

AUDITORIA OPERACIONAL NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE

SETEMBRO/2012 A ABRIL/2013



2014



TRIBUNAL
DE CONTAS
DE SANTA
CATARINA

CONSELHEIROS

Salomão Ribas Junior — Presidente
Luiz Roberto Herbst — Vice-Presidente
César Filomeno Fontes — Corregedor-Geral
Wilson Wan-Dall
Herneus De Nadal
Julio Garcia
Adircélio de Moraes Ferreira Junior

AUDITORES

Cleber Muniz Gavi
Gerson dos Santos Sicca
Sabrina Nunes locken

AUDITORIA OPERACIONAL NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE

SETEMBRO/2012 A ABRIL/2013

RELATORA

SABRINA NUNES LOCKEN

EQUIPE DE AUDITORIA

**MÁRCIA ROBERTA GRACIOSA
MONIQUE PORTELLA**



2014

Tribunal de Contas de Santa Catarina

Assessoria de Comunicação Social

Divisão de Publicações

SUPERVISÃO	Conselheiro Luiz Roberto Herbst
COORDENAÇÃO EDITORIAL	Assessoria de Comunicação Social
TEXTOS	Diretoria de Atividades Especiais
REVISÃO	Márcia Regina Barreto Moraes (ACOM/DIPU)
PLANEJAMENTO GRÁFICO	Ayrton Cruz
IMPRESSÃO	Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina (IOESC)

Ficha catalográfica elaborada por
Sílvia M. Bartá Volpato — CRB 14/408

S231a Santa Catarina. Tribunal de Contas.
Auditoria operacional no Hospital Municipal São José de
Joinville : relatório resumido. Florianópolis : TCE/DAE, 2014.

44 p.

1. Auditoria operacional. 2. Saúde. I. Tribunal de Contas de
Santa Catarina.

CDU 657.6

PEDIDOS DESTA PUBLICAÇÃO PARA

TRIBUNAL DE CONTAS DE SANTA CATARINA

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL — DIVISÃO DE PUBLICAÇÕES

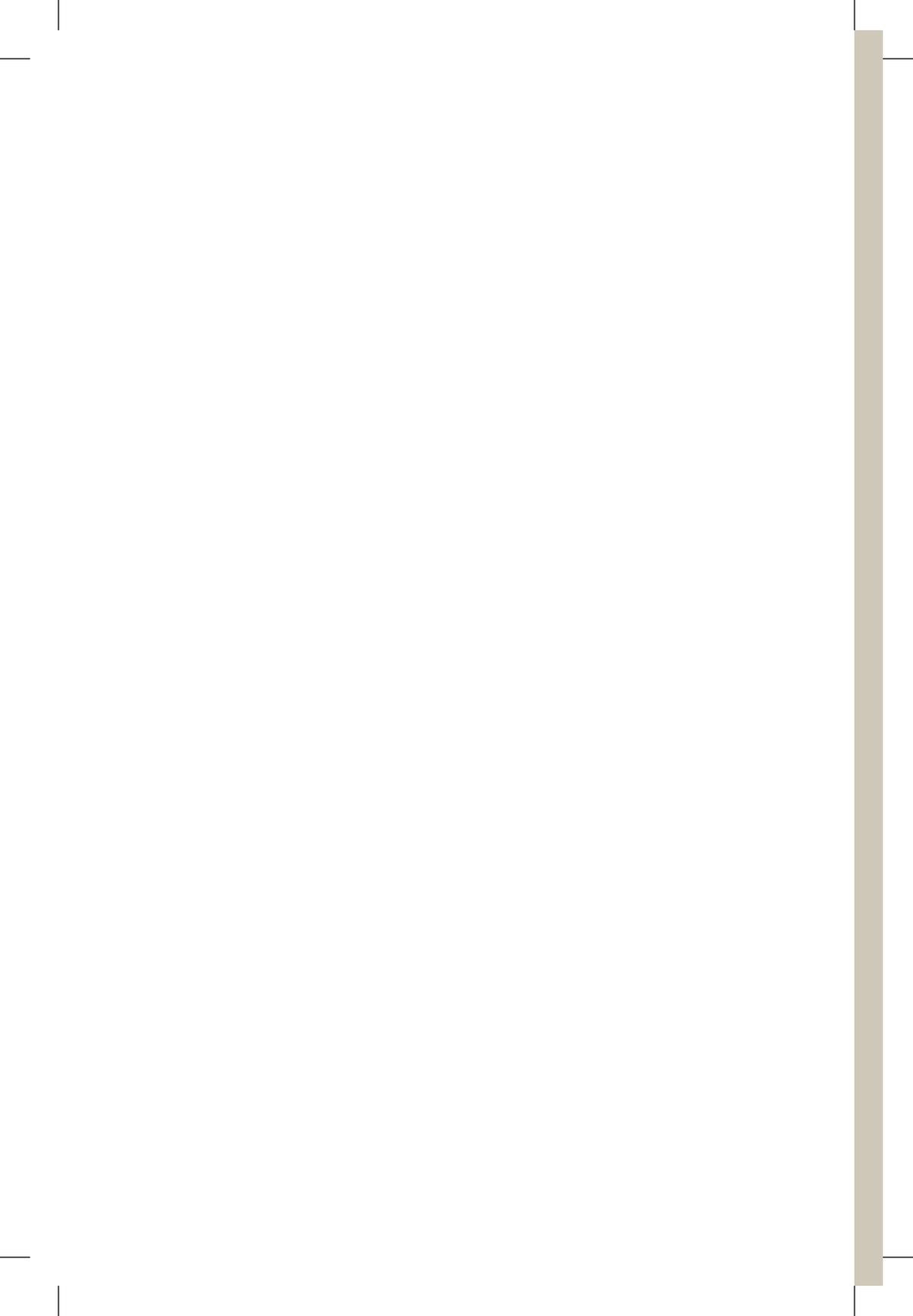
Rua Bulcão Viana, 90 — CEP 88020-160 — Florianópolis/SC

E-mail: publicacoes@tce.sc.gov.br

Site: www.tce.sc.gov.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE	9
O que foi avaliado pelo TCE/SC	9
Por que foi avaliado	10
Como se desenvolveu o trabalho	10
O QUE O TCE/SC ENCONTROU	13
Ociosidade das salas cirúrgicas ativas	13
Controle da fila de cirurgias a cargo dos médicos	19
Os médicos não cumprem a carga horária contratada	25
Pagamento dos médicos sem comprovação da prestação do serviço	27
Pacientes aguardando nos corredores para atendimento e/ou vagas nos setores de internação	29
Sala cirúrgica fechada	34
O QUE PODE SER FEITO PARA MELHORAR O DESEMPENHO DA AÇÃO	37
BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC	39
DECISÃO N.º 4086/2013 — TCE/SC — PLENÁRIO	41



APRESENTAÇÃO

A auditoria operacional tem como objetivo avaliar o desempenho de ações de governo, órgãos ou entidades que integram a Administração Pública direta e indireta. O papel dos Tribunais de Contas neste tipo de auditoria é atuar como um agente propulsor de ações a ser adotadas pelo órgão auditado, que podem ser de correção para os problemas identificados ou de aperfeiçoamento da aplicação dos recursos públicos.

A elaboração dos relatórios resumidos tem a finalidade de divulgar aos interessados e à sociedade os principais resultados apurados por meio de auditorias operacionais.

Esta edição apresenta brevemente os resultados da auditoria, realizada pela Diretoria de Atividades Especiais do Tribunal de Contas de Santa Catarina, no Hospital Municipal São José de Joinville, que apontou aspectos a ser corrigidos ou aperfeiçoados pela gestão hospitalar e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Inicialmente o breve relato sobre o Hospital Municipal São José contém os seguintes pontos: o que foi avaliado, o porquê da avaliação e como se desenvolveu o trabalho. Em seguida, são descritos os achados de auditoria que deram origem às determinações e recomendações, e feitas considerações a respeito da adoção das medidas para a melhoria do desempenho do serviço prestado pelo Hospital Municipal São José de Joinville.

A saúde pública sempre foi prioridade no rol de preocupações do cidadão catarinense. Em contrapartida as unidades hospitalares prestadoras de serviços de assistência à saúde constituem o braço forte da relação de confiança depositada pelo cidadão no sistema público de saúde de Santa Catarina, ao mesmo tempo, fonte inesgotável de denúncias na mídia, as quais relatam descaso e desrespeito com o nosso povo.

CONSELHEIRO SALOMÃO RIBAS JUNIOR
PRESIDENTE DO TCE/SC



HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JOSÉ DE JOINVILLE

O Tribunal de Contas de Santa Catarina (TCE/SC) realizou, entre setembro de 2012 a abril de 2013, auditoria operacional com intuito de avaliar a gestão e a prestação de serviços do Hospital Municipal São José de Joinville (HMSJ), constante da Programação de Fiscalização do ano de 2012.

O Hospital Municipal São José foi inaugurado em 4 de junho de 1906. A partir de 1.º de junho de 1971, passou a ser uma entidade autárquica, com personalidade jurídica própria e autonomia financeira e administrativa.

Trata-se de um hospital de referência em Urgência e Emergência Adulto, Tratamento Intensivo Adulto, Neurologia e Neurocirurgia, Oncologia, Ortopedia Traumatologia, Tratamento de Queimados, Transplante de Córnea, Rins e Fígado.

Desde junho de 2010, o HMSJ utiliza o Humaniza SUS, Acolhimento com Classificação de Risco no Pronto Socorro, por intermédio do Protocolo de Manchester. Isso significa que os pacientes são classificados de acordo com a prioridade de atendimento (emergência porta fechada).

Em 2011, o Município de Joinville, com interveniência da Secretaria Municipal de Saúde (Fundo Municipal de Saúde), e o Hospital Municipal São José celebraram o Convênio de Cooperação Interinstitucional n.º 060/2011 — SEPLAN-CV, tendo como objetivo integrar o Hospital ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O que foi avaliado pelo TCE/SC

O objetivo geral de auditoria foi verificar se a capacidade instalada do HMSJ é suficiente para atender a demanda por cirurgias e pelo pronto socorro, e se a gestão exercida prima pela melhoria contínua dos serviços prestados à comunidade.

Para atingir o objetivo geral desta auditoria operacional, foram elaboradas quatro questões principais, conforme demonstrado a seguir:

Questão 1: A capacidade operacional das salas cirúrgicas ativas é utilizada em sua totalidade?

Questão 2: A utilização da ociosidade do Centro Cirúrgico (CC) em procedimentos operatórios permite, com a atual gestão da fila de espera, o atendimento dos pacientes aguardando por cirurgia?

Questão 3: A direção do HMSJ exerce o controle efetivo do ponto dos profissionais médicos?

Questão 4: A estrutura física do HMSJ destinada ao pronto socorro atende à demanda existente?

Por que foi avaliado

Com base no Plano de Ação do Controle Externo, a Programação de Fiscalização deste Tribunal de Contas definiu como um dos Temas de Maior Relevância (TMR) a área da saúde para a fiscalização no ano de 2012.

O HMSJ foi avaliado em virtude do número excessivo de notícias, veiculadas na mídia, desta unidade hospitalar no período da escolha do objeto de auditoria, nas quais constavam indicações de risco na prestação de seus serviços à população.

A Constituição Federal no art. 196 estabelece que a saúde é um direito de todos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua consecução.

Como se desenvolveu o trabalho

A metodologia utilizada para o planejamento da auditoria compreendeu o levantamento de dados e informações por meio de pesquisa documental e internet, a solicitação de documentos e a realização de entrevistas com os responsáveis pelo Hospital Municipal de São José.

A visita de estudo ao HMSJ foi outra estratégia utilizada na elaboração do planejamento da auditoria, que possibilitou conhecer a estrutura física e operacional do Hospital, e, ainda, subsidiar a aplicação das técnicas SWOT¹ e Dia-

¹ SWOT — Técnica de auditoria utilizada para enquadrar aspectos positivos, negativos, oportunidades e ameaças relacionadas a determinado programa de governo ou órgão/entidade (do inglês *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*).

grama de Verificação de Risco (DVR) para selecionar e definir os setores que mereceriam melhorias.

Com as informações levantadas, elaborou-se a Matriz de Planejamento, que orientou a execução dos trabalhos.

Ao final dos trabalhos foi elaborada a matriz de achados, a qual foi preliminarmente apresentada aos responsáveis pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo HMSJ.



O QUE O TCE/SC ENCONTROU

Ociosidade das salas cirúrgicas ativas

O Hospital Municipal São José dispõe de dois centros cirúrgicos, o Centro Cirúrgico Geral (CCG) e o Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA).

O Centro Cirúrgico Geral (CCG) conta com seis salas, entre as quais, cinco encontravam-se ativas. A sala cirúrgica n.º 09 encontrava-se desativada.

O CCG funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. Para cirurgias eletivas, as que são marcadas após passagem por consulta ambulatorial, o horário de atendimento é das 7 às 19 horas de segunda à sexta-feira.

As cirurgias de urgência e emergência, as quais o paciente entra pelo atendimento emergencial do hospital, são realizadas durante o período diurno ou noturno, inclusive aos finais de semana e feriados, sendo prioridade sobre as eletivas (indicadas, mas não urgentes).

O Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) apresenta três salas de cirurgias e duas salas para exames, e o seu horário de funcionamento é das 06h30min às 22 horas. Entretanto, de acordo com a observação *in loco* e lançamentos na listagem de cirurgias realizadas, constatou-se a existência de seis salas ativas no centro cirúrgico, sendo que todos os cálculos foram baseados nesse quantitativo.

Para verificar se a capacidade operacional dos Centros Cirúrgicos do Hospital é utilizada na sua totalidade foram analisadas as seguintes variáveis:

(1) Número de salas ativas: de acordo com observação *in loco*, o número de salas ativas é de tanto

(2) Quantitativo de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012

(3) Horas utilizadas no Centro Cirúrgico no período destinado à realização de cirurgias eletivas ao mês

(Somatório das horas utilizadas, conforme cirurgias, realizadas de fevereiro a julho de 2012, por centro cirúrgico e sala)

(4) Tempo de limpeza necessário entre as cirurgias

(Multiplicação do quantitativo de cirurgias pelo tempo de limpeza (30 min ou 0,5 horas por cirurgia)

(5) Horas efetivamente utilizadas no Centro Cirúrgico

(Somatório das horas utilizadas mais o tempo de limpeza calculado por sala mais o total)

(6) Disponibilidade de horas do Centro Cirúrgico ao mês para a realização de cirurgias eletivas

(Multiplicação dos dias úteis no mês pelo n.º horas da escala do centro cirúrgico pelo n.º salas ativas)

Quadro 1: **Demonstrativo do Cálculo da Capacidade Operacional dos CCs**

Mês	N.º dias úteis	CCG Horas	CCA Horas	Disponibilidade CCG – Horas	Disponibilidade CCA – Horas
Fevereiro	20	12	15,5	240	310
Março	22	12	15,5	264	341
Abril	20	12	15,5	240	310
Maiο	22	12	15,5	264	341
Junho	20	12	15,5	240	310
Julho	22	12	15,5	264	341

Fonte: SANTA CATARINA. Tribunal de Contas de Santa Catarina (TCE/SC), Diretoria de Atividades Especiais (DAE).

Nota: Dados constantes do Ofício 513/2012, de 5 set. 2012, referente às horas de funcionamento dos dois Centros Cirúrgicos do Hospital Municipal São José (Joinville).

(7) Horas ociosas no Centro Cirúrgico no período destinado a realização de cirurgias eletivas ao mês (total e por sala)

Quadro 2: **Percentual Médio de Ociosidade do Centro Cirúrgico Geral (CCG)**

CÁLCULO DA OCIOSIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO GERAL							
Mês	Qtde. cirurgias	Horas de cirurgias	Limpeza (h)	Horas utilizadas **	Horas disponíveis ***	Horas ociosas ao mês ****	% ociosidade
Fev.	230	447:21:00	115,0	562,35	1.200	637,65	53,14%
Mar.	292	554:17:00	146,0	700,28	1.320	620,00	46,97%
Abr.	274	497:46:00	137,0	634,77	1.200	565	47,10%
Mai.	311	585:24:00	155,5	740,90	1.320	579	43,87%
Jun.	294	521:04:00	147,0	668,07	1.200	532	44,33%
Jul.	315	551:50:00	157,5	709,33	1.320	611	46,26%
Total	1.716	3.157:42:00	858,0	4.015,70	7.560	3.544,58	46,88%

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012, constante do Ofício 513/2012 (HMSJ, Jlle.), de 5 set. 2012 (fls. 119-99).

* Tempo de limpeza da sala em minutos = qtde de cirurgias x 30 min (tempo de limpeza por cirurgia).

** Horas utilizadas no CC = horas de cirurgia + tempo de limpeza em horas.

*** Disponibilidade de horas = 12 horas x n.º dias úteis no mês.

Quadro 3: **Percentual Médio de Ociosidade no Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA)**

CÁLCULO DA OCIOSIDADE DO CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL							
Mês	Qtde.	Horas de cirurgias	Limpeza (h)	Horas utilizadas **	Horas disponíveis ***	Horas ociosas ****	% ociosidade
Fev.	207	124:35:00	103,5	228,08	1.860	1.631,92	87,74%
Mar.	300	179:47:00	150,0	250,53	2.046	1.795,47	87,75%
Abr.	367	161:06:00	183,5	344,60	1.860	1.515	81,47%
Mai.	369	214:39:00	184,5	399,15	2.046	1.647	80,49%
Jun.	324	179:03:00	162,0	341,05	1.860	1.519	81,66%
Jul.	338	174:41:00	169,0	343,68	2.046	1.702	83,20%
Total	1.905	1.033:51:00	952,5	1.907,10	11.718	9.810,90	83,59%

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012, constante do Ofício 513/2012 (HMSJ, Jlle.), de 5 set. 2012 (fls. 119-99).

* Tempo de limpeza da sala em minutos = qtde de cirurgias x 30 min (tempo limpeza por cirurgia);

** Horas utilizadas no CC = horas de cirurgia + tempo de limpeza em horas;

*** Disponibilidade de horas = 15,5 horas x n.º dias úteis no mês.

Analisando os dois últimos quadros, conclui-se que 46,88% do tempo disponível para a realização de cirurgias do CCG não era utilizado, bem como 83,59% do tempo do CCA, o que demonstra baixa eficiência do serviço prestado à população do Município de Joinville.

Ao analisar as possíveis causas para o percentual médio de ociosidade, verificou-se que os centros cirúrgicos apresentavam situações específicas que interferem na sua produtividade.

No Centro Cirúrgico Geral, identificou-se que os médicos cirurgiões, apesar de serem contratados para a carga horária de 120 horas mensais, apresentaram atuação inferior a 50% dessas horas.

Para se chegar à produtividade médica foram considerados alguns critérios e cálculos, a seguir relacionados:

- (a) Selecionou-se o quantitativo de médicos que atuam no Centro Cirúrgico, de acordo com a relação dos médicos cirurgiões que compõem o corpo clínico do Hospital Municipal de São José.
- (b) Adotou-se como critério para a prestação de serviço no CC 50% da carga horária total contratada (120 horas), e as outras 60 horas prestadas nos demais setores do Hospital.
- (c) Verificou-se o total de horas de cirurgias realizadas para cada especialidade. Nessa análise, utilizou-se a listagem de cirurgias realizadas no período, com a exclusão das salas de Hemodinâmica, Ultrassonografia, Recuperação, E1, E2, SRPA e vazias, exclusão dos procedimentos lançados mais de uma vez, no período de funcionamento total do CCG, ou seja, 24 horas. Também foram excluídos da análise os lançamentos em “anestesiologia, enfermagem e (acompanhamento de) nutricionista”.
- (d) Calculou-se o percentual de horas que o profissional contratado atuava no Centro Cirúrgico em cada especialidade em relação a 50% do total de horas contratadas para cada especialidade. Nesse cálculo foram excluídos alguns lançamentos por não haver a especialidade médica correspondente.

Com base nessa análise geral, chegou-se ao seguinte resultado:

Quadro 4: Demonstrativo do cálculo da produtividade médica no CCG

Especialidades	(a) N.º de médicos atuantes	(b) 50% horas contratadas ao mês (a x 60)	(c) Horas contratadas no período de análise (a x 60 x 6)	(d) Total de horas de cirurgia por especialidade no período de análise	%
Bucomaxilo	7	420	2.520	79,75	3,16%
Cirurgia cabeça e pescoço	2	120	720	178,42	24,78%
Cirurgia geral	13	780	4.680	937,78	20,04%
Cirurgia oncologia mastologia	3	180	1.080	128,40	11,89%
Cirurgia oncológica	4	240	1.440	228,95	15,90%
Cirurgia plástica	5	300	1.800	11,22	0,62%
Cirurgia torácica	3	180	1.080	90,33	8,36%
Cirurgia vascular	7	420	2.520	81,63	3,24%
Neurocirurgia	5	300	1.800	287,18	15,95%
Ortopedia e traumatologia	26	1.560	9.360	1.436,65	15,35%
Otorrino	1	60	360	27,73	7,70%
Proctologia	7	420	2.520	48,13	1,91%
Urologia	5	300	1.800	300,20	16,68%
Total	88	5.280	31.680	3.836,38	12,11%

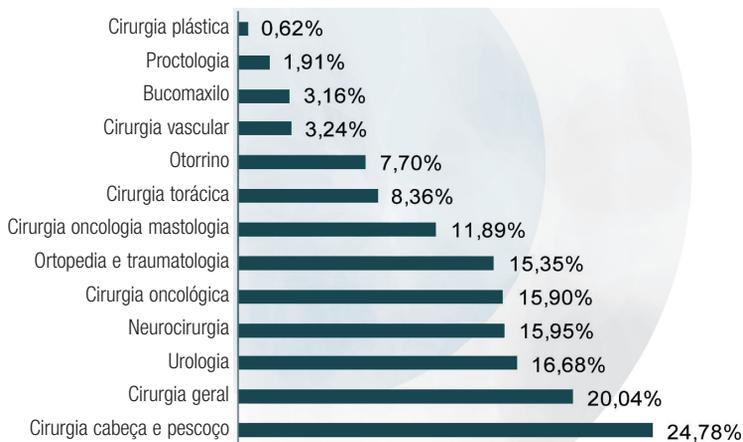
Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012, constante do Of. 513/2012 (HMSJ, Jle.), de 5 set. 2012 (fls. 59-65 e 119-99), e de funcionários do Hospital, constante do Of. 340/2012 (HMSJ), de 19 jun. 2012, Anexo II (fls. 07-43).

Dessa forma, é possível afirmar que apenas 12,11%, ou seja, 3.836,38 das 31.680 horas são utilizadas para a realização de cirurgias. O valor utilizado corresponde a 50% do total de horas contratadas de profissionais cirurgiões.

Uma das causas para a ociosidade média do Centro Cirúrgico Geral de 46,52% é justamente a baixa atuação dos cirurgiões médicos no Centro Cirúrgico Geral, conforme se visualiza no gráfico a seguir:

Gráfico 1: **Atuação dos cirurgiões no CCG em relação a 50% das horas contratadas**



Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagens de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012, constante do Ofício 513/2012, de 5 set. 2012 (fs. 59-65 e 119-99), e de funcionários do Hospital, constante do Ofício 340/2012, 19 jun. 2012, Anexo II (fs. 07-43).

Em relação ao Centro Cirúrgico Ambulatorial, de acordo com informações prestadas pelo responsável do setor, muitos dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico Geral poderiam ser executados no CCA, o que reduziria sua ociosidade de 83,62%.

Os procedimentos que poderiam ser transferidos do CCG para o CCA, sem qualquer tipo de risco ao paciente, são aqueles classificados como de pequeno porte (cirurgias com duração máxima de 2 horas), e pacientes ASA I e II respectivamente, os pacientes saudáveis e os com doença sistêmica leve ou moderada².

Verificou-se que, no período de maio a novembro de 2012, as cirurgias de pequeno porte realizadas no CCG representavam 65% da produção, e as ASA

² A denominação ASA é dada pela Sociedade Americana de Anestesiologistas, ou *American Society of Anesthesiologists* (ASA). São quatro os critérios para classificar os pacientes a ser submetidos a uma cirurgia ou procedimento com internação: ASA I, ASA II, ASA III e ASA IV. O critério ASA V é para o paciente em fase terminal, cuja expectativa de vida, com ou sem intervenção cirúrgica, é pequena, e o ASA VI, para o paciente que tem declarada morte cerebral, cujos órgãos serão retirados com o propósito de doação.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.886/2008, de 21 de novembro de 2008. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1886_2008.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2013. AMERICAN SOCIETY OF ANESTHEOLOGISTS. ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM. Disponível em: <http://www.asahq.org/Home/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>. Acesso em: 19 de junho de 2013.

I e ASA II representavam mais de 60% da produção do mesmo período, estas informações confirmam que com a transferência desses procedimentos para o CCA, se teria a otimização deste centro cirúrgico e aumentaria a disponibilidade do CCG.

O CCA, apesar de contar com uma capacidade operacional suficiente, em termos de equipamentos e pessoal, apresentou 83,62% do seu tempo ocioso. Por outro lado, observou-se certa concentração de procedimentos clínico-cirúrgicos classificados de pequeno porte e de porte anestésico ASA I e ASA II sendo realizados no Centro Cirúrgico Geral, o qual poderia ser utilizado para procedimentos mais complexos, já que está devidamente preparado para isso.

Dentre os efeitos do achado, destaca-se a permanência de 4.267 pacientes em fila de espera, até outubro de 2012.

Controle da fila de cirurgias a cargo dos médicos

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema da rede pública de saúde e tem como finalidade prestar o acesso à saúde de forma gratuita a todos, independente de crença, cor, classe social, já que todos têm o mesmo direito.

Nesse sentido, foi editada a Portaria GM/MS n.º 1559, de 01/08/2008, pelo Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde e estabelece a criação de estruturas denominadas “Complexos Reguladores”, formados por centrais de regulação do acesso (art.7º).

Dentre as suas atribuições destacam-se as elencadas nos incisos I e II do parágrafo 1.º do artigo 8.º da portaria: “I — garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; II — garantir os princípios da equidade e da integralidade”.

O artigo 9.º estabelece o Complexo Regulador Municipal que deverá ser organizado da seguinte forma, segundo o seu parágrafo 1.º:

§ 1.º O Complexo Regulador será organizado em:

I — Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II — Central de Regulação de Internações Hospitalares: **regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos** e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III — Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

O controle da fila de espera dos pacientes por cirurgia é feito por três funcionários, que realizam a chamada dos pacientes e marcação de cirurgias por especialidade. Identificou-se também que existiam casos nos quais a ordem da fila não era respeitada, e isso ocorria em função do próprio médico ser o responsável pela indicação dos pacientes a serem chamados.

De forma a comprovar a situação encontrada, buscou-se identificar os casos em que o paciente era chamado a se submeter a procedimento cirúrgico, em desrespeito à ordem estabelecida na fila de espera, sem justificativa médica.

A listagem das cirurgias realizadas de 1.º a 31/10/2012 foi confrontada com a listagem de pacientes na fila de espera anterior àquele mês.

Assim sendo, observaram-se duas situações. Na primeira, identificaram-se 25 casos em que os pacientes eram chamados, em discordância à ordem da fila de espera, e realizavam procedimentos divergentes daqueles para os quais estavam aguardando.

Na segunda, verificaram-se 72 pacientes que não obedeceram à ordem da fila para realizar o mesmo procedimento para o qual estavam aguardando, o que fez com que restassem 1.723 pacientes na fila de espera.

Conclui-se com essa análise que 97 pacientes realizaram cirurgias na frente de 2.490 pacientes, que aguardavam na fila de espera. Isso comprovou que a ordem da fila não era respeitada pelo Hospital, o que afronta os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde.

Dentre as causas identificadas para a ocorrência de tal situação destacam-se a não regulação da fila de cirurgias e a inexistência do seu controle pela direção do Hospital e pela Secretaria Municipal da Saúde.

O Hospital informou que o Município de Joinville ainda não possui uma central de regulação de fila única, ficando sua administração a cargo dos médicos de cada especialidade.

Dentre os efeitos do achado destacam-se 4.267 pacientes em fila de espera por cirurgia desde 2003 e o seu aumento a cada ano, conforme se observa no quadro a seguir:

Quadro 5: Número de pacientes na fila de cirurgias ambulatoriais

Ano de entrada na fila	Quantitativo de pacientes	%
2003	1	0,02%
2004	4	0,09%
2005	27	0,63%
2006	43	1,01%
2007	97	2,27%
2008	290	6,80%
2009	414	9,70%
2010	720	16,87%
2011	1.145	26,83%
2012	1.526	35,76%
Total	4.267	100,00%

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Relação de pacientes em fila de espera até jun. 2012.

Em relação à fila de espera de pacientes para cirurgias eletivas, até junho de 2012, por especialidade, encontrava-se distribuída da seguinte forma:

Quadro 6: Número de pacientes na fila de espera/especialidade

Especialidade	N.º de pacientes	%
Bucomaxilofacial	17	0%
Não identificada	25	1%
Otorrinolaringologia	52	1%
Neurologia	65	2%
Mastologia	70	2%
Cirurgia oncológica	84	2%
Cirurgia plástica	85	2%
Cirurgia torácica	132	3%
Urologia	177	4%
Cirurgia cabeça e pescoço	189	4%
Proctologia	248	6%
Cirurgia vascular	396	9%
Cirurgia geral	519	12%
Ortopedia	2.203	52%
Total	4.267	100,00%

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de pacientes em fila de espera.

* Posteriormente, para fins de cálculo, os 132 pacientes da fila para cirurgia torácica e os 85 para plástica foram adicionados aos 519 da fila de espera por cirurgia geral, ficando essa especialidade com 736 pacientes.

Ressalta-se que o total de pacientes em lista de espera por ano (4267) difere do total de pacientes por especialidade (4262) em razão de constarem do sistema cinco lançamentos a mais — cadastrados de maneira errônea — no primeiro caso.

Diante do alto número de pacientes na fila de espera por cirurgias e da existência de horas disponíveis e não utilizadas nos centros cirúrgicos, buscou-se verificar a possibilidade do atendimento da demanda de cirurgias por especialidade mediante a ocupação do Centro Cirúrgico Geral quando está ocioso.

Com base no número de cirurgias que poderiam ser realizadas nas horas ociosas do CCG, calcularam-se o número de pacientes na fila que poderiam ser atendidos e a quantidade de tempo em fila de espera a ser eliminada em cada especialidade, conforme quadro a seguir:

Quadro 7: Potencial de realização de cirurgias e atendimento da fila

Especialidades	Horas ociosas/mês	TMA	N.º cirurgias a mais ao mês	Quantidade de pacientes na fila	Atendimento da fila (meses*)
Bucomaxilo	8,29	2,75	3,015	17	3,76
Cirurgia cabeça e pescoço	36,01	2,38	15,13	189	8,33
Cirurgia geral	121,29	1,78	68,14	736	7,20
Cirurgia oncologia	26,18	2,49	10,51	84	5,33
Cirurgia oncologia (mastologia)	43,10	1,43	30,14	70	1,54
Cirurgia vascular	29,64	1,43	20,73	398	12,73
Neurocirurgia	12,14	1,99	6,10	65	7,11
Ortopedia trauma geral	45,14	1,59	28,39	2.203	51,73
Otorrino	17,38	1,16	14,98	52	2,31
Urologia	23,36	1,99	11,74	177	10,05

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012.

Os 132 pacientes da fila para cirurgia torácica e os 85 para plástica foram adicionados aos 519 da fila de espera para cirurgia geral, ficando essa especialidade com 736 pacientes.

Conforme apresentado e demonstrado, na Cirurgia Geral, por exemplo, pode-se inferir que se um procedimento nessa especialidade levasse em média 1,78 horas de Tempo Médio de Atendimento (TMA), seria possível realizar 68,14 cirurgias por mês dentro das 121,29 horas ociosas.

No mesmo sentido, considerando uma fila de espera de 736 pacientes — que está superdimensionada — haja vista terem sido incluídas nessa especialidade os pacientes das filas de espera por cirurgia torácica e plástica, seria necessário 7,2 meses para atendê-los no tempo ocioso.

Ao utilizar como exemplo a especialidade de bucomaxilofacial, na qual foi identificado o menor índice de ociosidade, percebeu-se que, considerando o seu TMA de 2,75, seria possível realizar 3,02 cirurgias a mais por mês, e assim atender os 17 pacientes na fila de espera em aproximadamente 4 meses.

Convém ressaltar que esses cálculos foram realizados considerando uma fila estática, o que não representava de forma fidedigna a realidade do Hospital. Entretanto a análise permitiu concluir que existiam horas ociosas nas especialidades para as quais se observou um grande número de pacientes em fila de espera.

Além da utilização das horas ociosas do CCG, o Hospital também poderia utilizar a disponibilidade de horas resultante da transferência da realização de procedimentos classificados como pequeno porte (ASA I e II) do CCG para o CCA, para o atendimento de cirurgias de maior porte e complexidade e assim reduzir a fila de espera.

No item 2.1 deste relatório há a verificação de que mais de 60% dos procedimentos do CCG eram realizados em pacientes classificados como ASA I e ASA II, o que representava uma disponibilidade de 240 horas mensais, que poderiam ser utilizadas para diminuir a fila de espera na especialidade de ortopedia e trauma geral, por exemplo.

Nesse sentido, buscou-se calcular em quanto tempo a fila da especialidade de ortopedia e trauma geral poderia ser reduzida com a utilização daquelas horas, já que apresentava o maior número de pacientes, 2.203, até 05/09/2012.

Na primeira etapa da análise identificou-se o quantitativo de horas e chegou-se ao total de 285,57 horas que estavam disponíveis para procedimentos cirúrgicos da ortopedia num período de 7 meses:

Quadro 8: Disponibilidade de horas para a realização de cirurgias de ortopedia

Origem das horas disponíveis	Horas
Transferência de procedimentos ASA I para CCA	78,29*
Transferência de procedimentos ASA II para CCA	162,14*
Horas ociosas na especialidade de ortopedia	45,14
Total de horas que poderiam ter sido utilizadas para procedimentos cirúrgicos de ortopedia	285,57

Fonte: TCE/SC, DAE.

Notas: Listagem de cirurgias, realizadas de maio a novembro de 2012, classificadas pela Unidade de acordo com o critério ASA de classificação.

* Média mensal no período de maio a novembro/2012.

Em seguida, com base no Tempo Médio de Atendimento (TMA), verificou-se que com a disponibilidade de 285,57 horas mensais teria sido possível realizar 179,60 cirurgias a mais, o que permitiria que fossem atendidos 2.203 pacientes em apenas 8,18 meses, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 9: Estimativa de atendimento com intuito de reduzir fila na especialidade cirurgias de ortopedia

Horas disponíveis	TMA ortopedia	N.º cirurgias ao mês	Qtde. de pacientes na fila	Atendimento da fila (meses*)
285,57	1,59	179,6	2.203	8,18

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagens de cirurgias, realizadas de maio a novembro/2012, classificadas pelo critério ASA pela Unidade, e de cirurgias, realizadas no período de fevereiro a julho de 2012, Ofício 513/2012, de 05/09/2012.

* Considerando 20 dias úteis ao mês.

Em síntese, no caso de cirurgias de ortopedia, analisou-se a possibilidade de atendimento da fila com a utilização das horas ociosas no CCG, sendo verificada também a disponibilidade de horas resultantes da transferência dos procedimentos classificados como ASA I e ASA II para o CCA.

Dentre as causas identificadas para a ocorrência de tal situação destacam-se a ausência de uma central de regulação do acesso e a inexistência do seu controle pela direção do Hospital e pela Secretaria Municipal da Saúde, em discordância com o que estabelece os artigos 7.º, 8.º, § 1.º, 9.º, 10, § 3.º, da Portaria GM/MS n.º 1559, de 01/08/2008.

Em decorrência dessas causas, constatou-se uma fila de 4.262 pacientes aguardando por cirurgias até junho de 2012, que poderia ser minimizada com a utilização das horas ociosas identificadas pela auditoria.

Os médicos não cumprem a carga horária contratada

A Lei Complementar (LC) n.º 239 do Município de Joinville, de 16 de julho de 2007, em seu Anexo I, institui a obrigatoriedade aos médicos do Hospital Municipal São José a uma jornada de 120 horas de trabalho mensais.

Quanto ao registro de frequência, conforme o art. 48 da LC n.º 266/08 do Município de Joinville que preconiza:

Art. 48. Os servidores do quadro permanente submeter-se-ão a controle de ponto, que poderá ser manual, mecânico ou eletrônico, a critério da Administração, onde serão registrados os horários de entrada e saída, bem como de intervalo, este se houver.

Parágrafo Único — O registro de ponto poderá ser dispensado pelo dirigente do órgão ou da entidade, acaso as condições da prestação dos serviços do servidor impossibilitarem tal procedimento, cujo ato deve ser fundamentado.

No entanto constatou-se que o controle de ponto dos médicos no HMSJ não é efetivo.

O registro de frequência do hospital é feito por dois relógios ponto, que estão instalados em uma das entradas laterais e no ambulatório. É possível constatar que não há qualquer tipo de barreira física próxima às entradas, o que torna ainda mais difícil o controle, visto que o HMSJ possui várias vias de acesso.

Até a conclusão da auditoria, o registro era feito com o crachá do profissional, no entanto estava prevista, na sequência, a instalação de um sistema de registro de ponto biométrico.

Imagem 1: Relógio ponto I



Foto n.º 5850, de 06/11/2012 — Relógio ponto da entrada lateral do HMSJ (TCE/SC-DAE)

Imagem 2: Relógio ponto II



Foto n.º 5855, de 06/11/2012 — Relógio ponto da entrada do ambulatório do HMSJ (TCE/SC-DAE)

Ao analisar o controle de ponto mensal, de janeiro a julho de 2012, dos funcionários, foi possível constatar problemas em decorrência da limitação do sistema utilizado, bem como da gestão deficiente em relação à exigência dos registros dos profissionais.

Quanto aos médicos do centro cirúrgico, verificou-se que a grande maioria dos profissionais analisados não registrava seu ponto, fato observado também nos demais setores.

As evidências demonstram mais uma vez que os registros identificados no ponto não condizem com a realidade, servindo apenas para justificar o pagamento realizado.

É importante ressaltar que, no HMSJ, por existir várias vias de acesso, apenas um novo equipamento de controle de ponto não será suficiente. Faz-se necessário colocar barreiras físicas (catracas) que registrem e fechem todas as entradas e saídas de serviço.

Pagamento dos médicos sem comprovação da prestação do serviço

Em razão da deficiência no controle do ponto, assunto anteriormente abordado, decidiu-se analisar os demonstrativos de pagamento de fevereiro a junho de 2012, fornecidos pelo setor de Recursos Humanos (RH) do HMSJ, bem como o pagamento de pró-labore.

A Lei Complementar n.º 239, de 16 de julho de 2007, do Município de Joinville, regulamenta o pagamento do vencimento dos servidores do HMSJ em seu Capítulo II.

No HMSJ os profissionais médicos recebem seu vencimento no quinto dia útil de cada mês e, no dia 20, pró-labore relativo à produção efetiva do mês anterior.

No período da realização da auditoria não havia embasamento legal para o pagamento do pró-labore. A única base que era utilizada: a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), contida no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap)³. A tabela do SUS precifica o valor do repasse aos profissionais.

³ DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). SIGTAP — Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Tabela Unificada. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/?%20040801000>>. Acesso em: 10 mar 2013.

Com base nos demonstrativos de pagamento recebidos e no recebimento de pró-labore, extraiu-se uma amostra não científica, elaborada com base na materialidade, ou seja, nos maiores recebimentos brutos.

Como critério, selecionaram-se os profissionais que tiveram recebimento bruto médio mensal acima de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), no caso, quatro médicos. A média mensal a qual se refere este parágrafo decorre da soma do recebimento bruto previsto nos contra-cheques de fevereiro a junho de 2012, ao valor de pró-labore recebido pelos profissionais também de fevereiro a junho de 2012.

A fim de facilitar o entendimento, extraiu-se da amostra exemplo de profissional do setor de radiologia, que obteve proventos elencados no quadro a seguir:

Quadro 10: Proventos de radiologista

Mês	Contracheque	Pró-labore	Total/mês
Fevereiro	R\$ 6.720,65	R\$ 24.462,74	R\$ 31.183,39
Março	R\$ 6.720,65	R\$ 10.819,17	R\$ 17.539,82
Abril	R\$ 7.291,91	R\$ 9.761,41	R\$ 17.053,32
Maiο	R\$ 7.542,13	R\$ 23.715,39	R\$ 31.257,52
Junho	R\$ 7.542,13	R\$ 19.038,17	R\$ 26.580,30
Total	R\$ 35.817,47	R\$ 87.796,88	R\$ 123.614,35

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Exemplo retirado a partir da análise dos contracheques dos colaboradores e dos valores percebidos a título de pró-labore.

A direção do HMSJ não encaminhou a escala de trabalho do setor de radiologia, e o controle de ponto era deficiente. Dessa forma, não foi possível analisar o cumprimento da jornada. Analisou-se então a produção do profissional radiologista em busca de embasamento para o pagamento do pró-labore, visto que esse item representou 71% do seu recebimento no período analisado.

No relatório de produção não foi localizado nenhum exame realizado por esse profissional, apenas a observação ao final de cada relatório dizendo que o médico receberia uma porcentagem do valor dos procedimentos radioterápicos.

Após vasta pesquisa, não foi localizado critério legal para tal repasse de valores, ainda mais que não houve produção do profissional, e sim uma espécie de comissão, que representou em média 30% do valor total dos exames radioterápicos, realizados em cima da produção total dos médicos que atuam no setor de radiologia.

Dessa forma, é possível afirmar que os controles de ponto e de produção não condiziam com o valor recebido pelos profissionais, descumprindo os preceitos dos arts. 19, § 1.º, da Lei Complementar n.º 323/2006, e 63 da Lei n.º 4.320/1964.

Pacientes aguardando nos corredores por atendimento e/ou vagas nos setores de internação

A Constituição Federal no art. 196 estabelece que a saúde é um direito de todos, e seu acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua ação.

Durante a auditoria foram feitas inúmeras visitas ao setor de Pronto Socorro (PS), em todas foi constatada a existência de pacientes internados nos corredores. Em alguns momentos tornava-se difícil o trânsito de pessoas pelos corredores do setor em razão do número excessivo de pacientes ali internados.

Imagem 3: **Corredor do PS I**



Foto n.º 0474, de 06/11/2012 — Pacientes internados no corredor do PS (TCE/SC-DAE)

Imagem 4: Corredor do PS II



Foto n.º 0469, de 06/11/2012 — Outro ângulo do Corredor do PS com pacientes internados (TCE/SC-DAE)

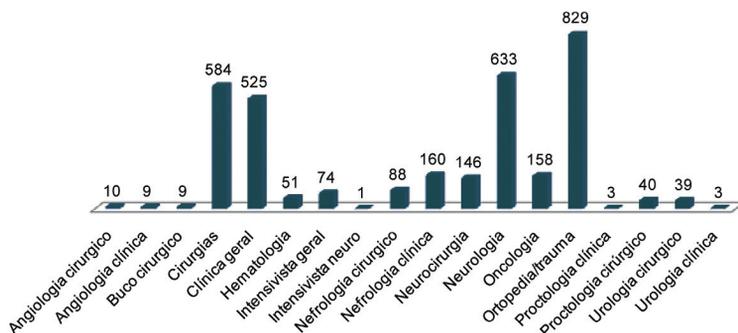
O setor analisado conta com 43 leitos de observação, distribuídos da seguinte forma: 20 leitos masculinos, 16 leitos femininos e sete leitos de emergência, estes funcionam como uma espécie de UTI.

Conforme informação prestada pelo responsável pelo setor de emergência, os pacientes não deveriam permanecer no setor de emergência por mais de 24 horas. Após esse período eles deveriam ser transferidos para alguma das unidades internas especializadas, onde receberiam tratamento adequado ou alta. Os pacientes do PS, portanto, são os que permanecem no setor por até 24 horas, não podendo ficar ali após terminado este período.

Contudo, no período de 15 de janeiro a 15 de agosto de 2012, verificou-se que os pacientes permaneceram internados no Pronto Socorro em média 12 dias, e os que realmente deveriam estar internados representavam apenas 3,6% do total de atendimentos realizados no setor entre fevereiro a junho de 2012.

Os pacientes que permaneceram no PS em razão da falta de estrutura do HMSJ representavam 96,4% dos atendimentos entre fevereiro a junho de 2012, sendo que a maior parte era referente às especialidades de neurologia e ortopedia, como explica o gráfico a seguir:

Gráfico 2: Pacientes no PS por mais de 24 horas



Fonte: Hospital Municipal São José (HMSJ), de Joinville.

Nota: Listagem de atendimentos do PS (fls. 222-319).

Verificou-se ainda a estrutura nos setores de internação para abrigar os pacientes que permaneceram por mais de 24 horas no PS, baseando-se na taxa de ocupação e na média de permanência dos pacientes em cada um dos setores de internação entre janeiro a junho de 2012, o que possibilitou, assim, a comparação do número de leitos existentes com o necessário.

Quadro 11: Demonstrativo do cálculo de necessidade de leitos para suprir a demanda do PS

Especialidade	Qtd. de pacientes	Dias de permanência	Média permanência por paciente no PS	Média de paciente/mês, por especialidade no PS	Leitos setor (a)	Média de ocupação informada % (b)	Média permanência em dias a.m. (c)	Leitos ocupados por setor ao mês (d)	Necessidade de leitos por setor (e)	e-(a-d)
Neurocirurgia	146	2.258	15,47	20,86	48,00	0,93	12,93	44,74	56,03	52,77
Neurologia	633	10.950	17,30	90,43						
Urologia cirúrgica	39	345	8,85	5,57	30,00					
Proctologia cirúrgica	40	470	11,75	5,71						
Buco cirúrgico	9	389	43,22	1,29						
Nefrologia cirúrgica	88	4.334	49,25	12,57						
Cirurgias	584	6.595	11,29	83,43						
Angiologia cirúrgica	10	145	14,50	1,43						
Urologia clínica	3	38		0,43	20,00	0,89	9,60	17,85	38,78	36,63
Proctologia	3	56	18,67	0,43						
Nefrologia clínica	160	2.648	16,55	22,86						
Angiologia clínica	9	78	8,67	1,29						
Infectologia	34	384	11,29	4,86						
Clinico geral	525	6.455	12,30	75,00						
Ortopedia/trauma	829	8.690	10,48	118,43	34,00	0,91	6,20	31,10	28,55	25,65
Oncologia	158	1.952	12,35	22,57	25,00	0,86	12,32	21,48	14,33	10,81
Hematologia	51	882	17,29	7,29						
Intensivista geral	74	875	11,82	10,57	8,00	0,99	13,40	7,90	5,58	5,48
Intensivista neuro	1	11	11	0,14	6,00	0,97	11,82	5,83	0,00	0,00

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Listagem de atendimentos do PS (fls. 222-319), Of. 340/2012 — Anexos V e VIII (fl. 54-6), do HMSJ (Joinville/SC).

A análise possibilitou constatar que a maior carência de leitos ocorria em neurologia e neurocirurgia, e que havia a necessidade de serem destinados mais 52 leitos para a especialidade médica. Para a ortopedia/traumatologia seria necessário destinar mais 25 leitos.

As especialidades atendidas pelos leitos do setor clínico (urologia, proctologia, nefrologia, angiologia, infectologia, clínica geral), em decorrência da demanda gerada pelo Pronto Socorro, necessitavam de 38 leitos. Como havia em média dois leitos ociosos ao mês, compreendeu-se ser necessária a destinação de mais 36 leitos para o setor. No caso da oncologia e hematologia, seriam necessários mais 10 leitos para as áreas. Por fim, a UTI Geral precisaria de mais cinco leitos.

É possível afirmar que, em decorrência da demanda gerada pelo PS, e considerando a ociosidade de leitos em alguns dos setores, seriam necessários mais 131 leitos.

Durante a visita ao HMSJ, foi possível conhecer a estrutura física do Complexo Ulysses Guimarães. A estrutura consiste em um anexo ao HMSJ, cujo projeto prevê 6.524,29 metros quadrados distribuídos em sete andares de construção, previstos no contrato de prestação de serviço.

A construção prevê leitos de UTI, PS, conforme informado pelo diretor atuante no período da execução da auditoria. O objetivo principal de tal construção é aumentar a capacidade de atendimento do HMSJ, diminuindo o número de pacientes que permanecem internados no PS de forma incorreta, em decorrência da falta de leitos, de acordo com o que se constatou nas análises apresentadas no decorrer deste item.

Imagem 5: **Obra Complexo Ulysses Guimarães I**



Foto n.º 507, de 06/11/2012 — Vista geral da parte externa do complexo (TCE/SC-DAE)

Imagem 6: Obra Complexo Ulysses Guimarães II



Foto nº 511, de 06/11/2012 — Parte interna do complexo em construção (TCE/SC-DAE)

No entanto ressalta-se que a obra foi iniciada em 2007 e, por conta de algumas indefinições, no período da visita ao HMSJ (setembro e novembro de 2012), estava praticamente parada.

Ainda, conforme contrato firmado entre o Município de Joinville e Orbe Engenharia Ltda., o prazo inicial para a execução da obra era de 10 meses. O contrato foi assinado em 20 de setembro de 2007. Dessa forma, a previsão inicial de término era para julho de 2008.

Sala cirúrgica fechada

O Centro Cirúrgico Geral do Hospital Municipal de Joinville contava com seis salas cirúrgicas, entre as quais, uma encontrava-se inativa em novembro de 2012.

Segundo informações prestadas, a sala 9 encontrava-se desativada em razão da falta de equipamentos, como mesa cirúrgica, equipamentos de anestesia e bisturi elétrico.

Em entrevista com o diretor-geral do Hospital, questionou-se sobre quais medidas estariam sendo tomadas para a reativação da sala 9. O responsável mencionou convênio firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), por meio do qual seriam repassados recursos, no valor de R\$ 700.000,00, para a compra dos equipamentos necessários.

Entretanto, segundo informações prestadas pelo HMSJ no item 5 do Ofício 533/12 (Hospital Municipal São José), de 11 de setembro de 2012, até o encerramento da auditoria, o convênio ainda não havia sido executado.

Dentre os efeitos negativos de se manter uma sala cirúrgica fechada, destaca-se o aumento do número de pacientes na fila de espera por cirurgias eletivas, conforme já demonstrado em item anterior deste relatório.

No quadro a seguir apresenta-se o quantitativo de cirurgias a mais que poderiam ser realizadas, considerando uma distribuição igualitária das 240 horas entre 10 especialidades e os mesmos parâmetros utilizados para o cálculo da utilização das horas ociosas na redução da fila, argumentos já explicitados no item 2.1 deste relatório.

Quadro 12: Cálculo demonstrativo do quantitativo de cirurgias a mais que poderiam ser realizadas com a reabertura da sala 9

Especialidades	Horas mensais a mais (240/10)	TMA calculada	N.º cirurgias que poderiam ser realizadas com 24h a mais ao mês	Qtde. de pacientes na fila*	N.º de dias estimados para zerar a fila	N.º de meses estimados para zerar a fila
Bucomaxilo	24	2,75	8,73	17	38,96	1,30
Cirurgia cabeça e pescoço	24	2,38	10,08	189	374,85	12,50
Cirurgia geral	24	1,78	13,48	736	1.091,73	36,39
Cirurgia oncologia	24	2,49	9,64	84	174,30	5,81
Cirurgia oncologia (mastologia)	24	1,4	17,14	70	81,67	2,72
Cirurgia vascular	24	1,43	16,78	396	471,90	15,73
Neurocirurgia	24	1,99	12,06	65	107,79	3,59
Ortopedia trauma geral	24	1,59	15,09	2.203	2.918,98	97,30
Otorrino	24	1,16	20,69	52	50,27	1,68
Urologia	24	1,99	12,08	177	293,53	9,78

Fonte: TCE/SC, DAE.

Notas: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012, Ofício 513/2012, de 5 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99), HMSJ (Joinville).

* Os 132 pacientes da fila para a cirurgia torácica e os 85 para plástica foram adicionados aos 519 da fila de espera para cirurgia geral, ficando essa especialidade com 736 pacientes.

Conforme já demonstrado, no que se refere ao quantitativo necessário de médicos para a abertura de mais uma sala, em virtude da alta ociosidade decorrente da não atuação dos profissionais de acordo com sua contratação, apenas 12,11%, ou seja, 3.836,38 horas das 31.680 horas deveriam ser prestadas no centro cirúrgico, observando critério adotado na análise.

No caso do Centro Cirúrgico Geral, para que cada sala funcione em sua total capacidade de 24 horas ao dia, durante 30 dias (720 horas mensais por sala), seriam necessários seis anestesistas por sala ao mês, já que cada profissional é contratado para trabalhar 120 horas mensais.

Para o atendimento das seis salas cirúrgicas, que, ao seguir os mesmos parâmetros, acarretaria 4.320 horas, seriam necessários 36 anestesistas atuando 120 horas mensais, conforme se demonstra a seguir:

Quadro 12: Demonstrativo quantidade de anestesistas para o CCG versus horas disponíveis

Salas CCG	Horas disponíveis ao dia (24 horas)	Horas disponíveis ao mês (24x30)	Quantidade de anestesistas/sala ao mês*
01 sala	24	720	6
Total (06 salas)	144	4.320	36

Fonte: TCE/SC, DAE.

Nota: Horário de funcionamento do Centro Cirúrgico Geral, Of. 513/2012, de 05/09/2012, item 4 (fl. 60), Hospital Municipal de São José (Joinville).

No período da realização da auditoria, o HMSJ contava com 17 anestesistas contratados (120 horas mensais cada), contudo, para o atendimento de seis salas cirúrgicas, seria necessária a contratação de 19 profissionais.

O QUE PODE SER FEITO PARA MELHORAR O DESEMPENHO DA AÇÃO

Com o objetivo de apresentar melhorias nos serviços prestados pelo Hospital Municipal São José de Joinville, o TCE/SC determinou e recomendou aos gestores da Secretária Municipal de Saúde e da Direção do Hospital diversas medidas.

Com isso, o órgão de controle público propôs determinações e recomendações à Secretária Municipal da Saúde que visem a criação de uma central de regulação para a gestão da fila de espera pela realização de cirurgias, e que esta tome as medidas necessárias: que estejam disponíveis à população a estrutura e os serviços do Complexo Ulysses Guimarães; que se providencie a compra de equipamentos, possibilitando, assim, a abertura da sala cirúrgica, a qual estava inativa no período da auditoria; e ainda que se extingam os pagamentos sem comprovação do registro de ponto e/ou produção dos profissionais médicos.

À Direção do HMSJ, determinou-se e recomendou-se que sejam cadastrados todos os pacientes em fila de espera para a realização de cirurgias na central de regulação; e que esta tome as medidas necessárias: que estejam disponíveis à população a estrutura e os serviços do Complexo Ulysses Guimarães; que se aprimore a gestão da escala do centro cirúrgico, tendo como foco a demanda existente e não a disponibilidade de horário dos médicos; que se avalie a necessidade da contratação de anestesistas; que se otimize a utilização do centro cirúrgico ambulatorial; e ainda que se extingam os pagamentos sem comprovação do registro de ponto e/ou produção dos profissionais médicos.



BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC

A Constituição Federal (1988) estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196). Nesse sentido, torna-se primordial a adoção das medidas propostas pelo TCE/SC, ficando entendido que o HMSJ, dessa forma, prestará um serviço melhor à população.

Uma vez adotadas as medidas, haverá, portanto, melhor aproveitamento do centro cirúrgico, possibilitando o aceleração do atendimento dos pacientes que estão aguardando por cirurgia, evitando o agravamento da doença. Ao se ter um aumento no número de leitos ativos, será possível internar um número maior de pacientes. Além disso, os profissionais receberão por aquilo que realmente trabalharam, e a melhoria na gestão do Hospital possibilitará que sua administração seja feita com base em ferramentas estratégicas.

Com todo o exposto, entende-se que haverá uma profissionalização da gestão exercida sobre a unidade de saúde, tanto por parte da Secretária Municipal de Saúde quanto da Direção do HMSJ. Como resultado: melhor atendimento aos pacientes que lá são atendidos.



DECISÃO N.º 4086/2013 — TCE/SC — PLENÁRIO

1. Processo n.º RLA 12/00531105
2. Assunto: Auditoria Operacional para avaliar a gestão e a prestação de serviços do Hospital Municipal São José
3. Responsável: Carlito Merss
4. Unidade Gestora: Prefeitura Municipal de Joinville
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.º 4086/2013

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro no art. 59, c/c o art. 113 da Constituição do Estado, e no art. 1.º da Lei Complementar n.º 202/2000, decide

6.1. Conhecer do Relatório de Auditoria Operacional realizada no Hospital Municipal São José, de Joinville, que verificou se a capacidade instalada do Hospital é suficiente para atender a sua demanda em relação às cirurgias e ao pronto socorro, referente ao exercício de 2012.

6.2. Conhecer do Plano de Ação e das informações complementares apresentadas em conjunto pela Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e Diretoria do Hospital Municipal São José, de Joinville.

6.3. Aprovar o Plano de Ação e as informações complementares nos termos e prazos propostos, transformando-os em Termo de Compromisso entre o Tribunal de Contas e a Secretaria Municipal da Saúde e a Direção do Hospital São José de Joinville, conforme prevê o art. 8.º da Resolução n.º TC-079/2013.

6.4. Determinar à Direção do Hospital Municipal São José de Joinville:

6.4.1. O encaminhamento a este Tribunal de 2 (dois) Relatórios Parciais de Acompanhamento do Plano de Ação — nas seguintes datas, 30/08/2014 e 30/06/2016 — para verificação do cumprimento das determinações e implementação das recomendações.

6.4.2. O cadastro de todos os pacientes da fila na Central de Regulação, e assegurar que o chamamento dos mesmos seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médi-

cos, 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. 6.º, 196 e 198 da Constituição Federal (itens 2.1 e 2.2 do Relatório de Reinstrução DAE n.º 22/2013).

6.4.3. A adoção de uma gestão adequada da escala de trabalho dos médicos-cirurgiões em relação à disponibilidade de horas das salas ativas dos Centros Cirúrgicos, considerando a demanda por especialidade da fila de espera, obedecendo ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal (itens 2.1 e 2.2, do Relatório DAE).

6.4.4. A redução da concentração da realização de procedimentos classificados como de “pequeno porte” e ASA I e II no Centro Cirúrgico Geral, transferindo a realização deles para o Centro Cirúrgico Ambulatório de forma otimizar sua capacidade operacional que está preparada para procedimentos de maior porte e complexidade, obedecendo ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal (item 2.1, do Relatório DAE).

6.4.5. Que providencie imediatamente o registro do ponto de todos os servidores, inclusive médicos, registrando todas as entradas e saídas com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas, conforme o conforme o art. 48 da Lei Complementar n.º 266/2008 do Município de Joinville e art. 63 da Lei federal n.º 4.320/64 (itens 2.3 e 2.4 do Relatório DAE).

6.4.6. Que demonstre cabalmente por meio de instrumentos de produtividade e controle de ponto que os valores percebidos pelos médicos são correlatos ao cumprimento da jornada de trabalho, art. 48 da Lei Complementar n.º 266/2008 do Município de Joinville, e LC n.º 239/2007 do município de Joinville, Anexo I e art. 63 da Lei federal n.º 4.320/64 (item 2.4 do Relatório DAE).

6.4.7. Que tome as providências necessárias para que o cronograma de obras do Complexo Ulysses Guimarães seja seguido, viabilizando a disponibilização da quantidade de leitos necessários para atender a demanda em condições adequadas para sua efetiva utilização (pessoal, equipamentos e mobiliário), obedecendo ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal (item 2.5 do Relatório DAE).

6.5. Recomendar à Direção do Hospital Municipal São José de Joinville que

6.5.1. faça a avaliação pré-anestésica para todos os pacientes de modo a facilitar a liberação das cirurgias de pacientes ASA I e II no Centro Cirúrgico Ambulatorial (item 2.1 do Relatório DAE);

6.5.2. apresente e execute medidas para acelerar o atendimento dos pacientes aguardando em fila de espera (item 2.2 do Relatório DAE);

6.5.3. reavalie a necessidade da contratação de anestesistas para que seja possível a abertura da sala cirúrgica desativada (item 2.6 do Relatório DAE);

6.5.4. providencie a compra dos equipamentos necessários para abertura da sala 09 (item 2.6 do Relatório DAE).

6.6. Determinar à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville:

6.6.1. O encaminhamento a este Tribunal de 2 (dois) Relatórios Parciais de Acompanhamento do Plano de Ação — nas seguintes datas, 30/08/2014 e 30/06/2016 — para verificação do cumprimento das determinações e a implementação das recomendações.

6.6.2. A criação de uma central de regulação de fila única para gestão da fila de espera por cirurgias, conforme estabelecem os artigos 7.º, 8.º, § 1.º, 9.º, 10, § 3.º, da Portaria GM/MS n.º 1559, de 01/08/2008 (conforme item 2.2 do Relatório DAE).

6.6.3. Que providencie imediatamente o registro do ponto de todos os servidores, inclusive médicos, registrando todas as entradas e saídas, com software adequado, com monitoramento eletrônico e barreiras físicas, conforme o art. 48 da Lei Complementar n.º 266/2008 do Município de Joinville, e o art. 63 da Lei federal n.º 4.320/64 (itens 2.3 e 2.4 do Relatório DAE).

6.6.4. Que demonstre cabalmente por meio de instrumentos de produtividade e controle de ponto os valores percebidos pelos médicos são correlatos ao cumprimento da jornada de trabalho, art. 48 da Lei Complementar n.º 266/2008 do Município de Joinville, e LC n.º 239/2007 do Município de Joinville, Anexo I, e art. 63 da Lei federal n.º 4.320/64 (item 2.4 do Relatório DAE).

6.6.5. Que tome as providências necessárias para que o cronograma de obras do Complexo Ulysses Guimarães seja seguido, viabilizando a disponibilização da quantidade de leitos necessários para atender a demanda em condições adequadas para sua efetiva utilização (pessoal, equipamentos e mobiliário) (item 2.5, do Relatório DAE).

6.7. Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville que

6.7.1. apresente e execute medidas para acelerar o atendimento dos pacientes aguardando em fila de espera (item 2.2 do Relatório DAE);

6.7.2. providencie a compra dos equipamentos necessários para abertura da sala 09 (item 2.6 do Relatório DAE).

6.8. Conhecer o cumprimento da determinação que legalizou o pagamento dos pró-labore dos médicos do HMSJ (Lei Complementar n.º 385, de 10 de

maio de 2013, de forma a atender os inc. X e XI do art. 37 da Constituição Federal (item 3.3.1 do Relatório de Instrução DAE n.º 5/2013).

6.9. Determinar à Diretoria de Atividades Especiais (DAE), deste Tribunal, o monitoramento da implementação das medidas propostas nos termos do art. 10, § 1.º, da Resolução n.º TC-079/2013.

6.10. Determinar à Secretaria Geral deste Tribunal que autue Processo de Monitoramento (PMO) quando do recebimento do primeiro Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação, nos termos da Portaria n.º TC-638/2007, com o apensamento do Processo n.º RLA-12/00531105.

6.11. Dar ciência desta Decisão, bem como do Relatório e do Voto da Relatora que a fundamentam,

6.11.1. à Prefeitura Municipal de Joinville;

6.11.2. à Secretaria Municipal de Joinville;

6.11.3. à Direção do Hospital Municipal de São José de Joinville;

6.11.4. a Câmara Municipal de Joinville; e

6.11.5. ao Ministério Público Estadual em Joinville.

7. Ata n.º 69/2013

8. Data da Sessão: 09/10/2013

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: Salomão Ribas Junior (presidente), Luiz Roberto Herbst, Cesar Filomeno Fontes, Wilson Rogério Wan-Dall, Herneus De Nadal, Julio Garcia e Cleber Muniz Gavi (art. 86, *caput*, da LC n.º 202/2000).

10. Representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas: Aderson Flores

11. Auditores presentes: Gerson dos Santos Sicca e Sabrina Nunes Iocken (relatora).

SALOMÃO RIBAS JUNIOR

Presidente

LUIZ ROBERTO HERBST

Relator (art. 91, II, da LC n.º 202/2000)

Fui presente: ADERSON FLORES

Procurador-Geral Adjunto do Ministério Público junto ao TCE/SC

Data da publicação da Decisão: 29/10/2013, DOTC-e n.º 1343.