado na entrada de serviço do HRSJ. Constatou-se ainda que aquele sistema apresentava problemas, tendo em vista que as informações do banco de dados não conferiam com aquelas registradas no relatório de ponto. Em decorrência daquelas limitações era preciso fazer acertos manualmente no relatório, o que mobilizava todo o setor de

Recursos Humanos. Além disso, em razão da existência de várias vias de acesso ao hospital constatou-se a necessidade de instalação de barreiras físicas (catracas) com software preparado para o registro do ponto dos médicos.

Em face do exposto, determinou-se ao Hospital Regional de São José e à Secretaria de Estado da Saúde que providenciassem imediatamente o registro do ponto biométrico dos médicos com software adequado com monitoramento eletrônico e barreiras físicas.

Considerando que foi apresentado no Plano de Ação apenas medidas relativas ao ponto biométrico, o Tribunal Pleno, por meio da Decisão nº 5.209/2014, que aprovou o Plano de Ação, determinou no **item 6.2.3** que a SES e o Hospital apresentassem um responsável e estipulassem um prazo para a instalação das barreiras físicas no HRSJ, num prazo de 30 dias, a contar da publicação da deliberação no DOE.

A Secretaria de Estado da Saúde manifestou-se acerca do exposto, por meio do Ofício nº 00567/2015, de 02/07/15, protocolado nesta Casa sob o nº 011422/2015 (fls. 3-7 do Processo PMO 15/00366550), e encaminhou cópia de documentos.

A CI nº 925/2015 (fl. 04) da Gerência de Administração do HRSJ informando à Superintendência dos Hospitais Púbicos - SUH que adotou medidas, em relação à instalação do ponto biométrico:

> a) Diminuímos o acesso dos funcionários ao hospital em apenas duas saídas com ponto biométrico; b) o uso do ponto biométrico já instalado com a devida informação a todos os funcionários; c) Esta Unidade usa de ferramentas como a distribuição de escalas nos setores, o serviço de RH próximo ao ponto biométrico, reuniões com as chefias para avaliar como está o empenho do serviço no setor e câmara de segurança.

A CI nº 2093/2015/GEDHP/SUH (fl. 06) da superintendência dos Hospitais Públicos - SUH que solicita ao HRSJ o “aumento da fiscalização e as providências cabíveis em caso de infração administrativa por parte de qualquer servidor”.

E a Informação nº 1442/2015 (fl.07) da Diretoria Gestão Pessoas/SES encaminhada à SUH destacando que desde 2012 vem implementando ações que aprimoram a funcionalidade do sistema com a finalidade de controlar a frequência dos servidores e gerar relatórios de forma mais ágil e eficaz no âmbito da SES. Destas ações destacam-se:

> a) aquisição (processo licitatório em fase final) de novos relógios com versões atualizadas; b) aquisição de crachás de proximidade para os servidores que não possuem digitais; c) desenvolvimento de customização de escalas com jornada de 24 horas. O software também permite o controle de acesso, porém a gestão do sistema associada a utilização e outros instrumentos como barreiras físicas são de responsabilidade de cada unidade à sua efetiva implantação, podendo ou não estar vinculado ao relógio biométrico. Nessa lógica de controle de acesso, a unidade conta com outras ferramentas adicionais como câmeras e vigilância orgânica localizadas em locais estratégicos. Neste sentido, recomenda-se orientar a unidade para que, se de fato julgar necessária a implantação de barreiras físicas para melhor controle de acesso, adote as providências pertinentes.

Com base nas informações transcritas, depreende-se que a SES cobrou medidas do HRSJ a respeito da instalação do Ponto Biométrico, sendo respondida pela CI nº 925/2015 e, solicitou também o aumento de fiscalização em relação aos servidores que cometerem infrações administrativas (CI nº2093/2015/GEDHP/SUH). Por fim, elencou as ações que implementou para aprimorar o controle de frequencia dos servidores e concluiu com a recomendação de que **cabe às Unidades Hospitalares decidirem sobre a implatação das barreiras físicas** (Informação nº 1442/2015). (Grifo nosso)

Em 28/07/2015, a SES e o HRSJ apresentaram o Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação no qual informaram que os registros de ponto dos servidores, independentemente do cargo, são biométricos desde 2007. Citaram que existe o controle de ponto e que o registro de horas além da carga horária (hora plantão e sobreaviso) são feitos em escalas e com conferência dos cartões ponto. Além disso, as alterações de escalas e eventuais faltas são formalmente justificadas. Há também a informação de que o Hospital possui várias portarias de acesso e que somente duas possuem ponto biométrico. Informam ainda, que não veem com clareza qual tipo de barreira física seria necessária para impedir a evasão de servidores, uma vez que em cada acesso existe a presença de um vigilante e nos locais onde estão instalados os pontos biométricos já foram instaladas portas que dão acesso apenas com o uso do crachá de identificação.

Durante o monitoramento, foi informado que os pontos biométricos digitais são novos e estão concentrados na entrada principal utilizada por todos os servidores. Além disso, que o monitoramento é feito por meio de câmeras instaladas junto às catracas para confirmação de possíveis problemas.

A SES informa que a vinculação de barreiras físicas ao relógio de ponto é de responsabilidade de cada unidade, não sendo sua competência.

Na visita “in loco” aos acessos do HRSJ verificou-se que há mais equipamentos de registro de pontos biométricos à disposição dos servidores, entretanto não houve instalação de barreiras físicas, conforme se verifica nos registros fotográficos a seguir.

Quadro 9: Registro Fotográficos dos acessos ao HRSJ

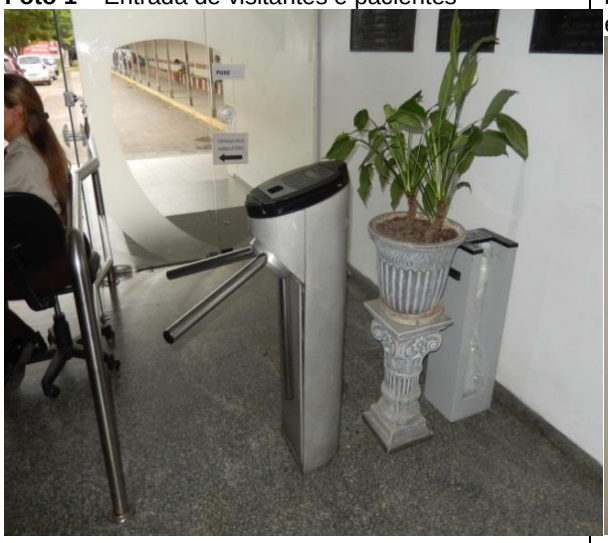
Foto 1 – Entrada de visitantes e pacientes  Não é permitida a entrada de funcionários por esta entrada. Não há câmeras e nem vigilantes.	**Foto 2**– Portaria do Ambulatório – Setor de Exames e Diagnósticos (vista externa) Há vigilante que exige identificação dos pacientes. Não há câmeras.
Foto 3 – Portaria do Ambulatório – Setor de Exames e Diagnósticos (vista interna) Há vigilante que exige identificação dos pacientes. Não há câmeras.	**Foto 4** – Porta próxima a Almoxarifado Central Fica aberta das 7:00 h. às 22:00 h. Não há câmeras e não havia vigilante presente no momento da foto.

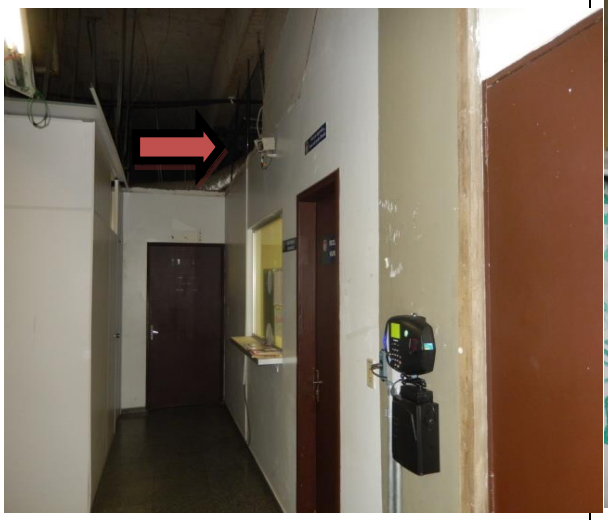
Foto 5 – Relógio Ponto de Registro dos Servidores

Relógio Ponto no corredor de acesso principal dos servidores.

Foto 6 – Corredor do acesso principal dos servidores do hospital

Neste corredor estão disponibilizados vários relógios ponto lado a lado para otimizar o registro de ponto dos servidores.

Foto 7 – Relógio ponto no acesso principal dos servidores do hospital



Mais um relógio de ponto na entrada principal dos servidores. Nesta foto nota-se que há uma câmera que filma apenas uma parte do corredor.

Foto 8 – Porta da entrada e saída principal dos servidores

Há a necessidade de um crachá funcional para liberar a abertura desta porta. Não há câmeras e não há catracas.

Foto 9 – Porta interna que dá acesso ao ICSC

Há dois relógios ponto nesta porta e o servidor passa o crachá funcional para abrir a porta. Não há câmeras e nem vigilantes.

Como é possível visualizar nos registros fotográficos, o Hospital apresenta vários acessos de entrada e saída, porém a única entrada que apresenta catraca é a porta de entrada dos visitantes, por onde o profissional médico não tem acesso ao registro de ponto. Nos locais onde há o equipamento instalado para o registro de ponto não há barreiras físicas (catracas).

Ressalta-se que o objetivo da proposição de instalação das catracas associadas a um software preparado para o registro de ponto dos médicos é coibir a entrada e saída dos profissionais médicos sem o seu devido registro, o que persiste conforme análise descrita item 2.2.3 – Controle de Produtividade deste relatório. A partir da análise comparativa entre o registro e os relatórios de produtividade médica é possível identificar discrepâncias entre as horas registradas pelo profissional no ponto biométrico e as horas registradas na sua produtividade.

Neste contexto, cita-se artigo disponível no Portal do Tribunal de contas (www.tce.sc.gov.br) publicado em 29/08/16, do qual se extrai algumas orientações no sentido de que a Administração Pública deve observar com rigor o cumprimento da jornada de trabalho de todos os seus servidores, considerando a sua importância na persecução ao cumprimento dos princípios que regem a Administração Pública, quais sejam:

> a) (...)
> b) implantação de controle de jornada de trabalho por meio eletrônico, sempre que possível, com controle rigoroso durante a jornada de trabalho onde fique registrado em cada período trabalhado os horários

de entrada e saída. Para garantir o controle efetivo sobre a frequência dos servidores lotados nas diversas unidades, é imprescindível implantar mecanismos hábeis tais como catraca, câmaras ativas de vigilância, guarda, portão único de entrada e saída, aferição digital, entre outros, de maneira que o servidor somente possa ingressar ou se ausentar da unidade utilizando as entradas e saídas onde esteja instalado o mecanismo de controle de frequência;
(...)

Conclusão

O Hospital Regional de São José, apesar de ter instalado aparelhos para o registro de ponto biométrico em mais de uma via de acesso ao Hospital, não instalou as barreiras físicas (catracas) necessárias para coibir a entrada e a saída dos profissionais médicos sem o registro de frequência, permanecendo a falta de controle efetivo da sua presença no ambiente de trabalho.

A documentação e o Plano de Ação apresentados demonstram que não há uma definição sobre o responsável sobre a instalação das catracas. A SES entende que é de responsabilidade das unidades hospitalares, caso ache necessário, e o HRSJ, por sua vez, acredita que se trata de uma medida que deve ser adotada pela SES.

Além disso, a informação de que o hospital limitaria o acesso de funcionários a duas saídas (CI nº 925/2015 - fl. 04), não restou comprovada na visita *in loco*. Dessa forma, não houve o cumprimento dos itens 6.2.2.2 e 6.3.2.2 da Decisão 3.214/2013.

2.2.3 Controle de Produtividade

Determinação ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (6.2.2.3); e Secretaria de Estado da Saúde (6.3.2.3) Que demonstre cabalmente por meio de controle de ponto efetivo que os médicos cumprem a jornada de trabalho para a qual foram contratados, conforme o art. 25 da Lei (estadual) nº 6.745/85, §§ 1º e 9º do art. 19 e art. 20, I, da Lei Complementar (estadual) nº 323/06 e art. 63 da Lei nº 4.320/64.

Medida Proposta: HRSJ informou que os Analistas Técnicos em Gestão e Promoção da Saúde que não cumprem carga horária são descontados e CI 473/UADGP/13: registros de ponto dos servidores do hospital são biométricos desde 2007, assim como o controle de ponto (fls. 1708-9). A SES encaminhou a mesma documentação (fls. 1741-2).	**Prazo para implementação:** Outubro de 2013

Primeiro Relatório Parcial: Ofício nº 479/2015, de 24/07/15 (fls. 09-16 do Processo PMO 15/00366550): Contém informações da CI nº 269/UDDGP/2015 (fl. 16), relatando que os registros de ponto dos servidores do hospital são biométricos desde 2007, que a partir de setembro/2013 todos os médicos foram lotados de acordo com a legislação vigente, assim como o controle de ponto dos servidores e os descontos de quem não cumpre a carga horária.

Análise

Na auditoria constatou-se que a maioria dos profissionais médicos não registrava o ponto, não sendo possível utilizar o relatório de frequência para verificar o efetivo cumprimento da carga horária contratada de 80 horas. Foi analisada a produção destes profissionais para verificar o atendimento do contrato de trabalho e utilizado como critério o quantitativo de horas registradas nas escalas de trabalho dos diversos setores em que atuam, assim como o quantitativo de horas registradas como produção do centro cirúrgico.

Ao analisar uma amostra dos médicos atuantes no centro cirúrgico de janeiro a junho de 2012 verificou-se que nove profissionais, além de não registrar 80 horas de jornada, também apresentaram uma média de produtividade muito abaixo das 80 horas contratuais (fl. 1503 do RLA 12/00522882)

Com o objetivo de verificar a produtividade dos profissionais médicos atuantes no centro cirúrgico neste monitoramento, foram analisados os seguintes documentos (constantes do CD, localizado às fls. 21 dos autos):

1) Escala de trabalho dos profissionais médicos de todos os setores do Hospital, relativa ao mês de março de 2016;
2) Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico, relativos ao mês de março de 2016;
3) Relação de todas as cirurgias realizadas no período de 01 de março a 04 de abril de 2016.

Selecionou-se os médicos atuantes no centro cirúrgico no mês de março de 16 e verificou-se sua produção no centro cirúrgico, no ambulatório, no setor de realização de exames e atendimentos na emergência, com base no relatório de produtividade.

Em seguida, identificou-se os médicos que tiveram uma produção inferior a 20 horas no centro cirúrgico e quantificou-se as horas constantes das escalas de todos os setores, nos quais os médicos atuaram no mês de março de 2016. Traçou-se um comparativo entre o quantitativo de horas constantes no relatório de registro do ponto biométrico, com as horas registradas de entradas e saídas do login do sistema Micromed e as horas de previstas nas escalas.

Destaca-se que não foi possível utilizar as informações dos setores de ambulatório, exames e emergência para calcular horas, pois o lançamento nestes setores é registrado pelo número de atendimentos. No entanto, todo atendimento realizado no Hospital é lançado no Micromed, sendo assim, todos os atendimentos de cada profissional devem ser lançados no Sistema.

Convém ressaltar a informação prestada pela Direção do Hospital de que os médicos residentes têm senha própria para “logar” no Sistema Micromed, mas como não têm direito à produtividade, lançam os seus atendimentos na produtividade do médico preceptor responsável da especialidade. Sendo assim, nem todos os atendimentos registrados no ambulatório e na emergência em nome do médico preceptor foram efetivamente realizados por ele.

Além disso, segundo informações prestadas pelo setor de custos do Hospital, o registro da matrícula do profissional no Sistema Micromed (Log) é o que “em tese” retrata com maior confiabilidade a presença física do profissional no seu local de trabalho.

Em geral, constatou-se que os profissionais analisados apresentam um quantitativo de horas registradas no ponto biométrico que se assemelha ao total de horas registradas nas escalas. Porém, é evidente a discrepância aquelas horas (ponto biométrico e escalas) e as horas de efetiva realização de cirurgias e registradas no Sistema Micromed.

As análises apresentadas a seguir têm como critério que o quantitativo de horas lançadas no Sistema Micromed pelo profissional médico é o que efetivamente demonstra a presença do médico no local de trabalho, assim como o registro das cirurgias.

Quadro 10: Produtividade dos profissionais lotados na escala Bucomaxilo – março/16

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Amb	Emerg	Exames	Total Horas LOG
Marcelo Vargas Schultz	385689-01-5	Buco Maxilo	138:52:00	138:00:00	04:45:00	7	2	0	34:43:00

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Amb	Emerg	Exames	Total Horas LOG
Priscila Sell	959546-01-5	Buco Maxilo	132:32:00	138:00:00	03:08:00	21	2	0	32:18:00
Eduardo Meurer	383341-01-0	Buco Maxilo	137:10:00	138:00:00	04:40:00	53	4	0	54:58:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

Dentre os profissionais de Bucomaxilo verifica-se que a escala é padrão, ou seja, todos estão escalados para atuar 138h e registram um quantitativo semelhante no ponto biométrico. No entanto, não é possível afirmar que houve uma atuação do mesmo quantitativo, haja vista os profissionais apresentarem uma atuação cirúrgica e lançamentos no Micromed que não chegam a 80 horas. Ressalta-se o profissional de matrícula 385689-01-5 que apesar de registrar 138h, conforme previsto em sua escala, apresentou somente 04h45min de cirurgias e 34h43min de log no Sistema Micromed.

Quadro 11: Produtividade dos profissionais lotados na escala Cirurgia Geral- Emergência Geral – março/16

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgia	Amb.	Emerg.	Exames	Total Horas LOG
Gilson Correa Netto Silva	255340-01-6	Cir Geral Emergência Geral	53:50:00	84:00:00	06:28:00	0	30	0	0
Luiz Henrique Pacheco	666003-02-7	Cir Geral Emergência Geral	80:31:00	90:00:00	18:50:00	0	53	0	0
Aline S Kracik	667219-02-1	Cir Geral Emergência Geral	84:24:00	84:00:00	01:40:00	0	64	0	03:10:00
Jackson Mengarda	389862-03-8	Cir Geral Emergência Geral	92:51:00	90:00:00	09:40:00	0	107	0	10:16:00
João Carlos C. Oliveira	255896-01-3	Cir Geral Emergência Geral	98:35:00	78:00:00	00:51:00	38	0	11	10:48:00
Roberto Kincheski	673493-01-6	Cir Geral Emergência Geral	76:08:00	96:00:00	07:16:00	0	60	0	11:45:00
Felipe Buaes Pizzato	652531-01-8	Cir Geral Emergência Geral	66:03:00	64:00:00	02:50:00	0	11	46	17:10:00
Fernando Ferraz de Miranda	397528-02-2	Cir Geral Emergência Geral	89:29:00	84:00:00	05:50:00	0	90	0	25:51:00
Carlos Andre Bastian	397650-02-5	Cir Geral Emergência Geral	70:11:00	66:00:00	12:10:00	0	92	0	41:44:00
Marcelo A Vieira Angelo	969752-01-7	Cir Geral Emergência Geral	82:20:00	90:00:00	06:02:00	0	124	0	96:07:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16 (CD localizado às fls. 21 dos autos).

No setor de emergência geral os profissionais apresentam uma quantidade de horas de cirurgias e log no Sistema Micromed muito abaixo do total

de horas nas escalas e registradas. Ressalta-se os profissionais médicos de matrícula 255340-01-6, que conta com apenas 06h28min de cirurgias e “0h” de registro no Sistema, assim como o de matrícula 666003-02-7, que apresentou 18h50min de cirurgias e “0h” lançadas no Micromed. Tais registros não conferem com o número de atendimentos apresentados no ambulatório de 30 e 53, respectivamente.

Destaca-se que o profissional de matrícula 969752-01-7 foi o único profissional da amostra, relativa a esta especialidade, em que foi constatado um log de horas no Micromed e uma produção no centro cirúrgico acima do registrado no ponto e nas escalas, o que, segundo a análise comprovaria que este profissional esteve no hospital durante 96h07min.

Quadro 12: Produtividade dos profissionais lotados na escala Cirurgia Torácica – março/16:

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Ambulatório	Emergência	Exames	Total Horas LOG
Daniel di Pietro	286480-02-0	Cirurgia Torácica	90:06:00	102:00:00	14:34:00	18	1	22	16:34:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

No setor de escala de Cirurgia Torácica o profissional selecionado apresentou um registro de 14h34min de cirurgia e 16h34min de log no Sistema Micromed, o que é bem inferior ao registro de ponto biométrico de 90h06min e 102h na escala do setor de Cirurgia Torácica.

Quadro 13: Produtividade dos profissionais lotados na escala Endoscopia – março/16:

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Ambulatório	Emergência	Exames	Total Horas LOG
Fabricio Miri de Araujo	658652-01-0	Endoscopia	90:23:00	86:00:00	3:20:00	0	0	143	27:45:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

Na escala de Endoscopia, o profissional selecionado teve uma produção cirúrgica de 3h20min e 27h45min de log no Sistema Micromed durante o mês de março, o que é inferior às 90h23min registradas no ponto biométrico às 86h de escala no setor.

Quadro 14: Produtividade dos profissionais lotados na escala Neurocirurgia – março/16:

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Ambulatório	Emergência	Exames	Total Horas LOG
Andre Mendes Arent	385504-03-0	Neurocirurgia	27:59:00	84:00:00	7:31:00	46	2	0	29:09:00
Rogério Rivera Torres	316567-04-1	Neurocirurgia	192:45:00	140:00:00	9:45:00	36	4	0	58:25:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

Na escala de Neurocirurgia o profissional de matrícula 385504-03-0 apresenta apenas 27h59min registradas no ponto biométrico o que é bem inferior às 84h previstas em escala. A sua produtividade foi de 07h31min de cirurgias com um log no Sistema de 29h09min.

Quadro 15: Produtividade dos profissionais lotados na escala Oftalmologia –março/16:

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Ambulatório	Emergência	Exames	Total Horas LOG
Eugênio Shinzato	057646-01-9	Oftalmologia	71:12:00	84:00:00	0:35:00	40	0	0	0
Jehad Farah	374061-01-7	Oftalmologia	94:47:00	108:00:00	1:15:00	108	91	0	0
Marcelo Brilinger Novelo	385493-01-0	Oftalmologia	94:31:00	108:00:00	6:45:00	207	72	0	0
Fernando dos Reis Spada	389539-01-4	Oftalmologia	105:42:00	84:00:00	12:23:00	2	0	0	24:06:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

Em relação à escala de Oftalmologia, percebe-se que os quatro profissionais da tabela apresentam um registro de horas de cirurgia bem inferior ao total de horas registradas no ponto biométrico e na escala do setor, o que até se justificaria, haja vista serem oftalmologistas e nem todos atuarem no centro cirúrgico.

Todavia, considerando o alto número de atendimentos em ambulatório deveria haver um registro de log no Sistema compatível, no entanto, três profissionais não apresentaram nenhum registro de log no Sistema Micromed.

Quadro 16: Produtividade dos profissionais lotados na escala Ortopedia – março/16:

Profissional Médico	Matrícula	Setor da escala	Total de horas Ponto	Total de horas Escala	Total de horas Cirurgias	Ambulatório	Emergência	Exames	Total Horas LOG
Marcela Barros Oliveira	657697-01-4	Ortopedia	91:14:00	108:00:00	0:50:00	64	89	0	56:40:00
Daniel A Fernandes	673541-01-0	Ortopedia	86:13:00	102:00:00	6:10:00	63	26	0	67:24:00
Clayton M Costa	363184-01-2	Ortopedia	79:02:00	80:00:00	6:16:00	100	83	0	44:16:00
Claudemir A Ferdinando	245337-01-1	Ortopedia	84:09:00	92:00:00	6:40:00	55	1	0	9:42:00
Rafael L Gesser	957615-0-01	Ortopedia	93:34:00	90:00:00	6:45:00	99	101	0	50:29:00
Andrey Morel Pucci	955758-02-0	Ortopedia	60:37:00	78:00:00	13:29:00	67	63	0	43:08:00
Elcio A Madruga	316549-03-3	Ortopedia	86:36:00	84:00:00	15:00:00	54	123	0	59:43:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

A escala de Ortopedia apresentou 7 profissionais com produção cirúrgica abaixo de 15 horas mensais. Eles também têm um quantitativo de horas registradas no ponto biométrico próximo ao total de horas previstas nas escalas e,

assim como o que foi observado nas outras escalas, todos eles têm o total de horas logados no sistema Micromed baixo em relação ao que está registrado no sistema de ponto biométrico.

Quadro 17: Soma dos totais de horas de ponto, na escala, de cirurgias e de log no sistema Micromed dos profissionais selecionados da relação de cirurgias mensais de março/16:

Total de horas Escala	Total de horas registradas ponto biométrico	Total de horas Cirurgias	Total horas de log no Sistema Micromed
2670:00:00	2551:46:00	195:28	826:11:00

Fonte: Escala de trabalho do hospital – março/16; Relatório de produtividade médica dos setores de emergência, centro cirúrgico, ambulatório e diagnóstico – março/16; Relação das cirurgias – março/16.

O Quadro 17 apresenta o somatório de horas previstas nas escalas, de horas registradas no ponto biométrico, de horas de realização de cirurgias e de horas em que os profissionais selecionados para análise estiveram "logados" no Sistema Micromed.

O que se observa é que apesar de os profissionais estarem registrando as horas no ponto biométrico, estas horas não conferem com o quantitativo de horas supostamente trabalhadas. Das 2.551h46min de horas registradas no ponto biométrico pelos profissionais selecionados, apenas 195h ou 8% referem-se à produção no centro cirúrgico e 826h11min ou 32% de horas lançadas no Sistema Micromed.

Há que se considerar dois aspectos que reforçam a evidência de que não há como comprovar o efetivo cumprimento das horas contratadas. O primeiro refere-se à informação prestada pelo próprio hospital de que todo o atendimento realizado pelo profissional médico, seja no ambulatório, emergência, exames ou centro cirúrgico deve ser lançado com sua matrícula no Sistema Micromed. E que este registro é o que realmente comprova a presença do profissional no Hospital.

Segundo, conforme demonstrado no item 2.2.2 deste Relatório, as análises evidenciadas por meio de registro fotográfico demonstram que o Hospital permanece com vários pontos de acesso sem a instalação de barreiras físicas, o que facilita a entrada e a saída do profissional do Hospital, sem qualquer tipo de registro ou monitoramento por câmeras.

Conclusão

Na auditoria realizada em 2012, constatou-se que a maioria dos profissionais médicos não registrava o ponto e que havia uma produtividade muito abaixo das 80 horas contratuais.

Neste monitoramento, observou-se que os profissionais médicos analisados apresentam um quantitativo de horas registradas do sistema de ponto que se aproxima das horas previstas nas escalas, no entanto, a sua produtividade ainda não restou comprovada, uma vez que há uma grande divergência entre aquelas horas (ponto biométrico e escalas) e as horas de efetiva realização de cirurgias e registradas no Sistema Micromed.

Há que se considerar dois aspectos que reforçam a evidência de que não há como comprovar o efetivo cumprimento das horas contratadas. O primeiro, refere-se à informação prestada pelo próprio hospital de que todo o atendimento realizado pelo profissional médico, seja no ambulatório, emergência, exames ou centro cirúrgico deve ser lançado com sua matrícula no Sistema Micromed. Este registro no sistema Micromed é o que mais se aproxima da real presença do profissional no Hospital.

Segundo, conforme demonstrado no item 2.2.2 deste Relatório, as análises evidenciadas por meio de registro fotográfico demonstram que o Hospital permanece com vários pontos de acesso sem a instalação de barreiras físicas, o que facilita a entrada e a saída do profissional do Hospital, sem qualquer tipo de registro ou monitoramento por câmeras.

Ante o exposto a determinação ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (6.2.2.3); e Secretaria de Estado da Saúde (6.3.2.3) para demonstrar cabalmente por meio de controle de ponto efetivo que os médicos cumprem a jornada de trabalho para a qual foram contratados, não foram cumpridas.

2.2.4 Pagamento de ETI – gratificação especial

Determinação à Secretaria de Estado da Saúde (6.3.2.4) Que pague a gratificação especial de 50% somente sobre o vencimento do cargo efetivo para os profissionais médicos que estejam em efetivo exercício nos setores de emergência e unidades de terapia intensiva, conforme o art. 3º da Lei Complementar (estadual) nº 369/06.

Medida proposta: A SES enviou cópias de CI's que contêm solicitações ao setor de Recursos Humanos e à Diretoria do HRSJ para que façam a mudança de lotação dos médicos da Emergência Geral para os setores em que efetivamente atuam. HRSJ (fls. 1694-6) e SES (fls. 1736-8).	**Prazo para implementação:** Já implantado desde setembro/13

Primeiro Relatório Parcial: Ofício nº 479/2015, de 24/07/15 (fls. 09-16): CI nº 269/UDDGP/2015 (fl. 16), com a informação de que a partir de setembro/2013 todos os médicos foram lotados de acordo com a Lei Complementar (estadual) nº 369/2006 e que o pagamento da gratificação especial de 50% é feito pela SES conforme lotação. A Unidade Administrativa Descentralizada de Gestão de Pessoas do HRSJ enviou à Diretoria e à SES a CI nº 111/UADGP/14 (fl. 1690) com a mesma informação.

Análise

A auditoria operacional realizada no ano de 2012 no HRSJ constatou que havia um grande número de profissionais médicos lotados indevidamente na Emergência e UTI, o que acarretou o pagamento da gratificação especial de 50%, sem que os profissionais médicos estivessem em cumprissem sua carga horária integral nestes setores, em discordância ao art. 3º da Lei Complementar (estadual) nº 369/2006, que diz:

> art. 3º Aos servidores ocupantes da competência de Médico, em efetivo exercício nos setores de emergência e unidades de terapia intensiva, fica concedida gratificação especial, no percentual de 50% (cinquenta por cento) sobre o vencimento do cargo efetivo.
> § 1º A percepção da gratificação de que trata este artigo fica condicionada ao cumprimento integral da carga-horária, no respectivo setor de emergência ou unidade de terapia intensiva onde o servidor esteja lotado.

A partir de 2014, o pagamento desta gratificação foi estendido aos profissionais lotados e em efetivo exercício nos centros cirúrgicos, por meio da Lei (estadual) nº 16.465/2014, art. 13:

> Art. 13. Fica estendida, a partir de 1º de maio de 2014, aos servidores ocupantes da competência de médico, lotados e em efetivo exercício em centros cirúrgicos, conforme definido em ato do Chefe do Poder Executivo, a gratificação de que trata o art. 3º da Lei Complementar nº 369, de 27 de dezembro de 2006.

De acordo com o Hospital, a legislação que concede o pagamento da ETI não traduz a realidade da atuação dos profissionais médicos, haja vista, na maioria das vezes, atuarem em diversos setores de forma a atender as necessidades das unidades de saúde. Nesse sentido, não é possível exigir que o profissional atue somente no setor no qual esteja lotado, no entanto sua lotação dever corresponder a pelo menos um dos setores dentre os quais efetivamente trabalha.

Para este monitoramento, a equipe de auditoria solicitou ao HRSJ, mediante requisição, as escalas de serviço oficial dos vários setores do hospital, a listagem de cirurgias realizadas e a folha de pagamento dos servidores, todos relativos ao período de janeiro a julho de 2015.

Para a análise, selecionou-se todos os profissionais médicos que receberam gratificação de ETI no período de janeiro a julho de 2015, de acordo com a folha de pagamento. Verificou-se que a folha de pagamento do período apresenta 303 matrículas, dentre as quais 256 profissionais receberam o pagamento da Gratificação Especial no período.

Neste item, a análise levou em consideração o número de matrículas e não de profissionais, haja vista vários profissionais ter mais de um vínculo com o Hospital e poder, se for o caso, receber a gratificação nas duas matrículas.

Para identificar a legalidade destes pagamentos, confrontou-se a lotação destes profissionais com a sua atuação nas escalas de UTI, UTI-neonatal e Emergência, assim como no centro cirúrgico, tanto como médico cirurgião responsável quanto como anestesiologista.

Os resultados da análise são apresentados na Tabela a seguir:

Tabela 5 – Quantidade de Profissionais que receberam ETI

Descrição	Qtde
Atuam na emergência	126*
Atuam na UTI	48
Atuam no centro cirúrgico	78
Não foi identificada atuação em nenhum dos setores anteriores	4
Total	**256**

Fonte: Informações encaminhadas pelo HRSJ e constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.
* Dentre os 126 profissionais que atuam na emergência, dois não estão lotados nos setores de emergência, UTI ou CC, portanto não se enquadram na determinação legal.

Das 256 matrículas correspondentes a profissionais médicos que constam receberam ETI no período de janeiro a julho de 2015, constatou-se que 126 atuam na emergência, 48 atuam na UTI, 78 atuam no Centro Cirúrgico e 4 não foram encontrados com atuação em nenhum destes setores. Ressalta-se que

dentre os 126 que atuam no setor de emergência, duas matrículas correspondem a profissionais que não estão lotados em nenhum dos três setores especificados pela legislação.

Sendo assim, restaram 06 matrículas correspondentes a profissionais que não poderiam receber o pagamento da gratificação especial, conforme quadro a seguir:

Quadro 18: Profissionais que não se enquadram nos casos em que a legislação permite o pagamento de ETI

Situação divergente	Lotação fornecida pelo HRSJ	Matrícula	Escala de Serviço Oficial	Valor da Gratificação recebida entre jan a jul 15	Produção Centro Cirúrgico
Sem atuação nos setores de emergência/UTI e sem produção no CC	Emergência Geral	373599-0-01	Oftalmologia	R$ 5.814,93	não
	Emergência Geral	657697-4-01	Ortopedia	R$ 4.539,60	não
	UTI-Neonatal	313123-8-02	Cardiopediatria	R$ 5.970,35	não
	UTI-Neonatal	330148-6-02	Neuropediatria	R$ 7.158,54	não
Sem Lotação nos setores de emergência/UTI, apesar de atuarem neste setor.	Clínica Médica	953420-2-03	Emergência Pediátrica	R$ 4.539,60	não
	Clínica Médica	955784-9-02	Emergência Pediátrica	R$ 4.539,60	não

Fonte: Informações encaminhadas pelo HRSJ e constantes do CD localizado às fls. 21 dos autos.

De acordo com o Quadro 18 verifica-se os profissionais de matrícula 373599-0-01, 657697-4-01, 313123-8-02, 330148-6-02, apesar de estarem lotados nos setores de emergência/UTI, não foram encontrados nas escalas destes setore e também não apresentaram produção no centro cirúrgico.

Além destes, os profissionais de matrícula 953420-2-03 e 955784-9-02, apesar de atuarem no setor de emergência pediátrica, de acordo com as escalas analisadas, não estão lotados corretamente. Tais situações não são previstas pelo 3º da Lei Complementar (estadual) nº 369/2006 e pelo artigo 13 da Lei (estadual) nº 16.465/2014

Os pagamentos realizados sem a devida comprovação, não cumprem a Lei nº 4.320/1964, em seu art. 63, caput, que determina que “a liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito”.

Isto posto, convém alertar à Unidade que valores pagos indevidamente constituem-se em irregularidades que resultam prejuízo ao erário, e que podem ensejar a conversão do processo em tomada de contas especial, conforme estabelece o §2º do artigo 10 c/c artigo 32 da Lei Complementar (estadual) nº 202/2000 (TCE/SC) e Decisão Normativa nº TC – 0012/2014.

Todavia, considerando que se trata de um processo de auditoria operacional, ainda em fase de monitoramento, sendo necessária a realização de mais um monitoramento, por parte deste Tribunal de Contas, a Unidade deve

adotar as medidas de controle que impossibilitem a continuidade da situação encontrada.

Conclusão

Esta análise demonstra que, no período de janeiro a julho de 2015, dos 256 profissionais que receberam a gratificação especial de 50% - ETI, a Unidade Gestora realizou pagamentos indevidos aos profissionais que não se enquadram nos requisitos estabelecidos pelo artigo 3º da Lei Complementar (estadual) nº 369/2006 e pelo artigo 13 da Lei (estadual) nº 16.465/2014.

Ante às análises apresentadas, constatou-se que a Secretaria de Estado da Saúde não cumpriu a Determinação do item 6.3.2.4.

2.3 Análise dos novos achados

Quando da realização dos procedimentos para verificação do atendimento da recomendação e o cumprimento das determinações, novos achados de auditoria relevantes foram constatados. Nesse sentido, redigiu-se o Relatório de Instrução DAE nº 005/16, com objetivo de ouvir as justificativas do gestor público quanto aos indícios de irregularidade ora apresentados.

2.3.1 Realização de cirurgias simultâneas pelo mesmo profissional médico em pacientes e salas diferentes no Centro Cirúrgico Geral

A Retribuição por Produtividade Médica – RPM, instituída pela Lei 16.160/2013, é devida aos servidores ativos ocupantes do cargo de Analista Técnico em Gestão e Promoção da Saúde, na competência de médico, que executam serviços profissionais relativos aos procedimentos de baixa, média e alta complexidade (art. 6º).

Os valores da RPM são fixados com base nos valores dos serviços profissionais constantes da Tabela Unificada do SUS (art. 7º).

O Decreto Estadual nº 05/2015, que dispõe sobre as normas de funcionamento do Plano de Gestão da Saúde (PGS), estabelece os indicadores de produtividade médica para fins de pagamento da RPM. Dentre os indicadores destacam-se as cirurgias realizadas por complexidade (art. 4º).

> Art. 4º São considerados indicadores de produtividade médica, os procedimentos realizados pelos profissionais de que trata o art. 6º da Lei nº 16.160, de 7 de dezembro de 2013, mensurados em razão dos pacientes oriundos dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar e das Centrais de Regulação Estadual, municipais ou macrorregionais, que buscam serviços de urgência e emergência de forma espontânea, registrados nos sistemas oficiais de registro e controle das unidades hospitalares, respeitando-se a Programação Pactuada Integrada da Assistência do Estado de Santa Catarina, conforme segue:
> I – cirurgias e anestesias:
> a) cirurgias realizadas por complexidade;

Os indicadores de produtividade médica possuem parâmetros de produção em pontos (art. 11). Os procedimentos incluídos no grupo de indicadores de cirurgias e anestesias devem ser mensurados por pontos atribuídos de acordo com o respectivo grau de complexidade (art. 12):

> I – 1 (um) ponto para os procedimentos de baixa complexidade;
> II – 4 (quatro) pontos para os procedimentos de média complexidade;
> III – 6 (seis) pontos para os procedimentos de alta complexidade; e
> IV – 8 (oito) pontos para os procedimentos de alta complexidade do Grupo 05.
> Parágrafo único. Os profissionais médicos participantes dos atos cirúrgicos receberão os respectivos pontos de produtividade, observando-se os critérios de rateio estabelecidos pelo Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS regulamentado pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação do Ministério da Saúde

Isto posto, ao analisar a listagem de cirurgias relativas ao mês de março de 16 e ao computar a quantidade de horas de cirurgias por profissional médico, identificou-se a atuação de profissionais em mais de uma cirurgia com intersecção de horários, hora como cirurgião auxiliar, hora como cirurgião principal.

O lançamento em duplicidade pelos médicos implica num ganho indevido de produtividade por estes profissionais, haja vista serem remunerados pelo quantitativo de cirurgias realizadas, conforme legislação explicitada anteriormente.

Além disso, atos profissionais praticados simultaneamente no mesmo hospital pelo mesmo profissional configura procedimento ilegal e é motivo de glosa, segundo o Manual de Glosa do Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Tais atos requerem ressarcimento ao erário, correção e responsabilização dos autores do ato e da autoridade administrativa competente.

Neste sentido, a Lei nº 6.745/85 - Estatuto dos Funcionários Públicos

Civis do Estado, caracteriza como infração disciplinar toda ação de servidor público que causar prejuízo de qualquer natureza à Administração Pública (art. 135). Além disso, determina que tal ação deve ser punida de acordo com os atencedentes, grau de culpa do agente, motivos, circunstâncias e consequências do ilíticito, por meio de penas e infrações previstas nos artigos 136 e 137.

A autoridade que tiver conhecimento de irregularidade é obrigada a promover sua imediata apuração, sob pena de incorrer em responsabilidade administrativa em caso de omissão, segundo ordena o Estatuto Jurídico Disciplinar criado pela Lei Complementar (estadual) nº 491/2010.

Ressalta-se que a análise considerou todas as intersecções possíveis de horários, assim como foi tomado o devido cuidado para a conferência das salas em que foram realizadas as cirurgias, bem como dos pacientes que foram operados.

Ao final do relatório, no Apêndice 1, encontra-se a Planilha completa do cruzamento dos horários de lançamentos cirúrgicos em duplicidade, com a identificação completa do procedimento realizado, inclusive com o número do prontuário, sala da cirurgia e nome do médico que atuou como auxiliar e como principal. Na sequência, transcreve-se os casos encontrados.

O primeiro caso apresentado é do cirurgião **Alexandre Ferracioli** que foi listado atuando como auxiliar das cirurgias realizadas pelo cirurgião Álvaro Guimarães na mesma intersecção de horários em que atuou como principal nos dias 02, 09 e 30 de março, conforme Quadros a seguir:

Quadro 19: Atuação simultanea do Cirurgião **Alexandre Ferracioli** no dia 02/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
02/03/16	7	Álvaro Guimarães	**Alexandre Ferracioli**		16:07	18:00	
02/03/16	3	**Alexandre Ferracioli**		14:05			20:00

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ.

Quadro 20: Atuação simultanea do Cirurgião **Alexandre Ferracioli** no dia 09/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final
09/03/16	2	Álvaro Guimarães	**Alexandre Ferracioli**	14:00	15:40		
09/03/16	2	Álvaro Guimarães	**Alexandre Ferracioli**			16:20	17:00
09/03/16	4	**Alexandre Ferracioli**		14:00			17:00

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ.

Quadro 21: Atuação simultanea do Cirurgião **Alexandre Ferracioli** no dia 30/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
30/03/16	7	Álvaro Guimarães	**Alexandre Ferracioli**		15:20	16:00	
30/03/16	4	**Alexandre Ferracioli**		15:15			16:05

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ.

O Cirurgião Álvaro Guimarães foi encontrado atuando como auxiliar das cirurgias de Daniel N. Kleinowski na mesma intersecção de horários da sua atuação como cirurgião principal nos dias 09, 23 e 30 de março, conforme Quadros:

Quadro 22: Atuação simultanea do Cirurgião **Álvaro Guimarães** no dia 09/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final
09/03/16	7	Daniel N. Kleinowski	**Álvaro Guimarães**		14:20			17:15
09/03/16	2	**Álvaro Guimarães**		14:00		15:40		
09/03/16	2	**Álvaro Guimarães**					16:20	17:00

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 23: Atuação simultanea do Cirurgião **Álvaro Guimarães** no dia 23/03/16

Data	Sala	Principal Cirurgião	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora final
23/03/16	3	Daniel N. Kleinowski	**Álvaro Guimarães**	14:30				17:00	
23/03/16	7	**Álvaro Guimarães**			15:00	15:30			
23/03/16	7	**Álvaro Guimarães**					16:40		18:00

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 24: Atuação simultanea do Cirurgião **Álvaro Guimarães** no dia 30/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
30/03/16	3	Daniel N. Kleinowski	**Álvaro Guimarães**	14:15			16:45
30/03/16	7	**Álvaro Guimarães**			15:20	16:00	

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

O Cirurgião **Daniel N. Kleinowski** também foi listado atuando como auxiliar das cirurgias de Alexandre Ferracioli e de Álvaro Guimarães com intersecção de horários da sua atuação como cirurgião principal nos dias 09 e 23 de março, conforme Quadros:

Quadro 25: Atuação simultanea do Cirurgião **Daniel N. Kleinowski** no dia 09/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
09/03/16	4	Alexandre Ferracioli	**Daniel N. Kleinowski**	14:00		17:00	
09/03/16	7	**Daniel N. Kleinowski**			14:20		17:15

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 26: Atuação simultanea do Cirurgião **Daniel N. Kleinowski** no dia 23/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora final
23/03/16	7	Álvaro Guimarães	**Daniel N. Kleinowski**				16:40			18:00	
23/03/16	4	Alexandre Ferracioli	**Daniel N. Kleinowski**		15:30	16:20					
23/03/16	3	**Daniel N. Kleinowski**		14:30				17:00			
23/03/16	3	**Daniel N. Kleinowski**							17:45		19:30

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Com base nos Quadros anteriores, observou-se que o cirurgião Alexandre Ferracioli atuou como auxiliar do Álvaro Guimarães, que atuou como auxiliar do Daniel N. Kleinowski, que por sua vez também atuou como auxiliar de Alexandre Ferracioli e de Álvaro Guimarães. Estas atuações como médico auxiliar aconteceram com intersecção nos horários em que atuaram como médicos principais.

No Quadro a seguir, apresenta-se o cirurgião **Henrique C. Bondim**, que atuou como auxiliar das cirurgias do médico **Marcelo Ostrowski** com intersecção de horários da sua atuação como cirurgião principal no dia 15 de março de 2016. No dia 22/03, observou-se que houve uma troca de atuação entre os dois médicos, enquanto um atuou como cirurgião principal, o outro atuou como auxiliar, conforme se observa nos Quadros:

Quadro 27: Atuação simultanea do Cirurgião **Henrique C. Bondim** no dia 15/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
15/03/16	2	Marcelo Ostrowski	**Henrique C. Bondim**	14:00		15:45	
15/03/16	3	**Henrique C. Bondim**			15:24		16:24

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 28: Atuação simultanea dos cirurgiões **Henrique C. Bondim** e **Marcelo Ostrowski** no dia 22/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
22/03/16	2	Marcelo Ostrowski	**Henrique C. Bondim**		13:50	15:50					
22/03/16	7	**Henrique C. Bondim**	Marcelo Ostrowski	13:45			17:00				
22/03/16	2	Marcelo Ostrowski	**Henrique C. Bondim**					17:30			19:45
22/03/16	4	**Henrique C. Bondim**	Marcelo Ostrowski						17:52	18:52	

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

No Quadro a seguir pode-se visualizar que o cirurgião **Lucio Cappelli Toledo de Araújo** atuou como auxiliar do cirurgião Leonardo Depiere Lanzarin no dia 14/03, com intersecção do horário em que atuou como principal.

Nos dias 21 e 28/03 foi o contrário, o cirurgião **Leonardo Depiere Lanzarin** atuou como auxiliar do cirurgião Lucio Capelli T. Araújo, com interseção

dos horários em que atuou como principal, conforme demonstrado nos Quadros a seguir:

Quadro 29: Atuação simultanea dos cirurgiões **Lucio Cappeli T Araújo** e Leonardo Depiere Lanzarin no dia 14/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
14/03/16	4	Leonardo Depiere Lanzarin	**Lucio Cappelli T. Araújo**	08:45		10:30	
14/03/16	7	**Lucio Capelli T. Araújo**			09:30		11:34

Fonte Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 30: Atuação simultanea dos cirurgiões Lucio Cappeli T Araújo e **Leonardo Depiere Lanzarin** no dia 21/03/16

Data	Sala	Principal Cirurgião	Auxiliar Cirurgião	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
21/03/16	7	Lucio Capelli T. Araújo	**Leonardo Depiere Lanzarin**		10:00		12:00
21/03/16	3	**Leonardo Depiere Lanzarin**		08:30		11:15	

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 31: Atuação simultanea dos cirurgiões Lucio Cappeli T Araújo e **Leonardo Depiere Lanzarin** no dia 28/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
28/03/16	7	Lucio Capelli T Araújo	**Leonardo Depiere Lanzarin**	07:40			12:00
28/03/16	3	**Leonardo Depiere Lanzarin**			08:30	10:15	

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

O Cirurgião **Luiz Eduardo Rau** e o **Samuel Boschi** atuaram simultaneamente como principal e auxiliar em várias cirugias nos dias 04, 11 e 18/03, conforme pode ser verificado nos quadros a seguir:

Quadro 32: Atuação silmutanea dos cirurgiões **Luiz Eduardo Rau** e **Samuel Boschi** no dia 04/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final
04/03/16	4	Luiz Eduardo Rau	**Samuel Boschi**		10:00	11:32		
04/03/16	7	**Samuel Boschi**		09:00		11:30		
04/03/16	4	**Samuel Boschi**	**Luiz Eduardo Rau**				12:00	13:14
04/03/16	3	**Luiz Eduardo Rau**	**Samuel Boschi**				12:00	13:14

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 33: Atuação silmutanea dos cirurgiões Luiz Eduardo Rau e **Samuel Boschi** no dia 11/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
11/03/16	3	Luiz Eduardo Rau	**Samuel Boschi**	10:15		11:40					
11/03/16	7	**Samuel Boschi**			11:00		12:51				
11/03/16	7	Vinicius Porto Botelho	**Samuel Boschi**					14:25		17:45	
11/03/16	6	**Samuel Boschi**							15:20		19:00

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Quadro 34: Atuação silmutanea dos cirurgiões **Luiz Eduardo Rau** e **Samuel Boschi** no dia 18/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora final	Hora final	Hora início	Hora início	Hora final	Hora final
18/03/16	3	Samuel Boschi	**Luiz Eduardo Rau**	08:45		12:00				
18/03/16	7	**Luiz Eduardo Rau**		08:45	10:45					
18/03/16	7	**Luiz Eduardo Rau**	**Samuel**				12:20			13:45
18/03/16	3	**Samuel Boschi**	**Luiz Eduardo Rau**					12:30	13:30	

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Ressalta-se que a cirurgia realizada no dia 04/03 no horário de 12h às 13h14min, os dois cirurgiões atuaram no exato momento como principal e auxiliar e vice-versa.

De forma semelhante, no dia 18/03 o cirurgião Luiz Eduardo Rau iniciou duas cirurgias no mesmo horário (08h45min), uma como principal e outra como auxiliar.

O cirurgião **Roberto Kinchescki** foi listado atuando como auxiliar de uma cirurgia realizada por Orlin Franzon com intersecção do horário em que iniciou uma outra cirurgia no mesmo dia e horário (11/03/16 às 09h), conforme Quadro:

Quadro 35: Atuação silmutanea do cirurgião **Roberto Kinchescki** no dia 11/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora final	Hora final
11/03/16	4	Orli Franzon	**Roberto Kincheski**	09:00	10:49	
11/03/16	6	**Roberto Kinchescki**		09:00		11:34

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

O Cirurgião **Robson Pereira do Amaral** atuou como auxiliar do Cirurgião Flavio Lobo Heldwein no dia 18/03 ao mesmo tempo em atuou como cirurgião principal em quatro cirurgias, conforme Quadro:

Quadro 36: Atuação silmutanea do cirurgião **Robson P Amaral** no dia 18/03/16

Data	Sala	Cirurgião Principal	Cirurgião Auxiliar	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora início	Hora final	Hora final
18/03/16	2	Flavio Lobo Heldwein	**Robson P. Amaral**	12:11							19:01	
18/03/16	6	**Robson P. Amaral**		12:10	12:45							
18/03/16	4	**Robson P. Amaral**				14:00	14:25					
18/03/16	4	**Robson P. Amaral**						15:30	17:00			
18/03/16	4	**Robson P. Amaral**								18:30		19:50

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

A seguir apresentam-se os dados dos profissionais que estavam listados silmultaneamente em mais de uma cirurgia no mês de março de 16 no Hospital Regional de São José:

Quadro 37: Profissionais que apresentaram atuação simultânea em mais de uma cirurgia no mês de março de 2016

ESPECIALIDADE	MATRICULA	PROFISSIONAL	LOTAÇÃO	CARGA HORÁRIA	SITUAÇÃO
ORTOPEDISTA	385812-01-0	ALEXANDRE FERRACIOLI FUSAO	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	386921-01-0	ALVARO GUIMARAES DE LIMA	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	955607-02-9	DANIEL NICKEL KLEINOWSKI	EMERG. GERAL	80	ATIVO
UROLOGISTA	385122-01-2	FLAVIO LOBO HELDWEIN	AMB. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	652528-01-8	HENRIQUE CYGLER BONDIM	EMERG. GERAL	80	ATIVO

ESPECIALIDADE	MATRICULA	PROFISSIONAL	LOTAÇÃO	CARGA HORÁRIA	SITUAÇÃO
CIRURGIÃO DE MÃO	672823-02-5	LEONARDO DEPIERE LANZARIN	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	653193-01-8	LUCIO CAPPELLI TOLEDO DE ARAUJO	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	385499-01-0	LUIZ EDUARDO RAU	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	363660-01-7	MARCELO ANDRE ROCHA OSTROWSKI	EMERG. GERAL	80	ATIVO
CIRURGIÃO GERAL	255354-01-6	ORLI FRANZON	EMERG. GERAL	80	ATIVO
CIRURGIÃO GERAL	673493-01-6	ROBERTO KINCHESCKI	EMERG. GERAL	80	ATIVO
CIRURGIÃO GERAL	343596-06-2	ROBSON PEREIRA DO AMARAL	EMERG. GERAL	80	ATIVO
ORTOPEDISTA	957720-01-3	SAMUEL BOSCHI	EMERG. GERAL	80	ATIVO

Fonte: Listagem de cirurgias do CCG de março de 2016 do HRSJ (fls. 279)

Não há como precisar a causa que motivou a conduta destes profissionais, todavia é importante destacar que um dos aspectos que permitem a ocorrência desta irregularidade é a falta de uma ferramenta no Sistema Micromed que impeça o registro de dois procedimentos médicos no mesmo horário.

O lançamento de procedimentos simultaneos pelos médicos listados no Quadro anterior implica num ganho indevido de Retribuição por Produtividade Médica (RPM), o que é motivo de glosa segundo o Manual de Glosa do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, além de ser caracterizado como um ato de improbidade, que deve ser punido, de acordo com a Lei nº 8.429/92 (art 1º).

De acordo com o artigo 10 da Lei Complementar nº 202/2000 é responsabilidade da autoridade administrativa competente, sob pena de responsabilidade solidária, adotar providências com vistas à instauração de tomada de contas especial para apuração de fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, quando for identificada a prática de qualquer ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico de que resulte prejuízo ao erário.

Assim, impõem-se à Secretaria de Estado da Saúde – SES e ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes:

- Implantar ferramenta no Sistema Micromed que impeça o lançamento de dois procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, evitando a duplicidade de produtividade e o respectivo pagamento indevido;
- Instaurar os procedimentos com vistas à apuração imediata das irregularidades de lançamento de dois procedimentos

cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, identificados no Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes, de acordo com o previsto na Lei Complementar (estadual) n° 491/2010, com a aplicação das penalidades previstas no artigo n° 136 c/c 137 da Lei (estadual) n° 6.745/85;

- Adotar providências com vistas à instauração de tomada de contas especial, nos termos do art. 10, §1º, da Lei Complementar nº 202/2000, com a estrita observância do disposto no art. 12 da Instrução Normativa nº TC-13/2012, em razão do pagamento irregular de produtividade médica prevista na Lei (estadual) n° 16.160/2013, para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, sob pena de responsabilidade solidária.

Com essas medidas almeja-se resguardar os cofres públicos da ocorrência de danos causados ao erário e da aplicação indevida de recursos da saúde.

2.3.2 Realização de cirurgias de caráter de urgência/emergência, sem justificativa médica, evidenciando burla à priorização da fila de espera.

A proteção à saúde é direito fundamental do cidadão assegurado pela Constituição Federal/88 (art. 6º), e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

A Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica do Saúde) regulamentou os princípios e as diretrizes do SUS e garantiu o acesso universal da população aos serviços de saúde (art. 7º, I). De acordo com o Decreto 7.508/11, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (art. 8º). Entende-se como portas de entrada os

serviços de atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (9º).

A Portaria GM/MS nº 1.559/2008 normatizou a gestão da regulação do acesso à assistência[1], definindo que o controle dos leitos disponíveis deverá se dar por meio de complexos reguladores, formados por centrais de regulação, com atribuições de regulação de internações hospitalares, garantindo o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos (art. 5º a 9º), ficando a cargo do Estado a regulação dos serviços. Os complexos reguladores são centros de coleta, armazenamento, avaliação, fiscalização e aplicação de dados do sistema de saúde, essenciais para uma melhor gestão das filas de espera.

Essas filas se constituem em listas de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. Em tese, deveriam ser organizadas com base em critério cronológico, garantindo a impessoalidade e a efetividade no atendimento aos usuários do serviço, obedecendo aos princípios dispostos no art. 37, caput da CF/88. Essas centrais deveriam funcionar da seguinte forma[2]: 1. O médico especialista prescreve a cirurgia e solicita a vaga para uma central, previamente definida no sistema de saúde; 2. A solicitação passa pela avaliação, na qual o auditor deverá aceitar ou negar aquela solicitação; 3. A solicitação segue para o controle que insere o paciente e seus dados numa lista de espera, ordenada por critérios impessoais e pré-determinados, tais como ordem de inserção, especialidade, complexidade; 4. A Regulação avalia os serviços disponíveis e determina o hospital de destino.

No Estado, segundo o art. 43 do Regimento Interno publicado no site da SES, o controle da fila de espera deve ser realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, que é responsável por regular o acesso às unidades de saúde e intermediar o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob a gestão municipal, no âmbito da região e a referência inter-regional, no âmbito do Estado.

---

[1] Ferreira, Angelo Mazzuchi Santana. A Falência das Listas de Espera de Cirurgias Eletivas como forma de Efetivação do Princípio da Integralidade Sanitária. 2011. < http://www.ceaf.mppr.mp.br/arquivos/File/teses2011/Angelo_Mazzuchi_02.doc.> Data de acesso: 06/06/16

[2] Ferreira, Angelo Mazzuchi Santana; Trannin, Jorge Luiz Vieira; Frigotto, Debora. O Ministério Público diante da falta de efetividade das listas de espera de cirurgias eletivas no SUS. <http://www.ceaf.mppr.mp.br/arquivos/File/Teses_15/AngeloMazzucchiSantanaFerreira_outros_listas_de_espera_de_cirurgias_eletivas_pelo_sus.pdf> Data de acesso: 06/06/16

Contudo, apesar de a legislação dispor que a operacionalização da regulação dos hospitais estaduais deve ser de responsabilidade da SES, o que se verificou na prática foi que o HRSJ mantém uma fila de espera que é controlada pelos médicos e não passa pela central de regulação da SES.

Para melhor entendimento de como se realiza a marcação de cirurgia e a inserção de paciente em fila de espera no HRSJ, faz-se mister tecer alguns esclarecimentos. Registra-se, em tempo, que foram considerados os seguintes conceitos acerca de cirurgia eletiva, de emergência e de urgência:

a) Cirurgias eletivas – são aquelas cujas condições patológicas admitem escolher o melhor momento para a execução do processo terapêutico;
b) Cirurgias de emergência – são aquelas cujas condições patológicas não admitem qualquer forma de espera, na qual o risco de morte ou de agravo irreversível é imediato;
c) Cirurgias de urgência – são aquelas que devem ser prestadas, logo após a constatação do agravo, porém permitem uma certa espera. Possuem o caráter menos imediatista que as situações de emergência.

Inicialmente, o paciente entra no Hospital pelo ambulatório ou pela emergência, o que resultará num cadastro único na unidade, chamado prontuário.

Quando a entrada ocorrer pelo ambulatório e constatada a necessidade de cirurgia, o médico emite o aviso de cirurgia e insere o paciente na fila de espera para o procedimento na especialidade necessária. Excepcionalmente, quando constatados casos de cirurgia de emergência ou urgência, o médico faz encaminhamento adequado.

Quando a entrada do paciente for pelo setor de emergência e o caso não requerer cirurgia, o paciente receberá medicação e ficará sob observação médica até ter condições para ser liberado. Se verificada a necessidade de cirurgia, ela pode ser classificada em cirurgia de emergência ou urgência.

Nos casos de cirurgias de urgência, o paciente seguirá para internação, sendo emitido o aviso de cirurgia, entregue na Secretaria do Centro Cirúrgico para compor o mapa cirúrgico, quando houver disponibilidade.

Nos casos de cirurgias de emergência, o paciente será internado e seguirá para o centro cirúrgico. Nesta etapa, na maioria das vezes não é emitido o

aviso de cirurgia pois o paciente é encaixado no mapa cirúrgico, sendo cancelado algum procedimento constante do mapa para aquele dia.

Dito isto, importa deixar claro que o encaminhamento de paciente para cirurgia nos casos de emergência ou urgência requer que o mesmo tenha sido registrado no setor de emergência. A indicação médica da necessidade de procedimento cirúrgico deve estar inserida no aviso de cirurgia, o que dará suporte à equipe e ao cirurgião responsável pelo centro cirúrgico quando da inserção do paciente no mapa cirúrgico. Ressalta-se que os critérios de prioridade utilizados pelo profissional médico para inserir o paciente como prioridade, em detrimento daqueles que esperam internados ou aguardam na fila, devem ser claros e transparentes, indicando a gravidade e urgência de cada caso.

Com o intuito de conhecer a situação da fila de espera por procedimento cirúrgico do Hospital Regional de São José, solicitou-se à Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Ofício DAE nº 573/16 (fls. 18-18-V), o encaminhamento da listagem de pacientes à espera por procedimentos cirúrgico nas diversas especialidades.

Para a análise da fila foram requisitados os documentos que compõem todas as etapas de inclusão de pacientes para um procedimento cirúrgico, tais como os avisos de cirurgia, mapas cirúrgicos, prontuários de pacientes, informações extraídas do sistema Micromed e listagem de cirurgias realizadas no período de 1º de março a 04/04/16. Ressalta-se que a escolha deste período foi motivada em razão de o Hospital Regional de São José descartar mensalmente seus avisos cirúrgicos, o que limitou a análise.

Com base na referida documentação, foram selecionados casos que apresentaram inconsistências com o procedimento que deveria ser seguido pelos profissionais médicos, tais como aqueles nos quais a ordem das filas de espera não foi respeitada, sem haver uma justificativa médica para isso, o que denota burla à priorização da fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia[3] previsto no art. 5º, *caput*, da Constituição Federal/88, bem como os princípios da Impessoalidade e Moralidade, previstos no art. 37, *caput*, da Constituição Federal/88.

---

[3] Acórdão nº 15.0000666179 – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/resultadoSimples.do;jsessionid=E095B85F04345EBFB429B4B0A243D75E.cjsg1?nuProcOrigem=&nuRegistro=150000666179. Data de acesso: 08/06/16.

Constatou-se ainda, situações que indicam a intenção dolosa de burlar a fila de espera, a partir da emissão do aviso de cirurgia sem haver registro de que o paciente tivesse dado entrada no hospital e, ainda, casos de internação direta do paciente sem passagem pela emergência. Tais situações constituem infração disciplinar, pois prejudicam a eficiência dos serviços públicos nos termos do artigo 135 da Lei (estadual) n° 6.745/85.

Apresenta-se a descrição dos casos pelo nome do médico responsável pela cirurgia, seguido dos dados do paciente e das divergências encontradas.

Dr. Acklei Viana:

Identificou-se dois casos nos quais os avisos de cirurgia são anteriores à data da internação, com o agravante de que estes dois pacientes nem sequer passaram pelo setor de emergência, entraram diretamente para o setor de internação, segundo os registros no sistema Micromed.

Quadro 38: Pacientes do Dr. Acklei Viana

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
180751	Tireoidectomia	08/01/16	14/03/16	14/03/16	44
815880	Tireoidectomia Total	15/01/16	21/03/16	21/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

Prontuário nº 180751 - Em 08/01/16 foi emitido o aviso de cirurgia, bem como fez-se a inserção do paciente na fila de "Tireoidectomia Total", em que passou a ocupar a posição **nº 44**. Ressalta-se que o paciente mais antigo cadastrado para o procedimento aguardava **quinze anos** na fila de espera.

Em 14/03/16 o paciente deu entrada na internação (07h25min), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 11h18min. O histórico deste paciente não apresenta nenhuma entrada na emergência, somente no ambulatório. Além disso, consta do seu aviso de cirurgia algumas anotações de contato com o próprio paciente no dia 10/03/16 e no dia 11/03/16. Assim como um registro de que o mesmo faria um teste de esforço no dia 07/03/16, e retornaria para uma consulta com o Dr. Acklei, antes do procedimento cirúrgico.

Neste caso, fica claro que o paciente não se tratava de um caso de emergência e que estava sendo preparado para a cirurgia desde o seu aviso de cirurgia no dia 08/01/16.

Tendo em vista que o paciente foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão de o paciente ter sido atendido primeiramente àqueles 43 pacientes já cadastrados na fila de espera para cirurgia de "Tireoidectomia Total". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Prontuário nº 815880 – O paciente recebeu aviso de cirurgia no dia 15/01/16. Nesta mesma data foi inserido seu nome na fila de espera para "Tireoidectomia Total", em que passou a ocupar a posição **nº 45**. Ressalta-se que o paciente mais antigo cadastrado para o procedimento aguardava **quinze anos** na fila de espera. Em 21/03/16 o paciente deu entrada na internação (07h16min), **sem passar pela emergência,** e seguiu para cirurgia que teve início às 07h50min.

Tendo em vista que o paciente foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão de o paciente ter sido atendido primeiramente àqueles 44 pacientes já cadastrados na fila de espera para cirurgia de "Tireoidectomia Total". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Dr. Daniel Di Pietro

Os pacientes do Dr. Daniel Di Pietro foram submetidos a cirurgias de emergência, sem dar entrada neste setor. Ressalta-se que no primeiro caso o paciente não estava na fila, porém o médico realizou cirurgia sem justificativa para tal. No segundo caso, o paciente foi inserido em uma fila para um procedimento divergente daquele em que efetivamente foi submetido.

Quadro 39: Pacientes do Dr. Daniel Di Pietro

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
865259	Segmentectomia Pulmonar em Oncologia	Não encontrado	01/03/16	01/03/16	Não identificado
865289	Segmentectomia pulmonar em oncologia	15/02/16	08/03/16	08/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 2016

865259 – O primeiro registro do paciente no sistema Micromed foi em 15/02/16, quando foi atendido no Ambulatório Geral. Em 01/03/16 o paciente deu entrada na internação (07h13min), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 08h05min (Segmentectomia Pulmonar em Oncologia). Não havia aviso de cirurgia, tampouco o paciente estava na fila. Até a data de 29/02/16, a fila de espera para "Segmentectomia Pulmonar em Oncologia" totaliza cinco pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava o procedimento **há três anos**.

Tendo em vista que o paciente foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Segmentectomia Pulmonar em Oncologia". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

865289 – O paciente foi atendido no ambulatório geral no dia 15/02/16, data em que foi emitido seu aviso de cirurgia para o procedimento "Segmentectomia de lobo inferior esquerdo", cuja fila totaliza cinco pessoas à espera do procedimento, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **três anos**. Todavia, ainda em 15/02/16, o paciente foi inserido na fila de espera para o procedimento "Descorticação Pulmonar", para a qual não havia paciente cadastrado, ficando na posição nº 01, procedimento esse diverso daquele informado no aviso de cirurgia.

Em 08/03/16, o paciente deu entrada na internação (7h21min), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 08h15min, sendo que o procedimento realizado foi de "Segmentectomia Pulmonar em Oncologia", tal como constava no aviso de cirurgia.

Considerando que o paciente foi inserido em fila diversa daquela informada pelo médico responsável no aviso de cirurgia; que foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Segmentectomia Pulmonar em Oncologia".

Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

Dr. Dilmar Francisco Leonardi

Paciente foi inserido na fila de procedimento diverso daquele em que foi submetido, na forma de emergência, sem ter sido registrada a sua entrada neste setor. Paciente entrou direto para internação e cirurgia, sem justificativa médica.

Quadro 40: Paciente do Dr. Dilmar Francisco Leonardi

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
352960	Debridamento de ulcera de tecidos desvitalizados	Não existe	09/03/16	09/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

352960 – O paciente esteve no ambulatório em 04/02/16, quando foi inserido na fila de “Ressecção simples de tumor ósseo de partes moles", ficando na posição nº 9 (até 29/02/16), sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **dez anos**. Não havia aviso de cirurgia. Em 09/03/16, o paciente deu entrada na internação (11h59min), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 16h, cujo procedimento realizado foi "Debridamento de úlcera de tecidos desvitalizados”, portanto, diverso daquele para o qual foi inserido na fila. Até a data de 29/02/16, a fila de "Debridamento de úlcera de tecidos desvitalizados” possuía um total de nove pessoas à espera do procedimento, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **sete anos.**

Considerando que o paciente foi inserido em fila diversa da qual foi submetido; que foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Debridamento de úlcera de tecidos desvitalizados”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

Dr. Fernando Ferraz de Miranda

O paciente foi submentido a procedimento cirurgico de emergência com a justificativa de **"encaminhamento médico",** sem nunca ter estado na fila, em detrimento de pacientes que aguardava **sete anos** para o mesmo procedimento.

Quadro 41: Paciente do Dr. Fernando Ferraz de Miranda

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
867337	Herniorrafia com Ressecção Intestinal	Não existe	03/03/16	03/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

867337 – O primeiro registro do paciente no Sistema Micromed foi em 03/03/16, quando deu entrada na emergência (00h52min), constando como motivo do atendimento apenas "encaminhamento médico". Na sequência o paciente seguiu para internação (1h40min) e foi submetido ao procedimento de "Herniorrafia com Ressecção Intestinal" às 11h10min. O paciente não estava na fila. Até a data de 29/02/16 a fila de espera deste procedimento totalizava oito pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **sete anos.**

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Herniorrafia com Ressecção Intestinal". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Dr. João Carlos C. de Oliveira

O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência, sem justificativa médica, sem dar entrada neste setor, em detrimento de **99 pacientes** na fila para o mesmo procedimento, com o agravante de que existiam pacientes aguardando há **doze anos**.

Quadro 42: Paciente do Dr. João Carlos C. de Oliveira

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
229053	Fistulectomia	Não existe	30/03/16	30/03/16	100

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

229053 – O paciente foi inserido na fila de “Fistulectomia” em 14/08/2013 e até 29/02/16 ocupava **a posição nº 100,** sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **doze anos.** Não havia aviso de cirurgia. Em 30/03/16, o paciente deu entrada na internação (11h41min), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 14h09min. Ressalta-se que os registros anteriores de entrada deste paciente na emergência foram em 2012 e 2013, sendo registrado que os motivos foram cisco no olho e outros.

Tendo em vista que o paciente foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Fistulectomia”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

Dr. Julio Dalri

Dentre os pacientes deste profissional, o que mais chamou a atenção foi o caso do paciente de prontuário nº 0871021, que foi noticiado da sua cirurgia, por meio de um aviso de cirurgia, **três dias antes de ser atendido no setor de emergência.** Isto só poderia ocorrer se o mesmo estivesse cadastrado previamente na fila de cirurgia, no entanto, não foi o caso, pois este paciente teve seu primeiro registro de entrada no hospital somente no dia da cirurgia.

Outro caso incomum foi o do paciente de Araranguá/SC, prontuário nº 869565, atendido de emergência e inserido na fila para o procedimento de retossigmoidectomia, sendo submetido, no dia seguinte a um outro procedimento, uma laparotomia exploradora.

Além destes, identificou-se pacientes que foram submetidos a procedimentos na forma de emergência, em detrimento de outros pacientes em fila de espera que aguardavam a bastante tempo para o mesmo procedimento, como foi o caso da colecistectomia, na qual **havia 482 pessoas** em espera, com o agravante de que o paciente com registro mais antigo aguardava **12 anos.**

Quadro 43: Pacientes do Dr. Julio Cesar Dalri

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
868601	Colecistectomia	Não existe	14/03/16	14/03/16	Não identificado
868587	Colecistectomia	Não existe	14/03/16	14/03/16	Não identificado
368061	Colecistectomia	15/03/16	15/03/16	16/03/16	Não identificado
869565	Laparotomia exploradora	22/03/16	22/03/16	23/03/16	Não identificado
88929	Colecistectomia	Não existe	30/03/16	30/03/16	Não identificado
871021	Colecistectomia	01/04/16	04/04/16	04/04/16	Não identificado
871022	Tratamento cirúrgico de refluxo gastresofágico	Não existe	04/04/16	04/04/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março e abril de 16

868601 – O primeiro registro do paciente no Sistema Micromed foi em 14/03/16, quando deu entrada na emergência (14h23min). Na sequência o paciente foi encaminhado para internação (14h31min) e após seguiu para cirurgia que teve início às 17h35min (Colecistectomia). Não havia aviso de cirurgia e o paciente não estava na fila de espera que, até a data de 29/02/16, totalizava 482 pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava doze anos.

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Colecistectomia”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

868587- O primeiro registro do paciente no Sistema Micromed foi em 14/03/16, quando deu entrada na emergência (12h15min). Na sequência o paciente foi encaminhado para internação (12h57min) e após seguiu para cirurgia que teve início às 14h30min (Colecistectomia). Não havia aviso de cirurgia e o paciente não estava na fila de espera que, até a data de 29/02/16, totalizava 482 pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava doze anos.

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-

se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Colecistectomia”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

368061 – O paciente esteve no ambulatório geral no dia 15/03/16 (8h33min). Na sequência foi encaminhado à Emergência Geral (11h10min), de onde seguiu para a internação (12h30min). Na mesma data foi emitido o aviso de cirurgia. No dia 16/03/16, o paciente foi submetido ao procedimento de “Colecistectomia” (9h). O paciente não estava na fila de espera que, até a data de 29/02/16, totalizava 482 pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava doze anos.

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Colecistectomia”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

869565 – Paciente residente em Araranguá/SC, esteve pela primeira vez no Ambulatório Geral em 22/03/16 (9h52min). Na sequência foi encaminhado à Emergência Geral (11h42min), de onde seguiu para internação (12h39min). Na mesma data foi emitido o aviso de cirurgia para o procedimento “Retossigmoidectomia”, para o qual não havia fila. No dia seguinte, o paciente foi submetido à “Laparotomia Exploradora” (9h30min), procedimento diverso daquele informado no aviso de cirurgia, e cuja fila de espera era de duas pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava nove anos.

Tendo em vista que o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico diverso daquele informado no aviso de cirurgia, e considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de “Laparotomia Exploradora”. Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, “caput” da Constituição Federal/88.

88929 – O paciente deu entrada na emergência em 30/03/16 (7h40min). Na sequência foi encaminhado para internação (8h15min) e seguiu para cirurgia que teve início às 9h10min, onde foi submetido à Colecistectomia. Até a data de 29/02/16, a fila de espera para este procedimento totalizava 482 pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava doze anos.

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Colecistectomia". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

871021 – Observou-se a emissão de um aviso de cirurgia para este paciente em 01/04/16, sendo que o seu primeiro registro no Hospital ocorreu somente em 04/04/16, três dias depois, pela emergência (12h16min). Neste caso, fica claro que o paciente foi noticiado da sua cirurgia sem nem mesmo ter entrado no Hospital, três dias antes de precisar ser atendido no setor de emergência. Ressalta-se que um paciente só pode receber um aviso de cirurgia se tiver uma passagem pelo Hospital, pois se trata de um documento interno que só pode ser emitido pelo médico que indicou o seu procedimento cirúrgico.

Na sequência foi encaminhado para internação (12h31min) e seguiu para cirurgia que teve início às 14h (Colecistectomia). Até a data de 29/02/16, a fila de espera para este procedimento totalizava 482 pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava doze anos.

Considerando que houve a emissão de aviso de cirurgia para paciente que ainda não possuía prontuário no Hospital, bem como não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Colecistectomia". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

871022 - O primeiro registro do paciente no hospital foi em 04/04/16, quando deu entrada na emergência geral às 12h18min e lá permaneceu por 16 minutos (saída às 12h34min). Na sequência, o paciente foi encaminhado para internação (12h36min) e após seguiu para cirurgia que teve início às 17h30min (Tratamento Cirúrgico de Refluxo Gastresofágico). O paciente não estava na fila de espera que, até a data de 29/02/16, totalizava oito pessoas, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **dezesseis anos.**

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Tratamento Cirúrgico de Refluxo Gastresofágico". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Dr. Leonardo Depiere Lanzarin

Dentre os casos do Dr. Leonardo, observou-se dois pacientes que foram submetidos a procedimento cirurgico de **emergência** com a justificativa de **"encaminhamento médico",** sem nunca terem estado na fila, em detrimento de 67 pacientes que aguardavam pelo procedimento de Tenoplastia ou Enxerto de Tendão Único, sendo o registro mais antigo de **onze anos.**

Outro paciente, apesar de estar na posição da fila **nº 371** para retirada de placas e/ou parafusos, foi atendido na forma de emergência, sem ter entrado pela emergência, sem justificativa, mesmo existindo pacientes na fila de espera para este tipo de procedimento há **13 anos.**

Quadro 44: Pacientes do Dr. Leonardo Depiere Lanzarin

Nº Prontuário do Paciente	Procedimento	Aviso de Cirurgia	Data da Internação	Data da Cirurgia	Posição na fila de espera
866429	Tenoplastia ou enxerto de tendão único	Não existe	23/02/16	07/03/16	Não identificado
836340	Retirada de placas e parafusos	11/02/16	07/03/16	07/03/16	371
728902	Tenoplastia ou enxerto de tendão único	21/03/16	21/03/16	28/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

866429 – O primeiro registro do paciente no hospital foi em 23/02/16, quando deu entrada pela emergência geral às 19h05min, constando como motivo do atendimento apenas "**encaminhamento médico".** Na sequência o paciente seguiu para internação às 22h26min. Em 07/03/16, às 16h40min, o paciente foi submetido ao procedimento cirúrgico de "Tenoplastia ou enxerto de tendão único". Não havia aviso de cirurgia e o paciente não estava na fila, que totalizava **67 pessoas (**até a data de 29/02/16**),** sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **onze anos**.

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Tenoplastia ou Enxerto de Tendão Único". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

836340 – O aviso de cirurgia foi emitido em 11/02/16 e o paciente foi inserido na fila de espera para o procedimento de "Retirada de placa e/ou Parafusos" em 15/02/16, passando a ocupar a última posição (nº 371). Em 07/03/16, o paciente entrou diretamente para a internação (7h), sem passar pela emergência, e seguiu para cirurgia que teve início às 11h50min. A fila de espera para este procedimento totalizava **370 pessoas** (até a data de 29/02/16), sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **treze anos.**

Considerando que o paciente foi internado sem antes dar entrada pela emergência, e, que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Retirada de placa e/ou Parafusos". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

728902 – O paciente deu entrada pela emergência geral em 21/03/16 (9h09min), constando no Sistema Micromed, como motivo do atendimento, apenas a expressão "encaminhamento médico". O paciente então seguiu para a internação (10h48min), data também em que foi emitido o aviso de cirurgia. Em 28/03/16, foi submetido à cirurgia de "Tenoplastia ou Enxerto de Tendão Único", cuja fila de

espera, até a data de 29/02/16, totalizava **67 pessoas**, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **onze anos.**

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Tenoplastia ou Enxerto de Tendão Único". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Dr. Orli Franzon

O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência, sem justificativa médica, sem dar entrada neste setor, em detrimento de **81 pessoas** na fila para o mesmo procedimento, com o agravante de que existiam pacientes aguardando há **dez anos**.

Quadro 45: Pacientes do Dr. Orli Franzon

Prontuário	Nome do procedimento	Aviso de cirurgia	Data da internação	Data da cirurgia	Posição na fila de espera
868849	Exérese de cisto sacrococcígeo	16/03/16	18/03/16	18/03/16	Não identificado

Fonte: Avisos de cirurgia, listagem de cirurgias e histórico dos pacientes no Sistema Micromed relativos ao mês de março de 16

868849 – O paciente foi atendido no ambulatório geral em 16/03/16 (8h34min). Na mesma data foi emitido o aviso de cirurgia na qual se observou ao rodapé da página a informação de que o paciente em questão é "amigo da Dra. Márcia". Em 18/03/16, o paciente entrou diretamente para internação (7h59min), sem passar pela emergência e seguiu para cirurgia que teve início às 12h30min (Exérese de Cisto Sacrococcígeo). Até a data de 29/02/16, a fila de espera para este procedimento totalizava **81 pessoas**, sendo que o paciente com registro mais antigo aguardava **dez anos.**

Considerando que não havia na documentação analisada justificativa médica que evidenciasse a gravidade e urgência da cirurgia realizada, questiona-se a razão do paciente ter sido atendido primeiramente àqueles já cadastrados na fila de espera de "Exérese de Cisto Sacrococcígeo". Ressalta-se que este procedimento configura burla à priorização da fila de espera, contrariando o princípio da isonomia, previsto no art. 5º, "caput" da Constituição Federal/88.

Ante o exposto, foram identificadas as seguintes situações em comum nos casos relatados: (1) Emissão do aviso de cirurgia anterior à data da internação sem que o paciente estivesse na fila de espera; (2) Emissão de aviso de cirurgia com data anterior à data de registro de entrada do paciente no hospital; (3) Realização de procedimentos cirúrgicos de emergência em pacientes que não passaram pelo atendimento no setor de emergência; (4) Pacientes sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos de emergência sem justificativa de prioridade médica ou com a justificativa de "encaminhamento médico", em detrimento de inúmeros pacientes na fila de espera.

Dentre os motivos que contribuem para tais ocorrências identificou-se a falta de uma padronização de procedimentos relacionados às atividades de marcação de cirurgias, sejam eletivas ou de emergência ou urgência. Os médicos simplesmente apresentam o aviso de cirurgia para a secretaria do centro cirúrgico um dia antes do procedimento, assim como cancelam, remarcam ou substituem os pacientes sem transparência das informações. Os avisos de cirurgias são documentos internos do Hospital e são emitidos sem um controle sequencial, o que é passível de adulteração por qualquer profissional, até mesmo aquele que não pertence ao quadro de pessoal do Hospital.

Além disso, a falta da regulação da fila do HRSJ pela central de regulação da SES implica na chamada de pacientes da fila de espera de forma desordenada e sem critérios pré-definidos e transparentes.

Portanto, diante da situação apresentada, sugere-se à Secretaria de Estado da Saúde – SES e ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes:

- Estabelecer e adotar procedimentos padronizados relacionados às atividades do centro cirúrgico, desde o atendimento do paciente, passando pela marcação de cirurgias, realização do procedimento até a alta do paciente, dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal/88, bem como os princípios da Impessoalidade e Moralidade, previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal/88.

- Cadastrar todos os pacientes da fila na central de regulação e assegurar que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º e 196 da CF/88;

O benefício esperado com a implementação dessas medidas é a transparência das informações com relação à fila de espera por cirurgias e o respeito da ordem cronológica, assim como a redução do tempo de espera pelo paciente em fila para procedimentos cirúrgicos.

2.3.3 Resposta dos gestores

O Secretário de Estado de Saúde, Sr. João Paulo Keinübing, manifestou-se por meio do Ofício nº 00581/16, de 08 de agosto de 16 (fl. 194), no qual cita duas comunicações internas da SES que tratam de um processo interno instaurado em razão da audiência deste Tribunal, o PSES 33407/16.

A Comunicação Interna nº 1148/GEDHP da Gerência de Desenvolvimento de Hospitais Públicos - GEDHP à consultoria jurídica (fl. 107-108), informa:

> Com relação aos itens 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4 e 3.1.5 informamos que esta Superintendência, em conjunto com demais setores competentes, por determinação do Ministério Pulico de Santa Catarina, deu início a inserção das listas de espera por consultas, cirurgias e demais procedimentos realizados nas Unidades Hospitalares no Sistema Micromed; sendo que, tão logo o processo esteja pronto e passível de efetuação, as referidas listas não estarão mais sob a gestão dos profissionais médicos, sendo reguladas plenamente pelo referido sistema – dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera . Ainda assim, salientamos que é imprescindível que a Diretoria de Projetos Estratégicos (DIPE), sobretudo a Gerência de Acompanhamento Execução de Metas Hospitalares (GAEHM), fiscalize as irregularidades quanto à duplicidade de procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, visto que a citada Gerência é a responsável pela Retribuição por Produtividade Médica (RPM);
> Com relação ao item 3.1.3, informamos que é competência da Gerência de Acompanhamento Execução de Metas Hospitalares (GAEHM), conforme já explicitado, pois esta é a responsável pelo cuidado da produtividade médica e seus encargos financeiros. Por isso, para instauração de contas especial e providências pertinentes, em

> cooperação com a Direção do Hospital Regional de São José, a qual dará juntada às manifestações dos médicos em destaque no presente processo, em respeito ao Princípio do Contraditório e da Ampla Defesa, advertimos que a aludida Gerência deverá cuidar dos pagamentos irregulares efetuados, e esta Consultoria Jurídica prestar as orientações legais necessárias.

Encaminhou também a comunicação Interna nº 567/16 da Gerência de Acompanhamento de Execução das Metas Hospitalares à Consultoria Jurídica (fl.109) com a seguinte informação:

> Considerando o PSES 33407/16, acerca do procedimento de audiência do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, e especificamente do item 3.1.3, relativo as cirurgias simultâneas por um mesmo profissional em pacientes e salas diversas do Centro Cirúrgico Geral.
> Informamos que esta Gerencia estabeleceu fluxo de encaminhamento à Gerencia de Auditoria da SES-GEAU, de amostras para audição, desde a regulamentação do Decreto 04/2015 de 15 de janeiro de 2015; neste ínterim a GEAUD detectou alguns eventos correlatos aos apontados pelo Ofício nº 10.543/16, conforme Análise Técnica (fls. 24 a 34). Estes eventos resultaram numa demanda que foi formalizada à Gerencia de Tecnologia da SES – GETIN, solicitando uma REPARAMETRIZAÇÃO do Sistema Oficial de Gestão Hospitalar da SES para as regras da Tabela Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, assim promovendo uma revisão geral dessas regras de lançamento que incluem as cirurgias secundárias (item 10m da CI 530/GAEMH/16, fls. 35 a 37).
> Ressaltamos que, conforme anexo, foram instaurados processos individuais de audição das contas de cada um dos profissionais médicos em epígrafe (fls. 38 a 108).
> Enfatizamos que o sistema não está preparado para detectar cirurgias simultâneas realizadas pelo mesmo profissional médico.
> Salientamos ainda que os pagamentos de Retribuição por Produtividade Médica – RPM destes profissionais encontram-se bloqueados até o esclarecimento dos apontamentos.

Além das Comunicações Internas citadas, foram remetidas cópias dos "processos individuais de audição das contas dos profissionais" que foram listados simultaneamente em mais de uma cirurgia no mês de março de 2016 no Hospital Regional de São José (fls. 123-93), conforme Quadro a seguir:

Quadro 46: Demonstrativo dos processos abertos para audição das contas dos profissionais listados no HRSJ

Especialidade	Matricula	Profissional	Processo
Ortopedista	385812-01-0	Alexandre ferracioli Fusao	SPP: ESES29518164
Ortopedista	386921-01-0	Alvaro Guimarães de lima	SPP: ESES29519160
Ortopedista	955607-02-9	Daniel Nickel kleinowski	SPP: ESES295169
Urologista	385122-01-2	Flavio lobo Heldwein	SPP: ESES29521165
Ortopedista	652528-01-8	Henrique Cygler Bondim	SPP: ESES29522161
Cirurgião de mão	672823-02-5	Leonardo Depiere Lanzarin	SPP: ESES29523168

Especialidade	Matricula	Profissional	Processo
Ortopedista	653193-01-8	Lucio Cappelli Toledo de Araujo	SPP: ESES29524164
Ortopedista	385499-01-0	Luiz Eduardo Rau	SPP: ESES29524164
Ortopedista	363660-01-7	Marcelo Andre Rocha Ostrowski	SPP: ESES29525160
Cirurgião geral	255354-01-6	Orli Franzon	SPP: ESES29527163
Cirurgião geral	673493-01-6	Roberto Kinchescki	SPP: ESES29528160
Cirurgião geral	343596-06-2	Robson pereira do Amaral	SPP: ESES29529166
Ortopedista	957720-01-3	Samuel Boschi	SPP: ESES29530164

Fonte: Documentos encaminhados pela SES (fls. 123-93)

O Diretor do Hospital Regional de São José, Sr. Pedro Araújo manifestou-se na Comunicação Interna nº 1315/2016, de 05/08/16 (fl. 199) encaminhada à Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais – SES, enviada ao Tribunal, por meio do Ofício nº 599/2016 (fls. 196-275).

Neste documento o Diretor informa à SES que teve conhecimento do Processo nº PMO 15/00366550, assim como encaminha cópia das justificativas médicas e apresenta suas alegações quanto aos itens constantes do Relatório de Instrução Despacho DAE 005/2016.

Com relação à realização de cirurgias simultâneas pelo profissional médico em pacientes e salas diferentes do centro cirúrgico, informa que “De imediato foi procurado o responsável pelo Sistema Micromed para solucionar o lançamento simultâneo de 2 profissionais no mesmo horário. Além do que encaminhamos CI para os citados se manifestarem sobre a denúncia”. Acrescentou a solicitação de apresentação de justificativas individuais pelos médicos referem-se às providências necessárias com vistas à apuração das irregularidades, previstas no artigo 136 c/c 137 da Lei (estadual) nº 5.745/85.

No que se refere à adoção de Tomada de Contas Especial, informa que sua providência foi no sentido de encaminhar as justificativas médicas ao setor jurídico da Secretaria de Estado da Saúde.

Quanto ao item que trata da realização de cirurgias de caráter de urgência/emergência sem justificativa médica, informa:

> - Foi encaminhada CI a todas as Chefias, reiterando o citado na página 13, quando define Cirurgias eletivas, Cirurgias de emergências e Cirurgias de urgência, para as devidas providências e não perpetuação dos atos até então praticados.
> - Adotar o citado na página 27 quando salienta “estabelecer e adotar procedimentos padronizados... previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal/88”.

> - Normativas com CI em relação ao cadastramento de todos pacientes na fila central, também orientação advinda na página 27.
> - As orientações emanadas que constam na página 29, foram devidamente seguidas e medidas imediatas referentes à mesma foram acionadas com a CI às Chefias interessadas.
> - Aqueles PROFISSIONAIS que não justificaram o solicitado por essa DIREÇÃO, como defesa primária das acusações, devem ser penalizados conforme o entendimento do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA, pois no tempo hábil foram solicitadas suas defesas por escrito.

Por fim, o Diretor do Hospital conclui com o argumento de que as medidas inicialmente adotadas o eximem de responder solidariamente perante os fatos apontados:

> Por tudo que foi devidamente citado e pela atitude de tomar as primeiras providências em relação à AUDITORIA, vem comprovar cabalmente a não inclusão desta DIREÇÃO no sugerido, ou seja, PENA DE RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA, além do que, no nosso entendimento, as possíveis infrações cometidas são impossíveis de serem detectadas no dia a dia de atividades do HSJHMG, e que somente depois de constatadas é que poderemos assumir condutas visando sustar as transgressões enumeradas.
>
> Sempre seremos cooperativos com esse Tribunal (TC de Santa Catarina), pois entendemos que assim procedendo estaremos contribuindo para minimizar as angústias e incertezas que povoam o atendimento dos pacientes que necessitam do acolhimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tais manifestações passam a ser analisadas no item a seguir.

2.3.4 Análise da resposta dos gestores

Em sua manifestação, os gestores não refutaram os fatos apontados no monitoramento, ao contrário, corroboraram o que foi apontado e demonstraram que já foram adotadas medidas no sentido de atender às sugestões apontadas no Relatório de Instrução Despacho DAE 005/2016.

No que se refere ao item 2.3.1 - realização de cirurgias simultâneas pelo mesmo profissional médico em pacientes e salas diferentes no Centro Cirúrgico Geral, a SES enviou cópia de “processos individuais de audição das contas dos profissionais médicos” instaurados com vistas à apuração das irregularidades identificadas no Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes, de acordo com o inciso VI do artigo 40 do Decreto nº 04, de 15 de janeiro de 2015.

Além disso, informou que os pagamentos relativos à Retribuição por Produtividade Médica – RPM destes profissionais foram bloqueados até o esclarecimento dos apontamentos.

O Diretor do HRSJ demonstrou que, após tomar conhecimento dos fatos, em 14/07/16, data do recebimento do Ofício TCE/DAE nº 10.542/2016 (fl.83), adotou medidas que julgou estar ao alcance de sua competência e deu conhecimento à Secretaria de Estado da Saúde, conforme CI nº 1315, de 05/08/16 (fl.199).

O prazo para a conclusão dos procedimentos administrativos, quando preliminares à instauração de tomada de contas especial, é de até 60 dias, contados do conhecimento dos fatos, conforme estabelece o inciso I do artigo 11 da Instrução Normativa nº 13/2012.

Sendo assim, a Secretaria de Estado de Saúde e o Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes devem concluir os procedimentos iniciados em até 60 dias, contados a partir de 14 de julho de 2016, data em que os gestores tiveram conhecimento dos fatos, conforme atestado o recebimento dos Ofícios TCE/DAE nº 10.542/2016 e nº 10.543/16 (fl. 83).

Após a conclusão das providências administrativas preliminares e se constatado o ganho indevido de Retribuição por Produtividade Médica (RPM) pelos profissionais médicos, sem a devida restituição dos recursos aos cofres públicos, fica caracterizada a prática de ato irregular com prejuízo ao erário, situação em que o art. 10 da Lei Complementar nº 202/2000 estabelece que a autoridade competente deverá, sob pena de responsabilidade solidária, adotar providências com vistas à instauração de tomada de contas especial para apuração de fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, quando for identificada a prática de qualquer ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico de que resulte prejuízo ao erário.

Cabe ainda esclarecer às autoridades que mesmo sendo tomadas as medidas cabíveis para a devida apuração e responsabilização dos fatos apontados não se afasta a necessidade de implantar uma ferramenta no Sistema Micromed que impeça o lançamento de dois procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, evitando a duplicidade de produtividade e o respectivo pagamento indevido, conforme informado no relatório de Instrução Complementar nº DAE 005/2016.

Assim, determina-se à Secretaria de Estado da Saúde – SES:

- Concluir e apresentar os resultados dos Processos SPP: ESES29518164;SPP:ESES29519160;SPP:ESES295169;SPP:ESES29521165;SPP:ESES29522161;SPP:ESES29523168;SPP:ESES29524164;SPP:ESES29524164;SPP:ESES29525160;SPP:ESES29527163;SPP:ESES29528160;SPP:SES29529166;SPP: ESES29530164, conforme estabelece o inciso I do artigo 11 da Instrução Normativa nº 13/2012 c/c a Lei Complementar (estadual) n° 491/2010, com a aplicação das penalidades previstas no artigo n° 136 c/c 137 da Lei (estadual) n° 6.745/85;
- Adotar providências com vistas à instauração de tomada de contas especial se constatado o ganho indevido de Retribuição por Produtividade Médica (RPM) pelos profissionais médicos e caracterizada a prática de ato irregular com prejuízo ao erário, nos termos do art. 10, §1º, da Lei Complementar nº 202/2000, com a estrita observância do disposto no art. 12 da Instrução Normativa n. TC-13/2012, para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, sob pena de responsabilidade solidária.

Recomenda-se ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes:

- Implantar ferramenta no Sistema Micromed que impeça o lançamento de dois procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, evitando a duplicidade de produtividade e o respectivo pagamento indevido;

Com relação ao item 2.3.2 - realização de cirurgias de caráter de urgência/emergência, sem justificativa médica, evidenciando burla à priorização da fila de espera, a Secretaria de Estado da Saúde informa que por determinação do Ministério Pulico de Santa Catarina deu início a inserção das listas de espera por consultas, cirurgias e demais procedimentos realizados nas Unidades Hospitalares no Sistema Micromed; sendo que, tão logo o processo esteja pronto e passível de efetuação, as referidas listas não estarão mais sob a gestão dos profissionais médicos, sendo reguladas plenamente pelo referido sistema – dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera.

O Diretor do HRSJHMG informou que encaminhou comunicações internas a todas as chefias para as “devidas providências e não perpetuação dos atos até então praticados” (fl. 200).

Ante às manifestações cabe esclarecer aos gestores que a fila de espera por cirurgias naquele Hospital foi o objeto geral da Auditoria Operacional iniciada em 2012 (RLA 12/00522882), que buscou verificar se a capacidade instalada das salas cirúrgicas é suficiente para atender a fila de espera por cirurgias no Hospital Regional de São José.

Desde então, os gestores tiveram conhecimento das várias deficiências que interferem no atendimento dos pacientes da fila de espera, tais como ociosidade do centro cirúrgico, baixa atuação dos cirurgiões contratados, gestão inadequada da escala do centro cirúrgico e outros aspectos, todos tratados neste processo de monitoramento.

A inserção da lista de espera no Sistema Micromed e a sua regulação pela SES é uma medida estabelecida no próprio Regimento Interno da Secretaria (art. 43), e que, portanto, há muito já deveria ter sido adotada para reduzir a ocorrência das situações verificadas neste monitoramento como: (1) emissão do aviso de cirurgia anterior à data da internação sem que o paciente estivesse na fila de espera; (2) emissão de aviso de cirurgia com data anterior à data de registro de entrada do paciente no hospital; (3) realização de procedimentos cirúrgicos de emergência em pacientes que não passaram pelo atendimento no setor de emergência; (4) pacientes sendo submetidos a procedimentos cirúrgicos de emergência sem justificativa de prioridade médica ou com a justificativa de "encaminhamento médico", em detrimento de inúmeros pacientes na fila de espera.

Todavia, além da regulação da fila há que se estabelecer e adotar procedimentos padronizados relacionados às atividades do centro cirúrgico, desde o atendimento do paciente, passando pela marcação de cirurgias, realização do procedimento até a alta do paciente, dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal/88, bem como os princípios da Impessoalidade e Moralidade, previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal/88.

Ante o exposto e considerando que foi dado o conhecimento ao gestor dos novos achados no processo de monitoramento, determina-se ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e à Secretaria de Estado da Saúde:

• Estabelecer e adotar procedimentos padronizados relacionados às atividades do centro cirúrgico, desde o atendimento do paciente, passando pela marcação de cirurgias, realização do procedimento até a alta do paciente, dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal/88, bem como os princípios da Impessoalidade e Moralidade, previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal/88.

• Cadastrar todos os pacientes da fila na central de regulação e assegurar que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º e 196 da CF/88;

Assim, impõem-se à Secretaria de Estado da Saúde – SES e ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes:

2.4. Considerações Finais

Ante as informações obtidas no primeiro relatório parcial e nos documentos e informações apresentados pelo Hospital Regional de São José e Secretaria de Estado da Saúde, apresenta-se o estágio do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações, constantes na Decisão nº 3.214/2013 e das medidas que seriam adotadas, conforme Plano de Ação, aprovado na Decisão nº 5.209/2014.

2.4.1. Cumprimento das determinações

O cumprimento das determinações são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 47 - Situação do cumprimento das determinações do 1º monitoramento.

Itens do Relatório	Itens da Decisão nº 3.214/2013	Situação no 1º Monitoramento
Determinação		
2.2.1	6.2.2.1 e 6.3.2.1 – Que lote os profissionais médicos nos setores em que efetivamente atuam;	Não cumprida
2.2.2	6.2.2.2 e 6.3.2.2 – Que providencie imediatamente o registro do ponto biométrico dos médicos, registrando todas as entradas e saídas, com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas;	Não cumprida
2.2.3	6.2.2.3 e 6.3.2.3 – Que demonstre cabalmente por meio de controle de ponto efetivo que os médicos cumprem a jornada de trabalho para a qual foram contratados;	Não cumprida
2.2.4	6.3.2.4 – Que pague a gratificação especial de 50% somente sobre o vencimento do cargo efetivo para os profissionais médicos que estejam em efetivo exercício nos setores de emergência e unidades de terapia intensiva.	Não cumprida

O quadro e o gráfico a seguir apresentam a situação do cumprimento das determinações do 1º monitoramento:

Quadro 48 - Percentual de cumprimento das determinações no 1º monitoramento.

Situação em junho/2016	1º Monitoramento	
	Item da Decisão 3.214/2013	%
Cumprida	-	0
Em cumprimento	-	0
Não cumprida	6.2.2.1, 6.3.2.1, 6.2.2.2, 6.3.2.2,6.3.2.4, 6.2.2.3 e 6.3.2.3	100

Gráfico 1 - Percentual de cumprimento das determinações do 1º monitoramento.

2.4.2. Implementação das recomendações

A implementação das recomendações estão apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 49 - Situação da implementação das recomendações do 1º monitoramento.

Itens do Relatório	Itens da Decisão nº 3.214/2013	Situação no 1º Monitoramento
Recomendação		
2.1.1	6.2.1.1 e 6.3.1.1 - Que elabore critérios e os utilize para distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico e que adotem uma gestão adequada da escala de trabalho dos cirurgiões visando otimizar a utilização do centro cirúrgico, a fim de obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais e consequentemente diminuir a fila de espera;	Não implementada

Quadro 50 - Percentual de implementação das recomendações no 1º monitoramento.

Situação em junho/2016	1º Monitoramento	
	Item da Decisão 3.214/2013	%
Implementada	-	0
Em implementação	-	0
Não implementada	6.2.1.1 e 6.3.1.1	100

Gráfico 2 - Percentual de implementação das recomendações do 1º monitoramento.

2.4.3. Da responsabilidade

Diferente de uma auditoria financeira ou de conformidade, que busca verificar a aderência dos procedimentos realizados pelo jurisdicionado com a legislação, a auditoria operacional tem por objetivo contribuir com o

aprimoramento do serviço público prestado para a sociedade, a partir de um relatório de auditoria apresentado ao gestor com as deficiências encontradas e a proposição das melhorias necessárias.

O Relatório é julgado no Plenário do Tribunal de Contas e o gestor público chamado a apresentar um Plano de Ação, com a identificação das medidas corretivas, do responsável pela sua implementação e prazo necessário. O Plano de Ação apresentado é levado para apreciação do Relator, que no segundo julgamento o transforma em um compromisso assumido entre o TCE e o Gestor jurisdicionado. Com a aprovação do Plano de Ação, nasce a obrigação de fazer do jurisdicionado, com prazo certo e responsável.

Mesmo sendo considerada uma modalidade de auditoria branda, pois inexiste o elemento surpresa e o jurisdicionado fixa o tempo para resolução dos achados de auditoria, a inércia do poder público perante o compromisso assumido com o TCE sujeita o administrador público à sanção de multa, nos termos do inc. II do art. 12 da Resolução nº TC 79/2013 c/c inc. II e §1º do art. 70 da Lei Complementar nº 202/2000 – Lei Orgânica do TCE.

Ressalta-se que, por parte desse órgão de controle, somente o pleno atendimento dos itens 2.2.3, 2.2.4 e 2.3.1 eximem os gestores públicos da SES e o HRSJ de uma eventual responsabilidade solidária, caso seja confirmada a apuração de danos ao erário público em futuro processo de fiscalização específico.

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto, a Diretoria de Atividades Especiais sugere ao Exmo. Sr. Relator:

3.1. Conhecer do Relatório de Instrução DAE nº 021/2016, que trata do primeiro monitoramento da Auditoria Operacional no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, decorrente dos Processos nº RLA 12/00522882 e PMO 15/00366550;

3.2. Conhecer as ações que <u>não foram cumpridas</u> do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e reiterar as determinações, constantes nos itens 6.2.2.1 e

6.3.2.1 – Que lote os profissionais médicos nos setores em que efetivamente atuam; 6.2.2.2 e 6.3.2.2 – Que providencie imediatamente o registro do ponto biométrico dos médicos, registrando todas as entradas e saídas, com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas; 6.2.2.3 e 6.3.2.3 – Que demonstre cabalmente por meio de controle de ponto efetivo que os médicos cumprem a jornada de trabalho para a qual foram contratados; 6.3.2.4 – Que pague a gratificação especial de 50% somente sobre o vencimento do cargo efetivo para os profissionais médicos que estejam em efetivo exercício nos setores de emergência e unidades de terapia intensiva;

3.3. Conhecer as ações que não foram implementadas do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e reiterar as recomendações, 6.2.1.1 e 6.3.1.1 - Que elabore critérios e os utilize para distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico e que adotem uma gestão adequada da escala de tabalho dos cirurgiões visando otimizar a utilização do centro cirúrgico, a fim de obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais e consequentemente diminuir a fila de espera;

3.4. Determinar à Secretaria de Estado da Saúde – SES que:

3.4.1. Conclua e encaminhe os resultados dos Processos SPP: ESES29518164;SPP:ESES29519160;SPP:ESES295169;SPP:ESES29521165;SPP:ESES29522161;SPP:ESES29523168;SPP:ESES29524164;SPP:ESES29524164;SPP:ESES29525160;SPP:ESES29527163;SPP:ESES29528160;SPP:SES29529166;SPP: ESES29530164, no prazo de até 60 dias, do conhecimento dos fatos em 14/07/16, conforme estabelece o inciso I do artigo 11 da Instrução Normativa nº 13/2012 c/c a Lei Complementar (estadual) n° 491/2010, com a aplicação das penalidades previstas no artigo n° 136 c/c 137 da Lei (estadual) n° 6.745/85 (Item 2.3 deste Relatório);

3.4.2. Adote providências com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial, se constatado o ganho indevido de Retribuição por Produtividade Médica (RPM) pelos profissionais médicos e caracterizada a prática de ato irregular com prejuízo ao erário, nos termos do art. 10, §1º, da Lei Complementar nº 202/2000, com a estrita observância do disposto no art. 12 da Instrução Normativa nº TC-13/2012, para apuração dos fatos, identificação dos

responsáveis e quantificação do dano, sob pena de responsabilidade solidária (Item 2.3 deste Relatório);

3.5. Determinar ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e à Secretaria de Estado da Saúde que:

3.5.1. Estabeleça e adote procedimentos padronizados relacionados às atividades do Centro Cirúrgico do HRSJ, desde o atendimento do paciente, passando pela marcação de cirurgias, realização do procedimento até a alta do paciente, dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal/88, bem como os princípios da Impessoalidade e Moralidade, previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal/88 (Item 2.3 deste Relatório);

3.5.2. Cadastre todos os pacientes da fila de espera por cirurgias na central de regulação e assegure que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º e 196 da CF/88 (Item 2.3 deste Relatório);

3.6. Recomendar ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes que:

3.6.1. Implante uma ferramenta no Sistema Micromed que impeça o lançamento de dois procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, evitando a duplicidade de produtividade e o respectivo pagamento por Produtividade Médica de forma indevida (Item 2.3 deste Relatório);

3.7. O encaminhamento a este Tribunal do segundo Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação em 12 meses após a publicação da decisão deste Relatório;

3.8. Determinar à Diretoria de Atividades Especiais - DAE, deste Tribunal, que realize mais um monitoramento da implementação das medidas propostas, nos termos do art. 10, §1º, da Resolução n. TC-079/2013;

3.9. Determinar à Secretaria Geral deste Tribunal que autue Processo de Monitoramento – PMO quando do recebimento do 2º Relatório Parcial de

Acompanhamento do Plano de Ação, nos termos da Portaria n. TC-638/2007, com o apensamento do Processos n. RLA 12/00522882 e PMO 15/00366550;

3.10. Dar ciência da Decisão, do Relatório e do Voto do Relator que a fundamenta ao Ministério Público Estadual para subsidiar o Inquérito nº 06.2010.00002823-0 (fls. 23)[4].

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 20 de outubro de 2016.

ROSEMARI MACHADO
Auditor Fiscal de Controle Externo

MARCIA ROBERTA GRACIOSA
Auditor Fiscal de Controle Externo
Coordenadora

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Cesar Filomeno Fontes, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

ROBERTO SILVEIRA FLEISCHMANN
Diretor

[4] Em 01/03/16, o Ministério Público de Santa Catarina, por meio do Ofício nº 0337/2016/11PJ/SJO (fls. 23 dos autos), solicitou a este Tribunal informações sobre o monitoramento da auditoria operacional realizada no Hospital Regional de São José, para fins da instrução do procedimento nº 06.2010.00002823-0).

1. Processo n.: PMO-15/00366550
2. Assunto: Primeiro monitoramento da auditoria operacional que avaliou o serviço prestado pelo Hospital Homero de Miranda Gomes (Hospital Regional de São José).
3. Interessado(a): Pedro de Almeida Araujo
Responsável: João Paulo Karam Kleinubing
4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 0832/2017
O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1° da Lei Complementar n. 202/2000, decide:
6.1. Conhecer do Relatório de Instrução DAE n. 021/2016, que trata do primeiro monitoramento da Auditoria Operacional no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, decorrente dos Processos ns. RLA-12/00522882 e PMO-15/00366550.
6.2. Conhecer as ações que não foram implementadas do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e reiterar as recomendações constantes nos itens 6.2.1.1 e 6.3.1.1 da Decisão n. 3214/2013 - Que elabore critérios e os utilize para distribuição das especialidades nas escalas médicas do centro cirúrgico e que adotem uma gestão adequada da escala de trabalho dos cirurgiões visando otimizar a utilização do centro cirúrgico, a fim de obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais e, consequentemente, diminuir a fila de espera.
6.3. Conhecer as ações que não foram cumpridas do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e reiterar as determinações constantes nos itens 6.2.2.2 e 6.3.2.2 da Decisão n. 3.214/2013 - Que providencie imediatamente o registro do ponto biométrico dos médicos, registrando todas as entradas e saídas, com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas, conforme os artigos 25 da Lei (estadual) n. 6.745/85, 19, § 1º, da Lei Complementar n. 323/06 e 63 da Lei n. 4.320/64; nos itens 6.2.2.3 e 6.3.2.3 da Decisão n. 3.214/2013 - Que demonstre cabalmente por meio de controle de ponto efetivo que os médicos cumprem a jornada de trabalho para a qual foram contratados, conforme o art. 25 da Lei (estadual) n. 6.745/85, §§ 1º e 9º do art. 19 e arts. 20, inciso I, da Lei Complementar (estadual) n. 323/06 e 63 da Lei n. 4.320/64; e no item

6.3.2.4 - Que pague a gratificação especial de 50% somente sobre o vencimento do cargo efetivo para os profissionais médicos que estejam em efetivo exercício nos setores de emergência e unidades de terapia intensiva, conforme o art. 3º da Lei Complementar (estadual) n. 369/06.
6.4. Conhecer as determinações que foram parcialmente cumpridas pelos gestores do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e reiterar as determinações constantes nos itens 6.2.2.1 e 6.3.2.1 da Decisão n. 3.214/2013 - Que lote os profissionais médicos nos setores em que efetivamente atuam, nos termos do art. 21 da Lei (estadual) n. 6.745/1985.
6.5. Determinar à Secretaria de Estado da Saúde - SES que:
6.5.1. Conclua e encaminhe os resultados dos Processos SPP:ESES29518164; SPP:ESES29519160; SPP:ESES295169; SPP:ESES29521165; SPP:ESES29522161; SPP:ESES29523168; SPP:ESES29524164; SPP:ESES29524164; SPP:ESES29525160; SPP:ESES29527163; SPP:ESES29528160; SPP:SES29529166; SPP:ESES29530164, juntamente com o próximo relatório parcial de acompanhamento do Plano de Ação, inclusive quanto a eventual instauração de Tomada de Contas Especial, com vistas ao ressarcimento do erário (Item 2.3 do Relatório n. DAE);
6.5.2. Adote providências com vistas à instauração de Tomada de Contas Especial, se constatado o ganho indevido de Retribuição por Produtividade Médica (RPM) pelos profissionais médicos e caracterizada a prática de ato irregular com prejuízo ao erário, nos termos do art. 10, § 1º, da Lei Complementar n. 202/2000, com a estrita observância do disposto no art. 12 da Instrução Normativa n. TC-13/2012, para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano, sob pena de responsabilidade solidária (Item 2.3 do Relatório n. DAE).
6.6. Determinar ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e à Secretaria de Estado da Saúde que:
6.6.1. Estabeleça e adote procedimentos padronizados relacionados às atividades do Centro Cirúrgico do HRSJ, desde o atendimento do paciente, passando pela marcação de cirurgias, realização do procedimento até a alta do paciente, dando transparência das informações e reduzindo o risco de burla à fila de espera, fato que contraria o princípio da Isonomia previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal, bem como os princípios da Impessoalidade e

Moralidade, previstos no art. 37, caput, da Constituição Federal (Item 2.3 do Relatório n. DAE);
6.6.2. Cadastre todos os pacientes da fila de espera por cirurgias na central de regulação e assegure que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º e 196 da Constituição Federal, bem como da Lei (estadual) n. 17.066/2017, que trouxe disposições específicas sobre a gestão das filas de espera por cirurgia no âmbito estadual (Item 2.3 do Relatório n. DAE).
6.7. Recomendar ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e à Secretaria de Estado da Saúde, através da sua gerência de tecnologia de informação e governança eletrônica - GETIN, averigue junto ao Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina - CIASC, para que implante uma ferramenta no Sistema Micromed que impeça o lançamento de dois procedimentos cirúrgicos pelo mesmo profissional no mesmo horário, evitando a duplicidade de produtividade e o respectivo pagamento por Produtividade Médica de forma indevida (Item 2.3 do Relatório n. DAE).
6.8. Determinar aos gestores do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e da Secretaria de Estado da Saúde o encaminhamento, a este Tribunal do segundo Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação em 12 meses após a publicação da decisão do Relatório do Relator.
6.9. Determinar à Diretoria de Atividades Especiais - DAE, deste Tribunal, que realize mais um monitoramento da implementação das medidas propostas, nos termos do art. 10, § 1º, da Resolução n. TC-079/2013.
6.10. Determinar à Secretaria Geral deste Tribunal que autue Processo de Monitoramento - PMO quando do recebimento do segundo Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação, nos termos da Portaria n. TC-0189/2014, com o apensamento dos Processos ns. RLA-12/00522882 e PMO-15/00366550.
6.11. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e do Voto do Relator, do Relatório n. DAE-21/2016 e do Parecer n. MPC/51131/2017, que a fundamentam, ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, à Secretaria de Estado da Saúde, ao Ministério

Público Estadual para subsidiar o Inquérito n. 06.2010.00002823-0 (fls. 23), bem como ao Conselho Gestor de Tecnologia da Informação, Comunicação e Governança Eletrônica do Estado de Santa Catarina - CGTIC, para que tome conhecimento da necessidade de implantação, no Sistema Micromed, de funcionalidade que detecte o registro de cirurgias simultâneas pelo mesmo profissional médico, de modo a evitar pagamentos em duplicidade por produtividades (Lei Complementar - estadual - n. 381/2007, art. 44-A, § 1º, inciso II).
7. Ata n.: 80/2017
8. Data da Sessão: 20/11/2017 - Ordinária
9. Especificação do quorum:
9.1. Conselheiros presentes: Luiz Eduardo Cherem (Presidente), Wilson Rogério Wan-Dall, Luiz Roberto Herbst, Cesar Filomeno Fontes (Relator), Herneus De Nadal e José Nei Ascari
10. Representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas: Aderson Flores
11. Auditores presentes: Gerson dos Santos Sicca, Cleber Muniz Gavi e Sabrina Nunes Iocken
LUIZ EDUARDO CHEREM
Presidente
CESAR FILOMENO FONTES
Relator
Fui presente: ADERSON FLORES
Procurador-Geral do Ministério Público junto ao TCE/SC