



TRIBUNAL DE CONTAS DA PARAÍBA
Diretoria de Auditoria e Fiscalização – DIAFI

RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

JOÃO PESSOA
SETEMBRO/2008

**RELATÓRIO DE AUDITORIA DE NATUREZA OPERACIONAL NO
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA - HEETSHL**

PROCESSO TC nº 03748/08

Modalidade: Avaliação de Desempenho Operacional

Objetivo: Auditoria operacional no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Ato de designação: Portaria nº 05 de 12 de fevereiro de 2008

Período abrangido pela auditoria: exercícios de 2001 a 2007 e os meses de janeiro a julho de 2008

Composição da equipe:

Auditor de Contas Públicas	Matrícula
Adriana Falcão do Rêgo Trócoli	370.110-7
Emmanuel Teixeira Burity	370.293-6
Maria de Fátima Araújo (Coordenação)	370.013-5

Instituição Auditada: Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL

Vinculação: Secretaria de Estado da Saúde

Responsáveis:

Diretor Geral - HEETSHL:

Ginaldo Lago Filho – de agosto/2001 a dezembro/2002

Tirone dos Santos Soares – de janeiro/2003 a julho/2004

Newton de Araújo Leite – de agosto/2004 a junho/2005

Juan Jaime Alcoba Arce (interino) – de junho/2005 a outubro/2005

Jomar Paulo Neto – desde outubro/2005

AGRADECIMENTOS

Não havendo ainda uma cultura firmada quanto à realização de Auditoria Operacional, a tarefa foi desafiadora pois os caminhos de investigação não se mostraram fáceis, principalmente pela falta de registros dentro desta visão.

Foi de grande valia a colaboração de profissionais que atuam no HEETSHL, sem poder citar nomes para que não se faça injustiça ao esquecer ou medir a participação de cada um. Mas faz-se mister afirmar que, sem tal colaboração, procurando transmitir a vivência deles na instituição, teria sido impossível a efetivação deste Relatório.

Espera-se não frustrar a esperança que demonstraram vários destes profissionais que, a despeito das dificuldades enfrentadas no seu labor diário, permanecem exercendo papéis aparentemente irrelevantes mas cujo resultado tem sido decisivo na vida de muitos que acorrem àquele Hospital. É também expectativa que esta produção venha a contribuir para a melhoria do desempenho do HEETSHL, instituição que oferece um serviço do qual todos nós somos clientes em potencial.

Cabe também agradecer ao pessoal deste Tribunal que auxiliou na logística da elaboração deste Relatório, Fábio Ramalho, Micheline Andrade e Lucinéia Carvalho, bem como às técnicas do TCE-PE e TCU, Lídia Lopes e Selma Serpa, pelo intercâmbio de experiências que proporcionou um apoio metodológico mais consistente.

SUMÁRIO

Resumo; 6

1. Introdução; 8

Antecedentes; 8
Identificação do objeto da auditoria; 8
Objetivos da auditoria; 9
Critérios; 9
Metodologia; 10
Forma de organização do relatório; 11

2. Visão geral; 13

Relevância do tema; 13
Histórico e dados técnicos; 13

3. Demanda, capacidade de atendimento e perfil do HEETSHL; 15

Demanda e capacidade de atendimento; 15
Perfil de atendimento; 20
Sistema Estadual de Urgência e Emergência; 23

4. Pactuação estabelecida entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde com relação ao HEETSHL; 27

Metas física e financeiras do TCEP; 27
Metas e indicadores de avaliação qualitativa do TCEP; 30
Metas e indicadores relacionados à urgência e emergência; 33
Metas e indicadores relacionados à política de medicamentos; 34
Indicadores e metas relacionados à saúde do trabalhador; 35
Metas e indicadores relacionados à política de sangue e hemoderivados; 38
Metas e indicadores relacionados à política de alimentação e nutrição; 39
Metas e indicadores relacionados à política de transplantes; 40
Metas e indicadores para avaliação de desempenho na área de gestão hospitalar; 42
Metas e indicadores da atenção hospitalar pactuados; 46
Metas e indicadores para avaliação de desempenho na área de desenvolvimento profissional; 47

5. Recursos humanos e financeiros, instalações físicas, equipamentos materiais médico-hospitalares e medicamentos; 49

Recursos humanos; 49
 Grupo direção, chefia, coordenação, secretaria e assessoria; 50
 Grupo de saúde/médicos; 53
 Grupo de saúde/outros; 58
 Grupo de apoio; 60
Recursos financeiros; 63
Instalações físicas e equipamentos; 75
 Instalações físicas; 75
 Equipamentos; 77
 Equipamentos médico-hospitalares; 77

Equipamentos de informática; 87
Veículos; 87
Materiais; 88
Materiais médico-hospitalares e medicamentos; 88
Outros materiais; 89
Gestão de qualidade; 89

6. Realização de cirurgias; 91

7. Conclusão; 94

8. Proposta de recomendações; 96

9. Apêndices; 102

Apêndice I – Lista de siglas; 102
Apêndice II – Lista de gráficos; 103
Apêndice III – Lista de tabelas; 103
Apêndice IV – Mapa de Processo; 105
Apêndice V – Análise *SWOT*; 106
Apêndice VI – Diagrama de verificação de risco; 107
Apêndice VII – Análise *stakeholder*; 109
Apêndice VIII – Problema de Auditoria; 113
Apêndice IX – Matriz de planejamento; 114
Apêndice X – Fotos; 118

RESUMO

1. Por designação da Presidência do Tribunal de Contas da Paraíba (TCE-PB), foi constituído Grupo Especial de Trabalho, em 12 de fevereiro de 2008, para a realização de auditoria operacional nos órgãos por ele jurisdicionados e determinada a realização de avaliação de desempenho do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL). Referência no atendimento de urgência e emergência ao paciente politraumatizado, o HEETSHL atende a demanda espontânea e referenciada.

2. A auditoria operacional realizada teve como objetivo avaliar o desempenho da instituição auditada, sob as dimensões da economicidade, da eficiência e da eficácia. Na fase de planejamento, a aplicação de técnicas de diagnóstico ajudou a definir o problema de auditoria: *“O HEETSHL foi criado dentro de uma política nacional de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência. A sociedade, portanto, desde sua instalação, conferiu-lhe alta credibilidade que, paradoxalmente, somada à carência da rede hospitalar em geral, vem desvirtuando o perfil da instituição e comprometendo a qualidade dos serviços prestados”*. A partir do problema, foi definido o escopo da auditoria, demonstrado na matriz de planejamento.

3. O HEETSHL atende pacientes de toda a Grande João Pessoa e demais municípios do Estado da Paraíba, além de outros oriundos das cidades circunvizinhas dos Estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Constatou-se que a sua demanda de atendimentos é superior à capacidade, causando superlotação. Foram feitas recomendações de adoção de medidas, dentre outras, no sentido de reavaliar a operacionalização da Central de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, para que distribua com mais eficiência, de forma equilibrada, os atendimentos de pacientes, observando o perfil de cada unidade hospitalar. Também foi recomendada a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência, em cumprimento às normas do Ministério da Saúde e a elaboração de um protocolo estadual de referências e contra-referências.

4. O Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, formalizou a contratação de serviços hospitalares do HEETSHL, sob gerência do Estado, estabelecendo metas físico-financeiras e de avaliação qualitativa. Observou-se que a maioria das ações, metas, indicadores e produtos constantes do TCEP não foram implementados ou alcançados. Cabe recomendar a prorrogação, por meio de aditivo do TCEP, com a finalidade de sua implementação.

5. Após sete anos de instalação, não existe uma normatização do funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, ou seja, Regimento Interno, organograma oficial próprio, estrutura organizacional e Plano de Cargos e Salários. O HEETSHL não dispõe de um quadro próprio de pessoal, atuando neste prestadores de serviço que ingressaram através de um Processo Seletivo para contratação temporária, realizado em 2001; servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde, com lotação no Hospital; servidores de outros órgãos, seja estaduais, federais ou municipais; prestadores de serviço sem qualquer vínculo e; mais recentemente, servidores admitidos em concurso realizado pela SES em 2007, no caso de

médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista farmacêutico, assistente social, técnicos em enfermagem e em radiologia. Quanto a médico, atuam ainda prestadores de serviço contratados através de Processo Seletivo, realizado já em 2008, tendo em vista o não preenchimento de vagas previstas no concurso de 2007 e médicos pertencentes a cinco cooperativas – COOPANEST, COORT, COOPECIR, COOPED e COOMIT.

6. Necessário se faz que se proceda à contratação de candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007 e à identificação do quantitativo indispensável para cada função no Hospital, providenciando-se novos certames até que seja efetivado um quadro próprio de pessoal, possibilitando a capacitação e o equacionamento de remunerações, inclusive no que tange à gratificação de produtividade.

7. O HEETSHL só foi considerado, desde sua instalação, como Unidade Orçamentária do Estado, no exercício de 2005 e, mesmo assim, não de forma plena. Todos os recursos para o Hospital são oriundos do Tesouro do Estado – SES ou do FESEP, inclusive os repasses efetuados pelo Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, os quais são transferidos através da SMS-JP para o Estado.

8. Verificou-se não haver uma prática de concentração das despesas relacionadas ao hospital, sendo realizadas de formas variadas (de exercício para exercício a Unidade Gestora varia; ao mesmo tempo em que o HEETSHL é um dos credores, responsabilizando-se por alguns pagamentos, outras despesas são empenhadas tendo como credores os fornecedores/prestadores de serviço; ora as cooperativas médicas são credoras, elas mesmas, ora não; etc.). Em decorrência, não foi possível precisar o montante exato de recursos disponibilizados para o HEETSHL, evidenciando-se, entretanto, serem insuficientes e/ou ineficientemente geridos, tendo em vista o acúmulo de débitos com fornecedores e prestadores de serviço, a falta de materiais e o nível insatisfatório de conservação de equipamentos e das instalações.

9. Dentre outras recomendações feitas quanto ao assunto, ressalta-se a necessidade de se elaborar um orçamento individual para a unidade hospitalar, de acordo com as despesas essenciais (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.), mesmo que não seja unidade gestora, mas que viabilize efetivar um controle e uma estimativa de custos, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina.

10. Examinando-se a questão referente à realização de cirurgias, constatou-se haver um alto índice de cancelamento de cirurgias agendadas, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há internação e onerando os custos do Hospital. Para se reverter a situação, recomendou-se implantar um controle mais eficaz utilizando-se, de forma efetiva, o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de outros registros, possibilitando detectar as causas motivadoras de tais cancelamentos e uma otimização do serviço.

1. INTRODUÇÃO

ANTECEDENTES

- 1.1. A Constituição Federal de 1988 atribuiu aos Tribunais de Contas, dentre outras competências, aquela de auxiliar o Poder Legislativo na fiscalização operacional das entidades da administração direta e indireta. A auditoria operacional ocupa-se da análise dos aspectos relativos à economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade das ações, programas, órgãos ou atividades da administração pública contribuindo para o aperfeiçoamento da ação governamental.
- 1.2. O Tribunal de Contas da Paraíba participa do Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios Brasileiros – PROMOEEX, que tem, dentre os seus objetivos, a implementação da auditoria operacional nos Tribunais de Contas. Por designação da Presidência do Tribunal de Contas da Paraíba, foi constituído Grupo Especial de Trabalho, em 12 de fevereiro de 2008, para a realização de auditoria operacional nos órgãos por ele jurisdicionados. O presidente do TCE-PB, conselheiro Arnóbio Alves Viana, determinou a realização de avaliação de desempenho do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, hospital de referência no atendimento de urgência e emergência.

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DA AUDITORIA

- 1.3. Situado na Rua Orestes Lisboa, sem número, no Conjunto Pedro Gondim, em João Pessoa, Paraíba, o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena tem a missão de *“Promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário”*¹. Com a visão de *“Tornar-se hospital de referência nacional do atendimento de urgência e emergência ao paciente politraumatizado”*², o HEETSHL presta atendimento gratuito a qualquer paciente que lhe seja encaminhado ou que a ele se dirija espontaneamente, especialmente no que se refere à urgência, emergência e internação de pacientes acometidos de politraumatismos.
- 1.4. O HEETSHL realiza atendimentos nas áreas de: anestesiologia; cirurgias geral, pediátrica, plástica, torácica e vascular; clínica médica geral; endoscopia digestiva; tratamento intensivo; neurocirurgia; oftalmologia; otorrinolaringologia; pediatria; radiologia; traumatologia; urologia; cirurgia buco-maxilo-facial e angiologia.

¹ _____. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Compromisso entre entes públicos. Anexo II. João Pessoa, nov. de 2007.

² Idem.

OBJETIVOS DA AUDITORIA

- 1.5. A auditoria operacional realizada teve como objetivo avaliar o desempenho da instituição auditada, sob as dimensões da economicidade, da eficiência e da eficácia. Buscou-se analisar o desempenho operacional das principais funções do Hospital de Trauma: os atendimentos de urgência e emergência. A aplicação de técnicas de diagnóstico, como se verá adiante, permitiu a identificação de fraquezas e ameaças que orientaram a definição do problema de auditoria.
- 1.6. Foi identificado o seguinte problema de auditoria: O HEETSHL foi criado dentro de uma política nacional de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência. A sociedade, portanto, desde sua instalação, conferiu-lhe alta credibilidade que, paradoxalmente, somada à carência da rede hospitalar em geral, vem desvirtuando o perfil da instituição e comprometendo a qualidade dos serviços prestados.
- 1.7. A partir do problema, foram elaboradas as seguintes questões de auditoria:
 1. A demanda do Hospital é compatível com:
 - a) seu perfil de Urgência e Emergência?
 - b) sua capacidade de atendimento?
 - c) sua área geográfica de atuação?
 2. Em que medida tem sido observada a Pactuação estabelecida entre o Estado e o Município de João Pessoa, com relação ao HEETSHL?
 3. Há disponibilidade suficiente e adequada de recursos humanos e financeiros, equipamentos e materiais médico-hospitalares e medicamentos para o pleno funcionamento do hospital?
 4. O Hospital tem utilizado sua capacidade máxima de realização de cirurgias?
- 1.8. A escolha dos aspectos abordados nas questões de auditoria decorreu da identificação de suas relevâncias no contexto da instituição.

CRITÉRIOS

- 1.9. Os critérios de auditoria utilizados, padrões gerais para se emitir opinião sobre o desempenho do HEETSHL, encontram-se em normas do Ministério da Saúde, Resoluções dos Conselhos Regional e Federal de Medicina, Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor Regionalizado, Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, e o Termo de Compromisso entre Entes Públicos, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (SMS-JP), dentre outras. O Anexo II do TCEP apresenta um Plano Operativo Anual, que contém metas físico-financeiras para o HEETSHL, assim como metas, ações, produtos e indicadores qualitativos. Foi analisada a eficácia, quanto ao alcance destas metas e à implementação das ações.

METODOLOGIA

- 1.10. Durante a fase de planejamento, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com a diretoria do HEETSHL e com pessoas que atuam em setores de importância estratégica para a auditoria, como Urgência/Emergência, Contas Médicas, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Recursos Humanos, Manutenção, Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Bloco Cirúrgico etc. Com isso, buscou-se obter um diagnóstico da situação do Hospital, bem como saber da existência de dados e informações necessárias, como indicadores hospitalares e sistemas informatizados.
- 1.11. Também foram pesquisados relatórios anteriores do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, de fiscalização do Conselho Regional de Medicina e de atividades elaborados pelos setores do HEETSHL, Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, celebrado entre o Estado e o Município de João Pessoa, literatura sobre gestão hospitalar e informações disponíveis na *internet*, principalmente em *sites* oficiais dos governos federal, estadual e municipal.
- 1.12. Além disso, foi realizada pesquisa, por meio de questionário contendo questões fechadas e abertas sobre os possíveis problemas existentes e possibilidades de melhoria, o qual foi disponibilizado a todos os que exercem atividades no Hospital (fls.13). Os resultados contribuíram para a realização das técnicas de diagnóstico.
- 1.13. Foram então aplicadas as seguintes técnicas de diagnóstico: Mapa de Processo, Análise *SWOT*, Diagrama de Verificação de Risco e Análise *Stakeholder*.
- 1.14. O Mapa do Processo do atendimento de urgência e emergência³ representa graficamente os passos seguidos no processo de atendimento de pacientes, da forma que é realizado atualmente. Nele destacam-se alguns dos problemas e oportunidades de melhoria identificados.
- 1.15. A Análise *SWOT* cuja sigla é originada do inglês (*strength, weakness, opportunities, threats*), busca identificar as forças e fraquezas do ambiente interno, assim como as oportunidades e ameaças do ambiente externo⁴. Com base na Análise *SWOT*, foi elaborado o Diagrama de Verificação de Risco⁵, no qual os riscos que podem afetar o desempenho da instituição estão relacionados com seus graus de impacto e probabilidade de ocorrência.
- 1.16. A Análise *stakeholder* teve o objetivo de identificar os principais atores envolvidos com o ente auditado⁶. Buscou conhecer os seus interesses e como esses irão afetar a instituição objeto da auditoria. Os *stakeholders*, ou atores, são aqueles que têm influência ou importância decisiva para o sucesso da organização.

³ Apêndice IV.

⁴ Apêndice V.

⁵ Apêndice VI.

⁶ Apêndice VII.

- 1.17. Ao final do planejamento, foi realizada uma reunião com a Diretoria do HEETSHL e outras pessoas que atuam no hospital, onde foram apresentados os resultados das técnicas de diagnóstico, bem como a Matriz de Planejamento, elaborada a partir delas. Na ocasião, foram explicitadas, quanto à Matriz de Planejamento, as questões de auditoria, com as informações requeridas, fontes de informações, estratégias metodológicas, métodos de análise de dados, limitações e o que a análise de cada questão permitiria dizer.⁷
- 1.18. Na fase de execução, constituíram estratégias metodológicas as visitas de estudo ao HEETSHL e a outros hospitais que constam como de retaguarda, no Plano Estadual de Saúde e a utilização de dados primários e secundários. Os métodos consistiram em observação direta, coleta de registros administrativos, realização de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com a Direção do HEETSHL e de outros hospitais (Instituto Hospitalar General Edson Ramalho - IHGER, Hospital Municipal Santa Isabel, Hospital São Vicente de Paulo e Complexo Hospitalar de Mangabeira), com a Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, e com várias coordenações e chefias do HEETSHL.
- 1.19. Dentre as limitações observadas, pode-se mencionar os fatos de que: os entrevistados, ao defenderem seus interesses, por vezes conflitantes com os de outros, podem comprometer a relevância e a confiabilidade das informações; os dados disponibilizados normalmente não contemplam avaliação de desempenho; há dificuldade de obtenção de dados referentes a recursos humanos e financeiros e à execução de procedimentos pactuados; alguns Relatórios de Atividades do HEETSHL são superficiais em suas abordagens; inexistente uma prática de registro de cancelamentos de cirurgias com suas respectivas causas, etc.

FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

- 1.20. Este relatório apresenta a auditoria operacional realizada no HEETSHL, por integrantes do Grupo Especial de Trabalho, iniciando, no Capítulo 2, com uma visão geral da instituição auditada, onde é discutida a relevância do tema e a importância do objeto de auditoria - hospital de referência no atendimento de urgência, emergência e de politraumatizados no Estado da Paraíba.
- 1.21. O Capítulo 3 trata da primeira questão de auditoria, onde se procura conhecer as características da demanda, expondo-se os principais motivos de atendimentos, a procedência dos pacientes, o número de internações, confrontando-se com a capacidade de atendimento.
- 1.22. No Capítulo 4, é avaliado o cumprimento da Pactuação estabelecida no TCEP, celebrado entre o Estado da Paraíba, representado pela SES e o Município de João Pessoa, representado pela Secretaria Municipal de Saúde. O TCEP formaliza a contratação de serviços hospitalares ofertados por hospitais sob gestão municipal e gerência do Estado e a respectiva forma de pagamento, estabelecendo metas físicas, volume da prestação de

⁷ Apêndice IX.

serviços, e metas qualitativas referentes à humanização do atendimento e melhoria da qualidade do atendimento prestado.

- 1.23. Os aspectos relacionados a recursos humanos foram abordados no Capítulo 5, dividindo-se, para efeito didático, em quatro grupos – *Direção, Chefia, Coordenação e Secretária; Saúde/Médicos, Saúde/Outros e Apoio*, dos quais são apresentados levantamentos referentes a quantitativo, vínculo com a instituição e formas e valores de remuneração. Este capítulo trata também dos recursos financeiros concernentes ao HEETSHL, investigando-se o grau de autonomia financeira e, conseqüentemente, de poder de decisão quanto à gestão, além de analisar a estrutura do Hospital no que tange a instalação física, equipamentos, materiais médico-hospitalares e medicamentos.
- 1.24. A última questão prevista na Matriz de Planejamento- Realização de Cirurgias - é vista no Capítulo 6 e, apesar da escassez de material que servisse de subsídio para seu exame, foi intencionalmente escolhido o assunto por se referir a uma etapa crítica do Mapa de Processo, tendo em vista a prática rotineira de cancelamento de cirurgias e suas implicações, tais como internação prolongada, contribuindo para superlotação e elevação de custos.
- 1.25. Em todo o relatório, na medida em que são identificados “achados de auditoria”, ou “oportunidades de melhoria”, são feitas sugestões para que o Tribunal de Contas da Paraíba recomende aos gestores a adoção de medidas, no sentido de solucionar ou minimizar os efeitos dos problemas que acarretam mau desempenho operacional. Em alguns casos, por se tratar de questão de natureza legal, o TCE-PB determinará o reestabelecimento da legalidade. Ao final do relatório, as conclusões estão registradas e as sugestões são agrupadas na Proposta de Recomendações.

2. VISÃO GERAL

RELEVÂNCIA DO TEMA

2.1. A saúde é um direito social do cidadão, assegurado pela Constituição Federal, e um dever do Estado. Cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Como parte dos direitos à saúde, o cidadão deve ter acesso à Atenção Especializada e Hospitalar em função da necessidade de saúde e indicação clínica.⁸ O crescimento da população, juntamente com o aumento de índices de violência e outros fatores, tem contribuído para o aumento da demanda nas portas de entrada dos serviços de saúde. Como consequência, os estabelecimentos de saúde têm experimentado grandes afluxos de pacientes e familiares, o que, diante da falta de melhor organização dos serviços, tem comprometido sua eficiência. Atento a estes fatos, o Ministério da Saúde adotou a Política Nacional de Humanização que tem como um de seus objetivos melhorar a qualidade do atendimento nos estabelecimentos públicos de saúde, por meio de acolhimento digno. A humanização da saúde, também chamada Humaniza SUS, tem como alvo principalmente os profissionais que atuam em instituições de saúde.

2.2. No Estado da Paraíba, o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena destaca-se como referência no atendimento de urgência e emergência e na internação de pacientes politraumatizados. Está registrado como pronto-socorro especializado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A importância do HEETSHL é conhecida de toda a população pessoense, paraibana e até mesmo de estados vizinhos, sendo um dos maiores hospitais públicos da Paraíba, tanto em número de leitos quanto em número de atendimentos. A seleção do HEETSHL como objeto de auditoria operacional é oportuna, em razão das dificuldades enfrentadas pelos hospitais, públicos e privados, em atender à crescente demanda pelos seus serviços. O incremento da necessidade de serviços de atenção ambulatorial e hospitalar além do aumento da capacidade de atendimento pode comprometer não só a qualidade do serviço como pôr em risco a saúde e até mesmo a vida.

HISTÓRICO E DADOS TÉCNICOS

2.3. O HEETSHL originou-se da necessidade de se construir, em João Pessoa, uma unidade hospitalar para o atendimento de pacientes de emergência e trauma. Em 1998, o Ministério da Saúde criou o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Em 09 de junho de 1999, a Lei Estadual de nº 6.746 instituiu o HEETSHL, vinculado à SES, o qual foi concluído em 30 de agosto de 2000. Sua inauguração só ocorreu em 20 de julho de 2001, tendo iniciado o atendimento a pacientes em 06 de agosto de 2001.

2.4. O HEETSHL dispõe de: Centro Cirúrgico, com seis salas de cirurgia; duas salas de pequenas intervenções cirúrgicas de emergência; Centro de Diagnóstico de Imagem, com

⁸ _____. Ministério da Saúde. Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde.

ressonância magnética, tomografia computadorizada, raio X com sistema digital de imagem, ultra-sonografia e endoscopia. Dispõe ainda de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – adulto (dez leitos) e infantil (quatro leitos); Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), tratamento hiperbárico (dois leitos); enfermarias e postos de observação.

2.5. Os serviços gerais são: Administração; Lavanderia; Central de Materiais e Esterilização; Farmácia; Almoxarifado; Oficinas (elétrica, mecânica e marcenaria); Zeladoria; Engenharia Clínica; Corpo de Manutenção; Vestiários; Necrotério; Verificação de Óbitos; Central de Transplantes; Corpo de Resgate (bombeiros); Garagem; Câmaras de Cadáveres; Banco de Órgãos; Câmara Frigorífica; Câmara de Lixo; Lixeira para contaminados; Guaritas.

3. DEMANDA, CAPACIDADE DE ATENDIMENTO E PERFIL DO HEETSHL

3.1. Com o objetivo de avaliar se o HEETSHL oferece serviços de atendimento com eficiência, buscou-se verificar, neste Capítulo, em que condições são prestados estes serviços, partindo-se, inicialmente, do exame da relação entre as características da demanda real, no HEETSHL e o seu perfil e capacidade de atendimento. Vale ressaltar que entre 1999 e 2006 registrou-se, na Paraíba, um aumento de óbitos por causas externas – que têm relação direta com os atendimentos realizados no HEETSHL. Nesse período, o percentual em relação ao total de óbitos cresceu de 7 % para mais de 10 %. As mortes causadas por homicídio, acidentes de trânsito e suicídio representaram 67 % do total de causas externas.⁹

DEMANDA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

3.2. O HEETSHL dispõe de 138 leitos utilizáveis, sendo 26 na Clínica Neuro e Buco, 28 nas Clínicas Trauma e Geral, 16 na Clínica Cirúrgica e Trauma, 4 na Clínica Médica e Neuro, 2 na Clínica de Queimados, 3 na UTI Pediátrica, 12 na Clínica Pediátrica, 10 na UTI Adulto, 6 na Semi-intensiva, 8 na UTQ, 4 na Enfermaria Especial, 4 na Clínica Médica/Urgência, 5 na Emergência/Pediatria, e 10 na Emergência Geral. Possui 6 salas de cirurgia, mas apenas em 5 são realizadas cirurgias. Conta com os serviços médicos nas especialidades de anestesiologia; cirurgias geral, pediátrica, plástica, torácica e vascular; clínica médica geral, endoscopia digestiva, tratamento intensivo, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, radiologia, traumatologia, urologia, cirurgia buco-maxilo-facial e angiologia.

3.3. De modo geral, devido às facilidades e segurança que oferecem em face da concentração de recursos humanos e tecnológicos, os hospitais são os equipamentos de saúde preferidos, tanto pela população, como pelos profissionais da área. Embora o número de leitos não tenha aumentado, desde a inauguração do HEETSHL, o número total de atendimentos apresentou crescimento em todos os exercícios, com exceção do exercício de 2004. Entre

⁹ _____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde.

os exercícios de 2002 e 2003, registrou-se um crescimento de 20 %; e entre 2002 e 2007, o crescimento foi de 32 %, sendo registrados 53.445 atendimentos, em 2007. A Tabela 1, a seguir, relaciona os principais motivos de atendimento, conforme foi informado no cadastro de entrada dos pacientes.

Tabela 1. Atendimentos por motivo de 2002 a 2007.

Motivo de Atendimento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Acidente de bicicleta	916	1.226	1.266	1.256	1.109	1.248
Acidente de automóvel	1.753	1.758	1.526	1.455	1.456	1.386
Atropelamento	1.135	1.412	1.495	1.562	1.396	1.355
Queimadura	1.353	1.426	1.265	1.334	1.253	1.259
Arma de fogo	599	685	673	778	769	814
Queda	793	8.737	8.369	8.732	8.419	8.058
Corpo estranho	2.581	2.900	3.163	3.439	3.649	3.979
Acidente de moto	2.482	2.947	3.381	3.183	3.287	4.045
Queda de escada	129	135	139	180	223	222
Trauma	1.831	1.162	1.240	1.845	2.701	3.577
Fratura Exposta	23	9	9	2	2	1
Arma branca	315	513	598	556	587	571
Agressão física	862	1.285	1.395	1.492	1.352	1.327
Desmaio	529	648	713	739	650	674
Acidente vascular cerebral	393	523	537	852	1.067	1.273
Hipertensão	1.030	1.162	960	942	1.005	1.028
Dor de cabeça	1.338	1.931	1.841	1.915	2.436	2.647
Dor no tórax	361	349	336	990	530	626
Dor de estômago	312	302	262	149	165	228
Fraturas diversas	78	20	8	3	3	1
Dor de coluna	652	767	633	486	727	924
Retorno	425	539	1.655	611	623	701
Dor muscular	563	441	294	248	461	402
Alcoolismo	94	118	46	35	36	40
Febre	355	267	168	103	140	226
Corte	1.994	2.412	2.498	2.421	2.133	2.280
Pancada	2.374	2.959	2.650	2.761	2.774	2.589
Sangramento	313	522	706	664	741	714
Dor abdominal	1.180	1.964	1.938	2.157	2.555	2.683
Torcicolo	153	74	73	37	35	21
Problema Cardíaco	165	337	286	313	317	306
Insuficiência respiratória	197	268	286	387	389	413
Diabetes	47	52	44	25	44	70
Crise nervosa	56	119	124	154	161	189
Outros	13.085	8.395	8.807	5.635	6.494	7.568
TOTAIS	40.466	48.364	49.384	47.441	49.689	53.445

Fonte: SAME (documento às fls. 72).

Tabela 2. Atendimentos/serviços realizados de 2001 a 2007

DISCRIMINAÇÃO	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atendimentos Emerg/Urg.	11.535	40.975	46.905	49.345	47.375	49.662	48.865
Movimentações *	1.847	6.491	7.274	8.422	9.734	9.926	9.830
Óbitos totais	175	572	671	639	844	933	950
Exames de imagem **	10.287	40.233	42.398	45.210	47.757	-	-
Exames laboratoriais	19.565	72.790	72.061	74.445	81.388	97.184	83.762
Cirurgias Realizadas	1.181	4.529	4.733	4.330	3.859	4.119	4.013

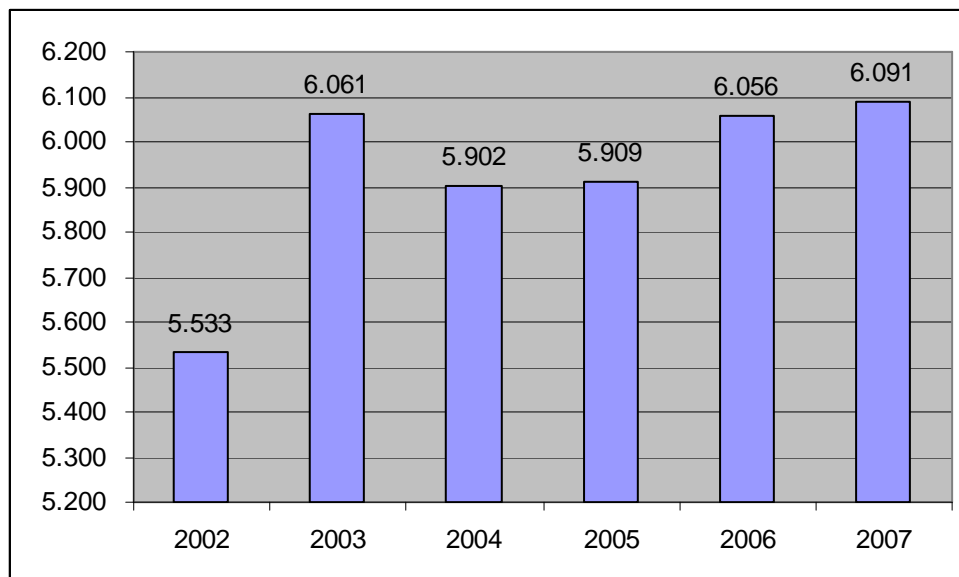
Fonte: SAME.

* Internações + transferências de uma clínica ou UTI para outra unidade/clínica, a partir de setembro/04 passou a se denominar "Movimentações".

** A partir de janeiro/06, o Setor de Diagnóstico por Imagem não mais forneceu os dados do Centro de Imagem.

3.4. Por outro lado, o número anual de internações aumentou entre 2002 e 2003, em 9,5 %, e a partir de então, estabilizou em torno de 6.000 internações, conforme a Gráfico 1. Esta estabilização, como se verá adiante, revela indícios de que, mantidos os índices atuais de média de permanência e taxa de ocupação, o HEETSHL mantém-se na sua capacidade máxima de internações, que traz como consequência, a ocorrência frequente de superlotação.

Gráfico 1. Internações por motivo de 2002 a 2007.



Fonte: SAME.

3.5. Desde as primeiras visitas de estudo realizadas no HEETSHL, a equipe de auditoria constatou a ocorrência de superlotação na Urgência, na Emergência e nas enfermarias, com a presença de pacientes colocados em macas, nos corredores, devido à insuficiência de leitos¹⁰. Tal constatação também foi feita quando das duas fiscalizações realizadas pelo Conselho Regional de Medicina - CRM. O relatório da fiscalização do CRM, realizada em

¹⁰ Ver foto no Apêndice X

01 de outubro de 2007, reporta o seguinte: “No setor de observação existem seis leitos, sendo que dois pacientes estavam em macas. A capacidade da sala de observação é para quatro leitos”. E ainda: “O setor destinado à observação de pediatria é improvisado em um corredor, onde existem cinco leitos, em continuidade existe uma enfermaria masculina com seis leitos, porém havia quatro macas, perfazendo o total de dez pacientes internados, demonstrando mais uma vez a superlotação no setor”. Na segunda fiscalização do CRM, realizada em 14 de março de 2008, constatou-se a continuidade da superlotação: “**SETOR DE URGÊNCIA** existe uma área onde os pacientes mais graves são internados. Observa-se um excesso de pacientes internados **alguns em macas** (grifo nosso)”.¹¹ A superlotação também foi um dos problemas do HEETSHL informados no questionário aplicado às pessoas que desenvolvem atividades no hospital, como subsídio para a análise SWOT¹².

3.6. Além das constatações de superlotação, por meio de observação direta, existem outros fatores que corroboram a incapacidade do HEETSHL de atender toda a sua demanda espontânea e referenciada, a saber, indicadores hospitalares. A Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de recomendações técnicas ideais que servem de referência para orientação dos gestores do SUS. Os parâmetros estabelecidos por esta portaria destinam-se a subsidiar a análise da necessidade de oferta de serviços assistenciais à população; auxiliar na elaboração do planejamento e da Programação Pactuada Integrada (PPI); e auxiliar no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS. Dentre os indicadores para avaliação hospitalar, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, consta a taxa de ocupação hospitalar (TxOH), calculada por meio da seguinte fórmula:

$$\text{TxOH} = \frac{\text{NPD}}{\text{NLD}} \times 100$$

onde:

NPD = Número de pacientes dia¹³ (num período)

NLD = Número de leitos dia¹⁴ (no mesmo período)

3.7. O anexo da Portaria nº 1.101/GM informa que o Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48 % de ocupação/leito/ano, para o SUS, contra 80 a 85 % que seria a média desejável. O Plano Operativo Anual, anexo do Termo de Compromisso Entre Entes Públicos firmado entre a SES e a SMS-JP, fixou como meta para a taxa de ocupação hospitalar, no seu período de vigência – um ano, a partir de 08 de novembro de 2007 – índice menor que 91 %, que foi o registrado no exercício de 2006. Cabe ressaltar que este índice de 91 % já é superior à taxa ideal, segundo o Ministério da Saúde, que é de 80 %. Ocorre que a taxa de ocupação hospitalar do HEETSHL, nos meses janeiro a junho de 2008, ultrapassou o limite da meta, como demonstra o gráfico seguinte.

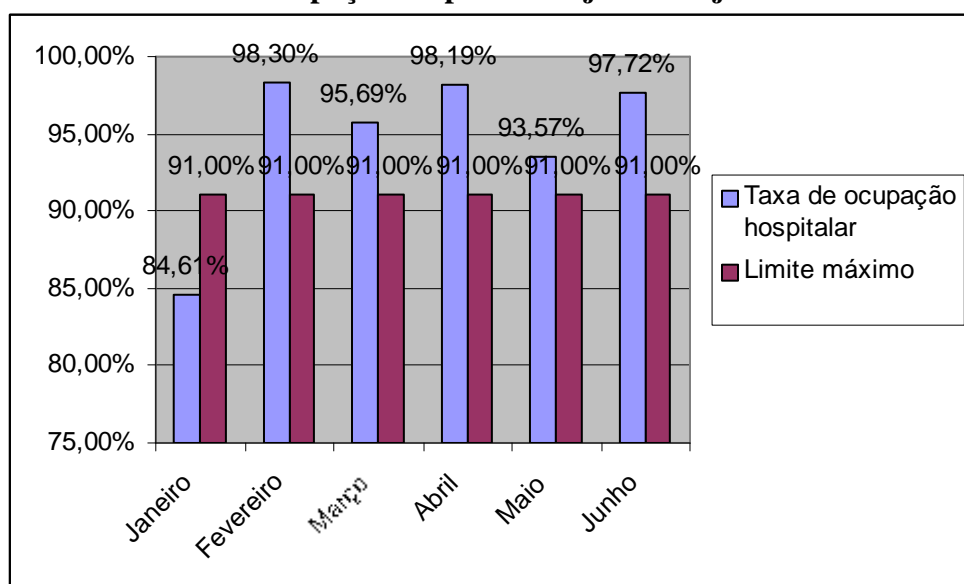
¹¹ _____. Relatórios de Fiscalização do CRM, às fls. 14.

¹² Apêndice V.

¹³ Paciente dia: Unidade de medida da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado. O dia da alta somente será computado se ocorrer no mesmo dia da sua internação (fonte: http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page_search.php?lang=&letter=P).

¹⁴ Leito dia: Unidade de medida que representa disponibilidade de leito hospitalar num dia hospitalar (fonte: http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page_search.php?lang=&letter=L)

Gráfico 2. Taxa de ocupação hospitalar de janeiro a junho de 2008.



Fonte: SAME.

3.8. Nos meses de fevereiro, abril e junho, a TxOH ficou próxima de 100 %, sendo 98,30, 98,19, e 97,72 %, respectivamente. Vale salientar que a média de permanência¹⁵ mensal, no primeiro semestre manteve-se relativamente baixa, oscilando entre 3,25 e 4,09 dias, o que reforça a conclusão de que, mesmo tendo maximizado a produtividade dos leitos, o HEETSHL não tem conseguido atender satisfatoriamente toda sua demanda de internações. A Tabela 3, a seguir, contém os principais indicadores hospitalares existentes no HEETSHL.

Tabela 3. Indicadores hospitalares do HEETSHL, no período de agosto de 2001 a junho de 2008

INDICADORES	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
Média de Permanência (1)	3,75	5,95	4,15	3,61	3,65	3,79	3,94	3,80
Taxa de Ocupação (2)	55,2	86,28	82,6	85,53	83,15	84,61	88,14	94,68
Média Paciente-dia (3)	3,12	1,79	2,01	2,09	2,42	2,47	2,45	2,26
Mortalidade Global (4)	7,04	9,76	8,98	8,53	9,06	9,92	9,82	9,58
Mortalidade Institucional (5)	5,15	5,4	6,27	6,51	6,63	8,03	6,4	6,83
Índice de Renovação (6)	0,49	3,88	4,85	5,25	6,02	6,36	5,44	5,44
Intervalo de Substituição (7)	7,91	2,43	3,2	3,14	3,27	3,79	3,8	5,89

Fonte: SAME (documento às fls. 130).

* Período de agosto a dezembro de 2001.

** Período de janeiro a junho de 2008.

¹⁵ A média de permanência é um indicador usado para definir a produtividade de leitos. Segundo a Portaria nº 1.101/GM a média de permanência hospitalar Brasil/SUS/99 foi de 5,98 dias.

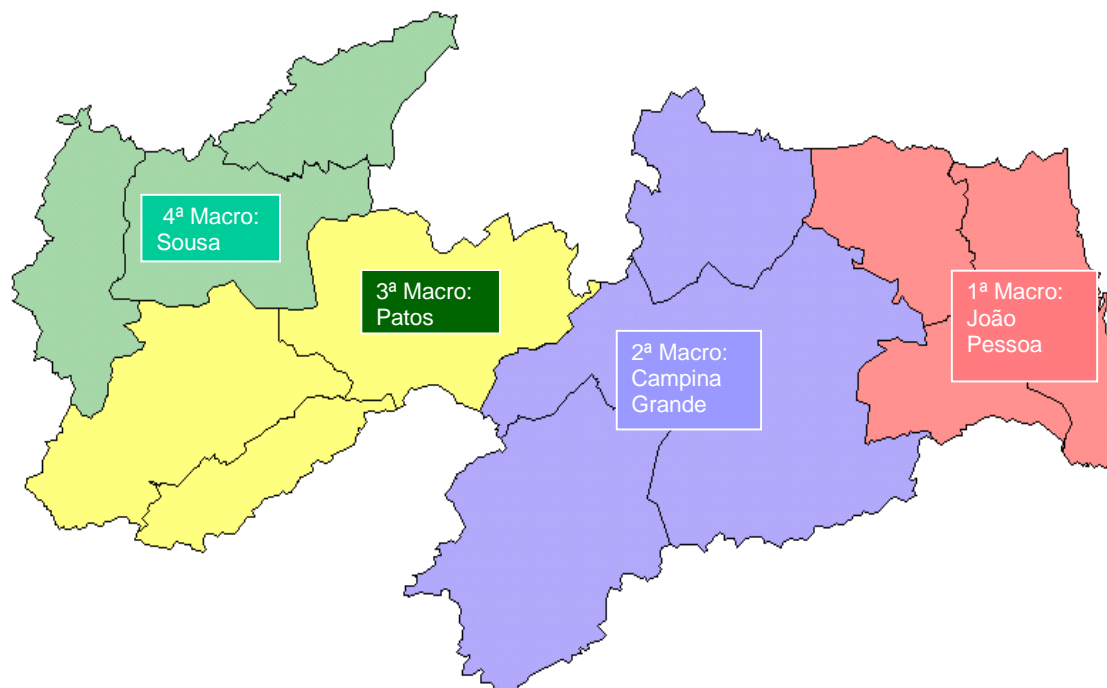
- (1) Internações acumuladas / Saídas (altas + óbitos + remoções + transferências).
- (2) Internações acumuladas X 100 / número de leitos X número de dias no mês.
- (3) Internações dia / número dias mês.
- (4) Óbito total X 100 / saídas (altas + óbitos + remoções + transferências).
- (5) Óbitos após 24 horas de entrada no hospital X 100 / saídas.
- (6) Número de saídas / número de leitos.
- (7) 100 - Taxa de Ocupação X Média Permanência / Taxa de Ocupação.

3.9. Uma visão geral do perfil de atendimento do HEETSHL e do Sistema Estadual de Urgência e Emergência proporcionará uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para a superlotação no HEETSHL.

PERFIL DE ATENDIMENTO

3.10. O Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011 (fls. 224) dividiu o território paraibano em quatro macro-regiões de saúde (ver Gráfico 3). Cada uma delas é composta por um determinado número de municípios agrupados a partir de características demográficas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, levando em conta ainda a oferta de serviços e as relações intermunicipais. Os municípios de João Pessoa e Campina Grande desempenham a função de pólos estaduais, concentrando atendimentos de maior complexidade.

Gráfico 3. Divisão do Estado da Paraíba por Macro-regiões de saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

3.11. As estratégias de ação do Estado e dos municípios não são isoladas, mas integradas no contexto da Programação Pactuada Integrada, introduzida pela Norma Operacional Básica nº 01/96, do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 1996). A Portaria nº 1.097/2006 do Ministério da Saúde define a PPI como “*um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde*”. Por meio da PPI, são definidos os limites financeiros destinados à assistência da população própria dos municípios e das referências recebidas de outros municípios. A PPI envolve, além de outras atividades¹⁶, a assistência ambulatorial e hospitalar, definindo as responsabilidades dos entes federativos, de forma a garantir o acesso da população e esses serviços, e tem como objetivos:

- a) buscar a equidade de acesso da população, em qualquer nível de complexidade;
- b) orientar a alocação de recursos financeiros;
- c) definir os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios;
- d) fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso à assistência à saúde.

O processo de estabelecimento da PPI tem as seguintes etapas:

- a) Etapa Preliminar de Programação;
- b) Programação Municipal;
- c) Pactuação Regional;
- d) Consolidação da PPI Estadual.

3.12. Na Paraíba, segundo o Plano Estadual de Saúde, a implementação da Programação Pactuada Integrada/99 foi prejudicada pela inexistência de mecanismos de controle do fluxo de usuários nas referências estabelecidas. A potencialização dos objetivos da PPI requer um mecanismo de regulação permitindo a marcação de serviços em tempo real e garantindo o acesso do usuário. Esta falta de controle prejudica a eficiência do atendimento da rede hospitalar, gerando atendimentos fora do perfil e sobrecarga, nas unidades hospitalares.

3.13. O Plano Estadual de Saúde reporta ainda, como problema a ser enfrentado, o não envolvimento dos municípios, em Gestão Plena de Atenção Básica, no controle e emissão de Autorização de Internações Hospitalares. A participação dos municípios contribuiria para uma visão geral da situação, por meio do sistema, além de coresponsabilidade em prover o acesso aos serviços hospitalares. Consta do Plano Estadual de Saúde a informação de que o projeto da Rede Estadual de Urgência e Emergência está sendo redefinido para atender as necessidades atuais de organização da assistência à saúde.

3.14. Cerca de 36 % de todos os atendimentos realizados no HEETSHL são de pacientes oriundos de outros municípios da Paraíba, senão João Pessoa, e dos Estados vizinhos de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Desde o exercício de 2003, o índice de participação de outros municípios paraibanos no total de atendimentos tem aumentado, chegando a 37,24 %, em 2007 (ver Tabela 4).

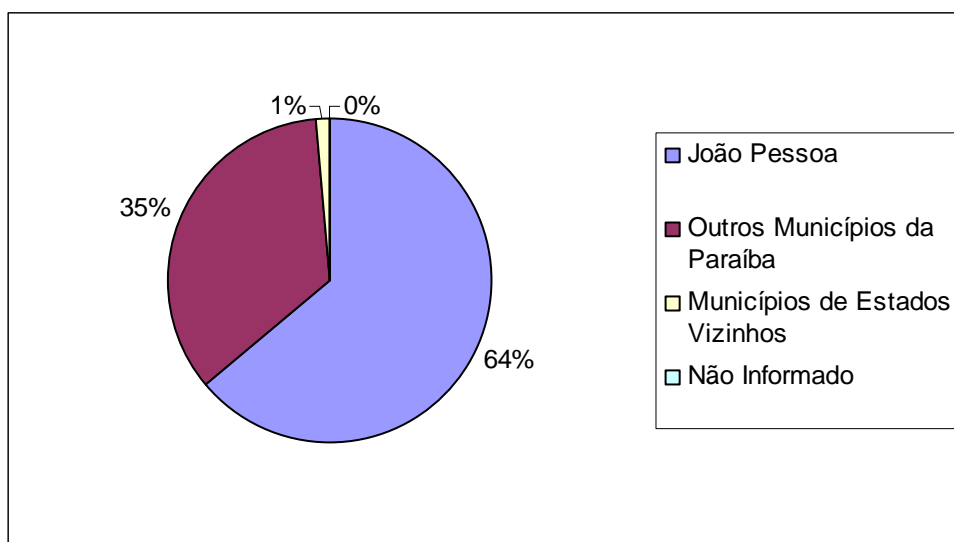
¹⁶ A PPI também envolve as atividades de vigilância sanitária de epidemiologia e controle de doenças.

Tabela 4. Atendimentos por procedência

Procedência	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
João Pessoa	26.558	65,63	32.166	66,51	32.137	65,07	30.124	63,50	30.968	62,32	32.878	61,52
Outros Municípios da Paraíba	13.257	32,76	15.475	32,00	16.599	33,61	16.811	35,43	18.154	36,53	19.905	37,24
Municípios de Estados Vizinhos	606	1,50	712	1,47	640	1,30	502	1,06	564	1,14	662	1,24
Não Informado	45	0,11	11	0,02	8	0,02	4	0,01	3	0,01	-	-
Total	40.466	100%	48.364	100%	49.384	100%	47.441	100%	49.689	100%	53.445	100%

Fonte: SAME (documento às fls. 177).

Gráfico 4. Percentagens de atendimentos por procedência de 2002 a 2007.



3.15. A Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. O Regulamento estabelece que os Municípios Pólo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade devem ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou interestaduais da alta complexidade. As Centrais de Regulação são as estruturas responsáveis pela regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, dentre outros. O Plano Estadual de Saúde para 2008 a 2011 estabeleceu como meta a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência.

3.16. Diante do exposto, cabe recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que:

- a) apresente um cronograma para a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência e para a elaboração de um protocolo estadual de referências e contra-referências;
- b) adote medidas para redução da superlotação no atendimento do HEETSHL e;
- c) reconduza a Taxa de Ocupação Hospitalar do HEETSHL à meta fixada.

SISTEMA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.17. O HEETSHL presta atendimento gratuito para pacientes do SUS ou qualquer outro que procure ser atendido, especialmente em casos de urgência e emergência e de internação para pacientes acometidos de politraumatismos. Como hospital de referência em urgência e emergência, sua demanda divide-se entre espontânea e referenciada, integrando o Sistema Estadual de Urgência e Emergência que é composto pelos hospitais relacionados na Tabela 5.

Tabela 5. Rede Estadual de Urgência e Emergência.

Unidade Hospitalar	Retaguarda/Suporte	Município
1- Hospital E. de Emer. e Trauma Sen. Humberto Lucena	-	João Pessoa
2- Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro	-	Patos
3- Hospital de Urgência	-	Campina Grande
4- Hospital Regional Manoel Abrantes Gonçalves	-	Sousa
5- Hospital Pedro I	retaguarda	Campina Grande
6- Hospital São Vicente de Paulo	retaguarda	João Pessoa
7- Hospital Universitário Lauro Wanderley	retaguarda	João Pessoa
8- Hospital Municipal de Pronto-Socorro “Santa Isabel”	retaguarda	João Pessoa
9- Hospital General Edson Ramalho	retaguarda	João Pessoa
10- Hospital Regional	suporte	Guarabira
11- Hospital Regional	suporte	Picuí
12- Hospital Regional	suporte	Monteiro
13- Hospital Regional de Monteiro	suporte	Piancó
14- Hospital Regional de Cajazeiras	suporte	Cajazeiras

Fonte: Plano Estadual de Saúde (2008-2011).

3.18. Apesar de alguns hospitais figurarem, no Plano Estadual de Saúde, como de retaguarda – Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Universitário Lauro Wanderley, Hospital Municipal de Pronto Socorro Santa Isabel, e Hospital General Edson Ramalho – não tem sido atendida de forma eficiente, neste sentido, a necessidade do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. A função de retaguarda, se desempenhada por outros hospitais, contribuiria para aumentar a eficiência da rede hospitalar mediante cooperação entre unidades hospitalares, em situações em que alguma unidade não tem condição de atender sua demanda.

3.19. A transferência de pacientes fora do perfil de um hospital, para outros hospitais, pode não ser viável, em caso de não haver leitos suficientes em toda a rede hospitalar. Com o objetivo de melhor conhecer a situação de alguns hospitais da Rede Estadual de

Urgência e Emergência, em João Pessoa, foram realizadas visitas de estudo e entrevistas, nos dias 22 e 25 de agosto de 2008, em algumas destas unidades hospitalares – Hospital São Vicente de Paulo, Instituto Hospital General Édson Ramalho, Hospital Municipal de Pronto-Socorro Santa Isabel e Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, pois o último, mesmo não integrando ainda a Rede de Urgência e Emergência, irá absorver os serviços de urgência, emergência e traumatologia hoje prestados pelo Santa Isabel. Também foi encaminhado ofício ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU), solicitando informações sobre indicadores e leitos.

- 3.20. Nas entrevistas realizadas com diretores, administradores e técnicos de unidades hospitalares, uma reclamação freqüente dos entrevistados foi a ineficiência das unidades básicas de saúde, em ações de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, fazendo com que muitos pacientes cheguem aos hospitais com agravamento do estado de saúde. Em muitos casos, um melhor acompanhamento dos pacientes, nos Postos de Saúde da Família - PSF, contribuiria para reduzir a demanda por serviços da rede hospitalar. As entrevistas e inspeções contribuíram para a obtenção de dados importantes como indicadores hospitalares (fls. 489), úteis para se estabelecer comparativos, como se verá adiante.
- 3.21. O Hospital General Édson Ramalho, sob a gerência da SES, dispõe de 151 leitos, sendo 78 na unidade de internação, 07 no Centro de Terapia Intensiva, 44 na maternidade, 08 na urgência e o restante em outros setores. Ele é referência no atendimento de média complexidade, com atendimentos em clínica médica, cirurgia, obstetrícia e centro de tratamento intensivo. Está registrado no CNES como hospital geral. Por ocasião da visita de estudo, constatou-se superlotação nos atendimentos de urgência com a existência de pacientes deitados em macas e bancos, nos corredores.¹⁷ No período de janeiro a julho de 2008, a menor taxa de ocupação hospitalar foi de 76,58 %, registrada no mês de maio, e a maior foi de 98, 87 %, registrada em julho. No mesmo período, a média de permanência, de oscilou entre a mínima de 3,88 dias e a máxima de 5,47 dias.
- 3.22. O Hospital São Vicente de Paulo dispõe de 148 leitos, realiza atendimentos de clínica geral, neurologia e nefrologia, contando com um serviço de hemodiálise. Realiza diversos tipos de cirurgias eletivas¹⁸, como de histerectomia, cisto de ovários, vesícula, apêndice e neurocirurgia. No mês de agosto de 2008, o São Vicente de Paulo solicitou à Diretoria de Regulação da SSM-JP o credenciamento e habilitação da unidade de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular. Também informou à regulação que disponibiliza um equipamento de arco cirúrgico de última geração com capacidade de realizar procedimentos de média e alta complexidade a preço da tabela do SUS. No momento em que a equipe de auditoria esteve neste Hospital, verificou-se a existência de cerca de 22 leitos vazios e utilizáveis, além da inexistência de superlotação ou pacientes colocados em macas. De fato, a menor taxa de ocupação hospitalar mensal do São Vicente de Paulo, no período de janeiro a julho de 2008 foi de apenas 40,19 %, registrada em fevereiro, e a maior taxa foi de 71,70 %, confirmando a situação encontrada *in loco*. A média de permanência mensal oscilou entre 6,25 % a 6,97 %. Na entrevista com a Diretoria, foi confirmado que alguns atendimentos, especialmente em neurologia, realizados no HEETSHL poderiam ser feitos no São Vicente de Paulo. Do total de internações ocorridas no HEETSHL, em

¹⁷ Apêndice X.

¹⁸ Cirurgias agendadas para pacientes já avaliados, não decorrentes de situação de urgência ou emergência.

2007, autorizadas pela Central de Regulação do Município, 130 referiram-se a insuficiência respiratória aguda e 126 a diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica. Estes procedimentos também poderiam ser realizados no Hospital São Vicente de Paulo.

3.23. Há, portanto, oportunidades de melhoria, sendo recomendável que a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa:

- a) avalie a qualidade do atendimento de pacientes nos Postos de Saúde da Família;
- b) considere a viabilidade de deferir o pedido de credenciamento e habilitação do Hospital São Vicente de Paulo como alta complexidade;
- c) reavalie a operacionalização da Central de Regulação, com vistas a uma melhor distribuição dos pacientes encaminhados ao HEETSHL, de acordo com o seu perfil;
- d) encaminhe e autorize a internação, por meio da Central de Regulação, de pacientes com insuficiência respiratória aguda e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica, no Hospital São Vicente de Paulo ou em outras unidades hospitalares, reduzindo os encaminhamentos deste tipo para o HEETSHL.

3.24. O Hospital Municipal de Pronto-Socorro Santa Isabel conta com 105 leitos e é especializado em clínica geral, pediatria, ortopedia traumatológica, cirurgia geral, torácica e neurocirurgia. Está registrado como hospital geral, no CNES. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2008, a TxOH ficou em torno de apenas 62 %, atingindo o ápice do primeiro semestre, em abril, com 81,7 %. Segundo informação da Diretoria Administrativa do Santa Isabel, os atendimentos de urgência traumatológica e pediatria, em breve não serão mais realizados naquela instituição e passarão a ser feitos no Hospital de Orto-traumatologia do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity. Ainda sobre o Hospital Santa Isabel, cabe destacar que, em 2005, foi firmado um Pacto de Otimização do Atendimento de Urgência e Emergência na Saúde Pública da Cidade de João Pessoa, entre representantes do Município de João Pessoa e do Estado. Tal Pacto tem como objetivo priorizar o atendimento no HEETSHL e no Santa Isabel, conforme as características do perfil de cada instituição. À época, estimou-se que houvesse uma diminuição da demanda do HEETSHL, em cerca de 20 %, entretanto, como se vê na Tabela 1, isso não ocorreu. O Pacto estabeleceu como competências do Hospital Santa Isabel: fraturas fechadas, luxações fechadas, osteomielites agudas, artrites sépticas, lesões ligamentares agudas, atendimento de urgências e emergências clínico-cirúrgicas e cirurgias eletivas. Observa-se que, com a iminente transferência dos atendimentos de urgência traumatológica para o Hospital de Orto-traumatologia de Mangabeira, o objeto desse Pacto perecerá.

3.25. O Hospital Universitário Lauro Wanderley polariza atendimento de todos os municípios do Estado, sendo referência para atenção ambulatorial especializada. Entretanto, em cumprimento ao disposto no Plano Diretor de Regionalizado do Estado, e à Programação Pactuada e Integrada, atende as referências pactuadas para o Município de João Pessoa. No período de janeiro a julho de 2008, a TxOH do Hospital Universitário oscilou entre a mínima de 63,70 % (em janeiro) e a máxima de 73,02 % em abril. No mesmo período, a média de permanência mínima e máxima foi de 7,41 e 13,72, respectivamente.

3.26. O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity abrange, de forma integrada, os Hospitais de Orto-traumatologia e Humberto da Nóbrega, além do Pronto

Atendimento de Saúde Mental e a Unidade Santa Maria. Tal complexo hospitalar é referência na atenção de emergência e urgência, clínica, cirúrgica e psiquiátrica no Município de João Pessoa e também a atenção específica no atendimento de traumatologia, tanto em casos de urgência quanto de cirurgias eletivas. Em entrevista com as Diretorias Geral, Técnica, Administrativa e de Cuidados, a equipe de auditoria foi informada de que a maioria dos procedimentos ora realizados no HEETSHL, também poderão ser realizados no Hospital de Orto-traumatologia. Vislumbra-se, portanto, uma valiosa oportunidade de melhoria, haja vista a possibilidade de que muitos dos pacientes encaminhados para o HEETSHL, pela Diretoria de Regulação do Município, poderão ser atendidos no Hospital de Orto-traumatologia, distribuindo-se a demanda deste gênero com maior eficiência. O Complexo Hospitalar de Mangabeira conta com 115 leitos, sendo 60 de cirurgias, 25 clínicos, 2 de pediatria, 8 de psiquiatria, 4 de hospital-dia, 8 de UTI adulto, 4 de UTI de queimados e 4 isolamento. O Complexo Hospitalar disponibilizará à população, o atendimento ambulatorial em ortopedia e cirurgia buço-maxilo-facial, atendimento de urgência e emergência em cirurgia geral, clínica médica, ortopedia/traumatologia. Dispõe ainda de Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) e sala de redução de fraturas.

- 3.27. É necessário e, portanto, recomendável, que a SES inclua o Hospital de Orto-traumatologia no Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Também é mister que a SES e a Secretaria Municipal de João Pessoa articulem-se, no sentido de estabelecer de forma clara e eficiente, o papel de cada instituição integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, principalmente, quanto ao Hospital de Orto-Traumatologia do Complexo Hospitalar de Mangabeira e ao HEETSHL, inclusive com redefinição de Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, de forma a manter o equilíbrio do sistema, reduzindo a sobrecarga de atendimentos suportada hoje pelo HEETSHL.

4. PACTUAÇÃO ESTABELECIDADA ENTRE O ESTADO E O MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, COM RELAÇÃO AO HEETSHL

4.1. A PPI deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é composta por representantes do Estado e dos Municípios¹⁹. A Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB/PB) é um colegiado composto por cinco representantes da SES da Paraíba e cinco do órgão de representação dos Secretários Municipais do Estado da Paraíba.

4.2. Com relação ao Município de João Pessoa, a CIB/PB homologou, em 12 de novembro de 2007, por meio da Resolução nº 379/CIB-PB, o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP), celebrado entre o Estado da Paraíba, representado pelo Secretário de Estado da Saúde e pelo Município de João Pessoa, representado pela Secretária Municipal de Saúde. O TCEP tem como objeto *“a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob gestão municipal e gerência do Estado, localizadas no município de João Pessoa, definindo o papel do hospital no sistema municipal integrando-o à rede de forma regionalizada e hierarquizada de acordo com a abrangência e o perfil inerente a cada unidade hospitalar...”*²⁰ Sua vigência é doze meses, a partir da data de sua assinatura (08 de novembro de 2007), podendo ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer uma de suas cláusulas e condições estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de noventa dias a partir do sexto mês de vigência.

4.3. Integram o TCEP (Anexo II) os Planos Operativos Anuais referentes a sete hospitais estaduais situados em João Pessoa, que são: Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Sanatório Cliford, Hospital de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, Maternidade Frei Damião, Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira e Hospital Infantil Arlinda Marques.

METAS FÍSICAS E FINANCEIRAS DO TCEP

4.4. O Plano Operativo Anual do HEETSHL, anexo do TCEP, estabeleceu metas físicas de procedimentos, metas financeiras de repasse, e ainda metas e indicadores de avaliação qualitativa. Como meta financeira, programou a destinação de R\$ 8.525.536,08 (oito milhões, quinhentos e vinte e cinco mil, quinhentos e trinta e seis reais e oito centavos) anuais, destinados pela Secretaria Municipal de Saúde, retirados do teto financeiro da assistência do Município, em duodécimos mensais de R\$ 710.461,34 (setecentos e dez mil, quatrocentos e sessenta e um reais e trinta e quatro centavos), sendo R\$ 158.055,87 (cento e cinquenta e oito mil, cinquenta e cinco reais e oitenta e sete centavos) referentes à Assistência Ambulatorial e R\$ 552.405,47 (quinhentos e cinquenta e dois mil, quatrocentos e cinco reais e quarenta e sete centavos) da Assistência Hospitalar. As metas financeiras são diretamente proporcionais às metas de procedimentos, como se vê nas Tabelas 6 e 7.

¹⁹ NOA-SUS 01/2002.

²⁰ TCEP, cláusula primeira – do objeto, fls. 571.

Tabela 6. Metas físico-financeiras para a Atenção Ambulatorial

Procedimentos	Meta Física /mês	Meta Financeira /mês (R\$ 1,00)	Meta Física /ano	Meta Financeira /ano (R\$ 1,00)
Proc. médicos e outros de nível superior e médio	7.406	60.157,50	88.872	721.890,00
Cirurgias ambulatoriais especializadas	782	18.300,78	9.384	219.609,36
Procedimentos traumato-ortopédicos	235	8.882,91	2.820	106.594,92
Ações especializadas em odontologia	21	376,22	252	4.514,64
Patologia clínica	4.487	13.795,04	53.844	165.540,48
Radiodiagnóstico	3.560	28.642,67	42.720	343.712,04
Exame de ultrassonografia	303	5.910,18	3.636	70.922,16
Diagnose	626	6.974,73	7.512	83.696,76
Terapias especializadas	196	4.488,70	2.352	53.864,4
Anestesia	31	460,04	372	5.520,48
Tomografia	106	10.067,10	1.272	120.805,20
TOTAL	17.753	158.055,87	213.036	1.896.670,44

Tabela 7. Metas físico-financeiras para a Atenção Hospitalar

Clínicas	Meta Física /mês	Meta Financeira /mês	Meta Física /ano	Meta Financeira /ano
Clínica médica	94	55.614,31	1.128	667.371,72
Clínica cirúrgica	378	492.664,58	4.536	5.911.974,96
Pediatria	08	4.126,58	96	49.518,96
TOTAL	480	552.405,47	5.760	6.628.865,64

4.5.O acompanhamento e avaliação dos resultados das metas estabelecidas pelo TCEP deve ser realizado por uma Comissão de Acompanhamento composta pela SMS-JP e SES/PB que designarão técnicos e um representante do Controle Social. O TCEP dispõe que esta comissão se reunirá, no mínimo, trimestralmente, avaliando o cumprimento das metas físicas e qualitativas. Esta comissão deverá apresentar à CIB a avaliação do adimplemento das metas previstas no Plano Operativo. Entretanto, ocorre que a Comissão de Acompanhamento não foi designada e, conseqüentemente, não existem relatórios de avaliação do cumprimento das metas.

4.6.Conforme dados fornecidos pela Coordenação de Contas Médicas do HEETSHL, houve modificação na tabela do SUS, a partir do mês de janeiro de 2008. As nomenclaturas dos grupos de procedimentos da nova da tabela são diferentes daquelas que serviram de base para a fixação das metas acima. Portanto, e equipe de auditoria só pôde aferir o cumprimento das metas relativas ao mês de dezembro de 2008. Também não foram

apresentados dados da execução físico-financeira para a atenção hospitalar. A execução físico-financeira dos procedimentos para a atenção ambulatorial pactuados, no mês de dezembro de 2008 foi a seguinte:

Tabela 8. Execução físico-financeira da Atenção Ambulatorial

Procedimentos	Quantidade realizada em dezembro/ Físico	Diferença em relação à meta	Quantidades realizadas em dezembro/ Financeiro (R\$ 1,00)	Diferença em relação à meta (R\$ 1,00)
Proc. médicos e outros de nível superior e médio	9.113	1.707	89.737,36	29.579,86
Cirurgias ambulatoriais especializadas	778	-4	17.452,39	-848,39
Procedimentos traumato-ortopédicos	264	29	9.043,88	160,97
Ações especializadas em odontologia	10	-11	175,25	-200,97
Patologia clínica	5.932	1.445	19.362,30	5.567,26
Radiodiagnóstico	3.968	408	31.199,25	2.556,58
Exame de ultrassonografia	231	-72	6.814,30	904,12
Diagnose	545	-81	5.136,17	-1.838,56
Terapias especializadas	117	-79	2.363,13	-2.125,57
Anestesia	34	3	504,56	44,52
Tomografia	105	-1	9.938,90	-128,20
TOTAL	21.097	3.344	191.727,49	33.671,62

4.7. De uma forma geral, no mês de dezembro de 2007, as metas físico-financeiras foram superadas, embora não tenham sido atingidas em seis, do total de onze grupos de procedimentos. Em termos percentuais, os menores índices de realização de metas físicas observou-se nos grupos “Ações especializadas em odontologia” – com realização de 48 % da meta fixada – e “Terapias Especializadas – com 60%.

4.8. Também é oportuno recomendar à SES/PB e à SMS-JP que instituem a Comissão de Acompanhamento a qual deverá obter os dados restantes da execução físico-financeira pactuada e apresentar à CIB os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas. Isto é essencial especialmente para se avaliar em que medida as metas de procedimentos e de clínicas constantes nas Tabelas 6 e 7 estão sendo cumpridas, de forma a permitir medidas saneadoras no caso de ineficácia.

METAS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO TCEP

4.9. As metas de qualidade contemplam as áreas de Atenção à Saúde, da Gestão e do Desenvolvimento Profissional. As metas, ações e indicadores para avaliação de desempenho da área de Atenção à Saúde classificam-se em: a) metas e indicadores relacionados à humanização, e; b) metas e indicadores relacionados à Urgência e Emergência. Neste Capítulo, a partir deste ponto, buscar-se-á avaliar a eficácia das metas e indicadores qualitativos. Cada meta/ação ou indicador/produto será demonstrado em um quadro, seguindo-se sua avaliação. Com relação à alínea “a”, o Plano Operativo contém as seguintes metas e indicadores relacionados à humanização.

Quadro 1.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implementar ouvidoria institucional para escuta de usuários e trabalhadores.	Ouvidoria implementada, com aplicação de questionário e sistemática de respostas com divulgação de resultados.

4.10. Quadro 1. Esta ação, até o presente, não foi implementada. Como agente de defesa dos direitos do cidadão dentro da instituição, a ouvidoria deve ser um canal de comunicação entre os pacientes, seus familiares, servidores do HEETSHL e a instituição. O campo destinado a produtos, no quadro acima, revela que esta ouvidoria deve caracterizar-se como pró-ativa, não se limitando apenas ao recebimento de reclamações, mas também, pesquisando a opinião dos usuários, e divulgando os resultados. Sua implementação é muito importante, para a Direção, como instrumento de controle para ações corretivas visando à melhoria de desempenho da institucional e à satisfação dos usuários. É recomendável a implantação da ouvidoria, com aplicação de questionário e sistema de respostas com divulgação de resultados.

Quadro 2.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar o acolhimento com classificação de risco e prioridade de atendimento.	-Acolhimento com avaliação de risco e prioridade de atendimento implantado.

4.11. Quadro 2. Não implementado. O acolhimento com classificação de risco é parte da Política Nacional de Humanização do SUS. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.²¹ Com a classificação de risco, o paciente é avaliado logo na sua chegada ao Pronto-Socorro e classificado para atendimento em uma das quatro áreas a seguir: Área Vermelha - destinada ao recebimento das urgências e emergências clínicas e traumatológicas; Área Amarela - destina-se ao atendimento de pacientes críticos e semi-críticos, com estabilização já iniciada; Área Verde - corresponde aos pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda; e Área Azul - consultas de baixa e média complexidade com pacientes cuja condição não caracteriza urgência ou emergência.

²¹ Cartilha da PNH. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

Observe-se que os pacientes classificados na Área azul não correspondem ao perfil do HEETSHL que é de urgência e emergência.

- 4.12. No início da auditoria operacional, na fase de planejamento, foi constatada a inexistência de acolhimento com classificação de risco no HEETSHL. No mês de julho de 2008, foram introduzidas algumas práticas nesse sentido, incumbindo-se servidoras recém concursadas como técnicas de enfermagem de recepcionar os pacientes, antes da feitura do cadastro, as quais realizam triagem, gerando-se uma oportunidade para que se faça um trabalho de conscientização sobre o verdadeiro perfil do HEETSHL, especialmente junto aos que costumeiramente ali acorrem, a exemplo de ambulâncias oriundas de outros municípios. O acolhimento com classificação de risco, nos moldes recomendados, deve ser feito por equipe multidisciplinar – composta no mínimo por clínico geral, enfermeiro e assistente social, sendo avaliado o grau de prioridade, como já dito. Para tanto, fazem-se necessários o treinamento de profissionais, a adaptação dos ambientes e a implementação de novas rotinas.
- 4.13. Apesar de configurarem apenas experimentos e não poderem ser consideradas como programa de acolhimento com classificação de risco, as iniciativas são louváveis, refletindo a preocupação de responsáveis por setores envolvidos, como a Emergência, que elaborou, inclusive, proposta de uma Central de Acolhimento que traria, segundo ela, dentre outros benefícios: a) diminuição do fluxo de pacientes sem perfil para o HEETSHL; b) humanização do atendimento aos pacientes graves, oferecendo uma melhor assistência, e redirecionando para outros serviços, dos pacientes de menor gravidade que não se enquadram no perfil de atendimento; c) trabalhar com ética, evitando vícios comuns no serviço público e o assistencialismo. Consta ainda, da proposta, um protocolo de atendimento de urgência. Cabe recomendar à Direção do HEETSHL, conjuntamente com a SES, que adote medidas para implementação do acolhimento com classificação de risco, incluindo o treinamento de equipe multidisciplinar, de acordo com o protocolo a ser aprovado; para caracterização dos ambientes, conforme as cores de cada Área; e outras medidas que se fizeram necessárias.

Quadro 3.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar sistema de alta com referência estabelecida e registrada, aos serviços de saúde da rede SUS.	-Apresentação de plano pós-alta para a continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção.

- 4.14. Quadro 3. Não implementada. Segundo informação da Diretoria, não existe no HEETSHL sistema de alta com referência aos serviços de saúde da rede SUS. Observe-se que a criação do sistema é necessária também para a transferência de pacientes atendidos pelo HEETSHL, para hospitais de retaguarda, de forma a reduzir a taxa de permanência. Com a diminuição do tempo de permanência dos pacientes, os leitos do Hospital são liberados mais rapidamente, diminuindo a taxa de permanência. Isto contribui para a redução da superlotação, uma vez que mais leitos estarão disponíveis num mesmo período. É cabível recomendar à Direção do HEETSHL a implantação do sistema de alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede SUS e a criação do plano pós-alta para continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção.

Quadro 4.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implementar as ações de equipe multiprofissional de referência para o usuário e familiares.	-Equipe multiprofissional de referência para usuários e acompanhantes com horários definidos para atendimento à família e/ou sua rede social. -Registro de reuniões para informações aos familiares, com esclarecimentos sobre os direitos dos usuários e serviços disponíveis.

4.15. Quadro 4. Não implementado. A referência para usuários e acompanhantes tem se concretizado apenas pelo apoio do Serviço Social do HEETSHL, contando com o trabalho de assistentes sociais e psicólogos. É recomendável também implementar estas ações e seus produtos.

Quadro 5.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar o acolhimento e suporte para familiares e acompanhantes.	Equipe multiprofissional implantada para o acolhimento e suporte aos familiares e acompanhantes dos pacientes na urgência e emergência.

4.16. Quadro 5. Não implementado. Tal como se viu na ação anterior, não foi criada a equipe multiprofissional de que trata a Ação. Entretanto, vale ressaltar que não possuem nível superior, não havendo dentre os integrantes da equipe, nenhum assistente social do Serviço Social do HEETSHL. Cabe recomendar a criação de uma equipe multiprofissional, com a participação de assistentes sociais e psicólogos para o acolhimento e suporte aos familiares dos pacientes.

Quadro 6.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Instituir visita de 4h/dia para usuários internados, salvo nos casos em que houver recomendação médica em contrário.	-Horas de visita/dia. -Taxa de Paciente com Acompanhante -Visita de no mínimo de 4h/dia, considerando horários especiais (integrais) para acompanhantes de crianças, gestantes, idosos e outros casos identificados pela equipe como “situações especiais”.

4.17. Quadro 6. Parcialmente implementado. A visita de 4h/dia ainda não foi instituída. Atualmente, a visita aos pacientes é diária, com apenas uma hora de duração. Entretanto, o horário é especial para acompanhantes de crianças, gestantes, idosos e outros casos especiais. Em entrevista realizada com servidora do Serviço Social foi dito que a ampliação do horário de visita depende de um entendimento entre médicos, enfermeiros e a Direção da instituição. É recomendável que os setores responsáveis pelo horário de visitas instituíam visita de 4h/dia e que sejam criados e acompanhados os indicadores “horas de visita/dia e taxa de paciente com acompanhante”.

Quadro 7.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Avaliar o grau de Satisfação do usuário	-Aplicação de instrumento para avaliação do grau de satisfação do usuário. -% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços. -% de usuários pesquisados.

4.18. Quadro 7. A implementação desta meta está diretamente relacionada à criação da ouvidoria. Como vimos no parágrafo 4.10, não houve sua criação, prejudicando a avaliação do grau de satisfação do usuário. Também não houve a criação dos dois indicadores do quadro acima, a saber, o percentual de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços e o percentual de usuários pesquisados. A aplicação de instrumento de avaliação do grau de satisfação do usuário pode trazer informações úteis sobre sua opinião relativa aos aspectos mais variados do atendimento. Dentre os principais pode-se destacar: a) tempo médio gasto em todo o percurso desde a recepção à consulta médica; b) tempo de consulta médica; c) esclarecimento de dúvidas e busca de informações do paciente pelo médico; d) resolutividade do atendimento; e) facilidade de marcação de exames; f) demora na realização de procedimentos; g) higienização. É recomendável a criação dos indicadores “% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços” e “% de usuários pesquisados”.

METAS E INDICADORES RELACIONADOS À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.19. O desempenho do HEETSHL quanto às metas que envolvem aspectos ligados aos atendimentos de urgência e emergência foi melhor do que o relativo às metas de Atenção à Saúde. São descritas nos parágrafos seguintes, em negrito, as metas de urgência e emergência e uma avaliação sucinta quanto à sua eficácia.

4.20. Meta: **Manter adesão à Política da Vaga Zero nas Urgências, nos termos da Portaria nº. 2048/GM, de 5 de novembro de 2002.** Meta alcançada. Não obstante as dificuldades de superlotação nos atendimentos de urgência e emergência, o HEETSHL tem cumprido o objetivo de receber todo e qualquer paciente que procure os seus serviços, seja por se tratar de uma unidade de referência, ou pela demanda espontânea.

4.21. Meta: **Comunicar à Central de Regulação do SAMU sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.** Esta meta vem sendo cumprida pelo HEETSHL. É oportuno registrar que a Administração do HEETSHL tem verificado, com frequência, a ausência de comunicação por parte do SAMU, em muitos casos, ao não informar com antecedência o encaminhamento de vítimas de acidente.

4.22. Meta: **Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU.** Meta alcançada. Como já foi dito no parágrafo 3.17, o HEETSHL tem garantido o atendimento gratuito, não somente aos pacientes encaminhados pela Central de Regulação do Município, como também aos oriundos da demanda espontânea.

- 4.23. Meta: **Informar imediatamente à Central de Regulação do SAMU se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação.** Meta alcançada. Embora o HEETSHL tenha, com frequência, comunicado à Regulação do Município as situações em que os recursos diagnósticos ou terapêuticos atingiram o seu limite máximo, esta ação não tem tido a utilidade esperada, haja vista a adesão à Política da Vaga Zero. Ou seja, mesmo quando ocorre esta situação, os pacientes têm sido trazidos pelo SAMU e recebidos pelo HEETSHL.
- 4.24. Meta: **Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médico da unidade solicitante de menor complexidade assim demandarem.** Meta não alcançada. Desconhece-se esta meta; se acontece, é de forma eventual.
- 4.25. Meta: **Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves.** Meta não alcançada. Seu cumprimento depende da implementação do acolhimento com classificação de risco e prioridade de atendimento.
- 4.26. Meta: **Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte do SAMU, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível.** Meta alcançada.
- 4.27. Meta: **Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU.** Meta alcançada, haja vista a adesão à Política da Vaga Zero.
- 4.28. Meta: **Apresentar o agendamento das cirurgias eletivas (pacientes já avaliados) por especialidade bem como a relação das altas dadas pós-cirurgia ao Complexo Regulador Municipal.** Esta meta é inapropriada, pois não são realizadas cirurgias eletivas no HEETSHL, mas apenas ocorre que cirurgias são postergadas, com se verá no Capítulo 6.

METAS E INDICADORES RELACIONADOS À POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Quadro 8.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Desenvolver processo educativo junto aos consumidores de medicamentos.	-Nº de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos. - Materiais para informação e comunicação elaborados (folder, cartilhas e outros).

- 4.29. Quadro 8. Não implementada - Inexistem atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores a cerca de medicamentos. É recomendável implementar esta ação e criar o indicador número de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos.

Quadro 9.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	-Registro das atividades de inspeção fiscalização da Vigilância Sanitária.

4.30. Quadro 9. Implementada. Constatou-se, na farmácia, a existência do registro de fiscalização da Vigilância Sanitária.

Quadro 10.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter sistema de farmácias satélites	-Rotinas setoriais para pronto atendimento, enfermarias, cirurgias.

4.31. Quadro 10. Meta alcançada. O assunto será melhor explanado no Capítulo 5.

INDICADORES E METAS RELACIONADOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Quadro 11.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Registrar a Incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	- Registro da incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.

4.32. Quadro 11. Meta não alcançada. A Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho (NR-5) dispõe sobre o objetivo, constituição, organização e atribuições da Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes (CIPA), tornando obrigatória a sua constituição e manutenção em empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados. Tal comissão tem o objetivo de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Conforme o relatório da auditoria realizada pelo TCE-PB, referente ao período de janeiro a setembro de 2005, no HEETSHL, constatou-se, naquela ocasião, o seguinte: *“não ocorrem reuniões da Diretoria da CIPA, tendo em vista a saída de alguns de seus membros e a não eleição de uma nova diretoria, contrariando a NR-5. Os trabalhos desenvolvidos pela equipe resumem-se em colher dados dos acidentes que ocorrem, emitindo relatórios, conforme dados da tabela que se segue. Por outro lado, no que diz respeito à prevenção de acidentes, por parte da CIPA, este trabalho espera a escolha de uma nova diretoria e uma programação de atividades a serem desenvolvidas”*. Em entrevista realizada durante a presente auditoria operacional, foi informado que a CIPA está inativa desde o mês de outubro de 2005. A Portaria Interna nº 065/2004 de 29 de setembro de 2004 nomeou servidores para comporem a CIPA com o mandato de um ano (fls. 698). Desde o final do mandato outorgado nesta portaria, não houve nova eleição. Em 18 de abril de 2008 foi feita convocação para inscrições de candidatos a representantes dos empregados na CIPA, contudo ainda não foi constituída nova

comissão. Cabe recomendar que o HEETSHL mantenha em operação a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Quadro 12.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar as doenças ocupacionais e os acidentados de trabalho.	-Número de notificações de doenças ocupacionais e acidentados de trabalho.

4.33. Quadro 12. As notificações de doenças ocupacionais e acidentados de trabalho devem ser realizadas por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), enviada para ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), à Delegacia Regional do Trabalho, ao Sindicato de Classe do Trabalhador, ao Segurado ou Dependente e ao SUS. Entretanto, devido à inoperância da CIPA, isto não tem sido observado. É recomendável a correção desta falha.

Quadro 13.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Participar da Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (RENAST).	-Registro de participação na RENAST

4.34. Quadro 13. Não implementada. A RENAST é uma rede formada pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem o objetivo articular ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do trabalhador.²² As Secretarias de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. É oportuno recomendar que o HEETSHL verifique a viabilidade de participar da RENAST.

Quadro 14.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Levantar o número e identificar as causas de absenteísmo.	-Levantamento trimestral das causas de absenteísmo.

4.35. Quadro 14. Parcialmente implementado - Existe sistema de controle de horário de entrada e saída (ponto eletrônico), com identificação da impressão digital. Por outro lado, nenhuma medida foi tomada até o presente, no sentido de obter dados relativos às causas das faltas e atrasos de servidores no trabalho. Inexistem relatórios trimestrais ou de qualquer período, neste sentido. Como vista à criação de uma ferramenta útil ao gerenciamento do problema, é de se recomendar que o HEETSHL faça o levantamento trimestral das causas de absenteísmo.

²² A Portaria nº 1679/GM dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integrada à saúde do trabalhador no SUS.

Quadro 15.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Comissão de Biossegurança.	-Relatórios mensais.

4.36. Quadro 15. Meta não alcançada. A biossegurança envolve procedimentos de controle do risco no manuseio de agentes químicos, físicos e biológicos. Quanto a esta meta, verificou-se a inexistência de Comissão de Biossegurança. Entretanto, a CCIH tem desempenhado parcialmente este papel. Atualmente, é feito o controle de acidentes com materiais perfuro-cortantes, e fluidos orgânicos (acidentes ocupacionais). Existem relatórios mensais (informativo mensal) de indicadores epidemiológicos. Para um melhor desempenho no controle da biossegurança, é recomendável a criação de uma Comissão de Biossegurança.

Quadro 16.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Adotar cuidados de biossegurança.	- Equipamentos de proteção individual (EPI) e cumprimento das normas e rotinas de biossegurança.

4.37. Quadro 16. Parcialmente cumprida. As ações de biossegurança são desempenhadas pela CCIH.

Quadro 17.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Coleta individualizada de resíduos.	-Coleta individualizada de resíduos radioativos, químicos, biológicos e comuns. -Manutenção das Comissões de Cuidados de resíduos individualizados.

4.38. Quadro 17. Tem sido mantida a coleta individualizada de resíduos. Os materiais radioativos são acondicionados em baldes lacrados seguros cuja remoção é feita por empresa contratada. Entretanto, não foi criada ainda Comissão de Cuidados de Resíduos Individualizados. O trabalho desta comissão tem sido realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que também tem tido a incumbência de monitorar os resíduos hospitalares. Segundo entrevista com a Administração do Hospital, a CCHI tem suprido razoavelmente a inexistência de uma Comissão de Cuidados de resíduos individualizados.

Quadro 18.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes (CIPA)	-Apresentação das atas das reuniões da CIPA.

4.39. Quadro 18. Não cumprida. Desde outubro de 2005 terminou o mandato dos últimos integrantes da CIPA. Está prevista a realização de novas eleições. Cabe determinar com urgência a realização de novas eleições de forma a regularizar o funcionamento da CIPA.

Quadro 19.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Realizar o mapeamento de risco do Hospital.	- Mapeamento de risco realizado.

4.40. Quadro 19. O mapeamento de risco do HEETSHL deve ser elaborado pela CIPA, o que não foi feito até o presente. É recomendável a realização do mapeamento logo após a eleição dos membros da CIPA.

METAS E INDICADORES RELACIONADOS À POLÍTICA DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Quadro 20.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter Comitê Transfusional ativo.	-Relatório anual do Comitê Transfusional.

4.41. Quadro 20. Meta não alcançada. Não existe Comitê Transfusional ativo, nem relatório anual.

Quadro 21.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Informatizar o Serviço do Hemoterapia com o sistema HEMOVIDA/DATASUS/MS.	-Número de profissionais capacitados no sistema HEMOVIDA/DATASUS/MS.

4.42. Quadro 21. Implementada. O serviço de banco de sangue do HEETSHL utiliza o sistema HEMOVIDA, contando com profissionais capacitados na utilização do sistema.

Quadro 22.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e qualificar equipe multidisciplinar para o atendimento às urgências e emergências hematológicas.	- Equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento às urgências e emergências hematológicas relacionadas à oncologia.

4.43. Quadro 22. Implementada. Existe equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento às urgências e emergências hematológicas.

Quadro 23.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Incentivar o aumento de número de doações de sangue.	-Registro de atividades de incentivo à doação de sangue.

4.44. Quadro 23. Não alcançada. Não tem havido incentivo ao aumento da doação de sangue no HEETSHL. A demanda por sangue tem sido superior à quantidade doada. O banco de sangue existente na instituição pode ser considerado uma extensão do Hemocentro, de onde é recebido o sangue utilizado no HEETSHL. No sentido de ampliar a oferta de sangue e combater o problema de falta de sangue, cabe recomendar a implantação de mais campanhas de doação de sangue e também o incentivo à doação, por familiares dos pacientes, com o apoio dos assistentes sociais do Hospital.

Quadro 24.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar reações pós-transfusionais ao sistema nacional de hemovigilância.	-Número de notificações de reações pós-transfusionais.

4.45. Quadro 24. Não implementada. Atualmente não é feita a notificação de reações pós-transfusionais ao Sistema Nacional de Hemovigilância. Não há dados de notificações. É recomendável a implantação de um serviço de Hemovigilância que exerça o controle de reações pós-transfusionais.

METAS E INDICADORES RELACIONADOS À POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Quadro 25.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter atualizados os protocolos clínico-cirúrgicos.	-Número de protocolos clínico-cirúrgicos elaborados, implantados e atualizados.

4.46. Quadro 25. Os protocolos clínico-cirúrgicos não foram elaborados. Foi informado que, com a realização do último concurso e a futura criação do Regimento Interno, espera-se que, em breve, possa haver uma formalização dos diversos protocolos clínico-cirúrgicos. Também será necessária a participação ativa dos coordenadores das clínicas, neste processo. Sugere-se que no monitoramento das recomendações do Tribunal de Contas, seja verificado se esta ação foi implementada.

Quadro 26.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Elaborar cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com porcionamento e intervalos de tempo específicos.	- Cardápios elaborados para dietas normais e patologias específicas.

4.47. Quadro 26. Implementada. Foi informado pelo Serviço de Nutrição e Dietética que existem dietas para pacientes com hipertensão, hepatopatas, diabéticos, nefropatas portadores de outras patologias.

Quadro 27.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Padronizar as dietas específicas para preparo de exames.	-Dietas padronizadas para preparo de exames.

4.48. Quadro 27. Não implementada. O Serviço de Nutrição alegou que, por não ser comum a ocorrência de dietas específicas para preparo de exames, não existe padronização.

Quadro 28.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Padronizar as fichas de preparação das refeições com informações nutricionais.	-Fichas de preparação das refeições padronizadas.

4.49. Quadro 28. Implementada. Existem fichas padronizadas para a alimentação enteral.

Quadro 29.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Garantir a segurança e a qualidade dos alimentos de forma a fornecer uma alimentação saudável aos pacientes e adequada às dietas prescritas.	-Apresentação do controle de qualidade dos alimentos utilizados nas preparações das dietas.

4.50. Quadro 29. Implementada. O controle de qualidade dos alimentos é feito em todas as fases do processo: na sua aquisição, manipulação, higienização, cocção e acondicionamento, no porcionamento e na distribuição.

Quadro 30.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.	-Registro de atividades informativas educativas de incentivo às práticas alimentares saudáveis.

4.51. Quadro 30. Não implementada. Embora sejam realizadas palestras educativas e treinamentos, tanto na manipulação dos alimentos quanto na higienização do pessoal do Serviço de Nutrição e Dietético, é recomendável o desenvolvimento permanente de atividades informativas, junto a todos que atuam no Hospital e aos pacientes, conscientizando-os da importância de práticas alimentares saudáveis.

METAS E INDICADORES RELACIONADOS À POLÍTICA DE TRANSPLANTES**Quadro 31.**

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Capacitação total para a localização de potencial doador de órgãos, com possibilidade diagnóstica completa para morte encefálica atestada pelo SNT.	-Taxa de mortalidade institucional (media mensal, por série histórica), para o cálculo da captação efetiva de doadores de órgãos.

4.52. Quadro 31. Não implementada. A última capacitação para a Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos foi realizada em 2006. Por outro lado, existem registros da taxa de mortalidade institucional. Cabe recomendar ao HEETSHL promover a capacitação para localização de potencial doador de órgãos.

Quadro 32.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter em funcionamento a Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos.	-Número de doadores captados (Parâmetros: estima-se que 10 % dos óbitos ocorridos em UTI e 1% dos óbitos de uma determinada população sejam com diagnóstico de morte encefálica).

4.53. Quadro 32. Não implementada. A Comissão Intra-Hospitalar não atua com eficiência. Inexiste uma carga horária definida para o trabalho dos seus membros. Algumas de suas atribuições são realizadas pela Central de Transplantes – órgão pertencente à SES. É recomendável a definição de um horário de trabalho para a Comissão Intra-Hospitalar e fazê-la atuar com eficácia.

Quadro 33.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar à Central de Transplantes do Estado de todos os casos de ocorrências de morte encefálica (potenciais doadores de órgãos) na instituição, no momento de seu diagnóstico.	-% de notificações de ocorrências de morte encefálica em relação ao número total de ocorrências de morte encefálica.

4.54. Quadro 33. Não alcançada. Nem todos os casos de morte encefálica são notificados devido à dificuldade de comprovação desses óbitos através de exames, conforme determinado pela Resolução nº 1.480/97 do CFM. Segundo entrevista realizada na Central de Transplantes, há dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica. Cabe recomendar a adoção de medidas para solucionar as dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica.

Quadro 34.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar rotina hospitalar que permita a entrevista aos familiares de todos os pacientes que evoluem para óbito durante a internação, a fim de oferecer a possibilidade de doação de órgãos.	-Rotina implantada.

4.55. Quadro 34. Não implementada. Esta rotina é realizada pela Central de Transplantes quando deveria sê-lo pela Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos.

METAS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ÁREA DE GESTÃO HOSPITALAR

Quadro 35.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Constituir Comissão para acompanhamento das metas pactuadas no Plano Operativo.	Comissão Constituída com representante dos usuários.

4.56. Quadro 35. Como já foi dito no parágrafo 4.5., não se constituiu Comissão para acompanhamento das metas.

Quadro 36.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços.	-Setores com normas e rotinas técnicas e operacionais estabelecidas.

4.57. Quadro 36. Não implementada. Não foram estabelecidas normas e rotinas técnicas e operacionais. Cabe recomendar à Direção do HEETSHL que tome as medidas necessárias à sua implementação.

Quadro 37.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter serviço próprio de manutenção predial, e de equipamentos hospitalares.	-Serviço de manutenção predial e de equipamentos hospitalares em funcionamento

4.58. Quadro 37. Tem sido mantido o serviço próprio de manutenção. São realizados apenas serviços de menor complexidade. Serviços em equipamentos de alta complexidade, como tomógrafos e aqueles utilizados para exames de arteriografia são terceirizados.

Quadro 38.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Elaborar Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares (vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância).	-Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares elaborado.

4.59. Quadro 38. Esta ação está pendente de implementação. Não foi elaborado o Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares. Segundo informação fornecida pela Divisão Médica, cabe à CCIH a elaboração do Plano. Também se verificou a inexistência do Núcleo Hospitalar Epidemiológico, referido na Portaria nº 2.529/GM. Nos termos desta portaria, o NHE deve ser implantado com o apoio da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério

da Saúde e do gestor estadual do SUS. É recomendável a elaboração de Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares e a criação do Núcleo Hospitalar Epidemiológico.

Quadro 39.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter atualizados os sistemas informatizados de Regulação Ambulatorial e Hospitalar, desenvolvidos e disponibilizados pela Secretaria.	-Apresentação de comprovação do envio da agenda confirmando os procedimentos realizados e regulados pela Central de Regulação Ambulatorial. -Apresentação de comprovação do envio de mapas de leitos com vagas disponíveis de leitos de enfermarias e UTI.

4.60. Quadro 39. Meta cumprida. O registro dos atendimentos ambulatoriais é feito por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e os da atenção hospitalar, pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O acompanhamento das internações e dos números de leitos é feito através do Sistema de Regulação (SISREG) que é um sistema de informações *on line* disponibilizado pelo DATASUS. Por meio do SISREG, a SMS-JP visualiza o mapa de leitos do HEETSHL, identificando o número de leitos disponíveis, praticamente em tempo real.

Quadro 40.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter sistema de gestão de custos hospitalares, dando suporte às unidades e direcionando as atividades de custeio e as ações de tomada de decisão gerencial.	-Apresentação trimestral ao Conselho de Acompanhamento do Convênio da estrutura de despesas por item, conforme classificação; pessoal, medicamentos e materiais hospitalares e outras despesas.

4.61. Quadro 40. Não existe sistema de gestão de custos hospitalares. Com relação ao sistema HOSPUB foi dito que ele não é corretamente alimentado pelo HEETSHL.

Quadro 41.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter programa de gerenciamento hospitalar informatizado, abrangendo todas as áreas e interligando, de forma sistêmica, as unidades de produção, as de apoio e de administração.	-Programa de gerenciamento informatizado em funcionamento.

4.62. Quadro 41. Foi informado que não existe programa de gerenciamento hospitalar informatizado, tal qual previsto na meta acima. É recomendável que a Direção do HEETSHL examine a viabilidade de implantar programa de gerenciamento informatizado.

Quadro 42.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Aplicar pesquisa de avaliação do nível de qualidade do Hospital (PNASS).	-Apresentação dos resultados da avaliação PNASS ao Conselho de Acompanhamento do Convênio.

4.63. Quadro 42. O objetivo do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde é avaliar os serviços de saúde do SUS, quanto à eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados, relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde. A pesquisa visa à obtenção de dados sobre a satisfação dos usuários e condições e relações de trabalho. Conforme informação da gerência, o HEETSHL não aplicou a pesquisa. Cabe recomendar que o HEETSHL verifique a viabilidade de aplicação da pesquisa de avaliação do nível de qualidade.

Quadro 43.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Credenciamento como Hospital Colaborador do Projeto Hospital Sentinela ligado à ANVISA, que visa o desenvolvimento de ações e tecnologias de gerenciamento de resíduos hospitalares.	-Descrever o processo de Credenciamento como Hospital Colaborador do Projeto Sentinela ligado à ANVISA.

4.64. Quadro 43. O HEETSHL não está credenciado como colaborador do Projeto Hospital Sentinela. É recomendável que o HEETSHL adote medidas no sentido examinar a viabilidade do credenciamento junto ao Projeto Hospital Sentinela.

Quadro 44.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	-Apresentação de relatórios da CCIH. -Taxa de infecção hospitalar cirúrgica por 100 procedimentos. -Incidência de infecção em ferida cirúrgica limpa. -Incidência de pneumonias associadas a ventiladores mecânicos.

4.65. Quadro 44. Implementada. O Ministério da Saúde determinou que os hospitais constituam a CCIH, órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.²³ Compete à CCIH, dentre outras competências: elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar; avaliar periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos seus membros executores. No HEETSHL, a CCIH ocupa um espaço físico próprio, no andar térreo do HEETSHL. É formada por uma equipe multiprofissional com representantes da área médica, de enfermagem, laboratório, farmácia e direção. Foram

²³ Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 do Gabinete do Ministro da Saúde.

apresentados relatórios de atividades e relatório de indicadores epidemiológicos, como taxa de infecção hospitalar e taxa de pacientes com infecção hospitalar, dentre outras informações.

Quadro 45.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter em funcionamento Comissão de Análise de Óbitos.	-Apresentação mensal de Relatório da Comissão de Revisão de Óbitos.

4.66. Quadro 45. Não foi implantada a Comissão de Análise de Óbitos. Sua função é avaliar a totalidade dos óbitos e dos laudos necroscópicos, quando houver. Os relatórios mensais devem ser apresentados à Diretoria. Caber recomendar a Direção do HEETSHL a sua implantação imediata.

Quadro 46.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter em funcionamento Comissão de Revisão de Prontuários.	-Apresentação trimestral de relatório contendo itens relacionados à organização do prontuário e à qualidade dos registros.

4.67. Quadro 46. Não implementada. Não existe Comissão de Revisão de Prontuários. Entretanto, a revisão de prontuários vem sendo realizada por médicos do HEETSHL que atuam junto ao Setor de Contas Médicas. Cabe ao Tribunal de Contas determinar que o HEETSHL implante a Comissão de Revisão de Prontuários para cumprimento da Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Quadro 47.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter em funcionamento a Comissão de Ética Médica.	Apresentação de relatórios da Comissão de Ética Médica.

4.68. Quadro 47. Foi verificado que também não existe Comissão de Ética Médica. Vale salientar que sua instituição é uma exigência do CFM, por meio da Resolução nº 1.657/2002. Todos os estabelecimentos de assistência à saúde devem eleger entre o seu corpo clínico comissões de ética com funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. Cabe determinar a implantação de Comissão de Ética Médica.

Quadro 48.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Informar os Indicadores de Atenção Hospitalar pactuados.	-Informar trimestralmente os indicadores pactuados.

4.69. Quadro 48. Não implementado. O SAME dispõe dos indicadores pactuados, mas a Comissão de Acompanhamento do TCEP não foi criada. Cabe a esta Comissão apresentar

à CIB os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas. A Tabela 9, a seguir, apresenta as metas e indicadores da atenção hospitalar pactuados.

METAS E INDICADORES DA ATENÇÃO HOSPITALAR PACTUADOS

4.70. O Plano Operativo Anual fixou as seguintes metas para a atenção hospitalar:

Tabela 9. Metas para indicadores da atenção hospitalar.

Indicadores	Resultado em 2006	Metas 2007/2008
Média de permanência nos leitos	6,6	<6,6
% Internações de Urg./Emerg.com AIH autorizada pela Secretaria	100%	100%
Taxa de mortalidade	10,34%	<10,34%
Taxa de infecção hospitalar	6%	<5%
Taxa de ocupação hospitalar	91%	<91%
% de leitos na Central de Regulação	100%	100%

4.71. De janeiro a junho de 2008, os indicadores “média de permanência” e “taxa de mortalidade” apresentaram desempenho dentro da média, enquanto que a “taxa de infecção hospitalar” e a “taxa de ocupação” não atenderam às metas fixadas, como demonstra a tabela seguinte. Quanto ao percentual de internações de urgência/emergência e de leitos na Central de Regulação, não se obteve os dados correspondentes.

Tabela 10. Indicadores de metas não alcançadas da atenção hospitalar.

Exercício de 2008

Indicador	Meta	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.
Taxa de infecção hosp.	<5%	9,02%	7,90%	8,17%	6,81%	-	-
Taxa de ocupação hosp.	<91%	84,61%	98,30%	95,69%	98,19%	93,57%	97,72%

Fonte: SAME.

4.72. A análise da taxa de ocupação hospitalar foi feita no Capítulo 3. Quanto à taxa de infecção hospitalar é oportuno citar parte da conclusão do Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina, realizada em 14 de março de 2008: “*Considerando o precário nível de higienização em setores da urgência e emergência denota-se que a Comissão de Infecção Hospitalar é pouco atuante ou com pouca capacidade resolutiva*”. A constatação do CRM foi corroborada por meio de entrevista realizada na auditoria operacional que revelou que atualmente existe apenas um servidor da higienização em cada setor, sendo insuficiente para atender a necessidade do serviço. A insuficiência de higienização também foi mencionada como um dos problemas do HEETSHL, no questionário que serviu de subsídio para a análise SWOT. As possíveis causas do elevado índice de infecção hospitalar podem ser encontradas no Relatório de Atividades da CCIH, referente ao período de janeiro a junho de 2008 (fls.742). No item VI do citado Relatório, a Comissão relaciona as dificuldades encontradas no período. Dentre as principais, encontram-se as seguintes:

- a) Demora do encaminhamento dos resultados dos exames microbiológicos realizados pelo LACEN;
- b) Falta do laboratório de microbiologia na estrutura do HEETSHL;

- c) Número insuficiente de profissionais de higiene e limpeza, acarretando descumprimento das normas e rotinas elaboradas pela CCIH e descumprimento das orientações da Vigilância Sanitária;
- d) Higiene e limpeza inadequada em toda a estrutura física;
- e) Falta de manutenção preventiva e corretiva na estrutura física, nos materiais, nos sistemas de climatização e nos equipamentos médico-hospitalares;
- f) Número insuficiente de roupas para pacientes e profissionais;
- g) Distribuição pela Farmácia de almotolias com produtos manipulados sem tampa;
- h) Distribuição pelo Setor de Higiene e Limpeza de produtos sem tampa, sem identificação, sem data de validade e sem o responsável técnico;
- i) Inexistência do Programa de Educação Continuada nos diversos setores;
- j) Falta de saboneteiras e porta papel-toalha nos setores;
- k) Dispensação irregular/insuficiente de sabão líquido e papel-toalha;
- l) Não cumprimento das recomendações da CCIH por ocasião das visitas técnicas;
- m) Falta de lixeiras com tampa e pedal;
- n) Falta de cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal.

4.73. Note-se que as recomendações da CCIH não têm sido cumpridas. Portanto, cabe ao Tribunal de Contas do Estado da Paraíba recomendar à Direção do HEETSHL e à SES que, no âmbito de suas competências, tomem as medidas necessárias para solucionar os problemas elencados acima, e outros que houver, de forma a reconduzir a taxa de infecção hospitalar aos níveis pactuados.

METAS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ÁREA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Quadro 49.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do Hospital.	-Registro das atividades de qualificação com base na educação permanente para os trabalhadores do Hospital.

4.74. Quadro 49. Não implementada. Apesar de existir o setor competente (NECE), as ações voltadas aos que atuam no Hospital são esporádicas. Sugere-se que o HEETSHL faça um levantamento das necessidades de treinamentos dos funcionários. Também é recomendável a definição de um calendário para a realização de palestras científicas ou cursos de capacitação para a área médica.

Quadro 50.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Promover integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do Hospital e a rede do SUS.	-Registro de atividades de qualificação com os profissionais da Atenção Básica para a continuidade do cuidado ao paciente.

4.75. Quadro 50. Não implementada. Não há registros de atividades de qualificação a que se refere esta ação.

Quadro 51.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Qualificar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição.	-Número de profissionais qualificados na área de alimentação e nutrição.

4.76.Quadro 51. Implementada. O treinamento é feito no próprio Serviço de Nutrição e Dietética. Ocorre porém que muitos, freqüentemente, após receberem qualificação, deixam o HEETSHL, sendo contratados por outras instituições de saúde, no intuito de receberem melhores salários.

Quadro 52.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Promover a atualização da informação dos profissionais prescritores e dispensadores para padronização de condutas.	-Número de atualizações e/ou qualificações para os profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco de automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.

4.77.Quadro 52. Meta não alcançada. Não há dados sobre atualizações e/ou qualificações para os prescritores e dispensadores a respeito dos temas elencados.

5. RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS, INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E MEDICAMENTOS

RECURSOS HUMANOS

- 5.1. Após sete anos de instalação, não existe uma normatização do funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, ou seja, Regimento Interno, organograma oficial próprio ou estrutura organizacional, não sendo, por conseguinte, claramente determinadas as atribuições e interfaces dos vários níveis hierárquicos da instituição, com seus cargos.
- 5.2. O HEETSHL não dispõe de um quadro próprio de pessoal, atuando neste prestadores de serviço que ingressaram através de um processo seletivo para contratação temporária realizado em 2001 (Edital SES Nº 01, de 02/03/2001); servidores efetivos da SES, com lotação no hospital; servidores de outros órgãos, seja estaduais, federais ou municipais; prestadores de serviço sem qualquer vínculo e, mais recentemente, servidores admitidos em concurso realizado pela SES em 2007 (Edital Nº 04/2007/SEAD/SES), no caso de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, técnico em enfermagem e técnico em radiologia.
- 5.3. Quanto a médico, atuam ainda prestadores de serviço contratados através de processo seletivo realizado já em 2008 (Edital SES/01/2008, de 24/03/08), tendo em vista o não preenchimento de vagas previstas no concurso de 2007 e médicos pertencentes a cinco cooperativas – COOPANEST, COORT, COOPECIR, COOPED e COOMIT.
- 5.4. Para facilitar a compreensão de tão diversificado leque de situações inseridas na instituição, no que tange a pessoal, dividimos em quatro grupos denominando-os: Grupo de Direção, Chefia, Coordenação e Secretária, Grupo de Saúde/Médicos, Grupo de Saúde/Outros e Grupo de Apoio.
- 5.5. O levantamento de cargos existentes, com seus quantitativos e respectivas remunerações, foi dificultado pela falta de consistência dos registros na SES e na SEAD, responsável a última por esse controle, já que o Hospital Estadual de Emergência e Trauma é uma unidade dentro de sua organização estrutural. O material fornecido pelas duas citadas Secretarias encontra-se às fls. 764/802.
- 5.6. Optou-se então pelos dados fornecidos pelo HEETSHL, mesmo constatando-se divergência entre as escalas de plantões dos setores e a Folha de Produtividade – competência abril/2008, que concerne ao pagamento efetuado pelo próprio Hospital (fls. 890/994). A partir de tais informações e com o auxílio do Setor de Recursos Humanos do HEETSHL, foram elaboradas as tabelas relativas a Pessoal. Também serviram de subsídio para exame os Relatórios de Atividades elaborados por alguns setores no segundo semestre de 2007 e agora em 2008 (fls. 1.964/2.337).

Grupo – Direção, Chefia, Coordenação, Secretária

Tabela 11. Quantitativo de pessoal – Cargos de Direção, Chefia, Coordenação, Secretária

CARGO	PREVISÃO LEGAL		NOMENCL.	PREENCH.	PORTARIA
	LEI Nº 8.186/07	NÃO			
DIRETOR GERAL	X		CSS-1	1	AG 4.621-07
DIRETOR TÉCNICO*	X		CSS-2	0	PI 007/08
DIRETOR ADMINISTRATIVO	X		CSS-2	1	AG 1.575/08
CHEFE DO NÚCLEO MÉDICO	X		CSS-4	0	PI 017/05
CHEFE DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO NÚCL. DE AÇÕES ESTRATÉG. ESPECIAIS	X		CSS-4	1	AG 3.792/08
CHEFE DA UNID. DE TRATAMENTO INTENSIVO	X		CSS-4	0	-
CHEFE DA UNID. DE CLÍNICA MÉDICA	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO BANCO DE OLHOS	X		CSS-4	1	AG 3.611/08
CHEFE DO NÚCLEO DE AUDITORIA	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO NÚCLEO DE RECURSOS HUMANOS	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO NÚCLEO DE MAT. E PATRIMÔNIO	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO NÚCLEO DE MATERIAL*		X	-	1	-
CHEFE DO NÚCLEO FINANCEIRO	X		CSS-4	0	-
CHEFE DO NÚCLEO FINANCEIRO*			-	1	PSES 421/05
CHEFE DO NÚCL. DE ENGENHARIA E MANUTENÇÃO	X		CSS-4	0	-
SECRETÁRIA DA DIREÇÃO GERAL	X		CSS-5	0	AG 1.738/08
CHEFE DA ASSESSORIA JURÍDICA		X	-	1	PI 061/04
CHEFE DE GABINETE DA DIREÇÃO GERAL		X	-	1	-
COORDENADOR DE AUDITORIA*		X	-	1	-
COORDENADOR DE COMUNICAÇÃO E IMPRENSA		X	-	1	PI 012/07
COORDENADOR DE MANUTENÇÃO GERAL*		X	-	1	PI 041/04
CHEFE DO NÚCLEO DE PESSOAL*		X	-	1	PSES 423/05
COORDENADOR GERAL DE ENFERMAGEM*		X	-	1	PI 012/08
COORDENADOR ADJ. GERAL DE ENFERMAGEM		X	-	1	PI 020/07
COORDENADOR MÉDICO DA UTI		X	-	1	-
COORDENADOR MÉDICO DA CIRURGIA GERAL			-	0	-
COORDENADOR MÉDICO DA CIRURG. PLÁSTICA		X	-	1	-
COORDENADOR MÉDICO DA CLÍNICA MÉDICA		X	-	1	PI 035/05
COORDENADOR MÉDICO DE TRAUMATOLOGIA		X	-	1	PI 005/08
COORDENADOR MÉDICO DE PEDIATRIA		X	-	1	-
COORDENADOR MÉDICO DE ANESTESIOLOGIA		X	-	1	-
COORDENADOR MÉDICO DE NEUROLOGIA		X	-	1	-
COORDENADOR MÉDICO DE RADIOLOGIA		X	-	1	-
COORDENADOR DE BUCO-MAXILO FACIAL		X	-	1	PI 011/05
COORDENADOR DE ENFERM. DO C. CIRÚRGICO		X	-	1	PI 027/07
COORDENADOR DE ENFERM. DO CME		X	-	1	PI 016/07
COORDENADOR DE ENFERM. DO POSTO I		X	-	1	PI 030/07
COORDENADOR DE ENFERM. DO POSTO II		X	-	1	PI 029/07
COORDENADOR DE ENFERM. DA URGÊNCIA		X	-	1	-
COORDENADOR DE ENFERM. DA EMERGÊNCIA		X	-	1	PI 123/04
COORDENADOR DE ENFERM. DA SEMI-INTENSIVA		X	-	1	PI 047/07

COORDENADOR DE ENFERM. DA UTQ	X	-	1	-
COORDENADOR DE ENFERM. DO CDI	X	-	1	PI 022/08
COORDENADOR DE ENFERM. DA PEDIATRIA	X	-	1	-
COORDENADOR DE ENFERM. DA UTI ADULTO	X	-	1	PI 053/07
COORDENADOR DE ENFERM. DA UTI MÓVEL	X	-	1	PI 040/07
COORDENADOR DE AGÊNCIA TRANSFUSIONAL	X	-	1	-
COORDENADOR DE CONTAS MÉDICAS	X	-	1	PI 013/05
COORDENADOR DE FARMÁCIA	X	-	1	PI 014/05
COORDENADOR DA NUTRIÇÃO	X	-	1	PI 044/07
COORDENADOR DE PSICOLOGIA	X	-	1	PI 031/07
COORDENADOR DE FISIOTERAPIA	X	-	1	PI 050/03
COORDENADOR DE SERVIÇO SOCIAL	X	-	1	PI 026/05
COORDENADOR DO CCIH	X	-	1	PI 026/06
COORDENADOR DO SAME	X	-	1	-
COORDENADOR DO ALMOXARIFADO	X	-	1	PI 023/07
COORDENADOR DO CPD	X	-	1	-
COORDENADOR DE SEGURANÇA PATRIMONIAL	X	-	1	PI 019/06
COORDENADOR DE MAQUEIROS E GESSISTAS	X	-	1	-
COORDENADOR DAS RECEPÇÕES	X	-	1	PI 013/07
COORDENADOR DA CALDEIRA	X	-	1	-
COORDENADOR DE TRANSPORTES	X	-	1	PI 026/08
COORDENADOR DE PATRIMÔNIO	X	-	1	PI 056/07
COORDENADOR DE OSM	X	-	1	PI 025/08
COORDENADOR DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	X	-	1	PI 009/08
COORDENADOR DO NECE	X	-	1	PI 027/08
COORDENADOR DA LAVANDERIA	X	-	1	PI 031/05
SUPERVISOR DA TELEFONIA	X	-	1	-
SUPERVISOR PATRIMONIAL	X	-	3	-
GERENCIADOR DO CENTRO DE IMAGEM	X	-	1	PI 002/08
PRESIDENTE DA CPL	X	-	1	PSES 065/08
TOTAL			63	

Fonte: Setor de Recursos Humanos - HEETSHL e legislação pertinente.

*Apesar de existir cargo com denominação igual ou semelhante preenchido através de Portaria Interna ou da SES, o previsto na Lei Nº 8.186/07 não está preenchido.

- 5.7. Em 17/03/2007, foi publicada no DOE a Lei Nº 8.186/07, definindo a Estrutura Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual, abrangendo a SES e suas unidades, onde ficam estabelecidos para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, quinze cargos comissionados, denominados Cargos de Serviço de Saúde, sendo um CSS-1 - Diretor Geral, dois CSS-2 - Diretores Administrativo e Técnico, onze CSS-4 - Chefias e um CSS-5 - Secretária (fls. 810/825).
- 5.8. A citada lei substitui a Lei Nº 6.982/2001 que criou nove cargos em comissão na Secretaria da Saúde do Estado, destinados à instalação do HEETSHL (fls. 805/808).
- 5.9. Como se depreende da Tabela 11, dos sessenta e três cargos de direção, chefia, coordenação e de secretária existentes atualmente, com previsão legal ou não, cinco foram nomeados através de ato do Governador, com fundamento na citada lei, quais sejam:

- Diretor Geral
- Diretor Administrativo
- Chefe do Núcleo de Ações Estratégicas
- Chefe do Banco de Olhos
- Secretária da Direção Geral

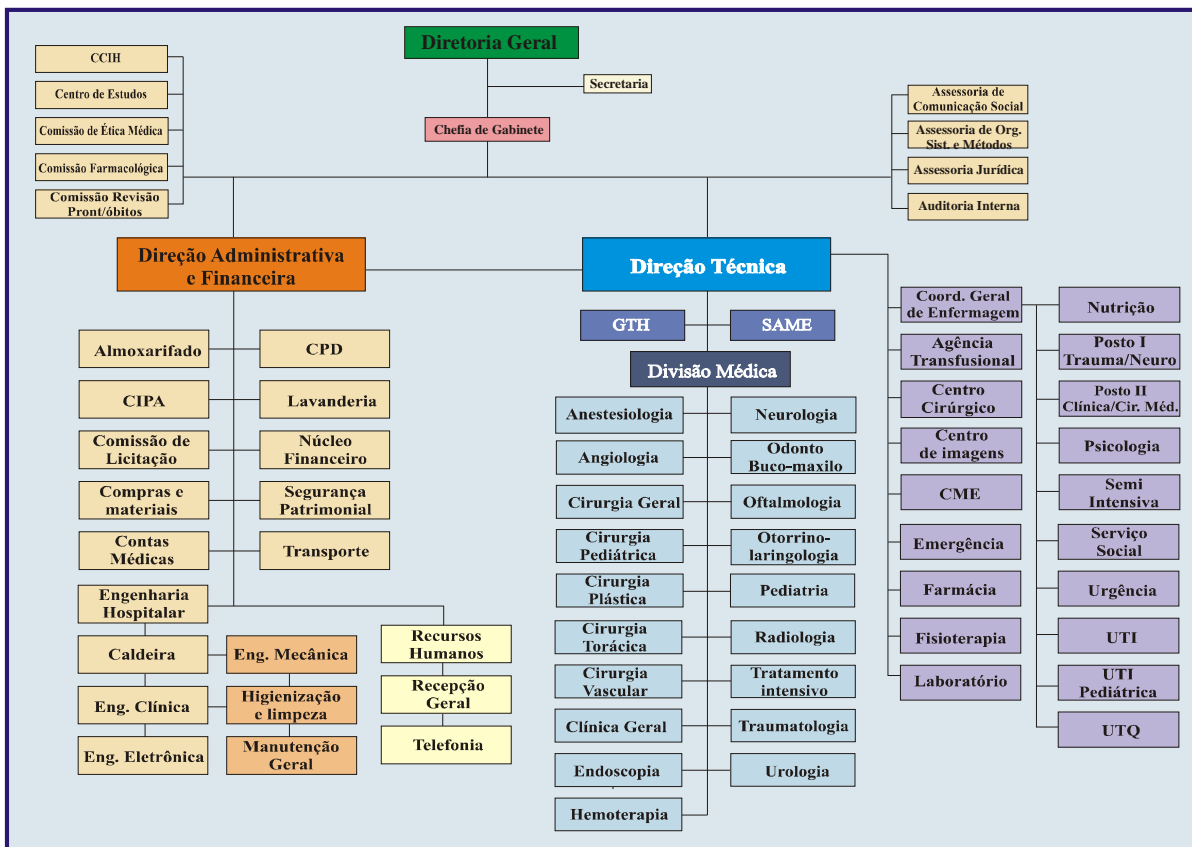
5.10. Do restante dos cargos atualmente preenchidos, três decorreram de atos do Secretário de Estado da Saúde:

- Chefe do Núcleo Financeiro
- Chefe do Núcleo de Recursos Humanos (Pessoal)
- Presidente da CPL

5.11. Quanto aos demais, a maioria dos cargos foi preenchida através de portarias internas e, quanto a alguns, inexistente portaria.

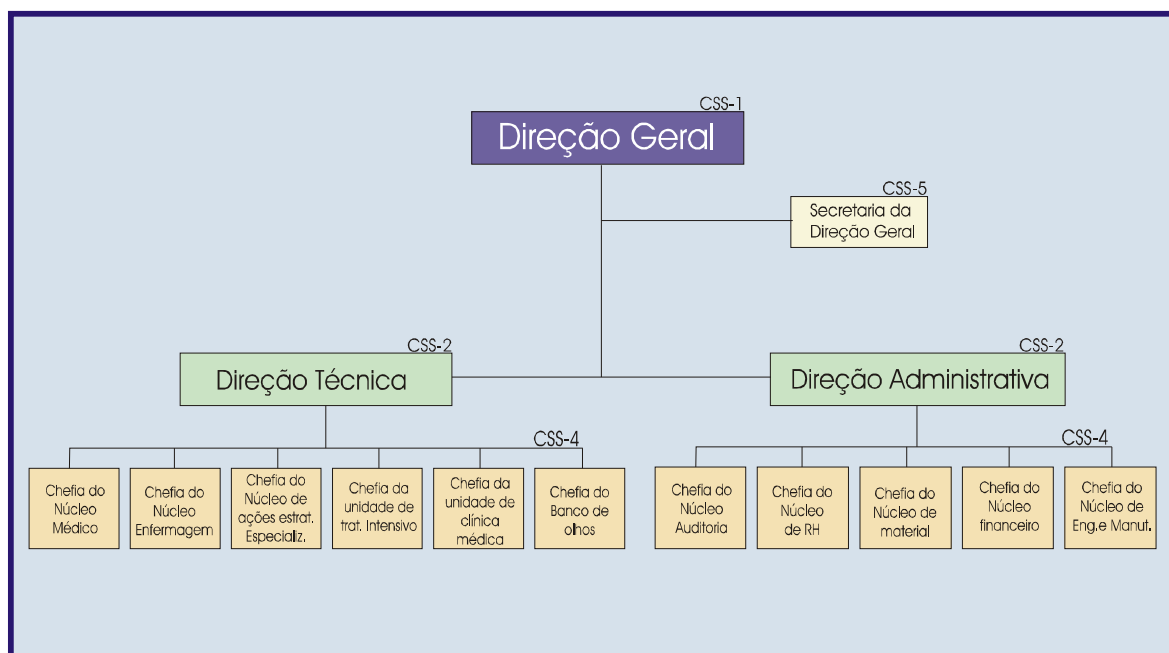
5.12. A seguir, estão apresentados o “Organograma funcional” da estrutura do HEETSHL, não oficializado, mas existente na prática, e o estabelecido pela Lei Estadual n.º 8.618/07.

Gráfico 5. Organograma funcional



Fonte: CEJAMO – S.R. Vilar.

Gráfico 6. Organograma oficial básico



Fonte: Lei Estadual nº 8.618/07.

- 5.13. Encontram-se anexas cópias de portarias e da Folha de Pagamento referente ao mês de abril/08 e Relação Nominal dos Cargos e Ocupantes (fls. 843/889, e 948/994 e 995/997).
- 5.14. É premente a necessidade de se elaborar, além do Regimento Interno, a estrutura organizacional do Hospital com as atribuições e remunerações dos cargos de direção, chefia, coordenação e secretária, além de previsão de penalidades, em casos de omissão e transgressão. A falta de preenchimento legal dos cargos e de normatização prejudica a operacionalização da instituição pois, uma vez que não estão devidamente definidas as responsabilidades dos cargos detentores de poder de decisão, e legalmente preenchidos, as deliberações e até mesmo as rotinas de trabalho sofrem entrave. Faz-se necessário também rever a real necessidade de cada cargo e sua interligação no organograma.
- 5.15. Cabe, portanto, recomendar à SES, em conjunto com a Direção do HEETSHL, a adoção de providências neste sentido.

Grupo de saúde/médicos

- 5.16. A Tabela a seguir demonstra a situação existente em julho de 2008, detalhando-se não somente por especialidades, como também por vínculo com o HEETSHL, não estando nela incluídos os médicos cooperados (Relação às fls. 998/1.003).

Tabela 12. Quantitativo de pessoal – Grupo Saúde Médicos

ESPECIALIDADE	PS/01	S/vínc.	Efet.	Concurso/2007		PS/08	Atuando ¹	Nec. Prev. ²	Nec. Real	Déficit ³
				Ed.04/07	Apres.					
ANESTESISTA	1	0	2	26	4	2	9	28	28	22
CARDIOLOGISTA	0	0	0	3	3	0	3	3	3	0
CIR.GERAL	1	5	4	22	11	0	21	26	26	11
CIR. PEDIÁTRICO	0	0	0	7	2	0	2	7	10	8
CIR.PLÁSTICO	3	1	2	7	6	0	12	9	10	2
CIR.TORÁCICO	0	0	0	7	1	1	2	7	10	9
CIR.VASCULAR	0	0	0	7	2	1	3	7	10	8
CLÍN.GERAL	5	7	6	22	7	0	25	26	26	13
ENDOSCOPISTA	0	0	2	5	4	0	6	7	10	4
HEMODINAMICISTA	0	0	0	3	3	0	3	3	0	-3
HEMATOLOGISTA	0	0	0	2	2	0	2	2	2	0
INTENSIVISTA ADULTO	1	1	3	32	4	2	11	34	34	27
INT.PEDIÁTRICO	0	0	0	8	3	1	4	8	10	7
NEFROLOGISTA	0	0	0	3	2	0	2	3	3	1
NEUROCIRURGIÃO	0	5	0	14	2	0	7	14	14	12
NEUROLOGISTA	0	0	0	3	1	2	3	3	3	2
OFTALMOLOGISTA	0	0	0	7	6	0	6	7	10	4
OTORRINOLARING.	0	0	0	7	2	0	2	7	10	8
PEDIATRA	0	0	1	13	11	0	12	14	14	2
PSQUIATRA	0	0	1	1	1	0	2	2	2	0
RADIOLOGISTA	4	1	1	7	6	0	12	8	10	3
TRAUMAT/ORTOPED	1	5	1	28	2	4	13	29	29	26
UROLOGISTA	0	0	0	7	6	0	6	7	10	4
CIR.MÃO E MICROC.	0	0	0	3	3	0	3	3	3	0
NEUROCIR. ENDOVASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ARTERIOGRAF. /MEMBROS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
BRONCOSCOPISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
TOTAL	16	25	23	244	94	13	171	264	295	178

Fonte: Setor de Recursos Humanos e Chefia de Divisão Médica - HEETSHL e legislação pertinente.

¹PR.SEL./ 2001 + S/VÍNC. + EFETIVO+ CONC.APRES.+ PR.SEL./2008.

²EFETIVO + ED.04/07.

³NECESSIDADE REAL (-) (EFETIVO + CONC. APRES.).

5.17. No Edital do Processo Seletivo de 2001 (Edital SES N° 01, de 02/03/2001, fls. 803/804) foram previstas apenas 119 vagas para médico. Pelo porte do Hospital, percebe-se que o quantitativo foi subestimado, o que propiciou, desde o início das suas atividades, a presença das cooperativas médicas que vêm participando não na forma prevista na Constituição Federal, com atuação complementar, mas com uma atuação decisiva, ou seja, criando uma dependência em relação às cooperativas – COORT, COOPANEST, COOPECIR, COOPED e COOMIT para o funcionamento do Hospital.

5.18. Com o passar dos anos, a maioria dos médicos que ingressaram através do processo seletivo abdicaram deste vínculo e passaram a atuar como membros de cooperativas

médicas, restando apenas dezesseis, grande parte sob liminar judicial, com o vínculo de prestador de serviço ainda do Processo Seletivo de 2001, os quais, por uma carga horária de 20 horas semanais, percebem R\$ 415,00 de salário pela Secretaria de Administração do Estado – SEAD e R\$ 540,00 por plantão, com exceção dos Cirurgiões Plásticos e Radiologistas que recebem um valor menor (R\$ 250,00) por plantão, já que recebem também por “serviços profissionais” (fls. 1.072).

5.19. Aos médicos que ingressaram através do PS/2001, somaram-se alguns da SES, lotados no HEETSHL, e outros que não possuem vínculo com o serviço público ou cujos vínculos são com outros órgãos do Estado, Prefeituras Municipais ou órgãos federais, percebendo o vencimento no órgão de origem e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 20 horas semanais, outras formas de remuneração como plantões e “serviços profissionais” (atualmente apenas cirurgiões plásticos e radiologistas), à semelhança do estabelecido para os do Processo Seletivo de 2001.

5.20. Os valores recebidos a título de “serviços profissionais” estão apresentados na Tabela 13. Como se pode verificar nos documentos fornecidos pelos Setores de Contas Médicas e de Recursos Humanos (fls.1.189/1.341), desde a instalação do Hospital eram repassados valores para todos os profissionais médicos, exceto cooperados, em decorrência de procedimentos realizados e faturados para o SUS. A partir de junho de 2004, somente os médicos cirurgiões plásticos e radiologistas continuaram a receber por estes serviços, os primeiros através de um rateio por igual (valor atual - R\$ 3.444,69/mensal/cada) e, os segundos, proporcionalmente aos procedimentos realizados (alcançando até um patamar de R\$ 7.000,00/mensal/individual). Conforme foi informado, não existe formalização deste acordo e nenhuma fundamentação legal para este recebimento.

Tabela 13. Valores de serviços profissionais de médicos - HEETSHL

Mês	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
JAN	-	56.271,83	83.574,55	113.976,65	71.076,39	50.869,46	70.276,12	44.526,56
FEV	-	41.174,30	67.367,11	94.827,05	70.575,83	62.934,05	66.969,65	57.238,23
MAR	-	35.703,87	85.155,41	100.134,48	59.206,17	65.713,13	61.558,54	56.437,09
ABR	-	48.143,05	80.172,04	78.042,62	64.864,59	58.212,82	69.489,28	58.577,85
MAI	-	39.118,69	90.423,08	106.613,99	63.213,87	77.761,99	66.754,16	51.919,37
JUN	-	52.651,20	76.108,79	73.157,37	75.742,55	71.760,29	71.205,50	-
JUL	-	70.800,88	105.689,49	69.732,22	76.411,60	70.109,53	83.392,68	-
AGO	-	69.100,43	103.251,58	73.239,81	75.433,19	79.430,79	80.040,47	-
SET	-	74.969,45	90.159,27	50.548,53	58.567,40	73.455,62	65.560,79	-
OUT	-	75.350,25	93.655,91	77.577,77	74.432,76	58.771,80	59.402,99	-
NOV	44.802,45	78.112,74	98.249,84	74.580,18	70.791,71	68.226,99	69.783,35	-
DEZ	46.024,88	69.066,10	105.482,27	54.668,30	77.820,60	60.675,82	78.099,33	-
TOTAL	90.827,33	710.462,79	1.079.289,34	967.098,97	838.136,66	797.922,29	842.532,86	268.699,10

Fonte: Contas Médicas - HEETSHL/Demonstrativo de Valores da Produtividade dos Médicos.

- 5.21. Em 2007 foi, pela primeira vez, efetivado um concurso público para contratação de algumas categorias de pessoal destinado ao HEETSHL, dentre elas a de médico, sendo fixado um vencimento de R\$ 713,96 e um Adicional de Representação de R\$ 2.632,37, totalizando R\$ 3.346,33, por uma carga semanal de 24 horas (fls. 826/840). Não tendo o referido concurso logrado êxito ao ponto de preencher o quantitativo necessário para o funcionamento do hospital, foi realizado, em 2008, processo seletivo para contratação por tempo determinado, oferecendo-se as mesmas condições estabelecidas para os concursados, conforme estabelecido no Edital SES 01/2008 (fls.841/842).
- 5.22. Foram considerados como pertencentes a um Quadro do Hospital apenas os que já eram funcionários da SES (coluna “Efetivo-HEETSHL” da Tabela 12) e os que ingressaram através de concurso público realizado em 2007 (coluna Concurso/2007 – Apres.” – Tabela 12).
- 5.23. Na coluna “Atuando” estão computados todos os que exercem atividade no Hospital, exceto cooperados, seja pelo vínculo ainda do Processo Seletivo de 2001, seja sem vínculo, como foi explicado, mais os efetivos, os concursados e os novos contratados em decorrência do Processo Seletivo de 2008 (171 profissionais).
- 5.24. A “Necessidade Prevista”, constante na Tabela 12, refere-se à do Edital do Concurso de 2007 mais os já efetivos. Porém, a prática tem demonstrado que houve falhas nas especialidades e quantitativos previstos no último concurso. Com a colaboração do Setor de Recursos Humanos e do Chefe da Divisão Médica, elaborou-se uma outra coluna na tabela, denominada “Necessidade Real”, levando-se em conta a realidade do Hospital hoje e peculiaridades tais como a desnecessidade de médico hemodinamicista, por se referir a especialidade mais a Unidades de Cardiologia, aumento no quantitativo previsto para a maioria das especialidades, além de apontar especialidades não contempladas no concurso, quais sejam: neurocirurgião endovascular, arteriografista de membros e broncoscopista. A necessidade real do hospital, assim calculada, atinge então 295 profissionais, havendo, por conseguinte, um déficit de 178, considerando-se enquadrados na equipe própria do hospital, como já dito, apenas os efetivos (23) e os concursados de 2007 (94).
- 5.25. Este Tribunal já se pronunciou por diversas vezes pela ilegalidade da atuação das cooperativas médicas no HEETSHL, diante da proibição constitucional de terceirização de atividade-fim em serviços de saúde em caráter permanente e não complementar (CF, arts. 37 e 199, § 1º). No entanto, vêm prestando serviço ao HEETSHL, desde 2001, cinco cooperativas médicas – Cooperativa dos Anestesiologistas da Paraíba-COOPANEST, Cooperativa de Ortopedia e Traumatologia da Paraíba - COORT, Cooperativa dos Cirurgiões da Paraíba - COOPECIR, Cooperativa dos Pediatras da Paraíba - COOPED e Cooperativa dos Médicos Intensivistas da Paraíba – COOMIT.
- 5.26. Dos instrumentos formalizadores dos contratos e aditamentos que fundamentam as prestações de serviço dessas cooperativas, só foram fornecidos pela SES e pelo HEETSHL os seguintes (fls. 1.078/1.187):
- COOPANEST – Contrato PJ 69/01, firmado com a SES, alterado pelos Termos Aditivos N.ºs 01/01 e 02/02; e Contrato PJ 78/04, alterado pelos Termos Aditivos n.ºs 01/05,02/05,03/06 e 04/07, com vigência até dezembro de 2008;

- COORT – Contrato PJ 71/01, firmado com a SES, alterado pelo Termo Aditivo n.º 01/01; Contrato PJ 03/04, e Contrato PJ 76/04, alterado pelos Termos Aditivos n.º 01/05, 02/05, 03/06, 04/06 e 05/07, com vigência até dezembro de 2008;
- COOPECIR – Contrato PJ 70/01, firmado com a SES, alterado pelo Termo Aditivo n.º 01/01; Contrato PJ 02/04; e Contrato PJ 77/04, alterado pelos Termos Aditivos n.º 01/05, 02/05, 03/06 e 04/07, com vigência até dezembro de 2008;
- COOPED – Contrato PJ 35/04, firmado com a SES, com vigência expirada;
- COOMIT – Contrato PJ 36/04, firmado com a SES, com vigência expirada.

5.27. Foram buscadas, junto ao HEETSHL bem como à SES, informações acerca das despesas com essas cooperativas sem, no entanto, serem fornecidas com precisão. Optou-se, assim, pelos dados disponíveis no Sistema de Acompanhamento de Gestão de Recursos – SAGRES, os quais são apresentados na Tabela 14. Mesmo assim, não se pôde coletar dados totalmente exatos tendo em vista que os empenhos não vêm sendo feitos de uma única forma, ou seja, tais despesas vêm sendo empenhadas em várias rubricas (não somente 39 – Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, como também na rubrica 92 – Despesa de Exercícios Anteriores e até mesmo na 11 – Pessoal Civil), além de terem como credores tanto a própria cooperativa como, em outras ocasiões e exercícios, o responsável financeiro do hospital ou o próprio HEETSHL, com seu CNPJ.

Tabela 14. Despesa empenhada com cooperativas médicas

ANO	COOPED	COOMIT	COOPECIR	COORT	COOPANEST	TOTAL
2002	*	*	1.319.394,77	844.529,15	954.285,25	3.118.209,17
2003	*	*	1.711.812,02	843.970,52	914.324,03	3.470.106,57
2004	239.760,00	344.520,00	3.104.257,60	1.328.024,00	1.519.071,39	6.535.632,99
2005	873.360,00	1.312.740,24	3.836.947,20	1.371.216,00	1.682.304,00	9.076.567,44
2006	1.050.298,06	1.410.480,00	3.930.964,10	1.570.164,00	1.876.844,39	9.838.750,55
2007	1.038.959,86	1.392.578,44	4.396.502,00	1.860.223,70	2.092.365,60	10.780.629,60
2008**	319.680,00	297.000,00	1.878.505,40	794.822,85	658.902,40	3.948.910,65
TOTAIS	3.522.057,92	4.757.318,68	20.178.383,09	8.612.950,22	9.698.097,06	46.768.806,97

Fonte: SAGRES - Sistema de Acompanhamento da Gestão de Recursos da Sociedade.

* Não consta como credor nem nos históricos de empenhos.

** Até 27/06/08.

5.28. Percebe-se, pelo exame dos valores levantados, o alto custo que tais contratos representaram e ainda representam para o HEETSHL, lembrando mais uma vez que a introdução das cooperativas médicas nas atividades do hospital, em tais circunstâncias, deu-se em face da não realização necessária de concurso público para contratação de profissionais médicos que pertenceriam a um quadro efetivo da unidade hospitalar que estava sendo instalada em 2001, criando-se uma situação de dependência em relação à mão-de-obra imprescindível para o desempenho das atividades da instituição.

5.29. É impossível precisar o gasto atual total com a equipe médica do hospital já que existem alguns profissionais que têm seus vencimentos pagos pelo Estado e por outra Secretaria, geralmente de Saúde. Todavia, evidencia-se ser mais econômica a formação de um quadro próprio de médicos para o HEETSHL, pois se for multiplicado o quantitativo total de médicos necessários (Necessidade real – 295) pelo salário mensal bruto fixado para os concursados (R\$ 3.346,33), tem-se um montante de R\$ 987.167,35, pouco superior ao valor de R\$ 898.385,80, despendido mensalmente em 2007, em média, apenas com o pagamento das cinco cooperativas médicas (R\$ 10.780.629,60: 12 meses).

5.30. Além da economia monetária, a formação de um quadro próprio de médicos possibilitaria, a médio prazo, a capacitação dos médicos e um maior comprometimento desses profissionais. Depois de formada e capacitada a equipe médica, seria viável também pensar em uma forma de incentivo como, por exemplo, o rateio geral, entre todas as categorias, de recursos advindos de Serviços Profissionais, uma vez atingidas ou superadas metas qualitativas e quantitativas estipuladas.

Grupo de saúde/outras

5.31. No Grupo de Saúde/Outros foram reunidos todos os demais profissionais, excetuando-se médicos, relacionados à atividade fim do Hospital, ou seja, atendimento de pacientes, englobando os três níveis de formação - superior, médio, básico (fls. 1.004/1.029). A Tabela 15 - Quantitativo de Pessoal – Grupo Saúde – Outros mostra os cargos existentes, com quantidade e vínculo com o HEETSHL.

Tabela 15. Quantitativo de pessoal - grupo saúde – outros

CARGO	PROCESSO SELET. /2001		S/VÍNC./ HEETSHL	EFETIVO/ HEETSHL	CONCURSO /2007		ATUAN- DO	NECES. PREVIS- TA*
	EDITAL 01/01	PS/ HEETSHL			ED. 04/07	APRES		
CIR.BUCO-MAXILO	5	5	6	0	7	0	11	7
ENFERMEIRO	27	13	68	7	73	14	102	80
ASSIST. SOCIAL	4	3	16	3	15	1	23	18
PSICÓLOGO	4	3	21	2	9	3	29	11
FISIOTERAPEUTA	4	1	33	3	19	0	37	22
NUTRICIONISTA	6	6	5	3	6	2	16	9
BIOQUÍMICO	0	0	6	0	7	0	6	7
FARMACÊUTICO	4	2	6	2	6	2	12	8
TÉCN. ENFERMAGEM	30	20	150	0	307	115	285	307
AUX. ENFERMAGEM	50	29	69	4	0	0	102	0
TÉCN. LABORATÓRIO	0	0	0	0	11	0	0	11
TÉCN. RADIOLOGIA	8	6	21	0	23	1	28	23
TÉCN. CÂMARA ESCURA	0	0	0	2	0	0	2	2
AUX. FARMÁCIA	2	1	8	0	0	0	9	0
AUX. NUTRIÇÃO	0	0	4	0	0	0	4	0
GESSISTA	0	0	18	1	0	0	19	1
MAQUEIRO	0	0	18	0	0	0	18	0
VISITADOR SANIT.	0	0	0	1	0	0	1	1
ATENDENTE	0	0	0	3	0	0	3	3
AGENTE DE SAÚDE	0	0	0	1	0	0	1	1
TOTAL	144	89	449	32	483	138	708	511

Fonte: Setor de Recursos Humanos - HEETSHL e legislação pertinente.

*EFETIVO + EDITAL 04/07.

5.32. As necessidades previstas foram calculadas a partir da soma dos Servidores efetivos com as vagas previstas no Edital N° 04/07, referente ao único concurso já realizado para admissão de pessoal para o hospital. As necessidades reais não foram levantadas, tendo

em vista que alguns cargos imprescindíveis ao seu funcionamento sequer constaram do Edital do mencionado concurso. Para se estipular os cargos com seus respectivos quantitativos necessários, objetivando-se a formação de um quadro próprio do HEETSHL, recomenda-se à Secretaria de Saúde do Estado que seja ouvida a opinião de pessoas que atuam no hospital (a nível de Direção, Chefia ou mesmo Coordenação) que detenham experiência acerca das atividades desenvolvidas e das demandas de mão-de-obra nos diversos setores etc.

- 5.33. Observando-se o Edital do Processo Seletivo para contratação temporária realizado em 2001 (Edital SES Nº 01, de 02/03/2001, fls. 803/804), verifica-se que os quantitativos de algumas cargos foram subestimados, a exemplo de enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico e que outros cargos, importantes para o funcionamento do Hospital não foram contemplados, a exemplo de bioquímico, gessista e maqueiro.
- 5.34. Diferentemente dos profissionais médicos, dentre os quais muitos abandonaram seu vínculo de prestador de serviço do Processo Seletivo de 2001 para se tornarem participantes de cooperativas médicas que atuam no HEETSHL, a grande maioria dos profissionais do Grupo de Saúde – Outros permanecem com este vínculo, restando 89 pessoas nesta situação. Desses prestadores de serviço, os de nível superior (odontólogo buco-maxilo, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo) percebem, por uma carga horária de 20 horas semanais, um salário de R\$ 415,00 pela Secretaria de Estado da Administração – SEAD, R\$ 540,00 por sete plantões e R\$ 72,00 por plantão extra. Os de nível médio percebem o mesmo valor de salário (salário mínimo nacional) e R\$ 24,00 por plantão, no caso de técnico de enfermagem e de técnico em radiologia, e R\$ 21,10, os demais cargos (fls. 1.072/1.074).
- 5.35. A estes prestadores de serviço oriundos do PS de 2001, foram, ao longo dos anos e à semelhança dos profissionais médicos, acrescentando-se alguns servidores da SES, lotados no HEETSHL (que atualmente somam 32), e outros que não possuem vínculo com o serviço público ou cujos vínculos são com outros órgãos do Estado, Prefeituras Municipais, órgãos federais, ou o próprio Estado, mas atuando em desvio de função, que totalizam 449, percebendo os de:
- nível superior: o vencimento no órgão de origem, no caso de possuir algum vínculo e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 20 horas semanais, gratificação de R\$ 540,00 por sete plantões e R\$ 72,00 por plantão extra;
 - nível médio: o vencimento no órgão de origem, no caso de possuir algum vínculo e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 30 horas semanais ou 10 plantões por mês, gratificação de R\$ 24,00 por plantão.
- 5.36. No concurso público para contratação de pessoal destinado ao HEETSHL, foram previstas vagas para alguns cargos deste grupo, quais sejam:
- de nível superior - *cirurgião dentista buco-maxilo, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, bioquímico, farmacêutico* – sendo fixados, por uma carga horária de 40 horas semanais, um salário de R\$ 594,97 e um adicional de representação de R\$ 410,37, perfazendo um total de R\$ 1.005,34;
 - de nível médio – *técnico de enfermagem, técnico em laboratório e técnico em radiologia*, sendo fixados um vencimento de R\$ 417,80 e um adicional de

representação de R\$ 120,00, totalizando R\$ 537,80, por uma carga semanal de 40 horas ou 13 plantões por mês.

- 5.37. Com relação ao pessoal de enfermagem, houve falha no concurso público realizado, especificamente no que tange ao HEETSHL, em virtude do perfil exigido não atender ao necessário para o desempenho das atividades de urgência, emergência e trauma, cabendo recomendar à SES e ao HEETSHL para que, em se realizando novo certame, atente para esta peculiaridade e que, desde já, ofereça aos novos servidores desta área treinamento para capacitá-los devidamente para o trabalho requerido.
- 5.38. Foram considerados como pertencentes a um Quadro do Hospital apenas os que já eram funcionários da SES e não estão atuando no HEETSHL com desvio de função (coluna “Efetivo” da Tabela, em número de 32) e os que ingressaram através de concurso público realizado em 2007 (coluna “Concurso/2007 – Apres”. – Tabela 15), em número de 138, totalizando 170 servidores de todos os cargos deste grupo.
- 5.39. Na coluna “Atuando” estão computados todos os que exercem atividade no Hospital, seja pelo vínculo ainda do Processo Seletivo de 2001, seja sem vínculo, como foi explicado, mais os efetivos e os concursados apresentados (708 profissionais).
- 5.40. As necessidades previstas foram calculadas a partir da soma dos servidores efetivos com as vagas previstas no Edital N° 04/07, referente ao único concurso já realizado para admissão de pessoal para o hospital. As necessidades reais não foram levantadas, tendo em vista que alguns cargos imprescindíveis ao seu funcionamento sequer constaram do Edital do mencionado concurso. Para se estipular os cargos com seus respectivos quantitativos necessários objetivando-se a formação de um quadro próprio do HEETSHL, recomenda-se, mais uma vez, à Secretaria de Saúde do Estado que seja ouvida a opinião de pessoas que atuam na instituição (a nível de Direção, Chefia ou mesmo Coordenação) que detenham experiência acerca das atividades desenvolvidas e das demandas de mão-de-obra nos diversos setores etc. Convém lembrar ainda que surgiram também nos últimos anos novos cargos como técnico de enfermagem e técnico em laboratório, cujos cursos de formação foram reconhecidos e que anteriormente não existiam e tende a desaparecer o cargo de auxiliar de enfermagem.

Grupo de apoio

- 5.41. Foram incluídos neste grupo os ocupantes de cargos que não sejam dos *Grupos Saúde – Médicos e Outros* nem do *Grupo Direção, Chefia, Coordenação, Secretária*.
- 5.42. A partir do exame da Folha de Produtividade referente ao mês de abril/2008 e de pesquisa feita junto ao hospital, depreende-se existirem, neste grupo, 102 ocupantes de cargos de nível básico, 230 de nível médio e 24 de nível superior, totalizando 356 pessoas, os quais estão discriminados nas Tabelas 16, 17 e 18, elaboradas com o auxílio do Setor de Recursos Humanos do HEETSHL, pois no caso específico deste grupo torna-se ainda mais difícil coletar as informações junto à SES (fls. 1.031/1.071).
- 5.43. Este quantitativo, porém, não é estável, uma vez que o ingresso é feito na grande maioria através da simples inclusão na Folha de Produtividade, sem formalização legal de vínculo com o hospital, com solicitação do responsável pelo setor afirmando haver necessidade

de substituição de pessoal e autorização do Diretor Geral do HEETSHL ou por determinação da SES (fls. 1.075).

- 5.44. Com relação a este Grupo, ainda não foi realizado qualquer concurso público para admissão de pessoal. Os quantitativos de alguns cargos são aquém da necessidade real, a exemplo de analista de sistema, administrador, contador, auditor médico, motorista, artífices (encarregados por reparos – pintor, encanador, eletricista) etc. Existem, por outro lado, cargos sem qualquer necessidade ou lógica, a exemplo de professor e psicopedagogo.
- 5.45. Deste universo (Grupo de Apoio), alguns são originários do Processo Seletivo realizado em 2001, quando da instalação do hospital, observando-se no próprio edital que o quantitativo foi sub-dimensionado, o que, juntamente com a não realização posterior de concurso público, permitiu a admissão crescente e continuada de pessoal. Ocorreu também que, para alguns cargos, imprescindíveis para o funcionamento do hospital, não foram sequer previstas vagas, a exemplo de auditor médico, administrador etc.
- 5.46. Como inexistente Quadro de Pessoal do HEETSHL, não há quantitativo estabelecido para os cargos, acarretando descontrole de admissão e, por conseguinte, remunerações indignas (no nível básico, a maioria, mesmo trabalhando sessenta horas por semana, percebe valores abaixo do Salário Mínimo Nacional). Em decorrência, a qualidade da prestação do serviço é insatisfatória, sendo exemplo representativo o da limpeza, lavanderia e cozinha. A inexistência de um quadro de pessoal também inviabiliza a capacitação e treinamento de mão-de-obra.
- 5.47. Grande parte dos integrantes do Grupo de Apoio contratados como prestadores de serviço do Processo Seletivo de 2001 permanecem com o vínculo. Desses prestadores de serviço, os de nível superior percebem o salário mínimo pela Secretaria de Estado da Administração – SEAD e uma gratificação de R\$ 540,00, por turno de 6 horas, podendo dobrar a jornada (dois turnos) e receber R\$ 1.080,00. Do mesmo modo se processa para os demais níveis, diferenciando-se apenas os valores das gratificações (R\$ 211,00/R\$422,00 para nível médio e R\$ 178,00/R\$376,00 para nível básico) (fls. 1.073/1.074).
- 5.48. A segurança do hospital é realizada atualmente por servidores da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros que recebem os salários nos órgãos referidos, por carga horária lá estabelecida, e, no HEETSHL, trabalham, de forma extra, em plantões de 12 horas, percebendo R\$ 35,00 por plantão diurno e R\$ 40,00 por plantão noturno, a título de produtividade. Denominam-se “Apoio Operacional” e são coordenados por três “Supervisores Patrimoniais”, os quais percebem R\$ 55,00 por plantão e estão incluídos na Tabela 11 - Grupo Direção, Chefia, Coordenação, Secretária.
- 5.49. Além dos prestadores de serviço do PS de 2001, exercem atividades de apoio:
- servidores efetivos (da SES, lotados no HEETSHL) e de outros órgãos que recebem o salário na unidade de origem e a gratificação já mencionada;
 - prestadores de serviço sem vínculo algum, percebendo apenas a gratificação nos moldes descritos.

5.50. Parte do pessoal que exerce atividades na Lavanderia, Limpeza (Higienização) e Nutrição (cozinha) é escalado, não por turno, mas por plantão de 12 horas, para o qual recebem apenas R\$ 17,80 por plantão.

5.51. Com relação ao nível superior, observa-se disparidade de valores percebidos por ocupantes de cargos semelhantes, como é o caso de auditor interno e assessor jurídico.

Tabela 16. Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível superior

CARGO	PROCESSO SELETIVO/2001		S/VÍNC.	EFETIVO (HEETSHL)	ATUANDO
	EDITAL 01/01	PS			
ANALISTA DE SISTEMA	1	1	0	0	1
ADMINISTRADOR	0	0	2	2	4
CONTADOR	1	0	1	0	1
ECONOMISTA	0	0	0	1	1
AUDITOR MÉDICO	0	0	3	0	3
ENGENHEIRO MECÂNICO	1	1	0	0	1
ENGENHEIRO ELETRÔNICO	0	0	1	0	1
ENGENHEIRO QUÍMICO	0	0	0	1	1
ENGENHEIRO CLÍNICO	1	0	0	0	0
PROFESSOR	0	0	3	0	3
PSICOPEDAGOGO	0	0	1	0	1
ASSESSOR DE COMPRAS	0	0	1	0	1
ASSESSOR CONTÁBIL	0	0	1	0	1
ASSESSOR JURÍDICO	0	0	3	0	3
ASSISTENTE DE COMPRAS	0	0	3	0	3
TOTAL	4	2	17	5	24

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL e legislação pertinente.

Tabela 17. Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível médio

CARGO	PROCESSO SELETIVO /2001		S/VÍNC.	EFETIVO	ATUANDO
	EDITAL01/01	P S			
ALMOXARIFE	2	2	0	0	2
AUXILIAR DE ALMOXARIFE	2	1	4	1	6
ARTÍFICES E AUX. ARTÍF.	9	7	4	1	12
ASSIST. ADMINISTRATIVO	13	9	31	5	45
DESPENSEIRO	0	2	0	0	2
MOTORISTA	4	2	6	0	8
OPERADOR DE INFORMÁTICA	2	0	5	0	5
RECEPCIONISTA	5	3	36	3	42
SECRETÁRIA	3	8	5	4	17
TÉCNICO EM REPROGRAFIA	0	1	0	0	1
TÉCN. EM SEGUR. TRAB.	0	0	1	0	1
TÉCN. DE NÍVEL MÉDIO	0	0	0	2	2
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO	0	0	53	0	53
TELEFONISTA	4	0	6	0	6
APOIO OPERACIONAL (SEG.)	0	0	28	0	28
TOTAL	44	35	179	16	230

Fonte: Setor de Recursos Humanos - HEETSHL e legislação pertinente.

Tabela 18. Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível básico

CARGO	PROCESSO SELETIVO /2001		S/VÍNC.	EFETIVO	ATUANDO
	EDITAL01/01	PS			
COZINHEIRO	11	5	5	0	10
AUXILIAR DE COZINHA	9	6	11	0	17
COPEIRO	6	4	17	0	21
COSTUREIRA	1	1	6	1	8
ENGOMADOR	4	7	7	0	14
OPERAD. DE LAVANDERIA	6	4	22	0	26
OPERAD. DE CALDEIRA	0	5	0	0	5
AUX. DE SERVIÇOS GERAIS	10	0	0	0	0
AUX. DE REPROGRAFIA	0	0	1	0	1
TOTAL	47	32	69	1	102

Fonte: Setor de Recursos Humanos - HEETSHL e legislação pertinente.

5.52. Os custos com Recursos Humanos são significativos em relação ao total de custos de um hospital. Faz-se mister assim que se identifique o quantitativo necessário para realizar cada função e que se estabeleçam metas gerenciais com implantação ativa da capacidade de trabalho. Quanto aos candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007 para provimento de diversos cargos, é recomendável que se proceda à contratação imediata, necessária, inclusive, à ativação de alguns serviços do hospital, como o de exames laboratoriais.

5.53. Em praticamente todos os setores do hospital, há queixa de necessidade de capacitação de pessoal, existindo no HEETSHL o Núcleo de Estudos e Capacitação e Estágios - NECE, a quem competiria implementar ações visando o treinamento e a capacitação da mão-de-obra, em especial a permanente (pessoal efetivo), mas atualmente o setor funciona basicamente para administrar a concessão de estágios, sendo, por sinal, perceptível a presença de um quantitativo exagerado de estagiários nas dependências do hospital.

5.54. Quanto à disparidade de remunerações, há a necessidade de se equacionar a produtividade de modo a diminuir a distorção entre os valores ofertados aos diversos profissionais, bem como corrigir o atraso em que se dá o pagamento, atualmente de dois meses (em julho foi pago o mês de abril), pois tais aspectos geram insatisfação e desestímulo aos que exercem atividades na instituição.

RECURSOS FINANCEIROS

5.55. O Hospital Estadual de Emergência e Trauma só foi considerado, desde sua instalação, como Unidade Orçamentária do Estado no exercício de 2005 e, mesmo assim, não de forma plena, como será comprovado no decorrer desta exposição. Todos os recursos para o hospital são oriundos do Tesouro do Estado - SES ou do Fundo Estadual de Saúde - FESEP, inclusive os repasses efetuados pelo SUS/MS, os quais são transferidos através da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa para o Estado. Faz-se conveniente deixar claro que

os valores faturados e cobrados ao SUS pelos serviços prestados no HEETSHL são recuperados não para o hospital especificamente mas retornam para o Sistema de Saúde do Estado, ou seja, para a SES ou para o FESEP.

5.56. Deve se ressaltar que a Gestão de Recursos do SUS/MS no Município de João Pessoa está a cargo da Secretaria de Saúde Municipal, tendo em vista que se trata de Gestão Plena de Saúde. A questão de pactuação de serviços e metas foi anteriormente abordada neste relatório, no Capítulo 4.

5.57. Focaremos, entretanto, o tema neste Capítulo, notadamente no que diz respeito aos recursos repassados pelo SUS ao Estado, advindos de procedimentos realizados pelo HEETSHL, os quais decorrem, basicamente, de dois tipos de cobrança:

- SIA – Sistema de Informação Ambulatorial que, no caso do HEETSHL, refere-se aos atendimentos realizados na Urgência/Emergência;
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar, referente às internações registradas através de AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

5.58. A partir de informações fornecidas pelo Setor de Contas Médicas - HEETSHL e pela Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (fls. 1.343/1.376 e 1.377/1.407), foram compilados os valores de recursos do SUS, repassados pelo Município ao Estado, com referência a procedimentos faturados no HEETSHL, os quais estão demonstrados nas Tabelas 19 e 20. Analisando-se os exercícios de 2005, 2006 e 2007, que estão com as informações completas, e fazendo-se uma comparação com as despesas levantadas com relação ao HEETSHL, Tabela 21 a seguir, vê-se que os recursos decorrentes de faturamento do SUS equivalem a cerca de 38% das despesas (§ 5.69).

Tabela 19. Repasses de recursos do SUS - valores pagos, segundo HEETSHL

(R\$ 1,00)

	2001*	2002	2003	2004**	2005	2006	2007
SIA	-	-	1.046.225,50	-	993.260,73	1.310.044,93	1.528.746,89
AIH	1.249.611,71	5.544.853,59	6.141.255,81	5.026.746,12	7.492.214,79	8.170.386,59	8.078.968,84
APAC	-	-	33.941,34	-	75.083,46	117.131,90	119.014,63
TOTAL	1.249.611,71	5.544.853,59	7.221.422,65	5.026.746,12	8.560.558,98	9.597.563,42	9.726.730,36

Fonte: Setor de Contas Médicas – HEETSHL.

*Só foram fornecidos dados a partir de agosto.

**Só foram fornecidos dados referentes ao período de janeiro a agosto.

Tabela 20. Repasses de recursos do SUS - valores pagos, segundo SSM-JP

(R\$ 1,00)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SIA	142.471,38	1.449.205,04	1.056.165,55	1.209.802,14	993.260,74	1.374.913,36	1.528.746,89
AIH*	-	222.693,00	6.171.917,38	7.289.542,66	7.521.131,64	8.176.507,16	8.079.129,61
APAC**	-	-	24.011,78	62.316,55	75.083,45	117.837,90	118.852,78
TOTAL	142.471,38	1.671.898,04	7.252.094,71	8.561.661,35	8.589.475,83	9.669.258,42	9.726.729,28

Fonte: Diretoria de Regulação - Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

*Não constam dados referentes a 2001 e somente aos meses de setembro, novembro e dezembro/2002.

**Só constam dados a partir de agosto/2003.

- 5.59. A Coordenação de Contas Médicas do HEETSHL é responsável pelo faturamento e, para tanto, procede ao levantamento de todos os procedimentos contidos nos prontuários, com a finalidade de cobrá-los de acordo com o regulamentado em Portarias/SUS. É necessário, por conseguinte, que não apenas o setor se mantenha atualizado com a legislação pertinente, como também implemente rotinas de fluxo de documentos no hospital para que se atinja o percentual máximo de recuperação dos dispêndios, ou seja, recupere efetivamente todos os procedimentos realizados passíveis de tal cobertura.
- 5.60. Além do Coordenador e de funcionários administrativos, o setor trabalha conjuntamente com dois médicos auditores que revisam os prontuários, buscando corrigir as falhas constatadas no preenchimento dos formulários e laudos elaborados pela equipe médica e paramédica. Inexiste oficialmente, como dito no Capítulo 4, uma Comissão de Revisão de Prontuários.
- 5.61. Segundo informações colhidas, ocorre ainda uma média de 8% de perdas, devido a glosas efetuadas pelos auditores externos (pertencentes à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa) e pelo próprio sistema DATASUS-MS ou extravio de formulários e laudos, tanto com relação ao SIA como ao SIH, estimada aproximadamente em R\$ 19.000,00 e R\$ 52.000,00/mês, respectivamente.
- 5.62. O prejuízo mais significativo, porém, dá-se em função das limitações impostas pelo Cadastro - SIA existente junto à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa – SMS-JP, resultando em uma diferença mensal de R\$ 70.000,00 entre o Produzido e o Quantificado, em razão do Teto Financeiro estipulado, como mostram os documentos de fls.1.343/1.345.
- 5.63. Dentro da mesma questão, existem ainda procedimentos de Alta Complexidade sendo realizados pelo HEETSHL e que não estão cadastrados ou apresentam pendências no cadastro, tais como Cirurgia Cardiovascular (SIPAC N° 805), Busca Ativa de Órgãos (SIPAC N° 2412) e no Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral. Esse prejuízo, estimado aproximadamente em R\$ 85.000,00 mensais, está demonstrado nos documentos de fls. 1.343/1.344 e 1.346/1.347, esclarecendo-se que, em cima do valor da tabela do SIH deveria ser acrescentado ainda 50% do valor, em razão do HEETSHL ser referenciado em urgência/emergência, se esses cadastramentos estivessem regularizados.
- 5.64. Ressalte-se também que o prejuízo até março do corrente ano era ainda maior, pois só então, o HEETSHL foi oficialmente cadastrado em Alta Complexidade em Trauma-ortopedia e que a tabela SUS encontra-se bastante defasada em comparação com as tabelas de remuneração dos planos de saúde privados.
- 5.65. Cabem recomendações à Direção do HEETSHL e à Secretaria de Saúde para que sejam tomadas providências visando a agilização e a correção de falhas nos registros de procedimentos realizados possibilitando um incremento nos repasses do SUS/MS, tais como:
- implementação de Prontuário eletrônico – *software*;
 - treinamento do pessoal incumbido de preenchimento;
 - previsão de obrigação de preenchimento completo e correto e penalidade por incorreções e/ou omissões em Regimento Interno;

- renovação de cadastramentos existentes a tempo (como cirurgia neurológica, que se expira em novembro/2008) e cadastramento de procedimentos pendentes e faltantes.
- 5.66. No que concerne ao custeio das despesas referentes ao HEETSHL, basicamente tem sido feito, ao longo desses sete anos, das seguintes formas:
- por empenhos tendo como credor o HEETSHL – como entidade jurídica (com seu CNPJ);
 - pagando o próprio Tesouro (SES ou FESEP) por vezes algumas cooperativas, geralmente COOPANEST, COORT e COOPECIR;
 - pagando o próprio Tesouro a fornecedores e prestadores de serviço que constam como credores de empenhos referentes a aquisições e prestações de serviço para o HEETSHL, especificamente, e para a rede hospitalar de uma forma geral (equipamentos, oxigênio, medicamentos e materiais médico-hospitalares, manutenção de equipamentos etc.);
 - em forma de adiantamentos em favor de responsável pelo Setor Financeiro ou do Diretor Administrativo;
 - pela Ação da SES 4066 - *Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa*;
 - além de ele próprio (o Estado – através da SEAD ou SES) arcar com despesas com vencimentos de pessoal, concursados e funcionários que já eram do Estado e atuam no HEETSHL.
- 5.67. Vê-se, portanto, que as despesas são extremamente pulverizadas, configurando-se uma difícil tarefa reunir as informações a elas referentes para se compor os gastos do HEETSHL. Apesar de solicitado à SES e ao HEETSHL dados acerca do montante de recursos desembolsados pelo Estado para atender à necessidade do hospital, não foram fornecidos subsídios suficientes que permitissem um exame preciso (fls. 1.738/1.757), tal como ocorreu quando da instrução do Processo TC N° 07135/05, referente à Inspeção Especial realizada por este Tribunal no Hospital em 2005.
- 5.68. Por tal motivo, optou-se por adotar os dados contidos no Sistema de Acompanhamento de Gestão – SAGRES/TCE-PB, alimentados pelos gestores. A investigação ficou impossibilitada no que se refere ao exercício de 2001, quando ainda não operava o citado Sistema, mas a realização de despesas de 2002 até maio de 2008 está exposta na Tabela 21 - Despesa por Credor e explanada em seguida, oferecendo uma visão geral do que foi possível levantar com relação às despesas, como também estão anexados relatórios e empenhos extraídos do SAGRES (docs. fls. 1.410/1.722).

Tabela 21. Despesas efetuadas referentes ao HEETSHL por credor

(Em R\$ 1,00)

CREDOR	2002		2003		2004	
	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago
1. HEETSHL (CNPJ 087778268003771)	-	-	-	-	-	-
2. JOANETE RAULINO DA SILVA (ATÉ MAIO/03)	12.130.355,42	12.130.355,42	4.243.313,34	4.243.313,34	-	-
3. KLEBER THADEU L. BONATES (ATÉ MAIO/04)	-	-	9.130.232,29	9.130.232,29	8.703.304,28	8.703.304,28
4. JOAQUIM F. DE SOUZA (A PARTIR DE JUN/04)	-	-	-	-	7.812.644,99	6.081.663,79
5. COOPANEST	954.285,25	954.285,25	104.823,80	104.823,80	1.122.784,00	1.068.435,61
6. COOPECIR	1.319.394,77	1.319.394,77	124.324,40	124.324,40	2.239.745,60	2.095.228,70
7. COORT	844.529,15	844.529,15	74.334,20	74.334,20	915.416,00	853.856,00
8. VÁRIOS	2.205.876,92	985.565,14	850.176,26	816.088,95	3.601.917,32	3.026.978,01
9. COOPED	-	-	-	-	239.760,00	239.760,00
10. COOMIT	-	-	-	-	344.520,00	344.520,00
TOTAIS	17.454.441,51	16.234.129,73	14.527.204,29	14.493.116,98	24.980.092,19	22.413.746,39

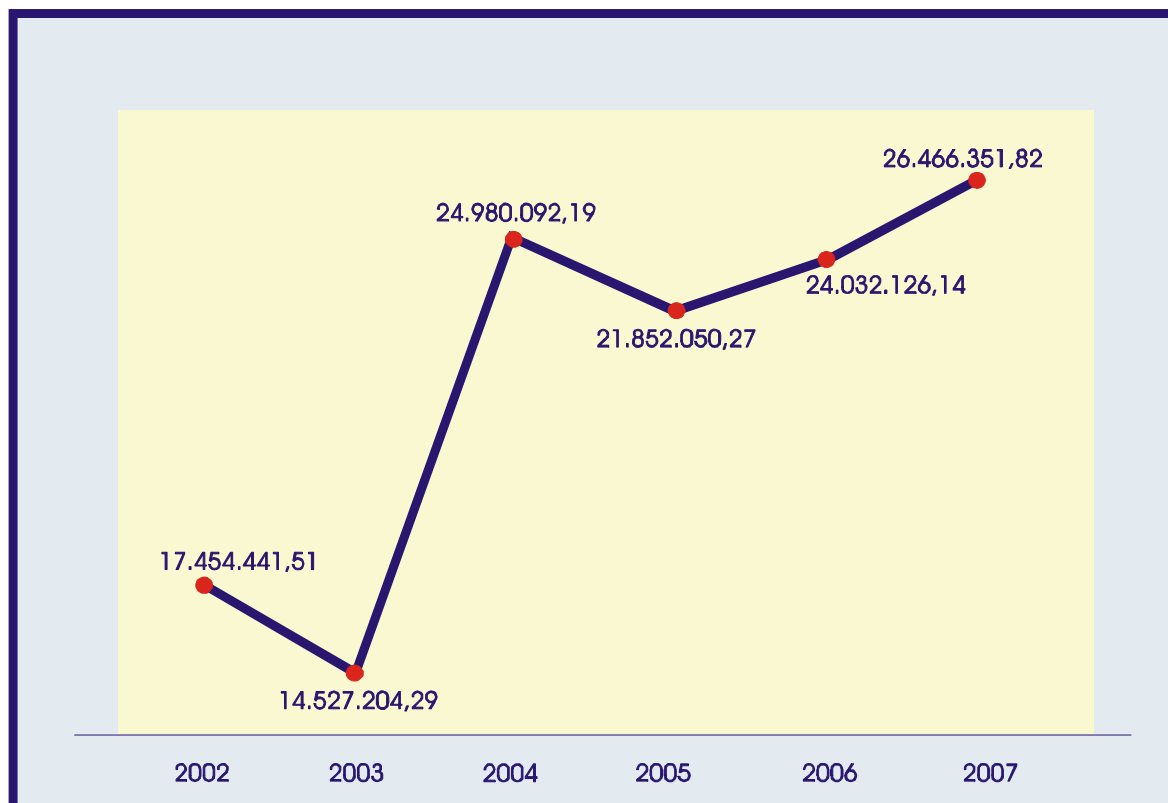
Fonte: SAGRES - Pesquisa por credor.

Tabela 21. (continuação)

Nº	2005		2006		2007		2008 (até 31/05)	
	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago
1	6.777.517,97	6.777.517,97	10.306.726,45	10.125.826,45	10.626.346,21	9.523.585,97	4.379.532,48	4.379.532,48
2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	3.512.758,71	3.512.758,71	398.205,31	398.205,31	60.999,99	60.999,99	557.400,00	557.400,00
5	1.682.304,00	1.682.304,00	1.876.844,39	1.736.652,39	2.092.365,60	1.927.640,00	658.902,40	658.902,40
6	3.836.947,20	3.836.947,20	3.930.964,10	3.930.964,10	4.396.502,00	4.396.502,00	1.878.505,40	1.878.505,40
7	1.371.216,00	1.371.216,00	1.570.164,00	1.570.164,00	1.860.223,70	1.860.223,70	794.822,85	794.822,85
8	4.073.526,39	3.707.836,76	5.949.221,89	5.913.863,59	7.429.914,32	7.376.440,32	264.883,45	1.782.088,59
9	239.760,00	239.760,00	-	-	-	-	-	-
10	358.020,00	358.020,00	-	-	-	-	-	-
*	21.852.050,27	21.486.360,64	24.032.126,14	23.675.675,84	26.466.351,82	25.145.391,98	10.917.995,58	10.051.251,72

* Totais.

Gráfico 7. Incremento da despesa empenhada, ano a ano



5.69. Comparando-se os volumes de recursos do SUS, angariados através de faturamentos de procedimentos realizados no HEETSHL, a partir da análise dos exercícios de 2005, 2006 e 2007, os quais estão com as informações completas (média de R\$ 9.300.000,00/ano), com as despesas empenhadas levantadas (média de R\$ 24.000.000,00/ano), vê-se que tais recursos equivalem a cerca de 38 %.

Exercício de 2002

5.70. A Unidade Gestora, neste exercício, foi a SES – código 250001, e não consta nenhum empenho tendo o HEETSHL como credor.

5.71. Três das cooperativas médicas (COOPANEST – R\$ 954.285,25, COOPECIR – R\$ 1.319.394,77 e COORT – R\$ 844.529,15) foram, elas próprias, credoras de empenhos. As outras duas (COOPED e COOMIT) não o foram, recebendo por meio de outros credores, possivelmente pela responsável pelo Setor Financeiro do hospital à época.

5.72. A grande maioria dos empenhos (no total de R\$ 12.130.355,42) ocorreram no nome da responsável pelo Setor Financeiro (Joanete Raulino da Silva) e, pelo histórico dos empenhos, depreende-se que foram destinados a:

- Produtividade – R\$ 4.337.486,28 (rubricas 11 - Vencimentos e Vantagens Físicas – Pessoal Civil e 92 – Despesa de Exercício Anterior);

- Material de consumo – R\$ 3.491.752,42 (rubrica 30; os empenhos não informam fornecedores, mercadorias etc.);
- Plantões Médicos - R\$ 3.174.434,00 (não há descrição da especialidade, provavelmente estão aí incluídas as cooperativas COOPED e COOMIT, mas o valor é alto para ser apenas dessas duas cooperativas; as rubricas utilizadas foram 11 e 92);
- Serviços de Terceiros - R\$ 1.115.437,30 (o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.);
- Limpeza e Higienização – R\$ 9.253,42;
- Diárias – R\$ 1.992,00.

5.73. Os outros credores foram incluídos na coluna “Vários”. Destacam-se, entre eles, o Banco do Brasil – empenho destinado à aquisição de equipamento *Toshiba* e para capacitação de dentistas cirurgiões buco-maxilo, Oxigênio do Nordeste, Moraes Martins e Cia. Ltda., Tomocenter, Vitrans – Limpeza e Conservação de Imóveis, Elfort etc.).

Exercício de 2003

5.74. Como em 2002, a Unidade Gestora neste exercício foi a *Secretaria da Saúde – código 250001* e não consta nenhum empenho tendo o próprio HEETSHL como credor. Com relação às cooperativas médicas, só foram localizados três empenhos, em todo o exercício, tendo como credoras a COOPANEST, COOPECIR e COORT, um para cada (R\$ 104.823,80, R\$ 124.324,40 e R\$ 74.334,20). Há indícios de que as cooperativas médicas foram pagas através de adiantamentos concedidos aos responsáveis financeiros do HEETSHL pois alguns empenhos contêm especificação de plantões médicos, nos históricos.

5.75. A grande maioria dos empenhos ocorreram nos nomes dos responsáveis pelo Setor Financeiro, em forma de adiantamento (Joanete Raulino da Silva, até maio – somando R\$ 4.243.313,34, e Kléber Thadeu L. Bonates, a partir de junho – R\$ 9.130.232,29). Pelo histórico dos empenhos, constataram-se as seguintes destinações:

- Produtividade – R\$ 5.661.203,97 (rubricas 11 e 92);
- Material de consumo – R\$ 2.311.125,39;
- Plantões médicos, sem especificar especialidade – R\$ 1.494.139,00 (rubrica 11);
- Plantões médicos, especificando “cirurgião” – R\$ 1.587.487,62;
- Plantões médicos, especificando “anestesista” – R\$ 809.500,23;
- Plantões médicos, especificando “ortopedista” – R\$ 769.636,32;
- Serviços de Terceiros – R\$ 758.455,10 – como em 2002, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.76. A coluna “Vários” engloba os outros credores, no montante de R\$ 850.176,26, podendo ser citados empenhos em favor da Vitrans – Limpeza e Conservação de Imóveis, Banco do Brasil – para aquisição de equipamento, Moraes Martins e Cia. Ltda. (exames), Tomocenter Ltda., Oxigênio do Nordeste, Elfort, ADLIM Terceirização em Serviços Ltda. etc.

Exercício de 2004

- 5.77. Em 2004, a Unidade Gestora dos recursos referentes ao HEETSHL permaneceu sendo a *SES – código 250001*. Também não consta, neste exercício, nenhum empenho tendo o HEETSHL como credor.
- 5.78. Diferentemente dos exercícios anteriormente abordados, neste exercício, constam empenhos tendo as cooperativas médicas COOPED e COOMIT como credoras (R\$ 239.760,00 e R\$ 344.520,00, respectivamente). As outras cooperativas – COOPANEST, COOPECIR e COORT, voltaram a constar como credoras de empenhos de valores representativos (R\$ 1.036.732,39, R\$ 2.239.745,60 e R\$ 915.416,00). Porém todas as cinco possivelmente receberam também valores transferidos pelos responsáveis por adiantamentos do HEETSHL, como veremos a seguir.
- 5.79. Foram dois os responsáveis por adiantamentos em 2004 - Kléber Thadeu L. Bonates, até julho (total de R\$ 8.703.304,28) e, a partir de agosto, Joaquim Francisco de Souza Filho – no montante de R\$ 7.812.644,99. Somando-se os dois valores chega-se à vultosa importância de R\$ 16.515.949,27. Pelo histórico, depreende-se que foram empenhados para despesas com:
- Produtividade – R\$ 8.641.103,00;
 - Material de consumo – R\$ 5.123.207,14;
 - Plantões médicos, sem especificar especialidade – R\$ 179.086,13 (rubrica 92 – dez/03)
 - Plantões médicos, especificando “cirurgião” – R\$ 864.512,00;
 - Plantões médicos, especificando “anestesista” – R\$ 482.339,00;
 - Plantões médicos, especificando “ortopedista” – R\$ 412.608,00 (rubricas 11 e 92);
 - Serviços de Terceiros – R\$ 813.094,00 – como em 2002 e 2003, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.
- 5.80. Os outros credores foram incluídos na coluna “Vários”, que totalizam R\$ 3.601.917,32, destacando-se ADLIM Terceirização em Serviços Ltda. e Moraes Martins e Cia. Ltda. (exames).

Exercício de 2005

- 5.81. Em 2005, oficialmente o HEETSHL constituiu uma Unidade Orçamentária, tramitando neste Tribunal o Processo TC Nº 02614/06, relativo a sua Prestação de Contas Anual.
- 5.82. Porém, continuou a haver diversidade de formas de realização de despesa. Ou seja, em parte dos empenhos em que ele consta como Unidade Gestora, *código 251501 – Hospital de Traumas de João Pessoa/FESEP* (R\$ 10.851.044,36), ele foi, ao mesmo tempo, credor – CNPJ 08778268003771, no total de R\$ 6.777.517,97 (valor empenhado e pago), sendo utilizado para pagamento de produtividade (R\$ 5.382.697,97), à COOMIT (R\$ 835.380,00) e à COOPED (R\$ 559.440,00).

5.83. Além disso, o Hospital, como Unidade Gestora, empenhou despesas de outros credores, que somaram R\$ 4.073.526,39 (Exomed Ltda., CIAN Comp. Ind. de Alimentos do Nordeste, HIGIENE Conservação e Limpeza Ltda. e outros).

5.84. Neste mesmo exercício, o *FESEP* também efetuou despesas, ele próprio como Unidade Gestora, no total de R\$ 11.001.005,91, concernentes ao HEETSHL, tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 1.682.304,00;
 - COOPECIR – R\$ 3.836.947,20;
 - COORT – R\$ 1.371.216,00;
 - COOPED – R\$ 239.760,00;
 - COOMIT – R\$ 358.020,00.
- Diretor Administrativo do HEETSHL – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho (em forma de adiantamentos, que importaram em R\$ 3.512.758,71), contemplando:
 - Produtividade – R\$ 2.159.108,00
 - Material de Consumo – R\$ 1.062.475,47, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 97.675,00 – como nos outros exercícios, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.
 - COOMIT – R\$ 119.340,24;
 - COOPED – R\$ 74.160,00.

Exercício de 2006

5.85. Em 2006, o HEETSHL deixou de ser uma Unidade Orçamentária. A Unidade Gestora dos recursos referentes ao HEETSHL foi o *FESEP - código 510001*.

5.86. Os empenhos nos quais o hospital foi credor – CNPJ 08778268003771 – totalizaram R\$ 10.306.726,45, tendo sido pagos R\$ 10.125.826,45. Os valores foram empenhados para pagamento de produtividade (R\$ 7.845.948,39), à COOMIT (R\$ 1.410.480,00) e à COOPED (R\$ 1.050.298,06).

5.87. Neste mesmo exercício, o *FESEP* também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 1.876.844,39;
 - COOPECIR – R\$ 3.930.964,10;
 - COORT – R\$ 1.570.164,00.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho (em forma de adiantamentos, que importaram em R\$ 398.205,31), contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 230.420,27, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 167.785,04 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.88. Os outros credores que não sejam o próprio hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários” e os registros de seus empenhos estão na Ação 4066 – Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa, totalizando o empenhado R\$ 5.949.221,89 e o pago R\$ 5.913.863,59.

Exercício de 2007

5.89. A Unidade Gestora voltou, em 2007, a ser a *SES – código 250001*. Os empenhos nos quais o hospital foi credor – CNPJ 08778268003771, totalizaram R\$ 10.626.346,21, tendo sido pagos R\$ 9.523.585,97. Os valores foram empenhados para pagamento de produtividade (R\$ 8.189.907,91), à COOMIT (R\$ 1.392.578,44) e à COOPED (R\$ 1.038.959,86), além de complemento de folha de pagamento em nome de Juan Jaime Alcoba Arce (R\$ 3.500,00) e Lúcio Ney Carneiro Vieira (R\$ 2.400,00).

5.90. Neste mesmo exercício, a SES também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 2.092.365,60;
 - COOPECIR – R\$ 4.396.502,00;
 - COORT – R\$ 1.860.223,70.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho, em forma de dois adiantamentos, que importaram em R\$ 60.999,99, contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 46.000,00, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 14.999,99 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador, etc.

5.91. Os outros credores, que não sejam o próprio hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários” e os registros de seus empenhos estão na Ação 4066 – *Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa*, totalizando o empenhado R\$ 7.429.914,32 e o pago R\$ 7.376.440,32, podendo ser citados Toshiba Medical do Brasil Ltda., Biodiagnose Lab. Análises Clínicas Ltda., Air Liquide Brasil Ltda., SR Representações de Produtos Médicos, Exomed Ltda., Ortoplan Comercial Ltda., Tomocenter Diag. Médico por Imagem Ltda., Tecnocenter Mat. Médicos etc.

Exercício de 2008

5.92. Em 2008, a Unidade Gestora continua sendo a *SES – código 250001*. O SAGRES está alimentado com os dados até 31 de maio do corrente. Os Empenhos nos quais o Hospital foi credor – CNPJ 08778268003771, somam R\$ 4.379.532,48, tendo sido totalmente pagos. Os valores foram utilizados para pagamento de produtividade (R\$ 3.762.852,48), à COOPED (R\$ 319.680,00) e à COOMIT (R\$ 297.000,00).

5.93. A SES também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 658.902,40;
 - COOPECIR – R\$ 1.878.505,40;
 - COORT – R\$ 794.822,85.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho, sendo utilizadas as contas correntes 2003090, 7003093 e 2005146 – Banco Real, que importaram em R\$ 557.400,00, contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 142.400,00, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 415.000,00 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.94. Os outros credores, que não sejam o próprio Hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários” e os registros de seus empenhos estão na *Ação 4066 – Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa*, totalizando o empenhado R\$ 2.648.832,45 e o pago apenas R\$ 1.782.088,59. Verifica-se que, dentre tais empenhos, o valor de R\$ 2.426.190,72 foi empenhado para aquisição de material de consumo (rubrica 30 – medicamentos, material médico-hospitalar, oxigênio, material de limpeza, etc.), R\$ 221.581,73 para serviços de terceiros (rubrica 39 – exames, vale-transporte, etc.) e R\$ 1.060,00 para diárias (rubrica 14).

Gráfico 8. Distribuição percentual da despesa empenhada/2008

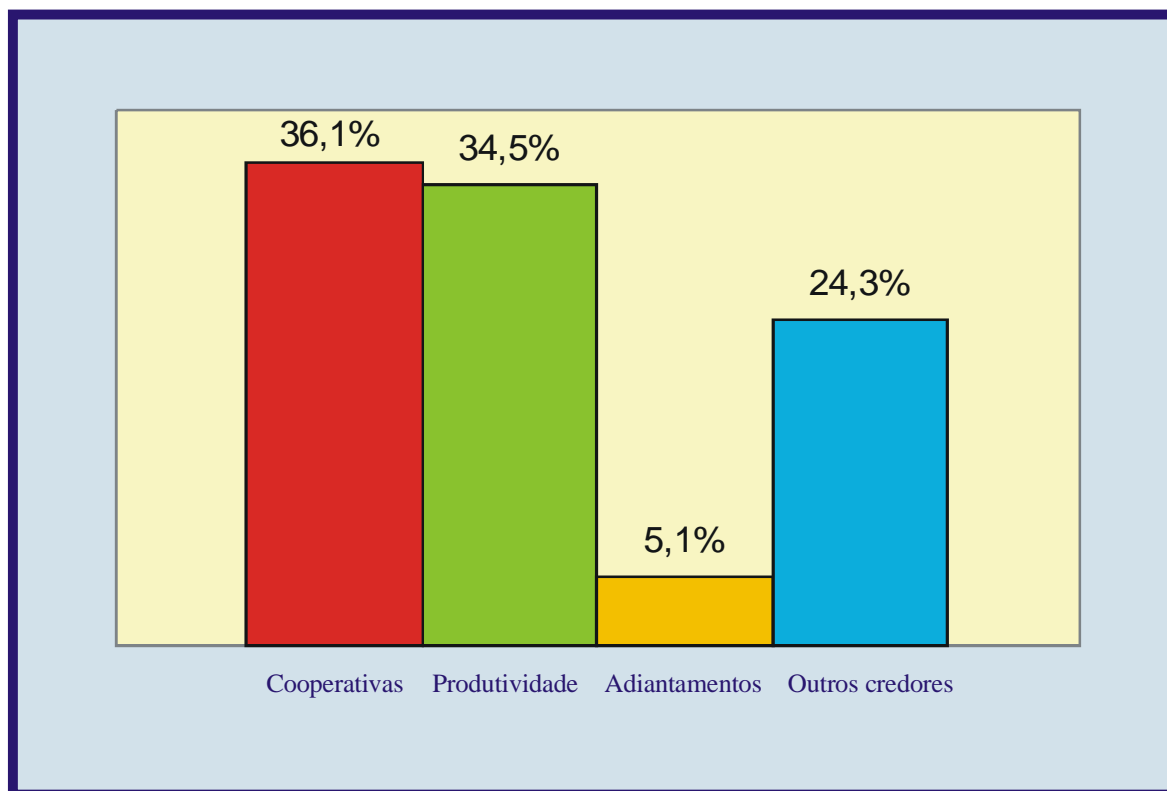
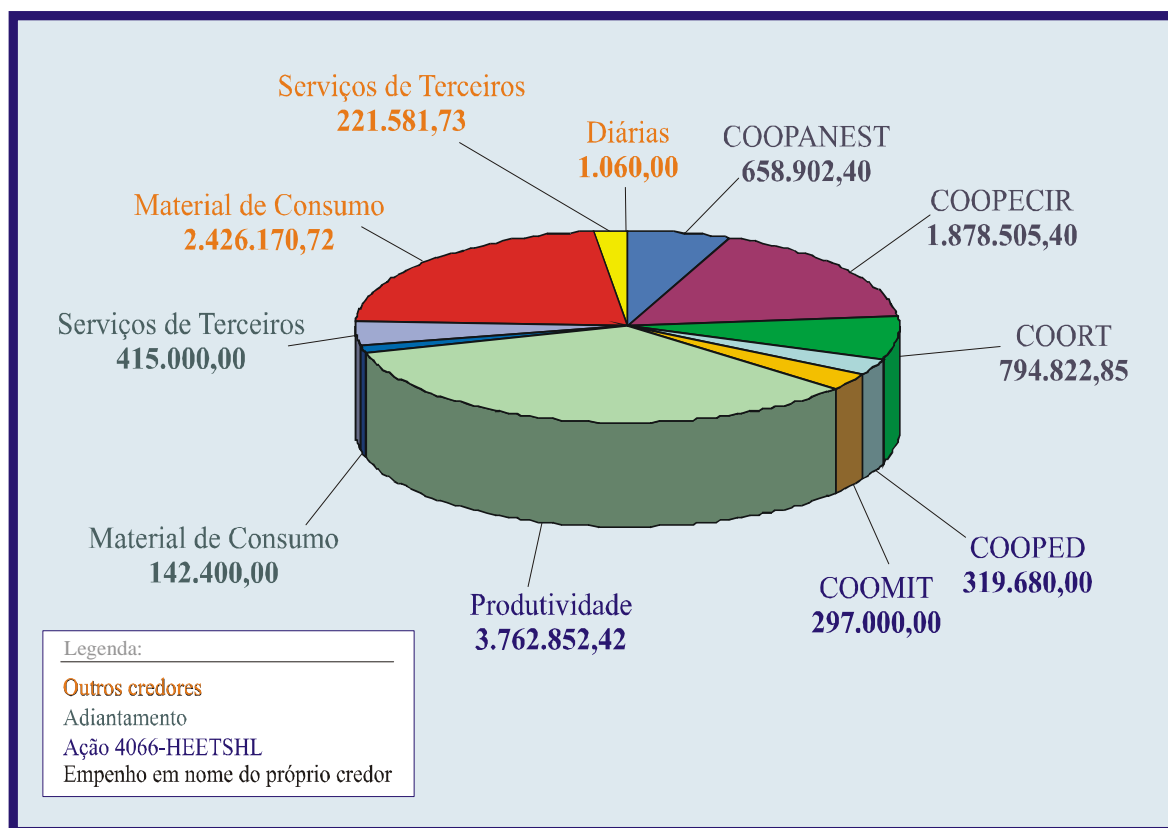


Gráfico 9. Detalhamento da despesa empenhada/2008



- 5.95. Sob a justificativa de não haver descontinuidade nos serviços oferecidos pelo HEETSHL, por falta de medicamentos e materiais médico-hospitalares ou pela não prestação de serviços de terceiros, o hospital recorreu, ao longo dos anos, a fornecedores e prestadores de serviço, sem empenhamento prévio, contraindo dívidas, que não foram registradas contabilmente, gerando um acúmulo de passivos ocultos referentes aos exercícios de 2003, 2004 e 2005, no total de R\$ 5.346.965,53, conforme foi apontado no Processo TC N° 02615/06, relativo à Prestação de Contas do FESEP/2005 (fls.1.723/1.729).
- 5.96. Segundo Planilha fornecida pela Direção Administrativa do HEETSHL, o total de dívidas para com fornecedores de bens e serviços importava, em 04/09/2008, em R\$ 3.114.832,73 (fls.1.732/1.737).
- 5.97. O não cumprimento dessas obrigações financeiras, assumidas sem formalidade, tem levado algumas empresas a não mais fornecerem mercadorias ou prestarem serviço em tais circunstâncias e, até mesmo, a demonstrarem desinteresse de participarem de licitações referentes ao HEETSHL.
- 5.98. Tem-se que vários fatores agravam a problemática de recursos financeiros do hospital, dentre eles a contenção de custos por parte dos que financiam o sistema e a insaciável demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade.
- 5.99. Apesar de não ser possível estabelecer com precisão o montante de recursos disponibilizados para o HEETSHL, é evidente não serem suficientes e/ou eficientemente geridos, tendo em vista o acúmulo de débitos com fornecedores e

prestadores de serviço, a falta de materiais e o nível insatisfatório de conservação de equipamentos e das instalações.

5.100. A partir das análises apresentadas, verifica-se não haver uma prática de concentração, compilação das despesas relacionadas à unidade hospitalar em foco, a qual permitisse um levantamento mais exato de dados referentes a seus custos e, por conseguinte, um planejamento de um orçamento que viesse a custear e manter a instituição em funcionamento razoável.

5.101. Afora a diversidade de formas de realização das despesas (de exercício para exercício a Unidade Gestora varia; ao mesmo tempo em que o HEETSHL é um dos credores, responsabilizando-se por alguns pagamentos, outras despesas são empenhadas tendo como credores os fornecedores/prestadores de serviço; ora as cooperativas médicas são credoras elas mesmas, ora não etc.), os históricos dos empenhos não oferecem uma descrição completa, dificultando uma apuração mais acurada e o sistema contábil oficial do Estado - SIAFI não permite emissão de relatório para se levantar custos por categoria de despesa.

5.102. A nível do hospital, faz-se conveniente utilizar de forma efetiva o HOSPUB e, se necessário, implementar outros sistemas para controlar a gestão de materiais médico-hospitalares, medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios etc, com senhas de acesso restritas, em setores como Almoxarifado, Nutrição, Farmácia, dentre outros.

5.103. A nível de Estado, deve-se elaborar um orçamento individual para a unidade hospitalar, de acordo com os custos necessários (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.) mesmo que não seja unidade gestora, mas que seja efetivado um controle mensal e anual de estimativa de custos, planejamento e acompanhamento, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina. Isto permitiria avaliar a gestão, analisar relações custo/benefício, mensurar desempenhos com indicadores e cobrar resultados dos gestores diretos do HEETSHL.

INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS

Instalações físicas

5.104. Implantado em local estratégico e em terreno amplo (28.200 m²), o HEETSHL conta com 12.016,00 m² de área construída, abrangendo, como se pode observar em *layouts* anexos (fls. 1.760/1.775):

- um edifício principal, com três pavimentos, funcionando no:

Sub-solo - Administração, Laboratório e Necrotério;

Térreo – na parte anterior, com acesso pela Recepção Principal: Urgência (com consultórios, sala de pequenas cirurgias, repouso de profissionais, Psicologia, Serviço Social, Sala de Observação etc.) e Emergência (com Pronto-atendimento, Sala de Observação do PA, Consultório de Ortopedia, Sala de Redução, Posto de Enfermagem, repouso de profissionais,

salas de Observação Feminina, Masculina e Pediatria etc.), além de CDI; e, na parte posterior: Farmácia, Almoxarifado, Nutrição/Dietética, Lavanderia etc.

Superior- Unidades de Tratamento Intensivo (UTI, UTQ, Semi-intensiva e UTI Pediátrica), Bloco Cirúrgico, enfermarias (Masculina e Feminina) etc.

- dois anexos, localizados um junto ao edifício principal, onde funcionam as oficinas de manutenção (carpintaria e mecânica), além da subestação, e outro mais afastado, que abriga o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

5.105.A área livre está ocupada por arruamentos, ajardinamento, estacionamento para 150 veículos, com guaritas e heliponto. A pavimentação em placas sextavadas de concreto não oferece uma superfície adequada para o trânsito de veículos em resgate de pacientes poli-traumatizados, recomendando-se o asfaltamento do acesso à Recepção – entrada da Emergência/Urgência. Foi ainda constatada a inexistência de seguranças nas guaritas de acesso ao hospital, sendo recomendável a ativação delas para maior controle de entrada e saída.

5.106.Apesar de contar com uma estrutura física favorável, em virtude de a construção ser relativamente nova e com concepção arquitetônica já voltada para sua finalidade, não se manteve, passados os anos, o nível de conservação e limpeza terminal necessários, chegando-se a um estado de depreciação das instalações físicas e de higienização precária visíveis.

5.107.Há então uma necessidade premente de recuperação de piso e de esquadrias (portas revestidas em fórmica), em diversos locais, e de recuperação e/ou ampliação das instalações elétricas, hidro-sanitárias e de vapor, tendo sido observado vazamento na saída de vapor no Setor de Nutrição, onde precisa ser inclusive reinstalado o sistema de água térmica nas tubulações para desinfecção de utensílios.

5.108.O espaço físico em si também necessita de intervenção, não necessariamente ampliação, mas remanejamentos e adaptações (reformas) em diversos setores, podendo ser citados:

- Nutrição – aumentar o espaço do refeitório avançando com a alvenaria no espaço externo; permutar a sala da despensa com a da coordenação (para dar acesso a visitantes e fornecedores) sem necessidade de penetrar na cozinha; construção de repouso pois está improvisado nas dependências do WC, podendo ser o espaço dividido para os dois usos; colocar uma separação entre a entrada de mantimentos e o depósito de lixo; adequar o ambiente onde é preparada a Dieta Enteral ²⁴, em observância às exigências necessárias ao credenciamento;
- UTQ - transferência do acesso para a Terapia Semi-Intensiva por outro local, pois a passagem dos pacientes por este setor os torna suscetíveis de contaminação;
- Circulações - aproveitamento de circulações amplas que existem e estão sendo ocupadas de forma improvisada (sala de maqueiros, coordenações de Fisioterapia e Enfermagem etc);
- Sala de Observação Pediátrica da Emergência – separar da parte Masculina pois são integradas;
- Central de Material e Esterilização – CEME – divisão da porta de expurgo ao meio para servir de guichê e barreira para entrada de outros profissionais na área suja;

²⁴ Designa toda e qualquer alimentação, com macronutrientes, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral.

- Farmácia – em espaço contíguo, instalar a sala de Dieta Parenteral, dentro das exigências contidas na Portaria n.º 272/98- MS/SNVS, preenchendo-se os requisitos para o credenciamento junto ao SUS;
- Repouso de profissionais (médicos e equipe de enfermagem) - dividir por sexo, oferecendo privacidade, melhorar a ventilação/refrigeração;

5.109.É recomendável a terceirização dos serviços de limpeza pois é notória a não prestação de forma satisfatória, sendo, inclusive a higienização terminal (de tetos, portas e paredes etc.) reclamada na maioria dos setores.

5.110.Faz-se conveniente também estudar a viabilidade de se utilizar outras formas de energia senão o óleo diesel, como vem sendo feito em hospitais em outros estados da federação.

5.111.Constam do Apêndice X deste relatório registros fotográficos que exemplificam situações ora descritas, salientando-se ainda terem sido reportadas várias reclamações recebidas pela equipe de auditoria, por ocasião das visitas técnicas, e encontradas também nos Relatórios de Atividades elaborados pelos setores, no segundo semestre de 2007 e agora, em 2008 (fls.1.965/2.337) .

EQUIPAMENTOS

Equipamentos médico-hospitalares

5.112.Em 22/04/2008, foi realizada vistoria nos diversos setores do HEETSHL, atendo-se aos equipamentos médico-hospitalares existentes, os quais estão discriminados na Tabela 22 e apresentados em alguns registros fotográficos, constantes do Apêndice X .

Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

SETOR	EQUIPAMENTO	QUANT.	FUN- CIONA S/N	OBSERVAÇÕES
UTI Adulto	Servoventilador Takaoka	13	S	Mais dois de reserva
	Câmaras Hiperbáricas	2	S	-
	Carro de parada Ecafix c/ desfibrilador G&E Marquete - Technimed	2	S	-
	Foco móvel Hanaulux	1	S	-
	Tensiómetro portátil	2	S	-
	Monitor completo Dixtal	12	S	-
	Bomba de infusão Lifemed	30	S	-
	Oxímetro Takaoka	10	S	-
	Balança Welmy	1	S	-
	Ambú	13	S	-

	Estetoscópio	12	S	-
	Bisturi elétrico WEM	1	S	-
	Compressor pneumático Orthofix	4	S	-
	Bipap (estimulador)	1	S	-
	Monitor de pique	1	S	-
	Capinógrafo	1	S	-
	Negatoscópio	2	S	-
	Eletrocardiógrafo portátil Deltronix	1	S	-
	Eletroencefalógrafo Medtron	1	N	Não está sendo utilizado
	Leito	10	-	-
	Conjunto de pontos - ar , O2 e vácuo	10	S	-
Semi-Intensiva	Leito	5	-	-
	Monitor completo Dixtal	7	S	-
	Balança	1	S	-
	Desfibrilador	1	S	-
	Tensiómetro	1	S	-
	Ventilador mecânico	3	S	-
	Bomba de infusão	4	S	-
	Oxímetro móvel Takaoka	3	S	-
	Foco cirúrgico	1	S	--
	Conjunto de pontos - ar, O2 e vácuo	5	S	-
UTQ	Berço	3	-	-
	Balança	1	S	-
	Carro de parada c/cardioversor	1	S	-
	Monitor completo Dixtal	6	S	-
	Eletrocardiógrafo G&E Marquete	1	S	-
	Bomba de infusão	3	S	-
	Ventilador mecânico	2	S	-
	Oxímetro móvel Takaoka	2	S	-
	Leito	5	-	-
Enferm.pediátr.	Leito	8	-	-
	Berço	4	-	-
UTI Pediátrica	Balança pediátrica	1	S	-
	Negatoscópio	1	S	-

	Bomba a vácuo	2	S	-
	Ventilador mecânico	4	S	Um é empréstimo
	Bomba de infusão	12	S	-
	Oxímetro móvel Takaoka	4	S	-
	Monitor completo Dixtal	3	S	-
UTI Pediátrica	Eletrocardiógrafo	1	S	-
	Tensiómetro	2	S	-
	Berço aquecido Olide - Matrix	1	S	-
	Leito	3	S	-
	Carro de parada Exafix	1	S	-
	Foco cirúrgico	1	S	-
Posto II - Enf.fem.	Foco auxiliar portátil	1	S	-
	Tensiómetro	1	S	-
	Bomba de infusão	1	S	-
	Oxímetro portátil	1	S	-
	Desfibrilador	1	S	-
	Leito	21	S	-
	Conjunto de pontos - ar, O2 e vácuo	12	S	-
Posto I - masc.	Leito	56	-	-
	Tensiómetro de coluna	3	S	-
	Foco auxiliar	3	S	-
	Eletrocardiógrafo	1	S	-
	Tensiómetro de parede	12	S	Quantidade aproximada
C.E.M.	Autoclave elétrica Baumer	1	S	-
	Autoclave elétrico-vapor Baumer	1	N	Em manutenção
	Autoclave vapor Baumer	1	S	-
	Esterilizador a seco Sterrad 1005	1	S	Não está sendo utilizado devido ao alto custo
Bloco cirúrgico	Mesa ortopédica	9	S	-
	Carro de anestesia Takaoka	6	S	-
	Foco de teto duplo (16 lumin.) Sismatec	3	S	-
	Foco de teto simples (8 lumin.) Sismatec	3	S	-
	Bisturi eletrônico WEM	6	S	-
	Garrote pneumático Scandmed	1	S	-

	Vídeo-Laparoscópio	4	S	-
	Monitor de multi-parâmetro (compl.)	10	S	Um em manutenção
	Conjunto de pontos - 2 ar, 2 vácuo, 2 O2 e 1 NO2	7	S	-
	Negatoscópio	7	S	-
	Carro de medicação Stryker	1	S	-
	Motor da furadeira de Buxo Stryker	1	S	-
	Microscópio para Neurocirurgia Zeiss	1	S	-
	Bisturi para neurocirurgia	1	S	-
	Bomba de infusão	1	S	-
	Foco auxiliar	1	S	-
	Móvel para gesso Stryker	1	S	-
	Arco cirúrgico Phillips	1	S	-
	Raio X portátil Siemens	1	S	-
	Aplicador de contraste MF	1	S	-
	Dermatome	2	S	-
	Balança eletrônica	1	S	-
	Bisturi eletrônico Detronix	3	S	-
	Bomba de infusão	2	S	-
	Aparelho Ultracision	1	S	Não é utilizado
	Motor de buco-maxilo	1	S	-
	Desfibrilador	1	S	-
	Fluxo laminar Pachane	1	S	-
	Microscópio Leika	1	S	-
	Microscópio Mitaka	1	S	-
	Instrum. (motores para serra e perfuradores) e órteses p/ cirurg. Especializadas (neuro, buco-maxilar, ortopedia, tórax, vascular)	-	-	Sem quantificação
Recup. Pós-Anestesia	Foco de parede	6	S	-
	Leito	6	S	-
	Monitor de multi-parâmetro	4	S	-
	Bomba de infusão	3	S	-
	Respirador mecânico	2	S	-
	Maca	30	-	Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados e circulações

	Suporte para soro	80		Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados
	Mesas auxiliares em inox	30	-	Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados
Observ.Pediátr./ Emerg.	Leito infantil	5	-	Um sem colchão
	Maca	1	-	Ferrugem
	Oxímetro	2	S	-
	Tensiômetro de coluna	1	S	-
	Saída de oxigênio e ar comprimido	12	S	-
	Saída de vácuo	4	S	-
Observ.Mascul./ Emerg.	Leito	7	-	-
	Maca	1	-	-
	Monitor Dixtal	0	-	Cf. inform., existiam 04 monitores, retirados há cerca de 2 anos; existem apenas 2 suportes
	Balança	1	N	Ferrugem
	Suporte para soro	6	-	-
	Saída de oxigênio e ar comprimido	6	S	-
Observ.Femin./ Emerg.	Leito	4	-	-
	Saída de oxigênio e ar comprimido e foco	4	S	-
	Maca	2	-	-
	Oxímetro	1	S	-
	Suporte para oxímetro	2	-	-
	Suporte para soro	2	-	-
Consult. Ortopedia/Emerg	Negatoscópio	1	S	-
	Bancada de inox com saboneteira e porta-papel	1	-	-
Observ.Pronto Atendim./Emerg.	Leito	4	-	-
	Maca Hidráulica	1	S	-
	Maca	1	-	-
	Ventilador Takaoka	1	S	-
	Saída de oxigênio e ar comprimido	6	S	-
	Aspirador cirúrgico Sismatec	1	S	-
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/oxímetro, aparelho de pressão e ECG
	Bomba de infusão	1	S	-

	Negatoscópio	1	S	-
Sala de Redução/Emerg.	Maca	2	-	-
	Aparelho de anestesia Takaoka	1	S	-
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/oxímetro, aparelho de pressão e ECG
	Negatoscópio	1	S	-
	Aspirador cirúrgico Stryker	2	S	-
Pronto Atendim./Emerg	Maca Hidráulica	1	S	-
	Maca	3	-	-
	Monitor completo Dixtal	3	S	-
	Oxímetro móvel Takaoka	2	S	-
	Ventilador Takaoka	2	S	-
	Aspirador cirúrgico	2	S	-
	Foco cirúrgico Hanalux	1	S	-
	Desfibrilador Tecnimed	1	S	-
	Negatoscópio	1	S	-
	Carro de suporte p/soro e medicação	2	-	-
	Mesa de sutura	2	-	-
Consult./Emerg.	Maca	2	-	-
	Foco de luz	1	S	--
	Negatoscópio	1	S	-
S.Maquiros/ Recep.Princ.	Maca	6	-	-
Pequenas cirurgias/Urg.	Foco cirúrgico circ.8 lâmpadas Sismatec	1	S	-
	Mesa de cirurgia Sismatec	1	S	-
	Negatoscópio	1	S	-
	Aspirador cirúrgico Sismatec	1	S	-
	Aparelho de anestesia Takaoka	1	S	-
	Foco cirúrgico portátil	1	S	-
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/ ECG
	Mesa de instrumentação em inox	2	-	-
	Carro de medicação	1	-	-
Cons.Pediátr./ Urg.	Balança digital Filizola	1	S	-
	Balança pediátrica Welmy	1	S	-
	Negatoscópio	1	S	-

Cons.Oftalm. Otorr./Urg.	Aspirador	1	S	-
	Foco cirúrgico circ.8 lâmpadas Sismatec	1	S	-
	Bisturi elétrico Deltronix	1	S	-
	Aparelho de exame Igal	1	S	-
	Aparelho de exame Tiplus	1	S	-
	Aparelho de exame Topicom	1	S	-
	Aparelho de exame Paradigm	1	S	-
	Aparelho de exame Zeiss	1	S	Microscópio Oftálmico
	Cadeira paciente Igal	1	S	-
Consult.Clínico/ Urg.	Maca	4	-	-
	Negatoscópio	1	S	-
S.Observ./Urgên- cia	Leito	8	-	-
	Maca	3	-	-
	Monitor	7	S	Faltando apenas em um leito
	Oxímetro portátil	1	S	-
	Saída de ar comprimido e oxigênio	8	S	-
	Bomba de infusão	1	S	-
	Carro de parada cardíaca completo General Eletric	1	S	C/ desfibrilador, ECG e cardioversor
	Suporte para soro	10	-	-
	Biombo	4	-	-
	Estetoscópio	8	S	-
	Ventilador Takaoka	4	S	-
	Negatoscópio	1	S	-
Recep./CDI	Aparelho de Raio X móvel Phillips	1	S	-
	Maca	3	-	-
Sala de Raio X 1/CDI	Aparelho de Raio X telecomandado Phillips, com bancada de controle e 2 geradores	1	N	A sala não é utilizada, apenas guarda o aparelho Phillips que não funciona desde 2001
	Carro de parada cardíaca completo Ecafix	1	S	Pertence ao Bloco Cirúrgico, estava nesta sala apenas para ser guardado
	Arco cirúrgico Schimadzu	1	S	Do Bl.Cirúrgico;para cirurgia ortopédica, não faz arteriografia
Sala de Raio X 2/CDI	Aparelho de Raio X Intecal CR 125-300	1	S	-
Sala de revelação/CDI	Processador Macrotec	2	S	-

Sala de laudos/CDI	Negatoscópio	5	S	-
Sala de Tomografia/CDI	Tomógrafo helicoidal	1	S	-
	Bomba injetora	1	N	Nunca funcionou
	Monitor completo	1	N	-
	Carro de parada cardíaca	1	S	-
	Oxímetro	1	S	-
	Negatoscópio	1	S	-
Sala de Ultrassonografia/CDI	Aparelho de ultrassom Toshiba	1	S	-
	Aparelho de ultrassom portátil Sonosite	1	S	-
	Monitor	1	S	-
S. Endoscopia/CDI	Monitor	1	S	-
	Cardioversor	1	S	-
	Carro de anestesia	1	S	-
	Aspirador cirúrgico	1	S	-
	Aparelho de endoscopia fixo Pentax	1	S	-
	Aparelho de endoscopia móvel	1	S	-
	Fonte de luz móvel	1	S	-
	Videoscópio fibro	1	S	-
	Retosigmoidoscópio	1	S	-
	Colonoscópio	1	S	-
	Broncoscópio	1	S	Cf. inform., não é de propriedade do HEETSHL

5.113.A insuficiência de equipamentos e a falta de manutenção preventiva, a exemplo de módulos de monitor, respiradores, oxímetros, copos de umidificadores etc, é queixa de quase todos os setores do HEETSHL, como se depreende da leitura de seus Relatórios de Atividades (fls.1.965/2.337).

5.114.Existem equipamentos no Setor de Manutenção para serem recuperados, porém o reparo torna-se anti-econômico, a exemplo de bombas de infusão *Santronic*, uma vez que o mercado oferece hoje modelos mais modernos e de fabricantes com manutenção mais acessível a um custo pouco superior ao do reparo. A necessidade do hospital com referência a este equipamento é de 100 unidades, dispondo atualmente de 60 da marca *Lifemed*, em regime de comodato, obrigando-se o Hospital a pagar por “equipos” para as bombas. Em razão do atraso de tal pagamento e da pouca aquisição (pois o hospital já dispunha de estoque) a firma SR Representações de Produtos Médicos Hospitalares comunicou, em 30/07/2008, a retirada das bombas emprestadas dentro de sessenta dias (fls. 1.776/1.777).

5.115. Como um dos aparelhos fixos de Raio X não é utilizado, como veremos mais adiante, o único em atividade, da marca *Intecal*, é bastante antigo e insuficiente para a demanda, recomendando-se a aquisição de outro aparelho de Raio X de 500.000 amperes. Só existe também um tomógrafo em uso, cuja manutenção requeria a substituição de peças, solicitadas pela Direção do HEETSHL à SES desde o início de 2008 e não atendida, ocorrendo em certo período de julho até mesmo a paralisação do funcionamento. Além do reparo desse aparelho, é recomendável a aquisição de mais um, de modo a atender à demanda do serviço sem transtornos.

5.116. Foi constatada ainda a existência de equipamentos não utilizados ou sub-utilizados, devendo, em cada caso, ser estudada a viabilidade do uso ou outra destinação:

- Aparelho de Raio X Telecomandado *Phillips* com bancada de controle e dois geradores – adquirido para a instalação do hospital, com recursos do Convênio Reforsus. Deixou de funcionar, logo no início das atividades do HEETSHL e, desde então, não foi realizado o conserto devido a pendência no contrato de manutenção. Tal aparelho ocupa, com seus acessórios, uma Sala de Raio X que poderia ser utilizada (ver foto no Apêndice X). Sugere-se, por conseguinte, a aquisição de outro aparelho de Raio X de manutenção viável;
- Esterilizador de plasma, computadorizado, marca *Sterrad* – adquirido para a instalação do hospital, pela SES com recursos do Estado, no montante de R\$ 1.260.000,00. Não está sendo utilizado devido ao alto custo dos insumos (ver foto). Poderia, no caso, ser examinada a possibilidade de se firmar parceria com outros hospitais, os quais pagariam pelos insumos para utilizá-lo, em vez de se mandar o material para fazer a esterilização na cidade de Recife-Pe, como acontece atualmente;
- Neuronavegador – Sistema de intervenção, fixação e estabilização para neurocirurgias – adquirido para instalação do hospital, pela SES, com recursos do Estado, no montante de R\$ 5.616.000,00. Nunca foi utilizado em decorrência da falta de treinamento de profissionais médicos e hoje necessitaria também atualização de *software* (ver foto). O custo por hora de utilização deste aparelho, se pago, estaria em torno de R\$ 6.500,00;
- Bomba injetora de contraste para exames realizados com o tomógrafo (ver foto);
- Termo-desinfetadoras – uma na CME, que nunca foi utilizada, por falta de mão-de-obra qualificada para sua instalação e operacionalização, e por requerer material específico; outra na Nutrição, cujo uso foi suspenso pelo custo alto de insumos;
- Câmaras Hiperbáricas (duas) – são equipamentos de alto custo de aquisição e de manutenção que são sub-utilizados, podendo ser feitas parcerias com outros hospitais para melhor aproveitamento do investimento realizado e redução de custo de utilização e manutenção para o HEETSHL (ver foto). A “oxigenoterapia hiperbárica”²⁵ é indicada, como método terapêutico principal ou adjuvante, para portadores de diversas patologias, como lesões por esmagamento e síndrome compartimental, pneumoencéfalo, intoxicação por monóxido de carbono e inalação de fumaça, doença descompressiva, embolia gasosa arterial, abscesso cerebral, doença de Crohn etc.

²⁵ Regulamentada pelo CFM, através da Resolução nº 1.457/95.

- 5.117. Existem dois arcos cirúrgicos, um *Phillips*, que pode ser utilizado para cirurgia ortopédica e arteriografia e outro, da marca *Shimadzu*, que só se destina a cirurgia ortopédica. Sugere-se a substituição deste último por outro menos complexo, de fabricação nacional, que realizasse também arteriografia.
- 5.118. O HEETSHL não dispõe de aparelho para broncoscopia, utilizado para retirada de objetos estranhos introduzidos no organismo humano, imprescindível para ocorrências deste tipo de emergência. O aparelho que vinha sendo utilizado é de propriedade de médico que não pertence ao quadro do hospital devendo-se, portanto, ser providenciada a aquisição do mencionado aparelho, na maior brevidade possível.
- 5.119. Os exames laboratoriais são atualmente realizados no ambiente do hospital (espaço físico próprio), mas com equipamentos e mão-de-obra terceirizados (empresas Biodiagnose e Moraes Martins & Cia Ltda.; contratos através da SES). Tendo já sido realizado concurso público para contratação de médicos hematologistas, bioquímicos e técnicos em laboratório, necessário se faz também que a SES providencie a aquisição dos equipamentos para que o serviço próprio do HEETSHL funcione.
- 5.120. De maneira geral, os equipamentos médico-hospitalares existentes no HEETSHL foram adquiridos quando da instalação do hospital, estando hoje, em face do tempo e da intensidade do uso e com o agravante da falta de manutenção periódica, sucateados e/ou no limite de sua vida útil.
- 5.121. Seria recomendável realizar uma avaliação geral e providenciar a aquisição, nos casos necessários, de novos equipamentos, de preferência de marcas nacionais, com respectivos contratos de manutenção, assim como a contratação de manutenção com firmas que representam marcas de equipamentos já existentes (fls.1.778/1.795), como *Baumer* (autoclaves), *Stryker* (câmera de videolaparoscopia, drills microdrivers etc.), *Dixtal* (sistemas de monitoração com módulos ECG, batimentos, gases etc.) e *Takaoka* (aparelhos de anestesia, servo-ventiladores). É imprescindível que a administração do hospital disponha de sistema efetivamente ágil de aquisição e conserto de peças de reposição, em conjunto com fornecedores especializados ou seus representantes.
- 5.122. A equipe técnica de formação superior do Setor de Manutenção do HEETSHL é composta por um engenheiro eletrônico e um mecânico, sendo recomendável aumentar o quantitativo de forma a possibilitar serviços de manutenção e acompanhamento (vistoria) quando de serviços necessariamente realizados por terceiros.
- 5.123. Quanto aos equipamentos que foram retirados do HEETSHL e remanejados/cedidos para outras unidades hospitalares do Estado, inclusive no Município de Bananeiras, ou de órgão federal (hemodiálise, eletroencefalógrafo e outros), recomenda-se que o Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES, efetuem levantamento e oficializem registro das ocorrências, e, nos casos necessários, que sejam os equipamentos repostos, especificamente quanto à hemodiálise, para ativação do serviço, beneficiando muitos pacientes e trazendo mais credenciamentos para o hospital.
- 5.124. Afora os equipamentos eletrônicos sobre o qual discorreremos, é visível a necessidade de uma recuperação mais incisiva de leitos e macas (conserto, pintura etc. – ver foto em “Deficiências – Instalações físicas e equipamentos”, Apêndice X).

Equipamentos de informática

- 5.125. Grande parte dos equipamentos de informática estão em uso desde a instalação do HEETSHL, funcionando na maioria dos setores, 24 horas por dia. Em decorrência da escassez de recursos para aquisição de novos equipamentos e, até mesmo, de peças de reposição, há um reaproveitamento de sucatas, através de remontagens que consomem tempo demasiado da mão-de-obra dos técnicos que poderia ser empregado em uma manutenção mais eficaz e em outras tarefas como atualização de programas, mapeamento etc.
- 5.126. Recomenda-se, portanto, que o arsenal de equipamentos seja atualizado e aumentado, de forma a atender as necessidades do HEETSHL, em especial a utilização otimizada do Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar – HOSPUB. Esse Sistema, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, objetiva fornecer soluções de tecnologia da informação para gerenciamento, gestão e controle social do SUS em unidades hospitalares, resultando sua utilização em maior eficiência e qualidade no registro e acesso a dados. O HOSPUB pode ser implantado de forma modulada, total ou parcial, de acordo com as necessidades do estabelecimento de saúde, sendo composto de doze módulos: Emergência, Ambulatório, Internação, Centro Cirúrgico, Apoio à Diagnose e Terapia, Arquivo Médico (Estatístico), Recursos Humanos, Financeiro, Almoxarifado, Farmácia, Perinatal, Administração e Informações²⁶.
- 5.127. Apesar de se encontrar o referido sistema instalado em todos os computadores do HEETSHL, há setores que não o utilizam para controle de estoque, tais como Nutrição, Lavanderia, Centro de Esterilização de Material – CEM e Farmácia, e o Centro Cirúrgico para registros concernentes a procedimentos cirúrgicos. Existe ainda a dificuldade de suporte técnico, o qual é feito pelo DATASUS, via *e-mail* e/ou contato telefônico, tornando-se lento e agravando-se os problemas causados por eventuais falhas.
- 5.128. O Centro de Processamento de Dados – CPD do HEETSHL está capacitado para realizar o devido treinamento dos usuários do HOSPUB, bem como para orientar e gerenciar o cadastramento de senhas de acesso.

Veículos

- 5.129. No que se refere à frota de veículos do HEETSHL, cabe ressaltar a necessidade de se substituir o veículo equipado com a UTI Móvel, pois o modelo (Caminhão Mercedes Benz) é inapropriado para a finalidade do transporte, por não permitir um deslocamento sem trepidação (ver foto em “Deficiências – Instalações físicas e Equipamentos”, Apêndice X). Há ainda outro veículo idêntico que se encontra parado, sem equipamentos de terapia de cuidados, tendo sido ambos adquiridos no início das atividades do hospital.

²⁶ Conforme site <http://w3.datasus.gov.br/hospub>.

MATERIAIS

Materiais médico-hospitalares e medicamentos

- 5.130. Há reclamação na maioria dos setores acerca da carência de materiais médico-hospitalares e medicamentos, a exemplo de água destilada 1.000 ml, papel grau cirúrgico de variados tamanhos, máscara de Venturi, aparadeiras e muitos outros.
- 5.131. Como foi comentado no item referente a Equipamentos de Informática, o Sistema HOSPUB não é atualmente utilizado no Setor de Farmácia, recorrendo-se à contagem física, manual para levantamento de estoque, o que é feito anualmente. Mensalmente, faz-se uma verificação do consumo ocorrido e uma estimativa das necessidades, elaborando-se solicitação para a Direção, para que seja providenciada licitação ou compra direta, dependendo do montante e da urgência.
- 5.132. A entrada de medicamentos na Farmácia é realizada na divisão denominada *Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF*, registrada por cópias de notas fiscais, e as saídas realizadas na divisão denominada *Farmácia de Distribuição Central* e na *Farmácia Satélite do Bloco Cirúrgico*, através de requisições de setores mais prescrições médicas (formulário *Solicitação de Medicamentos*, onde não há identificação do quantitativo recebido, às fls.1.961).
- 5.133. Existe também a prática de permuta, concessão e recebimento de empréstimos de medicamentos entre o HEETSHL e outras unidades hospitalares públicas não apenas do Estado (formulário em forma de ofício, às fls.1.962).
- 5.134. Da mesma forma que ocorre com medicamentos, a aquisição de órteses e próteses se dá após solicitação à Direção e, apesar de a entrada de caixas deste material ser realizada pela Farmácia, não há uma verificação do conteúdo, sendo encaminhadas à CEM e ao Bloco Cirúrgico. Algumas firmas fornecedoras cujos contratos são firmados pela SES fazem-se, até mesmo, presentes no Bloco Cirúrgico, através de funcionárias suas que disponibilizam os materiais, sob a forma de consignação, a exemplo da *Traumer*, *Ortoplan* e *Ortal*, de materiais de ortopedia, e da *Lang* e *Biomédica*, de neurologia.
- 5.135. O atesto do fornecimento de órteses e próteses que deverá ser pago diretamente aos fornecedores com recursos do SUS é efetuado em notas fiscais por parte do Coordenador de Contas Médicas, em conjunto com a Chefia de Enfermagem do Centro Cirúrgico.
- 5.136. Considerando-se a grande diversidade de medicamentos (ampliada ainda mais pela diversidade de pacientes atendidos afora os do perfil do HEETSHL) e o intenso movimento de entrada e saída, dado o porte do Hospital, não se pode conceber que seja possível um controle eficaz, sem o auxílio da informática. Para que se passe a utilizar tal ferramenta, faz-se necessário proceder ao inventário geral, introduzindo os dados do estoque no sistema e, a partir daí, ser o HOSPUB - módulo *Farmácia* usado rotineiramente, quanto à entrada e saída de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares.
- 5.137. O controle de estoques *on line* (consulta em terminais de vídeo dos saldos de estoques permanentemente atualizados), associado à realização de inventários rotativos (contagem física contínua de grupos de itens por vez) possibilitaria um confronto onde

seria medida a acurácia dos estoques, que representa o indicador de avaliação da gestão dos locais de armazenagem²⁷.

5.138.A informatização da Farmácia permitiria também a emissão de relatórios periódicos mais precisos acerca do quantitativo de medicamentos e materiais médico-hospitalares consumidos, viabilizando uma avaliação de custo e subsidiando a atuação de uma Comissão de Padronização de Medicamentos.

5.139.Devem constituir essa comissão médicos representantes das diferentes áreas de atuação do Hospital (ortopedia, pediatria etc.), bem como farmacêuticos e enfermeiros cujo trabalho de seleção de medicamentos e itens afins poderia, de forma simultânea:

- reduzir a variedade desnecessária, ou seja, estabelecer um menor número de fórmulas e formas farmacêuticas;
- garantir uma qualidade farmacológica de acordo com as normas de vigilância sanitária;
- cumprir as prescrições médicas.

5.140.O Setor da Farmácia, através de uma profissional farmacêutica, é responsável também pelo preparo de Dieta Parenteral²⁸, realizada atualmente em uma das salas do Bloco Cirúrgico, apesar de não ser rotineira a prescrição por parte dos médicos do Hospital e de necessitar o serviço de adequações (de espaço físico, entrosamento de equipe multidisciplinar – médico, nutricionista e farmacêutico – e credenciamento junto ao SUS).

5.141.Por fim, quanto a gases medicinais utilizados no HEETSHL (oxigênio, óxido nitroso e ar comprimido), é conveniente que seja estudada a possibilidade de se providenciar uma usina de oxigênio, a exemplo de experiências adotadas pelo Município de João Pessoa e pela Unimed, mostrando-se 80% mais econômico, na prática, do que a aquisição do material.

Outros materiais

5.142.Constitui reclamação constante nos diversos setores do HEETSHL o não suprimento satisfatório de rouparia (confeccionada e lavada no próprio Hospital – lençóis, batas, campos operatórios etc), de equipamentos de proteção individual (luvas, botas etc), além de utensílios, especialmente no Setor de Nutrição, cujo arsenal encontra-se bastante desgastado e reduzido. Há que se adotar mecanismos no sentido, não somente de suprir a demanda, como também de controlar a devolução dos materiais reutilizáveis, especialmente no que tange à rouparia e EPI.

GESTÃO DE QUALIDADE

5.143.Em razão da necessidade de as empresas reduzirem custos e aumentarem sua produtividade, têm-se buscado a modernização de métodos e técnicas de gestão. Dentre os programas que têm obtido maior aceitação, pode ser citado o “5 S”, termo derivado

²⁷ BARBIERI, José Carlos e MACHLINE, Claude. Logística hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Saraiva, 2006.

²⁸ Designa a alimentação composta por micronutrientes (água, glicose, aminoácidos, lipídios, eletrólitos, vitaminas e minerais, introduzida através de uma veia).

de cinco palavras japonesas (*seiri, seiton, seiso, seiketsu e shitsuke*), que foram traduzidas para o português como os “cinco sentidos” – de utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina, considerado o programa base²⁹.

5.144. A implementação de programas de gestão de qualidade, a exemplo do 5S, tem trazido resultados significativos também na área de saúde, seja qual for o tipo de estabelecimento - hospital, clínica, laboratório - contribuindo para:

- redução de desperdícios;
- maior integração entre os profissionais e comprometimento;
- capacitação do corpo funcional;
- introdução de rotinas padronizadas com aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho, alcançando a instituição, em consequência, mais credibilidade e condições de prestar um melhor serviço à sociedade.

5.145. Tendo em vista a complexidade da instituição e o contexto onde está inserido o HEETSHL, é por demais oportuno que se implemente programa de gestão de qualidade que abranja todos os setores, pois, a partir da aplicação das técnicas características de tal programa, haveria uma mobilização dos que atuam no Hospital, criando-se uma nova cultura e facilitando-se a introdução de práticas necessárias, como a de registro e de padronização de procedimentos operacionais, com relação às rotinas de trabalho.

5.146. Com a sedimentação de uma gestão de qualidade, a utilização de outros indicadores, afora os oficiais do MS, seria viabilizada, de modo a permitir melhorar e monitorar continuamente a eficiência e a produtividade do Hospital.

²⁹ LAPA, Barros e Alves – Praticando os 5 sentidos. Qualitymark Editora, Rio de Janeiro, 1996.

6. REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS

6.1.O Bloco Cirúrgico dispõe de seis salas, sendo utilizadas atualmente da seguinte forma:

- Salas 1 e 2 - normalmente para cirurgias de ortopedia;
- Sala 3 - para Neurocirurgia;
- Sala 4 - cirurgias geral e vascular;
- Sala 5 - amputação e buco-maxilo;
- Sala 6 - para preparação de Dieta Parenteral, por profissional especializado da Farmácia.

6.2.As cirurgias foram didaticamente divididas, no presente relatório, em “cirurgias de emergência” e “cirurgias postergáveis”. As de emergência ocorrem de pronto, na tentativa de salvar vidas de pacientes, vítimas de acidentes ou outros, que chegam ao HEETSHL. Quando não se exige tal prioridade, o paciente é submetido a avaliação, exames e/ou observação, sendo depois encaminhado para internação onde permanece até que seja agendada a cirurgia, denominando-se por isso “postergável”, como se depreende do Mapa de Processo, técnica de auditoria aplicada, constante do Apêndice IV deste relatório.

6.3.O enfoque desta questão de auditoria está então neste tipo de cirurgia, que não vem sendo efetuada em um ritmo desejável, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há internação, à espera de se submeterem a intervenções cirúrgicas. Vale comentar que internações prolongadas oneram os custos de um hospital, devendo-se estar atento para o período de internação estabelecido pelo SUS para cada diagnóstico, procedendo-se à alta no tempo fixado ou ao registro devido de intercorrências em prontuários médicos, de modo a justificar um maior tempo demandado de internação.

6.4.Por ocasião das fiscalizações realizadas pelo CRM foi constatado que cirurgias tinham sido suspensas e que existia um número representativo de pacientes aguardando cirurgias, alguns há tempo considerável.

6.5.A mesma constatação foi feita por esta auditoria durante as várias visitas técnicas realizadas ao HEETSHL, podendo a situação ser exemplificada com a citação de algumas ocorrências:

- em 30/07/08, estavam marcadas oito cirurgias mas só foi possível a realização de uma, devido à superlotação na RPA, não tendo como transferir pacientes para enfermarias ou UTI, que também estavam superlotadas;
- em 1º de agosto de 2008, contabilizou-se treze pacientes internados, aguardando cirurgia, dos quais onze de ortopedia, um de plástica e um de neuro, este último desde o mês de junho; já no dia 11, este número aumentou para vinte pacientes, dezenove de ortopedia e um geral; vê-se assim que o quantitativo é bastante variável, havendo períodos em que o problema se agrava (fls. 2.340/2.345);
- conflitos gerados na equipe médica entre cooperados e servidores recém admitidos por concurso público, trazendo transtornos à escala de plantões e, em consequência, à programação de cirurgias;
- durante o mês de abril houve cancelamentos de cirurgia, em virtude da falta de soro Ringer lactato, justificada pela exigência da vigilância sanitária de adaptação do recipiente de 100 ml do sistema aberto para o fechado;
- a não especificação, com antecedência, dos materiais, especialmente órteses e próteses, tem sido uma das causas de suspensão de cirurgia, na medida em que o cirurgião

responsável deixa algumas vezes de realizá-la, afirmando não corresponder o material disponibilizado ao indicado;

- a programação de cirurgias não é formalizada através de memorandos, formulários ou qualquer outro tipo de documento, fazendo o médico anestesista, responsável pela avaliação de véspera, apenas uma relação manuscrita de uma média de seis a oito pacientes considerados aptos, a qual é transcrita em quadro localizado no Bloco Cirúrgico e modificada diariamente, registrando-se, dessa forma, apenas a situação momentânea, ou seja, daquela data.

6.6. Infere-se então que vários são os motivos de cancelamentos de cirurgias postergáveis, não sendo possível uma avaliação mais profunda, tendo em vista a ausência de registros, uma vez que só se contabilizam no Bloco Cirúrgico, ao final, as cirurgias realizadas, cujos dados (fls.2.346/2.426) estão compilados na Tabela 23.

Tabela 23. Cirurgias por tipo e exercício

TIPO	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
OFTALMOLOGIA	17	115	89	52	6	11	2	4
GERAL	85	610	702	905	756	577	527	182
ORTOPEDIA	154	1800	1745	1707	2006	2818	2867	1007
BUCO-MAXILO	82	634	609	396	333	280	265	104
NEURO	69	533	540	481	390	338	328	83
PLÁSTICA	46	463	419	234	232	244	230	117
ARTERIO	0	0	25	2	0	0	0	12
TÓRAX	7	45	78	45	40	168	168	27
OTORRINO	1	4	11	6	5	13	14	5
VASCULAR	18	195	212	118	135	176	169	75
UROLOGIA	7	63	43	15	42	2	2	8
CAPTAÇÃO	0	15	6	19	3	2	0	0
ANGIO	0	128	0	12	0	0	0	0
CIRURGIA DE MÃO	0	0	0	56	0	5	0	0
ENDOSCOPIA	2	21	0	0	0	0	0	0
PEDIÁTRICA	9	95	0	0	0	0	0	0
TOTAL	497	4.721	4.479	4.048	3.948	4.634	4.572	1.624

FONTE: Bloco Cirúrgico – HEETSHL.

*Só foram disponibilizados os dados de agosto e dezembro.

** Dados referentes ao período de janeiro junho.

6.7. Da análise da referida tabela, percebe-se que tem sido mantida uma média de 4.400 cirurgias por ano, ressaltando-se porém que, pelo quantitativo acumulado até junho de 2008, não se atingirá essa média. Quanto aos tipos de cirurgia, predominam as de ortopedia, destacando-se ainda geral, buco-maxilo, neuro, plástica e vascular.

6.8. O Setor de Estatística – SAME, que utiliza o módulo do HOSPUB denominado *Arquivo Médico*, responsável pelo cadastramento dos prontuários de todos os pacientes egressos, também forneceu quantitativos de procedimentos cirúrgicos em geral (fls.2.427), os quais estão transcritos na Tabela 24. Cotejando-se esses dados com os fornecidos pelo Bloco

Cirúrgico (totais), apresentados na Tabela 23, observam-se divergências, não tendo sido oferecida explicação plausível para tal.

Tabela 24 - Cirurgias realizadas, segundo o SAME

Serviço	2001(ago/dez)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cirurgias Realizadas	1.181	4.529	4.733	4.330	3.859	4.119	4.013

Fonte: SAME/HEETSHL.

6.9.O sub-sistema ou módulo do HOSPUB denominado *Centro Cirúrgico* tem como objetivo efetuar a marcação de cirurgias e emissão dos mapas cirúrgicos, identificando os profissionais envolvidos e os recursos utilizados. Destacam-se, dentre suas aplicações:

- controle de cirurgias, informando marcações, realizações e cancelamentos;
- acesso a informações específicas do Centro Cirúrgico existentes no sistema, através de rotinas de consultas;
- registro de informações relativas às cirurgias de emergência;
- emissão de mapa cirúrgico selecionando as cirurgias previamente marcadas pelas Clínicas;
- racionalização do uso das tabelas utilizadas no HOSPUB;
- elaboração de demonstrativo de índices e indicadores da Clínica Cirúrgica.

6.10.Para se reverter a situação encontrada no HEETSHL, com relação a cancelamentos de cirurgias por conta de superlotação de leitos e, no sentido inverso, acúmulo de pacientes internados em decorrência de suspensões de cirurgias, é preciso se implantar um controle que detecte os pontos que precisam ser atacados. Recomenda-se seja utilizado o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de se recorrer, caso se faça necessário suplementar os registros, a livros de ocorrências e/ou outro sistema eletrônico com identificação do paciente, data de internação, diagnóstico, material requisitado, data de agendamento de cirurgia, data e causa de eventual cancelamento e data de realização de cirurgia, material utilizado, cirurgião responsável etc.

7. CONCLUSÃO

- 7.1.A atenção ambulatorial e hospitalar, como parte das ações e serviços públicos de saúde, é um direito do cidadão assegurado pela Constituição Federal. É dever do Estado garantir, com equidade, o acesso universal à assistência médico-hospitalar. O crescimento da demanda espontânea e referenciada nas portas de entrada das unidades de saúde tem comprometido a qualidade do atendimento, constituindo-se um desafio a ser enfrentado pelos gestores do Sistema Único de Saúde.
- 7.2.O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena tem enfrentado dificuldades em atender sua demanda, sendo freqüente a superlotação nos atendimentos de urgência e emergência. Muitos dos pacientes atendidos no HEETSHL estão fora do perfil da instituição. Recomenda-se a adoção de medidas, dentre outras, no sentido de reavaliar a operacionalização da Central de Regulação do Município de João Pessoa, para que distribua com mais eficiência, de forma equilibrada, os atendimentos de pacientes, observando o perfil de cada unidade hospitalar. Também é recomendada a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência em cumprimento às normas do Ministério da Saúde e a elaboração de um protocolo estadual de referências e contra-referências.
- 7.3.O Termo de Compromisso entre Entes Públicos apresenta ações, metas, indicadores e produtos que podem aumentar a eficiência do desempenho operacional do HEETSHL e humanizar o atendimento ao paciente. O acompanhamento e a avaliação dos resultados das metas estabelecidas no TCEP não estão sendo realizados pela Comissão de Acompanhamento que deve ser composta pela SMS-JP e SES/PB que designarão técnicos e um representante do Controle Social. A maioria das mais de cinquenta ações e metas de avaliação qualitativa do TCEP não foram implementadas ou alcançadas. Muitos dos indicadores e produtos presentes no Plano Operativo – anexo do TCP – não foram criados. Algumas das ações não implementadas são decorrentes de exigências legais, como manter a CIPA, e a Comissão de Ética Médica e implantar e manter em funcionamento Comissão de Revisão de Prontuários. Outras, embora não o sejam, têm grande importância para a implementação da Política de Humanização do SUS, como o acolhimento com classificação de risco. Cabe recomendar a prorrogação do TCEP, por meio de aditivo, para que as ações, metas, indicadores e produtos qualitativos sejam implementados e alcançados.
- 7.4.A despeito de o HEETSHL ter sido concebido dentro de um Programa do Governo Federal de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência, tendo sua construção e aparelhamento demandado longo período até ser instalado, não houve a preocupação dos governantes do Estado em prover a unidade hospitalar de recursos humanos e financeiros próprios de forma a garantir seu funcionamento pleno. Em face disso, muitos dos achados de auditoria tiveram origem no início de suas atividades e perduram até hoje, a exemplo de não previsão de orçamento de custeio, não oficialização de normas básicas (Regimento Interno, Estrutura Organizacional, Plano de Cargos e Salários, comissões específicas, etc.), acarretando inadequações tais como a da atuação de cooperativas médicas não da forma suplementar, como previsto na CF/88, e a contratação contínua de prestadores de serviço, a sub-utilização ou mesmo não utilização de equipamentos de alta tecnologia, além da falta de conservação e manutenção de instalações e equipamentos básicos.

- 7.5. Visando contribuir para um melhor desempenho da instituição, foram feitas várias recomendações e determinações à Direção do HEETSHL e à Secretaria a qual este é vinculado – SES, dentre elas a contratação imediata de candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007; a identificação do quantitativo necessário para realizar cada função no Hospital, providenciando-se novos certames até que seja efetivado um quadro próprio de pessoal; a capacitação e o equacionamento de remunerações, inclusive no que tange à gratificação de produtividade; a elaboração de um orçamento individual para a unidade hospitalar, mesmo que não seja unidade gestora, mas que viabilize efetivar um controle e uma estimativa de custos, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia, no que se refere às suas atividades de rotina.
- 7.6. Tendo sido constatado um alto índice de cancelamento de cirurgias agendadas, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há internação e onerando os custos do hospital, recomendou-se implantar um controle mais eficaz utilizando-se, de forma efetiva, o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB além de outros registros, possibilitando detectar as causas motivadoras de tais cancelamentos e uma otimização do serviço.
- 7.7. O detalhamento de todas as sugestões de determinações e recomendações encontra-se na Proposta de Recomendações, no Capítulo 8. Espera-se que sua implementação contribua para melhorar o desempenho operacional do HEETSHL, aumentando sua eficiência, economicidade e eficácia no cumprimento de metas, resultando em melhor qualidade do serviço prestado à população, e melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros do Estado.

8. PROPOSTA DE DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

8.1.No sentido de contribuir para a melhoria do desempenho operacional do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, apresentam-se as propostas de determinações e recomendações, a seguir:

I) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal de João Pessoa que:

1. articulem-se, no sentido de estabelecer de forma clara e eficiente, o papel de cada instituição integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, principalmente, quanto ao Hospital de Horto-Traumatologia e ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma, inclusive com redefinição de Autorizações de Internação Hospitalar, de forma a manter o equilíbrio do sistema, reduzindo a sobrecarga de atendimentos suportada por alguns hospitais, principalmente, pelo HEETSHL (§ 3.27.);
2. instituam a Comissão de Acompanhamento a qual deverá obter os dados restantes da execução físico-financeira pactuada e apresentar à Comissão Intergestores Bipartite os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas (§ 4.8.);
3. prorroguem o Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, por meio de aditivo, para que as ações, metas, indicadores e produtos qualitativos sejam implementados e alcançados (§ 7.3.).

II) Determinar à Secretaria de Estado da Saúde e à Direção do HEETSHL que:

1. remetam ao Tribunal de Contas do Estado, no prazo de 60 dias, plano de ação contendo o cronograma de adoção das medidas necessárias e respectivos responsáveis pela implementação das determinações e recomendações que vieram a ser prolatadas;
2. normatizem o funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, elaborando-se Regimento Interno, organograma oficial próprio do HEETSHL e/ou estrutura organizacional, determinando-se claramente as atribuições e interfaces dos vários níveis hierárquicos da instituição, com seus cargos, atribuições e remunerações, além de previsão de penalidades, em casos de omissões e transgressões (§ 5.14.);
3. providenciem a formação de um quadro próprio de médicos efetivos ou, enquanto não seja possível o preenchimento total através de concurso público, a contratação, através de processo seletivo simplificado, por tempo determinado, observando-se as especialidades e quantitativos condizentes com as necessidades reais do HEETSHL (§ 5.29.);
4. identifiquem o quantitativo necessário para o desempenho de todas as atividades do hospital e realizem concurso público para contratação de pessoal destinado aos cargos que não foram contemplados no certame de 2007 (§§ 5.32. e 5.40.);
5. efetuem levantamento e oficializem registro das ocorrências referentes à cessão de equipamentos, através do Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES (§ 5.123.).

III) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que:

1. apresente um cronograma para a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência e para a elaboração de um protocolo estadual de referências e contra-referências (§ 3.16.);

2. adote medidas para redução da superlotação no atendimento do HEETSHL (§ 3.16.);
3. reconduza a Taxa de Ocupação Hospitalar do HEETSHL à meta fixada (§ 3.16.);
4. inclua o Hospital de Orto-traumatologia no Sistema Estadual de Urgência e Emergência (§ 3.27.);
5. proceda à contratação imediata dos aprovados no concurso público realizado em 2007, necessária, inclusive, à ativação de alguns serviços do hospital, como o de exames laboratoriais (§ 5.52.);
6. elabore um orçamento individual para o HEESTHL, de acordo com os custos necessários (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.) e efetive um controle mensal e anual de estimativa de custos, planejamento e acompanhamento, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina (§ 5.103.);
7. estude a viabilidade de se utilizar outras formas de energia no Hospital, senão o óleo diesel (§ 5.110.);
8. substitua o veículo equipado com a UTI Móvel por outro de modelo apropriado, aliene o semelhante e que se encontra sem serventia e adquira um outro, mesmo de porte menor, mas que seja apropriado para a finalidade (§ 5.129.);
9. estude a economicidade da instalação de uma usina de oxigênio, em relação aos gastos com aquisição do material (§ 5.141.).

IV) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde, conjuntamente com a Direção do HEETSHL, que:

1. estabeleçam grupo de contato, com a participação de representantes da Secretaria de Estado da Saúde e do HEETSHL, para acompanhamento, pelo Tribunal de Contas do Estado, das determinações e recomendações;
2. adotem medidas para a efetivação da implementação do acolhimento com classificação de risco, incluindo o treinamento de enfermeiros e médicos de acordo com o protocolo aprovado; a caracterização dos ambientes, conforme as cores de cada Área; e outras medidas que se fizeram necessárias (§ 4.13.);
3. dentro de suas competências, tomem as medidas necessárias para solucionar os problemas elencados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e outros que houver, de forma a reconduzir a taxa de infecção hospitalar aos níveis pactuados (§ 4.73.);
4. em se realizando novo certame para contratação de pessoal de enfermagem, atem para que sejam observadas as peculiaridades dos serviços prestados pelo HEETSHL, exigindo-se um enquadramento do perfil/conhecimento dos candidatos em urgência, emergência, trauma, instrumentação cirúrgica e cuidados de terapia intensiva (§ 5.37.);
5. estudem formas de se efetuar o pagamento de produtividade sem atraso e de se equacionar tal gratificação, de modo a diminuir a distorção entre os valores ofertados aos diversos profissionais, e/ou de se oferecer incentivo, como, por exemplo, rateio geral, entre todas as categorias cabíveis, de recursos advindos de Serviços Profissionais, uma vez atingidas ou superadas metas qualitativas e quantitativas estipuladas (§§ 5.30. e 5.54.);
6. implementem ações, junto ao Núcleo de Estudos e Capacitação e Estágios, visando o treinamento e a capacitação da mão-de-obra, em especial a permanente (pessoal efetivo) (§ 5.53.);
7. providenciem rotinas para execução de regularização dos cadastros de procedimentos de Alta e Média Complexidade, em especial de cirurgia cardiovascular, busca ativa de órgãos e no serviço de Nutrição Enteral e Parenteral (§ 5.63.);

8. procedam ao levantamento, o mais preciso possível, das dívidas relativas ao HEETSHL, para quitação, resgatando-se a credibilidade junto a fornecedores e prestadores de serviço (§ 5.95.);
9. providenciem a contratação de serviços de recuperação de piso e esquadrias, bem como de recuperação e/ou ampliação das instalações elétricas, hidro-sanitárias e de vapor, e reinstalação do sistema de água térmica nas tubulações do Setor de Nutrição (§ 5.107.);
10. providenciem a contratação de serviços de asfaltamento do acesso de veículos à entrada da Emergência /Urgência e de reforma do espaço físico do HEETSHL, em diversos setores, dentre eles (§§ 5.105 e 5.108):
 - Nutrição – com o aumento do espaço do refeitório avançando com a alvenaria no espaço externo; permuta da sala da despensa com a da coordenação (para dar acesso a visitantes e fornecedores) sem necessidade de penetrar na cozinha; construção de repouso pois está improvisado nas dependências do WC, podendo ser o espaço dividido para os dois usos; colocação de uma separação entre a entrada de mantimentos e o depósito de lixo; adequação do ambiente onde é preparada a Dieta Enteral, em observância às exigências necessárias ao credenciamento;
 - UTQ - transferência do acesso para a Terapia Semi-Intensiva por outro local pois a passagem dos pacientes por este setor os torna suscetíveis de contaminação;
 - Circulações - aproveitamento de circulações amplas que existem e estão sendo ocupadas de forma improvisada (sala de maqueiros, coordenações de Fisioterapia e Enfermagem, etc.);
 - Sala de Observação Pediátrica da Emergência – separação da parte Masculina ;
 - Central de Material e Esterilização – divisão da porta de expurgo ao meio para servir de guichê e barreira para entrada de outros profissionais na área suja;
 - Farmácia – em espaço contíguo, instalação da sala de Dieta Parenteral, dentro das exigências contidas na Portaria N° 272/98- MS/SNVS, preenchendo-se os requisitos para o credenciamento junto ao SUS;
 - Repouso de profissionais (médicos e equipe de enfermagem etc.) - divisão por sexo, oferecendo privacidade, melhora da ventilação/refrigeração;
11. terceirizem os serviços de limpeza (§ 5.109.);
12. adquiram outro aparelho de Raio X e outro de tomografia, bem como de aparelho para broncoscopia, equipamentos para o laboratório, além de novos monitores com módulos, oxímetros, bombas de infusão, de preferência de marcas nacionais, com respectivos contratos de manutenção (§§ 5.115., 5.116., 5.117., 5.118., 5.119. e 5.121.);
13. coloquem em funcionamento ou incremente o uso de equipamentos não utilizados ou sub-utilizados, se possível firmando parceria com outros hospitais que rateariam os custos: neuronavegador (treinando profissionais médicos e atualizando *software*), esterilizador de plasma *Sterrad*, câmaras hiperbáricas e termodesinfetadoras (§ 5.116.);
14. estudem a possibilidade de se substituir um dos arcos cirúrgicos (marca *Phillips*) por outro menos complexo, de fabricação nacional, que realize também arteriografia (§ 5.117.);
15. contratem serviços de manutenção com firmas que representam marcas de equipamentos já existentes e que vão continuar em uso, como *Baumer* (autoclaves), *Stryker* (câmera de videolaparoscopia, drills microdrivers, etc.), *Dixtal* (sistemas de monitoração com módulos ECG, batimentos, gases, etc.) e *Takaoka* (aparelhos de anestesia, servo-ventiladores) (§ 5.121.);
16. nos casos necessários, providenciem a reposição de equipamentos cedidos, especificamente quanto a hemodiálise, para ativação do serviço (Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES) (§ 5.123.);

17. procedam à recuperação mais incisiva de leitos e macas (conserto, pintura etc.) (§ 5.124.);
18. atualizem e aumentem o arsenal de equipamentos de informática (§ 5.126.);
19. supram a demanda de materiais gerais, em especial roupa e equipamentos de proteção individual, e utensílios, em especial do Setor de Nutrição (§ 5.142.);
20. implementem programa de gestão de qualidade em todos os setores do Hospital e na instituição como um todo (§ 5.145);

V) Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa que:

1. avalie a qualidade do atendimento de pacientes nas unidades de Saúde da Família (§ 3.23.);
2. considere a viabilidade de deferir o pedido de credenciamento e habilitação do Hospital São Vicente de Paulo como alta complexidade (§ 3.23.);
3. reavalie a operacionalização da Central de Regulação, com vistas a uma melhor distribuição dos pacientes encaminhados ao HEETSHL, de acordo com o seu perfil (§ 3.23.);
4. encaminhe e autorize a internação, por meio da Central de Regulação, de pacientes com insuficiência respiratória aguda, e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica, no o Hospital São Vicente de Paulo ou outras unidades hospitalares, reduzindo os encaminhamentos deste tipo para o HEETSHL (§ 3.23.);

VI) Determinar à Direção do HEETSHL que:

1. realize novas eleições dos membros da CIPA, de forma a regularizar seu funcionamento (§ 4.39.);
2. implante a Comissão de Revisão de Prontuários em cumprimento à Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (§ 4.66.);
3. implante a Comissão de Ética Médica em atendimento à Resolução nº 1.657/2002 do CFM (§ 4.68.);

VII) Recomendar à Direção do HEETSHL que:

1. implante a ouvidoria, com aplicação de questionário e sistema de respostas com divulgação de resultados (§ 4.10.);
2. implante o sistema de alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede SUS e a criação do plano pós-alta para continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção (§ 4.14.);
3. implemente as ações de equipe multiprofissional de referência para o usuário e familiares (§ 4.15.);
4. crie uma equipe multiprofissional, com a participação de assistentes sociais para o acolhimento e suporte aos familiares dos pacientes (§ 4.16.);
5. institua visita de 4h/dia e crie os indicadores “horas de visita/dia e taxa de paciente com acompanhante” (§ 4.17.);
6. crie os indicadores “% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços” e “% de usuários pesquisados” (§ 4.18.);

7. desenvolva processo educativo junto aos consumidores de medicamentos e crie o indicador “número de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos” (§ 4.29.);
8. verifique a viabilidade da participação do HEETSHL na Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (§ 4.34.);
9. faça o levantamento trimestral das causas de absenteísmo (§ 4.35.);
10. crie uma Comissão de Biossegurança (§ 4.36.);
11. realize o mapeamento de risco do HEETSHL, logo após a eleição dos membros da CIPA (§ 4.40.);
12. implante mais campanhas de doação de sangue e também incentive à doação por familiares dos pacientes com o apoio dos assistentes sociais do Hospital (§ 4.44.);
13. implante de um serviço de hemovigilância que exerça o controle de reações pós-transfusionais (§ 4.45.);
14. realize atividades informativas de incentivo às práticas alimentares saudáveis junto a todos que atuam no Hospital e pacientes (§ 4.51.);
15. promova a capacitação para localização de potencial doador de órgãos (§ 4.52.);
16. defina um horário de trabalho para a Comissão Intra-hospitalar e fazendo-a atuar com eficácia (§ 4.53.);
17. adote medidas para solucionar as dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica (§ 4.54.);
18. estabeleça normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços (§ 4.57.);
19. elabore o Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares e a criação do Núcleo Hospitalar Epidemiológico (§ 4.59.);
20. examine a viabilidade de implantar programa de gerenciamento informatizado (§ 4.62.);
21. verifique a viabilidade de aplicação da pesquisa de avaliação do nível de qualidade (§ 4.63.);
22. examine a viabilidade do credenciamento junto ao Projeto Hospital Sentinela (§ 4.64.);
23. implante e mantenha em funcionamento Comissão de Análise de Óbitos que deverá apresentar Relatório mensal (§ 4.66.);
24. defina um calendário para a realização de palestras científicas ou cursos de capacitação para a área médica (§ 4.74.);
25. implante rotinas de fluxo de documentos no Hospital, inclusive com prontuário eletrônico, para que se recupere efetivamente os gastos efetuados com procedimentos realizados, passíveis de cobertura do SUS (§§ 5.59. e 5.65);
26. utilize de forma efetiva o HOSPUB e, se necessário, implemente outros sistemas para controlar a gestão de procedimentos, materiais médicos, medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios etc., com senhas de acesso restritas, em setores como Urgência, Emergência, Centro Cirúrgico, Almoxarifado, Nutrição, Farmácia etc. (§ 5.102.);
27. coloque pessoal de segurança para controle de entrada e saída de veículos nas guaritas (5.105);
28. capacite, através do Centro de Processamento de Dados do HEETSHL, os usuários do HOSPUB, bem como oriente e gerencie o cadastramento de senhas de acesso (§ 5.128.);
29. proceda ao inventário geral do estoque da Farmácia, introduzindo os dados no Sistema HOSPUB e, a partir daí, seja o módulo *Farmácia* usado rotineiramente quanto à entrada e saída de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares (§ 5.136.);
30. realize inventários rotativos na Farmácia e confronte-os com os dados do HOSPUB, medindo a acurácia dos estoques (§ 5.137.);
31. constitua uma Comissão de Padronização de Medicamentos (§ 5.138 e 5.139.);

32. adote mecanismos de controle da devolução de materiais re-utilizáveis, especialmente no que tange à rouparia e EPI (§ 5.142.);
33. utilize efetivamente o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de que recorra, caso se faça necessário suplementar os registros, a livros de ocorrências e/ou outro sistema eletrônico com identificação do paciente, data de internação, diagnóstico, material requisitado, data de agendamento de cirurgia, data e causa de eventual cancelamento e data de realização de cirurgia, material utilizado, cirurgião responsável etc. (§ 6.10.).

VIII) Remeter cópia deste relatório de auditoria operacional, do relatório e voto do Relator, correspondente ao respectivo processo e do Acórdão que vier a ser prolatado:

1. ao Secretário de Estado da Saúde;
2. à Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa;
3. aos Diretores do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
4. ao Secretário de Planejamento e Gestão;
5. ao Secretário Chefe da Controladoria Geral do Estado;
6. ao Presidente da Assembléia Legislativa;
7. à Procuradora Geral de Justiça;
8. ao Presidente da Câmara Municipal de João Pessoa;
9. ao Presidente do Conselho Regional de Medicina;
10. ao Diretor Geral da Agência Estadual de Vigilância.

IX) Determinar a realização de monitoramento, pela DIAFI, da implementação das determinações e recomendações do Acórdão que vier a ser prolatado.

João Pessoa, 12 de setembro de 2008.

Adriana Falcão do Rêgo Tróccoli
ACP Matr. 370.110-7

Emmanuel Teixeira Burity
ACP Matr. 370.293-6

Maria de Fátima Araújo
ACP Matr. 370.013-5

APÊNDICES

Apêndice I

Lista de siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEM – Centro de Esterilização de Material
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIPA – Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem
CEME – Central de Material e Esterilização
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COOMIT – Cooperativa dos Médicos Intensivistas da Paraíba
COOPANEST – Cooperativa dos Anestesiologistas da Paraíba
COOPECIR – Cooperativa dos Cirurgiões da Paraíba
COOPED – Cooperativa dos Pediatras da Paraíba
COORT – Cooperativa de Ortopedia e Traumatologia da Paraíba
CPD – Centro de Processamento de Dados
DIAFI – Diretoria de Auditoria e Fiscalização
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FUSEP – Fundo Estadual de Saúde
HEETSHL – Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas
HOSPUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
HU – Hospital Universitário Lauro Wanderley
IHGER – Instituto Hospitalar General Édson Ramalho
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
MS – Ministério da Saúde
NHE – Núcleo Hospitalar Epidemiológico
NOB – Norma Operacional Básica
NR-5 – Norma Regulamentadora Número Cinco
PA – Pronto Atendimento
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
POA – Plano Operativo Anual
PPI – Programação Pactuada Integrada
RENAST – Rede Nacional da Saúde do Trabalhador
RPA – Recuperação Pós-Anestésica
SAGRES – Sistema de Acompanhamento da Gestão de Recursos da Sociedade

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD – Secretaria de Estado da Administração
SES – Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SNT – Sistema Nacional de Transplantes
SMS-JP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE-PB – Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
TCEP – Termo de Compromisso Entre Entes Públicos
TxOH – Taxa de Ocupação Hospitalar
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados

Apêndice II

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Internações por motivo de 2002 a 2007; 17
Gráfico 2 – Taxa de ocupação hospitalar de janeiro a junho de 2008; 19
Gráfico 3 – Divisão do Estado da Paraíba por Macro-regiões de saúde; 20
Gráfico 4 – Percentagens de atendimentos por procedência de 2002 a 2007; 22
Gráfico 5 – Organograma funcional; 52
Gráfico 6 – Organograma oficial básico; 53
Gráfico 7 – Incremento da despesa empenhada, ano a ano; 68
Gráfico 8 – Distribuição percentual da despesa empenhada/2008; 73
Gráfico 9 – Detalhamento da despesa empenhada/2008; 74

Apêndice III

Lista de tabelas

Tabela 1 – Atendimentos por motivo de 2002 a 2007; 16
Tabela 2 – Atendimentos/serviços realizados de 2001 a 2007; 17
Tabela 3 – Indicadores hospitalares do HEETSHL, no período de agosto de 2001 a junho de 2008; 19
Tabela 4 – Atendimentos por procedência; 22
Tabela 5 – Rede Estadual de Urgência e Emergência; 23
Tabela 6 – Metas físico-financeiras para a Atenção Ambulatorial; 28
Tabela 7 – Metas físico-financeiras para a Atenção Hospitalar; 28
Tabela 8 – Execução físico-financeira para a Atenção Ambulatorial; 29
Tabela 9 – Metas para indicadores da Atenção Hospitalar; 46
Tabela 10 – Indicadores de metas não alcançadas da Atenção Hospitalar; 46
Tabela 11 – Quantitativo de pessoal – Cargos de Direção, Chefia, Coordenação, Secretária; 50
Tabela 12 – Quantitativo de pessoal – Grupo Saúde Médicos; 54
Tabela 13 – Valores de serviços profissionais de médicos – HEETSHL; 55

Tabela 14 – Despesa Empenhada com cooperativas médicas;	57
Tabela 15 – Quantitativo de pessoal - grupo saúde – outros;	58
Tabela 16 – Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível superior;	62
Tabela 17 – Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível médio;	62
Tabela 18 – Quantitativo de pessoal - grupo apoio - nível básico;	63
Tabela 19 – Repasses de Recursos do SUS - valores pagos, segundo o HEETSHL;	64
Tabela 20 – Repasses de Recursos do SUS - valores pagos, segundo a SMS-JP;	64
Tabela 21 – Despesas efetuadas referentes ao HEETSHL por credor;	67
Tabela 22 – Vistoria de Equipamentos;	77
Tabela 23 – Cirurgias por tipo e exercício;	92
Tabela 24 – Cirurgias realizadas, segundo o SAME;	93

Apêndice X

Lista de Fotos

Super-lotação – Observação Feminina – Emergência
Hospital General Édson Ramalho
Hospital São Vicente de Paulo
Complexo Hospitalar de Mangabeira (Hospitais de Orto-traumatologia e Humberto da Nóbrega)
Deficiências – Instalações físicas e equipamentos
Equipamentos – UTI, Semi-Intensiva, UTI Pediátrica, CEM, Bloco Cirúrgico, RPA, Emergência, Urgência, CDI
Farmácia