

09

relatório resumido



**AUDITORIA OPERACIONAL  
NO HOSPITAL REGIONAL  
HANS DIETER SCHMIDT**

DIRETORIA DE ATIVIDADES ESPECIAIS

2011



#### **CONSELHEIROS**

Luiz Roberto Herbst — Presidente

César Filomeno Fontes — Vice-Presidente

Salomão Ribas Junior — Corregedor-Geral

Wilson Rogério Wan-Dall

Herneus De Nadal

Julio Garcia

Adircélio de Moraes Ferreira Junior

#### **AUDITORES**

Cleber Muniz Gavi

Gerson dos Santos Sicca

Sabrina Nunes Iocken

#### **MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCE**

##### **PROCURADORES**

Mauro André Flores Pedrozo — Procurador-Geral

Márcio de Sousa Rosa — Procurador-Geral Adjunto

Aderson Flores

Cibelly Farias

Diogo Ringenberg

**AUDITORIA OPERACIONAL  
NO HOSPITAL REGIONAL  
HANS DIETER SCHMIDT**

JULHO A DEZEMBRO DE 2010

**Ficha catalográfica elaborada por  
Sílvia M. Berté Volpato CRB 14/408**

S231a

Santa Catarina. Tribunal de Contas.  
Auditoria operacional no Hospital Regional Hans  
Dieter Schmidt : relatório resumido. Florianópolis :  
TCE/DAE, 2011.

32 p.

1. Auditoria operacional. 2. Hospital Regional  
Hans Dieter Schmidt. I. Tribunal de Contas de Santa  
Catarina.

CDU 657.6

# **AUDITORIA OPERACIONAL NO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT**

**JULHO A DEZEMBRO DE 2010**

**RELATOR**

**CLEBER MUNIZ GAVI**

**EQUIPE DE AUDITORIA**

**GLÁCIA DA CUNHA**

**MICHELLE FERNANDA DE CONTO EL ACHKAR**

**MONIQUE PORTELLA WILDI HOSTERNO (COORDENADORA)**



# SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO .....	7
■ HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT.....	9
■ O QUE FOI AVALIADO PELO TCE/SC .....	12
■ POR QUE FOI AVALIADO .....	13
■ COMO SE DESENVOLVEU O TRABALHO .....	14
■ O QUE O TCE/SC ENCONTROU .....	15
■ Diagnóstico e Planejamento das Ações.....	15
■ Salas Cirúrgicas Fechadas .....	15
■ Salas Cirúrgicas com Tempo Ocioso .....	17
■ Quantidade Insuficiente de Profissionais de Enfermagem para Atendimento dos Pacientes Internados .....	18
■ Equipamentos de Exames Subutilizados.....	20
■ Equipamentos Sem Número de Patrimônio.....	23
■ Fila de Espera X Tempo de Espera para Realização da Cirurgia .....	23
■ Boas Práticas .....	24
■ BENEFÍCIOS DAS IMPLEMENTAÇÕES DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC PARA O SERVIÇO DE ESGOTO SANITÁRIO .....	26
■ DECISÃO Nº 2.562/11 — TCE/SC — PLENÁRIO.....	27





# APRESENTAÇÃO

*O acesso à informação é uma das bases do Estado Democrático de Direito e condição fundamental para a operação do controle social, em especial quando se trata de avaliar a qualidade dos gastos públicos. Atento a essa realidade, o Tribunal de Contas de Santa Catarina apresenta à sociedade os resultados da avaliação da gestão e do funcionamento do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, no Norte do Estado.*

*A exemplo das publicações anteriores, nosso objetivo é oferecer um instrumento para que a sociedade possa avaliar o desempenho da Administração Pública em programas e atividades voltados a atender demandas prioritárias da comunidade catarinense.*

*De forma abreviada e com linguagem acessível, este número mostra o que foi avaliado, como a equipe de auditoria desenvolveu os trabalhos, quais foram suas principais constatações e as determinações e recomendações do TCE/SC para solucionar os problemas encontrados. Nossa expectativa é que esse esforço do Tribunal possa promover a melhoria dos serviços de saúde prestados pelo Hospital e, também, servir de inspiração para que os hospitais de todo Estado atendam com mais eficiência às demandas dos seus usuários.*

*Com a divulgação das conclusões de auditorias operacionais, a proposta é aumentar o controle sobre as consequências da implantação de políticas públicas e contribuir para a elevação da qualidade dos gastos e dos serviços e produtos oferecidos pelo Poder Público, a partir do maior envolvimento dos vários agentes sociais.*

*Queremos ampliar o acesso a informações de interesse público, diversificar as possibilidades de comunicação dos resultados do trabalho do TCE/SC e oferecer ainda uma espécie de prestação de contas — oportunidade de visualizar, na prática, o custo-benefício da atuação do órgão fiscalizador no controle e no aperfeiçoamento da gestão pública de Santa Catarina.*

**Conselheiro Luiz Roberto Herbst — Presidente**



# HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT

O Tribunal de Contas de Santa Catarina (TCE/SC) realizou, entre julho e dezembro de 2010, auditoria operacional com intuito de avaliar os serviços de saúde prestados no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

O hospital suprarreferenciado foi o escolhido por se tratar do hospital público estadual com o maior número de leitos para atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS) e também por ser referência em grande número de especialidades médicas, como neurocirurgia, gastroplastia, cirurgia lábio-palatal, urgência e emergência, cirurgia cardíaca e cardiologia intervencionista<sup>1</sup>.

A área de atuação do HRHDS é bastante diversificada, compreendendo especialidades cirúrgicas, clínicas e também serviços de apoio, conforme demonstrado no Quadro 01.

QUADRO 1 | **Especialidades Médicas do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt**

Especialidades Cirúrgicas	
Cirurgia Bariátrica	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Torácica	Cirurgia Plástica
Cirurgia Cardiovascular	Urologia
Cirurgia Geral	Proctologia
Cirurgia Buco Maxilo Facial	Transplante Renal
Cirurgia Pediátrica	Cirurgia de Vasectomia
Cirurgia Oftalmológica	Cirurgia Vasculare
Especialidades Clínicas	
Clínica Geral	Geriatria
Angiologia	Pediatria Geral
Nefrologia	Dermatologia Infantil

continua...

<sup>1</sup> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Fluxo de referência dos serviços de alta complexidade hospitalar.** Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/HRHDS/especialidades.html>. Acesso em: 03 ago. 2010.

... continuação.

Especialidades Clínicas	
Ginecologia	Proctologia
Urologia	Cardiologia Adulto e Infantil
Gastroenterologia Adulto	Pneumologia Adulto e Infantil
Gastroenterologia infantil	Anestesiologia
Buco Maxilo Facial	Psiquiatria
Cirurgia Ginecológica	Infectologia

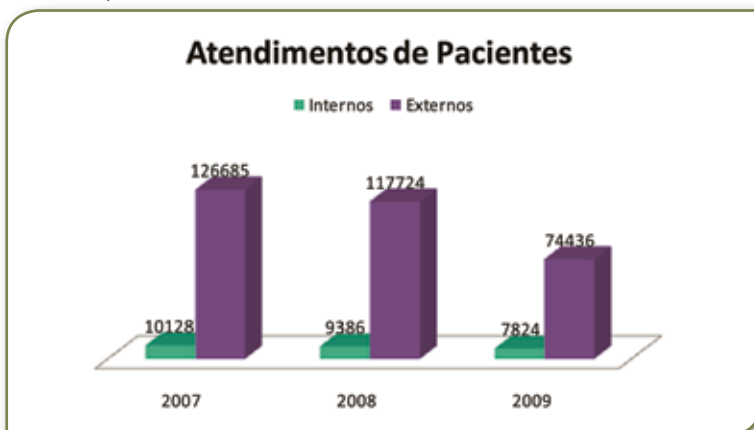
Serviços de Apoio	
Agência Transfusional	Laboratório de Análises Clínicas
Endoscopia	Tomografia
Farmácia	Hemodinâmica
Radiologia	Hemodiálise
Nutrição e Dietética	CME
Serviço Social	Psicologia
Eletrocardiograma/Teste Ergométrico	Terapia Ocupacional
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Fisioterapia

Fonte | Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS).

Nota: Especialidades atendidas pelo hospital.

Com base nos indicadores do HRHDS, foram prestados 136.813 atendimentos à população em 2007. O número passou para 127.110 em 2008, e 82.260 em 2009, conforme exposto no Gráfico 1:

GRÁFICO 1 | Número de atendimentos do HRHDS



Fonte | Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS).

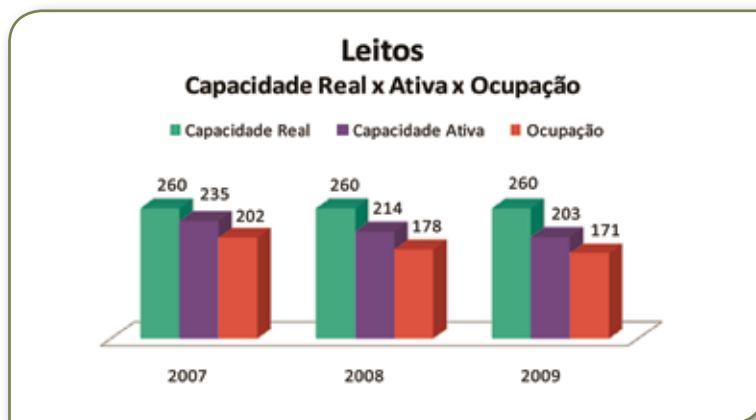
Nota: Indicadores hospitalares nos anos de 2007, 2008 e 2009.

Comparando os indicadores de 2007, 2008 e 2009, conclui-se que houve um decréscimo no número total de atendimentos do hospital. Esse fato pode ser atribuído, em parte, à transferência dos atendimentos infantis para outro hospital da região em dezembro de 2008.

Além do fato anteriormente exposto, o hospital implantou, em junho de 2008, a ferramenta nacional de humanização<sup>2</sup> com classificação de risco (emergência porta fechada), em que os pacientes passam primeiramente por uma triagem que vai definir a prioridade do atendimento<sup>3</sup> e inibir a procura da emergência por pacientes não graves. Por fim, nos estudos, foi detectado o aumento do tempo de internação, já que o hospital atende muitos pacientes idosos e doentes crônicos, acarretando também o declínio do número de atendimentos.

Segundo os indicadores repassados pelo HRHDS, sua capacidade de internação é de 260 leitos, no entanto a capacidade ativa, que representa os leitos aptos à internação, vem caindo desde 2007. A diferença entre o número de leitos ativos e sua capacidade real (número de leitos existentes) chegou a 22% em 2009. No Gráfico 2, essa questão pode ser mais bem visualizada.

GRÁFICO 2 | Capacidade Real x Capacidade Ativa x Taxa de Ocupação



Fonte | Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS).

Nota: Indicadores hospitalares nos anos de 2007, 2008 e 2009.

<sup>2</sup> A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza-SUS) foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde.

<sup>3</sup> SANTA CATARINA. Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Ofício nº 111/10.

# O QUE FOI AVALIADO PELO TCE/SC

A auditoria teve por objetivo verificar se o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt utiliza plenamente sua capacidade instalada para internação e realização de exames e cirurgias sob 03 aspectos: (a) utilização do centro cirúrgico; (b) inatividade dos leitos em decorrência da falta de pessoal; e (c) utilização da capacidade dos exames disponibilizados pelo hospital.

# 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), para o ano de 2010, a área da saúde.

Visando a definição do objeto de auditoria, foram fiscalizados os maiores hospitais estaduais atendidos totalmente pelo SUS. Chegou-se, então, aos hospitais: Hospital Governador Celso Ramos, Regional de São José e Regional de Joinville.

O fato de a emergência do Hospital Governador Celso Ramos, em maio de 2010, estar em reforma, levou essa instituição a ser descartada. A obra em questão aumentou o número de atendimentos do Hospital Regional de São José, o que inviabilizou a escolha dessa unidade de saúde para objeto de auditoria.

Assim sendo, restou à auditoria, como unidade a ser fiscalizada, o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (localizado no município de Joinville), que é o maior em quantidade de leitos atendidos totalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

# COMO SE DESENVOLVEU O TRABALHO

A metodologia utilizada para o planejamento da auditoria operacional compreendeu o levantamento de dados e informações, por meio de pesquisa documental e na internet, e de solicitação de documentos à Secretaria de Estado da Saúde e ao Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS).

A visita de estudo ao HRHDS foi outra estratégia utilizada na elaboração do planejamento da auditoria, o que possibilitou conhecer a estrutura operacional e física do hospital, e ainda subsidiar a aplicação das técnicas SWOT<sup>4</sup> e Diagrama de Verificação de Risco (DVR), para selecionar e definir os temas, explorados nesta auditoria, que mereciam melhorias.

Temas definidos, elaborou-se a matriz de planejamento, na qual foi embasada a execução dos trabalhos.

Na execução da auditoria, foi realizada inicialmente a apresentação da matriz de planejamento, através de slides, ao gestor do hospital e equipe.

A metodologia utilizada para a coleta de dados na execução da auditoria compreendeu solicitação de documentos, verificação de documentos in loco, aplicação de *check-list*, inspeção física, observação direta, registro fotográfico, acompanhamento dos serviços prestados no hospital, entrevistas com funcionários e população que utiliza os serviços do hospital. Como procedimentos para a análise dos dados coletados, foram utilizadas análises documentais comparativas, qualitativas e quantitativas.

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

---

<sup>4</sup> Técnica de auditoria utilizada para enquadrar aspectos positivos, negativos, oportunidades e ameaças relacionadas a determinado programa de governo ou de gestão de órgão/entidade (do inglês *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*).



# O QUE O TCE/SC ENCONTROU

## Diagnóstico e Planejamento das Ações

O resultado da auditoria operacional no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt está baseado em evidências destacadas na Matriz de Achados, que merecem ações por parte da Secretaria de Estado da Saúde e da direção do HRHDS.

Os achados evidenciaram a ociosidade das salas cirúrgicas, a falta de profissionais de enfermagem nos setores de internação e de profissionais para a realização de exames, como ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter, raio-x contrastado e teste ergométrico.

## Salas Cirúrgicas Fechadas

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt possui oito salas cirúrgicas, destas apenas quatro estão em funcionamento.

Nas salas fechadas, verificou-se a existência de material e equipamentos ociosos ou utilizados eventualmente em alguma das salas em funcionamento.

FIGURAS 1-6 | Equipamentos ociosos no centro cirúrgico



... continuação.



Fonte | TCE/SC.

As quatro salas encontram-se fechadas desde a fundação do hospital, acarretando a diminuição da capacidade de cirurgias realizadas pelo hospital e representando espaços ociosos que poderiam ter ser utilizados para outro fim.

Para abrir as salas, é necessário que o hospital tenha 15 leitos cirúrgicos por sala de cirurgia, conforme previsto na Resolução RDC nº 50/02 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Em novembro de 2010, o HRHDS possuía 4 salas cirúrgicas ativas e 67 leitos cirúrgicos para acolher pacientes que passavam por cirurgias. De acordo com o critério, citado no parágrafo anterior, estabelecido pela Resolução RDC nº 50/02, não havia como abrir nenhuma das salas cirúrgicas fechadas.

Em decorrência da reabertura do Setor de Infectologia, 24 leitos serão disponibilizados para a área cirúrgica, possibilitando a abertura de duas salas cirúrgicas, hoje fechadas.

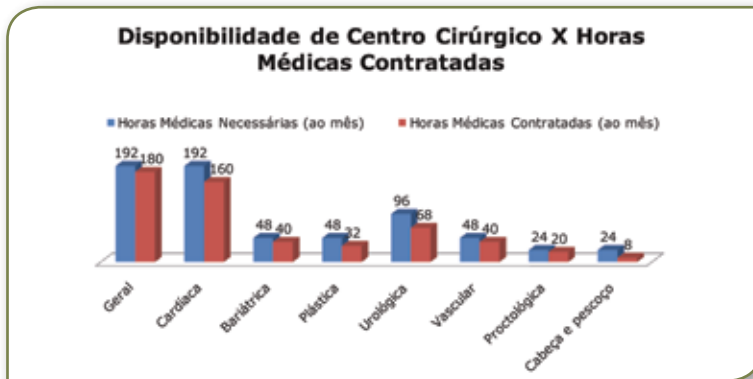
## Salas Cirúrgicas Ativas com Tempo Ocioso

Nos boletins diários de cirurgias, de janeiro a setembro de 2010, foi constatada uma ociosidade de aproximadamente 30% das salas cirúrgicas ativas mesmo havendo demanda, já que pacientes aguardavam em fila de espera por cirurgias das mais variadas especialidades.

Buscando o motivo de tal ociosidade, verificou-se a relação existente entre o número de profissionais médicos e de enfermagem, lotados no centro cirúrgico, e à necessidade de pessoal para suprir horas — de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas — do centro cirúrgico. A auditoria concluiu:

**Médicos** — Há médicos contratados para atender 82% do tempo de centro cirúrgico disponível para cirurgias eletivas, ficando tempo adescoberto, o que causa uma ociosidade de 18%.

GRÁFICO 3 | Horas médicas disponíveis nos centros cirúrgicos x horas médicas trabalhadas no centro cirúrgico



Confrontando a ociosidade constatada por meio dos boletins de cirurgias com aquela decorrente da falta de médicos, chegou-se ao resultado apresentado no Quadro 2:

## QUADRO 2 | Ociosidade descrita nos boletins x ociosidade decorrente da falta de médicos

Ociosidade Boletins Cirúrgicos	Ociosidade Decorrente da Falta de Médicos	Incongruência Existente
30%	18%	12%

Fonte | TCE/SC.

A incongruência encontrada sugere que os médicos não estão cumprindo sua jornada de trabalho na íntegra, visto que há pacientes em fila de espera, aguardando cirurgias em diversas especialidades. Na prática, a ociosidade do centro cirúrgico supera em 12% a falta de médicos.

**Técnicos de Enfermagem** — Há 24 técnicos de enfermagem, que estão lotados no centro cirúrgico, atendendo as cirurgias eletivas (de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas). Conforme o critério estabelecido pela Resolução Cofen nº 293/04 que especifica a necessidade de utilização do Índice de Segurança Técnica (IST) de 15%, seriam necessários 27 técnicos no setor ( $24 \times 15\% = 27$ ). Hoje, a necessidade dos três técnicos é suprida com horas plantão, que custam 50% a mais ao Estado do que a hora normal trabalhada.

## Quantidade Insuficiente de Profissionais de Enfermagem para Atendimento dos Pacientes Internados

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt possui 260 leitos. Mas, em novamebro de 2010, 59 deles estavam inativos, portanto restavam 201 disponíveis para internação.

No Quadro 3, são evidenciados os motivos e os quantitativos da inatividade dos leitos.

QUADRO 3 | Leitos existentes x leitos inativos

Leitos Gerais Existentes		Leitos Gerais Inativos	
Setor	Visita Nov/2010	Visita Nov/2010	Motivo da Inatividade
A – Clínicos Graves	40	3	1 leito sem cama recolocada
			2 leitos inativos pela necessidade de isolamento do outro leito do quarto
B – Clínicos	46	9	2 leitos sem estrutura física adequada
			6 leitos inativos por falta de pessoal
			1 leito inativo pela necessidade de isolamento do paciente da infectologia
C – Infecto	24	12	necessidade de isolamento dos pacientes da infectologia
D – Psiquiatria	30	8	falta de pessoal
E – Infectologia	14	14	reforma (Obs: Leitos reabertos em dezembro de 2010)
G – Cirúrgicos	48	10	2 leitos inativos por falta de pessoal
			8 leitos inativos pela necessidade de isolamento dos pacientes da infectologia
O – Clínicos Cirúrgicos	38	3	1 leito inativo pela necessidade de isolar o outro leito do quarto
			1 leito bariátrico em manutenção
			1 leito bariátrico sem mobiliário
UTI	20	0	não há leitos inativos
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>59</b>	

Fonte | TCE/SC.

O problema dos leitos inativos decorrentes de outros motivos, que não o da falta de pessoal, estava sendo resolvido, por isso foram desconsiderados. Focaram-se apenas os leitos inativos decorrente da falta de pessoal, que, em novembro/2010, totalizavam 16 leitos (27% dos leitos inativos).

Analisou-se cada um dos setores de internação do hospital, chegando-se à necessidade de pessoal para cada um deles, de acordo com o critério apropriado. Confrontou-se a necessidade com a realidade das alas. Os resultados podem ser conferidos no Quadro 4.

**QUADRO 4 | Demonstrativo dos leitos existentes x leitos inativos**

Geral				Necessidade*		Real		Diferença*		
Setor	Qtd. leitos	Tipo de cuidado	%	Nº leitos por tipo de cuidado	Nº de profissionais técnicos*	Nº de profissionais enfermeiros*	Nº de profissionais téc. (HRHDS)	Nº de profissionais enf. (HRHDS)	Técnicos de enfermagem*	Enfermeiros*
A	40	Auto-cuidado	5	2	1	1	38	1	-	-
		Médio-cuidado	85	34	32	19			-	-
		Semi-intensivo	10	4	6	4			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total A</b>		<b>100</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	<b>-23</b>	
B	46	Auto-cuidado	5	2,3	2	1	36	2	-	-
		Médio-cuidado	85	39,1	37	22			-	-
		Semi-intensivo	10	4,6	6	5			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total B</b>		<b>100</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>-9</b>	<b>-26</b>	
C	24	Auto-cuidado	20	4,8	3	2	36	2	-	-
		Médio-cuidado	40	9,6	9	5			-	-
		Semi-intensivo	40	9,6	14	11			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total C</b>		<b>100</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>-16</b>	
D	30	Auto-cuidado	99	29,7	20	6	15	1	-	-
		Médio-cuidado	1	0,3	0	0			-	-
		Semi-intensivo	0	0	0	0			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total D</b>		<b>100</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>	<b>-5</b>	
E	14	Auto-cuidado	20	2,8	2	1	14	1	-	-
		Médio-cuidado	40	5,6	5	3			-	-
		Semi-intensivo	40	5,6	8	6			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total E</b>		<b>100</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>-1</b>	<b>-9</b>	
G	48	Auto-cuidado	60	28,8	20	10	41	0	-	-
		Médio-cuidado	20	9,6	9	5			-	-
		Semi-intensivo	20	9,6	14	11			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total G</b>		<b>100</b>	<b>48</b>	<b>43</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>-26</b>	
O	38	Auto-cuidado	49	18,62	13	6	32	1	-	-
		Médio-cuidado	49	18,62	18	10			-	-
		Semi-intensivo	2	0,76	1	1			-	-
		Intensivo	0	0	0	0			-	-
<b>Total O</b>		<b>100</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>17</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-16</b>	
UTI	20	Auto-cuidado	0	0	0	0	59	10	-	-
		Médio-cuidado	0	0	0	0			-	-
		Semi-intensivo	0	0	0	0			-	-
		Intensivo	100	20	60	24			-	-
<b>Total UTI</b>		<b>100</b>	<b>20</b>	<b>60</b>	<b>24</b>	<b>59</b>	<b>10</b>	<b>-1</b>	<b>-14</b>	
<b>NECESSIDADE TOTAL DO HRHDS DE PROFISSIONAIS</b>					<b>280</b>	<b>153</b>	<b>271</b>	<b>18</b>	<b>-9</b>	<b>-135</b>

Fonte | TCE/SC.

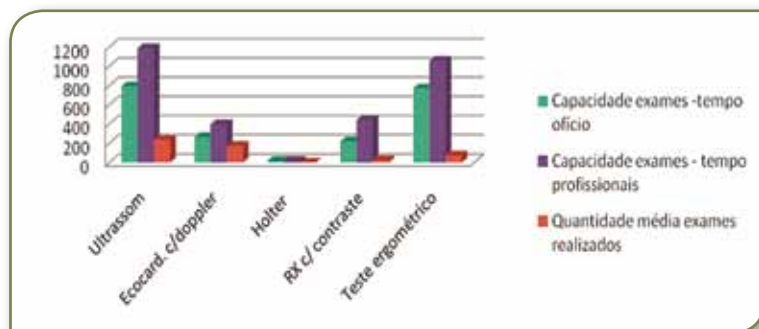
É possível observar que há uma grande defasagem de enfermeiros e de técnicos de enfermagem, esses em proporção muito menor. Com tamanha defasagem de enfermeiros, é certo que técnicos de enfermagem trabalham sem a supervisão daqueles profissionais e executam as funções deles.

## Equipamentos para Exames Subutilizados

A quantidade de exames — ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter e teste ergométrico — foi reduzida em alguns meses de 2009. Quanto aos exames de radiologia, verificou-se que, apesar de serem realizados todos os meses, o número vem se reduzindo gradativamente desde 2008. Em decorrência disso, foram verificados o tempo de utilização dos equipamentos e a fila de espera para a realização desses exames.

Considerou-se que os exames podem ser realizados de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas. Para o cálculo de capacidades de realização para cada exame, foram consideradas informações repassadas pela direção do HRHDS (ofício) e pelos profissionais que operam os equipamentos, chegando-se ao resultado apresentado no Gráfico 4.

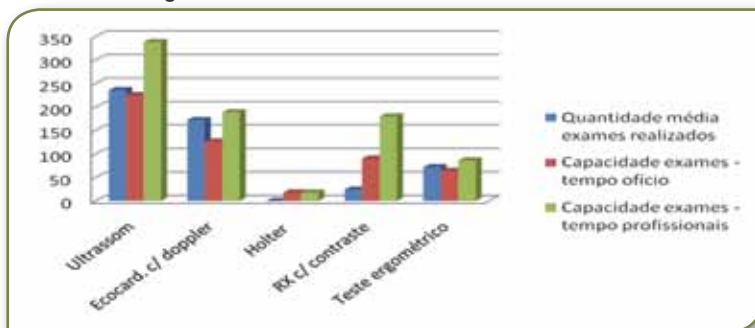
GRÁFICO 4 | Capacidade x quantidade de exames das 7 às 19 horas



Fonte | TCE/SC.

Se considerarmos o horário da agenda destinado a cada um dos exames, a capacidade de realização se reduz, conforme Gráfico 5.

GRÁFICO 5 | Capacidade x quantidade de exames conforme horário da agenda



Fonte | TCE/SC.

A quantidade de pacientes que estão em fila de espera para a realização de exames — ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter, raio-x com contraste e teste ergométrico (fl.66) — foi comparada com a capacidade total de realização de exames no tempo ocioso dos equipamentos.

QUADRO 5 | Exames que poderiam ser realizados no tempo ocioso dos equipamentos

Tipo exame	Quantidade pacientes fila espera (30/11/2010)	Quantidade média (mês) exames realizados	Capacidade exames Direção HRHDS	Capacidade exames profis.	Ociosidade tempo Direção HRHDS	Ociosidade tempo profis.
Ultrassom	1.140	236	792	1.188	556	952
Ecocardiograma com doppler	x	172	264	396	92	224
Holter	218	0	18	18	18	18
RX c/ contraste	87	24	220	440	196	416
Teste ergométrico	796	72	770	1.056	698	984

Fonte | TCE/SC.

A fila de espera em pouco tempo deixaria de existir se os equipamentos fossem plenamente utilizados, conforme demonstrado no Quadro 5. Questionados sobre o motivo da pouca utilização dos equipamentos, em especial a do holter, que não vem sendo utilizado desde junho de 2009, por meio de ofício, o HRHDS informou o TCE/SC que há falta de profissionais para a realização dos exames.



Desta forma, calculou-se a necessidade de profissionais para operar integralmente os equipamentos, ou seja, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas.

**QUADRO 6 | Defasagem de profissionais para a realização de exames**

Tipo exame	Ociosidade em horas dos equipamentos por mês	Profissional que realiza os exames	Carga horária mensal profissional	Defasagem de profissional
Ultrassom	283,5	Radiologista	80	3,54
Ecocardiograma com doppler	69	Cardiologista	80	0,86
Holter (leitura CD)	-	Cardiologista	80	-
RX com contraste	65	Radiologista	80	0,81
Teste ergométrico	485,25	Cardiologista	80	6,07

Fonte | TCE/SC.

## Equipamentos Sem Número de Patrimônio

Constatou-se a existência de equipamentos ociosos nas salas cirúrgicas fechadas, conforme demonstrado no apêndice 01 (PT 02) deste Relatório. Destes equipamentos, alguns não possuíam número de patrimônio.

Conforme preceitua o art. 94 da Lei federal nº 4.320/64, os equipamentos devem ser registrados e cadastrados com número de patrimônio e procedência.

## Fila de Espera x Tempo de Espera para a Realização da Cirurgia

Outro ponto importante a verificar nos hospitais do Estado são as filas de espera para cirurgias.

Foram solicitados ao HRHDS o número de pacientes em fila de espera aguardando pela realização de cirurgia em novembro de 2010 e o tempo médio de permanência dos pacientes em fila, conforme demonstrado no Quadro 7.

## QUADRO 7 | Fila de espera em novembro de 2010

Especialidade cirúrgica	Fila de espera	
	Quantidade	Tempo de espera (dias)
Cirurgia cardiológica	84	343
Cirurgia bariátrica	10	17
Cirurgia gástrica	-	502
Cirurgia vascular	-	147
Cirurgia geral	199	290
Cirurgia ginecológica	-	77
Cirurgia urológica	-	207
Cirurgia plástica reparadora	121	394
Cirurgia plástica pós-bariátrica	-	87

Fonte | TCE/SC.

O HRHDS não se manifestou quanto às filas das outras especialidades.

Percebe-se que a fila da cirurgia cardiológica, especialidade na qual o HRHDS é referência, é de 84 pacientes. No entanto estes aguardam, em média, 343 dias para a realização da cirurgia, um dos maiores tempos de espera informados.

Tal situação decorre do fato de o HRHDS realizar em média 15 cirurgias cardíacas eletivas ao mês, número informado pela direção do hospital e confirmado por meio da listagem de cirurgias realizadas de janeiro a setembro de 2010.

O número de cirurgias cardiológicas eletivas realizadas ao mês é o mínimo previsto no Anexo I da Portaria SAS/MS nº 123/05 de 28/02/2005, onde estão descritos os quantitativos para se tornar e permanecer como hospital referência em alta complexidade cardiovascular.

Levando em consideração à ociosidade, de janeiro a setembro de 2010, da sala destinada às cirurgias cardiológicas era de aproximadamente 40% do tempo total, ou seja, 96 horas de ociosidade ao mês do total de 240 horas de disponibilização da sala para cirurgias eletivas, e 4 horas de tempo médio de realização de cirurgias cardíacas, conforme informado pelo hospital, chega-se à conclusão de que, em aproximadamente 4 meses, o hospital acabaria com a fila de espera de novembro de 2010 (84 pacientes) para a especialidade.

## Boas Práticas

No decorrer desta auditoria, foram detectados fatos que comprovam a adoção de boas práticas pela direção do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt que deveriam ser disseminadas entre os diversos estabelecimentos de saúde do Estado.

A seguir alguns exemplos de boas práticas adotadas pelo HRHDS:

- Direção do hospital com capacidade técnica e formação na área de gestão.
- Existência de planejamento estratégico e efetividade na sua implementação. Atualmente o hospital possui cronograma em andamento de reformas de todas as alas, as quais ocorrerão continuamente até 2014, em consonância ao planejamento estratégico.
- Implantação de setor de ouvidoria, onde são atendidos clientes internos (funcionários) e externos (pacientes e acompanhantes). Este setor adota medidas simples, mas que trazem retorno para o hospital. Como exemplo pode ser citado o contato que o hospital faz com o paciente no 10º dia após a alta hospitalar, com o intuito de verificar a eventual ocorrência de infecção hospitalar e o processo de recuperação desse paciente. Diariamente são efetuadas entrevistas com 10% dos pacientes atendidos para a avaliação da prestação do serviço.
- Criação de unidades de negócios nos diversos setores do hospital, possibilitando a determinação de metas para cada uma das unidades de negócio com missões específicas. Há uma comissão que controla periodicamente os resultados de cada um dos setores.
- Implantação da gestão de custos, em que se estimam custos por setor e por atividade.
- Implantação do “Protocolo de Manchester” para o atendimento do setor de emergência, com a classificação de risco, graduações representadas por cores, conforme foto abaixo.
- Implantação do prontuário eletrônico.
- Existência de sistema gerencial informatizado e utilizado por todos os setores.
- Sistema informatizado controlando totalmente o estoque de medicamentos.



Protocolo de Manchester

# BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DO TCE/SC

A saúde é um direito fundamental do homem, segundo a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) na Assembleia Mundial da Saúde (WHA) de 1970 (Resolução WHA 23.41). Já a Constituição Federal (1988) estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196).

No entanto o que se observa é o caos implantado em algumas unidades hospitalares de Santa Catarina.

Mesmo assim, a situação do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt não demonstra ineficácia na gestão, mas boas práticas, exemplo para outros hospitais.

Espera-se que ocorram admissão profissionais: médicos e técnicos de enfermagem para atuar no centro cirúrgico do hospital; técnicos para realizar os exames de ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter, raio-x contrastado e teste ergométrico. Também se espera que a situação do tempo ocioso das salas cirúrgicas seja revertida para trazer melhoria à saúde dos catarinenses.

Após a publicação da decisão do Tribunal Pleno a SES terá 30 dias para apresentar um Plano de Ação com a indicação dos responsáveis, prazos e a adoção de providências visando o atendimento das recomendações e determinações. O TCE/SC monitorará por 2 anos a implementação das ações mitigadoras das determinações e recomendações, conforme prazos acordados no Plano de Ação.

# DECISÃO

## DECISÃO Nº 2.562/11 — TCE/SC — PLENÁRIO

1. Processo nº RLA-10/00758602.
2. Assunto: Auditoria Operacional no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, com abrangência ao exercício de 2010.
3. Responsáveis: Ana Maria Groff Jansen, Dalmo Claro de Oliveira e Roberto Eduardo Hess de Souza.
4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde.
5. Unidade Técnica: DAE.
6. Decisão nº 2.562/11.
  - 6.1. Conhecer o Relatório de Instrução DAE nº 7/11, resultante da auditoria operacional realizada pela Diretoria de Atividades Especial (DAE) no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, abrangendo o exercício de 2010.
  - 6.2. Conceder à Secretaria de Estado da Saúde o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta decisão no Diário Oficial Eletrônico deste Tribunal de Contas, com fulcro no art. 5º da Instrução Normativa nº TC-03/04, para que apresente a este Órgão Plano de Ação estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para o cumprimento das seguintes determinações e recomendações.
    - 6.2.1. Determinações.
      - 6.2.1.1. Cadastrar e registrar todos os equipamentos existentes nas salas cirúrgicas fechadas com o número de patrimônio e procedência, conforme preceitua o art. 94 da Lei nº 4.320/64 (item 2.1.5 do Relatório DAE).
      - 6.2.1.2. Providenciar a contratação de enfermeiros e técnicos de enfermagem apontados no Quadro 13 do Relatório disponível no site deste Tribunal, para atuarem nos setores de internação do HRHDS, atendendo aos arts. 4º e 5º e ao Anexo II da Resolução nº 293/04, do Conselho Federal de Enfermagem, Portaria nº 123/05, RDC 7/2010 e Portaria nº 224/92 (itens 2.1.3 e 2.3.3 do Relatório DAE).

## 6.2.2. Recomendações.

6.2.2.1. Readequar o espaço físico do centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, a fim de aproveitar a estrutura das suas salas cirúrgicas que permanecerão desativadas (item 2.1.1 do Relatório DAE).

6.2.2.2. Reavaliar a necessidade dos equipamentos subutilizados ou sem uso no centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e realocar os equipamentos ociosos para outras unidades hospitalares do Estado (item 2.1.1 do Relatório DAE).

6.2.2.3. Providenciar a contratação de profissionais médicos e técnicos de enfermagem para atuarem no centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (item 2.1.2 do Relatório DAE).

6.2.2.4. Providenciar a contratação de profissionais para realizarem os exames de ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter, raio-x contrastado e teste ergométrico, para atender à necessidade do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (item 2.1.4 do Relatório DAE).

6.3. Determinar à Secretaria de Estado da Saúde que indique grupo ou pessoa de contato para atuar como canal de comunicação com o TCE na fase de monitoramento, que deverá contar com a participação de representantes das áreas envolvidas na implementação das determinações e recomendações.

6.4. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e do Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE nº 7/11, para conhecimento e providências de forma a cumprir as determinações e recomendações.

6.4.1. ao Governador do Estado de Santa Catarina.

6.4.2. à Secretaria de Estado da Saúde.

6.4.3. à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina.

6.4.4. à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville.

6.4.5. ao Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville;

6.4.6. ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville.

7. Ata nº 60/11.

8. Data da Sessão: 12/09/2011.

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: Luiz Roberto Herbst (presidente), César Filomeno Fontes, Wilson Rogério Wan-Dall, Herneus De Nadal, Adircélio de Moraes Ferreira Junior e Gerson dos Santos Sicca (art. 86, *caput*, da LC nº 202/00)

10. Representante do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas: Mauro André Flores Pedrozo.

11. Auditores presentes: Cleber Muniz Gavi (Relator) e Sabrina Nunes locken

LUIZ ROBERTO HERBST  
Presidente

CÉSAR FILOMENO FONTES  
Relator (art. 91, II, da LC nº 202/00)

Fui presente: MAURO ANDRÉ FLORES PEDROZO  
Procurador-Geral do Ministério Público junto ao TCE/SC

Data da publicação: 26/09/2011, DOTC-e nº 833.







# TRIBUNAL DE CONTAS DE SANTA CATARINA

## Assessoria de Comunicação Social

### Divisão de Publicações

SUPERVISÃO	<b>Conselheiro César Filomeno Fontes</b>
TEXTOS	<b>Gláucia da Cunha</b> <b>Michelle Fernanda De Conto El Achkar</b> <b>Monique Portella Wildi Hosterno (coordenadora)</b>
FOTOGRAFIA	<b>Equipe DAE</b>
REVISÃO	<b>Márcia Regina Barreto Moraes</b>
PLANEJAMENTO GRÁFICO	<b>Ayrton Cruz</b>

### Área Técnica do TCE/SC

DIRETOR-GERAL DE CONTROLE EXTERNO	<b>Carlos Tramontin</b>
DIRETOR DE ATIVIDADES ESPECIAIS (DAE)	<b>Kliwer Schmitt</b>
COORDENADOR DA INSPETORIA 2/DAE	<b>Célio Maciel Machado</b>

PEDIDOS DESTA PUBLICAÇÃO PARA:  
[publicacoes@tce.sc.gov.br](mailto:publicacoes@tce.sc.gov.br)



TRIBUNAL  
DE CONTAS  
DE SANTA  
CATARINA