

Processo:	RLA-10/00758602
Unidade Gestora:	Secretaria de Estado da Saúde
Responsáveis:	Ana Maria Groff Jansen, Dalmo Claro de Oliveira, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e Roberto Eduardo Hess de Souza
Interessado:	Dalmo Claro de Oliveira
Assunto:	Auditoria Operacional no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt HRHDS, de Joinville.
Relatório de Instrução:	DAE - 7/2011

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt HRHDS, de Joinville.

Com base no Plano de Ação do Controle Externo, a Programação de Fiscalização deste Tribunal de Contas definiu como um dos Temas de Maior Relevância (TMR) a área da saúde, para a sua fiscalização no ano de 2010.

Objetivando a realização de uma auditoria operacional nessa área, realizou-se um estudo preliminar sobre a saúde e os hospitais do Estado, que resultou na seleção do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), localizado no Município de Joinville, para ser a unidade fiscalizada.

Das informações levantadas e das técnicas aplicadas, o planejamento da auditoria apontou que os estudos deveriam estar relacionados a três temas: leitos, exames e salas cirúrgicas, que resultaram em três questões de auditoria, com o objetivo principal de verificar se o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt utiliza plenamente sua capacidade instalada para internação e realização de exames e

cirurgias. Tudo com o intuito de identificar oportunidades de melhorias dos serviços prestados pelo Hospital.

Este relatório, após a presente introdução, apresenta no mesmo capítulo uma visão geral do auditado; destacando aspectos gerais do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), indicadores relativos a número de atendimentos, número de leitos, a visão geral da auditoria, com destaque ao objetivo geral, as questões da auditoria e a metodologia empregada.

No capítulo 2 são apresentados os resultados da auditoria operacional, em que se relatam as situações encontradas, suas evidências, suas causas, seus efeitos, as determinações ou recomendações sugeridas e os benefícios esperados, conforme definidos na matriz de achados. Apresentam-se, ainda, neste capítulo as boas práticas verificadas neste Hospital e a análise dos comentários oferecidos pelos gestores à versão preliminar da matriz de achados.

Por fim, no Capítulo 3 está a conclusão, em que constam as sugestões de determinações e recomendações ao gestor com vistas à melhoria de desempenho dos serviços prestados pelo Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, a serem submetidas ao Relator do processo.

1.1 VISÃO GERAL DO AUDITADO

A auditoria operacional objeto do processo RLA 10/00758602 foi realizada no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) por se tratar do maior hospital público estadual com atendimento realizado exclusivamente via Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Joinville, maior cidade de Santa Catarina.

Além dos pontos tomados como base para escolha do hospital, também foi levado em consideração o fato de o HRHDS ser referência nas áreas de neurocirurgia, gastroplastia, cirurgia labiopalatal, urgência e emergência, cirurgia cardíaca e cardiologia intervencionista¹.

¹ Informações retiradas do documento “Fluxo de Referência dos Serviços de Alta Complexidade Hospitalar” da Secretaria do Estado da Saúde, aprovado na CIB em 30/07/2004 e site do governo do Estado de Santa Catarina, segundo informação do “Jusbrasil em 28/08/2010”.

O HRHDS foi inaugurado em 15 de março de 1984, com 22.400 metros quadrados de área construída. Para gerir o hospital foi criada a Fundação Hospitalar de Joinville, porém, por problemas financeiros, em 1989 a administração foi passada à Prefeitura, com a folha de pagamento assumida pelo Governo Estadual. Em abril de 1999, o gerenciamento volta a ser do Estado e atualmente, o HRHDS está administrativamente vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

O HRHDS tem como missão "prestar assistência à saúde da população através de ensino, tecnologia e qualidade com equipes comprometidas e capacitadas" e como visão "ser um Hospital de referência estadual em serviços de alta complexidade e especialidades, ensino e pesquisa". Tanto a missão quanto a visão auxiliaram na escolha desta auditoria, tendo a certeza de que este TCE/SC estará contribuindo para o alcance e continuidade dos objetivos traçados pelo HRHDS.

O HRHDS possui uma estrutura organizacional hierarquizada, própria de uma instituição de seu porte, o que pode ser visualizado no organograma (Anexo A).

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

Quadro 01: Especialidades Médicas do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

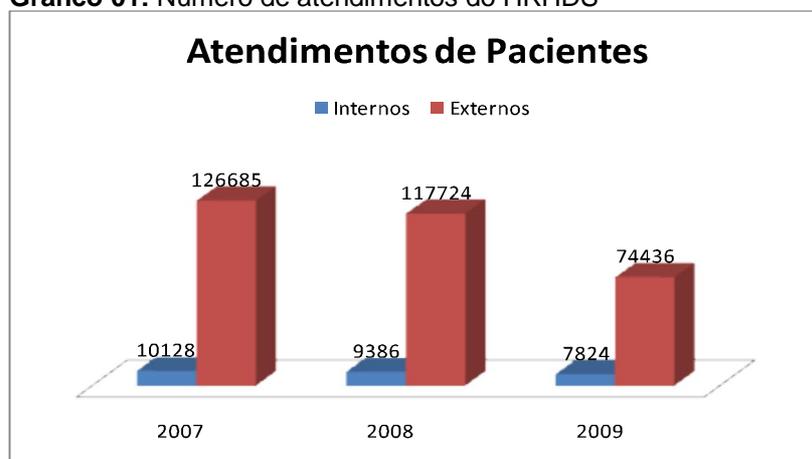
Especialidades Cirúrgicas	
Cirurgia Bariátrica	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Torácica	Cirurgia Plástica
Cirurgia Cardiovascular	Urologia
Cirurgia Geral	Proctologia
Cirurgia Buco Maxilo Facial	Transplante Renal
Cirurgia Pediátrica	Cirurgia de Vasectomia
Cirurgia Oftalmológica	Cirurgia Vasculuar

Especialidades Clínicas	
Urologia	Cardiologia Adulto e Infantil
Gastroenterologia Adulto	Pneumologia Adulto e Infantil
Gastroenterologia Infantil	Anestesiologia
Buco Maxilo Facial	Psiquiatria
Especialidades Clínicas	
Cirurgia Ginecológica	Infectologia
Serviços de Apoio	
Agência Transfusional	Laboratório de Análises Clínicas
Endoscopia	Tomografia
Farmácia	Hemodinâmica
Radiologia	Hemodiálise
Nutrição e Dietética	CME
Serviço Social	Psicologia
Eletrocardiograma/Teste Ergométrico	Terapia Ocupacional
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Fisioterapia

Fonte: <http://www.saude.sc.gov.br/HRHDS/especialidades.html>, acesso em 03/08/2010

Com base nos indicadores do HRHDS, foram prestados 136.813 atendimentos à população em geral em 2007. Este número passou para 127.110 em 2008 e 82.260 atendimentos em 2009, conforme exposto no Gráfico 01:

Gráfico 01: Número de atendimentos do HRHDS

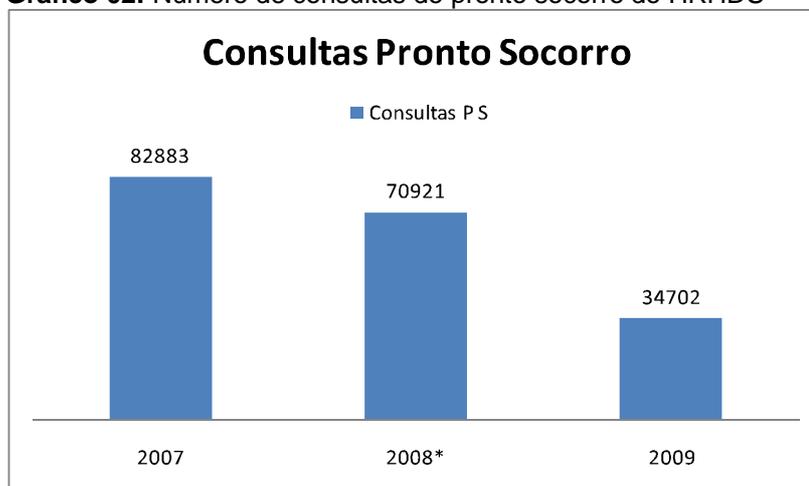


Fonte: Indicadores Hospitalares do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt dos anos de 2007, 2008 e 2009

Comparando os indicadores de 2007 a 2009, é possível constatar que houve um decréscimo no número total de atendimentos do Hospital. Isto pode ser atribuído, em parte, à transferência dos atendimentos infantis para outro hospital da região em dezembro de 2008. Além disso, o Hospital implantou em junho de 2008 a ferramenta nacional de humanização² com classificação de risco (emergência porta fechada), em que os pacientes passam primeiramente por uma triagem que vai definir a prioridade do atendimento³ e inibir a procura da emergência por pacientes não graves. Por fim, nos estudos foi detectado o aumento do tempo de internação, já que o hospital atende muitos pacientes idosos e doentes crônicos, acarretando também no declínio do número de atendimentos.

Com base nos indicadores do Hospital, percebe-se que o número das consultas de pronto socorro, que representavam a maior parte dos atendimentos em 2007 e 2008, caiu muito desde a implantação do atendimento na emergência com classificação de risco. Esta redução pode ser mais bem visualizada no Gráfico 02.

Gráfico 02: Número de consultas do pronto socorro do HRHDS



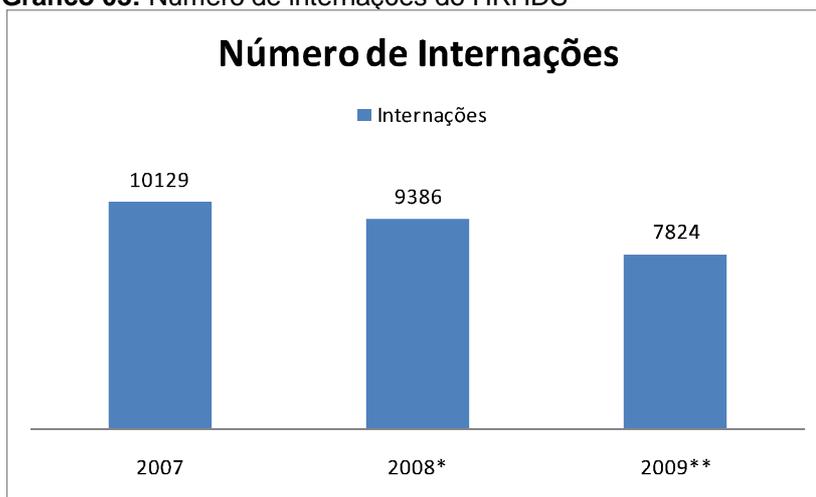
Fonte: Indicadores Hospitalares do HRHDS Schmidt de 2007, 2008 e 2009 (* Transferência atendimento inf.)

A diminuição no atendimento do Pronto Socorro também impacta no número de internações gerais, que vem reduzindo com o passar dos anos, como demonstra o Gráfico 03.

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

³ Informações contidas no Ofício nº. 111/2010 do HRHDS.

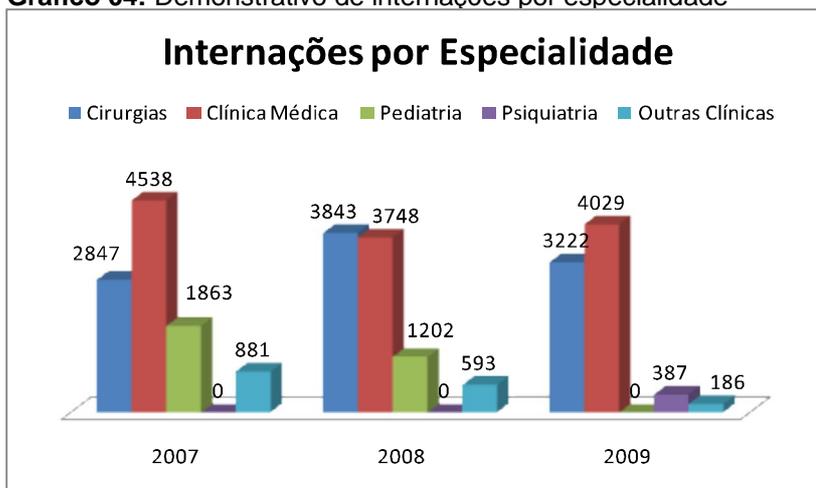
Gráfico 03: Número de internações do HRHDS



Fonte: Indicadores Hospitalares do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de 2007, 2008 e 2009

No Gráfico 04 foi feito um desmembramento por especialidade do número de internações citado no Gráfico anterior.

Gráfico 04: Demonstrativo de internações por especialidade



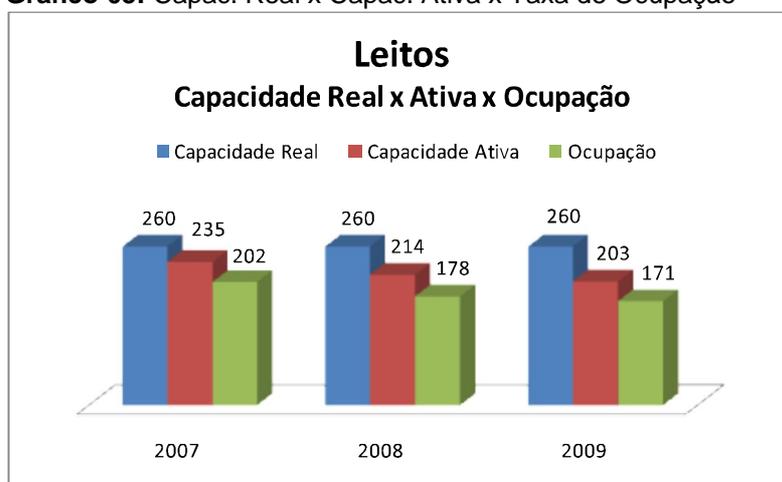
Fonte: Indicadores Hospitalares do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de 2007, 2008 e 2009

Outro ponto relacionado ao declínio no número de internações em 2008 e 2009 foi o fechamento da ala psiquiátrica em maio de 2008 para reforma. Esta ala foi reaberta em abril de 2009, tendo sido investidos R\$ 985.926,84 pelo Governo do Estado, através das Secretarias de Estado da Saúde e de Desenvolvimento Regional (SDR) 23, para a reforma e adequação de 1.023 metros quadrados da referida ala⁴.

⁴ Dados extraídos do endereço <http://www.jusbrasil.com.br/politica/2061068/hospital-regional-em-joinville-vai-ganhar-nova-ala-psiquiatrica-totalmente-reformada-esta-semana>, acesso em 26/07/2010.

Segundo os indicadores repassados pelo HRHDS, sua capacidade de internação é de 260 leitos, número que diverge do cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) onde constam 257 leitos, no entanto sua capacidade ativa, que representa os leitos aptos à internação, vem caindo desde 2007. A diferença entre o número de leitos ativos e sua capacidade real (número de leitos existentes) chegou a 22% em 2009. No Gráfico 05 esta questão pode ser mais bem visualizada.

Gráfico 05: Capac. Real x Capac. Ativa x Taxa de Ocupação



Fonte: Indicadores Hospitalares do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de 2007, 2008 e 2009

O motivo principal do decréscimo do número de leitos ativos é a falta de pessoal, o que foi comprovado através dos estudos feitos, que serão demonstrados adiante, neste mesmo relatório.

VISÃO GERAL DA AUDITORIA

OBJETIVO GERAL

Verificar se o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt utiliza plenamente sua capacidade instalada para internação e realização de exames e cirurgias.

QUESTÕES DE AUDITORIA

Para atingir o objetivo geral desta auditoria operacional foram elaboradas três questões:

- 1ª – O HRHDS tem necessidade e capacidade física e de pessoal para ativação das quatro salas cirúrgicas desativadas?
- 2ª - Em que medida a carência de pessoal influencia na subutilização da capacidade real de leitos do HRHDS?
- 3ª - Os equipamentos para realização de exames estão sendo utilizados em sua capacidade plena, de forma a atender a demanda por esses serviços?

METODOLOGIA UTILIZADA

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

A visita de estudo ao HRHDS 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 SWOT⁵ e Diagrama de Verificação de Risco (DVR) para selecionar e definir os temas que mereciam melhorias, explorados nesta auditoria.

Com as informações levantadas e os temas definidos elaborou-se a matriz de planejamento (fls. 47 a 55) que embasou a execução dos trabalhos.

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

⁵SWOT - 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 metodologia utilizada para a coleta de dados na execução da auditoria compreendeu: solicitação de documentos, verificação de documentos *in loco*, aplicação de *check-list*, inspeção física, observação direta, registro fotográfico, acompanhamento dos serviços prestados no hospital, entrevistas com funcionários e população, que se utiliza dos serviços do hospital. Como procedimentos para análise dos dados coletados foram utilizados análises documentais comparativas, qualitativas e quantitativas.

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

2. ANÁLISE

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

Os achados evidenciaram a ociosidade das salas cirúrgicas, a falta de profissionais de enfermagem nos setores de internação e de profissionais para a realização de exames, como Ultrassom, Ecocardiograma com Doppler, Holter, Raio-X Contrastado e Teste Ergométrico.

2.1. Achados de Auditoria

2.1.1 Salas cirúrgicas fechadas

O centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt possui oito salas cirúrgicas. Dessas, apenas quatro estavam ativas em novembro de 2010. A direção do hospital informou, em entrevista realizada em 1º de setembro de 2010, que as salas estavam inativas por falta de equipamentos, como carrinho de anestesia, mesa e foco cirúrgico, bem como por falta de profissionais e de leitos cirúrgicos para internação dos pacientes.

A manutenção de salas fechadas acarreta na ociosidade de equipamentos, conforme constatado e relacionado na execução *in loco* (Apêndice 01 – PT 02), e no mau aproveitamento do espaço físico, além do aumento no tempo de espera pelos pacientes para a realização das cirurgias.

Figura 1: Equipamentos ociosos no centro cirúrgico



Fonte: TCE/SC

Segundo normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, através da Resolução RDC nº 50/2002, a unidade de saúde deve dispor para cada sala cirúrgica de 15 leitos cirúrgicos para internação.

O HRHDS possuía 67 leitos cirúrgicos em novembro de 2010, conforme contagem realizada pela equipe de auditoria, sendo 17 para internação de pacientes que passaram por cirurgia cardíaca, dois para cirurgia bariátrica e 38 para as demais

cirurgias. Com este número de leitos cirúrgicos o hospital pode operar com 4,47 salas cirúrgicas. Sendo assim, conclui-se que naquele momento não era possível a abertura de nenhuma das quatro salas desativadas.

Em contrapartida, com a abertura da nova ala de infectologia que estava em reforma, outros 24 leitos serão abertos, totalizando 91 leitos cirúrgicos, o que permitirá o funcionamento de seis salas cirúrgicas.

Porém, antes de concluir pela abertura de novas salas, buscou-se verificar o tempo de ocupação das quatro salas ativas.

Para isso, foram analisadas as relações das cirurgias realizadas no período de janeiro a setembro de 2010, considerando-se apenas o tempo de uso para cirurgias eletivas, que compreende o horário das 07:00 às 19:00 h dos dias úteis.

Considerando que o período teve 188 dias úteis, chega-se ao número de 9024 horas disponíveis para cirurgias eletivas (188 dias úteis x 4 salas cirúrgicas x 12 horas/dia).

O boletim das cirurgias realizadas nestes mesmos dias e horários revelou que o tempo de uso das salas ativas, somou aproximadamente 6320 horas, já prevendo o tempo de higienização das salas cirúrgicas, que foi informado pelo HRHDS, de 40 minutos. As cópias dos boletins das cirurgias analisados estão arquivadas nas dependências do TCE-SC e assim ficarão pelo período de cinco anos em razão da necessidade de se manter o sigilo das informações contidas nos prontuários médicos.

Pela diferença, constata-se que as salas ficaram ociosas por aproximadamente 2704 horas, o que corresponde a 30% do tempo total disponível do centro cirúrgico. Em contrapartida, há pacientes aguardando por cirurgias, conforme especificado no item 2.1.5.2 deste relatório.

Tomando-se como exemplo o tempo de ociosidade apenas da sala 8, destinada a cirurgias cardíacas, que somou 957 horas de janeiro a setembro (aproximadamente 44% do tempo total da sala) de tempo ocioso e levando em consideração que o tempo médio de cirurgia cardíaca é de quatro horas, conforme informado no Ofício 200/2010 (fl. 150), deixou-se de realizar 239 cirurgias no período, o que possibilitaria atender a toda fila de espera deste Hospital, que em novembro/2010 era de 84 pacientes e a espera era em média de 343 dias.

A realidade comprova, então, que em novembro/2010 não havia necessidade de abertura de novas salas, em decorrência da falta de leitos cirúrgicos e da ociosidade das salas em funcionamento. E ainda, com a conclusão da reforma da infectologia e reabertura dos 24 leitos, será possível a ativação de mais duas salas cirúrgicas.

Com isso, duas salas cirúrgicas não poderão ser abertas e, portanto, esse espaço físico poderia ser utilizado para outra finalidade. Da mesma forma, os equipamentos ociosos lá encontrados podem não ter utilidade para o HRHDS, permitindo sua realocação e utilização por outras unidades de saúde do Estado.

Diante do exposto, **recomenda-se** à Secretaria de Estado da Saúde:

- Abrir duas salas cirúrgicas e readequar o espaço físico ocioso do centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.
- Reavaliar a necessidade dos equipamentos subutilizados, ou sem uso no centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e realocar os equipamentos ociosos para outras unidades hospitalares do Estado.

2.1.2 Salas cirúrgicas ativas com tempo ocioso

Como já mencionado anteriormente neste relatório, o HRHDS possui oito salas cirúrgicas, quatro ativas e quatro inativas. Para obtenção deste achado, focou-se exclusivamente na utilização das salas ativas, por ter ficado evidente, com a análise dos boletins de cirurgias realizadas e observação direta e estudos a não

utilização destas salas na íntegra, mesmo com a existência de pacientes em fila de espera aguardando a realização de cirurgias.

Detectou-se que não há o número de profissionais suficiente para a utilização total das salas. Para chegar a esta conclusão foi considerado o horário para realização de cirurgias eletivas (07h00min às 19h00min de segunda a sexta) das quatro salas ativas, chegando-se a 60 horas por sala/por semana; para as quatro salas são 240 horas semanais de centro cirúrgico.

Sabe-se ainda que a necessidade de profissionais por sala cirúrgica varia de acordo com a especialidade da cirurgia que será realizada e também da complexidade da mesma. Não se encontrou na bibliografia específica indicação do número de profissionais necessários na sala cirúrgica, por este motivo foi adotado como critério os quantitativos passados pelo HRHDS no Ofício 200, de 18 de novembro de 2010 (fl.151):

- Cirurgia Cardíaca e Bariátrica: dois médicos cirurgiões, um anestesista e dois técnicos de enfermagem.
- Cirurgia Geral e outras especialidades: um médico cirurgião, um anestesista e dois técnicos de enfermagem.

Tendo o horário de funcionamento do centro cirúrgico e o número de profissionais necessários para a realização das cirurgias, foi calculada a necessidade de pessoal para atender todas as salas, conforme agenda deste setor encaminhada pelo HRHDS por meio do Ofício 200/2010 (fl.153).

Para o **cálculo dos médicos** inicialmente verificou-se as horas da agenda por especialidade e a necessidade de médicos por tipo de cirurgias, chegando-se assim às horas totais por especialidade no centro cirúrgico, conforme especificado no Quadro 02:

Quadro 02: horas totais para realização de cirurgias no Centro Cirúrgico do HRHDS

Especialidade Cirúrgica	Horas Totais conforme agenda do Centro Cirúrgico (ao mês)
Geral	192
Cardíaca	192
Bariátrica	48
Lábio-palatal	120
Plástica	48
Urológica	96
Ginecológica	144
Vascular	48
Proctológica	24
Cabeça e pescoço	24
Total	936

Fonte: TCE/SC

Atualmente no centro cirúrgico do HRHDS há médicos prestando 548 horas/mês de serviços, distribuídas por especialidades, disposto no Quadro 03, conforme informação constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (Cnes).

Quadro 03: Horas médicas prestadas no Centro Cirúrgico do HRHDS

Especialidade Cirúrgica	Horas Trabalhadas (ao mês)
Geral	180
Cardíaca	160
Bariátrica	40
Lábiopalatal *	-
Plástica	32
Urológica	68
Ginecológica *	-
Vascular	40
Proctológica	20
Cabeça e pescoço	8
Carência de Horas Médicas no Centro Cirúrgico (ao mês)	548

* Não é possível calcular as horas trabalhadas destes médicos por não serem funcionários do HRHDS, apenas utilizam o centro cirúrgico com base em convênio firmado com o município de Joinville.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) / Ministério da Saúde (MS), dezembro de 2010.

Com base nos Quadros 02 e 03, conclui-se que há falta de médicos cirurgiões no HRHDS, tendo como base os horários dispostos na agenda do Centro Cirúrgico, conforme Quadro 04 e Gráfico 06:

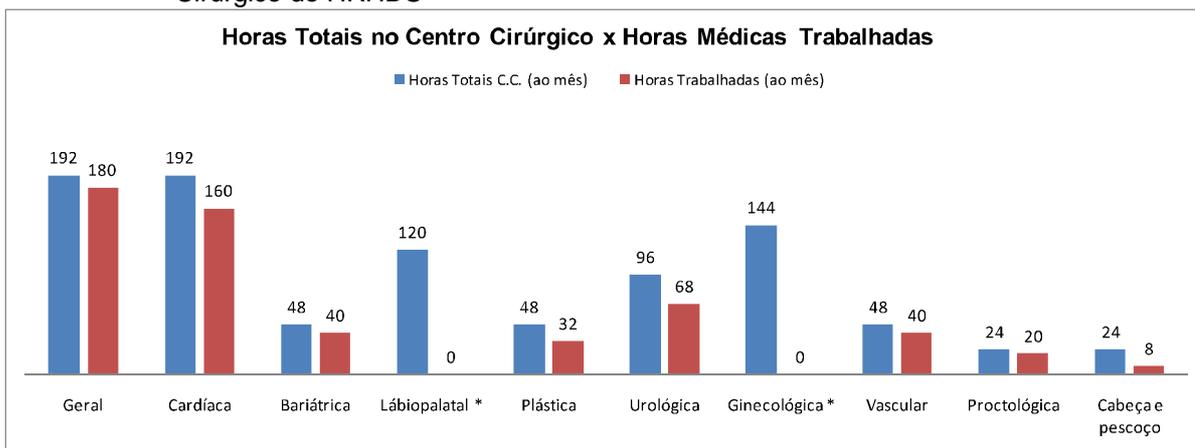
Quadro 04: Carência de horas-médicas no centro cirúrgico do HRHDS

Especialidade Cirúrgica	Carência de horas (ao mês)
Geral	12
Cardíaca	32
Bariátrica	8
Lábiopalatal *	-
Plástica	16
Urológica	28
Ginecológica *	-
Vascular	8
Proctológica	4
Cabeça e pescoço	16
Carência de Horas Médicas no Centro Cirúrgico (ao mês)	124

* Não é possível calcular as horas trabalhadas destes médicos por não serem funcionários do HRHDS, apenas utilizam o centro cirúrgico com base em convênio firmado com o município de Joinville.

Fonte: TCE/SC

Gráfico 06: Demonstrativo de horas médicas disponíveis x horas médicas trabalhadas no Centro Cirúrgico do HRHDS



Fonte: TCE/SC

Analisando o Gráfico 06 fica evidente a falta de profissionais médicos por especialidade, para o funcionamento do centro cirúrgico em sua totalidade. É importante salientar, que não é possível dimensionar as horas trabalhadas dos médicos, que realizam cirurgias labiopalatal e ginecológica, visto que estes são profissionais de outros hospitais públicos da região e realizam apenas cirurgias no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

Para mensurar a necessidade de **profissionais de enfermagem** foi levado em consideração o horário de funcionamento das quatro salas cirúrgicas (das 07h00min às 19h00min de segunda a sexta), levando em consideração que estes

profissionais trabalham em regime de escala (12 horas trabalhadas x 60 horas de repouso) que, conforme informado no Ofício 200/2010 (fl. 150) são necessários dois técnicos de enfermagem, para acompanhar as cirurgias, prevendo também o Índice de Segurança Técnica (IST) de 15% recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio de sua Resolução Cofen Nº 293/2004, chegando então ao número de 27 profissionais, conforme distribuição feita no Quadro 05.

Atualmente há 24 técnicos de enfermagem lotados no centro cirúrgico trabalhando das 07h00min às 19h00min, portanto há necessidade de mais três técnicos de enfermagem para suprir a carga horária das quatro salas cirúrgicas.

Os técnicos de enfermagem do centro cirúrgico não estão realizando o regime de escala (12 horas trabalhadas x 60 horas de repouso). O horário de trabalho é de 30 horas semanais, sendo seis horas por dia (de segunda a sexta). No entanto com este regime de horário de trabalho, faz-se necessária a utilização de hora-plantão para completar a escala de fim de semana. Percebe-se que nesse caso, a hora-plantão é utilizada para suprir a falta de pessoal, o que representa para o Estado um custo adicional de 50%, quando tomada como base a hora de trabalho normal, conforme demonstrado a seguir:

Hora de trabalho = (salário base/ Nº horas contratadas ao mês)

Hora-plantão = hora de trabalho + (hora de trabalho x 50%)

É importante salientar que 21% das horas trabalhadas ao mês dos profissionais de enfermagem no centro cirúrgico são por meio de hora-plantão (Apêndice 02 – PT 15), o que comprova a necessidade de pessoal. Este excesso de trabalho pode acarretar diminuição na qualidade do serviço prestado, e ainda o afastamento dos colaboradores por motivos de saúde, fato este que foi demonstrado nas entrevistas como grande preocupação por parte dos gestores.

Quadro 05: Necessidade de técnicos de enfermagem para o centro cirúrgico

Distribuição de Técnicos de Enfermagem para atender as salas cirúrgicas ativas							
Semana / Dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Semana 1	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25
Semana 2	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26
Semana 3	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27
Semana 4	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25	T2 / T5 / T8 / T11 / T14 / T17 / T20 / T23 / T26	T3 / T6 / T9 / T12 / T15 / T18 / T21 / T24 / T27	T1 / T4 / T7 / T10 / T13 / T16 / T19 / T22 / T25

Fonte: TCE/SC

Legenda Quadro 05:

T1 – Técnico 01	T6 - Técnico 06	T11 – Técnico 11	T16 – Técnico 16	T21 – Técnico 21	T26 – Técnico 26
T2 – Técnico 02	T7 – Técnico 07	T12 – Técnico 12	T17 – Técnico 17	T22 – Técnico 22	T27 – Técnico 27
T3 – Técnico 03	T8 – Técnico 08	T13 – Técnico 13	T18 – Técnico 18	T23 – Técnico 23	
T4 – Técnico 04	T9 – Técnico 09	T14 – Técnico 14	T19 – Técnico 19	T24 – Técnico 24	
T5 – Técnico 05	T10 – Técnico 10	T15 – Técnico 15	T20 – Técnico 20	T25 – Técnico 25	

Isto posto, **recomenda-se** à Secretaria de Estado da Saúde que providencie a contratação de profissionais médicos para cumprir a agenda do centro cirúrgico e realoque técnicos de enfermagem excedentes nos setores (após contratação de enfermeiros) para atuar no centro cirúrgico do HRHDS, a fim de atender a demanda reprimida das salas cirúrgicas no horário de realização das cirurgias eletivas.

Com isso, será possível reduzir o tempo ocioso das quatro salas cirúrgicas ativas, o tempo de espera para as cirurgias, bem como otimizar o aproveitamento das salas cirúrgicas em funcionamento, reduzir a ociosidade dos leitos cirúrgicos e reduzir os custos adicionais de 50% da hora-plantão.

2.1.3 Quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem para atendimento dos pacientes internados

Os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, nas unidades de saúde são estabelecidos através da Resolução Cofen Nº 293/2004. Esta padronização baseia-se no nível de cuidado que necessita cada paciente e podem sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com a realidade epidemiológica e financeira. Os pacientes internados podem ser classificados da seguinte forma:

- Pacientes que necessitam de assistência mínima;
- Pacientes que necessitam de assistência intermediária;
- Pacientes que necessitam de assistência semi-intensiva;
- Pacientes que necessitam de assistência intensiva.

Para cada nível de cuidado há um cálculo específico que norteará, com base no número de leitos existentes, a determinação da necessidade de profissionais de enfermagem, que deverão prestar serviço na unidade de saúde. Tais cálculos foram aplicados no HRHDS, a fim de detectar se a quantidade de profissionais de enfermagem nos setores de internação, informadas em novembro de 2010, pelo hospital atendem à normatização do Cofen.

O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt possui 260 leitos de internação, sendo que desses, em novembro, 59 estavam inativos, 27% deles por falta de pessoal, conforme informação do Hospital e cálculos realizados, especificado no Quadro 06:

Quadro 06: Demonstrativo dos leitos existentes x leitos inativos

LEITOS GERAIS			
Leitos Gerais Existentes		Leitos Gerais Inativos	
Setor	Visita Nov/2010	Visita Nov/2010	Motivo da Inatividade
A - Clínicos Graves	40	3	1 leito sem cama recolocada 2 leitos inativos por motivo de necessidade isolamento do outro leito do quarto
B - Clínicos	46	9	2 leitos sem estrutura física adequada 6 leitos inativos por falta de pessoal 1 leito inativo por necessidade de isolamento do paciente da infectologia
C - Infecto	24	12	necessidade de isolamento pacientes da infectologia
D - Psiquiatria	30	8	falta de pessoal (em novembro havia 18 pacientes internados)
E - Infectologia	14	14	reforma (leitos reabertos em dezembro de 2010)
G - Cirúrgicos	48	10	2 falta de pessoal 8 necessidade de isolamento pacientes da infectologia
O - Clínicos e Cirúrgicos	38	3	1 leito inativo por motivo de necessidade isolamento do outro leito do quarto 1 leito bariátrico em manutenção 1 leito bariátrico sem mobiliário
UTI	20	0	não há leitos inativos
Total	260	59	

Fonte: TCE/SC

Os leitos inativos, descritos no Quadro 06, por outros motivos, diferentes de falta de pessoal, não foram abordados neste Relatório, visto que as medidas para reativá-los já estavam sendo adotadas em novembro de 2010.

Em posse das informações citadas neste item e considerando que os profissionais de enfermagem trabalham em regime de 12 horas trabalhadas por 60 horas de descanso, é possível mensurar a necessidade de pessoal de enfermagem. Para efeito de cálculo, conforme previsto na Resolução Cofen Nº 293/2004, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por paciente na assistência mínima, sendo entre 33% e 37% enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;

- 5,6 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência intermediária, sendo entre 33% e 37% enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;
- 9,4 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência semi-intensiva, sendo 42% a 46% enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;
- 17,9 horas de Enfermagem, por paciente, na assistência intensiva, sendo 52% a 56% enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

Ao número de profissionais deverá ser acrescido um Índice de Segurança Técnica - IST não inferior a 15% do total de profissionais, necessários para atendimento nos setores em períodos contingenciais como nos afastamentos temporários (férias, atestados médicos, licenças, etc).

Desta forma, aplica-se primeiramente a fórmula para cálculo da “Constante de Marinho (K_M)”, que prevê os dias da semana divididos pela jornada semanal de trabalho, resultado que se multiplica ao IST:

$$K_M = \frac{DS}{JST} \times IST$$

KM = Constante de Marinho

JST = Jornada semanal de trabalho

DS = Dia da semana

IST = Índice de segurança técnica

Depois de calculada a Constante de Marinho, pode-se dimensionar a quantidade de profissionais necessários, multiplicando-se a Constante de Marinho ao total de horas de enfermagem necessárias, para atender aos pacientes de acordo com o nível de cuidado que necessitam, conforme fórmula a seguir:

$$QP = K_M \times THE$$

QP = Quantidade de profissionais necessários

KM = Constante de Marinho

THE = Total de horas de enfermagem por nível de cuidado.

A resolução Cofen, base para os cálculos de quantidade de profissionais, diz ainda que o número de leitos por tipo de cuidado é obtido pela média aritmética de uma série histórica de ocupação dos leitos, colhida diariamente, num período entre quatro e seis meses. Para esta auditoria considerou-se a estimativa repassada em entrevista pela responsável pelo setor de internações, conforme Quadro 07.

Quadro 07: Demonstrativo de leitos por tipo de cuidado

LEITOS GERAIS POR NÍVEL DE CUIDADO				
Tipo de Leito	INTENSIVO	SEMI-INTENSIVO	MÉDIO-CUIDADO	AUTO-CUIDADO
A - Clínicos Graves		10%	85%	5%
B - Clínicos		10%	85%	5%
C - Infectologia		40%	40%	20%
D - Psiquiatria			1%	99%
E - Infectologia		40%	40%	20%
G - Cirúrgicos		20%	20%	60%
O - Clínicos e Cirúrgicos		2%	49%	49%
UTI	100%			
Pronto Socorro	50%	50%		

Fonte: TCE/SC

Colocando em prática todo o cálculo exposto anteriormente e tomando como base os percentuais citados no quadro acima, chegamos ao resultado demonstrado no Quadro 08.

Quadro 08: Demonstrativo da necessidade de pessoal de enfermagem nos setores de internação do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

GERAL					NECESSIDADE		REAL		DIFERENÇA	
Setor	Qtd Leitos	Tipo de Cuidado	%	Nº Leitos por Tipo de Cuidado	Número de Profissionais Téc (Cofen)	Número de Profissionais Enf. (Cofen)	Número de Profissionais Téc (HRHDS)	Número de Profissionais Enf. (HRHDS)	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros
A	40	Auto-cuidado	5%	2	1	1	38	1	0	0
		Médio-cuidado	85%	34	32	19			0	0
		Semi-intensivo	10%	4	6	4			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total A		100%	40	39	24	38	1	-1	-23	
B	46	Auto-cuidado	5%	2,3	2	1	36	2	0	0
		Médio-cuidado	85%	39,1	37	22			0	0
		Semi-intensivo	10%	4,6	6	5			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total B		100%	46	45	28	36	2	-9	-26	
C	24	Auto-cuidado	20%	4,8	3	2	36	2	0	0
		Médio-cuidado	40%	9,6	9	5			0	0
		Semi-intensivo	40%	9,6	14	11			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total C		100%	24	26	18	36	2	+10	-16	
D	30	Auto-cuidado	99%	29,7	20	10	15	1	0	0
		Médio-cuidado	1%	0,3	0	0			0	0
		Semi-intensivo	0%	0	0	0			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total D		100%	30,0	21	10	15	1	-6	-9	

GERAL				NECESSIDADE		REAL		DIFERENÇA		
Setor	Qtd Leitos	Tipo de Cuidado	%	Nº Leitos por Tipo de Cuidado	Número de Profissionais Téc (Cofen)	Número de Profissionais Enf. (Confen)	Número de Profissionais Téc (HRHDS)	Número de Profissionais Enf. (HRHDS)	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros
E	14	Auto-cuidado	20%	2,8	2	1	14	1	0	0
		Médio-cuidado	40%	5,6	5	3			0	0
		Semi-intensivo	40%	5,6	8	6			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total E		100%	14	15	10	14	1	-1	-9	
G	48	Auto-cuidado	60%	28,8	20	10	41	0	0	0
		Médio-cuidado	20%	9,6	9	5			0	0
		Semi-intensivo	20%	9,6	14	11			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total G		100%	48	42	26	41	0	-1	-26	
O	38	Auto-cuidado	49%	18,62	13	6	32	1	0	0
		Médio-cuidado	49%	18,62	18	10			0	0
		Semi-intensivo	2%	0,76	1	1			0	0
		Intensivo	0%	0	0	0			0	0
Total O		100%	38	31	17	32	1	+1	-16	
UTI	20	Auto-cuidado	0%	0	0	0	59	10	0	0
		Médio-cuidado	0%	0	0	0			0	0
		Semi-intensivo	0%	0	0	0			0	0
		Intensivo	100%	20	44	52			0	0
Total UTI		100%	20	44	52	59	10	+15	-42	
NECESSIDADE TOTAL DO HRHDS DE					264	185	271	18	+7	-167

Fonte: TCE/SC

Percebe-se que no Quadro 08, há mais técnicos de enfermagem do que o número necessário, e uma defasagem grande no número de enfermeiros, chegando a 167, com base nos números de novembro/2010, passados pelo HRHDS. Este fato sugere a utilização de técnicos de enfermagem para suprir a necessidade dos enfermeiros, absorvendo atribuições específicas destes profissionais, trazendo riscos para os pacientes e acúmulo de funções para os técnicos.

É importante deixar claro que há no HRHDS 11 enfermeiros que trabalham em regime de plantão nos períodos vespertino e noturno, não previstos no quadro supracitado, visto que estes profissionais não estão lotados em nenhum dos setores. Estes enfermeiros exercem serviço apenas de supervisão, responsabilizando-se por mais de um setor. A situação é ainda mais grave no período noturno, quando ficam apenas dois enfermeiros para cuidar dos sete setores de internação.

Isto posto, **determina-se** à Secretaria de Estado da Saúde que providencie a contratação de enfermeiros e realoque os técnicos de enfermagem excedentes apontados no Quadro 08, para atuar nos setores de internação do HRHDS, atendendo aos arts. 4º, 5º e Anexo II da Resolução Cofen Nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, a fim de suprir a falta de pessoal. Com a adoção desta medida, o quadro de pessoal de enfermagem ficará completo, o que possibilitará a

ativação de leitos hoje interditados por falta de profissionais, a redução de horas-plantão e dos afastamentos de servidores por motivo de saúde e a melhoria na qualidade do serviço prestado.

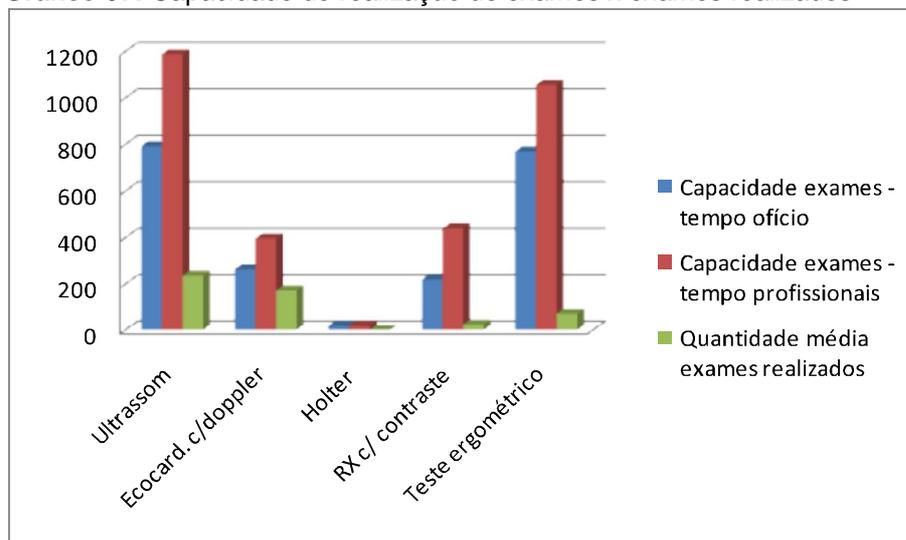
2.1.4 Equipamentos para exames de ultrassom, ecocardiograma com doppler, holter, raio X contrastado e teste ergométrico subutilizados

A quantidade dos exames de ultrassom, ecocardiograma com doppler, holter e teste ergométrico esteve reduzida em alguns meses de 2009. Quanto ao exame de radiologia, verificou-se que, apesar de ser realizado todos os meses, o número vem se reduzindo gradativamente desde 2008. Em decorrência disso, foi verificado o tempo de utilização destes equipamentos e comparado com a fila de espera, para a realização desses exames.

Primeiramente, foi verificada a capacidade mensal de realização de exames, levando-se em consideração a quantidade de equipamentos disponível e o tempo médio para realização de cada exame, no horário das 07h00min às 19h00min, de segunda a sexta-feira.

Foram realizados dois cálculos: em um deles foi considerado o tempo para realização dos exames, informado pela direção do HRHDS, através do Ofício nº 192/2010 (fl. 64), e no outro o tempo informado pelos profissionais que atuam nos setores de exames (Apêndice 03 – PT nº 10). O resultado deste levantamento está demonstrado no Gráfico 07.

Gráfico 07: Capacidade de realização de exames x exames realizados

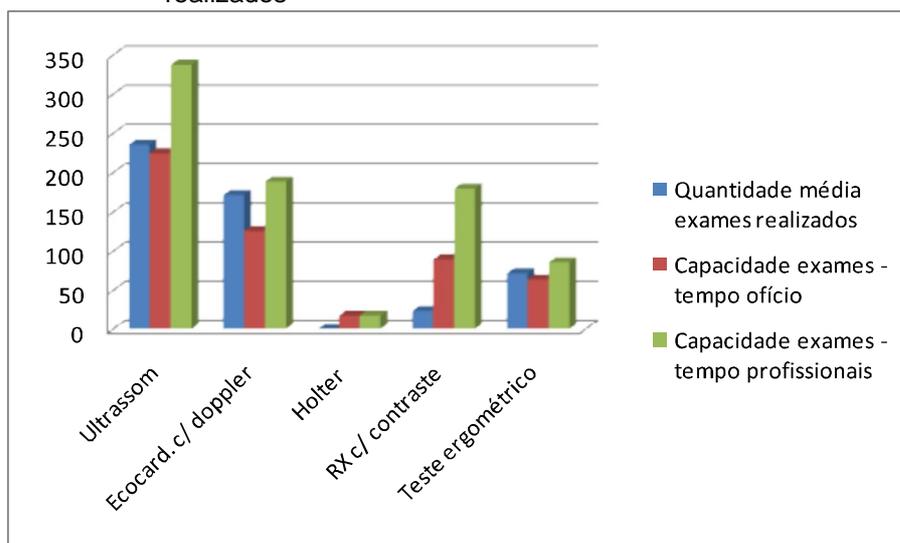


Fonte: TCE/SC

A capacidade de realização de exames, informada pelos profissionais, é superior à quantidade de exames realizados, independente do tempo de realização considerado. Isso ocorre, porque os exames não são realizados durante todo o período considerado disponível - segunda a sexta, das 07h00min às 19h00min, conforme demonstrado no Gráfico 07.

Em virtude disso, foi realizada a comparação entre a capacidade de realização de exames da agenda adotada pelo hospital e a quantidade de exames efetivamente realizados, com base nos tempos para realização informados pela direção do hospital e pelos servidores.

Gráfico 08: Capacidade realização exames da agenda X exames realizados



Fonte: TCE/SC

A comparação da quantidade de exames realizados, com a capacidade de realização da agenda, revelou que ainda há ociosidade na utilização dos equipamentos, em todos os exames, se consideramos o tempo de realização informado pelos profissionais. Já com relação ao tempo de realização informado pela direção, a quantidade de exames realizados de ultrassom e ecocardiograma com Doppler superou a capacidade.

Diante da ociosidade dos equipamentos, foi solicitada ao hospital a quantidade de pacientes que estão em fila de espera para a realização de exames de ultrassom, ecocardiograma com doppler, holter, raio X com contraste e teste ergométrico (fl.66) e comparada com a capacidade total de realização de exames no tempo ocioso dos equipamentos.

Quadro 09: Exames que poderiam estar sendo realizados no tempo ocioso dos equipamentos

Tipo exame	Qtd. pacientes fila espera (11/2010)	Qtd. média exames realizados	Capacidade exames ofício	Capacidade exames profis.	Ociosidade tempo ofício	Ociosidade tempo profis.
Ultrassom	1140	236	792	1188	556	952
Ecocardiograma com doppler	x	172	264	396	92	224
Holter	218	0	18	18	18	18
RX c/ contraste	87	24	220	440	196	416
Teste ergométrico	796	72	770	1056	698	984

Fonte: TCE/SC

Com a estimativa acima demonstrada, a fila de espera em pouco tempo deixaria de existir se os equipamentos fossem plenamente utilizados, conforme demonstrado no Quadro . Questionados sobre o motivo da pouca utilização dos equipamentos, em especial o do holter, que não vem sendo utilizado desde junho de 2009, foi informado que há falta de profissionais para a realização destes exames.

Desta forma, calculou-se a necessidade de profissionais para operar integralmente os equipamentos, ou seja, de segunda a sexta-feira das 07h00min às 19h00min.

Quadro 10: Defasagem de profissionais para realização de exames

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

Fonte: TCE/SC

Em resumo, o HRHDS necessita de mais cinco radiologistas e sete cardiologistas, todos com carga horária integral de 80 horas mensais na realização de exames, para a utilização plena dos equipamentos de ultrassom, ecocardiograma com doppler, raio X com contraste e teste ergométrico. Ressalta-se que não foi considerado no cálculo o cardiologista para a leitura do holter.

Ainda com relação ao holter e teste ergométrico, o HRHDS tem um número mínimo de exames a realizar mensalmente por ser referência em cirurgia cardiovascular, conforme determina a Portaria SAS/MS nº 123 do Ministério da Saúde.

Para ser referência o hospital deve realizar no mínimo 80 testes ergométricos e 30 exames de holter por mês. A direção do hospital informou que o médico cardiologista que realizava a leitura do holter pediu demissão e desde então o hospital não conseguiu substituí-lo (fl. 66).

Diante do exposto, **recomenda-se** à Secretaria de Estado da Saúde que providencie a contratação de profissionais para realizar os exames de ultrassom, ecocardiograma com doppler, holter, raio x contrastado e teste ergométrico, para atender a necessidade do HRHDS.

Com esta medida, será possível reduzir o tempo para diagnóstico das doenças e ampliar as oportunidades de tratamento, bem como diminuir o tempo de espera para cirurgias.

2.1.5 Equipamentos sem número de patrimônio

Em verificação *in loco* foi constatada a existência de equipamentos ociosos nas salas cirúrgicas fechadas, conforme demonstrado no apêndice 01 (PT 02) deste Relatório. Destes equipamentos, alguns não possuíam número de patrimônio.

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

Isto posto, determina-se que se identifique com número de patrimônio os equipamentos ociosos no centro cirúrgico.

2.1.6 Fila de espera x tempo de espera para realização da cirurgia

A fila de espera em novembro de 2010, informada pelo HRHDS por meio do Ofício 198/2010 (fl. 147), era de 84 pacientes aguardando cirurgia cardiológica, 10 pacientes aguardando cirurgia bariátrica (havia 780 pacientes em acompanhamento, mas não aptos para passar pela cirurgia), 199 pacientes aguardando cirurgia geral e 121 pacientes aguardando cirurgia plástica reparadora. O HRHDS não se manifestou quanto às filas das outras especialidades.

No ofício supracitado (fl. 147) foi informado também o tempo médio de permanência dos pacientes em fila de espera por especialidade, especificado no Quadro 11.

Confrontando a fila de espera das especialidades informadas pelo HRHDS com o tempo de espera destes pacientes para realização da cirurgia, chega-se às informações contidas no Quadro 11:

Quadro 11: Quantidade de pacientes em fila de espera x tempo de espera

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

Fonte: TCE/SC

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

Esta situação decorre do fato de o HRHDS realizar em média 15 cirurgias cardíacas eletivas ao mês, número informado pela diretora do Hospital por meio de email datado de março/2011 (fl. 247) e confirmado através do número de cirurgias realizadas de janeiro a setembro, conforme Quadro 12.

Quadro 12: Número de cirurgias realizadas por especialidade de janeiro a setembro de 2010

Cirurgias realizadas de janeiro a setembro/2010		
Especialidade	Qtd.*	Média/mês*
Cardíaca	155	17,22
Geral	832	92,44
Ginecológica	315	35,00
Lábio-palatal	232	25,78
Otorrinolaringológica	45	5,00
Plástica	221	24,56
Proctológica	44	4,89
Torácica	28	3,11
Urológica	240	26,67
Vascular	211	23,44
Bariátrica	40	4,44

Cir.de pescoço	8	0,89
Ortopédica	18	2,00
Odontológica	14	1,56
Transplante	3	0,33

**Incluídas cirurgias de emergência realizadas de segunda a sexta das 07h00min às 19h00min.*

Fonte: TCE/SC

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

Conforme descrito no item 2.1.1 deste relatório, a ociosidade da sala destinada a cirurgias cardiológicas de janeiro a setembro de 2010 era de aproximadamente 40% do tempo total, o que representa aproximadamente 96 horas de ociosidade ao mês do total de 240 horas ao mês.

Se considerarmos o tempo médio para realização de cirurgias cardiológicas informados pelo HRHDS de quatro horas e arredondarmos o tempo de higienização da sala para uma hora (tempo informado pelo Hospital é de 40 minutos), temos que a fila de 84 pacientes informada em novembro/2010 seria atendida em menos de cinco meses, conforme demonstrado a seguir:

Capacidade de atendimento ao mês da sala cirúrgica 8:

12 horas por dia x 20 dias = 240 horas/mês

Ociosidade ao mês da sala cirúrgica 8:

240 horas/mês x 40% = 96 horas/mês

Cirurgias que poderiam ser realizadas com base na ociosidade média da sala 8 de janeiro a setembro de 2010:

96 horas/mês / 5 horas = 19,2 cirurgias cardiológicas/mês

84 pacientes em fila de espera / 19,2 cirurgias ao mês = 4,37 meses para atendimento da fila informada em novembro/2010 com base na ociosidade média de janeiro a setembro de 2010.

Assim sendo, recomenda-se que haja aumento do número de cirúrgicas cardiológicas ao mês a fim de diminuir a fila e o tempo de espera existente.

2.2 Boas Práticas

No decorrer desta auditoria foram detectados fatos que comprovam a adoção de boas práticas pelo Hospital Regional Hans Dieter Schmidt que, no entendimento da equipe de auditoria, deveria ser disseminado entre os diversos estabelecimentos de saúde do Estado.

A seguir alguns exemplos de boas práticas adotadas pelo HRHDS:

- Direção do Hospital com capacidade técnica e formação na área de gestão.
- Existência de planejamento estratégico e efetividade na sua implementação. Atualmente o Hospital possui cronograma em andamento de reformas de todas as alas as quais ocorrerão continuamente até 2014, em consonância ao planejamento estratégico.
- Implantação de setor de Ouvidoria, onde são atendidos clientes internos (funcionários) e externos (pacientes e acompanhantes). Este setor adota medidas simples, mas que trazem retorno para o Hospital. Como exemplo pode ser citado o contato que o hospital faz com o paciente no 10º dia após a sua alta hospitalar com o intuito de verificar a ocorrência de infecção hospitalar e como está sua recuperação. Diariamente são efetuadas entrevistas com 10% dos pacientes atendidos para avaliação da prestação do serviço.
- Criação de unidades de negócios nos diversos setores do hospital, determinando metas para cada uma das unidades de negócio com missões específicas. Há uma comissão que controla periodicamente os resultados de cada um dos setores.
- Implantação da gestão de custos, em que se estimam os custos por setor e por atividade.

- Implantação do “Protocolo de Manchester” para o atendimento do setor de Emergência com a classificação de risco, com graduações representadas por cores, conforme foto abaixo.

Figura 02: Prioridade no atendimento



Fonte: TCE/SC

- Implantação do prontuário eletrônico.
- Sistema Gerencial informatizado e utilizado por todos os setores.
- Controle total do estoque e dispensação de medicamentos via sistema informatizado.

Por todo o exposto, esta Diretoria entende que a Secretaria de Estado da Saúde, além de providenciar as medidas corretivas e ações de melhoramento na Unidade auditada, deva utilizar o modelo de gestão adotado no HRHDS como parâmetro para as demais unidades hospitalares do Estado, seja por administração própria ou terceirizada.

2.3 COMENTÁRIOS DO GESTOR

Foi remetida a Matriz de Achados Preliminar com os resultados da auditoria à Secretaria de Estado da Saúde, com cópia para o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, por meio dos Ofícios DAE nº 18.642, de 22 de dezembro de 2010, para suas manifestações.

2.3.1 Comentários da Secretaria de Estado da Saúde

A Secretaria do Estado da Saúde, por meio do Ofício nº 049/2011, protocolado neste Tribunal sob o nº 001965/2011, de 03 de fevereiro de 2011, solicitou prorrogação de prazo para atendimento da diligência, constante do Ofício DAE nº 18.642/2010. Os comentários foram protocolados nesta corte no dia 04 de março de 2011, por meio do Ofício SES nº 00116/2011 com número de protocolo 005549/2011. O conteúdo da manifestação contida no Ofício anteriormente citado está transcrito a seguir:

Em atendimento ao ofício DAE nº 18.642/2010, encaminhamos a comunicação interna nº 0430/2011 da Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais, contendo documentos e informações pertinentes.

As situações encontradas são transitórias e estão sendo tratadas com a prioridade que assunto requer. Vale destacar que nos últimos anos sistematicamente a Secretaria de Estado da Saúde vem realizando ações visando à otimização da capacidade instalada das unidades hospitalares próprias, quer seja na ampliação e modernização de serviços, abertura de leitos ou incremento no número de profissionais. Podemos citar como exemplo próprio Hospital Regional Hans Dieter Schmidt que teve nos últimos anos um incremento de 30% em seu número de leitos e profissionais.

Em relação especificamente ao apontamento da matriz de achados no item “quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem para atendimentos dos pacientes internados”, ressaltamos nossa preocupação com os critérios adotados como parâmetro na matriz, pois estão muito além da realidade do Setor Saúde Brasileiro.

Entendemos que a realização do dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ter como base a jornada de trabalho dos servidores, a estrutura física da unidade, a capacidade instalada e as habilitações no cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Além disso, utilizamos também como parâmetros os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, em portarias específicas para habilitação de serviços ou RDC (Resoluções da Diretoria Colegiada da ANVISA). Para as especialidades que não estão contempladas em portarias, buscamos a consolidação de parâmetros próprios com base em critérios adotados em instituições de saúde da iniciativa privada e estudos específicos.

Dentre as portarias que encaminhamos em anexo, destacamos:

- *Portaria nº 123/2005 - a assistência cardiovascular em alta complexidade;*
- *RDC nº 7/2010 - unidades de terapia intensiva;*
- *Portaria 224/92 – clínica psiquiátrica em hospital geral;*
- *Portaria 2616/98 – serviço de controle hospitalar;*
- *Dimensionamento SOBEC/2009 – centro cirúrgico;*
- *Parâmetros Estabelecidos pelas Gerências de Enfermagem SES/2008 – Postos de Trabalho em Clínica Médica, Cirúrgica e Pediátrica;*

Ressaltamos ainda que a própria Resolução do COFEN (293/2004), utilizada com referência na matriz, em seu Art. 1, §2 afirma que o os “parâmetros podem sofrer adequações regionais de acordo com a realidade epidemiológica e financeiras”.

Acreditamos ser de grande valia, para que sua equipe conclua o trabalho, um estudo sobre a real utilização desses parâmetros em hospitais filantrópicos e privados, com características semelhantes às do HRHDS, analisando a aplicabilidade ou não.

Exemplificando, citamos o dimensionamento da equipe de enfermeiros para UTI do hospital. Seguindo os quantitativos apontados na matriz de achados, com base nos parâmetros do COFEN, chega-se a necessidade de 52 enfermeiros. Ao aplicarmos o preconizado pelo Ministério da Saúde (RDC) chegamos à necessidade de 19 enfermeiros, sendo que a diferença de 33 enfermeiros possibilitaria a manutenção de um serviço de emergência, incluindo a classificação de risco, centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica com serviço de enfermagem em 24 horas.

Colocamo-nos ao inteiro dispor para quaisquer informações complementares que se fizerem necessárias.

2.3.2 Comentários do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Num segundo momento, a Direção do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, por meio do Ofício nº 027/2011, protocolado neste Tribunal sob o nº

Processo RLA 10/00758602 – AOP – Hospital Regional Hans Dieter Schmidt – Joinville

002478/2011, de 08 de fevereiro de 2011, complementarmente aos comentários da Secretaria de Estado, teceu os seguintes comentários sobre as constatações da auditoria, conforme segue:

1. **Quatro salas cirúrgicas fechadas** – concordamos com as determinações e recomendações, sendo que incluímos no planejamento da SUH – Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais a contratação de projeto para readequação e modernização das salas cirúrgicas e CME para o ano de 2011, assim como a execução do projeto. Relacionamos a necessidade de equipamentos para operacionalização das oito salas e do CCA - Centro Cirúrgico Ambulatorial visando otimizar o uso das salas. E estamos realocando os equipamentos ociosos. Fizemos levantamento da necessidade de recursos humanos para plena operacionalização.
2. **Salas cirúrgicas ativas com tempo ocioso** – estamos monitorando mensalmente a taxa de ocupação das quatro salas, visando atingir seu pleno uso, **analisando** o tempo utilizado por cada profissional e o tempo disponível, fazendo um **Gráfico de Pareto** para atuarmos sobre os principais, **enviando carta** individual para propiciar um **plano de ação** com cada um. Em anexo os resultados alcançados nos últimos meses. Esta ação será contínua, pois é um indicador da Unidade de Negócio Centro Cirúrgico. Foram chamados pelo concurso 001/2010 quatro cirurgiões cardiovasculares, um cirurgião torácico e dois neurocirurgiões, além de outras especialidades clínicas de apoio, que encontram-se em fase final de contratação.
3. **Quantidade insuficiente de profissionais de enfermagem para atendimento dos pacientes internados** – foram chamados do concurso 018/2006 no DOE 18984 de 06/12/2010, Ato nº 2323 trinta e dois técnicos de enfermagem novos e pelo mesmo Ato foram convocados dez enfermeiros, sendo cinco especialistas em cardiovascular e cinco em emergência do concurso 01/2010. Os profissionais estão em fase de ingresso. Além destes, no decorrer de 2010 foram feitas as substituições de profissionais exonerados e/ou aposentados / falecidos no período, conforme atos em anexo.
4. **Equipamentos para exames de ultrassom, ecocardiograma com doppler, holter, raios-X contrastado e teste ergométrico subutilizados** - foi realizado processo seletivo simplificado 040/2010 em novembro, com dez vagas para cardiologista para atuarem no Pronto

Socorro e realizarem exames. Quatro foram aprovados, sendo que realizarão 60 horas de plantão na emergência e 20 horas de exames, sendo que Dr. Ricardo realizará exames de ecocardiograma com Doppler, Dr. Clizenaldo realizará exames de Holter, Dr. Mauricio eletrocardiograma e Dra. Silvana realizará Teste Ergométrico. Está sendo relançado o processo seletivo para complementar os outros seis profissionais. Foram convocados pelo mesmo Ato da equipe de enfermagem quatro médicos com especialidade em Radiologia e Diagnostico por Imagem, que estão em fase de contratação.

2.3.3 Análise dos comentários da Secretaria de Estado da Saúde

Em razão da manifestação da Secretaria do Estado da Saúde quanto ao critério para dimensionamento de pessoal nos setores do hospital, concordou-se com a utilização das portarias e resoluções específicas citadas. No entanto, haverá impacto apenas no dimensionamento de pessoal (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UTI e no dimensionamento de enfermeiros do setor de psiquiatria.

Para as adequações no dimensionamento feito anteriormente utilizou-se a Portaria nº 13/2005 (UTI Cardiovascular), RDC nº 7/2010 (UTI Geral) e Portaria 224/92 (Psiquiatria).

Considerando-se os novos cálculos, chegou-se ao resultado demonstrado nas duas últimas colunas do Quadro 13, onde fica claro que se baseando apenas na Resolução Cofen 293/2004 há sete técnicos de enfermagem a mais do que o necessário e 167 enfermeiros para contratar. Considerando as portarias e resoluções específicas há necessidade de contratar oito técnicos de enfermagem e 135 enfermeiros.

Quanto aos leitos gerais, não houve alteração nos quantitativos visto que não há critérios específicos, por este motivo neste relatório foi recomendada a elaboração de um critério próprio da Secretaria de Estado da Saúde.

Quadro 13: Dimensionamento de pessoal de enfermagem do HRHDS após manifestação da SES

GERAL				NECESSIDADE		NECESSIDADE*		REAL		DIFERENÇA		DIFERENÇA*		
Setor	Qtd Leitos	Tipo de Cuidado	%	Nº Leitos por Tipo de Cuidado	Número de Profissionais Téc (Cofen)	Número de Profissionais Enf. (Confen)	Número de Profissionais Téc*	Número de Profissionais Enf.*	Número de Profissionais Téc (HRHDS)	Número de Profissionais Enf. (HRHDS)	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros	Técnicos de Enfermagem*	Enfermeiros*
A	40	Auto-cuidado	5%	2	1	1	1	1	38	1	-	-	-	-
		Médio-cuidado	85%	34	32	19	32	19			-	-	-	-
		Semi-intensivo	10%	4	6	4	6	4			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total A		100%	40	39	24	39	24	38	1	-1	-23	-1	-23	
B	46	Auto-cuidado	5%	2,3	2	1	2	1	36	2	-	-	-	-
		Médio-cuidado	85%	39,1	37	22	37	22			-	-	-	-
		Semi-intensivo	10%	4,6	6	5	6	5			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total B		100%	46	45	28	45	28	36	2	-9	-26	-9	-26	
C	24	Auto-cuidado	20%	4,8	3	2	3	2	36	2	-	-	-	-
		Médio-cuidado	40%	9,6	9	5	9	5			-	-	-	-
		Semi-intensivo	40%	9,6	14	11	14	11			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total C		100%	24	26	18	26	18	36	2	10	-16	10	-16	
D	30	Auto-cuidado	99%	29,7	20	10	20	6	15	1	-	-	-	-
		Médio-cuidado	1%	0,3	0	0	0	0			-	-	-	-
		Semi-intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total D		100%	30,0	21	10	20	6	15	1	-6	-9	-5	-5	
E	14	Auto-cuidado	20%	2,8	2	1	2	1	14	1	-	-	-	-
		Médio-cuidado	40%	5,6	5	3	5	3			-	-	-	-
		Semi-intensivo	40%	5,6	8	6	8	6			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total E		100%	14	15	10	15	10	14	1	-1	-9	-1	-9	
G	48	Auto-cuidado	60%	28,8	20	10	20	10	41	0	-	-	-	-
		Médio-cuidado	20%	9,6	9	5	9	5			-	-	-	-
		Semi-intensivo	20%	9,6	14	11	14	11			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total G		100%	48	42	26	43	26	41	0	-1	-26	-2	-26	
O	38	Auto-cuidado	49%	18,62	13	6	13	6	32	1	-	-	-	-
		Médio-cuidado	49%	18,62	18	10	18	10			-	-	-	-
		Semi-intensivo	2%	0,76	1	1	1	1			-	-	-	-
		Intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
Total O		100%	38	31	17	32	17	32	1	1	-16	0	-16	
UTI	20	Auto-cuidado	0%	0	0	0	0	0	59	10	-	-	-	-
		Médio-cuidado	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
		Semi-intensivo	0%	0	0	0	0	0			-	-	-	-
		Intensivo	100%	20	44	52	60	24			-	-	-	-
Total UTI		100%	20	44	52	60	24	59	10	15	-42	-1	-14	
NECESSIDADE TOTAL DO HRHDS DE PROFISSIONAIS					264	185	280	153	271	18	7	-167	-9	-135

* Os cálculos nos setores A, B, C, E, G e O foram baseados na Resolução do Cofen, no setor D tomou-se como base a RDC 07 para UTI Geral e RDC 123 para UTI Cardiológica e para dimensionar os enfermeiros do setor D foi tomado como base a Portaria 224/92 que dimensiona enfermeiros para ala psiquiátrica.

Fonte: TCE

2.3.4 Análise dos Comentários do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Retira-se dos comentários enviados pelo Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, que há consonância entre as recomendações deste Tribunal e os propósitos da direção do hospital, que mostrou concordância com todos os achados.

Algumas das recomendações já estão sendo atendidas, a exemplo da contratação de profissionais, como médicos cirurgiões e com especialidade em radiologia e diagnóstico por imagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além disso, já está sendo providenciado o projeto para otimização do uso das salas cirúrgicas fechadas e a realocação dos equipamentos ociosos no centro cirúrgico.

3. CONCLUSÃO

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

3.1. Conhecer o Relatório de Auditoria resultante da auditoria operacional realizada no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt com abrangência no exercício de 2010.

3.2. Conceder à Secretaria de Estado da Saúde o prazo de 30 dias, a contar da data da publicação desta Deliberação no Diário Oficial Eletrônico - DOTC-e, com fulcro no art. 5º da Instrução Normativa nº TC-03, de 06 de dezembro de 2004, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para o cumprimento das restrições apontadas, relativamente às seguintes determinações e recomendações:

3.2.1. Determinações:

3.2.1.1. Cadastrar e registrar todos os equipamentos existentes nas salas cirúrgicas fechadas com o número de patrimônio e procedência, conforme preceitua o art. 94 da Lei Federal nº 4.320/64 (item 2.1.5 deste Relatório).

3.2.1.2. Providenciar a contratação de enfermeiros e técnicos de enfermagem apontados no Quadro 13 do Relatório, para atuar nos setores de internação do HRHDS, atendendo os arts. 4º, 5º e Anexo II da Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, Portaria 123/2005, RDC 7/2010 e Portaria 224/92 (itens 2.1.3 e 2.3.3 deste Relatório).

3.2.2. Recomendações:

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

3.2.2.2. Reavaliar a necessidade dos equipamentos subutilizados ou sem uso no centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e realocar

os equipamentos ociosos para outras unidades hospitalares do Estado (item 2.1.1 deste Relatório).

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

3.2.2.4. Providenciar a contratação de profissionais para realizar os exames de ultrassom, ecocardiograma com Doppler, holter raio X contrastado e teste ergométrico, para atender a necessidade do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (item 2.1.4 deste Relatório).

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

3.4. Dar ciência da Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam bem como deste Relatório ao Governador do Estado de Santa Catarina, à Secretaria de Estado da Saúde, à Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa de Santa Catarina, à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, ao Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville, para conhecimento e providências.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 22 de março de 2011.

GLAUCIA DA CUNHA
AUDITOR FISCAL DE CONTROLE
EXTERNO

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 do Exmo. Sr. Relator,
ouvindo preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

KLIWER SCHMITT
DIRETOR

DECISÃO PLENO HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT Nº 2562/2011 de 26/09/2011

1. Processo n.: RLA-10/00758602
2. Assunto: Auditoria Operacional no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, com abrangência ao exercício de 2010
3. Responsáveis: Ana Maria Groff Jansen, Dalmo Claro de Oliveira e Roberto Eduardo Hess de Souza
4. Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde
5. Unidade Técnica: DAE
6. Decisão n.: 2562/2011

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar n. 202/2000, decide:

6.1. Conhecer o Relatório de Instrução DAE n. 7/2011, resultante da auditoria operacional realizada pela Diretoria de Atividades Especial – DAE no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, com abrangência no exercício de 2010.

6.2. Conceder à Secretaria de Estado da Saúde o prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta decisão no Diário Oficial Eletrônico deste Tribunal de Contas, com fulcro no art. 5º da Instrução Normativa n. TC-03/2004, para que apresente a este Órgão Plano de Ação estabelecendo prazos, responsáveis e atividades para o cumprimento das seguintes determinações e recomendações:

6.2.1. Determinações:

6.2.1.1. Cadastrar e registrar todos os equipamentos existentes nas salas cirúrgicas fechadas com o número de patrimônio e procedência, conforme preceitua o art. 94 da Lei n. 4.320/64 (item 2.1.5 do Relatório DAE);

6.2.1.2. Providenciar a contratação de enfermeiros e técnicos de enfermagem apontados no Quadro 13 do Relatório, para atuarem nos setores de internação do HRHDS, atendendo aos arts. 4º e 5º e Anexo II da Resolução n. 293/2004, do Conselho Federal de Enfermagem, Portaria n. 123/2005, RDC 7/2010 e Portaria n. 224/92 (itens 2.1.3 e 2.3.3 do Relatório DAE).

6.2.2. Recomendações:

6.2.2.1. Readequar o espaço físico do centro cirúrgico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, a fim de aproveitar a estrutura das

suas salas cirúrgicas que permanecerão desativadas (item 2.1.1 do Relatório DAE);

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

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

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

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

6.4. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do Relatório de Instrução DAE n. 7/2011, para conhecimento e providências de forma a cumprir as determinações e recomendações:

6.4.1. ao Governador do Estado de Santa Catarina;

6.4.2. à Secretaria de Estado da Saúde;

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

6.4.4. à Secretaria Municipal de Saúde de Joinville;

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

6.4.6. ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville.

7. Ata n.: 60/2011

8. Data da Sessão: 12/09/2011

9. Especificação do quorum:

9.1. Conselheiros presentes: Luiz Roberto Herbst (Presidente), César Filomeno Fontes, Wilson Rogério Wan-Dall, Herneus De Nadal, Adircélio de Moraes Ferreira Junior e Gerson dos Santos Sicca (art. 86, caput, da LC n. 202/2000)

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

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

LUIZ ROBERTO HERBST

Presidente

CÉSAR FILOMENO FONTES

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

Fui presente: MAURO ANDRÉ FLORES PEDROZO

Procurador-Geral do Ministério Público junto ao TCE/SC