



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
Coordenadoria de Controle Externo  
Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP

**Resumo de Auditoria - 11**

**Avaliação do Serviço de Urgência e  
Emergência do Hospital da Restauração**

(Fundo Estadual de Saúde - Pernambuco)

Conselheiro-Relator  
Marcos Loreto

Pernambuco/ Recife, 2009



## **Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**

### **Conselheiros**

Carlos Porto de Barros  
Fernando José de Melo Correia  
Romário de Castro Dias Pereira  
Maria Teresa Caminha Duere  
Marcos Coelho Loreto  
Severino Otávio Raposo Monteiro  
Valdecir Fernandes Pascoal

### **Auditores**

Adriano Cisneiros da Silva  
Alda Magalhães de Carvalho  
Carlos Barbosa Pimentel  
Carlos Maurício Cabral Figueiredo  
Luis Arcoverde Cavalcanti Filho  
Marcos Antônio Rios da Nóbrega  
Marcos Flávio Tenório de Almeida  
Ricardo José Rios Pereira  
Ruy Ricardo Weyer Harten Júnior

#### **RESPONSABILIDADE EDITORIAL**

##### **Coordenadora de Controle Externo**

Maria Luciene Cartaxo Fernandes Bezerra

##### **Gerente da Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP**

Lídia Maria Lopes Pereira da Silva

#### **EQUIPE DE AUDITORIA**

Hélio Codeceira Júnior (Coordenador)

Karina de Oliveira Andrade Marques

Paulo Hibernon Pessoa Gouveia de Melo

Uilca Maria Cardoso dos Santos

Wirla Cavalcanti Revorêdo Lima

#### **ELABORAÇÃO DO RESUMO**

Uilca Maria Cardoso dos Santos

#### **ENDEREÇO PARA CONTATO**

##### **TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP

Rua da Aurora nº 885 – Boa Vista – Recife – PE – Brasil – CEP: 50050-910

Fone: 81 – 3181-7872 / 7757 / 7600 / 7903 / 7904

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	<b>6</b>
<b>Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração</b> .....	<b>7</b>
O que foi avaliado pelo TCE-PE .....	7
Porque foi avaliado .....	7
Como se desenvolveu o trabalho .....	8
Aspectos Orçamentários e Financeiros.....	8
<b>O que o TCE-PE encontrou</b> .....	<b>10</b>
Não utilização dos dados de atendimento de pacientes por especialidade na emergência .....	10
Existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência do Hospital da Restauração..	10
Existência de falhas nos controles de cumprimento de carga horária dos profissionais da emergência.....	11
Inexistência da classificação de risco no Hospital da Restauração .....	11
Elevado quantitativo de tomografias computadorizadas realizadas em clínicas particulares .....	12
Elevado tempo de espera no agendamento dos exames realizados fora do Hospital da Restauração .....	13
Ausência de cobrança ao SUS das tomografias computadorizadas, ultrassonografias e autorizações de internamento hospitalar .....	13
Descumprimento do regime de trabalho no serviço de tomografia computadorizada .....	14
Ausência de escala de serviço dos médicos radiologistas do raio-x .....	14
Desatualização de informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES - DATASUS ....	14
Ociosidade no uso das salas de cirurgia .....	15
Elevada taxa de suspensão de cirurgias .....	16
Ausência de controle e cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anestesiológicos .....	18
Realização e cobrança de anestésias através de cooperativa no horário de trabalho do vínculo público .....	18
Elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia.....	18
Falta de controle na utilização de materiais consignados .....	19
Ausência de planejamento estratégico vigente.....	19
Monitoramento e indicadores de desempenho .....	20
<b>O que pode ser feito para melhorar o desempenho do Serviço</b> .....	<b>22</b>
<b>Benefícios da implementação das recomendações do TCE-PE</b> .....	<b>25</b>
<b>Decisão TC nº 1453/09</b> .....	<b>27</b>

## **Apresentação**

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco vem realizando, desde 2001, auditorias operacionais com objetivo de contribuir com o desempenho da administração pública. O olhar sobre insumos, processos e produtos se alinha às previsões constitucionais do Princípio da Eficiência e da avaliação dos resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração estadual.

As auditorias operacionais verificam se as ações estão sendo realizadas de forma eficiente para alcançar seus objetivos, elaboram recomendações para a correção de fragilidades e aperfeiçoamento da gestão e incluem a participação dos gestores, beneficiários, especialistas e representantes da sociedade civil relacionados ao tema auditado.

Periodicamente ocorrem monitoramentos que acompanham o atendimento das recomendações e a ocorrência de mudanças na implementação dos programas públicos com a finalidade de gerar benefícios para a sociedade.

Outro aspecto do trabalho é a contribuição para o fortalecimento do controle social pela divulgação dos resultados dos trabalhos através dos resumos das auditorias operacionais, a exemplo deste, para órgãos governamentais, parlamentares, sociedade civil e público em geral.

Esta publicação apresenta as principais informações sobre a auditoria operacional realizada pelo Tribunal no Fundo Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

**Severino Otávio Raposo Monteiro**  
**Conselheiro Presidente**

## Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração

A Constituição Federal estabelece, no artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O Ministério da Saúde, em 2001, publicou uma cartilha contendo normas e orientações sobre a implantação dos Sistemas Estaduais de Saúde para atendimento de Urgência e Emergência, confirmando a importância do serviço de saúde para a população.

A auditoria operacional foi realizada através do processo TC N° 0807438-0 e focou os fatores internos relacionados à estrutura, processos de trabalho e desempenho organizacional que impactam no funcionamento do serviço e nos resultados obtidos pelo Hospital da Restauração, bem como na identificação de oportunidades de melhorias para a gestão.

Dessa maneira, visando contribuir com o aumento da qualidade do serviço de urgência e emergência do Hospital da Restauração - HR, foram formuladas algumas recomendações à Secretaria Estadual de Saúde e à Diretoria do hospital para que promovam ajustes nos setores que foram objeto desta auditoria, com o objetivo de tornar mais efetivo o atendimento ao usuário final, bem como proporcionar resultados de desempenho em patamares bem superiores aos atuais.

---

### O que foi avaliado pelo TCE-PE

A auditoria subdividiu sua análise em quatro questões, buscando avaliar: de que forma a organização do serviço de urgência/emergência impacta no atendimento aos pacientes que nele ingressam, como os serviços de apoio diagnóstico por imagem influenciam no tempo médio de permanência dos pacientes e no índice de renovação de leitos do hospital, qual a situação de infraestrutura e dos indicadores de produção e de produtividade no Centro Cirúrgico e, por fim, como a instituição se utiliza de ferramentas de planejamento, acompanha resultados e trabalha na perspectiva da melhoria do desempenho.

---

### Porque foi avaliado

O Hospital da Restauração é o maior hospital da rede pública estadual, enquadrando-se no mais alto nível de complexidade, o nível III, segundo a Portaria GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999. Por esta razão, esta auditoria

focou o seu serviço de urgência e emergência. A auditoria selecionada pelo TCE-PE se justifica em virtude do quadro de superlotação apresentado pelas unidades de urgência e emergências dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de Recife – RMR.

---

#### Como se desenvolveu o trabalho

O trabalho foi desenvolvido com base em entrevistas semiestruturadas com os gestores, médicos, enfermeiros, técnicos e pesquisador. Além disso, incluiu pesquisa documental e bibliográfica, visita exploratória nos setores do hospital de interesse ao foco da auditoria, estudo de legislação específica e leitura de relatórios gerenciais.

Também se realizou análise de dados e de séries históricas a partir de informações extraídas do sistema de controle gerencial do HR – SAPE e foram coletadas informações do sistema utilizado pelas humanizadoras do HR, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco -SES/PE.

---

#### Aspectos Orçamentários e Financeiros

Na tabela a seguir, constam os repasses financeiros que o Hospital da Restauração recebeu do Fundo Estadual de Saúde no período de 2005 a 2008, e janeiro a julho de 2009. Conforme se observa nos sistemas corporativos na área orçamentária e financeira do Estado de Pernambuco - SIAFEM 2005, 2006 e 2007, E - Fisco 2008 e 2009, foram utilizados repasses financeiros como meios de provisão de créditos orçamentários.

Tabela – Repasses financeiros do FES ao HR

<b>EXERCÍCIO</b>	<b>Total repassado pelo FES (R\$)</b>
2005	26.286.545,44*
2006	25.835.212,53*
2007	26.572.338,08 *
2008	31.657.265,51 **
2009 (Janeiro a julho)	19.899.533,77 ***
*Fonte: SIAFEM 2005 a 2007 - Consulta LISNE	
**Fonte: SES - SEAF - Diretoria Geral de Finanças	
***Fonte: E - Fisco 2009 - Consulta Liquidação de Empenho	



O HR está inserido nos sistemas SIAFEM e E-Fisco como simples credor dos repasses financeiros, o que não permite transparência na execução orçamentária e financeira dos valores repassados. Considerando-se o volume e a regularidade dos recursos repassados, bem como o fato de as Unidades Administrativas disporem autonomamente de tais recursos, não se justifica a sistemática utilizada (que não identifica os valores devidos e pagos a fornecedores), pois fragiliza o controle interno pela contabilidade central do Fundo Estadual de Saúde - FES.

## O que o TCE-PE encontrou

---

### Não utilização dos dados de atendimento de pacientes por especialidade na emergência

Constatou-se, durante os trabalhos de auditoria, que a única fonte de informações de atendimento por especialidade dos pacientes que dão entrada na emergência são as tabelas de Perfil dos Pacientes da Emergência de Adultos, emitidas pelo sistema CAMBAM, operado pelas humanizadoras do hospital. Este relatório é elaborado com base nos levantamentos diários que são realizados pelas humanizadoras. As tabelas registram: data de admissão, local, número de registro, nome do paciente, origem, senha, diagnóstico e observações. Vale salientar que o sistema não grava as informações dos dias anteriores; apenas emite um relatório diário que é enviado posteriormente ao Núcleo de Assistência à Saúde – NAS, para arquivo.

A não-utilização dos dados de atendimento dos pacientes como ferramenta gerencial impossibilita: o dimensionamento do quadro médico por especialidade, o dimensionamento de toda a estrutura de salas de cirurgias, equipamentos e necessidades peculiares a cada setor de atendimento do hospital, bem como todo o planejamento estratégico.

---

### Existência de déficit de algumas categorias médicas nos plantões da emergência do Hospital da Restauração

Segundo o § 3º do art. 1º da Resolução 01/2005 do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE, o limite de atendimentos em urgências e emergências é de 36 pacientes atendidos por médico, em 12 horas de jornada de trabalho. Com base na análise de dados realizada no quadro de profissionais médicos da emergência, verificou-se, no período de janeiro a maio de 2009, que houve um quantitativo de 26 médicos para 92,54 atendimentos por plantão de 12 horas, o que resultou numa relação de 3,56 atendimentos para cada médico. Observa-se, assim, que a relação geral de médicos/pacientes da emergência geral, pediátrica e traumatológica do HR se encontra abaixo daquela que o CREMEPE preconiza como limite para atendimentos em urgências e emergências. Conclui-se, portanto, que, de forma geral (entre as especialidades que ali atuam), não existe déficit no quadro médico no setor da emergência do HR.

Entretanto, ainda com base nos dados analisados, constatou-se que, em algumas especialidades, tais como medicina interna e neurocirurgia pediátrica, existe uma relação menor que um médico por plantão de 12 horas, ou seja,

há plantões em que não há especialistas. A falta de algumas especialidades médicas nos plantões prejudica o atendimento aos pacientes, como no caso da ausência de neurologistas nos plantões noturnos. Pacientes neurológicos, em geral, necessitam de celeridade no atendimento, o que evita sequelas de maiores proporções, bem como risco de morte. Atualmente, esses pacientes dão entrada na emergência e por vezes esperam uma noite inteira para receber o primeiro atendimento de um neurologista. Ressalte-se, ainda, que o acúmulo de pacientes neurológicos no dia seguinte também prejudica o atendimento a outros pacientes, tendo em vista que se somam aos pacientes que dão entrada durante o dia. Isto congestionaria o atendimento de forma geral.

---

#### Existência de falhas nos controles de cumprimento de carga horária dos profissionais da emergência

Com base nos dados analisados, no período de 01/01/2009 a 31/05/2009, observou-se que o processo de controle de frequência é passível de falhas, tendo em vista que as listas de frequência diária só registram uma assinatura do profissional no dia, não sendo possível identificar os horários de entrada e de saída do profissional no plantão. Outra falha a destacar é que os profissionais de anestesiologia, apesar de terem seus nomes nas listas de frequência, não as assinam, sistematicamente, apesar de fazerem parte do quadro de médicos do setor de emergência do HR.

Não utilizar meios informatizados, não definir procedimentos e inexistência de responsável são as causas principais para as falhas nos controles de frequência. As falhas no controle de cumprimento de carga horária levam à possibilidade de descumprimento do horário, o que pode trazer graves prejuízos ao atendimento dos pacientes que dão entrada na emergência do HR.

---

#### Inexistência da classificação de risco no Hospital da Restauração

Conforme observado em visita exploratória e em entrevistas realizadas junto aos profissionais da emergência, o HR não utiliza classificação de risco.

Os atendentes de enfermagem e às vezes até os próprios seguranças fazem a triagem dos pacientes, através de observação visual do que seriam os casos mais graves. Os casos menos complexos são analisados, a princípio, pela recepção, que verifica a obediência ao perfil de atendimento do hospital.

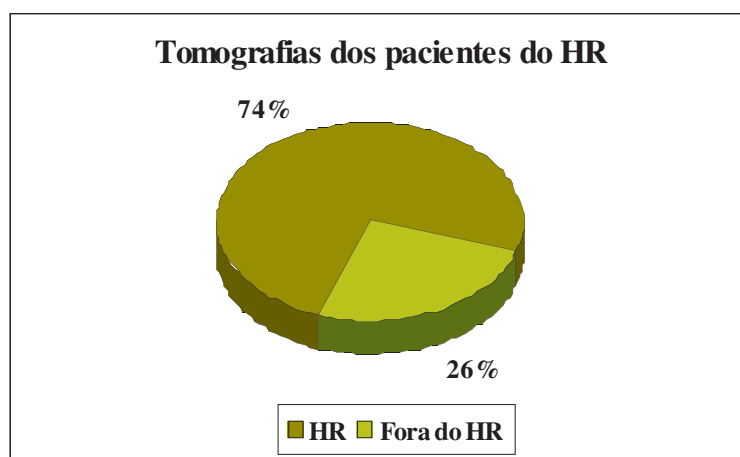
A ausência de critérios de avaliação de risco contribui para superlotação da emergência, tendo em vista que possibilita o acesso de pacientes não compatíveis com o perfil de atendimento do hospital, os quais poderiam ser referenciados para outras unidades hospitalares. A superlotação do serviço de

emergência, por sua vez, acarreta a diminuição da qualidade do serviço prestado na emergência e urgência.

#### Elevado quantitativo de tomografias computadorizadas realizadas em clínicas particulares

O Hospital da Restauração possui um tomógrafo inadequado ao porte e à demanda do hospital. Isto o levou a comprar fora parte dos exames e gerou custos hospitalares elevados. Tal despesa não atende a Princípios da Administração Pública como Eficiência, Eficácia e Economicidade, os quais devem ser observados pelos estabelecimentos de saúde, quando estes optam pela compra de exames de imagem em clínicas privadas.

Gráfico - Tomografias computadorizadas dos pacientes do HR - Período: Jan a Mai/09



Fonte: Setor de Radiologia e CETRANS (HR).

Levantamento realizado pelo Setor de Radiologia do HR, por meio do livro de registro das tomografias, e as informações consolidadas pelo Centro de Transporte do HR - CETRANS, permitiram confrontar o quantitativo de tomografias computadorizadas realizadas no HR e fora deste, no período de janeiro a maio de 2009. Constatou-se, a partir daí, que o hospital realizou 26% destes exames em clínicas privadas e, dos 3.044 exames realizados fora do hospital, à exceção de um, todo o restante foi feito numa mesma clínica privada.

---

### Elevado tempo de espera no agendamento dos exames realizados fora do Hospital da Restauração

Através da análise das informações constantes no livro de registro dos agendamentos do CETRANS, verificou-se que o tempo médio de espera para a realização de exames de imagem fora do hospital, em clínicas privadas, é longo.

A análise deste prazo restringiu-se ao mês de julho de 2009, visto que até então o CETRANS não havia adotado a prática de registrar a data da solicitação médica, mas tão somente a data para a qual o exame foi agendado e realizado. Confrontando-se as datas das solicitações médicas com as da realização dos exames, constatou-se, em relação às Ressonâncias Magnéticas, que houve um tempo médio de espera de 5,9 dias, para as Arteriografias. Para Angiografias estes intervalos foram ainda maiores: 7,1 e 7,8 dias, respectivamente. No caso das Ressonâncias Magnéticas, Arteriografias e Angiografias, o prazo prolongado para a marcação dos exames teve como uma das causas a centralização dos agendamentos dos exames para apenas duas clínicas privadas, apesar de existirem outros estabelecimentos credenciados.

Considerando-se que a Restauração é um hospital de emergência e que grande parte das solicitações é encaminhada em caráter de urgência, os pacientes do HR deveriam ter atendimento prioritário para a realização dos exames na rede de referência para alta complexidade do Estado. Este período de espera entre a marcação e a realização dos exames é um dos fatores que contribuem para a piora dos indicadores de desempenho do HR nos últimos anos.

---

### Ausência de cobrança ao SUS das tomografias computadorizadas, ultrassonografias e autorizações de internamento hospitalar

Foi verificado que, ao longo dos cinco primeiros meses de 2009, o HR deixou de cobrar ao SUS os recursos referentes a um significativo quantitativo de exames de Ultrassonografias e Tomografias Computadorizadas, assim como de Autorizações de Internação Hospitalar. Os motivos destas perdas estão relacionados às deficiências do controle interno da instituição, conforme discriminado a seguir, levando o HR a renúncia de receita junto ao SUS.

A análise das Ultrassonografias restringiu-se ao período de janeiro a maio de 2009, quando foram realizados 2.244 exames, dos quais apenas 388 foram apresentados (17,3%). Das 2.800 Tomografias Computadorizadas realizadas no período de janeiro a maio de 2009 através de boletim de produção ambulatorial - BPA, mais da metade (1.420) não foi cobrada pelo HR ao SUS. Nos

meses de maio e junho de 2009, R\$ 181.279,30 em AIH não foram cobrados pelo HR ao SUS. A ausência destas cobranças totalizou R\$ 364.179,06.

---

#### Descumprimento do regime de trabalho no serviço de tomografia computadorizada

Verificou-se que os médicos da Tomografia Computadorizada do HR são escalados para o serviço como diaristas<sup>1</sup>, entretanto, o regime pelo qual estes profissionais foram contratados – assim como as vantagens que recebem – é de plantonista<sup>2</sup>.

O Código de Ética Médica veda ao médico receber vantagens por serviços não efetivamente prestados, assim como deixar de comparecer a plantão, salvo por motivo de força maior. Segundo análises da equipe de auditoria, a contratação de médicos radiologistas pelo regime de diaristas traria uma economia anual de R\$ 81.642,48, desconsiderando férias e 13º salário. A falta de controle do cumprimento de carga horária e a ausência de planejamento da gestão em relação ao regime de trabalho mais adequado para estes profissionais trazem prejuízos aos cofres públicos e riscos aos pacientes.

---

#### Ausência de escala de serviço dos médicos radiologistas do raio-x

Observou-se a ausência da escala de trabalho dos médicos radiologistas do raio-x, refletindo a falta de controle – pela gerência do setor de Radiologia e pela diretoria hospitalar – do cumprimento da jornada de trabalho dos médicos, fato que fragiliza o funcionamento adequado do serviço.

A falta de controle do cumprimento de carga horária constitui deficiência do controle interno e afronta o princípio constitucional da Eficiência, previsto no art. 37, *caput*, da Constituição Federal.

Verificou-se, através de solicitação por ofício e de inspeção *in loco*, que não há escala oficial de serviço para os médicos radiologistas dos raios-x do HR. O controle interno do órgão deve dispor de instrumentos para exigir o cumprimento da carga horária dos profissionais, sendo imprescindível a elaboração e a divulgação da escala de serviço dos médicos.

---

#### Desatualização de informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES - DATASUS

Em inspeção física realizada no Setor de Radiologia do HR foram encontradas discrepâncias com os dados do CNES. O Ministério da Saúde de-

<sup>1</sup> **Diarista:** regime de trabalho de 20 horas semanais, divididas em 5 turnos.

<sup>2</sup> **Plantonista:** regime de trabalho de 24 horas, divididas em dois plantões de 12 horas, sendo um à noite e outro durante o dia.

termina que os estabelecimentos de saúde devem atualizar permanentemente o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. A falta de atualização destas informações pode acarretar decisões contrárias às reais necessidades do serviço. Durante os trabalhos a equipe de auditoria realizou inspeção *in loco* no setor de Radiologia do HR e verificou discordâncias entre os dados constantes do CNES e os equipamentos constantes no setor.

---

#### Ociosidade no uso das salas de cirurgia

O centro cirúrgico do HR dispõe atualmente de 11 salas de cirurgia de possível utilização. Dessas, três salas são reservadas para as cirurgias de urgência, sete são reservadas para cirurgias eletivas e há uma que não está em atividade porque vem servindo de depósito para materiais como aparelhos de anestesia, intensificadores de imagem, entre outros.

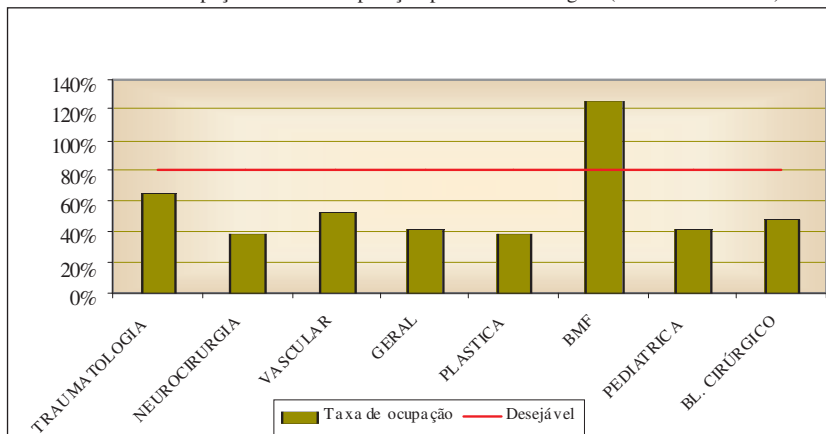
Figura – Sala de cirurgia do HR servindo como depósito para materiais.



Com base nos dados analisados e, tomando-se como padrão a taxa de ocupação entre 80 e 85%<sup>3</sup>, o gráfico a seguir demonstra o desempenho das especialidades cirúrgicas com base na taxa de ocupação das salas operatórias.

<sup>3</sup> RINDE A., BLAKELY T. 1976. **Operating room resource utilization**. Chicago area survey findings and recommendations. Chicago: Chicago Hospital Council

Gráfico – Taxa de ocupação de sala de operação por clínica cirúrgica (Período: mai/2009)



Fonte: Boletins operatórios do mês de maio de 2009 (HR)

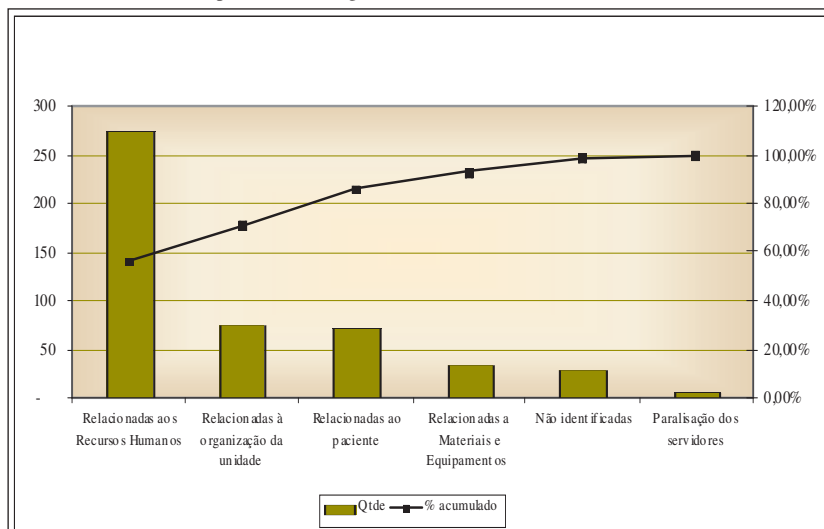
Constatou-se, portanto, que todas as especialidades, com exceção da buco-maxilo-facial – BMF, não utilizam de forma eficiente as horas disponibilizadas para a realização de cirurgias, mantendo-se aquém do limite desejável de ocupação. O caso da BMF pode ser considerado uma boa prática por sua eficiência e efetividade, pois com as mesmas possíveis dificuldades enfrentadas pelas demais clínicas, como disponibilidade de sala de recuperação pós-anestésica, equipamentos e materiais, a referida clínica cirúrgica consegue maximizar os recursos que são colocados à sua disposição.

#### Elevada taxa de suspensão de cirurgias

A partir da constatação da baixa taxa de ocupação de centro cirúrgico, procurou-se investigar os principais fatores contributivos para a pouca produtividade e eficiência evidenciadas. Inicialmente, observou-se que os mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e os relatórios de ocorrências do centro cirúrgico apresentavam muitos registros de cirurgias suspensas pelos mais variados motivos. Assumiu-se, então, que nessas suspensões estava o principal fator para a baixa taxa de ocupação do centro cirúrgico. As causas das suspensões foram analisadas. Constatou-se que fatores relacionados aos recursos humanos foram os que mais contribuíram para as suspensões das cirurgias no período considerado.



Gráfico – Causas de suspensão de cirurgias no HR (Período: Jan a mai/2009)



Fonte: Mapas cirúrgicos do período de janeiro a maio de 2009 e relatórios de ocorrências do centro cirúrgico (HR)

A análise evidenciou que as principais causas geradoras dos cancelamentos estavam relacionadas aos recursos humanos (56,06%), tais como a falta de anesthesiologistas e de cirurgião. Problemas relacionados à organização da unidade (14,99%) também representaram uma parcela significativa das suspensões.

Além disso, fatores relacionados ao paciente (14,78%), como a condição clínica desfavorável e o não comparecimento ao serviço, contribuíram para os cancelamentos. Dos fatores relacionados ao paciente, o principal motivo foi condição clínica desfavorável. No entanto, percebeu-se, por meio da análise dos registros desses casos, que o motivo pode ser atribuído à qualidade da assistência prestada, pois na maioria das vezes a falta de condição clínica revelou negligência na condução do paciente, como ocorreu com pacientes que não foram operados porque estavam hipertensos, ou porque o resultado de seu exame de potássio sérico apresentava alteração, etc. A grande maioria, condições clínicas que revelam falhas no tratamento do paciente nas enfermarias.

Analisando-se, isoladamente, as causas relacionadas aos recursos humanos, percebeu-se que a falta de profissionais médicos, principalmente anesthesiologistas (29%), assim como dos cirurgiões (15%), foi o principal fator que contribuiu para o cancelamento das cirurgias eletivas do HR.

---

#### Ausência de controle e cumprimento inadequado de carga horária dos médicos anesthesiologistas

Tendo em vista que a principal causa de suspensão de cirurgias relacionadas a recursos humanos é a falta de anestesistas, buscou-se aferir o controle e o cumprimento de carga horária desses profissionais.

Verificou-se, na auditoria, que não há controle do cumprimento da carga horária exigida. Também se constatou o cumprimento inadequado da carga horária, uma vez que alguns profissionais, apesar de trabalharem como diaristas, recebem indevidamente gratificação de plantão.

---

#### Realização e cobrança de anestésias através de cooperativa no horário de trabalho do vínculo público

Durante a realização dos trabalhos de auditoria, verificou-se que os médicos anesthesiologistas recebem dupla remuneração pelo cumprimento de uma mesma carga horária.

Da confrontação dos dados foi possível identificar a ocorrência de realização de anestésias via Cooperativa dos Médicos Anesthesiologistas de Pernambuco – COOPANEST, no horário de trabalho referente ao vínculo público do servidor, configurando a dupla remuneração em uma mesma cirurgia, como servidor público e como prestador de serviço. Os valores envolvidos totalizaram despesas indevidas no valor de R\$ 45.296,18, nos cinco primeiros meses de 2009.

---

#### Elevado número de exames de tomografia computadorizadas realizados com anestesia

Durante os trabalhos no setor de Diagnóstico por imagem do HR, pôde-se perceber o elevado número de exames de Tomografia Computadorizada com realização de anestésias (sedação). Evidenciou-se que não há um controle das indicações de quais pacientes necessitam, efetivamente, de sedação ou não. As indicações foram realizadas de forma empírica, sem critérios pré-definidos. A indicação do acompanhamento pelo anestesista deveria ser formalizada, por escrito, pelo médico radiologista ou o médico que solicitou o exame, justificando o porquê da necessidade de anestesia.

Tal prática se evidencia como relevante para evitar excessos na realização dos procedimentos, visto que fica a cargo do anestesista escalado para a tomografia a decisão de quais pacientes serão sedados ou não.

---

### Falta de controle na utilização de materiais consignados

Evidenciou-se, na inspeção do centro cirúrgico, que órteses e próteses são deixadas no setor pelas referidas empresas; não há nenhum controle de sua entrada e saída.

Solicitou-se à chefia do setor fornecer à equipe de auditoria a relação de todos os materiais consignados existentes no centro cirúrgico. A informação não foi disponibilizada, pois não havia registros das entradas e saídas dos materiais no centro cirúrgico. A enfermeira chefe procurou entrar em contato com as empresas para que fornecessem a relação dos materiais que tinham deixado no centro cirúrgico, para utilização nas cirurgias. Obteve resposta imediata de apenas uma empresa. Essa empresa mantém um funcionário nas dependências do centro cirúrgico para controlar os materiais em consignação por ela fornecidos. Não há rotina no controle da utilização desses materiais. Após as cirurgias, um instrumentador disponibilizado pelas empresas preenche a ficha de utilização, consignando nelas o que foi usado, para posteriormente ser assinado pelo cirurgião.

Essa prática é irregular, pois não há a conferência do que efetivamente foi usado por um servidor público, confiando-se na informação do instrumentador da empresa fornecedora do material.

---

### Ausência de planejamento estratégico vigente

O Hospital da Restauração não apresentou o planejamento estratégico solicitado através de ofício.

O planejamento é um processo gerencial que diz respeito à formulação de objetivos para a seleção de programas de ação e para sua execução, levando em consideração as condições do ambiente interno e externo e o desenvolvimento esperado. O planejamento estratégico das unidades de saúde está previsto no Decreto nº 25.318/2003 e no Plano Estadual de Saúde/PE – 2008/2011.

Solicitou-se ao Hospital da Restauração o planejamento estratégico através de ofícios. Foram obtidas três respostas distintas, as quais não atenderam ao cumprimento da legislação, quais sejam:

- Segundo o ofício nº 1.640/2009, em resposta ao ofício TC nº 001/2009, o HR não apresentou o plano estratégico, alegando que este se encontra em fase de implementação;
- Segundo o ofício nº 2.150/09 de 28/08/09, ainda em resposta ao ofício TC nº 001/2009, o HR apresentou o plano de ação com última atualiza-

ção de dados em maio de 2008. Este plano de ação foi elaborado pela consultoria INDG, com última atualização em 29/05/2009;

- E, com base no ofício nº 411/2009 – GAB/SECG, da Secretaria de Saúde, em resposta ao segundo ofício, foi encaminhada uma apresentação resumida de um planejamento estratégico com atualização de dados datando de setembro de 2004, ou seja, há cinco anos.

A implementação de planejamento estratégico do hospital é parte fundamental para a melhoria contínua dos serviços prestados, uma vez que sua ausência pode ocasionar uma estagnação de desempenho ou até mesmo um agravamento dos resultados, tanto internos quanto externos.

---

#### Monitoramento e indicadores de desempenho

O desempenho dos indicadores do hospital foi analisado com base na série histórica apresentada que compreende o período de 2001 a 2008 e a projeção do ano de 2009 – a partir dos meses de janeiro a maio. É importante ressaltar que a análise tomou como base os dados apresentados pelo hospital.

No que se refere à taxa de mortalidade, o Hospital da Restauração não calcula esse indicador no Informe de Desempenho desde 2001. Vale salientar, quanto à taxa de absenteísmo, que o valor foi calculado pela equipe, no decorrer da auditoria, tomando como base o período de janeiro a maio de 2009, não sendo, portanto, dado fornecido pelo hospital.

Os indicadores avaliados pela equipe de auditoria são:

<b>Indicador</b>	<b>Avaliação</b>
Tempo Médio de Permanência	No período analisado (2001-2009*), o HR aumenta a média de permanência dos pacientes de 10,8 em 2004 (melhor índice do período) para 21,4 em 2009.
Taxa de Ocupação	A taxa de ocupação do Hospital da Restauração excede (no período de 2001 – 2009*) o referencial preconizado no Ministério da Saúde de 80 a 85%, superando os 100% da capacidade a partir de 2006.
Índice de Renovação	O giro de leitos do Hospital da Restauração diminuiu no período analisado (2001 – 2009*). Enquanto o leito se renovava 33,9 vezes no ano de 2006 (melhor do período), a projeção para 2009 é 9,9.
Índice de Intervalo de Substituição	O tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão do outro (índice de intervalo de substituição) do Hospital da Restauração fica negativo (na realidade, inexistente) a partir de 2006.

<b>Taxa de Mortalidade da Emergência</b>	<b>A taxa de mortalidade do Setor de Emergência do Hospital da Restauração aumentou continuamente no decorrer dos anos durante o período analisado (2003 – 2009*), saindo de 6,7 em 2003 (melhor índice do período) para 11,9 em 2009.</b>
Taxa de Absenteísmo	Realizou-se análise de absenteísmo dos profissionais médicos do setor de emergência de adultos do HR de janeiro a maio de 2009. No período analisado, concluiu-se que quatro especialidades clínicas são responsáveis por mais 80% do total de faltas em horas. São elas: Neurologia, Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia e Neurocirurgia.
* Foi feita uma projeção para ano de 2009 com base nos meses de janeiro a maio.	

## O que pode ser feito para melhorar o desempenho do Serviço

Visando a contribuir para a melhoria do desempenho e do funcionamento do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração, foram formuladas algumas recomendações. As principais são relatadas a seguir:

- Recomenda-se à Secretaria de Saúde:
  1. Promover campanhas de divulgação do perfil de atendimento do HR junto à população;
  2. Cumprir a atribuição definida no Plano Estadual de Saúde no que concerne à priorização da elaboração e implantação do Plano Estratégico da SES e das unidades de saúde.
  
- Recomenda-se ao Hospital da Restauração:
  1. Implementar a utilização dos dados de atendimento de pacientes como ferramenta gerencial;
  2. Executar redimensionamento quantitativo e qualitativo (conforme a especialidade) dos médicos entre os plantões, de acordo com as maiores demandas de atendimento por especialidade, levando-se também em conta os horários e dias de maior demanda, de forma que não haja falta de profissionais para atendimento aos pacientes;
  3. Implantar sistema de controle eletrônico de ponto para emergência/urgência e definir procedimentos e responsáveis por esse controle, bem como nos demais setores do hospital, onde couber;
  4. Implantar os critérios de classificação de risco no serviço de Urgência/Emergência do HR;
  5. Analisar a economicidade na aquisição de um novo tomógrafo, capaz de atender ao porte e à demanda;
  6. Implantar a gestão de custos do hospital, permitindo comparar os gastos com a realização própria dos exames em relação à aquisição no mercado;
  7. Descentralizar a marcação das ressonâncias magnéticas, arteriografias e angiografias para as demais clínicas que são referência para alta complexidade no Estado;
  8. Acompanhar sistematicamente o tempo de espera entre a marcação e a realização dos exames;

9. Apoiar o setor responsável pelo faturamento do HR, a fim de sanar as deficiências apontadas como causas para perdas;
10. Instituir controles e responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da carga horária dos médicos plantonistas da Tomografia, assim como da emissão dos laudos dos exames;
11. Rever junto à SES o regime de trabalho mais adequado na contratação de médicos radiologistas da tomografia computadorizada da Restauração, buscando maior economicidade para o Estado de Pernambuco e menor risco na condução clínica dos pacientes;
12. Elaborar e afixar em local visível, no Setor de Radiologia, a escala de serviço dos médicos do raio-x, discriminando os nomes dos profissionais e os turnos que devem estar no serviço.
13. Definir responsáveis pela atualização da ficha cadastral do estabelecimento de saúde;
14. Adotar ações que possibilitem otimizar a utilização das salas de cirurgia;
15. Estabelecer, em ficha específica, a obrigatoriedade do registro dos cancelamentos de cirurgias pelo médico da equipe responsável, consignando, de forma detalhada, o motivo da suspensão;
16. Adotar o indicador de taxa de suspensão de cirurgia, por especialidade, identificando os fatores de suspensão;
17. Estabelecer obrigatoriedade do registro das anestésias realizadas, tanto pelos anestesistas servidores públicos, quanto pelos anestesistas da COOPANEST; consolidando, mensalmente, as informações por profissional;
18. Disciplinar a possibilidade de realização de anestésias via COOPANEST, por parte dos servidores públicos lotados no hospital, e os controles necessários;
19. Tornar obrigatório o preenchimento de formulário específico, para cada paciente, por parte do médico radiologista, justificando a impossibilidade de realização do exame sem anestesia;
20. Instituir rotinas nos controles de entrada e saída dos materiais consignados no bloco cirúrgico, definindo responsáveis do quadro do hospital para esse controle;
21. Implementar efetivamente o planejamento estratégico conforme decreto e plano estadual de saúde;
22. Tratar adequadamente os dados gerenciais para gerar informação suficiente para ser empregada na melhoria contínua dos serviços prestados pelo hospital;
23. Elaborar relatórios gerenciais para acompanhamento do desempenho do hospital de forma comparativa e do cumprimento das metas estabelecidas no planejamento estratégico;

24. Divulgar os resultados atingidos;
25. Implantar o controle de infecção hospitalar por setor e de todo o hospital, priorizando a qualidade da prestação de serviços.



## **Benefícios da implementação das recomendações do TCE-PE**

Os benefícios esperados resultantes do cumprimento das recomendações propostas pelo TCE-PE são:

- Melhor atendimento aos pacientes, decorrente da redistribuição das especialidades médicas entre os plantões. A utilização dos dados de atendimento de pacientes por especialidade de forma gerencial poderá melhorar a qualidade no atendimento na emergência, tendo em vista que, além de facilitar o dimensionamento do quadro médico de acordo com as maiores demandas de atendimento, representará um instrumento de controle do perfil de atendimento do hospital;
- Controle sobre o cumprimento de horários e o registro de ausências dos profissionais que atuam na emergência com a implantação do sistema eletrônico de controle de ponto, o que provocará uma redução nas taxas de absenteísmo e uma melhora na qualidade do atendimento aos pacientes;
- Melhoria na qualidade do atendimento com a implantação da classificação de risco, não só pela inclusão do acolhimento dos usuários, como também pelo fato de que a fixação de critérios de atendimento, possivelmente diminuirá o número de pacientes de baixa complexidade que dão entrada na emergência. Estes pacientes podem ser atendidos em postos de saúde ou Unidades de Pronto Atendimento;
- Redução do tempo na marcação de exames de diagnóstico por imagens;
- Maior controle sobre os custos hospitalares;
- Otimização do uso das salas de cirurgia, reduzindo os cancelamentos por falta ou atrasos dos profissionais, resultando no aumento da rotatividade de leitos e na redução da média de permanência dos pacientes;
- Controle da produtividade dos servidores em geral, dos anestesiológicos, bem como das anestésias realizadas pela COOPANEST.
- Controle de entrada e saída dos materiais consignados (órteses e próteses);
- Otimização dos serviços prestados pelo hospital através do acompanhamento dos relatórios gerenciais, visando à melhoria contínua da prestação de serviços;
- Redução da média de permanência, diminuindo custos e gerando mais atendimentos de pacientes, com conseqüente aumento do índice de renovação de leitos, aumentando a utilização dos leitos por um número maior de pacientes;

- Enquadramento da taxa de ocupação para os índices preconizados pelo Ministério da Saúde (entre 80% e 85% em média);
- Redução do índice de mortalidade geral na emergência;
- Aumento do índice de intervalo de substituição para valores positivos, sem caminhar para ociosidade de leitos.

## Decisão TC nº 1453/09

**PROCESSO T. C. Nº 0807438-0**  
**AUDITORIA ESPECIAL DE NATUREZA OPERACIONAL**  
**INTERESSADO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FES**  
**RELATOR: CONSELHEIRO MARCOS LORETO**  
**ÓRGÃO JULGADOR: SEGUNDA CÂMARA**  
**DECISÃO T. C. Nº 1453/09**

Decidiu a Segunda Câmara do Tribunal de Contas do Estado, à unanimidade, em sessão ordinária realizada no dia 17 de dezembro de 2009,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, nos artigos 70 e 71, inciso IV, combinados com o artigo 75, e a Constituição Estadual, nos artigos 29 e 30, estabelecem a fiscalização operacional da administração pública, nos aspectos da legalidade, legitimidade, eficácia, eficiência e economicidade da gestão pública;

CONSIDERANDO que os exames de auditoria de natureza operacional compreendem a verificação da execução dos planos, normas e métodos em relação aos objetivos da entidade auditada, visando à avaliação do seu desempenho; CONSIDERANDO o teor do Relatório Preliminar Consolidado sobre o serviço de urgência e emergência do Hospital da Restauração, às fls. 1360 a 1462 dos autos, e os comentários do Secretário de Saúde;

CONSIDERANDO que a auditoria operacional, consubstanciada neste processo, levou em consideração os Princípios da Economicidade, Eficiência, Eficácia e Equidade, cujos resultados devem ser acompanhados através de monitoramento das recomendações e cronograma que deverá ser apresentado posteriormente pelo gestor da Secretaria Estadual de Saúde;

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 2º, incisos XVI e XVII, 3º, 13, § 2º, 40, parágrafo único, *alínea “c”*, e 59, inciso II, da Lei Estadual nº 12.600/04 – Lei Orgânica do TCE/PE; e o disposto no artigo 85, inciso II, *alínea “c”*, do Regimento Interno, e ainda o disposto na Resolução TC nº 02/2005,

Julgar REGULAR, COM RESSALVAS, o objeto da presente Auditoria Especial. Fazer, porém, as seguintes determinações e recomendações, visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Urgência e Emergência, da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco:

Primeiramente, recomendar à Diretoria do Hospital da Restauração:

- Implementar a utilização dos dados de atendimento de pacientes como ferramenta gerencial;
- Executar um redimensionamento quantitativo e qualitativo (de acordo com

a especialidade) dos médicos entre os plantões, de acordo com as maiores demandas de atendimento por especialidade, levando-se em conta também os horários e dias de maior demanda, de forma que não haja falta de profissionais para atendimento aos pacientes;

- Implantar sistema de controle eletrônico de ponto para emergência/urgência, definindo procedimentos e responsáveis por este controle, bem como nos demais setores do hospital, onde couber;
- Implantar os critérios de classificação de risco no serviço de Urgência/Emergência do HR;
- Analisar a economicidade na aquisição de um novo tomógrafo, capaz de atender ao porte e à demanda deste;
- Implantar a gestão de custos do hospital, permitindo comparar os gastos com a realização própria dos exames em relação à aquisição no mercado;
- Descentralizar a marcação das RM, Arteriografias e Angiografias para as demais clínicas que são referência para alta complexidade no Estado, evitando a priorização para a UNINEURO e o MULTIMAGEM;
- Acompanhar sistematicamente o tempo de espera entre a marcação e a realização dos exames realizados fora do HR;
- Viabilizar a emissão do CNS no próprio hospital;
- Identificar o paciente com os dados completos na admissão;
- Instituir controles e acompanhar a qualidade dos dados constantes nas Autorizações de Procedimento de Alto Custo (APACs);
- Acompanhar o prazo para envio das Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs para o faturamento;
- Definir responsáveis pela captação, nas enfermarias, dos prontuários das internações prolongadas;
- Instituir controles e responsáveis pelo acompanhamento do cumprimento da carga horária dos médicos plantonistas da Tomografia, assim como da emissão dos laudos dos exames;
- Rever junto à SES o regime de trabalho mais adequado na contratação de médicos radiologistas da TC da Restauração;
- Elaborar e afixar em local visível, no Setor de Radiologia, a escala de serviço dos médicos do Raios-X, discriminando os nomes dos profissionais e os turnos em que devem estar no serviço;
- Definir a periodicidade e os responsáveis pela atualização da ficha cadastral do estabelecimento de saúde. Além disso, é fundamental o monitoramento pela gestão, para que ela funcione como instrumento que subsidiará a tomada de decisão no âmbito hospitalar;
- Adotar ações que possibilitem aperfeiçoar a utilização das salas de cirurgia. Dentre estas, deve-se: controlar o cumprimento dos horários preestabelecidos

(seja de início de turno ou de cirurgia); definir os processos rotineiros de higienização e preparo das salas de cirurgia; e adotar indicadores de produtividade por equipe cirúrgica;

- Apurar as faltas e os atrasos dos profissionais médicos que exercem as atividades no Bloco Cirúrgico;
- Estabelecer a obrigatoriedade do registro dos cancelamentos de cirurgias pelo médico da equipe responsável em ficha específica, consignando, de forma detalhada, o motivo da suspensão;
- Adotar o indicador de taxa de suspensão de cirurgia, por especialidade, identificando os fatores de suspensão;
- Exigir o cumprimento da carga horária, estabelecendo, pelo menos, quatro turnos de trabalho por profissional, bem como o efetivo cumprimento dos turnos;
- Tornar obrigatório o registro das anestésias realizadas, tanto pelos anestesiologistas servidores públicos, quanto pelos anestesiologistas da COOPANEST; consolidando as informações mensalmente por profissional;
- Disciplinar a possibilidade de realização de anestésias via COOPANEST por parte dos servidores públicos lotados no hospital, e os controles necessários;
- Tornar obrigatório o preenchimento de formulário específico, para cada paciente, por parte do médico radiologista, justificando a impossibilidade de realização do exame sem anestesia (Tomografia Computadorizada);
- Instituir rotinas nos controles de entrada e saída dos materiais consignados, definindo responsáveis do quadro do hospital para esse controle (Bloco Cirúrgico);
- Implementar efetivamente o planejamento estratégico conforme decreto e plano estadual de saúde;
- Tratar os dados (indicadores de desempenho) para gerar informação suficiente para ser empregada na melhoria contínua dos serviços prestados pelo hospital;
- Elaborar relatórios gerenciais para acompanhamento do desempenho do hospital de forma comparativa e do cumprimento das metas estabelecidas no planejamento estratégico;
- Instituir acordos de trabalho com toda a equipe do hospital;
- Divulgar os resultados atingidos;
- Implantar controle de infecção hospitalar por setor e de todo o hospital, priorizando a qualidade da prestação de serviços.
- Recomendar, ainda, à Secretaria Estadual de Saúde:
- Promover campanhas de divulgação do perfil de atendimento do HR junto à população;
- Cumprir a atribuição definida no Plano Estadual de Saúde no que concerne à priorização da elaboração e implantação do Plano Estratégico da SES e das

unidades de saúde.

Outrossim, determinar à Secretaria Estadual de Saúde:

- Remeter a este Tribunal de Contas, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis para implementar as recomendações prolatadas, conforme Resolução TC nº 02/2005.

Por fim, determinar à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

- Encaminhar cópia desta Decisão e do Relatório de Auditoria à Secretaria Estadual de Saúde e à Secretaria Especial da Controladoria Geral do Estado;
- Encaminhar cópia desta Decisão ao Departamento de Controle Estadual para subsidiar o julgamento da prestação ou tomada de contas, na forma dos artigos 6º e 8º da Resolução TC nº 014/2004;
- Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.



**Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**  
Rua da Aurora, 885 - Boa Vista  
CEP: 50.050-910, Recife - PE, Fone: (81) 3181-7600

Entre em contato com o TCE-PE pelos correios eletrônicos:  
[ouvidoria@tce.pe.gov.br](mailto:ouvidoria@tce.pe.gov.br) ou [auditoriaoperacional@tce.pe.gov.br](mailto:auditoriaoperacional@tce.pe.gov.br)

Encontre este resumo e o relatório na íntegra desta avaliação no endereço eletrônico:  
<http://www.tce.pe.gov.br>>menu *De Olho nas Contas*>*Avaliação de Programas Públicos*>*Saúde*