

PROCESSO Nº:	RLA-12/00531105
UNIDADE GESTORA:	Hospital Municipal Joinville
RESPONSÁVEL:	Carlito Mers, Antônia Maria Grigol, Armando Vieira Lorga, Udo Döhler, Armando Pereira Dias Júnior e Marcos Luiz Krelling
ASSUNTO:	Auditoria Operacional para avaliar a gestão e a prestação de serviços do Hospital Municipal São José
RELATÓRIO REINSTRUÇÃO:	DE DAE - 22/2013

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional realizada para avaliar a gestão e a prestação de serviços do Hospital Municipal São José, constante da Programação de Fiscalização deste Tribunal de Contas relativa ao ano de 2012.

A seleção do Hospital Municipal São José de Joinville (HMSJ) decorreu do grande número de notícias veiculadas na mídia no período da escolha do objeto de auditoria, com indicações de risco na prestação dos seus serviços à população.

Com base nas informações coletadas, por meio do Ofício nº 10.371, de 29 de maio de 2012, foram formulados o objetivo e as questões de auditoria, sempre focados na qualidade da prestação do serviço à população, elencados nos itens 1.2.1 e 1.2.2 deste documento.

A auditoria foi iniciada em 03 de setembro de 2012, por meio do Of. TCE/DAE Nº 17.055/2012 (fl. 06).

O resultado da auditoria operacional realizada no Hospital Municipal São José de Joinville está baseado em evidências destacadas na Matriz de Achados (fls. 787 a 791), onde fica evidente a necessidade ações a serem tomadas pela Prefeitura Municipal de Joinville, pela Direção da Unidade de Saúde em pauta e Secretária de Saúde do Município de Joinville.

Os achados, relacionados no item 2 deste relatório, evidenciam a alta ociosidade do centro cirúrgico (CC), mesmo com pacientes em fila de espera aguardando pela realização de cirurgias, uma sala cirúrgica fechada, não

cumprimento da carga horária contratada por parte dos médicos e falta de leitos de internação, ocasionando a super-lotação do Pronto Socorro.

Tais achados foram descritos detalhadamente no Relatório de Instrução Preliminar nº DAE - 5/2013, de 03 de abril de 2013 (fls. 710 a 734), o qual foi remetido aos gestores para se manifestar a cerca das recomendações e determinações decorrentes da auditoria. Os comentários dos gestores estão descritos no item 3 deste relatório.

1.1 Visão Geral do Auditado

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

É 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 nº 060/2011 – SEPLAN-CV, tendo como objetivo integrar o Hospital ao Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2 Visão Geral da Auditoria

Neste item serão apresentados o objetivo geral, as questões de auditoria e a metodologia utilizada nas etapas do trabalho.

1.2.1 Objetivo Geral da Auditoria

Verificar se a capacidade instalada do HMSJ é suficiente para atender a sua demanda em relação às cirurgias e ao pronto socorro e se a gestão exercida prima pela melhoria contínua dos serviços prestados à comunidade.

1.2.2 Questões de Auditoria

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

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

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?

1.2.3 Metodologia

A metodologia utilizada para o planejamento da auditoria compreendeu o levantamento de dados e informações, por meio de pesquisa documental e internet, solicitação de documentos e 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 Diagrama de Verificação de Risco (DVR) para selecionar e definir os temas que mereciam melhorias.

Com as informações levantadas e os temas definidos, elaborou-se a Matriz de Planejamento (fls. 612-18) que orientou a execução dos trabalhos.

¹SWOT - 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*).

A seguir serão apresentados os principais achados da auditoria com a descrição dos critérios, das situações encontradas, análises, evidências e as propostas de determinações e recomendações aos gestores.

2. ANÁLISE

2.1. 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, dentre as quais cinco encontravam-se ativas. Segundo informações prestadas por meio do Ofício 340/2012, de 19/06/2012, item 9 (fl. 08), a sala cirúrgica nº 09 encontrava-se desativada em razão da falta de equipamentos, como mesa cirúrgica, equipamentos de anestesia e bisturi elétrico.

Em relação ao seu horário de funcionamento, o CCG funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. Para cirurgias eletivas, àquelas marcadas após passagem por consulta ambulatorial, o horário de atendimento é das 07h00 às 19h00 (12 horas), de segunda à sexta-feira, sendo agendada a primeira cirurgia para 07h:00min e as demais em sequência, dependendo do porte cirúrgico, de duas em duas horas, conforme informado no Ofício 513/2012, de 05/09/2012, item 4 (fl. 60).

As cirurgias de urgência e emergência, as quais o paciente entra pelo atendimento emergencial do hospital, são executadas conforme a necessidade técnica e clínica do paciente, ou seja, durante o período diurno ou noturno, inclusive aos finais de semana e feriados, indistintamente.

De acordo com informações prestadas por meio do Ofício 340/2012, de 19/06/2012, item 09 (fl. 08), 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 22h00 (15 horas e 30 minutos). Entretanto, de acordo com a observação in loco e lançamentos na listagem de cirurgias realizadas (fls. 119-99), constatou-se a existência de seis salas ativas neste centro cirúrgico, sendo que todos os cálculos foram baseados neste 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 o seguinte:

CCG = 5 salas ativas

CCA = 6 salas ativas

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

As cirurgias constantes da listagem encaminhada pelo Hospital, mediante Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99), foram selecionadas segundo os critérios a seguir:

- Correção dos lançamentos feitos na sala 09 de forma equivocada, visto que esta sala encontra-se inativa;
- Exclusão dos procedimentos realizados nas salas de hemodinâmica, ultrassonografia, recuperação, E1, E2, SRPA e não identificadas, por se tratar de locais nos quais os procedimentos realizados não são considerados cirúrgicos;
- Seleção das cirurgias realizadas somente no período destinado às cirurgias eletivas, ou seja, entre às 07h00 e 19h00, de segunda a sexta-feira, no CCG e entre às 06h30min e 22h00, de segunda a sexta-feira, no CCA. Isto porque o objetivo desta análise é verificar a possibilidade de atender a demanda de pacientes em fila de espera mediante a atual capacidade instalada das salas cirúrgicas;
- Exclusão de pacientes lançados mais de uma vez no sistema, pois a análise da ociosidade requer apenas a análise do tempo em que a sala foi utilizada, independente do número de procedimentos realizados neste tempo.

(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 e o tempo de limpeza calculado (por sala e total);

(6) Disponibilidade de horas do Centro Cirúrgico ao mês para realização de cirurgias eletivas, ou Capacidade operacional dos CCs:

Multiplicação dos dias úteis no mês pelo nº horas da escala do centro cirúrgico pelo nº salas ativas;

Quadro 01: Demonstrativo do Cálculo da Capacidade Operacional dos CCs

Mês	Nº dias úteis	CCG Horas	CCA Horas	Disponibilidade 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
Mai	22	12	15,5	264	341
Junho	20	12	15,5	240	310
Julho	22	12	15,5	264	341

Fonte: Horário de Funcionamento do Centro Cirúrgico - Ofício 513/2012, de 05/09/2012 (fls. 59-65 e 119-99).

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

Disponibilidade do Centro Cirúrgico ao mês para realização de cirurgias eletivas - Horas efetivamente utilizadas no Centro Cirúrgico.

Expostas as variáveis utilizadas na análise, chegou-se ao percentual médio de 46,88% de ociosidade das salas ativas do Centro Cirúrgico Geral e de 83,59% das salas ativas do Centro Cirúrgico Ambulatorial, no período destinado à realização de cirurgias eletivas, entre fevereiro e julho de 2012, ou seja, os Centros Cirúrgicos não são utilizados na sua capacidade operacional total, conforme se demonstra a seguir:

Quadro 02: 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	1200	637,65	53,14%
Mar	292	554:17:00	146,0	700,28	1320	620,00	46,97%
Abr	274	497:46:00	137,0	634,77	1200	565	47,10%
Mai	311	585:24:00	155,5	740,90	1320	579	43,87%
Jun	294	521:04:00	147,0	668,07	1200	532	44,33%
Jul	315	551:50:00	157,5	709,33	1320	611	46,26%
Total	1716	3157:42:00	858,0	4015,70	7560	3544,58	46,88%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012 - Ofícios 513/2012, de 05/09/2012 (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 nº dias úteis no mês.

Quadro 03: Percentual Médio de Ociosidade do 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	1860	1631,92	87,74%
Mar	300	179:47:00	150,0	250,53	2046	1795,47	87,75%
Abr	367	161:06:00	183,5	344,60	1860	1515	81,47%
Mai	369	214:39:00	184,5	399,15	2046	1647	80,49%
Jun	324	179:03:00	162,0	341,05	1860	1519	81,66%
Jul	338	174:41:00	169,0	343,68	2046	1702	83,20%
Total	1905	1033:51:00	952,5	1907,10	11718	9810,90	83,59%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012 - Ofícios 513/2012, de 05/09/2012 (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 nº dias úteis no mês.

Estas análises podem ser evidenciadas nos seguintes documentos:

- Relação das cirurgias realizadas de fevereiro a julho, por dia, por sala cirúrgica, por especialidade, com horário inicial e final do procedimento, nome do profissional responsável, classificando-as como eletiva ou emergência (fls. 119-99);
- Horário de Funcionamento dos Centros Cirúrgicos - Ofício 513/2012, de 05/09/2012 (fls. 59-65)

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

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

Para se chegar à produtividade médica foi realizado o seguinte cálculo:

- (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 (Ofício 513/2012, fls. 67/69);
- (b) Adotou-se como critério para prestação de serviço no CC 50% da carga horária total contratada (120 horas), e que as outras 60 horas são prestadas nos demais setores do Hospital;
- (c) Verificou-se o total de horas de cirurgias realizadas para cada especialidade. Nesta 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 nutricionista”.
- (d) Calculou-se o percentual de horas que o profissional contratado atua no Centro Cirúrgico em cada especialidade em relação a 50% do total de horas contratadas para cada especialidade. Neste cálculo foram excluídos alguns lançamentos por não haver a especialidade médica correspondente.

Com base nesta análise, chegou-se ao seguinte resultado:

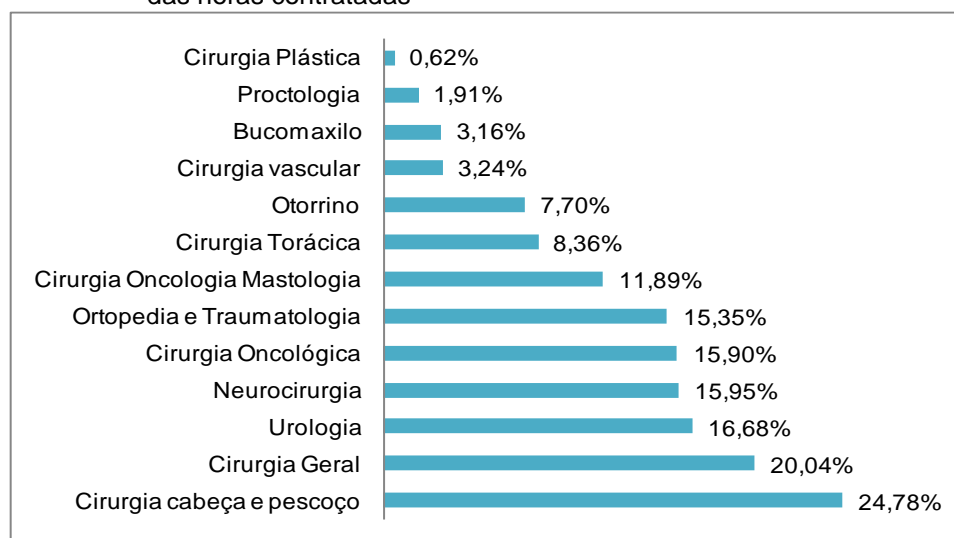
Quadro 04: Demonstrativo do cálculo da produtividade médica no CCG

Especialidades	(a) nº de médicos atuantes	(b) 50% Horas contratadas ao mês (a x 60)	(c) Horas contratadas no período de análise (ax60x6)	(d) Total de horas de cirurgia por especialidade no período de análise	%
Bucomaxilo	7	420	2520	79,75	3,16%
Cirurgia cabeça e pescoço	2	120	720	178,42	24,78%
Cirurgia Geral	13	780	4680	937,78	20,04%
Cirurgia Oncologia Mastologia	3	180	1080	128,40	11,89%
Cirurgia Oncológica	4	240	1440	228,95	15,90%
Cirurgia Plástica	5	300	1800	11,22	0,62%
Cirurgia Torácica	3	180	1080	90,33	8,36%
Cirurgia vascular	7	420	2520	81,63	3,24%
Neurocirurgia	5	300	1800	287,18	15,95%
Ortopedia e Traumatologia	26	1560	9360	1436,65	15,35%
Otorrino	1	60	360	27,73	7,70%
Proctologia	7	420	2520	48,13	1,91%
Urologia	5	300	1800	300,20	16,68%
Total	88	5280	31680	3836,38	12,11%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012 – Of. 513/2012, de 05/09/2012 (fls. 59-65 e 119-99) e listagem de func. do Hospital – Of. 340/2012, de 19/06/2012, Anexo II (fls.07-43).

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

Este resultado evidencia que 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 01: Demonstrativo atuação dos cirurgiões no CCG em relação a 50% das horas contratadas

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012– Ofício 513/2012, de 05/09/2012 (fls. 59-65 e 119-99) e Listagem de funcionários do Hospital - Ofício 340/2012, 19/06/2012, Anexo II (fls.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%.

Solicitou-se, por meio da Requisição de Documentos de 06/11/2012 (fl. 366), a relação de todos os procedimentos que poderiam ser realizados no CCA (item 01) e os motivos pelos quais não o são (item 02).

De acordo com as informações prestadas, por meio do Documento encaminhado (fls. 367-369), depreende-se que o CCA conta com equipamentos e pessoal necessários em sua estrutura para a realização de um maior número de procedimentos (fls. 367-9):

Poderíamos comportar um número maior de cirurgias com anestesia local, na sala de cirurgia geral (sala 12) como: biopsias de pele, retirada de nervos biopsia de músculo, drenagem de tórax, biopsias pleuras por punção; (essa especialidade possui uma sala montada só para eles, porém vem ficando ociosa frequentemente sendo o funcionário locado para outra atividade dentro do próprio setor);

Poderíamos comportar um número maior de cirurgias da bucomaxilo facial com anestesia local (essa especialidade possui uma sala montada só para eles, porém é ocupada aproximadamente três dias por semana em alguns períodos, o restante do tempo permanece vazia, sendo o funcionário locado para outro setor ou outra atividade dentro do próprio setor).

Ainda, no mesmo documento, foram elencadas outras situações que influenciam diretamente na ociosidade do Centro Cirúrgico Ambulatorial, quais sejam:

- **Deficiências no setor de marcação de consultas:** a marcação das cirurgias é feita por três funcionários e seccionada por especialidade, não havendo troca de informações entre eles, o que dificulta o aproveitamento das salas que ficam ociosas. Além disso, a falta de conhecimento técnico destes profissionais, como o desconhecimento sobre o tempo e os equipamentos necessários para a realização dos procedimentos, acaba ocasionando marcação de cirurgias que necessitam de um mesmo equipamento em duas especialidades, ou mesma especialidade com o mesmo equipamento, em centros cirúrgicos diferentes;

- **Deficiências na avaliação pré-anestésica do paciente**, ou seja, se houvesse uma avaliação pré-anestésica em todos os casos, poderia se observar

se o paciente é classificado como ASA I ou II² e estes poderiam ter seu procedimento realizado no CCA e não no CCG.

- **Indisponibilidade médica:** falta de disponibilidade de tempo dos médicos para atuarem nos dias em que há disponibilidade no Centro Cirúrgico Ambulatorial.

Em relação à possibilidade de realização de um número maior de cirurgias de pequeno porte³ e ASA I e II no Centro Cirúrgico Ambulatorial, procurou-se identificar a ocorrência deste tipo de cirurgia no Centro Cirúrgico Geral.

No que se refere ao quantitativo de cirurgias de pequeno porte, verificou-se que das 2.174 cirurgias realizadas dentro do período destinado às cirurgias eletivas no Centro Cirúrgico Geral, 65% correspondem este tipo de cirurgia. Em relação às horas, observou-se que das 4.134 horas de cirurgias no CCG, 40% ou 1.649 horas são utilizadas para realizar cirurgias de pequeno porte.

Quadro 05: Quantidade de cirurgias por porte

Porte Cirurgias	Qtde	Horas	% Qtde	% Horas
Pequeno	1414	1649:50:00	65%	40%
Médio	614	1719:13:00	28%	42%
Grande	146	765:49:00	7%	19%
Total	2174	4134:52:00	100%	100%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2012 - Ofícios 513/2012, de 05/09/2012 (fls. 59-65 e 19-99).

No que diz respeito às cirurgias classificadas como ASA I e II, identificou-se que de um total de 2.553 cirurgias realizadas no período de maio a novembro de 2012, 548 ou 21% correspondem à ASA I e 1.135, ou 44%, cirurgias são classificadas como ASA II, ou seja, mais de 60% dos procedimentos são realizados em pacientes que apresentam condições físicas consideradas não severas. Isto pode ser visualizado no Quadro e Gráfico a seguir:

² Classificação quanto as condições físicas do paciente, desenvolvida pela ASA – *American Society of Anesthesiologists* para avaliação da gravidade das disfunções fisiológicas e anormalidades anatômicas: ASA 1: paciente sadio; ASA 2: paciente com doença sistêmica; ASA 3: paciente com doença sistêmica severa; ASA 4: paciente com doença sistêmica severa que é um constante risco para a vida; ASA 5: moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia; ASA 6: paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para doação leve.

³ Classificação quanto ao tempo de duração das cirurgias RESOLUÇÃO CFM Nº 1.886/2008 (Publicada no D.O.U. de 21 de novembro de 2008, Seção I, p. 271): Pequeno Porte - Porte I: tempo de duração de duas horas; Médio Porte - Porte II: tempo de duração de duas a quatro horas; Grande Porte - Porte III: Tempo de duração de quatro a seis horas; Grande Porte - Porte IV: Tempo de duração acima de seis horas.

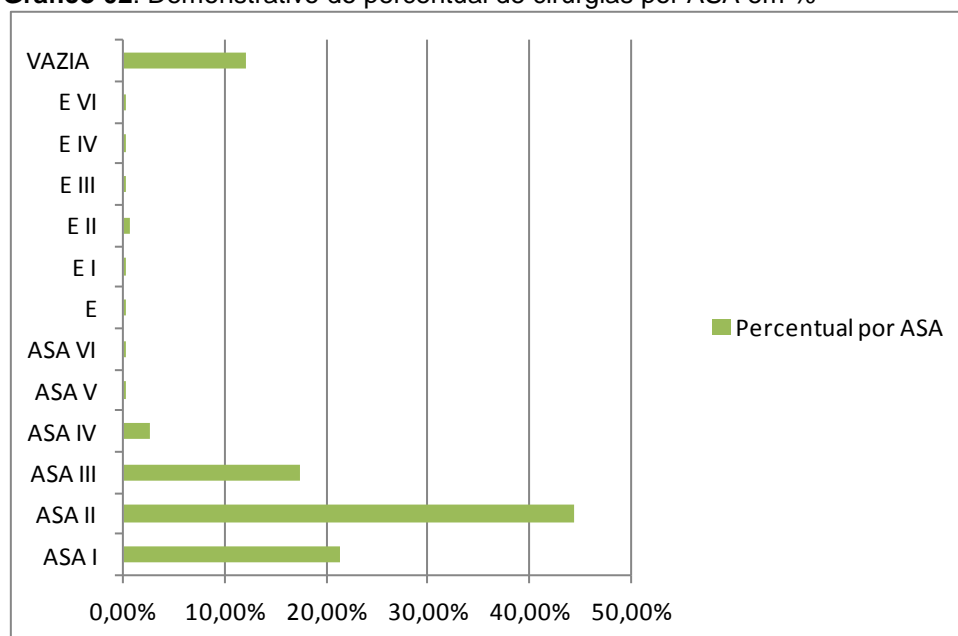
Quadro 06: Classificação de cirurgias por ASA

Classificação	Quantitativos no período	Percentual por ASA
ASA I	548	21,46%
ASA II	1135	44,46%
ASA III	446	17,47%
ASA IV	67	2,62%
ASA V	7	0,27%
ASA VI	4	0,16%
E	1	0,04%
E I	9	0,35%
E II	17	0,67%
E III	6	0,24%
E IV	5	0,20%
E VI	1	0,04%
VAZIA	307	12,03%
Total	2553	100,00%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de maio a novembro de 2012, classificadas por ASA pela Unidade (fls. 532-611).

No Gráfico a seguir os dados podem ser melhor visualizados:

Gráfico 02: Demonstrativo do percentual de cirurgias por ASA em %



Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de maio a novembro/12 classificadas por ASA pela Unidade (fls. 532-611).

Ao analisar os percentuais de ociosidade dos Centros Cirúrgicos e os dados apresentados no Gráfico 02, identifica-se a necessidade de haver uma distribuição adequada de cirurgias entre os Centros Cirúrgicos.

Verifica-se que o CCA, apesar de contar com uma capacidade operacional suficiente em termos de equipamentos e pessoal, apresenta 83,62% do seu tempo ocioso. De outro lado, observa-se uma concentração de procedimentos classificados como de “pequeno porte” e “ASA I e II” sendo realizados no Centro Cirúrgico Geral, que 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, aspecto que será tratado mais especificamente no item 2.2 deste Relatório.

Com base no exposto, **determina-se** à Secretaria Municipal de Saúde e à Direção do Hospital Municipal São José que:

- Cadastre todos os pacientes da fila na Central de Regulação e assegure que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º, 196 e 198 Constituição Federal;
- Adote uma gestão adequada da escala de trabalho dos médicos cirurgiões em relação à disponibilidade de horas das salas ativas do Centro Cirúrgico Geral, de forma a obter um melhor aproveitamento das horas contratadas destes profissionais, que atualmente corresponde a apenas 11,98% de 50% do tempo possível de atuação (32.040 horas), em atendimento ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal;
- Reduza a concentração da realização de procedimentos classificados como de “pequeno porte” e ASA I e II” no CCG, de forma otimizar sua capacidade operacional que está preparada para procedimentos de maior porte e complexidade, em atendimento ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal.

Com base na análise do achado, recomenda-se ao Hospital Municipal de Joinville que aprimore o atual procedimento de avaliação pré-anestésica de modo a facilitar a liberação das cirurgias de pacientes ASA I e II no Centro Cirúrgico Ambulatorial.

2.2. Controle da fila de cirurgias a cargo dos médicos

Dentre os objetivos da auditoria, buscou-se identificar a possibilidade do atendimento dos pacientes que se encontram na fila de espera por cirurgias, com a utilização das horas ociosas nos CCG, mediante a sua atual gestão.

Para se atingir esse objetivo foi necessário identificar a ociosidade por especialidade, o número de pacientes na fila de espera por cirurgias em cada especialidade e a forma de gestão da fila por parte do Hospital.

Dessa forma, considerando que uma das variáveis abordadas neste item é a atual gestão da fila de espera por cirurgias, adotou-se como premissa que o acesso aos procedimentos eletivos do Hospital deve respeitar os princípios da universalidade e igualdade, garantidos constitucionalmente.

A garantia ao acesso às ações e serviços da saúde pelo cidadão é um direito constitucional. De acordo com o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 a saúde é elencada como um dos chamados direitos sociais.

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Em seu artigo 196, a CF/88 trata o direito à saúde como responsabilidade do Estado “[...] o direito à saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E no artigo 198⁴ dispõe sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, de forma a garantir o acesso universal e irrestrito às ações essenciais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de todo o cidadão, indistintamente, ou seja, de forma a garantir a equidade nas ações de serviços de saúde.

⁴ CF/88 - Art.198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]

O SUS é um sistema que pertence à 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.

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos pela Lei 8.080/90 como: acesso universal e igualitário; integralidade da assistência, ou seja, todo cidadão tem o direito a uma atenção à saúde integral; equidade na assistência e no acesso de forma regionalizada e hierarquizada; eficiente uso dos recursos disponíveis, bem como; na qualidade da prestação dos serviços e capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

Têm-se, portanto, um Sistema pautado em princípios, dentre os quais se destaca a universalidade, relacionada à gratuidade no acesso aos serviços, e a igualdade que garante o acesso de qualquer pessoa, sem nenhuma discriminação.

Nesse sentido foi editada a Portaria GM/MS nº 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 1º do artigo 8º da Portaria, quais sejam, “I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e II – garantir os princípios da equidade e da integralidade”.

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

§ 1º 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.

Em relação às atividades de competência no âmbito municipal destaca-se o disposto no art. 10, parágrafo 3º:

(...)

§ 3º Cabe aos Municípios:

- I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
- II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;
- III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;
- IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;
- V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;
- VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;
- IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
- XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
- XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
- XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

A situação identificada nesta auditoria é que 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 existem casos nos quais a ordem da fila não é respeitada e que isso se deve 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 nos quais o paciente é chamado a realizar cirurgias em desrespeito à ordem estabelecida na fila de espera, sem justificativa médica.

Com base na Listagem das cirurgias realizadas (Requisição de 05/11/2012 - Item 02 - fl. 221) de 01 a 31/10/12 (fls. 320-65) se realizou confronto

com a listagem de pacientes na fila de espera até o mês de outubro/12 (fls. 446-500).

Assim sendo, observaram-se duas situações. Na primeira, identificou-se 25 casos nos quais os pacientes foram chamados em discordância à ordem da fila de espera e realizaram procedimentos divergentes daqueles para os quais estavam aguardando. Restaram 767 pacientes na fila de espera (fl. 794).

Na segunda, verificou-se 72 pacientes que não obedeceram à ordem da fila para realizar o mesmo procedimento, para o qual estavam aguardando e restaram 1.723 pacientes na fila de espera (fl. 795).

O que se conclui com esta análise é que 97 pacientes realizaram cirurgias na frente de 2.490 pacientes que aguardavam na fila de espera. Isto comprova o fato de que a ordem da fila não é seguida pelo Hospital, o que afronta os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde.

Dentre uma das causas identificadas para ocorrência de tal situação destaca-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, conforme evidencia o Ofício nº 533/12, de 11 de setembro de 2012, item 12 (fls. 200-4).

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

Quadro 07: Nº de pacientes na fila de cirurgias a.a.

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	1145	26,83%
2012	1526	35,76%
Total	4267	100,00%

Fonte: Relação de pacientes em fila até 06/12 (fls. 446-500)

Em relação à fila de espera de pacientes por cirurgias eletivas, até 06/2012, por especialidade, encontra-se distribuída da seguinte forma:

Quadro 08: Número de pacientes na fila de espera/especialidade

Especialidade	nº de pacientes	%
Bucomaxilofacial	17	0%
Não identificada	25	1%
Otorrinolaringologia	52	1%
Neurocirurgia	65	2%
Mastologia	70	2%
Cirurgia Oncologia	84	2%
Cirurgia Plástica	85	2%
Cirurgia Toracica	132	3%
Urologia	177	4%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	189	4%
Proctologia	248	6%
Cirurgia Vascular	396	9%
Cirurgia Geral	519	12%
Ortopedia	2203	52%
Total	4262	100%

Fonte: Listagem de pacientes em fila de espera (fls. 446/500).

* 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 esta 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 função de constarem do sistema 05 lançamentos com “erros de cadastro”.

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 mediante a ociosidade do Centro Cirúrgico Geral, por especialidade.

A análise foi feita da seguinte forma (PT 13):

- 1º - Cálculo da disponibilidade de horas para cada especialidade ;
- 2º - Reclassificação das especialidades;
- 3º - Cálculo das horas efetivamente utilizadas em cada especialidade;
- 4º - Cálculo ociosidade para cada especialidade;
- 5º - Cálculo do Tempo Médio de Atendimento – TMA;
- 6º - Cálculo do Potencial de Cirurgias e do atendimento da fila por especialidade.

A seguir apresentam-se os resultados de cada passo da análise realizada:

1º - Disponibilidade de horas

De acordo com a escala de funcionamento do CCG (Item 06, Anexo 2, Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012, fls. 59-65 e 71) e o seu horário de funcionamento de 12 horas por dia, quantificou-se por semana e por mês a quantidade de horas disponíveis de cirurgia para cada especialidade, conforme observa-se no Apêndice 01 deste relatório.

Convém ressaltar que foram excluídos da análise os lançamentos classificados nas categorias anestesiologia, enfermagem e assistência social, por não se tratar de especialidades cirúrgicas.

2º - Reclassificação das especialidades

A nomenclatura das especialidades lançadas no sistema, de acordo com a listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012 (Item 01, Ofício 534/2012, de 11 de setembro de 2012, fl. 119) é diferente da nomenclatura utilizada para a escala no CCG. Nesse sentido, foi realizada uma reclassificação de acordo com a similaridade de forma a poder abranger todas as

especialidades lançadas no sistema em uma categoria mais ampla, conforme se observa no Quadro a seguir:

Quadro 09: Reclassificação das especialidades

Classificação de acordo com a Escala CCG	Especialidades lançadas no Sistema
Bucomaxilo	Bucomaxilo
	Odontologia
	Odontologia C Traum. BMF
	Odontologia Prótese BMF
	Ortodontia
Cirurgia cabeça e pescoço	Cirurgia cabeça e pescoço
Cirurgia geral	Cirurgia do aparelho digestivo
	Cirurgia Geral
	Cirurgia Plástica
	Cirurgia Torácica
	Clinica Geral
	Dermatologia
	Ginecologia
	Nefrologia
	Pediatria
	Pneumologia/Tisiologia
Cirurgia Oncologia Mastologia	Mastologia
Cirurgia Oncológica	Oncologia Cirúrgica
	Oncologia Clínica/Cancerologia
Cirurgia Vascular	Angiologia
	Cirurgia cardio vascular
	Cirurgia Vascular
Neurocirurgia	Neurocirurgia
Ortopedia trauma geral	Ortopedia/Traumatologia
Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologia
Urologia	Proctologia
	Urologia

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de Fevereiro a julho de 2012 - Of.513/12, de 05/09/2012 (fls.59-65 e 119-99).

3º - Horas efetivamente utilizadas

Realizou-se o somatório das horas utilizadas em cada especialidade ou grupo reclassificado e o tempo de limpeza calculado (Multiplicação do quantitativo de cirurgias pelo tempo de limpeza de 30 min ou 0,5 horas por cirurgia), e chegou-se ao seguinte resultado:

Quadro 10: Horas efetivamente utilizadas no CCG

Classificação	Qtde	Horas de cirurgias	limpeza em horas	Horas utilizadas	Horas utilizadas/ mês
Bucomaxilo	29	79:45:00	14,5	94,25	15,71
Cirurgia cabeça e pescoço	75	178:25:00	37,5	215,92	35,99
Cirurgia geral	628	1118:16:00	314	1432,27	238,71
Cirurgia Oncologia	92	228:57:00	46	274,95	45,83
Cirurgia Oncologia (Mastologia)	90	128:24:00	45	173,40	28,90
Cirurgia Vascular	57	81:38:00	28,5	110,13	18,36
Neurocirurgia	144	287:11:00	72	359,18	59,86
Ortopedia Trauma Geral	905	1436:39:00	452,5	1889,15	314,86
Otorrino	24	27:44:00	12	39,73	6,62
Urologia	175	348:20:00	87,5	435,83	72,64
Total	2219	3915:19:00	1109,5	5024,82	765,39

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012 - Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99).

4º Ociosidade por especialidade

Calculou-se a ociosidade em cada especialidade com base na escala do centro cirúrgico frente à utilização do centro cirúrgico por especialidade chegando ao seguinte resultado:

Quadro 11: Cálculo da ociosidade por mês e por especialidade

Classificação	Horas utilizadas/mês	Horas em escala/mês	Horas ociosas/mês	% Ociosidade/mês
Bucomaxilo	15,71	24,00	8,29	34,55%
Cirurgia cabeça e pescoço	35,99	72,00	36,01	50,02%
Cirurgia geral	238,71	360,00	121,29	33,69%
Cirurgia Oncologia	45,83	72,00	26,18	36,35%
Cirurgia Oncologia (Mastologia)	29,46	72,00	42,54	59,09%
Cirurgia Vascular	18,36	48,00	29,64	61,76%
Neurocirurgia	59,86	72,00	12,14	16,86%
Ortopedia Trauma Geral	314,86	360,00	45,14	12,54%
Otorrino	6,62	24,00	17,38	72,41%
Urologia	72,64	96,00	23,36	24,33%
Total	765,39	1104,00	338,61	30,67%

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho/2012
Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99).

5º - Cálculo do Tempo Médio de Atendimento - TMA:

O cálculo do Tempo Médio de Atendimento – TMA foi realizado com base na reclassificação, dividindo-se o tempo total de horas de cirurgias na especialidade pela quantidade de procedimentos.

Quadro 12: Tempo Médio de Atendimento por especialidade

Classificação	Qtde	Horas	TMA
Bucomaxilo	29	79:45:00	2,75
Cirurgia de cabeça e pescoço	75	178:25:00	2,38
Cirurgia geral	628	1118:16:00	1,78
Cirurgia Oncologia Mastologia	93	130:14:00	1,40
Cirurgia Oncologia	92	228:57:00	2,49
Cirurgia Vascular	57	81:38:00	1,43
Neurocirurgia	144	287:11:00	1,99
Ortopedia Trauma Geral	905	1436:39:00	1,59
Otorrino	24	27:44:00	1,16
Urologia	175	348:20:00	1,99

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012
Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99).

6º - Potencial de realização de Cirurgias e do atendimento da fila

Neste item, primeiro verificou-se a quantidade de cirurgias que poderiam ser realizadas ao mês nas horas ociosas do CCG, em cada especialidade, dividindo-se a ociosidade média pelo TMA médio.

Com base no número de cirurgias que poderiam ser realizadas nas horas ociosas do CCG, calculou-se o número de pacientes na fila que poderiam ser atendidos e em quanto tempo a fila poderia ser zerada, em cada especialidade, conforme Quadro a seguir:

Quadro 13: Potencial de realização de cirurgias e do atendimento da fila

Especialidade	Horas ociosas/mês	TMA	Nº cirurgias a mais ao mês	Qtde 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	396	12,73
Neurocirurgia	12,14	1,99	6,10	65	7,11
Ortopedia Trauma Geral	45,14	1,59	28,39	2203	51,73
Otorrino	17,38	1,16	14,98	52	2,31
Urologia	23,36	1,99	11,74	177	10,05

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012
Ofício 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99).

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 esta especialidade com 736 pacientes.

Com base nos cálculos apresentados e demonstrados, na Cirurgia Geral, por exemplo, pode-se inferir que se um procedimento nesta especialidade leva, em média, 1,78 horas (TMA), seria possível realizar 68,14 cirurgias por mês, dentro das 121,29 horas ociosas nesta especialidade.

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

Ao se utilizar como exemplo a especialidade de Bucomaxilo, na qual foi identificado o menor índice de ociosidade, percebe-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 estes cálculos foram realizados considerando uma fila estática, o que não representa de forma fidedigna à realidade do Hospital, entretanto, a análise permite concluir que existem horas ociosas nas especialidades para as quais se observa um grande número de pacientes em fila de espera.

Além da utilização das horas ociosas do CCG, o Hospital também pode 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 verificou-se que mais de 60% dos procedimentos do CCG são realizados em pacientes classificados como ASA I e ASA II, o que representa 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.

Neste sentido, buscou-se calcular em quanto tempo a fila dessa especialidade poderia ser reduzida com a utilização dessas horas, já que é a que apresentava o maior número de pacientes, 2.203, até 05/09/2012.

A primeira etapa da análise identificou este quantitativo de horas e chegou-se ao total de 285,57 horas mensais:

Quadro 14: Disponibilidade de horas que podem ser utilizadas 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 podem ser utilizadas na ortopedia	285,57

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de maio a novembro de 2012, Classificadas por ASA pela Unidade (fls. 532-611).

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

Em seguida, com base no TMA, verificou-se que com a disponibilidade de 285,57 horas mensais seria possível realizar 179,60 cirurgias a mais, o que permitiria o atendimento de 2.203 pacientes em apenas 8,18 meses, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 15: Número estimado de meses para redução da fila na especialidade de ortopedia

Horas disponíveis	TMA ortopedia	Nº cirurgias a mais ao mês	Qtde de pacientes na fila*	Atendimento da fila (meses*)
285,57	1,59	179,6	2203	8,18

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas de maio a novembro/12, classificadas por ASA pela Unidade (fls. 532-611) e listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012 - Ofício 513/2012, de 05/09/12 (fls. 59-65 e 119-99).

* Considerando 20 dias úteis ao mês.

Ressalta-se que a análise ideal deveria considerar a realização de procedimentos que fossem classificados ao mesmo tempo como de pequeno porte/ASA I ou pequeno porte/ASA II. Entretanto, isto não foi possível, haja vista o próprio Hospital não dispor desta informação. Sendo assim, utilizou-se para esta análise somente a classificação ASA I e ASA II.

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

Dentre uma das causas identificadas para a ocorrência de tal situação destaca-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 7º, 8º, §1º, 9º, 10, §3º da Portaria GM/MS nº 1559, de 01/08/08.

Em decorrência, 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.

Ante o exposto, **determina-se** à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville a criação de uma Central de Regulação de fila de espera por especialidade cirúrgica, conforme estabelecem os artigos 7º, 8º, §1º, 9º, 10, §3º da Portaria GM/MS nº 1559, de 01/08/08.

Determinar à Direção do Hospital Municipal São José que:

- Cadastre todos os pacientes da fila na Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde e assegure que o seu chamamento seja realizado de acordo com a ordem cronológica da data de entrada na fila, respeitando os critérios médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que

garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado (art. 6º, 196 e 198 CF/88).

- Adote 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, em atendimento ao princípio da eficiência constante no art. 37 da Constituição Federal (itens 2.1 e 2.2 deste relatório).

Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde e à Direção do Hospital Municipal São José que adote medidas para acelerar o atendimento dos pacientes aguardando em fila de espera;

Com estas medidas espera-se que haja um controle adequado da fila de espera com a sua redução e melhor aproveitamento das horas ociosas.

2.3. Os médicos não cumprem a carga horária contratada

A Lei Complementar (LC) nº 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.

O § 2 do art. 42 da LC 266 de 05 de abril de 2008 preconiza que a forma de cumprimento da jornada de trabalho do servidor municipal poderá contar com horários especiais visando atender à atividade fim da melhor forma possível.

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

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 meio de 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 próximo às entradas, o que torna ainda mais difícil o controle, visto que o HMSJ possui várias vias de acesso.

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

Imagem 01: Relógio ponto entrada lateral do HMSJ



Fonte: Foto nº 5850 - data 06/11/12 - TCE-SC

Imagem 02: Relógio ponto entrada ambulatório do HMSJ



Fonte: Foto nº 5855 - data 06/11/12 - TCE-SC

Ao analisar o controle de ponto mensal dos funcionários de janeiro a julho de 2012 (CD fl. 502), foi possível constatar problemas em decorrência da limitação do sistema utilizado, bem como da gestão deficiente em relação a exigência dos registros dos profissionais.

Solicitou-se a folha de registro do ponto dos profissionais médicos atuantes no centro cirúrgico (CD fl. 502). Ao receber os mesmos foi verificado que a grande maioria dos profissionais analisados não registravam seu ponto.

Partes dos profissionais registravam seu ponto apenas de entrada sem constar a saída, em outros casos observou-se apenas a informação de que o profissional estava trabalhando, sem haver registro de ponto, o que impossibilita a contabilização das horas cumpridas pelo profissional na unidade de saúde.

No caso dos médicos anesthesiologistas, verificou-se que os registros de ponto de janeiro a junho de 2012, não são utilizados para fins de comprovação do cumprimento da jornada de trabalho, visto que 17 dos 18 profissionais apresentavam registro com o status “trabalhando” e com horário definido entre 12:00 e 12:10.

Ressalta-se que os horários suprarreferenciados estão pré-definidos no sistema e não decorrem do registro de entrada e saída dos profissionais, demonstrando que o sistema adotado não se presta para os fins ao qual foi contratado.

Fica evidente que tal registro não condiz com a realidade, visto que todos os profissionais possuem registro na mesma data e horário e que não converge com a metodologia utilizada na escala de outubro de 2012, fornecida pelo coordenador da área (Apêndice 02).

Se compararmos os registros existentes com a escala de outubro de 2012 (fls. 503-6) constata-se que os profissionais da área têm como base o cumprimento da jornada de trabalho de 12 horas contínuas, o que diverge dos registros existentes.

No caso dos registros dos profissionais médicos do ambulatório, percebe-se na maioria dos casos, os mesmos possuem registro apenas de entrada, ou não possuem nenhum tipo de registros, ou ainda profissionais que possuem o ponto automático, ou seja, mesmo sem batimento já é considerado o ponto diário.

Para análise de um caso prático, focou-se no médico com matrícula 30033. Este profissional não efetuou qualquer registro de ponto entre 16 de abril e 15 de maio de 2012, o que se observa é o registro automático de horários para o qual o sistema foi previamente programado, conforme demonstrativo de registro (CD fl. 502).

No entanto, conforme demonstrativo de pagamento de abril e de maio de 2012 (fls. 507-8) o profissional recebeu pelo cumprimento de 104 e 120 horas respectivamente.

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

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

Em função do que foi apresentado neste item, **determinar-se à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e à Direção do Hospital Municipal São José de Joinville** 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 266/08 do município de Joinville e art. 63 da lei federal 4320/64.

Espera-se que a partir do registro e controle de ponto, haja o cumprimento da jornada de trabalho e conseqüente aumento de produção e diminuição do tempo dos pacientes em fila de espera.

2.4. Pagamento dos médicos sem comprovação da prestação do serviço

Em razão da deficiência no controle do ponto, abordada no item 2.3 deste relatório, decidiu-se analisar os demonstrativos de pagamento de fevereiro a junho de 2012, fornecida pelo setor de Recursos Humanos (RH) do HMSJ, bem como o pagamento de pró-labore.

A LC nº 239 do município de Joinville de 16 de julho de 2007, regulamenta o pagamento do vencimento dos servidores do HMSJ em seu Capítulo II.

No entanto é importante deixar claro que no HMSJ os profissionais médicos recebem seu vencimento no quinto dia útil de cada mês, e no dia 20 recebem o pró-labore em decorrência da produção efetiva do mês anterior.

Para o pagamento do pró-labore não há embasamento legal, o que contraria os incisos X e XI do art.37 da Constituição Federal de 1988. A única base utilizada é a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) contida no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap), visualizada no sítio eletrônico <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/04080100> - acesso em 10/03/2013, que precifica o valor do repasse aos profissionais.

Em relação a falta de embasamento legal para o pagamento do pró-labore aos servidores da área da saúde do município de Joinville, esta Corte de Contas já vem tratando do assunto por meio do processo REP-10/00703611, sem decisão proferida até o presente momento.

Com base nos demonstrativos de pagamento recebidos e recebimento de pró-labore (fls 371 a 442), extraiu-se uma amostra não científica, elaborada com base na materialidade, ou seja, nos maiores recebimentos brutos.

Como critério, selecionou-se aqueles profissionais que tiveram recebimento bruto médio mensal acima de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). A média mensal ao 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.

Aplicando a metodologia e critérios suprarreferenciados, chegou-se aos médicos, que serão identificados neste item por meio de seus cadastros, que serão citados no decorrer da análise.

Quadro 16: Profissionais do HMSJ recebimento mensal maior que R\$20.000,00

CADASTRO PROFISSIONAL	fevereiro	março	abril	maio	junho	TOTAL (fev a jun)	Média/ mês
	Bruto+PL	Bruto+PL	Bruto+PL	Bruto+PL	Bruto+PL		
73777	R\$ 20.655,49	R\$ 21.738,40	R\$ 20.391,05	R\$ 21.900,87	R\$ 25.352,64	R\$ 110.038,45	R\$ 22.007,69
70700	R\$ 20.023,14	R\$ 18.854,83	R\$ 20.826,29	R\$ 22.459,75	R\$ 21.106,43	R\$ 103.270,44	R\$ 20.654,09
41984	R\$ 31.183,39	R\$ 17.539,82	R\$ 17.053,32	R\$ 31.257,52	R\$ 26.580,30	R\$ 123.614,35	R\$ 24.722,87
79155	R\$ 23.790,57	R\$ 21.121,21	R\$ 18.333,11	R\$ 19.302,66	R\$ 25.876,23	R\$ 108.423,78	R\$ 21.684,76

Fonte: HMSJ contra-cheque dos colaboradores e relação de pró-labore.

A amostra contempla profissionais das áreas de clínica médica, Pronto Socorro (PS), radiologia e centro cirúrgico, os quais serão analisados de acordo com critérios específicos, decorrentes da necessidade de cada caso.

Em virtude do controle de ponto deficitário, demonstrado no item 2.3, ficou claro que o embasamento para realização dos pagamentos não pode ser os registros existentes. Desta forma, buscou-se outras bases que justificassem os pagamentos efetuados.

A seguir far-se-á a análise referente a cada um dos profissionais citados no quadro anterior.

a) Médico “73777”

O médico “73777” atende a especialidade de cirurgia geral, que o leva a atender no centro cirúrgico e ambulatório.

Quadro 17: Demonstrativo recebimento do profissional com cadastro 73777

Cadastro do Profissional	Mês	Contra-cheque	Pró-labore	Total/mês
73777	fevereiro	R\$ 11.693,52	R\$ 8.961,97	R\$ 20.655,49
73777	março	R\$ 13.470,49	R\$ 8.267,91	R\$ 21.738,40
73777	abril	R\$ 10.752,81	R\$ 9.638,24	R\$ 20.391,05
73777	maio	R\$ 9.051,62	R\$ 12.849,25	R\$ 21.900,87
73777	junho	R\$ 8.973,01	R\$ 16.379,63	R\$ 25.352,64
TOTAL		R\$ 53.941,45	R\$ 56.097,00	R\$ 110.038,45

Fonte: HMSJ – contra-cheque dos colaboradores e relação de pró-labore.

Ao analisar a produção do profissional em pauta no centro cirúrgico, tendo como base as cirurgias realizadas entre fevereiro a junho/12, conforme listagem fornecida pela direção do HMSJ (fls. 120-99), chega-se ao montante contido no quadro a seguir:

Quadro 18: Demonstrativo da produção do médico com cadastro 73777

Cadastro do Profissional	Mês	Contratação em horas/mês	Produção CC em horas/mês	% Produção CC em relação às	Horas não trabalhadas
73777	fevereiro	120	2,45	2,04%	-117,55
73777	março	120	8,08	6,73%	-111,92
73777	abril	120	15,85	13,21%	-104,15
73777	maio	120	15,9	13,25%	-104,1
73777	junho	120	21,8	18,17%	-98,2
TOTAL		600	64,08	10,68%	-535,92

Fonte: HMSJ – listagem de cirurgias realizadas.

% médio produção CC de janeiro a junho/2012

Buscou-se o profissional “73777” nas escalas dos demais setores fornecidas pela direção do HMSJ, mas o mesmo não foi localizado em nenhuma delas.

Analisando apenas a sua produção efetiva é possível afirmar que ele recebeu para atuar por 120 horas ao mês e em nenhum dos meses (fev. a jun./12) atingiu tal marca, trabalhando em média 12,81 horas ao mês, ou seja, das 600 horas (fev. a jun./12) que foram pagas ao médico, este trabalhou somente 64,08, representando 10,68% das horas pagas.

Analisando a produção efetiva no centro cirúrgico apenas no mês de junho de 2012, mas neste momento para justificar o pagamento do pró-labore, é possível afirmar que o profissional realizou 17 cirurgias no período destinado às cirurgias eletivas e 3 cirurgias nos demais horários, totalizando 20 cirurgias.

No entanto, é importante ressaltar, que o tempo médio para realização de cada uma das cirurgias foi de 1 hora e 10 minutos. Ressalta-se ainda que este foi o mês em que o médico teve maior produção, considerando-se de fevereiro a junho de 2012.

b) Médico “70700”

O médico “70700” atende a especialidade de clínica médica e está lotado no Pronto Socorro (PS) de acordo com a listagem de profissionais atuantes no HMSJ, fornecida pela direção desta unidade de saúde.

O profissional analisado teve os recebimentos elencados no quadro a seguir, entre fevereiro a junho de 2012:

Quadro 19: Demonstrativo recebimento profissional com cadastro 70700

Cadastro do Profissional	Mês	Contra-cheque	Pró-labore	Total/mês
70700	fevereiro	R\$ 14.768,67	R\$ 5.254,47	R\$ 20.023,14
70700	março	R\$ 14.402,84	R\$ 4.451,99	R\$ 18.854,83
70700	abril	R\$ 16.430,34	R\$ 4.395,95	R\$ 20.826,29
70700	maio	R\$ 16.853,13	R\$ 5.606,62	R\$ 22.459,75
70700	junho	R\$ 15.908,35	R\$ 5.198,08	R\$ 21.106,43
TOTAL		R\$ 78.363,33	R\$ 24.907,11	R\$ 103.270,44

Fonte: HMSJ – contra-cheque dos colaboradores e relação de pró-labore.

Os profissionais lotados no PS possuem uma escala de trabalho a cumprir. No caso do médico em questão, a escala previa o cumprimento de 684 horas entre fevereiro a junho de 2012, mas ele tem contrato mensal de 120 horas/mês, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 20: Demonstrativo das horas em escala

Cadastro Profissional	Mês	Contratação em horas/mês	Horas em escalas ao mês	Horas trabalhadas - Horas contratadas
70700	fevereiro	120	150	30
70700	março	120	162	42
70700	abril	120	210	90
70700	maio	120	162	42
70700	junho	Férias	Férias	Férias
Total		480	684	204

Fonte: HMSJ – escalas de trabalho.

Adotou-se como critério o cumprimento da escala na íntegra, visto as deficiências já apontadas do controle de ponto.

Desta forma, o profissional 70700 teria cumprido nos meses analisados 204 horas a mais do que o montante para o qual foi contratado.

c) Médico “41984”

O médico “41984” atende a especialidade de radiologia e teve os recebimentos abaixo elencados:

Quadro 21: Demonstrativo recebimento profissional com cadastro 41984

Cadastro do Profissional	Mês	Contra-cheque	Pró-labore	Total/mês
41984	fevereiro	R\$ 6.720,65	R\$ 24.462,74	R\$ 31.183,39
41984	março	R\$ 6.720,65	R\$ 10.819,17	R\$ 17.539,82
41984	abril	R\$ 7.291,91	R\$ 9.761,41	R\$ 17.053,32
41984	maio	R\$ 7.542,13	R\$ 23.715,39	R\$ 31.257,52
41984	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: HMSJ – contra-cheque dos colaboradores e relação de pró-labore.

A direção do HMSJ não encaminhou a escala deste setor, por este motivo não foi possível analisar o quantitativo de horas previstos para cumprimento em relação as 120 horas contratuais.

No entanto, buscou-se avaliar a procedência do recebimento do pró-labore, visto que representa 71% do montante percebido por este profissional entre fevereiro a junho de 2012.

No relatório de pagamento do pró-labore do médico está descrito os valores recebidos por este profissional em decorrência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), mas não quantifica a produção do mesmo.

Visto que este valor é retirado da relação de honorários médicos referente à APAC emitido pelo HMSJ, buscou-se os números que justificassem o recebimento demonstrado. Contudo não foi localizado no relatório (fls 526-31) a produção do médico “41984”, contendo ao final do relatório de cada mês a seguinte observação: “Médico receberá porcentagem do valor da radioterapia”.

Fazendo o encontro de contas entre o valor recebido e o percentual sobre o valor total dos procedimentos, chega-se a um percentual de 30%, por exemplo, no mês de setembro/2012, a produção dos radiologistas somou R\$109.540,72 (cento e nove mil quinhentos e quarenta reais e setenta e dois centavos), embora o médico analisado não esteja na listagem de produção, mas recebeu R\$33.172,97 (trinta e três mil cento e setenta e dois reais e noventa e sete centavos).

Após vasta pesquisa, não foi localizado critério legal para tal repasse de valores, visto que não há produção do profissional e sim uma espécie de comissão em cima da produção total dos médicos, que atuam no setor de radiologia.

Contudo, ainda há que se considerar o teto salarial no Município que é o subsídio do Prefeito, conforme estabelece o inc. XI do art. 37 da Constituição Federal, limite esse que não está sendo respeitado quando do pagamento dos médicos do HMSJ.

d) Médico “79155”

O médico “79155” atende a especialidade de clínica médica e está lotado no PS, de acordo com a listagem de profissionais atuantes no HMSJ, fornecida pela direção desta unidade de saúde.

O profissional analisado teve os recebimentos elencados no quadro a seguir, entre fevereiro a junho de 2012:

Quadro 22: Demonstrativo recebimento profissional com cadastro 79155

Cadastro do Profissional	Mês	Contra-cheque	Pró-labore	Total/mês
79155	fevereiro	R\$ 15.165,18	R\$ 8.625,39	R\$ 23.790,57
79155	março	R\$ 14.790,47	R\$ 6.330,74	R\$ 21.121,21
79155	abril	R\$ 13.833,92	R\$ 4.499,19	R\$ 18.333,11
79155	maio	R\$ 14.284,62	R\$ 5.018,04	R\$ 19.302,66
79155	junho	R\$ 16.982,90	R\$ 8.893,33	R\$ 25.876,23
TOTAL		R\$ 75.057,09	R\$ 33.366,69	R\$ 108.423,78

Fonte: HMSJ – contra-cheque dos colaboradores e relação do pagamento de pró-labore.

Os profissionais lotados no PS possuem uma escala de trabalho a cumprir. No caso do médico em questão, a escala previa o cumprimento de 685,50 horas entre fevereiro a junho de 2012, mas ele tem contrato mensal de 120 horas/mês, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 23: Demonstrativo da produção do médico com cadastro 79155

Cadastro Profissional	Mês	Contratação em horas/mês	Horas em escalas ao mês	Horas trabalhadas - Horas contratadas
79155	fevereiro	120	87,5	-32,5
79155	março	120	214	94
79155	abril	120	162	42
79155	maio	120	222	102
79155	junho	Férias	Férias	Férias
Total		480	685,5	205,5

Fonte: HMSJ – listagem de cirurgias realizadas.

Adotou-se como critério o cumprimento da escala na íntegra, visto as deficiências já apontadas do controle de ponto.

Desta forma, o profissional “79155” teria cumprido nos meses analisados 205,50 horas a mais do que o montante para o qual foi contratado.

Desta forma, apesar de se tratar de uma amostra, fica evidente nos casos descritos que os controles de ponto e de produção não condizem com o valor recebido pelos profissionais, descumprindo os preceitos dos arts. 19, § 1º da Lei Complementar nº 323/2006, também o art. 63 da Lei nº 4.320/64.

Diante do exposto, faz-se necessário **determinar** à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e à Direção do Hospital Municipal São José 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 266/2008 do município de Joinville, LC 239/2007 do município de Joinville - Anexo I e art. 63, da Lei Federal nº 4.320/1964;

Determinar à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e à Direção do Hospital Municipal São José 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 266/2008 do município de Joinville.

Determinar à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville que elabore, em conjunto com o órgão responsável na Prefeitura Municipal, projeto de lei, a fim regulamentar o pagamento de pró-labore dos médicos do HMSJ, de forma a atender os inc. X e XI do art.37 da Constituição Federal de 1988.

Espera-se que a partir do registro e controle de ponto a remuneração esteja de acordo com o cumprimento da jornada de trabalho e produção médica.

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

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

A Lei 8.080/90 que versa a respeito dos princípios e diretrizes do SUS preconizar o acesso universal e igualitário; integralidade da assistência, ou seja, todo cidadão tem o direito a uma atenção à saúde integral; equidade na assistência e no acesso de forma regionalizada e hierarquizada; eficiente uso dos recursos disponíveis, bem como; na qualidade da prestação dos serviços e capacidade de resposta às necessidades de saúde da população.

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

Imagem 03: Pacientes internados no corredor do PS



Fonte: Foto nº 0474 - data 06/11/12 - TCE-SC

Imagem 04: Pacientes internados no corredor do PS



Fonte: Foto nº 0469 - data 06/11/12 - TCE-SC

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 devem permanecer no setor de emergência por mais de 24 horas. Durante este período os mesmos devem ser transferidos para alguma das unidades internas especializadas, onde receberão o tratamento adequado ou alta. Desta forma, os pacientes do PS são aqueles que permanecem no setor por até 24 horas, após esse período não deveriam mais estar ali.

Buscou-se então identificar se os pacientes que ficavam internados neste setor, incluindo aqueles que estavam nos corredores, realmente deveriam estar internados no PS, por meio da solicitação de listagem de atendimentos de 15 de janeiro a 15 de agosto de 2012 (fls. 222-319).

Verificou-se que na prática os pacientes permanecem internados neste setor em média 12 dias.

Buscou-se então verificar a representatividade da demanda real do PS, ou seja, aqueles pacientes que permaneciam no setor por até 24 horas. Para isso, tomando como base a listagem de atendimentos do setor, chegou-se ao total em horas e de pacientes atendimentos ao mês, que realmente deveriam ser atendidos no PS.

Feito isso, calculou-se a capacidade de atendimento ao mês do setor, em horas e em número de pacientes atendidos. Confrontando a capacidade de atendimento (em horas e em número de atendimentos) aos atendimentos realizados, chega-se à representatividade dos pacientes que demonstram a demanda real do PS. Desta forma, foi possível constatar que os pacientes que realmente deveriam permanecer no setor analisado, ou seja aqueles que não decorrem da falta de estrutura desta unidade de saúde, representavam uma média de 3,6% do total de atendimentos realizados no setor entre fevereiro a junho de 2012.

Quadro 24: Demonstrativo da demanda real do PS

ITENS	2012				
	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho
TOTAL EM HORAS AO MÊS	2365,92	2805,73	2437,28	2534,10	2151,77
TOTAL EM NÚMERO DE PACIENTES	335	194	171	187	174
CAPACIDADE DE ATENDIMENTO (pctes)	5510,384445	5890,410959	5700,397702	5890,410959	5700,397702
CAPACIDADE DE ATENDIMENTO (horas)	23664	25296	24480	25296	24480
representatividade dos pctes do PS (qtd)	6%	3%	3%	3%	3%
representatividade dos pctes do PS (horas)	10%	11%	10%	10%	9%

Fonte: Listagem de atendimento dos pacientes do PS (fls. 222-319).

Com a análise realizada, é possível afirmar que a grande maioria dos atendimentos do setor sob análise deveria ser dos demais setores de internação.

Conforme informação dos profissionais, o fator que mais contribui para tal realidade é a falta de leitos nos diversos setores desta unidade de saúde.

A seguir quantitativo de leitos disponíveis por setor:

Quadro 25: Quantitativo de leitos por setor

Leitos Setores de Internação		
Local	Qtd Leitos	Destinação dos leitos
1º Andar	14	Leitos ortopedia
2º Andar	33	Transplante
4º Andar	30	Cirúrgico
3º Andar	20	Clínica
4º Andar		
Unidade Oncológica	25	Oncologia
Unidade A.V.C.	24	AVC
Ala B	20	Ortopedia
C.T.Q.	6	Queimados
Ala JS	24	Neurologia
UTI Geral	8	UTI
UTI Neuro	6	UTI

Fonte: HMSJ - Of. 340/2012 – Anexo VIII (fl. 56).

Dando sequência à análise, focou-se nos pacientes que permaneceram por mais de 24 horas no PS em decorrência da falta de estrutura dos setores especializados para acolhê-los, chegando-se aos quantitativos elencados no quadro a seguir:

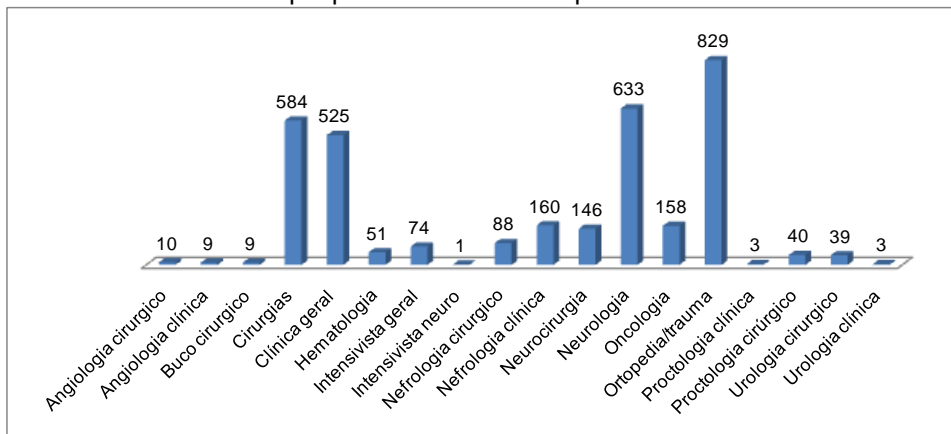
Quadro 26: Pacientes que permanecem no PS por mais de 24 horas

Especialidade	Pacientes de janeiro a julho de 2012	Média pcts ao mês por especialidade no PS
Angiologia cirurgico	10	1,43
Angiologia clínica	9	1,29
Buco cirurgico	9	1,29
Cirurgias	584	83,43
Clínica geral	525	75,00
Hematologia	51	7,29
Intensivista geral	74	10,57
Intensivista neuro	1	0,14
Nefrologia cirurgico	88	12,57
Nefrologia clínica	160	22,86
Neurocirurgia	146	20,86
Neurologia	633	90,43
Oncologia	158	22,57
Ortopedia/trauma	829	118,43
Proctologia clínica	3	0,43
Proctologia cirúrgico	40	5,71
Urologia cirurgico	39	5,57
Urologia clínica	3	0,43

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

Com base nos quantitativos acima demonstrados, fica claro que a maior demanda decorre dos pacientes de ortopedia e em seguida neurologia. Em ambas as especialidades o HMSJ é referência.

Gráfico 03: Pacientes que permanecem no PS por mais de 24 horas



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

Buscando verificar ainda se havia estrutura nos setores de internação, para abrigar os pacientes que permanecem por mais de 24 horas no PS, verificou-se a taxa de ocupação e média de permanência dos pacientes em cada um dos setores de internação entre janeiro a junho de 2012, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 27: Taxa e média de permanência dos pacientes nos setores

Setor	jan/12		fev/12		mar/12		abr/12		mai/12		jun/12	
	Tx. Ocup.	Média Perm.	Tx. Ocup.	Média Perm.	Tx. Ocup.	Média Perm.	Tx. Ocup.	Média Perm.	Tx. Ocup.	Média Perm.	Tx. Ocup.	Média Perm.
1º andar	84,00	4,23	95,28	6,05	95,14	5,98	97,64	7,07	84,70	4,37	80,86	4,71
3º andar	91,55	8,61	91,55	9,31	92,90	8,47	94,15	10,46	89,20	8,78	76,00	12,00
Ala B	89,45	5,89	92,25	6,52	94,65	7,34	95,85	8,47	95,00	7,84	92,85	5,92
Unid. Oncol.	84,40	17,67	90,88	12,67	92,52	13,53	79,08	10,05	81,12	8,86	87,48	11,12
CTQ	61,56	22,32	68,43	12,64	50,28	13,62	51,43	18,00	40,56	12,56	74,50	26,80
JS	88,78	9,43	87,50	11,28	88,71	8,35	85,83	7,27	88,42	9,00	85,07	7,38
Unid. AVC	99,87	23,22	99,12	16,05	99,21	18,00	98,04	15,02	99,71	14,84	98,21	15,37
UTI Geral	97,62	11,51	98,75	12,72	99,12	13,67	99,62	12,58	98,25	17,43	98,75	12,46
UTI N. Cir.	100,00	13,28	98,83	17,20	98,83	10,22	99,50	10,53	86,82	7,83	96,67	11,87

Fonte: HMSJ - Of. 340/2012 – Anexo V (fl. 54).

De posse das informações contidas no decorrer deste item, foi possível analisar se há estrutura suficiente para atender os pacientes advindos do PS, sendo que o objetivo final da análise era comparar o número de leitos necessários ao número de leitos existentes.

Quadro 28: Necessidade de leitos para suprir demanda do PS

Especialidade	Qtd de pcte.	Dias de permanência	média permanência por pcte no PS	média pcts ao 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	2258	15,47	20,86	48,00	0,93	12,93	44,74	56,03	52,77
Neurologia	633	10950	17,30	90,43						
urologia cirurgico	39	345	8,85	5,57						
proctologia cirurgico	40	470	11,75	5,71						
buco cirurgico	9	389	43,22	1,29						
nefrologia cirurgico	88	4334	49,25	12,57						
cirurgias	584	6595	11,29	83,43						
angiologia cirurgico	10	145	14,50	1,43	30,00	0,89	9,60	17,85	38,78	36,63
urologia clinico	3	38		0,43						
proctologia	3	56	18,67	0,43						
nefrologia clinico	160	2648	16,55	22,86						
angiologia clinica	9	78	8,67	1,29						
infectologia	34	384	11,29	4,86						
clin geral	525	6455	12,30	75,00						
ortopedia/trauma	829	8690	10,48	118,43	34,00	0,91	6,20	31,10	28,55	25,65
oncologia	158	1952	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: HMSJ - Listagem de atendimentos do PS (fls. 222-319), Of. 340/2012 – Anexos V e VIII (fl. 54-6).

A análise possibilita constatar que a maior carência de leitos é na especialidade de neurologia e neurocirurgia, fazendo-se necessária destinação de mais 52 leitos. No caso da ortopedia/traumatologia é necessário mais 25 leitos. As especialidades atendidas pelos leitos do setor clínico (urologia, proctologia, nefrologia, angiologia, infectologia, clínica geral) em decorrência da demanda gerada pelo PS necessitam de 38 leitos, como há dois leitos ociosos em média ao mês, faz-se necessária a destinação de mais 36 leitos para este setor. No caso da oncologia e hematologia é necessário mais 10 leitos. Por fim a UTI Geral precisa de mais 5 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. Esta estrutura consiste em um anexo ao HMSJ, cujo projeto prevê 6.524,29 metros quadrados, distribuídos em 7 andares de construção, previstos no contrato de prestação de serviço (fls. 509-25).

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, constatadas nas análises realizadas no decorrer deste item.

Imagem 05: Obra do Complexo Ulysses Guimarães



Fonte: Foto nº 507- data 06/11/12 -TCE-SC.

Imagem 06: Obra do Complexo Ulysses Guimarães



Fonte: Foto nº 511 - data 06/11/12 -TCE-SC.

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

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

Com base em todo o exposto, faz-se necessário **determinar** à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e à Direção do Hospital Municipal São José, 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).

2.6. Outros achados - sala cirúrgica fechada

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

Segundo informações prestadas por meio do Ofício 340/2012, de 19/06/2012, item 9 (fl. 08), a sala 09 encontrava-se desativada em razão da falta

de equipamentos, como mesa cirúrgica, equipamentos de anestesia e bisturi elétrico.

Solicitou-se ao Hospital informações a respeito do andamento dos processos de aquisição da mesa cirúrgica e do aparelho de anestesia para o funcionamento da sala nº 09. Por meio do Ofício 533/2013, de 11 de setembro de 2012, item 02 (fl. 201), a Unidade informou:

(...)

A aquisição da mesa cirúrgica mecânica para cirurgia constante do processo acima citado encontra-se homologada, cujo contrato nº 025/2012 (em anexo) firmou-se com a empresa Vamil Comércio de Medicamentos Ltda na data de 28/08/2012.

O processo para aquisição do aparelho de anestesia com monitorização será publicado novamente, tendo em vista a desclassificação da empresa vencedora à época do PE 034/2012, sendo que a Minuta do Edital para aquisição do aparelho foi encaminhada em 06/09/2012, para análise do setor jurídico.

Em entrevista com o Diretor Geral do Hospital, questionou-se quais medidas estariam sendo tomadas para a reativação da sala 09. O responsável mencionou um 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 no item 5 (fl. 202), do Ofício 533/12, 11 de setembro de 2012, até o encerramento da auditoria, o convênio ainda não havia sido executado:

O convênio ainda não foi executado porque a unidade gestora Prefeitura não tem dotação orçamentária específica para suportar esse tipo de despesa: saúde e, o Estado não aceita que seja gasto pelo Fundo Municipal de Saúde, e, não aceita a interveniência do próprio Hospital Municipal de São José.

Nesse momento está em tramitação Projeto de Lei para adequação do orçamento, bem como aprovação do convênio pela Câmara de Vereadores do Município de Joinville, pois é obrigatório, visto dispositivo na LOA municipal. Caso a aprovação na Câmara de Vereadores seja realizada em tempo hábil, haverá a pela capacidade de cumprimento do objetivo do aludido convênio.

Dentre os efeitos 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.

Em relação aos benefícios esperados com a reativação da sala 09, a capacidade operacional do CCG vai aumentar, tanto para a realização de cirurgias eletivas quanto de cirurgias de urgência e emergência. No caso de cirurgias eletivas, considerando uma média de 20 dias úteis por mês, com o funcionamento de 12 horas por dia, a sua capacidade aumenta em 240 horas por mês, que poderiam ser utilizadas para a redução de pacientes na fila de espera.

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, já explicitado no item 2.1 deste relatório.

Quadro 29: Cálculo demonstrativo do quantitativo de cirurgias que poderiam ser realizadas a mais com a reabertura da sala 09

Especialidade	Horas mensais a mais (240/10)	TMA calculado	Nº de cirurgias que poderiam ser realizadas com 24 horas a mais ao mês	Qtde de pacientes na fila*	Nº de dias estimado para zerar a fila	Nº de meses estimado 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	1091,73	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	2203	2918,98	97,30
Otorrino	24	1,16	20,69	52	50,27	1,68
Urologia	24	1,99	12,06	177	293,53	9,78

Fonte: Listagem de cirurgias realizadas no período de fevereiro a julho de 2012 Ofícios 513/2012, de 05 de setembro de 2012 (fls. 59-65 e 119-99).

* 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 esta especialidade com 736 pacientes.

No que se refere ao quantitativo necessário de médicos para a abertura de mais uma sala, conforme item 2.1 deste relatório, que tratou da ociosidade das salas cirúrgicas, isto não seria um problema.

Naquele item analisou-se o percentual de horas médicas contratadas de 88 cirurgiões, onde adotou-se como critério que das 120 horas contratadas,

50% eram destinadas para atuação no centro cirúrgico (31.680 horas) e 50% para acompanhamento médico e ambulatorial.

Desta forma, chegou-se a uma atuação de apenas 12,11%, ou seja, 3.836,38 horas das 31.680 horas que deveriam ser prestadas no centro cirúrgico, segundo critério adotado na análise.

Em relação ao número de anestesistas, em análise não muito complexa, observa-se que o atual número de anestesistas não é suficiente para atender a demanda do Hospital por esta especialidade médica.

Atualmente, os 17 anestesistas contratados (120 horas mensais cada), representam 2040 horas mensais, contratadas para atender uma escala prevista de 1776 horas no CCG e 1848 horas em outros setores, como CCA, sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), UTI, o que totaliza 3624 horas. Isto representa uma demanda 77,64 % maior que a quantidade de horas contratadas.

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 6 anestesistas por sala ao mês, já que cada profissional é contratado para trabalhar 120 horas mensais.

Para o atendimento das 06 salas cirúrgicas, que ao seguir os mesmos parâmetros, daria uma necessidade de 4320 horas, seriam necessários 36 anestesistas atuando 120 horas mensais, conforme demonstra-se a seguir:

Quadro 30: Demonstrativo da quantidade de anestesistas para o CCG

Salas CCG	Horas disponíveis ao dia (24 horas)	Horas disponíveis ao mês (24x30)	Qtde de anestesistas/ sala ao mês *
01 sala	24	720	6
Total (06 salas)	144	4320	36

Fonte: Horário de funcionamento do Centro Cirúrgico Geral-Of. 513/2012, de 05/09/12, item 4 (fl. 60).

* Cada anestesista é contratado para 120 horas mensais.

Ante o exposto, **recomenda-se** à Direção do Hospital Municipal São José que avalie a necessidade da contratação de anestesistas para que seja possível a abertura da sala 9, possibilitando assim o aumento da capacidade de atendimento do Centro Cirúrgico do HMSJ e conseqüentemente o atendimento da fila.

Recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde e à Direção do Hospital Municipal São José que providencie a compra dos equipamentos necessários para abertura da sala 09.

2.7. COMENTÁRIOS DOS GESTORES

A Auditora Substituta de Conselheiro determinou a audiência do Prefeito de Joinville, Sr. Udo Döhler, do Secretário Municipal de Saúde de Joinville – Sr. Armando Dias Pereira e do Diretor Geral do Hospital Municipal São José – Sr. Marcos Luiz Kreeling, por meio do despacho Gabinete da Auditora Sabrina Nunes Icken (fls. 740-1), em 06/05/2013.

Em cumprimento, o Diretor de Atividades Especiais realizou a audiência dos responsáveis por meio dos Ofícios nº 6.484/13, 6.483/13 e 6.482/13 (fls. 742-4) respectivamente.

A Prefeitura de Joinville, por meio da Procuradora do Município, solicitou prorrogação de prazo para atendimento do expediente, conforme Ofício nº 538/2013-PGM, em 11/06/2013. A Relatora deferiu a prorrogação de prazo, com despacho no verso do ofício supra.

2.7.1. Manifestação conjunta dos Gestores

Os responsáveis citados em audiência se manifestaram em um documento único, por meio de Procuradores do Município de Joinville (fls. 751 a 776), os quais encaminharam informações e documentos, protocolado sob o nº 014683/2013, de 25/07/2013, que serão analisados.

Informaram que as restrições 3.1.3, 3.1.7, 3.1.9, 3.1.10, 3.2.3, 3.2.5, 3.2.7 e 3.3.1, apontadas no Relatório de Instrução Preliminar DAE nº 5/2013, já foram corrigidas e que as demais pendências foram objeto de estudo da Administração Municipal, sendo elaborado um Plano de ação, com as providências, metas e prazo para o seu atendimento (fl. 757), objeto da análise a seguir:

a) Determinações/recomendações ao Hospital Municipal São José de Joinville

Item 3.1.1 Cadastramento dos pacientes da fila na Central de Regulação

O Hospital informa que ainda não realizou o cadastramento, em razão de o Município estar em processo de adequação da estrutura, para ampliação do serviço de regulação. Estabeleceu que 100% dos pacientes serão cadastrados em cento e oitenta dias.

Item 3.1.2 Providências em relação ao registro do ponto de todos os servidores

O Hospital informou que 100% dos servidores médicos já estão com controle de ponto, com software adequado, que estão instalados e em operação sistemas de monitoramento eletrônico nas áreas de entrada e saída do Hospital e por ultimo que está em fase interna os processos licitatórios para aquisição de catracas eletrônicas e cancelas para controle de entrada e saída dos veículos. O prazo para o cumprimento da determinação é dezembro de 2013.

Item 3.1.3 Demonstração por meio de instrumentos de produtividade e controle de ponto dos valores recebidos pelos médicos

O hospital informou que a partir da edição da Lei Complementar nº 385 de 10 de maio de 2013, que concede Gratificação de Produtividade por Desempenho Médico – GRAPDEM – aos médicos do Hospital São José (fls. 784-6), foram criados critérios objetivos de aferição do desempenho dos servidores. Que o controle de pagamento é realizado através do sistema de produção ambulatorial e hospitalar e que os valores são pagos somente após conta médica auditada pelo DATASUS.

Item 3.1.4 Providências em relação às obras do Complexo Ulysses Guimarães

Quanto a este item, a Direção do Hospital informou que a conclusão da 1ª etapa será em 09/2013 e o Complexo Ulysses Guimarães estará em pleno funcionamento em dezembro de 2014.

Item 3.1.5 Gestão da escala de trabalho dos médicos

A determinação refere-se à adoção de uma gestão adequada da escala de trabalho dos médicos cirurgiões, em relação à disponibilidade de horas das salas ativas e a demanda da fila de espera. O gestor informou que a meta é aumentar a produtividade das salas cirúrgicas e a avaliação mensal, com apresentação de relatório consolidado de produtividade, em dezembro de 2013.

Item 3.1.6 Redução da concentração de procedimentos de “pequeno porte e ASAI” no CCG e sua transferência para o CCA

O Hospital informou que a determinação será atendida por meio da compra de equipamentos cirúrgicos para o CCA até dezembro de 2014.

Item 3.1.7 Avaliação pré-anestésica de todos os pacientes

O Gestor informou que já foi atendida.

Item 3.1.8 Apresentação e execução de medidas para acelerar o atendimento dos pacientes da fila de espera

Foi informado que a sala cirúrgica 09, que se encontrava inativa no momento da auditoria, foi ativada e que a meta é ativar mais 04 salas cirúrgicas.

Item 3.1.9 Reavaliação da necessidade de contratar anestesistas

O Gestor informou que já foi atendida.

Item 3.1.10 Compra de equipamentos para a abertura da sala 09

O Gestor informou que já foi atendida.

b) Determinações/recomendações dirigidas ao Secretário Municipal de Saúde

Item 3.2.1 Criação de uma central de regulação

A Secretaria informou que em cento e oitenta dias será realizado o treinamento e a definição de sistema único de regulação e implantação do SISREGIII.

Item 3.2.2 Providências em relação ao registro do ponto de todos os servidores

A Secretaria informou que 100% dos servidores médicos já estão com controle de ponto, com software adequado, que estão instalados e em operação sistemas de monitoramento eletrônico nas áreas de entrada e saída do Hospital e por ultimo que estão em fase interna os processos licitatórios para aquisição de catracas eletrônicas e cancelas para controle de entrada e saída dos veículos. O prazo para o cumprimento da determinação é dezembro de 2013.

Item 3.2.3 Demonstração por meio de instrumentos de produtividade e controle de ponto dos valores recebidos pelos médicos

A Secretaria informou que a partir da edição da Lei Complementar nº 385 de 10 de maio de 2013, que concede Gratificação de produtividade por Desempenho Médico – GRAPDEM – aos médicos do Hospital São José (fls. 784 -6), foram criados critérios objetivos de aferição do desempenho dos servidores. Que o controle de pagamento é realizado através do sistema de produção ambulatorial e hospitalar e que os valores são pagos somente após conta médica auditada pelo DATASUS.

Item 3.2.4 Providências em relação às obras do Complexo Ulysses Guimarães

A Secretaria informou que a conclusão da 1ª etapa será em 09/2013 e que em dezembro de 2014, o Complexo Ulysses Guimarães estará em pleno funcionamento. Acrescentou que após a disponibilização de recursos será necessário um prazo mínimo de 180 dias para a elaboração das licitações sob a sua responsabilidade.

Item 3.2.5 Elaboração de Projeto de Lei para regulamentação do pagamento do pró-labore dos médicos

A Secretaria encaminhou a aprovação da Lei Complementar nº 385 de 10 de maio de 2013, que concede Gratificação de produtividade por Desempenho Médico – GRAPDEM – aos médicos do Hospital São José (fls. 784 a 786), o que

atende ao que foi constatado pelo corpo técnico, não sendo necessária sua inclusão da Determinação no Plano de Ação.

Item 3.2.6 Apresentação e execução de medidas para acelerar o atendimento dos pacientes da fila de espera

A Secretaria informou que esta providência está a cargo do Hospital em conjunto com a Secretaria e foi estabelecido que será atendido com a conclusão dos relatórios de higienização das filas e implantação do complexo regulador, em cento e oitenta dias.

Item 3.2.7 Providenciar a compra dos equipamentos necessários para a abertura da sala 09.

Informou que já foi atendido pelo Hospital

c) Determinações dirigidas ao Prefeito Municipal de Joinville

Item 3.3.1 Elaboração de Projeto de Lei para regulamentação do pagamento do pró-labore dos médicos

O Gestor informou que foi aprovada a Lei Complementar nº 385 de 10 de maio de 2013, que concede Gratificação de produtividade por Desempenho Médico – GRAPDEM – aos médicos do Hospital São José (fls. 784 a 786), o que atende ao que foi constatado pelo corpo técnico, não sendo necessária sua inclusão da Determinação no Plano de Ação.

d) Pedido de afastamento e a desconsideração de todas as restrições

Além das informações, documentos e justificativas os Procuradores do Município de Joinville solicitaram o afastamento e a desconsideração de todas as restrições apontadas no Relatório de Instrução Preliminar DAE nº 5/2013 (fls. 757-8).

Contudo, o afastamento das restrições somente ocorre com a comprovação do cumprimento da determinação ou recomendação, tal como no item 2.4 do Relatório de Instrução Preliminar nº 05/2013, que determinava a

elaboração de projeto de lei, atendido com a apresentação da Lei Complementar nº 385/2013.

Os demais itens, necessitam de uma análise detalhada da situação para verificar o seu cumprimento, fase essa denominada de monitoramento, nos termos do art. 9º da Resolução nº TC 079/2013.

3. CONCLUSÃO

Considerando que a auditoria operacional compreende o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e entidades da Administração Pública estadual e municipal, e sobre o resultado dos projetos realizados pela iniciativa privada sob delegação, ou mediante contrato de gestão ou congêneres, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia, efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade (Art. 1º da Resolução nº TC 079/2013);

Considerando que os Gestores, ao se manifestarem em relação à Audiência, apresentaram o Plano de Ação (fls. 759-76) com o estabelecimento de prazos para o cumprimento das determinações e recomendações (Art. 5º da Resolução nº TC 079/2013);

Considerando que o Plano de Ação apresentado foi analisado por esta Diretoria e, se aprovado, terá a natureza de um compromisso acordado entre o Tribunal Pleno e os gestores responsáveis pelo órgão ou entidade, servindo de base para acompanhamento do cumprimento das determinações e a implementação das recomendações, autuado em processo específico de monitoramento (Art. 6º da Resolução nº TC 079/2013).

Considerando que no monitoramento será verificado o cumprimento das determinações e a implementação das recomendações, a Diretoria de Atividades Especiais sugere à Exma. Sra. Relatora:

3.1. Conhecer do Relatório de Auditoria Operacional realizado 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;

3.2 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;

3.3 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. 8º, da Resolução nº TC 079/2013);

3.4 Determinar à Direção do Hospital Municipal São José de Joinville, 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; e:

3.4.1 Determinações:

3.4.1.1 Cadastrar 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 médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º, 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 (itens 2.1 e 2.2 deste relatório);

3.4.1.2 Adotar 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 deste relatório);

3.4.1.3 Reduzir a concentração da realização de procedimentos classificados como de “pequeno porte” e ASA I e II” no Centro Cirúrgico Geral transferindo a realização dos mesmos para o Centro Cirúrgico Ambulatoria 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 deste relatório);

3.4.1.4 Providenciar 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 nº 266/2008 do município de Joinville e art. 63 da Lei Federal nº 4.320/1964 (itens 2.3 e 2.4 deste relatório);

3.4.1.5 Demonstrar 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 nº 266/2008 do município de Joinville, LC nº 239/2007 do município de Joinville - Anexo I e art. 63 da Lei Federal nº 4.320/1964 (item 2.4 deste relatório);

3.4.1.6 Tomar 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 deste relatório).

3.4.2 Recomendações:

3.4.2.1 Fazer 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 deste relatório);

3.4.2.2 Apresentar e executar medidas para acelerar o atendimento dos pacientes aguardando em fila de espera (item 2.2 deste relatório);

3.4.2.3 Reavaliar a necessidade da contratação de anestesistas para que seja possível a abertura da sala cirúrgica desativada (item 2.6 deste relatório);

3.4.2.4 Providenciar a compra dos equipamentos necessários para abertura da sala 09 (item 2.6 deste relatório).

3.5 Determinar à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, 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; e:

3.5.1 Determinações:

3.5.1.1 Criar uma central de regulação de fila única para gestão da fila de espera por cirurgias, conforme estabelecem os artigos 7º, 8º, §1º, 9º, 10, §3º da Portaria GM/MS nº 1559, de 01/08/2008 (conforme item 2.2 deste relatório);

3.5.1.2 Providenciar 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 nº 266/2008 do município de Joinville e art. 63 da Lei Federal nº 4320/64 (itens 2.3 e 2.4 deste relatório);

3.5.1.3 Demonstrar 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 266/2008 do município de Joinville, LC nº 239/2007 do município de Joinville - Anexo I e art. 63 da Lei Federal nº 4.320/1964 (item 2.4 deste relatório);

3.5.1.4 Tomar 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 deste relatório).

3.5.2 Recomendações:

3.5.2.1 Apresentar e executar medidas para acelerar o atendimento dos pacientes aguardando em fila de espera (item 2.2 deste relatório);

3.5.2.2 Providenciar a compra dos equipamentos necessários para abertura da sala 09 (item 2.6 deste relatório).

3.6 Conhecer o cumprimento da determinação que legalizou o pagamento dos pró-labore dos médicos do HMSJ (Lei Complementar nº 385 de 10 de maio de 2013 – fls. 784-6), de forma a atender os inc. X e XI do art.37 da Constituição Federal de 1988 (item 3.3.1 do Relatório de Instrução nº DAE 5/2013).

3.7 Determinar à DAE o monitoramento da implementação das medidas propostas, nos termos do art. 10, §1º, da Resolução nº TC 079/2013);

3.8 Determinar à Secretaria Geral que autue Processo de Monitoramento – PMO quando do recebimento do primeiro Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação, nos termos da Portaria N. TC-638/2007, com o apensamento do Processo RLA 12/00531105;

3.9 Dar ciência desta Decisão, do Relatório e do Voto da Relatora que a fundamenta ao Prefeito Municipal de Joinville, à Secretaria Municipal da Saúde de Joinville, à Direção do Hospital Municipal de São José de Joinville, a Câmara Municipal de Vereadores de Joinville e ao Ministério Público Estadual de Joinville.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 13 de agosto de 2013.

MONIQUE PORTELLA WILDI HOSTERNO
AUDITOR FISCAL DE CONTROLE EXTERNO

De acordo:

MARCIA ROBERTA GRACIOSA
CHEFE DA DIVISÃO

CELIO MACIEL MACHADO
COORDENADOR

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração da Exma. Sra. Relatora Sabrina Nunes Locken, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

ROBERTO SILVEIRA FLEISCHMANN
DIRETOR

APÊNDICES

DOE n. 1343 de 29/10/2013 – Decisão nº 4086/2013

HMSJ

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

6. Decisão n.: 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. 1º, da Lei Complementar n. 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. 8º, da Resolução n. 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 a implementação das recomendações;
- 6.4.2. que cadastre 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 médicos, desde que formalmente justificados, de forma a respeitar os princípios constitucionais que garantem a equidade no acesso às ações de saúde, como direito de todo cidadão e dever do Estado, conforme arts. 6º, 196 e 198, da Constituição Federal (itens 2.1 e 2.2, do Relatório de Reinstrução DAE n. 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 dos mesmos para o Centro Cirúrgico Ambulatória 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 art. 48, da Lei Complementar n. 266/2008 do município de Joinville e art. 63, da Lei Federal n. 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. 266/2008 do município de Joinville, LC n. 239/2007 do município de Joinville - Anexo I e art. 63, da Lei Federal n. 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 7º, 8º, §1º, 9º, 10, §3º, da Portaria GM/MS n. 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 conforme o art. 48, da Lei Complementar n. 266/2008 do município de Joinville e art. 63, da Lei Federal n. 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 que os valores percebidos pelos médicos são correlatos ao cumprimento da jornada de trabalho, art. 48, da Lei Complementar 266/2008 do município de Joinville, LC n. 239/2007 do município de Joinville - Anexo I e art. 63, da Lei Federal n. 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. 385 de 10 de maio de 2013 – fls. 784-6), 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. 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, §1º, da Resolução n. TC-079/2013);
- 6.10. Determinar à Secretaria Geral deste Tribunal que autue Processo de Monitoramento – PMO quando do recebimento do primeiro Relatório Parcial de Acompanhamento do Plano de Ação, nos termos da Portaria n. TC-638/2007, com o apensamento do Processo n. 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 de Joinville.

7. Ata n.: 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. 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. 202/2000)

Fui presente: ADERSON FLORES

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