



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO
RIO GRANDE DO NORTE

Auditoria Operacional

Relatório sobre a Rede Hospitalar da SESAP-RN



Natal, setembro de 2013.

Relatório de Auditoria Operacional na Rede Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

Processo nº: 000661/2012 - TC

Modalidade: Auditoria Operacional

Conselheiro Relator: Tarcísio Costa

Equipe de Auditoria:

Inspetores de Controle Externo	Matrícula
Aleson Amaral de Araújo Silva	9906-6
Anne Emília Costa Carvalho	9970-8
José Monteiro Coelho Filho (Coordenador)	9551-6
Maria José Matos de Souza	9880-9
Vilmar Crisanto do Nascimento	9916-3

Unidade Jurisdicionada: Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP/RN

Atos de designação: Portaria nº 036/2012 – GP/TCE, de 27 de janeiro de 2012; e Portaria nº 178/2012 – GP/TCE, de 25 de junho de 2012.

Objetivo: Avaliar em que medida os gastos públicos com os hospitais integrantes da rede da SESAP tem sido realizados com eficiência no atendimento a Atenção à Saúde, com ênfase na Rede de Urgência e Emergência e na Regionalização. Para tanto, foram propostas as seguintes questões:

QUESTÃO 1 – Os perfis de atendimento dos hospitais estão condizentes com as necessidades e demandas epidemiológicas da região, da rede de atenção à saúde e do plano diretor de regionalização?

QUESTÃO 2 – Em que medida os hospitais estão estruturados para cumprir com suas finalidades, têm utilizado racionalmente os recursos que lhes são destinados e têm contribuído para a resolutividade dos problemas de saúde da população?

QUESTÃO 3 – Como o Sistema de Regulação funciona e em que medida contribui para que haja um equilíbrio entre as demandas e ofertas dos serviços de saúde da rede hospitalar da SESAP, de forma racional, econômica e dentro de padrões técnicos normalmente aceitos?

QUESTÃO 4 – Até que ponto as ações planejadas pela SESAP voltadas aos hospitais e, pelos próprios hospitais, estão sendo avaliadas, monitoradas e orientadas com base em indicadores e metas que possibilitem verificar o alcance dos objetivos propostos?

Período abrangido pela auditoria: 2009 a 2012

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAD - Coordenadoria Administrativa

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública

COBIT - *Control Objectives for Information and related Technology*

COF - Coordenadoria de Orçamento e Finanças

COHUR - Coordenadoria dos Hospitais e Unidades de Referência

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS/RN - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte

COTIC – Coordenadoria de Operações de Tecnologia da Informação e Comunicação

CPCS - Coordenadoria de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde

CPS - Coordenadoria de Promoção à Saúde

CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar

CREMERN - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte

CRH - Coordenadoria de Recursos Humanos

CRO - Centro de Recuperação Operatório

CSAA - Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial

DEA - *Data Envelopment Analysis* (Análise Envoltória de Dados)

DMU - *Decision Making Unit* (Unidades Tomadoras de Decisão)

EAS - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GAEP – Grupo Auxiliar de Engenharia e Projetos

HDM - Hospital Deoclécio Marques

HIS - *Hospital Information Systems* (Sistemas de Informação Hospitalar)

HJPB - Hospital José Pedro Bezerra

HMAF - Hospital Maria Alice Fernandes

HMWG - Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

HR - Hospital Regional

HTM - Hospital Tarcísio Maia

ISACA - *Information Systems Audit and Control Association*

ITIL - *Information Technology Infrastructure Library*

ITORN - Instituto de Traumatologia e Ortopedia

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentária

LOA - Lei de Orçamento Anual

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MPE - Ministério Público Estadual

MS - Ministério da Saúde

NASSE – Núcleo de Assistência ao Servidor

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PACS - *Picture Archiving and Communication System* (Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens)

PAR - Plano de Ação Regional

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDTI – Plano Diretor de Informática

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PES - Plano Estadual de Saúde

PMBOK - *Project Management Body of Knowledge*

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

POP - Procedimentos Operacionais Padrão

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

RAU - Rede de Atenção às Urgências

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RIS - *Radiology Information System* (Sistema de Radiologia Digital)

RSS - Resíduos de Serviços de Saúde

SADT - Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEA – Sistema Estadual de Auditoria

SEPLAN - Secretaria de Estado de Planejamento e Finanças

SESAP-RN - Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAF - Sistema Integrado para Administração Financeira

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIPAC - Serviços Integrados de Patologia e Citologia

SISP - Sistema de Administração de Recursos de Tecnologia da Informação

SLTI/MPOG – Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

SUININ - Subcoordenadoria de Informação e Informática

SUS - Sistema Único de Saúde

SUVISA - Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

TCEP - Termos de Cooperação entre Entes Públicos

TCU - Tribunal de Contas da União

TI - Tecnologia da Informação

UGV - Unidade de Gerenciamento de Vagas

UNICAT - Unidade Central de Agentes Terapêuticos

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 1 orientado a insumo – 2012.	133
Tabela 2 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 1 – 2012.	134
Tabela 3 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 1 – 2012.	134
Tabela 4 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 2 orientado a insumo – 2012.	135
Tabela 5 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 2 – 2012.	137
Tabela 6 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 2 – 2012.	137
Tabela 7 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 3 orientado a insumo – 2012.	138
Tabela 8 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 3 – 2012.	139
Tabela 9 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 3 – 2012.	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades hospitalares vinculadas à SESAP.....	17
Quadro 2 – Valores anuais por fonte, previstos em orçamento inicial.....	19
Quadro 3 – Ações do Programa nº 2404 (PPA 2008/2011).	20
Quadro 4 – Ações do Programa nº 2406 (PPA 2008/2011).	20
Quadro 5 – Distância entre municípios onde se localizam HR de uma mesma Região de Saúde.	26
Quadro 6 – Equipes das ESF da Região Metropolitana.	31
Quadro 7 - Portas de entrada hospitalar do RN segundo especialidade e tipo.....	34
Quadro 8 – Quantidade de leitos dos hospitais integrantes da RAU.	35
Quadro 9 – Perfil da Força de Trabalho da SESAP por Idade.....	37
Quadro 10 – Resumo do dimensionamento de profissionais dos hospitais da Rede da SESAP.	39
Quadro 11 – Relação de profissionais por leito.	41
Quadro 12 - Servidores municipalizados.	45
Quadro 13 – Valores pagos além do necessário com cooperativas médicas.	53
Quadro 14 – Obras programadas para os hospitais da Rede da SESAP.	58
Quadro 15 – Déficit de leitos – RN e Região Metropolitana Leste 1/SAMU.	66
Quadro 16 – Principais ações relacionadas com os hospitais na LOA 2012.....	81
Quadro 17 – Recursos oriundos da fonte 160 (2012).....	87
Quadro 18 – Recebimento de recursos financeiros (fontes 100/121/122/190) para custeio da SESAP (2012).	90
Quadro 19 – Municípios de Internamento fora da Região de Residência – 2011.....	120
Quadro 20 – Procedimentos Realizados no Hospital Maternidade Guiomar Fernandes – 2011.....	121
Quadro 21 – Dados de Variáveis de Insumo e Produto por Hospital – DEA – 2012.	131
Quadro 22 – Taxa de Ocupação da Clínica Pediátrica – Rede SESAP – 2012.	144
Quadro 23 – Taxa de Ocupação da UTI – Rede SESAP – 2012.	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte.	24
Figura 2 – Macas em sala de observação ortopédica e leitos de observação de pediatria.	32
Figura 3 – Acesso interno utilizado por utilitários e caminhões para logística do hospital e coleta de lixo.	59
Figura 4 – Obra embargada (setor de nutrição).	59
Figura 5 – Vista da reforma do pronto-socorro.	61
Figura 6 – Vista da reforma da cozinha.	61
Figura 7 – Vista da reforma e ampliação do HAM.	62
Figura 8 – Vista do prédio do necrotério e do abrigo dos cilindros de gás do HAM.	62
Figura 9 – Comprovante de entrega de Material/Medicamento.	73
Figura 10 – Formulário de troca de Material/Medicamento.	74
Figura 11 – Controle de estoque por fichas e planilhas de Excel (sistema precário).	78
Figura 12 – Sala de Informática do Hospital Ruy Pereira / Hospital de Caraúbas.	99
Figura 13 – Cabos de rede no Hospital Giselda Trigueiro.	100
Figura 14 – Sala do Servidor - Hospitais Tarcísio Maia e Rafael Fernandes.	100
Figura 15 – Estruturas dos Hospitais de Pau dos Ferros, Caicó e Acari.	100
Figura 16 – Painel da Resolutividade Hospitalar do RN – 2011.	115
Figura 17 – Painel da Resolutividade Hospitalar da I Região de Saúde – 2011.	117
Figura 18 – Painel da Resolutividade Hospitalar da II Região de Saúde – 2011.	117
Figura 19 – Painel da Resolutividade Hospitalar da III Região de Saúde – 2011.	118
Figura 20 – Painel da Resolutividade Hospitalar da IV Região de Saúde – 2011.	118
Figura 21 – Painel da Resolutividade Hospitalar da V Região de Saúde – 2011.	119
Figura 22 – Painel da Resolutividade Hospitalar da VI Região de Saúde – 2011.	119
Figura 23 – Painel da Resolutividade Hospitalar da VII Região de Saúde – 2011.	120
Figura 24 – Painel da Resolutividade Hospitalar da VIII Região de Saúde – 2011.	121
Figura 25 – Mapa de Internações do RN – 2011.	122
Figura 26 – Resolutividade hospitalar <i>versus</i> aproveitamento da capacidade instalada dos hospitais da Rede SESAP- 2011.	123

Figura 27 – Resolutividade hospitalar <i>versus</i> custo mensal de manutenção dos hospitais da Rede SESAP- 2011.....	124
Figura 28 – Resolutividade hospitalar <i>versus</i> Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica nos hospitais da Rede SESAP- 2011.....	127
Figura 29 – Estrutura do Complexo Regulador do RN.	152
Figura 30 – Estrutura do Complexo Regulador do RN.	152
Figura 31 – Formulários da UGV do Hospital Tarcísio Maia (Mossoró) e Arquivo da UGV do Hospital Deoclécio Marques (Parnamirim).....	153
Figura 32 – Organograma da SESAP.....	158
Figura 33 – Reconhecimento do Prêmio InovaSUS – 2011 ao Hospital Giselda Trigueiro.....	158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percepção do papel do hospital pelos diretores.....	29
Gráfico 2 – Percepção do perfil de atendimento dos hospitais pelos diretores.....	29
Gráfico 3 – Percepção das principais dificuldades dos hospitais pelos diretores.	30
Gráfico 4 – Previsão x realização de despesas de capital SESAP.	65
Gráfico 5 – Taxa de ocupação dos hospitais da Rede da SESAP – 2011.....	67
Gráfico 6 – Comparativo entre grupo de despesas SESAP x Média dos hospitais.....	85
Gráfico 7 – Evolução da despesa com pessoal na SESAP.	85
Gráfico 8 – Funções implantadas nas unidades hospitalares.....	108
Gráfico 9 – Melhorias alcançadas no atendimento.	108
Gráfico 10 – Avaliação do Sistema Salux pelos usuários.	109
Gráfico 11 – Problemas do Sistema Salux segundo avaliação dos usuários.	110
Gráfico 12 – Resultados da DEA no Modelo 1 orientado a insumo – 2012.....	133
Gráfico 13 – Resultados da DEA no Modelo 2 orientado a insumo – 2012.....	135
Gráfico 14 – Resultados da DEA no Modelo 3 orientado a insumo – 2012.....	139
Gráfico 15 – Índice de Giro de Leitos – Rede SESAP – 2012.	142
Gráfico 16 – Taxa de Ocupação – Rede SESAP – 2012.....	143
Gráfico 17 – Taxa de Ocupação por Especialidade – Hospital Walfredo Gurgel – 2012.	144
Gráfico 18 – Tempo Médio de Permanência – Rede SESAP – 2012.	146
Gráfico 19 – Pessoal por leito – Rede SESAP – 2012.	147
Gráfico 20 – Número de Pacientes Cirúrgicos por Sala de Cirurgia (Produtividade Cirúrgica) – Rede SESAP – 2012.	147
Gráfico 21 – Número de Pacientes Cirúrgicos por Sala de Cirurgia por Dia Útil (Produtividade Cirúrgica) – Rede SESAP – 2012.....	148
Gráfico 22 – Situação dos hospitais da Rede SESAP quanto a regimento interno e estrutura organizacional.....	156
Gráfico 23 – Situação dos hospitais da Rede SESAP quanto a existência de comissões, núcleos e grupos de trabalho.....	156
Gráfico 24 – Situação das Metas Qualitativas dos Planos Operativos – Rede SESAP – 2011.	161

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Antecedentes	12
1.2 Identificação do objeto da auditoria.....	12
1.3 Objetivos e escopo da auditoria	13
1.4 Métodos utilizados	14
1.5 Organização do Relatório.....	14
2 VISÃO GERAL	15
2.1 A assistência hospitalar a cargo da administração estadual	15
2.2 Aspectos orçamentários	19
3 ADEQUAÇÃO DO PERFIL DE ATENDIMENTO DOS HOSPITAIS ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	21
3.1 Ausência de Planos de Saúde, estudos e diagnósticos regionais atualizados sobre o perfil epidemiológico considerando a área geográfica de atuação dos hospitais e sobre a distribuição racional dos hospitais por região	22
3.2 Perfil de atendimento e papel dos hospitais carente de definição e não coerente com o atendimento e padrões estabelecidos pelas normas.....	28
4 ESTRUTURA, RECURSOS E CAPACIDADE RESOLUTIVA DOS HOSPITAIS	36
4.1 Força de Trabalho	36
4.1.1 Deficiência no quadro de pessoal dos hospitais da rede da SESAP.....	36
4.1.2 Existência de servidores municipalizados, ou cedidos aos municípios, lotados na SESAP sem aproveitamento nos hospitais.....	44
4.1.3 Existência de servidores na área de transferência	46
4.1.4 Elevado valor com uso indevido e indiscriminado em plantões eventuais na rede hospitalar da SESAP	47
4.1.5 Discrepância entre as escalas de plantões divulgadas pela SESAP e efetivamente executadas nos hospitais	49
4.1.6 Deficiência no controle de frequência dos servidores dos hospitais	51
4.1.7 Prática antieconômica na contratação de serviços com cooperativas médicas	52
4.2 Instalações e Equipamentos	55
4.2.1 Instalações físicas e equipamentos dos hospitais inadequados ou precários.....	56
4.2.2 Baixa capacidade de investimento da SESAP e da execução das obras necessárias aos hospitais.....	64
4.2.3 Instalações físicas com baixa capacidade instalada ou com pouco aproveitamento	66
4.2.4 Parque tecnológico desatualizado e equipamentos sem controle de utilização.....	69
4.3 Medicamentos e materiais médico-hospitalares.....	71
4.3.1 Fragilidades no abastecimento dos hospitais da rede da SESAP com medicamentos e matérias médico-hospitalares	73
4.3.2 Fragilidades no processo de seleção de medicamentos.....	76

4.3.3 Inadequação do controle de estoque dos medicamentos e materiais médico-hospitalares.....	77
4.4 Recursos financeiros	80
4.4.1 Deficiência na fase de planejamento da proposta orçamentária da SESAP	80
4.4.2 Alto nível de despesas com pessoal	84
4.4.3 Baixo aproveitamento de recursos de fontes externas	87
4.4.4 Repasse financeiro insuficiente para o cumprimento das obrigações da SESAP com reflexo nos hospitais	88
4.5 Tecnologia da Informação	91
4.5.1 Localização inadequada da área de TI na estrutura organizacional da SESAP.....	93
4.5.2 Ausência de um Plano Estratégico para TI (PDTI – Plano Diretor de Informática).....	94
4.5.3 Ausência de Processos, Políticas e Relacionamentos na área de TI para toda a rede SESAP	96
4.5.4 Quantidade de recursos humanos especializados em TI insuficientes para o atendimento das demandas	97
4.5.5 Infraestrutura Precária de TI nas unidades hospitalares	99
4.5.6 Deficiências no funcionamento do sistema de gestão hospitalar	103
4.5.7 Soluções de TI insuficientes para a implantação do complexo regulatório	111
4.6 Resolutividade.....	113
4.6.1 Índices baixos e críticos de resolutividade hospitalar (internações) em algumas regiões de saúde ...	114
4.6.2 Alguns hospitais apresentam produção ambulatorial na atenção primária e atendem a um alto índice de Casos Sensíveis a Atenção Básica	125
4.7 Análise de eficiência.....	128
4.7.1 Índices de ineficiência entre os hospitais	128
4.7.2 Resultados insatisfatórios para indicadores de desempenho dos hospitais	141
5 SISTEMA DE REGULAÇÃO	150
5.1 Fragilidades na Regulação do Acesso à Assistência.....	150
6 PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL	155
6.1 Carência de processos, estruturas e documentos organizacionais adequados e atualizados	155
6.2 Ausência ou precariedade de instrumentos de planejamento institucional	157
6.3 Inexistência de sistemática de monitoramento e avaliação de metas e desempenho	160
7 ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR.....	162
8 CONCLUSÃO.....	163
9 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	164
REFERÊNCIAS.....	176
APÊNDICE A	180

1 INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes

1. A Procuradoria Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas sensível a problemática instalada na assistência prestada pelas unidades integrantes da rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), objeto de recorrentes denúncias na mídia e de órgãos de controle a exemplo do Ministério Público Estadual, formulou pedido em plenário de auditoria operacional nas unidades hospitalares pertencentes àquela SESAP.

2. Embasou o pedido do Ministério Público de Contas uma avaliação da situação dos hospitais regionais do RN encaminhada àquela esfera ministerial por Ofício nº 0024/2012 da 47ª Promotoria de Justiça de Natal (fl. 05), na qual sugere a existência de uma “grande disparidade entre os recursos gastos na manutenção e a efetividade de ações de saúde realizadas, além de uma distribuição geográfica desigual e oferta de serviços de baixa complexidade, que deveriam estar sendo prestadas no âmbito da atenção básica”.

3. Nesse diapasão, ante um quadro caótico de funcionamento do serviço de saúde pública prestado no âmbito dos hospitais integrantes da rede da SESAP e do considerável volume de recursos despendidos na sua manutenção, ponderou o *parquet* especial sobre a necessidade de verificação do respectivo custo-benefício.

4. Acolhendo o pedido formulado pelo Ministério Público que atua junto ao Tribunal em Sessão Plenária, a Decisão nº 638/2012-TC (fl. 89) julgou pela realização de uma auditoria operacional nas unidades hospitalares integrantes da rede estadual da saúde pública, para, por esta via, obter-se um diagnóstico técnico conclusivo acerca do grau de eficiência e utilidade dos gastos estatais atualmente direcionados ao seu custeio.

1.2 Identificação do objeto da auditoria

5. A presente auditoria tem como objeto uma avaliação dos hospitais integrantes da rede pública sob a responsabilidade da SESAP-RN, considerando o aspecto da eficiência e utilidade dos gastos estatais despendidos no custeio dessas unidades.

1.3 Objetivos e escopo da auditoria

6. Os estudos realizados pelo Ministério Público Estadual que antecederam os trabalhos de auditoria apontavam indícios de ineficiência na atuação dos hospitais estaduais, que, por sua vez, indicaram necessidade de levantamentos e estudos mais detalhados na fase de planejamento da auditoria no sentido de identificar os principais problemas a serem investigados com a conseqüente formulação das questões a serem tratadas na presente auditoria.

7. De fato, a situação de funcionamento dos hospitais apontou problemas de vários tipos, coincidindo, durante a auditoria, com uma crise de abastecimento pela qual passavam, chegando a um ponto crítico de decretação, por parte do Chefe do Executivo, de estado de calamidade pública no setor hospitalar e nas unidades do serviço de saúde do Estado do Rio Grande do Norte.

8. Tendo em vista o contexto da atuação de cada hospital e dos problemas verificados no seu funcionamento de modo geral, chegou-se a formulação da questão que traduz a síntese do objetivo da presente auditoria:

QUESTÃO: Em que medida os gastos públicos com os hospitais integrantes da rede da SESAP tem sido realizados com eficiência no atendimento a Atenção à Saúde, com ênfase na Rede de Urgência e Emergência e na Regionalização?

9. Como objetivos específicos o trabalho pretende analisar a situação atual dos hospitais, segundo os aspectos abordados nas seguintes questões:

QUESTÃO 1: Os perfis de atendimento dos hospitais estão condizentes com as necessidades e demandas epidemiológicas da região, da rede de atenção à saúde e do plano diretor de regionalização?

QUESTÃO 2: Em que medida os hospitais estão estruturados para cumprir com suas finalidades, têm utilizado racionalmente os recursos que lhes são destinados e têm contribuído para a resolutividade dos problemas de saúde da população?

QUESTÃO 3: Como o Sistema de Regulação funciona e em que medida contribui para que haja um equilíbrio entre as demandas e ofertas dos serviços de saúde da rede hospitalar da SESAP, de forma racional, econômica e dentro de padrões técnicos normalmente aceitos?

QUESTÃO 4: Até que ponto as ações planejadas pela SESAP voltadas aos hospitais e, pelos próprios hospitais, estão sendo avaliadas, monitoradas e orientadas com base em indicadores e metas que possibilitem verificar o alcance dos objetivos propostos?

1.4 Métodos utilizados

10. A auditoria utilizou na investigação, análise, coleta e tratamento dos dados para as avaliações do problema da atuação dos hospitais da rede da SESAP, técnicas de diagnóstico e auditoria como Análise SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças), Diagrama de Ishikawa, entrevistas, pesquisa documental, visitas, aplicação de questionários, revisão analítica, Análise de *Benchmarking* e Análise Envoltória de Dados – DEA (*Data Envelopment Analysis*).

11. Para validação dos achados foram realizadas reuniões com Membros e Assessores do Ministério Público Junto ao Tribunal de Contas, Ministério Público Estadual e do Gabinete do Conselheiro Relator.

12. As amostras quando aplicadas não sofreram tratamento estatístico, podendo ser considerada uma limitação na análise.

1.5 Organização do Relatório

13. O presente relatório é composto de nove capítulos, sendo o primeiro relativo à Introdução ao assunto, contendo: antecedentes, objeto, objetivos, escopo, métodos e organização do relatório. No segundo capítulo abordou-se a Visão Geral do objeto auditado, procurando situar a Assistência Hospitalar a cargo da Administração Estadual no contexto da Saúde Pública do Estado, inserindo conceitos e aspectos orçamentários. O terceiro capítulo, que abre a sequência de capítulos que dizem respeito aos principais achados relativos a cada questão de auditoria, trata do Perfil de Atendimento dos Hospitais com investigação do papel dos hospitais e análise desse perfil ante a atual necessidade de saúde, bem como a existência de estudos e situação desses hospitais nas redes de atenção a saúde, em especial à Rede de

Atenção às Urgências (RAU). O quarto capítulo faz uma análise da condição estrutural dos Hospitais da Rede da SESAP, investigando aspectos dos principais recursos que neles são empregados: força de trabalho, instalações e equipamentos, medicamentos e materiais médico-hospitalares, estrutura de tecnologia da informação (TI). Esse capítulo também aborda estudo sobre a Resolutividade da rede hospitalar e Análise de Eficiência dos hospitais da Rede SESAP aplicando a técnica *Data Envelopment Analysis* (DEA) e a Análise de *Benchmarking*. No quinto capítulo é feita breve abordagem sobre a situação atual do Sistema de Regulação dos serviços de saúde no âmbito do SUS no Estado. O sexto capítulo trata sobre aspectos de Planejamento Institucional visando avaliar tal função no âmbito dos hospitais da SESAP. O sétimo capítulo é reservado à Análise dos Comentários do Gestor, no caso, o titular da pasta da SESAP. O capítulo oitavo apresenta a Conclusão da auditoria. Finalmente, no capítulo nono é apresentada uma Proposta de Encaminhamento com a consolidação das recomendações aos gestores envolvidos nas questões abordadas.

2 VISÃO GERAL

2.1 A assistência hospitalar a cargo da administração estadual

14. Os hospitais são instituições complexas, com alta densidade tecnológica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, vinculados a uma população de referência com base territorial, responsáveis pela assistência aos usuários de perfil agudo ou crônico, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo assistência contínua em regime de internação, por meio de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

15. A Lei Complementar nº 31 de 24 de novembro de 1982 que institui o Código Estadual de Saúde, estabelece que:

Art. 14. A assistência médica a cargo do Estado, em níveis de maior complexidade, será prestada em Unidades Mistas, Hospitais Regionais, Especializados e Locais, de sua rede própria, ou através de convênios e contratos com órgãos do Governo Federal e Municipal, ou entidades privadas sem fins lucrativos.

16. Vislumbra-se à época da lei uma formatação da assistência médica de maior complexidade a cargo do Estado por intermédio de Unidades Mistas e Hospitais Regionais, Especializados e Locais.

17. Com o advento da Constituição Federal de 1988 consagrando a saúde como direito de todos e dever do Estado e a formulação de ações e serviços públicos de saúde em um Sistema Único de Saúde (SUS), foram estabelecidos os princípios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção, além da concepção de rede de atenção regionalizada e hierarquizada.

18. Para cumprir com as funções assistenciais em saúde na esfera do SUS, o Governo do Estado tem mantido e ampliado o quadro de hospitais da sua rede, contando atualmente com 22 (vinte e dois) hospitais sob sua administração¹, conforme Quadro 1.

19. Segundo a atual classificação dos estabelecimentos de saúde pelo Ministério da Saúde (MS) os hospitais são classificados em hospital geral e hospital especializado. O hospital geral é aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) de média complexidade. Podendo ter ou não Serviços Integrados de Patologia e Citologia (SIPAC). Hospital especializado é aquele destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.

20. Por sua vez a atual regulamentação do MS que trata das urgências e emergências adota como classificação para as unidades hospitalares em Unidades Gerais e Unidades de Referência.

21. As Unidades Gerais são classificadas como Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I e Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II.

22. As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

¹ Existe ainda uma unidade de pronto socorro mantida pela SESAP (Hospital Dr. Mariano Coelho) que funciona em uma unidade hospitalar privada no município de Currais Novos (Hospital Padre João Maria e Maternidade Ananília Regina). Por não ter administração estadual deixou de ser considerado na auditoria.

Quadro 1 – Unidades hospitalares vinculadas à SESAP.

HOSPITAL	PERFIL	LEITOS TOTAIS	COMPLEXIDADE	LOCAL
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Geral e Trauma	329	Média e Alta	Natal
Hospital Maria Alice Fernandes	Pediátrico	94	Média e Alta	Natal
Hospital Giselda Trigueiro	Geral e Infecto	125	Média e Alta	Natal
Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina)	Geral e Obstétrico	195	Média e Alta	Natal
Hospital Dr. João Machado	Psiquiátrico	168	Média	Natal
Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos	Geral	101		Natal
Hospital Nelson Inácio dos Santos	Geral	64	Média	Assú
Hospital Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia	Geral e Trauma	108	Média e Alta	Mossoró
Hospital Rafael Fernandes	Geral e Infecto	40	Média	Mossoró
Hospital Dr. Odilon Guedes	Geral e Obstetrícia	32	Média	Acari
Hospital Regional de Angicos	Geral e Obstetrícia	28	Média	Angicos
Hospital Cleodon Carlos de Andrade	Geral e Obstetrícia	61	Média e Alta	Pau dos Ferros
Hospital Monsenhor Antônio Barros	Geral	40	Média	São José do Mipibú
Hospital Regional do Seridó	Geral e Psiquiátrico	88	Média e Alta	Caicó
Hospital Deoclécio Marques de Lucena	Geral	76	Média e Alta	Parnamirim
Hospital Alfredo Mesquita	Geral e Obstetrícia	40	Média	Macaíba
Hospital Lindolfo Gomes Vidal	Geral e Obstetrícia	51	Média	Santo Antônio
Hospital Getúlio Oliveira Sales	Geral e Obstetrícia	60	Média	Canguaretama
Hospital Hélio Morais Marinho	Geral	61	Média	Apodi
Hospital Regional de São Paulo do Potengi	Geral e Obstetrícia	40	Média	São Paulo do Potengi
Hospital Dr. Aguinaldo Pereira da Silva	Geral e Obstetrícia	30	Média	Caraúbas
Hospital Regional de João Câmara	Geral e Obstetrícia	40	Média	João Câmara

Fonte: Equipe de Auditoria. SESAP/SCNES/MS.

23. As Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2).

24. As Unidades de Referência correspondem, respectivamente, aos Hospitais Tipo I, II e III definidos segundo os critérios de classificação estabelecidos pela Portaria GM/MS nº

479, de 15 de abril de 1999, que cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

25. As Unidades de Referência de Tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia.

26. As Unidades de Referência de Tipo II são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

27. As Unidades de Referência de Tipo III são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

28. Por sua vez a Portaria 2.395, de 11 de outubro de 2011, que Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde, classifica as portas de entrada hospitalares em Hospital Especializado Tipo II, Hospital Especializado Tipo I e Hospital Geral.

29. Deve-se ressaltar que durante a auditoria encontrava-se em consulta pública a publicação da nova Política Nacional de Atenção Hospitalar, na qual adota como classificação para os hospitais, segundo o perfil assistencial:

I - Hospital Geral: destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral), obrigatoriamente nas áreas de clínica médica e clínica cirúrgica, dispondo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros; II - Hospital Especializado: destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma ou mais especialidades, excetuando-se clínica médica e cirurgia geral, dispondo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros;

§ 1º Hospital-dia: estabelecimento autônomo ou um serviço inserido em um hospital geral ou especializado, com limite mínimo de 05 (cinco) leitos, destinado ao atendimento de curta duração, de caráter intermediário entre a atenção ambulatorial e a internação, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período inferior a 24 horas.

§ 2º O hospital especializado em psiquiatria pode ser acionado para o cuidado das pessoas com sofrimento mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo ser priorizada a expansão e qualificação dos demais pontos de atenção da RAPS para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

2.2 Aspectos orçamentários

30. Os hospitais públicos destinados ao atendimento de média e alta complexidade dos serviços de saúde são grandes geradores de despesas que devem estar contempladas nas peças de planejamento e orçamento de governo.

31. Dentre os recursos alocados através do Orçamento Anual, destinados a Rede Estadual de Saúde, incluindo os Hospitais, destacam-se os recursos oriundos da fonte 100 (recursos ordinários) e os da fonte 160 (blocos de financiamento), cuja evolução dos valores nos últimos três anos e respectivos percentuais podem ser visualizados conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Valores anuais por fonte, previstos em orçamento inicial.

ANO	Previsão Orçamentária	Fonte 100	% da Fonte 100 no orçamento	Fonte 160	% da Fonte 160 no orçamento
2010	1.072.336.000,00	683.696.000,00	63,76%	279.600.000,00	26,07%
2011	1.254.027.000,00	745.807.000,00	59,47%	320.000.000,00	25,52%
2012	1.328.673.000,00	923.653.000,00	69,52%	280.000.000,00	21,07%

Fonte: LOA 2010, 2011 e 2012.

32. Portanto, essas duas fontes juntas representaram em 2012 90,59% do total do orçamento da SESAP.

33. No Plano Plurianual (PPA) 2008/2011 destaca-se como importante programa que prevê ações relacionadas aos hospitais estaduais o de nº 2404 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E MELHORIA DA GESTÃO DE SAÚDE no valor de R\$ 161.554.000,00 (cento e sessenta e um milhões quinhentos e cinquenta e quatro mil reais).

34. O programa está inserido no macro objetivo 01 - MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA E PROMOVER A INCLUSÃO SOCIAL e apresentou como objetivo gerenciar e coordenar as atividades hospitalares e de referência, objetivando uma melhor qualidade na assistência oferecida à população, e como justificativa a necessidade de adequar, manter e reaparelhar as unidades hospitalares e de referência, oferecendo uma melhor qualidade de vida à população. Como principais ações relacionadas com a atuação dos hospitais nesse programa, destacam-se as detalhadas no Quadro 3.

35. O PPA 2008/2011 traz ainda o programa 2406 – Readequação da rede física e tecnológica da saúde no valor total de R\$ 83.895.000,00 (oitenta e três milhões oitocentos e noventa e cinco mil reais), com o objetivo de melhorar o nível de resolutividade dos serviços

de saúde a partir de um investimento físico e tecnológico, contemplando, entre outras, ações que se relacionam com os hospitais (Quadro 4).

Quadro 3 – Ações do Programa nº 2404 (PPA 2008/2011).

Ações	Abrangência espacial	Produto	Unidade de medida	Quantidade
10179	Organização das Redes Regionais de Saúde Ambulatorial e Hospitalar	Rede modernizada	Unidade	52
10181	Organização e Implementação do Complexo Estadual de Regulação	Unidade de regulação modernizada	Unidade	9
10183	Implantação e Implementação de Política de Humanização e Qualificação dos Hospitais e Unidades de Referência	Município atendido	Município	167
10184	Implantação e Implementação do Programa de Internação Domiciliar	Município atendido	Município	8

Fonte: PPA 2008/2011.

Quadro 4 – Ações do Programa nº 2406 (PPA 2008/2011).

Ações	Abrangência espacial	Produto	Unidade de medida	Quantidade
11020	Ampliação e Modernização das Unidades Hospitalares e Ambulatoriais de Referência	Unidade ampliada e modernizada	Unidade	54
14990	Modernização e Adequação de Unidades de Urgência e Emergência	Modernização e Adequação de Unidades de Urgência e Emergência	Unidade	48

Fonte: PPA 2008/2011.

36. O referido programa teve continuidade no PPA 2012-2015, que apresentou um valor de R\$ 93.956.860,00 (noventa e três milhões novecentos e cinquenta e seis mil oitocentos e sessenta reais), prevendo apenas duas ações, sendo uma delas a Ação 11020 - Construção, Reforma, Ampliação e Aparentamento de Unidades Hospitalares de Referência, cujo produto é unidade construída, ampliada e modernizada, sendo prevista a intervenção em 32 unidades.

3 ADEQUAÇÃO DO PERFIL DE ATENDIMENTO DOS HOSPITAIS ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

37. O sistema de saúde no Brasil vem passando nos últimos tempos por reformas estruturais, conforme políticas sociais e princípios adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

38. O SUS adotou como estratégia para a promoção da saúde uma estruturação em redes de assistência à saúde, visando uma ação que promova a integralidade, universalidade, humanização e regionalização da atenção.

39. Os hospitais integram as redes de atenção à saúde seguindo aos preceitos do SUS, de modo a cumprirem com sua missão segundo a organização dessas redes. Basicamente os níveis de atenção nas redes são classificados em primário, secundário e terciário, devendo os hospitais, a priori, atuar no nível secundário e terciário.

40. No nível primário estariam as ações de saúde contempladas pela atenção básica, esta com grande maioria das ações de responsabilidade dos municípios, sobretudo apoiada na Estratégia de Saúde da Família, preconizada como porta de entrada do SUS.

41. Em nível secundário e terciário encontra-se a atenção aos agravos de média e alta complexidade, onde devem atuar os hospitais, seja nos procedimentos referenciados ou eletivos, seja nos procedimentos de demanda espontânea em portas hospitalares.

42. Para uma melhor organização dos serviços de saúde, as normas do Ministério da Saúde orientam a elaboração dos planos e das redes de atenção.

43. Em âmbito estadual, os planos contemplam o Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e as Programações Pactuadas Integradas (PPI), além de outros destinados a programas específicos da área da saúde.

44. Com relação às redes de atenção, seguindo a política nacional, no âmbito estadual atualmente estão sendo implantada a Rede de Atenção às Urgências e Emergência (RAU), Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências.

45. Tendo em vista a forma de organização das redes de assistência do SUS trazer mudanças relativamente recentes e estarem tais redes em fase de implantação, os hospitais integrantes dessas redes no âmbito estadual ainda carecem de adequações e definição sobre o perfil de atendimento dentro do novo modelo.

46. De qualquer modo, apesar de um momento de transição e da ausência dos principais planos atualizados, os hospitais continuam a funcionar dentro de um perfil de atendimento respaldado na sua atuação tradicional e nos Termos de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), instrumento de pactuação substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) com a edição do Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011.

47. Nesse contexto, buscou-se avaliar neste capítulo o perfil de atendimento dos hospitais da rede estadual, através da análise de pontos críticos identificados na fase de planejamento da auditoria: identificação do perfil epidemiológico populacional de cada região de saúde; se os serviços prestados pelos hospitais da rede estão alinhados à sua atuação e ao perfil epidemiológico de cada região; se a distribuição espacial dos hospitais está de acordo com o PDR/Mapa de saúde e os parâmetros de atendimento do SUS.

3.1 Ausência de Planos de Saúde, estudos e diagnósticos regionais atualizados sobre o perfil epidemiológico considerando a área geográfica de atuação dos hospitais e sobre a distribuição racional dos hospitais por região

48. O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080, estabelece que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expressará no seu conteúdo o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas. Estabelece ainda a utilização do Mapa de Saúde na identificação das necessidades de saúde locais e regionais, e estas, como uma das disposições essenciais do Contrato Organizativo da Ação de Saúde pública (COAP). Segundo a NOAS - SUS 01/02, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) deve ser elaborado como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

49. Uma vez que os serviços de atenção hospitalar deverão atender as necessidades de tratamentos de saúde de média e alta complexidade da população conforme os planos de saúde e regionalização para as redes de atenção à saúde as quais estão ligados, torna-se essencial para o planejamento das suas ações e melhor definição do seu perfil de atendimento, assim como da elaboração do COAP, a identificação das necessidades de saúde locais e regionais, segundo as orientações constantes nos normativos do SUS, com a elaboração dos

instrumentos de planejamento, dentre os quais os planos de saúde e de regionalização, bem como o Mapa de Saúde.

50. Além disso, os hospitais se constituem em um dos requisitos para a constituição de região de saúde, pois, segundo a lei, um dos serviços necessários para sua instituição é a atenção especializada hospitalar, servindo tanto de porta de entrada aos serviços de atenção de urgência e emergência, como também como referência às demais portas de entrada das Redes de Atenção à Saúde.

51. No intuito de constatar a existência de estudos e diagnósticos sobre as necessidades de saúde locais e regionais, de modo a conhecer se os hospitais estão adequados ao atendimento à população das regiões onde estão situados, foram feitas requisições de informações à SESAP, contudo tais informações não foram completamente atendidas, o que induz a considerar a necessidade da realização de estudos e diagnósticos atualizados que possam oferecer dados das reais necessidades de saúde locais e regionais. Essa constatação foi corroborada em entrevistas com gestores.

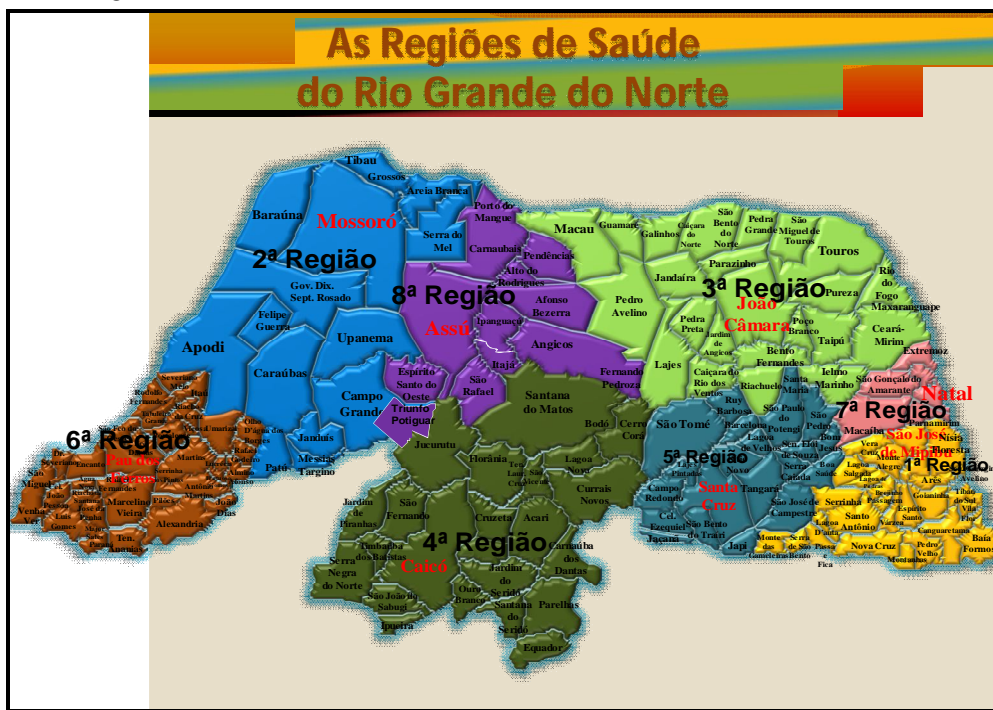
52. Com relação aos Planos e Mapa de Saúde, verificou-se que o último Plano Estadual de Saúde elaborado foi relativo ao biênio 2010/2011 e o último Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado foi o de 2004, enquanto que o Mapa de Saúde Estadual ainda não foi elaborado.

53. Deve-se ressaltar que a Deliberação N° 513/09-CIB/RN (fls 1383) aprovou em 2009 a readequação do desenho de regionalização do Estado com alterações nas 3ª e 8ª regiões de saúde (os municípios de Lajes e Pedro Avelino passaram da 8ª região com sede em Assú para a 8ª região com sede em João Câmara), mantendo a configuração de 8 (oito) regiões de saúde existentes (Figura 1), fato que reforça a necessidade de atualização do PDR.

54. Importa ressaltar que a nova Política Nacional de Atenção Hospitalar em aprovação assinala que as responsabilidades, a configuração da missão e do perfil assistencial dos hospitais serão definidos conforme as necessidades locais e regionais de saúde estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos Planos de Ação Regional – PAR das Redes Temáticas.

55. Além disso, como será tratado adiante na análise de eficiência e de resolutividade, é sabido que os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência e que há evidências robustas de relações entre escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias.

Figura 1 – Regiões de Saúde do Rio Grande do Norte.



Fonte: CPCS/SESAP.

56. Ainda sobre a questão da eficiência e dos arranjos dos serviços de saúde Mendes (2007, p. 12) enfatiza:

Os serviços de saúde, como outras formas de produção, podem ser implementados em configurações mais concentradas ou mais dispersas, ou em arranjos híbridos que combinem elementos de concentração e dispersão. Os serviços que devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economias de escala – menores custos unitários em unidades maiores –, como os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de economias de escopo – menores custos unitários quando se ofertam numa mesma unidade uma variedade de serviços –, como os serviços hospitalares. Esses serviços são aqueles que ofertam intervenções que são altamente especializadas e custosas e que requerem equipes de profissionais com habilidades distintas e com menor oferta no mercado.

57. Deve-se registrar a formulação por parte da SESAP do Plano de Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN em 2012, que apresentou um estudo sobre o perfil epidemiológico regionalizado e voltado para a estruturação dessa rede. O plano reconhece, com relação aos serviços de urgência, a existência de vários entraves operacionais que “impediram a sua organização sistêmica e articulada no âmbito estadual, refletindo um desempenho insatisfatório e a baixa capacidade de resposta dos demais serviços do SUS aos problemas de saúde da população”. Por outro lado considera que:

(...) a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e a instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS, com previsão expressa acerca do Componente Hospitalar, estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.600/2011, seguidas pelas publicações das Portarias GM/MS nº 2.026/2011, nº 2.029/2011, nº 2.301/2011, nº 2.338/2011, nº 2.395/2011 e nº 2.648/2011, revitalizaram o delineamento de uma série de propostas, diretrizes técnicas, linhas de ação e de financiamento para o setor, possibilitando a elaboração de Planos Municipais e Regionais de Atenção às Urgências no estado.

58. Apesar dos estudos e diagnósticos constantes no Plano de Estruturação da RAU no RN, outros ainda são necessários para a estruturação das outras redes, definição do perfil de atendimento e atuação dos hospitais, ou até da viabilidade do funcionamento de unidades hospitalares, considerando entre outros o aspecto de distribuição geográfica.

59. Importa observar a existência de um processo para licitação na modalidade de Parceria Público-Privada (PPP) para construção de um novo hospital de trauma em Natal com proposta em atendimento em traumatologia adulta e infantil, ortopedia, neurologia clínica e neurocirurgia intervencionista e as doenças cardiovasculares, com exceção das patologias crônicas.

60. A previsão é que esse hospital venha a compor a Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana de Natal, reduzindo a sobrecarga atual do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, com uma previsão, ao final de sua construção, de contar com 282 leitos.

61. Contudo, esta previsão não consta do Plano de Estruturação das Redes de Atenção às Urgências do Rio Grande do Norte, ao tempo em que na elaboração do referido plano ainda não havia essa definição.

62. Com a realização da licitação e a possibilidade da construção desse novo hospital de referência, necessária se torna a revisão do plano para a definição da montagem da Rede de Atenção às Urgências no Estado, inclusive, de modo abrangente no território estadual, não apenas na região metropolitana de Natal.

63. Quando se avalia a disposição geográfica dos hospitais da rede da SESAP, verifica-se uma maior concentração na região metropolitana de Natal, o que estaria favorável ao atendimento de um maior contingente populacional e aos aspectos de economia de escala.

64. Contudo, em algumas regiões, verificam-se hospitais de pequeno e médio porte relativamente próximos que podem não trazer ganhos em economia de escala ou de resolutividade considerando a região de saúde no qual estão inseridos e facilidade de acesso, conforme ilustra o Quadro 5.

Quadro 5 – Distância entre municípios onde se localizam HR de uma mesma Região de Saúde.

Hospitais	Municípios	Distância (Km)	Região de saúde
Odilon Guedes e Padre João Maria	Acari e Currais Novos	27	4 ^a
Hélio Moraes Marinho e Dr. Aguinaldo Pereira da Silva	Apodi e Caraúbas	32	2 ^a
Hospital Regional de Angicos e Hospital e Hospital Nelson Inácio dos Santos	Angicos e Assú	40	8 ^a
Monsenhor Antônio Barros e Getúlio Oliveira Sales	São José de Mipibu e Canguaretama	37	1 ^a

Fonte: Equipe de Auditoria. *Google Maps*.

65. Dessa forma, há que se realizarem estudos considerando na montagem das redes de atenção a disposição geográfica dos estabelecimentos de saúde, sobretudo os hospitais, de modo que possam contemplar a questão do acesso e da economia de escala da melhor forma possível.

66. Atribui-se como uma das causas para a ausência de estudos e diagnósticos sobre o perfil epidemiológico das regiões, da não atualização do Plano Estadual de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização e não elaboração do Mapa de Saúde do Estado, o fato da SESAP não estar devidamente estruturada para a elaboração sistemática dos planos com a realização dos levantamentos e diagnósticos que lhes são necessários. Nas entrevistas e visitas foi verificado que as Coordenadorias daquela SESAP apresentam deficiência de recursos humanos para desenvolver todas as atividades de sua responsabilidade.

67. Além disso, percebeu-se que, a administração daquela pasta a nível central tem assumido indevidamente atividades assistenciais que se confundem com o papel dos municípios, da regulação e dos hospitais, causando, além do desvirtuamento das suas funções, utilização inadequada com sobrecarga da mão-de-obra comprometendo as atividades de sua competência.

68. A falta ou deficiência de estudos e diagnósticos e a consequente elaboração de planos e planejamento das atividades considerando o perfil epidemiológico da região traz prejuízo à elaboração do COAP e das redes de atenção à saúde e, tudo isso dificulta uma melhor definição do perfil de atendimento dos hospitais.

69. Dessa forma, verifica-se de grande importância a elaboração dos estudos, diagnósticos do perfil epidemiológico das regiões, Mapa de Saúde do Estado e atualização dos planos de saúde (Estado e Municípios) e de regionalização com a aplicação dos princípios de economia de escala, qualidade e acesso, assim como a montagem das redes de atenção a

saúde e a formalização do COAP, instrumentos previstos nos normativos do MS, condição essencial para a definição do perfil de atendimento e planejamento das atividades dos hospitais.

70. Sobre esse tópico, ao comentar o Relatório Preliminar, o gestor apresentou as considerações constantes do Memorando 080/CPCS, item 1 (fl. 1536), com destaque para a atualização dos planos estruturantes da área de saúde com a aprovação do Plano Estadual pelo Conselho Estadual de Saúde, com vistas à homologação e publicização (Resolução 176/2013), da consolidação do processo de regionalização da saúde em 8 regiões, conforme Deliberação Bipartite/RN nº 909, de 28 de junho de 2013 e da realização de capacitações em conjunto com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RN (COSEMS RN), iniciadas em julho/2013, para a elaboração dos planos municipais de saúde.

71. Desse modo, tendo em vista a alteração da situação encontrada posta no relatório ante a situação atual, como medidas a serem adotadas, recomenda-se à SESAP:

- dar publicidade ao recém-aprovado Plano Estadual de Saúde, vigência 2012/2015, e à nova versão do Plano Diretor de Regionalização (com alterações definidas na Deliberação Bipartite/RN nº 909, de 28 de junho de 2013), além de concluir a validação do Mapa de Saúde que se encontra em fase de revisão, devendo estruturar adequadamente a área de planejamento para manter tais instrumentos atualizados de modo que reflitam as necessidades de saúde da população e orientem a atuação dos hospitais.
- elaborar e executar estratégia de monitoramento do Plano Estadual de Saúde 2012/2015 e acompanhar a elaboração dos Planos Municipais de Saúde.
- desenvolver ações junto aos municípios de modo a que assumam as funções assistenciais, sobretudo na atenção básica e seu papel na regulação dos serviços de saúde afetos à sua população, evitando que a SESAP desempenhe essas funções.

72. Espera-se que com a implantação, articulação e monitoramento das ações constantes do recém-aprovado Plano Estadual de Saúde, com a validação do Mapa de Saúde e a construção dos planos municipais de saúde, se desenvolva uma melhor definição da atuação dos hospitais e do planejamento dos recursos necessários com vistas à eficiência na sua utilização e alcance das metas estabelecidas.

3.2 Perfil de atendimento e papel dos hospitais carente de definição e não coerente com o atendimento e padrões estabelecidos pelas normas

73. A Secretaria de Saúde Pública do Estado (SESAP) disponibiliza em seu *site* informações sobre os hospitais de sua gestão nas quais podemos extrair a missão e os principais serviços oferecidos nesses nosocômios. Além disso, os hospitais são cadastrados no Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES), constando nesse cadastro a sua classificação, conforme nomenclatura adotada pelo MS.

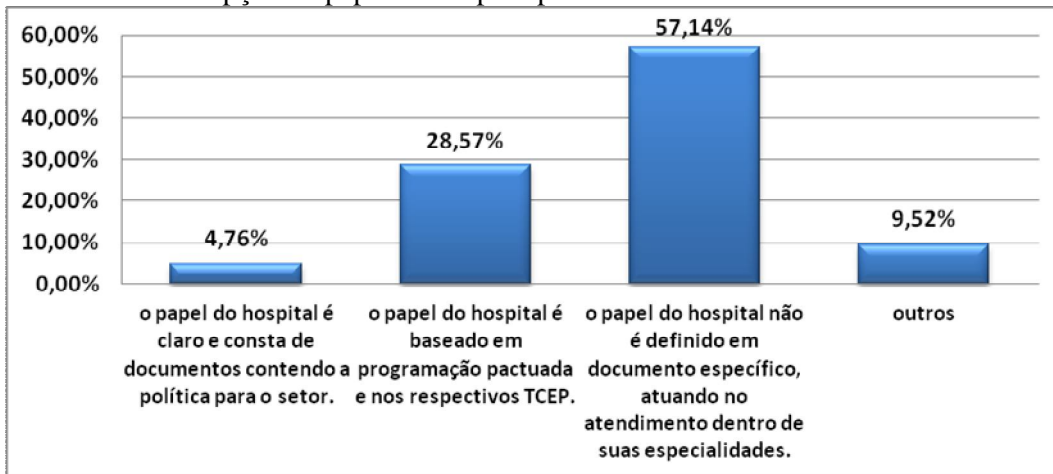
74. A maioria dos hospitais da rede da SESAP está classificada no CNES como hospital geral, conforme Quadro I, devendo para isso, prestar assistência à saúde na modalidade de internação nas quatro clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral), obrigatoriamente nas áreas de clínica médica e clínica cirúrgica, dispondo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/Emergência.

75. Com o intuito de verificar se os serviços prestados pelos hospitais estão alinhados ao seu perfil de atuação e ao perfil Epidemiológico de cada região, e se atendem as políticas de Urgência e Emergência e às Redes de Atenção à Saúde foram aplicados questionários e solicitadas informações à SESAP, além de entrevistas e visitas efetuadas a esses estabelecimentos.

76. Em Ofício nº 1.781/2012/GS-SESAP (fls. 1.172/1.174) em atenção às solicitações de informações requisitadas pela equipe de auditoria, aquele órgão alegou como principais problemas apresentados nas unidades hospitalares da SESAP: problemas na continuidade nos abastecimentos (gêneros e medicamentos); manutenção e/ou aquisição de equipamentos; déficit nos recursos humanos na assistência direta aos usuários, infraestrutura com necessidades de manutenção, reformas/reparos, assim como adaptações para ampliações dos serviços e, necessidade de capacitações para atualização quanto aos perfis hospitalares.

77. Segundo questionário aplicado aos diretores dos 22 (vinte e dois) hospitais da rede da SESAP, dos 20 (vinte) respondidos, 57,14% optou pela resposta que considera que o hospital não tem o papel definido em documento específico, atuando no atendimento dentro das suas especialidades (Gráfico 1).

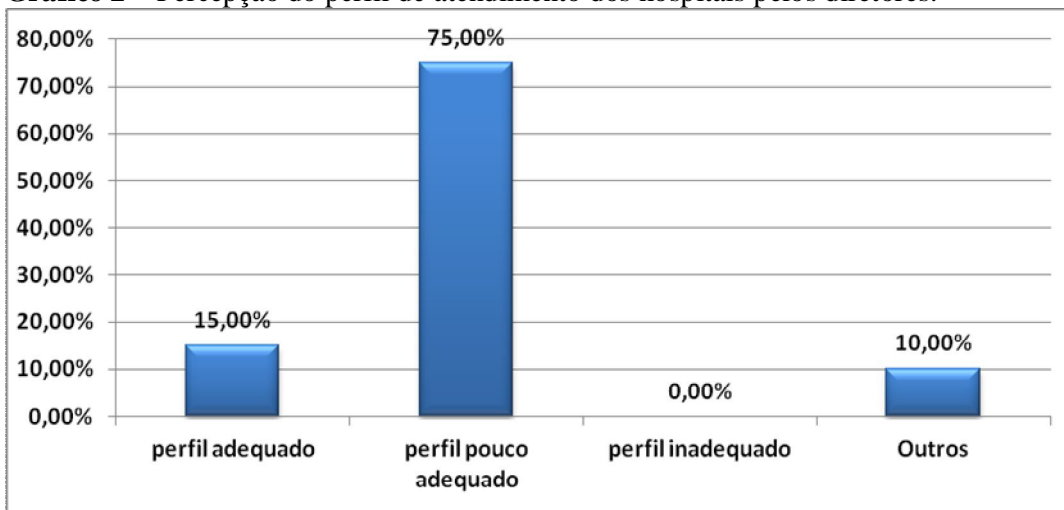
Gráfico 1 – Percepção do papel do hospital pelos diretores.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário aplicado aos diretores.

78. Com relação à atuação do hospital em relação ao perfil de atendimento e ao perfil epidemiológico da região, 75% considerou o perfil pouco adequado ao atendimento, conforme Gráfico 2.

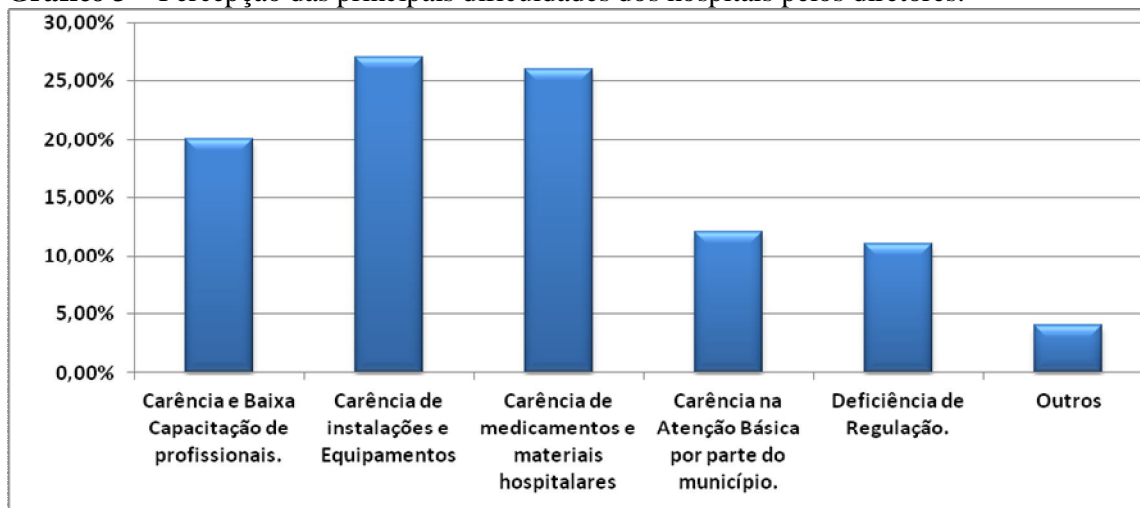
Gráfico 2 – Percepção do perfil de atendimento dos hospitais pelos diretores.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário aplicado aos diretores.

79. Dentre as possíveis causas apontadas pelos diretores dos hospitais como dificuldades para que o hospital não atuasse dentro do perfil desejado, a carência de instalações e equipamentos, além de medicamentos e materiais hospitalares foram as principais, seguidas pela carência e baixa capacitação de profissionais, conforme ilustra o Gráfico 3.

Gráfico 3 – Percepção das principais dificuldades dos hospitais pelos diretores.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário aplicado aos diretores.

80. A maioria das causas apontadas que prejudicam o atendimento hospitalar dentro do seu perfil é relativa aos insumos necessários ao seu funcionamento regular.

81. Tendo em vista a importância desses insumos para o funcionamento das unidades hospitalares e que, na fase de planejamento da auditoria foram verificadas deficiências nesses insumos que comprometem o desempenho dos hospitais, o problema foi tratado como itens específicos de auditoria constante no presente relatório.

82. Além dos problemas de insumos, outra grande dificuldade verificada com o perfil da atuação dos hospitais é a relativa ao tipo de atendimento prestado, sobretudo nos hospitais menores e localizados em municípios de menor porte, onde é verificado um atendimento voltado a ambulatório e procedimentos da atenção básica, deixando o hospital de exercer exclusivamente seu papel principal de urgência e emergência em procedimentos de média e alta complexidade, conforme tratado no item 4.7 deste relatório.

83. O levantamento realizado pela SESAP e constante do plano de Estruturação da Rede de Atenção às Urgências demonstra o déficit de Equipes de Saúde da Família na Região Metropolitana conforme o Quadro 6.

84. Como as portas hospitalares da rede da SESAP atendem normalmente de forma aberta (demanda espontânea), terminam por receber muitos casos de pacientes que poderiam (e deveriam) ser atendidos pela atenção básica nas unidades de saúde do município.

85. Quando ocorre deficiência no atendimento da atenção básica, a população procura o atendimento nas unidades hospitalares, fazendo com que os hospitais, muitas vezes, tenham que atender a pacientes fora de sua real finalidade ou perfil de atendimento.

Quadro 6 – Equipes das ESF da Região Metropolitana.

	POPULAÇÃO RESIDENTE			ESF NECESSÁRIAS	ESF EXISTENTES (CADASTRADAS)	DÉFICIT DE ESF	POP COBERTA PELAS ESF (%)
	MASC	FEM	TOT				
NATAL	377.947	425.792	803.739	201	69	132	34,34
EXTREMOZ	12.195	12.374	24.569	6	9	3 (+)	142,53
MACAIBA	34.434	35.033	69.467	17	20	3 (+)	115,16
PARNAMIRIM	96.995	105.461	202.456	51	60	9	82,98
SÃO GONÇALO DO AMARANTE	43.179	44.489	87.668	22	22	0	100,00
REGIÃO METROPOLITANA (PDR)	564.750	623.149	1.187.899	297	162	135	54,55

Fonte: Plano de estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN / CPCS/SESAP.

86. Além disso, a implantação da regulação também poderá contribuir para evitar encaminhamentos indevidos de pacientes aos hospitais, a exemplo das transferências irregulares informadas pelo Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em relação relativa a dezembro/2011 que constavam 55 (cinquenta e cinco) pacientes nessa condição (fls. 818/819).

87. Com o fortalecimento da atenção básica nos municípios e a efetiva implantação da regulação o atendimento dos hospitais certamente estará mais voltado às suas finalidades e poderá conseguir melhores resultados no seu desempenho, além de evitar custos desnecessários, como o de encaminhamentos indevidos de pacientes e realização de serviços da atenção básica, ou seja, serviços não realizados pela atenção básica, provocando ociosidade ou baixa produtividade nas unidades de saúde com essa competência e sobrecarga nos hospitais com serviços fora de sua competência (atenção básica).

88. Como foi mencionado antes, tendo em vista as definições das Redes de Atenção à Saúde em andamento e o enquadramento nessas redes, os hospitais estão passando por adequações em seu perfil de atendimento.

89. Contudo algumas alterações feitas em alguns hospitais já promoveram alteração no seu perfil que ensejam definições no seu funcionamento, de modo a não comprometer o atendimento que atualmente estão realizando.

90. As principais alterações nos perfis de atendimento dos hospitais da rede da SESAP foram decorrentes da Ação Civil Pública Nº 001.99.002514-5 no ponto que determinou a retirada definitiva dos pacientes internados nos corredores do Hospital Walfredo Gurgel, que resultou no acordo para o Estado fechar os pronto-atendimentos existentes nos hospitais regionais de Pau dos Ferros, Assú, Parnamirim, Macaíba, Natal, Caicó e Currais Novos de modo a criar leitos de retaguarda nesses hospitais para acomodar esses pacientes.

91. Contudo, observou-se na prática, que alguns hospitais permanecem com o pronto-socorro funcionando e em outros apenas houve uma transferência dos pronto-atendimentos do Estado para o município e continuando funcionando nas instalações do próprio hospital com utilização da estrutura e Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico (SADT) sem que a medida de utilização de leitos de retaguarda tenha sido efetiva, permanecendo o problema de superlotação no Hospital Walfredo Gurgel com pacientes nos seus corredores.

92. Deve-se salientar que foram previstas construção de Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) nos municípios citados, e quando colocadas em funcionamento deverão absorver o atendimento existentes nesses hospitais. Essa assistência seria a cargo do município e se constitui em um componente pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

93. No caso do Hospital Deoclécio Marques de Lucena (Parnamirim), outra alteração observada no perfil de atendimento foi em função do fechamento do antigo Instituto de Traumatologia e Ortopedia (ITORN) e a consequente desabilitação dos leitos de traumatologia e ortopedia daquele hospital com a habilitação do Hospital Deoclécio Marques de Lucena (Parnamirim) como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, junto ao Sistema Único de Saúde – SUS.

94. Ainda com relação ao Hospital Deoclécio Marques de Lucena, verificou-se a retirada dos leitos de Clínica Pediátrica do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, embora, o hospital ainda continue com os profissionais dessa especialidade e oferecendo esse atendimento de forma precária. Isso tem causado problemas no funcionamento do hospital ao tempo em que a pediatria ainda ocupa espaço que poderia ser disponibilizado para a ortopedia, causando dificuldades em acomodação de pacientes nesse setor (Figura 2).

Figura 2 – Macas em sala de observação ortopédica e leitos de observação de pediatria.



Fonte: Equipe de auditoria.

95. Conforme pode ser observado, alguns hospitais modificaram o perfil de atendimento em virtude de mudanças decorrentes de acordos para supressão de serviços então prestados pelos mesmos ou acréscimo de serviço pela demanda ou por exclusão de prestador anterior, sem ainda ter uma definição clara sobre a permanência desse atendimento ou sobre a definição exata do novo perfil de atendimento do hospital.

96. Outro aspecto do perfil de atendimento dos hospitais diz respeito ao funcionamento regular de um hospital segundo as normas vigentes e critérios de dimensionamento de pessoal e equipamentos segundo os parâmetros definidos nas portarias do MS, dentre os quais o número de leitos.

97. Inicialmente deve-se considerar a possibilidade da aprovação da portaria que trata da Política Nacional da Atenção Hospitalar, já submetida à consulta pública, na qual fica estabelecido o porte mínimo de 50 (cinquenta) leitos, exceto os hospitais especializados em pediatria, cuidados prolongados (HCP) e maternidades, que poderá contar com um mínimo de 40 (quarenta) leitos.

98. Conforme pode ser visualizado no Quadro 1, oito dos hospitais da rede da SESAP não estariam de acordo com a referida norma: Hospital Rafael Fernandes, Hospital Dr. Odilon Guedes, Hospital Regional de Angicos, Hospital Monsenhor Antônio Barros, Hospital Alfredo Mesquita, Hospital Regional de São Paulo do Potengi, Hospital Dr. Aguinaldo Pereira da Silva e Hospital Regional de João Câmara.

99. Por essa nova norma os hospitais, após sua publicação, terão um prazo de três anos para se adequar ou mudar seu perfil assistencial, podendo se transformar em uma UPA, Centro de Especialidades ou Hospital-dia, de acordo com a necessidade de cada território.

100. Além disso, a Portaria nº 2.395/2011, que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS preconiza que são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgência clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ ou traumatológicas.

101. O Plano de Estruturação da Rede de Atenção às Urgências (RAU) prevê as portas de entrada hospitalar do Estado conforme o Quadro 7.

102. Segundo a Portaria GM/MS Nº 2.395/2011, dentre os requisitos para o enquadramento das unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências, está o de ter no mínimo 100 leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES). Conforme pode ser visualizado no Quadro 7, observa-se que 7 (sete) dos 10 (dez) hospitais da rede da SESAP destinados a porta de entrada hospitalar da

RAU (que devem ser considerados como unidades hospitalares estratégicas) atualmente não atendem a esse requisito, sendo eles: Hospital Maria Alice Fernandes (Pediatria), Hospital do Seridó – Caicó (ortopedia/trauma), Hospital Regional de Pau dos Ferros (ortopedia/trauma), Hospital Regional de João Câmara, Hosp. Lindolfo Gomes Vidal – Santo Antônio, Hospital Nelson Inácio dos Santos – Assú, todos com quantidade de leitos inferior a 100 (cem).

Quadro 7 - Portas de entrada hospitalar do RN segundo especialidade e tipo.

Portas de entrada para traumatologia, cardiologia, pediatria e neuro no RN			
TIPOLOGIA	HOSPITAL ESPECIALIZADO TIPO II	HOSPITAL ESPECIALIZ. TIPO I	HOSPITAL GERAL
Hospitais Porta de Entrada de Atenção às Urgências do Rio Grande do Norte	Mons. Walfredo Gurgel (neuro/orto/trauma) Hospital Tarcísio Maia – Mossoró (neuro/trauma) Hospital Universitário Onofre Lopes (neuro e cardiologia) ²	Hospital Maria Alice Fernandes (Pediatria) Hospital do Seridó – Caicó (ortopedia/trauma) Hospital Regional de Pau dos Ferros (ortopedia/trauma) Hospital Deoclécio Marques – Parnamirim (ortopedia)	Hospital Regional de João Câmara Hosp. Lindolfo Gomes Vidal – Santo Antônio Hospital Nelson Inácio dos Santos – Açú Hospital José Pedro Bezerra - Santa Catarina

Fonte: Plano de estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN / CPCS/SESAP.

103. No Plano de Estruturação das Redes de Atenção às Urgências do Rio Grande do Norte, estão previstas ampliações em alguns hospitais com acréscimo no número de leitos nesses hospitais, contudo, pelo que se pode observar no Quadro 8, mesmo com esses acréscimos seis hospitais ainda não alcançarão o número mínimo de 100 (cem) leitos estipulados pela referida portaria.

104. Além disso, deve ser considerada a condição de atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgência clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ ou traumatológicas, como um dos requisitos para o hospital compor a RAU.

105. Tendo em vista as atuais exigências contidas nas normas e as definições das redes de atenção, restam dúvidas sobre o perfil de atendimento a ser definido para os pequenos hospitais que ainda não estão contemplados no Plano de Estruturação das Redes de Atenção às Urgências do Rio Grande do Norte.

106. Atribui-se como causas para as deficiências apontadas no perfil de atendimento dos hospitais, além da falta de definição das redes e dos estudos anteriormente referidos, as alterações ocorridas com a retirada dos prontos-socorros, retirada ou acréscimos de novos

² O Hospital Universitário Onofre Lopes pertence à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

serviços em alguns hospitais, aumento da demanda de atendimento, inadequação dos hospitais frente ao perfil desejado e novas exigências das normas de saúde para os hospitais.

Quadro 8 – Quantidade de leitos dos hospitais integrantes da RAU.

Hospital	Quantidade de leitos cadastrados no SUS	Novos leitos previstos no plano da RAU	Total de leitos previstos para 2014	Leitos ainda necessários para atender os requisitos da portaria
Hospital Walfredo Gurgel	329	95	424	
Hospital Tarcísio Maia	108		106	
Hospital Maria Alice	94	20	114	
Hospital do Seridó	88		88	12
Hospital Regional de Pau dos Ferros.	61		61	39
Hospital Deoclécio Marques	76	20	96	4
Hospital Regional de João Câmara	40	53	93	6
Hospital Regional de Santo Antônio	51	42	93	7
Hospital Regional de Assu	64		64	36
Hospital José Pedro Bezerra	195			

Fonte: Plano de estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN / CPCS/SESAP.

107. Essa situação se traduz em hospitais com estruturas inadequadas ao perfil de atendimento desejado e conseqüentemente realizando um atendimento precário aos usuários, provocando ainda condições insatisfatórias, sobrecarga ou subaproveitamento no trabalho dos profissionais que desenvolvem suas funções nesses hospitais, e desse modo a insatisfação desses profissionais.

108. Como medida para que todos os hospitais atendam os requisitos estabelecidos na Portaria 2.395/2011, recomenda-se à SESAP, além da necessidade do número de leitos mínimo e das condições necessárias ao funcionamento ininterrupto para as Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, efetuar estudos e levantamentos no sentido de adequar o perfil do hospital às exigências dos normativos aplicáveis assim como às necessidades de saúde.

109. Corroborando com essa recomendação o gestor apresentou as considerações da COHUR (fls. 1530) e da CPCS (fls. 1537) informando que “está sendo realizada uma construção do perfil de cada hospital levando em consideração as características de cada região, especificidades epidemiológicas e levantamento estatístico”.

110. A definição do perfil de atendimento segundo os estudos e levantamentos atendendo aos critérios técnicos e condições necessárias ao funcionamento, possibilitará os hospitais atingirem melhor desempenho e resolutividade na sua atuação.

4 ESTRUTURA, RECURSOS E CAPACIDADE RESOLUTIVA DOS HOSPITAIS

4.1 Força de Trabalho

111. A força de Trabalho utilizada nas unidades hospitalares da rede da SESAP é um tema importante que envolve questões estratégicas daquela secretaria. Nesse sentido, uma análise mais adequada desse assunto deve considerar o perfil da força de trabalho, a atual quantificação dessa força nas unidades de saúde, alguns indicadores de desempenho na área de pessoal, bem como outros pontos relevantes.

112. Na investigação das principais fragilidades observadas na etapa de planejamento da auditoria com relação à força de trabalho buscou-se responder a questão: A força de trabalho destinada aos HRs atende as suas necessidades e tem sido empregada satisfatoriamente? Para essa análise foram verificados os seguintes aspectos: a) se o quadro de pessoal está adequado ao perfil de atendimento dos hospitais e se há carência ou excesso de pessoal na lotação dos HRs; b) análise da relevância, necessidade e economicidade da prestação de serviços médicos contratados para os HRs, e; c) como se dá o controle sobre a contratação e o risco operacional que esses contratos apresentam.

4.1.1 Deficiência no quadro de pessoal dos hospitais da rede da SESAP

113. A falta de servidores na saúde pública do RN é uma das principais alegações para o mau desempenho nessa área, sendo um dos motivos frequentes no noticiário sobre as interrupções dos serviços prestados pelas unidades hospitalares da rede pública no Estado. Há de se convir, porém, que o gerenciamento da força de trabalho dos hospitais da SESAP é um dos grandes desafios, se não o maior de todos, que a gestão dessa secretaria enfrenta, de modo que, do correto gerenciamento do capital humano depende grande parte do sucesso das unidades hospitalares da rede estadual.

114. A SESAP como um todo apresentava em junho de 2012 um quadro do perfil da força de trabalho por idade segundo o Quadro 9, na qual nota-se que cerca de 12% dos 16.082 servidores apresentam potencial condições de aposentadoria.

Quadro 9 – Perfil da Força de Trabalho da SESAP por Idade.

Quadro do Perfil da Força de Trabalho por Idade - SESAP/RN

19/6/2012 11:37:02

Tipo	Total	Percentual
19-29 ANOS	979	6,09
30-39 ANOS	1868	11,62
40-49 ANOS	5347	33,25
50-59 ANOS	5962	37,07
60-69 ANOS	1837	11,42
= OU > DE 70 ANOS	89	0,55
TOTAL =>	16082	100,00

Fonte: Sistema ERGON/SESAP.

115. A força de trabalho necessária ao funcionamento dos hospitais deve seguir critérios técnicos de modo a se ter um quadro de profissionais adequado ao seu perfil e funcionamento. Um dos requisitos a ser considerado para o correto dimensionamento da força de trabalho dos hospitais é a Portaria nº 1101/2002 GM-MS, a qual define os parâmetros de dimensionamento de pessoal na área de saúde.

116. Em trabalho tido como referencia nacional desenvolvido por servidores da SESAP, que inclusive, obteve destaque com premio no INOVASUS, foram utilizados parâmetros e indicadores qualitativos e quantitativos de recursos humanos no setor saúde, fornecidos pelos Conselhos Profissionais, Normas Técnicas, Portarias Ministeriais, trabalhos desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, Fundação de Desenvolvimento Administrativo, Fundação Getúlio Vargas, Regime Jurídico Único, dentre outros, que subsidiaram a definição do quadro funcional de acordo com o perfil de cada unidade existente.

117. Atualmente o dimensionamento do pessoal dos hospitais da rede da SESAP é realizado, com base no trabalho anteriormente mencionado, por intermédio da Subcoordenadoria de Gestão das Relações do Trabalho ligada à Coordenadoria de Recursos Humanos daquela secretaria.

118. No entanto, apesar do esforço dos servidores daquele setor, observado durante visitas *in loco*, verificou-se que o levantamento e tratamento dos dados de pessoal que servem para realização do dimensionamento são realizados de forma precária, pois as informações fornecidas por esse setor carecem de incrementos tecnológicos que possibilite maior confiabilidade e tempestividade no fornecimento de dados além do setor não dispor de uma

estrutura adequada tanto de pessoal quanto de equipamentos dificultando o acesso às informações úteis à tomada de decisões, no que concerne ao gerenciamento da força de trabalho da SESAP, em especial ao seu dimensionamento.

119. Apesar das dificuldades na elaboração do dimensionamento, esse trabalho tem sido realizado e demonstrado que existe déficit de profissionais em todos os hospitais da rede da SESAP, havendo em alguns casos excessos em algumas especialidades médicas ou outros profissionais, conforme resumo constante do Quadro 10. Esse quadro apresenta de forma resumida as necessidades de pessoal dessas unidades de saúde, em especial para Médicos, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros, tendo em vista que as maiores necessidades de pessoal se concentram nessas especialidades.

120. Não obstante, a necessidade de pessoal em todas as categorias de profissionais de saúde, pode-se observar na categoria de Técnico de Enfermagem algumas particularidades que devem ser consideradas no sentido de buscar soluções para o problema do déficit de pessoal:

a) o custo dos Técnicos de Enfermagem corresponde a cerca de 20% do maior salário inicial pago a um Médico 40 h, e a 45% do salário inicial de um Enfermeiro de 30 h, e;

b) corresponde a cerca de 50% da necessidade total de servidores.

121. Esse quadro de carência de profissionais foi confirmado quando das visitas e em entrevistas com diretores e funcionários dessas unidades hospitalares. Ademais, verificou-se que a SESAP com o objetivo de suprir necessidades em algumas especialidades, a exemplo de neurologistas e anestesistas, vem contratando há algum tempo cooperativas médicas.

122. Observou-se ainda, a utilização por parte da SESAP, de plantões eventuais de forma permanente de modo a cobrir a necessidade de pessoal, bem como a utilização de profissionais cedidos pelos municípios em alguns acordos informais.

123. Deve-se ressaltar que o dimensionamento pressupõe o funcionamento regular de todos os setores de todas as unidades hospitalares, considerando, entre outros, os serviços prestados de forma ininterrupta, não havendo paralisações de nenhuma hipótese. Nesse caso, os hospitais estariam com todos os leitos e equipamentos disponíveis ao uso, situação que não retrata a realidade atual dessas unidades, sobretudo nos hospitais de menor porte.

124. Ainda nesse sentido, importa salientar que o déficit apontado diz respeito à rede hospitalar da SESAP na atual formatação, não levando em conta um futuro cenário no qual possa haver alterações nesse arranjo hospitalar, com a definição das redes de atenção as quais se encontram em processo de montagem e dependente de estudos e planos em elaboração ou a serem elaborados, conforme comentado no item 3.1.

Quadro 10 – Resumo do dimensionamento de profissionais dos hospitais da Rede da SESAP.

UN. HOSPITALAR	MÉDICOS			ENFERMEIROS			TÉC.ENFERM			TÉCNICOS			ADMINISTRAÇÃO		
	DEFICIT	EXCESSO	SALDO	DEFICIT	EXCESSO	SALDO	DEFICIT	EXCESSO	SALDO	DEFICIT	EXCESSO	SALDO	DEFICIT	EXCESSO	SALDO
HR. DR ODILON G. DA SILVA	6,5	X	-6,5	3	X	-3	13	X	-13	31	X	-31	28	X	-28
HR. DE ANGICOS	24,8	X	-24,8	1,7	X	-1,7	33,7	X	-33,7	34,6	X	-34,6	4,5	X	-4,5
HR. HELIO M. MARINHO	23,1	X	-23,1	0,4	X	-0,4	23,5	X	-23,5	33	X	-33	31	X	-31
HR. NELSON INACIO	41,2	x	-41,2	3,6	x	-3,6	34	x	-34	25,5	x	-25,5	9,7	x	-9,7
HR. DO SERIDO															
HR. PROF DR GETULIO O SALES	10,15	X	-10,15	3	X	-3	42	X	-42	12,8	X	-12,8	41	X	-41
HR. DR AGUINALDO PEREIRA	22,9	X	-22,9	2	x	-2	10,45	x	-10,45	14,9	x	-14,9	x	26,4	26,4
HR. JOSEFA ALVES GODEIRO JOAO CAMARA RN	48	X	-48	8,4	X	-8,4	25,6	X	-25,6	0,8	X	-0,8	X	2,9	2,9
HR. ALFREDO MESQUITA															
HR. DR TARCISIO DE V. MAIA	51,7	X	-51,7	14,2	X	-14,2	85	X	-85	39,6	X	-39,6	X	83	83
HR. RAFAEL FERNANDES	26,5	X	-26	X	1,8	1,8	17,8	X	-17,8	X	1,92	1,92	X	60,4	60,4
HR. GISELDA TRIGUEIRO	53,8	23,3	-30,5	35	X	-35	138	33	-105	125	X	-125	12	X	-12
HOSP. COL. DR JOAO MACHADO	10,8	9,8	-1	26	X	-26	47	X	-47	80	X	-80		37	37
HOSP. MARIA ALICE FERNANDES	27,5	6,2	-21,3	25,6	X	-25,6	51	X	-51	7,5	17,75	10,25	X	65,3	65,3
HOSP. ESTADUAL DR RUY PEREIRA DOS SANTOS	39	X	-39	16,6	X	-16	153	X	-153	67	X	-67	48	X	-48
HOSP. DR JOSE PEDRO BEZERRA	62,7	32,7	-30	52	X	-52	139	X	-139	79	X	-79	16	X	-16
HOSP. MONSENHOR WALFREDO GURGEL	107,8	33,8	-74	92,6	19	-73,6	220	X	-220	X	126	126	X	10	10
HR. DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	9	27,5	18,5	25	X	-25	162	X	-162	40	X	-40	X	11	11
HR. DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE	33,1	11,8	-21,3	5,6	1,8	-3,8	X	35,65	35,65	X	32,3	32,3	1,4	X	-1,4
HR. LINDOLFO GOMES VIDAL	23,7	X	-23,7	2,6	X	-2,6	33	X	-33	22,2	X	-22,2	14	X	-14
HR. MONSENHOR ANTONIO BARROS	14,3	16,6	2,3	2	X	-2	33	X	-33	24	X	-24	49	X	-49
UNIDADE MAT INFANTIL INTEGRADA DE S.P.P	23,3	5,9	-17,4	8,8	X	-8,8	32,45	X	-32,45	25,4	X	-25,4	X	3,2	-3,2
			-491,75			-304,9			-1224,9			-331,73			123,1

Fonte: SESAP.

125. Com a definição do novo cenário baseado em estudos e planos consistentes visualizam-se alterações na rede hospitalar, podendo haver um novo arranjo da rede com possibilidade de remanejamento de profissionais de unidades que possam a vir a ser desativadas com aproveitamento em unidades que passem a ser mais estruturadas e fortalecidas no sentido de promover uma melhor resolutividade da saúde, conforme preconiza o conceito da regionalização, sem prejuízo do acesso.

126. Outra análise com relação ao quantitativo de servidores das unidades de saúde deve ser feita levando em conta a média aceitável pela literatura especializada, de modo a verificar em que nível a quantidade de servidores alocados na SESAP está condizente com os padrões recomendados.

127. Dentre os indicadores mais usados para mensurar se a quantidade de servidores de saúde está adequada, ou pelo menos aceitável, encontra-se a quantidade de servidores por leitos, pois segundo La Forgia e Couttolenc (2009) esse indicador é uma medida que reflete a eficiência alocativa³ e registra a utilização de um recurso essencial na produção do atendimento hospitalar.

128. O volume de recursos humanos depende do tamanho do hospital e da complexidade dos casos, não há nas normas internacionais um consenso sobre padrões ideais da quantidade de servidores. No entanto, comparações entre hospitais similares podem ajudar a diagnosticar possíveis fontes de ineficiência. Nessa feita, com base em dados fornecidos pela SESAP verificaram-se relações de profissionais por leito nos Hospitais em análise conforme o Quadro 11.

129. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), estudos realizados em hospitais brasileiros, entre eles públicos e privados, hospitais eficientes e ineficientes, demonstraram que o índice médio da amostra é de 3,0 servidores/leito. Os hospitais públicos dessa amostra apresentaram os valores mais altos, especialmente os Estaduais e Federais, os quais apresentaram razões acima de 4,5 servidores por leito. Ainda no mesmo estudo, relata-se que hospitais que fazem parte do CQH⁴ utilizam em média 4,5 servidores/leito, ou seja, acima da média nacional que é de 3 servidores/leito. Porém, nesse mesma pesquisa, ressalta-se que os hospitais brasileiros utilizam em média 50% a mais de pessoal que os países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico), países de 1º mundo.

³ Eficiência alocativa é a capacidade da organização de combinar os recursos em proporções ideais para um determinado nível de preços e tecnologia.

⁴ O CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar) é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar.

130. A presente análise se pautou pelos hospitais brasileiros que fazem parte do CQH, em virtude de ser um parâmetro mais adequado à nossa análise.

Quadro 11 – Relação de profissionais por leito.

UNIDADE HOSPITALAR	SERV /LEITO	MÉDICO /LEITO	ENFERM. /LEITO	TEC.ENF /LEITO
HR. DR ODILON GUEDES DA SILVA	3,66	0,56	0,13	0,09
HR. DE ANGICOS	3	0,43	0,25	0,25
HR. HELIO MORAIS MARINHO	3,54	0,32	0,25	0,07
HR. NELSON INACIO DOS SANTOS	3,69	0,53	0,27	0,13
HR. REGIONAL DO SERIDO	2,68	0,46	0,2	0,2
HR. PROF DR GETULIO O SALES	2,75	0,48	0,27	0,1
HR. DR AGUINALDO PEREIRA	7,19	0,63	0,41	0,04
HR. JOSEFA ALVES GODEIRO JOAO CAMARA	5,92	0,51	0,13	0,13
HR. ALFREDO MESQUITA	4,6	0,33	0,25	0,2
HR. DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	7,43	0,16	0,25	0,01
HR. RAFAEL FERNANDES	5,85	3,1	1,58	0,55
HR. GISELDA TRIGUEIRO	6,11	0,98	0,44	0,62
HOSP. COLONIA DR JOAO MACHADO	2,47	0,19	0,1	0,08
HOSP. MARIA ALICE FERNANDES	5,44	0,69	0,42	1,51
HOSP. ESTADUAL DR RUY PEREIRA DOS SANTOS	2,12	0,3	0,14	0,78
HOSP. DR JOSE PEDRO BEZERRA	7,45	1,48	0,46	0,83
HOSP. MONSENHOR WALFREDO GURGEL	6,72	1,61	0,41	0,75
HR. DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	8,48	1,46	0,66	1,73
HR. DR CLEODON CARLOS DE ANDRADE	8,8	1,02	0,53	0,12
HR. LINDOLFO GOMES VIDAL	4,48	0,82	0,26	0,06
HR. MONSENHOR ANTONIO BARROS	5,18	0,8	0,38	0
UNIDADE MAT INFANTIL INTEGRADA DE S.P.P	4,28	0,75	0,2	0,2
MÉDIA ADOTADA	4,5	***	0,4	1,8

Fonte: Estudo sobre Indicadores de Desempenho das Unidades Hospitalares com dados da SESAP.

Nota: Esta análise difere da Análise de *Benchmarking*, pois os dados utilizados nessa última foram obtidos no CNES.

131. Com relação aos índices apresentados pelos hospitais integrantes da rede da SESAP, verificou-se que, conforme tabela acima, 10 dos 21 hospitais analisados apresentam uma relação servidor/leito abaixo da média adotada pelos hospitais que fazem parte do CQH, e que, dentre aqueles que se encontram abaixo da média, apenas 2 (dois) localizam-se na região metropolitana de Natal. Atribui-se a essa distribuição dois fatores: preferência dos servidores em trabalhar próximo aos grandes centros urbanos, como Natal e Mossoró, e falta por parte da SESAP de uma alocação mais racional da força de trabalho.

132. Quanto à distribuição de servidores nas categorias de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, os números foram preocupantes, segundo consta na tabela acima, para a primeira categoria em apenas 01 unidade hospitalar a média de enfermeiros foi alcançada, enquanto que para servidores Técnicos de Enfermagem em nenhuma unidade a média foi alcançada.

133. Um ponto que merece reflexão é o fato de que apesar de algumas unidades apresentarem uma média de servidores/leito acima do padrão definido pela CQH, existe em quase todos os hospitais selecionados necessidade de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Essa análise indica que também há problemas na composição qualitativa da Força de Trabalho dessas unidades, comprometendo em certa medida a qualidade dos serviços prestados por elas.

134. Portanto, a composição e distribuição do quadro de servidores da SESAP, sobretudo aqueles que atuam na atividade fim da saúde, apresenta em parte uma relação desfavorável quanto ao número de servidor por leito, em especial nos hospitais que se localizam no interior do Estado. Já quanto à relação Enfermeiro/Leitos, apesar de haver necessidade de enfermeiro em 13 dos 21 hospitais da amostra, essa necessidade é mais fácil de ser suprida, tendo em vista o pequeno percentual necessário.

135. Por outro lado, a necessidade de Técnicos de Enfermagem é enorme, indicando que a SESAP deve alocar grande parte de seu esforço em suprir essa lacuna de mão de obra que ora se apresenta pelos Técnicos de Enfermagem.

136. Dessa forma, com base em parâmetros técnicos, *benchmarking* e estudos apresentados por especialistas no tema, entende-se que os quadros de servidores das unidades hospitalares da rede da SESAP apresentam deficiências relevantes de pessoal, em especial para o cargo de técnicos de enfermagem, e que essa deficiência pode estar contribuindo para que essas unidades sejam pouco eficientes, tenham baixa produtividade e pouca resolutividade.

137. Some-se a esses fatores o perfil da força de trabalho por idade que o atual quadro da SESAP apresenta, mostrando-se necessária a reposição de um significativo quantitativo de servidores que estão em vias de aposentadoria, sendo este um fator imprescindível a ser considerado na gestão de recursos humanos.

138. Nesse sentido, pode-se atribuir como principais causas para esse cenário: a) ausência de política continuada de manutenção da força de trabalho; b) ineficiência na retenção de novos servidores; c) não provimento dos cargos vagos; d) plano de Cargos, Carreira e Remuneração pouco atrativo, principalmente para algumas especialidades (neurologistas e anestesistas); e) a localização afastada de algumas unidades, principalmente no interior do Estado, causando desinteresse em alguns profissionais; f) deficiência da estrutura de dimensionamento, g) inexistência de sistema informatizado de dimensionamento, e; h) deficiência no gerenciamento da força de trabalho.

139. Esse quadro de carência de profissionais nos hospitais da rede da SESAP traz diversas conseqüências, tais como: a) deficiência ou interrupção na prestação dos serviços de saúde aos usuários; b) redução na qualidade dos serviços prestados; c) sobrecarga de serviços para servidores em atividade; d) dependência de profissionais contratados pelo município para atuar nos hospitais, através de acordos precários; e) dificuldade para compor equipes de gestão e administrativa; f) dependência de contratações de cooperativas médicas, e: g) gastos adicionais com plantões eventuais.

140. Nesse cenário, a crescente necessidade de pessoal aliada a outros fatores, em contrapartida a escassez de recursos financeiros, pressiona a SESAP a criar alternativas para resolver esse problema de pessoal.

141. Ao comentar sobre esse tópico do relatório a Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) da SESAP informou sobre trabalhos que o Setor de Dimensionamento vem realizando no sentido de mapear a força de trabalho (fls. 1525), tendo sido concluído o mapeamento do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel com a implantação do INOVASUS e sendo iniciado o do Hospital Dr. José Pedro Bezerra, devendo o modelo ser estendido aos demais hospitais até dezembro de 2013.

142. Ainda no comentário do gestor foi alegada a dificuldade para a substituição da força de trabalho em decorrência de aposentadoria, outros afastamentos e para abertura de novos serviços, em função do limite prudencial e que a contratação de novos servidores tem sido realizada mediante vacância por aposentadoria, falecimento ou decisão judicial e que “diante da mudança e readequação do perfil de algumas unidades, foram remanejados servidores para complementação de equipes profissionais e abertura de novos leitos hospitalares na região agreste, oeste e metropolitana”.

143. Os comentários do gestor vieram demonstrar a necessidade das medidas propostas no Relatório Preliminar e que devem consistir em medidas permanentes inseridas em políticas de gestão daquela SESAP, motivo pelo qual se mantém as recomendações de:

- dotar o Setor de Dimensionamento da SESAP de maior autonomia funcional, como também de maior apoio de pessoal especializado e equipamentos.
- priorizar a implantação de um sistema informatizado de dimensionamento que possibilite informações, tais como: a) Mapa da força de trabalho das unidades hospitalares da rede; b) Diagnóstico tempestivo da necessidade de mão de obra por especialidade e localidade; d) Visualização das unidades de saúde que se encontra com excesso ou déficit de servidores; e)

Quantificação da real necessidade de Plantões Eventuais e/ou de Cooperativas médicas para determinada unidade hospitalar, e; f) Controle de custos atinentes a despesas geradas em virtude de produção, jornada especial de trabalho ou outras vantagens dessa natureza;

- realocar sua força de trabalho visando equalizar as unidades que apresentam excessos ou déficits de pessoal, ajudando na melhoria da eficiência do sistema como um todo.
- adotar política de gerenciamento dos recursos humanos que considere, entre outros aspectos, a reposição da mão-de-obra em vias da aposentadoria, e;
- substituição gradual de gastos com Plantões Eventuais por contratações de novos servidores, em especial de Técnicos de Enfermagem.

144. Com a adoção dessas recomendações espera-se que o setor de dimensionamento possa cumprir com suas atribuições dando condições de um melhor gerenciamento da força de trabalho; que além dos benefícios e informações gerenciais acima elencados, o sistema de dimensionamento poderá ser ajustado a realizar cruzamento de informações com o sistema de pessoal ERGON, possibilitando a prevenção de gastos antieconômicos com a contratação de mão-de-obra em excesso; que uma alocação de servidores baseada na necessidade do serviço proporcionará uma melhor utilização da força de trabalho, com conseqüente melhores resultados na saúde, e; que a adoção de um gerenciamento mais eficaz da força de trabalho considerando o aspecto da aposentadoria evitará solução de continuidade na prestação da atenção hospitalar por falta de profissionais.

4.1.2 Existência de servidores “municipalizados”, ou cedidos aos municípios, lotados na SESAP sem aproveitamento nos hospitais

145. Tendo em vista que os profissionais das unidades hospitalares da SESAP são servidores lotados naquela Secretaria, procurou-se conhecer a totalidade de servidores que compõe o quadro da SESAP.

146. Conforme denominação usada pela SESAP, servidores municipalizados são os servidores que pertencem ao quadro efetivo da SESAP, mas que foram cedidos aos municípios em razão da municipalização de alguns serviços de saúde após a criação do SUS, sendo o ônus desses servidores arcados totalmente pelo Estado.

147. Segundo dados informados pela SESAP relativos a abril de 2013, verificou-se a existência de um total de 2.178 (dois mil cento e setenta e oito) servidores prestando serviços a municípios (municipalizados ou cedidos) representando despesas da ordem de R\$ 3.312.891,64 (três milhões trezentos e doze mil oitocentos e noventa e um reais e sessenta e quatro centavos) (Quadro 12).

Quadro 12 - Servidores municipalizados.

Quadro Municipalizados - SESAP												
Referência: 04/2013												
Municipalizados				Estado				Total				
Ursap	Qte	%	Valor	%	Qte	%	Valor	%	Qte	%	Valor	%
GRANDE NATAL	1096	50,32	1.890.316,46	57,06	8096	63,05	25.983.396,88	64,02	9192	61,20	27.873.713,34	63,49
I-URSAP	119	5,46	176.787,65	5,34	440	3,43	1.681.012,78	4,14	559	3,72	1.857.800,43	4,23
II-URSAP	339	15,56	470.203,81	14,19	1998	15,56	6.459.307,72	15,91	2337	15,56	6.929.511,53	15,78
III-URSAP	125	5,74	147.285,84	4,45	285	2,22	685.660,43	1,69	410	2,73	832.946,27	1,90
IV-URSAP	133	6,11	180.129,34	5,44	872	6,79	2.579.900,58	6,36	1005	6,69	2.760.029,92	6,29
V-URSAP	102	4,68	117.464,12	3,55	379	2,95	1.138.035,28	2,80	481	3,20	1.255.499,40	2,88
VI-URSAP	264	12,12	330.704,42	9,98	771	6,00	2.059.377,37	5,07	1035	6,89	2.390.081,79	5,44
TOTAL GERAL	2178	100,00	3.312.891,64	100,00	12841	100,00	40.586.691,04	100,00	15019	100,00	43.899.582,68	100,00

Fonte: Sistema ERGON/SESAP.

148. Como causas ainda da existência desses servidores, além do processo de municipalização da Atenção à Saúde do SUS, pode-se atribuir também a existência de acordos precários entre Estado e Municípios para funcionamento de unidades de saúde ou adequação de serviços de saúde e a deficiência na gestão de Recursos Humanos não priorizando o interesse público ao invés do interesse privado.

149. Como efeito indesejável da permanência dessa situação, além da sobrecarga financeira das despesas de pessoal do Estado, existe o prejuízo ao atendimento da rede hospitalar da SESAP pelo não aproveitamento dos servidores cedidos aos municípios e à gestão dos recursos humanos dos servidores que estão nessa situação.

150. Como medidas a serem tomadas no sentido de sanar essa deficiência recomendam-se à SESAP:

- discutir junto aos municípios que possuem servidores cedidos pelo Estado, com vista a avaliar a situação dos servidores cedidos priorizando o retorno desses servidores à SESAP;

- alocar com critérios técnicos os servidores que retornarem à SESAP às unidades mais carentes e necessárias à população;
- avaliar os casos dos servidores de outros órgãos cedidos à SESAP se persiste a necessidade desses profissionais, priorizando a devolução ao órgão de origem.

151. Com essas medidas espera-se um melhor aproveitamento dos profissionais que se encontram nessa situação, podendo favorecer o suprimento das necessidades dos hospitais da rede da SESAP, além de possibilitar um melhor gerenciamento dos recursos humanos sob sua responsabilidade.

4.1.3 Existência de servidores “na área de transferência”

152. A SESAP, anualmente através da Coordenadoria de Recursos Humanos, realiza a avaliação de desempenho dos servidores daquela secretaria estadual com diversas finalidades dentre elas a de preencher os requisitos legais para fins de promoção do seu quadro de pessoal.

153. Essa avaliação é realizada por intermédio de um sistema de informações denominado ADISS (Sistema de Avaliação de Desempenho dos Servidores da Saúde). Essa ferramenta tecnológica é capaz de emitir vários relatórios e informações que auxiliam a gestão na tomada de decisões em relação à Política de Recursos Humanos da SESAP.

154. Dentre as funcionalidades que esse sistema dispõe, é possível identificar servidores que se encontram no que a SESAP denominou de “Área de Transferência”. Nessa área foram classificados todos os servidores, que no decorrer da avaliação não foram localizados, ou seja, não se sabe ao certo onde o servidor se encontra trabalhando, se de fato está comparecendo ao serviço, bem como qualquer controle sobre esses servidores.

155. Segundo dados extraídos do relatório de 2011 desse sistema, encontravam-se nessa área na época 687(seiscentos e oitenta e sete) servidores, ressaltando-se que esse dado é dinâmico, podendo sofrer alterações ao longo do tempo, em função de cada período de avaliação realizada.

156. Como principal causa que contribui para a ocorrência dessa situação pode-se atribuir à deficiência dos controles na gestão dos recursos humanos, possibilitando a ocorrência de transferência, remanejamentos, afastamentos ou cessões sem o devido registro ou informação necessária ao controle.

157. A falta de controle e a permanência de servidores não localizados na “área de transferência” contribuem para que haja desperdício de recursos públicos pelo não aproveitamento de mão-de-obra com a conseqüente deficiência no atendimento ou prestação do serviço nos hospitais, ou até mesmo a pagamentos indevidos a servidores que estejam em situação irregular.

158. Com relação aos servidores ausentes, a SESAP informou que com o recadastramento em 2012 foi possível localizar servidores ausentes ao trabalho sendo tomadas as medidas administrativas de: suspensão do salário e abertura do processo de sindicância e convocação do retorno ao trabalho. Os servidores ausentes por motivo de doença foram encaminhados ao Núcleo de Assistência ao Servidor – NASSE para o devido tratamento (fl. 1525).

159. Apesar de louvável e de confirmar a existência do problema essa medida por parte da SESAP não deve se limitar ao recadastramento realizado em 2012, uma vez que, a gestão de pessoal é dinâmica, sofrendo alterações a cada dia, motivo pelo qual se recomenda à SESAP:

- adotar procedimento de controle da lotação do pessoal da SESAP, com utilização de sistema informatizado;
- verificar a possibilidade de aproveitamento dos servidores não localizados nos quadros de lotação da SESAP, após a localização desses servidores, nas unidades da SESAP mais carentes e necessárias, com utilização de critérios técnicos;
- somente constar na folha de pagamento dos servidores da SESAP aqueles que estejam sendo avaliados ou, caso haja motivo para não estarem sendo avaliados, possam estar com sua lotação identificada e sejam localizados.

160. Essas medidas irão contribuir com o correto gerenciamento com o controle da força de trabalho e para melhor aproveitamento desses recursos evitando ainda pagamentos indevidos e o conseqüente dano ao erário.

4.1.4 Elevado valor com uso indevido e indiscriminado em plantões eventuais na rede hospitalar da SESAP

161. O plantão eventual foi instituído pela Lei Complementar N° 333/2006, art. 25, que estabelece ser remunerado como serviço extraordinário com acréscimo de cinquenta por cento (50%) em relação à hora normal de trabalho, para atender a situações excepcionais e

temporárias em decorrência de imperiosa e comprovada necessidade do serviço, declarada por ato do Secretário de Estado da Saúde Pública, para os servidores que desenvolvam suas atividades funcionais em unidades de saúde que funcionam em regime de vinte e quatro horas ininterruptas de trabalho.

162. Contudo, a prática da SESAP na sua rede hospitalar tem sido a utilização dessa vantagem remuneratória de forma indevida e indiscriminada, mostrando-se uma situação recorrente nos demais meses do ano pesquisado. Conforme informação extraída do sistema ERGON, o valor gasto no mês de maio de 2012 pela SESAP com Plantões Eventuais foi de R\$ 4.256.745,40 (quatro milhões duzentos e cinquenta e seis mil setecentos e quarenta e cinco reais e quarenta centavos), quantia suficiente para realizar as seguintes contratações:

- a) 749 (setecentos e quarenta e nove) Médicos / Clínico Geral 40h, ou;
- b) 1.786 (um mil setecentos e oitenta e seis) Enfermeiros 30h, ou;
- c) 642 (seiscentos e quarenta e dois) Médicos / Infectologistas 40h, ou;
- d) 3.913 (três mil novecentos e treze) Técnicos em Enfermagem 30h, ou;
- e) 2.460 (dois mil quatrocentos e sessenta) Técnicos de Nível Superior 30h.

163. Nas visitas e entrevistas realizadas durante a auditoria pode-se observar o uso indevido e indiscriminado de plantões eventuais, servindo entre outras práticas como forma de recompensar servidores pelo exercício de funções de chefias ou coordenadorias sem gratificações ou com gratificações inexpressivas ante a importância e as responsabilidades assumidas pelo titular das mesmas.

164. Atribui-se como principais causas para a ocorrência dessa situação à deficiência de pessoal para suprir a necessidade dos hospitais, ausência de funções gratificadas para o exercício de chefias e coordenadorias (ou com gratificações incoerentes, quando existem) e falta de regulação do número máximo de plantões eventuais por parte do executivo.

165. A utilização indevida de plantões eventuais nessas situações causa o pagamento por serviços fictícios, não prestados efetivamente, despesas que produzem poucos resultados e mau aproveitamento dos recursos públicos, não solucionando a real necessidade do serviço público.

166. Ao se pronunciar sobre esse tópico o gestor ponderou que “no tocante aos plantões eventuais, com a contratação de servidores para atender ao déficit recomenda-se que o eventual seja utilizado para atender a demanda de férias quando não houver possibilidade de remanejamento”. Argumentou ainda que “para as licenças prêmio recomenda-se que seja dada prioridade aos servidores que estão em processo de aposentadoria ou quando não for

causar deficiência no atendimento a população”. Alegou ainda da realização sistemática de auditoria na folha de pagamento gerando abertura de sindicância, colocação de servidores fora de exercício e reavaliação da carga horária de plantões eventuais por unidade (fl. 1525).

167. Apesar das medidas propostas pelo gestor serem importantes, não esclarece de que forma será verificada a real necessidade de plantões eventuais, como será administrado o problema de estrutura organizacional das unidades hospitalares, sobretudo no que diz respeito à coerência de vantagens frente às responsabilidades de funções gratificadas e ainda de que forma a substituição dos plantões eventuais atenderá as necessidades de especialidades que são mais urgentes nos hospitais.

168. Dessa forma, dentre as medidas possíveis de serem empregadas no intuito de solucionar essa situação recomenda-se à SESAP:

- utilização do sistema de dimensionamento em todas as unidades hospitalares, do modo a verificar a real necessidade de plantões eventuais;
- prever na estrutura organizacional das unidades hospitalares gratificações coerentes com o exercício das funções de chefia e coordenadorias;
- substituição gradual dos plantões eventuais por servidores contratados, dentro da possibilidade, em especial os técnicos de enfermagem por ser a maior necessidade levantada atualmente.

169. Com a adoção dessas medidas é esperada uma economia com essa despesa, revertendo os valores em força de trabalho necessária aos hospitais que poderão prestar um melhor atendimento aos pacientes e usuários.

4.1.5 Discrepância entre as escalas de plantões divulgadas pela SESAP e efetivamente executadas nos hospitais

170. As escalas de plantões se inserem dentro dos princípios que devem nortear a administração pública, tais como: publicidade, transparência, democratização da informação, fiscalização e controle social.

171. As escalas oficiais dos plantões prestados nos hospitais da sua rede são divulgadas no site da SESAP. Contudo verificou-se nas visitas e entrevistas em grande parte dos hospitais o não cumprimento dessas escalas, bem como a existência de escalas paralelas elaboradas *a posteriori* nos hospitais e discrepantes das escalas oficiais.

172. Como causas identificadas que contribuíram para a existência dessa situação distinguem-se:

- a) o déficit de profissionais em algumas especialidades que leva, por vezes, a administração e estabelecer acordos informais que geram alterações nas escalas, com redução de carga horária.
- b) a falta de estruturação de carreiras, principalmente as de coordenação, que faz com que sejam utilizados plantões eventuais virtuais como forma compensatória para que alguns profissionais assumam responsabilidades de coordenação.

173. As alterações na escala de plantão proporcionam:

- a) a que a sociedade tenha acesso a uma informação que não é confiável, dificultando o controle social e comprometendo a boa utilização dos serviços ofertados;
- b) ao comprometimento das atividades de controle e dimensionamento de pessoal realizadas no nível central, e;
- c) redução na qualidade dos serviços prestados.

174. A fim de evitar as discrepâncias na escala de plantão oficial e as efetivamente prestadas recomenda-se à SESAP as seguintes medidas:

- elaborar as escalas dentro dos critérios de dimensionamento priorizando os serviços essenciais;
- unidades hospitalares e SESAP adotar e publicar as escalas reais;
- adotar meio de comunicação tempestivo, que possibilite as unidades hospitalares informar a SESAP em tempo hábil as eventuais alterações nas escalas de plantões, evitando divergências entre as escalas publicadas pela SESAP e as existentes nos hospitais, e;
- reestruturar a carreira dos profissionais da SESAP prevendo os cargos necessários à chefia e coordenação com gratificações compatíveis com a função.

175. Ao se pronunciar sobre este tópico do relatório a COHUR (fls.1530/1531) ponderou: que as escalas de serviços são elaboradas por cada unidade de saúde e que vem realizando reuniões com os hospitais e aproveitando para abordar sobre o assunto, orientando-os melhor sobre a elaboração das escalas em parceria com a CRH; que já existe portaria do Gabinete do Secretário determinando que as escalas sejam enviadas a COHUR e publicadas no portal da transparência, devendo seguir o Memorando Circular nº 11/2013 – GS/SESAP que orienta o envio das escalas completas, com os estatutários, cedidos, cooperativados etc.; que com a implantação do ponto eletrônico terá, além do controle de frequência, uma

ferramenta de gestão para que diminua a troca de plantões e possa minimizar as distorções das escalas publicadas e efetivamente praticadas.

176. Apesar da existência do memorando orientando o envio das escalas por parte das unidades hospitalares e da implantação do ponto eletrônico, não se percebe essas medidas como garantia da solução do problema abordado neste tópico, razão pela qual se mantém no relatório as recomendações relativas à elaboração das escalas e da reestruturação da carreira conforme tratado neste subitem.

177. Espera-se com a adoção das medidas propostas seja proporcionada uma informação confiável à população assistida e um melhor desempenho dos profissionais que prestam o plantão por conhecer com antecedência os componentes da equipe e igualmente poderem se programar com antecedência, além de evitar pagamentos de plantões de forma irregular.

4.1.6 Deficiência no controle de frequência dos servidores dos hospitais

178. A frequência dos servidores deveria ser controlada com o uso de ponto eletrônico (leitura biométrica) conforme estabelecido na Portaria nº 094/2012 SESAP.

179. No entanto, verificou-se nas visitas aos hospitais que o sistema de ponto eletrônico ainda não está funcionando plenamente e que a maioria dos hospitais está com algum entrave na fase de implantação do ponto. Ainda nas visitas foi verificada a existência de controles manuais como listas de presença, relatórios de chefias e livros de ocorrências, mas que funcionam de forma precária.

180. Dentre as causas que contribuíram para o controle de frequência com o uso do ponto eletrônico ainda não estar implantado pode-se atribuir a falta de capacitação, falta de conscientização e esclarecimento, máquinas com problemas técnicos, problemas de software na emissão de relatórios.

181. Outro aspecto diz respeito à grande resistência por parte dos servidores, em especial a classe médica, em cumprir com essa obrigação e ainda a insuficiência de servidores que implanta, treina e realiza a manutenção do sistema de ponto eletrônico.

182. A falta de controle de frequência ou um controle ineficiente prejudica ao atendimento nos hospitais por favorecer o absenteísmo dos profissionais; reflete na eficiência, bem como na economicidade, face o desperdício com mão-de-obra que está se pagando e não utilizando; impossibilita uma verificação por parte da SESAP do efetivo cumprimento da jornada de trabalho, pois o controle de ponto fica inteiramente sob a tutela das unidades, e;

compromete as atividades de planejamento da força de trabalho, principalmente, do dimensionamento.

183. Ao comentar sobre esse tópico a CRH (fls. 1525) informou que foi feita a implementação do ponto eletrônico onde já havia equipamentos e a implantação nas outras unidades, processo iniciado em 06 de junho de 2013, auxiliando no controle e permitindo ajustes da força de trabalho, com a necessidade de ajustes e correções relativas à frequência, processo de trabalho e vencimentos percebidos.

184. Percebe-se que a SESAP, de forma proativa, vem adotando as recomendações constantes do Relatório Preliminar, corroborando para que se mantenham as recomendações à SESAP:

- corrigir defeitos existentes no sistema e equipamentos;
- verificar necessidade de alterações ou adaptações à Portaria nº 094/2012;
- após fase experimental em cada unidade e ajustes necessários fazer cumprir a portaria em vigor;
- programar medidas, no sentido de que o pagamento dos plantões e vencimentos tenha coerência com a frequência constatada nos sistema informatizado.

185. Espera-se com as medidas recomendadas adotadas pela SESAP uma melhor utilização da força de trabalho e conseqüente funcionamento dos hospitais com a melhor prestação do serviço da atenção a saúde da população usuária.

4.1.7 Prática antieconômica na contratação de serviços com cooperativas médicas

186. Os contratos firmados com as Cooperativas Médicas têm sido usados como fonte de mão-de-obra especializada que a SESAP não consegue captar nas quantidades necessárias através de concurso público. Tais cooperativas médicas geralmente são compostas por grupos de especialistas (ortopedista, neurocirurgiões, intensivistas e anestesistas) que possuem significativo poder de mercado ou monopólio, legalmente constituídas com a finalidade de vender serviços para instituições públicas ou privadas.

187. A operacionalização dessas contratações no âmbito da SESAP tem início nos Hospitais que encaminham suas necessidades a Coordenadoria Hospitalar – COHUR- a qual praticamente dá o aval e em ato contínuo a SESAP, por meio da autorização do Secretário Estadual de Saúde, realiza procedimento licitatório a fim de contratar tais cooperativas.

188. Atualmente a SESAP mantém contrato de prestação de serviços médicos com 03 (três) Cooperativas atendendo aos hospitais Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), Deoclécio Marques de Lucena (HDML) e Tarcísio de Vasconcelos Maia (HTVM).

189. Dessa maneira, com o objetivo de verificar se a quantidade de plantões contratados corresponde às necessidades das unidades hospitalares contempladas, foi solicitado ao Setor de Dimensionamento da SESAP o quantitativo das especialidades médicas (Anestesista, Ortopedistas, Médicos Intensivistas e Neurocirurgiões) necessárias em cada unidade hospitalar contemplada com a prestação dos serviços por aquelas cooperativas.

190. Nesse sentido, o Quadro 13 demonstra o resultado do cruzamento entre os dados fornecidos pela Comissão Técnica de Dimensionamento de Recursos Humanos da SESAP e a quantidade de Plantões efetivamente contratada pela SESAP, bem como a estimativa do montante pago desnecessariamente somente no mês de maio de 2012.

Quadro 13 – Valores pagos além do necessário com cooperativas médicas.

UNIDADE DE SAÚDE	ESPECIALIDADE	NECESSIDADE PLANTÕES 12H	CONTRATADO	QUANTIDADE A MAIOR	VALOR DO PLANTÃO (R\$)	VALOR MENSAL PAGO ALÉM DO NECESSÁRIO (R\$)
HDML	Anestesista	42	62	20	1.637,00	32.740,00
HDML	Ortopedistas	216	236	20	996,00	19.920,00
HMWG	Neurocirurgiões	114	186	72	1.325,16	92.411,52
HTVM	Neurocirurgiões	60	124	64	1.325,16	84.810,24
HMWG	Intensivistas	6	124	118	918,00	108.324,00
Total mensal pago de forma desnecessária						R\$ 338.205,76

Fonte: Equipe de Auditoria. SESAP.

Nota: No cálculo foi considerado o menor valor do plantão pago.

191. Dessa forma, apenas nesse pequeno universo de três contratos que a SESAP gerencia com as cooperativas médicas há um desperdício mensal da ordem de R\$ 338.205,76 (trezentos e trinta e oito mil duzentos e cinco reais e setenta e seis centavos).

192. Importante destacar que não há por parte da SESAP o devido cuidado em verificar qual a quantidade necessária que deve ser contratada. Geralmente, as contratações são efetivadas considerando apenas as quantidades previstas nos contratos, sem levar em conta o dimensionamento específico dos profissionais existentes na unidade hospitalar.

193. Essas cooperativas são pagas por hora de trabalho, o que não está vinculado a custos, produtividade ou qualidade dos serviços prestados.

194. Outro ponto preocupante na prestação desses serviços são os constantes relatos da não prestação dos serviços contratados ou a prestação em desconformidade com o estabelecido nos contratos. Vários relatórios da Auditoria interna e do Controle Interno da SESAP apontam problemas na prestação desses serviços.

195. O risco operacional que essas cooperativas apresentam a SESAP está relacionado à transferência de servidores dessa secretaria para essas entidades, geralmente médicos altamente especializados, em virtude de salários mais altos que os pagos pelo governo do Estado.

196. Pode-se atribuir como causas para a ocorrência dessa prática antieconômica a falta de utilização de critérios técnicos de dimensionamento, acordos entre médicos e direção dos hospitais com vistas ao não cumprimento integral da carga horária, e ausência de gerenciamento das quantidades mensais de plantões necessárias em cada unidade hospitalar.

197. A falta de controle e dimensionamento com critérios técnicos na contratação de cooperativas médicas, como foi verificado, traz prejuízo ao erário pela despesa desnecessária no caso de pagamentos dessas despesas.

198. De modo a evitar essa prática antieconômica recomenda-se à SESAP rever os contratos vigentes com as cooperativas médicas definindo a real necessidade de profissionais considerando o dimensionamento baseado em critérios técnicos, bem como adotar procedimentos para que as futuras contratações de cooperativas tenham suporte no dimensionamento realizado pelo setor competente na SESAP.

199. Ao comentar sobre essa recomendação a COHUR (fl. 1531) ponderou que “esse processo já está sendo feito continuamente em conjunto com as diversas coordenadorias da SESAP”.

200. Além disso, recomenda-se a adoção de avaliação da prestação desse serviço de modo a conhecer se os profissionais atendem ao previsto em contrato e qual o resultado do seu trabalho em termos de quantidade e qualidade do atendimento por eles prestado.

201. Para essa recomendação o gestor alegou que “implantou-se na COHUR uma equipe de controle interno que monitora e confere a quantidade de serviços prestados pelas cooperativas médicas de acordo com a declaração do fiscal do contrato e atesto dos diretores”. Alegou ainda que “em relação à qualidade do serviço prestado vai ser implantado com os hospitais um instrumento de gestão de qualidade que é aferido através de indicadores de desempenho e estatísticos” (fl. 1531).

202. A ação da COHUR acima citada mostra uma atitude proativa do gestor, porém, deve-se frisar a importância de se estabelecer procedimentos de rotina que estejam constantes no âmbito do controle interno do órgão, independentes da vontade ou iniciativa do gestor do momento, razão pela qual se mantém as recomendações deste subitem no sentido de serem monitoradas as ações que estão sendo propostas pelo gestor na conseqüente auditoria de monitoramento.

203. A adoção dos procedimentos recomendados irá contribuir para a boa gestão dos recursos humanos empregados nas unidades hospitalares da SESAP, evitando despesas desnecessárias e possibilitar um melhor controle e avaliação da contratação de prestação de serviços.

4.2 Instalações e Equipamentos

204. As instalações e equipamentos adequados são fatores indispensáveis e importantes para o funcionamento dos hospitais, deles dependendo fortemente o atendimento satisfatório e resolutivo dos serviços hospitalares. Contudo, como é diariamente noticiado, verifica-se que em todos os hospitais públicos do Estado, incluindo os da rede da SESAP, existem carências nesses aspectos estruturais, prejudicando sensivelmente o tratamento dos seus pacientes.

205. O ambiente hospitalar é passível de alterações frequentes, seja devido à necessidade de ampliações em virtude do incremento de serviços ou da população atendida, seja por adequações aos novos equipamentos ou normas técnicas, porém, há de se considerar além das possíveis alterações que sejam necessárias às adequações, o atendimento das instalações e equipamentos as normas em vigor, como requisito básico a ser atendido.

206. A auditoria buscou avaliar nessa questão: a) se as instalações/físicas e equipamentos apresentam boas condições de uso e se atendem aos critérios técnicos; b) se há um plano de manutenção preventiva ou corretiva para as instalações físicas dos hospitais; c) qual a capacidade de investimento do Estado para instalações e equipamentos dos hospitais; e d) se as instalações são suficientes ao atendimento das demandas populacionais da região de atuação de cada hospital e o nível de utilização da capacidade instalada dos hospitais.

4.2.1 Instalações físicas e equipamentos dos hospitais inadequados ou precários

207. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009) a qualidade da infraestrutura, dos equipamentos e materiais – as ferramentas de trabalho dos hospitais – é um fator determinante da atenção hospitalar, sendo que o critério mais comumente usado para a medição da qualidade estrutural diz respeito ao estado das edificações e à infraestrutura dentro de um complexo hospitalar. Os autores questionam o grau de cumprimento com as normas nacionais e estaduais de licenciamento para unidades de saúde, citando resultados de levantamentos que apontam que muitas unidades simplesmente não estão cumprindo com os regulamentos para licenciamento. Ressaltam que o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) lançado pelo MS em 2005 com dados coletados em 6.030 unidades ambulatoriais e hospitalares financiadas pelo SUS trouxe como resultado que 39% das unidades foram avaliadas como superiores ou boas e que 37% foram consideradas como não cumprindo com a regulamentação, sendo avaliadas abaixo do padrão mínimo aceitável.

208. Essa situação que retrata a realidade brasileira, também ocorre nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte, incluindo os da rede da SESAP, conforme identificado no diagnóstico realizado na fase de planejamento da auditoria, em entrevistas, painéis, pesquisa documental e visitas a alguns hospitais auditados.

209. Os estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) devem atender ao previsto na Resolução – RDC Nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

210. Verificaram-se problemas nas instalações físicas e equipamentos dos hospitais da rede da SESAP de diversos tipos: instalações deterioradas e fora dos padrões; equipamentos quebrados, sem uso ou obsoletos; falta ou precariedade de manutenção; necessidade de melhorias e adequações; obras paralisadas; instalações subdimensionadas para atendimento da demanda existente ou subutilizada.

211. Consideráveis são as evidências encontradas com relação à precariedade das instalações físicas e equipamentos e do não atendimento às normas técnicas, em especial a Resolução – RDC Nº 50/2002 da ANVISA, nos hospitais da rede da SESAP, podendo ser relacionadas além das constatações nas visitas realizadas pela equipe de auditoria: diversos termos de inspeções sanitárias autuados por órgãos de vigilância sanitária, relatórios de inspeções realizados pela própria SESAP e pelo Conselho Regional de Medicina –

CREMERN, relatórios de visitas de órgãos de controle a exemplo do Ministério Público Estadual – MPE entre outros.

212. Nas entrevistas com as direções dos hospitais, foram citadas diversas instalações e equipamentos em funcionamento, mas avaliadas como fora dos padrões normalmente aceitos. Foram identificadas instalações interditadas em alguns hospitais.

213. De modo a identificar as providências por parte da SESAP relativas às necessidades existentes nas instalações físicas dos hospitais, foi solicitado àquela secretaria as obras programadas para os hospitais sob sua gestão, tendo sido fornecido as informações constantes do Quadro 14.

214. Durante as visitas foram constatados diversos problemas com as instalações físicas e equipamentos dos hospitais da rede da SESAP. Alguns casos estão relatados nos tópicos seguintes.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

215. O maior hospital de urgência e emergência do Estado apresenta problemas desde o seu nascedouro, pois não foi construído com essa finalidade, tendo sido adaptado a partir das instalações de um hospital de retaguarda para funcionar como hospital de urgência e emergência e passado por várias reformas e ampliações no correr do tempo. Uma delas, a maior, foi a construção do pronto-socorro Clóvis Sarinho com aproveitamento do espaço existente na frente do terreno, sacrificando quase todo o espaço destinado a estacionamento e a circulação tendo em vista o já reduzido terreno ante o tamanho e necessidade de áreas do hospital.

216. Além dos problemas com as instalações a população sofre com a dificuldade de acesso ao hospital em virtude de estar localizado em uma via de entrada da cidade de Natal sujeita a engarrafamentos e problemas de trânsito no seu entorno.

217. Reforçando o que foi verificado na visita, com relação ao aspecto da localização e a situação do terreno onde está encravado o hospital, bem como do partido arquitetônico, Souza (2008) apresentou as seguintes considerações sobre aquele hospital:

O terreno em que está inserido não oferece condições satisfatórias de acessos e fluxo externo: primeiro pela sua reduzida dimensão, dificultando a organização das circulações externas, segundo, por ter uma única via de acesso a ele, já que está situado no meio da quadra. A existência de um único sentido de fluxo impede o automóvel de retornar, sendo necessário este contornar toda a quadra para acessar novamente o lote do estabelecimento. Outro problema identificado é em relação ao

partido arquitetônico, o qual por ser em bloco (parte mais antiga) e suas ligações abertas, permitem a formação de circulações entre eles, o que contribui para a desorganização do sistema viário, onde as pessoas e insumos dividem espaço com os automóveis.

218. De fato o hospital não apresenta uma arquitetura funcional e sua implantação em um lote relativamente pequeno de terreno no meio de quadra dificulta o acesso de veículos e equipamentos necessários à logística de um hospital. A Figura 3 ilustra as condições de acesso interno aos prédios do complexo hospitalar, na qual se pode observar um caminhão na ocasião da entrega de medicamentos tendo que descarregar ao lado do depósito de lixo.

Quadro 14 – Obras programadas para os hospitais da Rede da SESAP.

QUADRO DE OBRAS DOS HOSPITAIS DA REDE DA SESAP				
HOSPITAL	OBRA	VALOR	VL EXEC.	% realiz.
Nelson Inácio dos Santos-Assu	Const. Leitos psiquia.	454.850,68	-	0,0
Nelson Inácio dos Santos-Assu	Reforma	449.342,45	-	0,0
	sub-total	904.193,13	-	0,0
Tarcísio Maia- Mossoró	Reforma e ampliação	1.216.097,71	-	0,0
Tarcísio Maia- Mossoró	Const. Leitos psiquia.	472.673,79	-	0,0
	sub-total	1.688.771,50	-	0,0
Rafael Fernandes-Mossoró	Reforma e ampliação	850.000,00	-	0,0
Giselda Trigueiro-Natal	Reforma (gripe viral)	331.015,11	-	0,0
Walfredo Gurgel-Natal	Reforma (nutrição)	283.179,84	-	0,0
Hélio Moraes Marinho-Apodi	Reforma e ampliação	1.026.542,16	922.526,93	90,0
Hélio Moraes Marinho-Apodi	Const. Enferm. Psiq.	425.585,23	-	0,0
	sub-total	1.452.127,39	922.526,93	63,5
Hosp. Regional Seridó-Caicó	Const. Enferm. Psiq.	196.636,21	-	0,0
Hosp. Regional Seridó-Caicó	Reforma do hospital	872.403,99	-	0,0
	sub-total	1.069.040,20	-	0,0
Mariano Coelho-Currais Novos	Const. Enferm. Psiq.	445.357,35	-	0,0
Alfredo Mesquita-Macaiba	Const. Enferm. Psiq.	445.357,00	-	0,0
Alfredo Mesquita-Macaiba	Reforma do hospital	662.792,62	-	0,0
	sub-total	1.108.149,62	-	0,0
Antônio Barros-São José Mipibú	Const. Enferm. Psiq.	372.956,22	-	0,0
Antônio Barros-São José Mipibú	Recuperação geral	480.425,27	-	0,0
Antônio Barros-São José Mipibú	Subst. Piso e porta C.C.	13.199,59	-	0,0
	sub-total	866.581,08	-	0,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Ref. Pronto Soc- C. Obs.	1.351.035,82	1.121.789,92	83,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Const. Ala Psiquiat.	272.897,14	-	0,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Const. Est. Trat. Esg.	391.130,25	-	0,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Ref. Amp. UTI e Área ap.	780.036,90	-	0,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Ref. Amp. Lavanderia	14.778,29	-	0,0
José Pedro Bezerra(Sta. Cat)-Natal	Manutenção Inst. Nut.	82.460,71	-	0,0
	sub-total	2.892.339,11	1.121.789,92	38,8
Maria Alice Fernandes-Natal	Const. Ala Psiquiat.	526.398,24	-	0,0
Maria Alice Fernandes-Natal	Ampliação estacio. Int.	14.643,63	14.643,63	100,0
	sub-total	541.041,87	14.643,63	2,7
Getúlio de O. Sales-Canguaretama	Recuperação geral	195.669,10	-	0,0
João Machado-Natal	Adequação de pav. Fem.	48.048,63	48.048,63	100,0
João Machado-Natal	Recuperação de áreas	910.247,44	-	0,0
João Machado-Natal	Recuperação de ala mas	328.887,87	-	0,0
	sub-total	1.287.183,94	48.048,63	3,7
Lindolfo G. Vidal-Sto. Antônio	Ref. Raio X e Mam.	60.311,44	45.351,33	75,0
	TOTAL	13.914.649,24	2.107.009,11	15,1

Fonte: SESAP.

219. Verifica-se ainda na imagem, que por não ter espaço interno de manobra, o veículo precisa entrar no acesso de ré, o que dificulta o deslocamento e causa interrupção no tráfego interno nesse momento.

Figura 3 – Acesso interno utilizado por utilitários e caminhões para logística do hospital e coleta de lixo.



Fonte: Equipe de auditoria.

220. A falta de espaço e a necessidade de adequações e ampliações com o hospital em funcionamento resultam em obras paliativas, gerando desconforto aos usuários e dificuldades na sua execução, além dos transtornos se agravarem quando da interrupção ou paralisação das mesmas. Por ocasião da visita foi constatado que a obra da construção do setor de nutrição localizada nos fundos do hospital encontrava-se embargada sem previsão de sua retomada (Figura 4).

Figura 4 – Obra embargada (setor de nutrição).



Fonte: Equipe de auditoria.

221. Além disso, os relatórios do CREMERN relativos ao hospital apontam entre outros problemas, espaços reduzidos em áreas destinadas a assistir doentes graves, inadequados para prestação de uma urgência, bem como um número de equipamentos correspondentes ao número de leitos sem haver nenhuma reserva.

222. Outra grande fragilidade do hospital verificadas nas inspeções dos órgãos de fiscalização é a reduzida quantidade de leitos de UTI ante a demanda, fazendo com que pacientes graves, em ventilação mecânica, que deveriam estar internados em unidade de terapia intensiva, permaneçam em locais como o Centro de Recuperação Operatório – CRO ocupando leitos dos pacientes pós-operatório. Isso causa o funcionamento inadequado do CRO, com excesso de leitos deixando o espaço subdimensionado nesse setor, sem condições de uma assistência adequada, expondo os pacientes a infecções hospitalares e funcionários a riscos ocupacionais.

223. Com relação aos equipamentos, verificou-se segundo levantamento efetuado pela Central de Equipamentos daquele hospital em 28 de agosto de 2012 (fls. 1377/1382), a existência de 10 (dez) contratos de manutenção preventiva e corretiva e de 7 (sete) processos para contratação de manutenção em tramitação. Contudo nesse levantamento, foi verificada a existência de 19 (dezenove) tipos de equipamentos sem nenhuma cobertura contratual para manutenção, além de 4 (quatro) equipamentos fora de uso.

224. Como se observa, uma grande quantidade de equipamentos do hospital se encontra sem cobertura contratual para manutenção, havendo acentuado risco de interrupção de funcionamento desses equipamentos e prejuízo ao atendimento do hospital a perdurar essa situação.

Hospital José Pedro Bezerra (Santa Catarina)

225. Observa-se no hospital grande necessidade de reformas e adaptações, sendo o hospital da SESAP que apresenta maior quantidade de previsão de serviços (Quadro 14). Atualmente, o hospital encontra-se em obras de reforma com destaque para a ampliação do pronto-socorro (Figura 5) e da cozinha (Figura 6).

226. O hospital sofre, entre outros, com um grave problema estrutural no que diz respeito à precariedade do sistema de tratamento de esgotos, atualmente utilizando fossas sépticas situadas em terreno sujeito a alagamentos e não comportando a quantidade dos efluentes do hospital.

Figura 5 – Vista da reforma do pronto-socorro.



Fonte: Equipe de auditoria.

Figura 6 – Vista da reforma da cozinha.



Fonte: Equipe de auditoria.

Hospital Alfredo Mesquita (Macaíba)

227. O hospital teve o centro cirúrgico e o setor de processamento de roupas em serviços de saúde interditado em 18 de março de 2011 pela SUVISA pelo Termo de Interdição nº 1062 daquela vigilância sanitária (fl. 1360). Em visita ao hospital verificou-se a existência de obras de reforma, estas com o intuito de adequar setores interditados e sem funcionamento (Figura 7).

228. O hospital está para completar 25 (vinte e cinco) anos de inauguração, e suas instalações se encontram deterioradas e inadequadas aos padrões atuais das normas pertinentes.

Figura 7 – Vista da reforma e ampliação do HAM.



Fonte: Equipe de auditoria.

229. Pelo que foi observado, a reforma desse hospital leva em consideração muito aproveitamento das instalações antigas com algumas áreas a serem acrescidas. Contudo, algumas situações existentes não se apresentam muito funcionais, a exemplo da localização do necrotério vizinho ao almoxarifado e em prédio separado do hospital e da localização dos cilindros de gás de cozinha em pátio interno, obrigando seu transporte por áreas de circulação interna do hospital (Figura 8).

230. Nesse, como em outros hospitais, necessário se faz uma avaliação criteriosa de modo a definir se a melhor solução é uma reforma com aproveitamento das instalações existentes ou uma reforma maior com novas instalações em substituição as antigas.

Figura 8 – Vista do prédio do necrotério e do abrigo dos cilindros de gás do HAM.



Fonte: Equipe de auditoria.

231. No Hospital Alfredo Mesquita, para reposição de materiais e pequenos reparos o hospital dispõe de pessoal terceirizado (eletricista e encanador) fazendo utilização de requisições de materiais ao Almoxarifado Central, para esse tipo de serviço. Contudo, o atendimento dos materiais nem sempre atende nas quantidades e itens solicitados.

232. Com relação aos equipamentos, o gerador encontra-se quebrado, tendo a direção do hospital alegado dificuldades em conseguir uma empresa para consertá-lo. Saliente-se que o hospital não dispõe de autonomia financeira nenhuma e depende totalmente da SESAP para realizar despesas com manutenção.

233. Com relação à manutenção das instalações, embora em 13 dos 22 (vinte e dois) hospitais visitados tenha sido verificada a existência de setor de manutenção, apenas em um hospital foi informada da existência de um plano de manutenção das instalações, ressaltando que apenas 9 hospitais recebem recursos da SESAP para arcar com despesas próprias de custeio, havendo nesse caso autonomia relativa na gestão dessa despesa.

234. Importante destacar nesse aspecto a grande ausência de planos de manutenção da rede hospitalar, o que leva a comprometer a alocação de recursos específicos para cada unidade hospitalar, terminando por depender de recursos da SESAP quando disponíveis para reforma das unidades hospitalares.

235. Em resumo, pode-se apontar dentre as causas que contribuem para a permanência da situação deficiente das instalações físicas e equipamentos nos hospitais da rede da SESAP as seguintes:

- a) precariedade no planejamento da manutenção das instalações por parte da SESAP e dos hospitais;
- b) alocação insuficiente de recursos destinados a manutenção das unidades, atrelada à falta de autonomia dos hospitais;
- c) prédios antigos e com acumulada deficiência de manutenção;
- d) instalações em desacordo com as normas atuais, e;
- e) morosidade na tramitação dos processos na SESAP, fazendo com que alguns projetos fiquem desatualizados.

236. A permanência desse quadro acarreta sérias consequências aos hospitais, podendo citar entre outras as seguintes:

- a) redução na produtividade dos profissionais por atuarem sem as condições de trabalho adequadas;
- b) possibilidade constante de suspensão de atividades por interdição das instalações ou mesmo falta de condição mínima para atendimento;
- c) aumento dos riscos de infecção hospitalar;
- d) impactos negativos sobre a motivação e auto-estima dos profissionais e dos próprios pacientes;

- e) impossibilidade de captação de recursos por motivo dos hospitais não atender a padrões do SUS;
- f) acondicionamento inadequado de materiais médico-hospitalares, medicamentos e gêneros, e;
- g) desconforto e insatisfação dos pacientes.

237. Essa situação necessita ser alterada, uma vez que os hospitais são estabelecimentos de saúde que necessitam primar pelas condições das instalações físicas e dos equipamentos, ao que se recomenda à SESAP:

- reavaliar as necessidades de obras e serviços de engenharia necessárias às unidades hospitalares, considerando as normas técnicas atuais e os novos perfis de atendimento que venham a ser definidos para essas unidades;
- realizar as obras necessárias às unidades hospitalares;
- rever a necessidade de equipamentos hospitalares em cada hospital da sua rede, considerando critérios técnicos e condições de funcionamento, suprindo a necessidade identificada;
- estruturar o setor de manutenção das unidades hospitalares;
- estabelecer e acompanhar metas e indicadores relacionados com a execução das obras e serviços de engenharia, aquisição e instalação de equipamentos e manutenção das instalações e equipamentos hospitalares.

238. Ao comentar sobre as recomendações o gestor informou ações que estão sendo realizadas no sentido do seu atendimento, razão pela qual se mantém as recomendações deste subitem no sentido de serem monitoradas as ações que estão sendo desenvolvidas pelo gestor na conseqüente auditoria de monitoramento (fls. 1531/1532).

239. As medidas recomendadas são consideradas como essenciais para o normal funcionamento dos hospitais, esperando com a adoção dessas medidas que os hospitais venham a ter um funcionamento regular dando condições normais de trabalho aos profissionais que labutam nesses estabelecimentos e, conseqüentemente, com melhores resultados na resolutividade dos problemas de saúde dos seus pacientes.

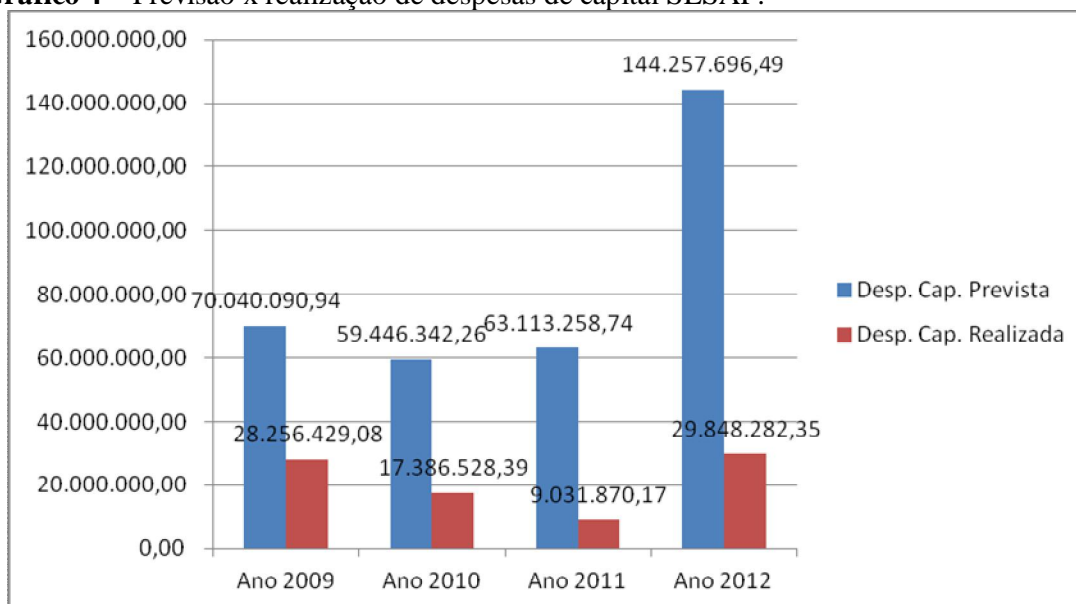
4.2.2 Baixa capacidade de investimento da SESAP e da execução das obras necessárias aos hospitais

240. Com relação à capacidade de investimento do estado para instalações e equipamentos dos hospitais observou-se que o nível de recursos previstos para despesas de

capital (obras/instalações e aquisição de equipamentos) na SESAP variou de 6% a 9% do total do orçamento entre 2009 e 2012 daquela secretaria. Contudo, analisando a execução orçamentária, verifica-se um nível muito baixo entre o previsto e o realizado, havendo um incremento na execução em 2012 após um declínio entre os anos de 2009 a 2011, porém, ainda permanecendo muito baixo do previsto em orçamento nesse ano (Gráfico 4).

241. Com relação às obras urgentes e necessárias aos hospitais (Quadro 14), tem havido por parte da SESAP grande dificuldade em seu atendimento, havendo processos de trabalhos iniciados em 2007 (pronto socorro e clínica obstétrica do hospital José Pedro Bezerra, ampliação e reforma do Hospital Rafael Fernandes, ala da gripe viral do Hospital Giselda Trigueiro, 2008 (reforma do setor de nutrição do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, reforma da sala do raio-x e mamógrafo do Hospital Monsenhor Antônio), 2009 (construção dos leitos psiquiátricos dos hospitais Tarcísio Maia, Nelson Inácio dos Santos).

Gráfico 4 – Previsão x realização de despesas de capital SESAP.



Fonte: SIAF.

242. Atribuem-se como fatores que contribuem para as deficiências encontradas na estrutura física dos hospitais: a precariedade no planejamento da manutenção das instalações por parte da SESAP, alocação insuficiente de recursos destinados à manutenção das unidades atrelada à falta de autonomia dos hospitais, prédios antigos e com acumulada deficiência na manutenção, instalações em desacordo com as normas atuais, morosidade na tramitação dos processos na SESAP fazendo com que alguns projetos fiquem desatualizados, entre outros.

243. Uma estrutura física e equipamentos hospitalares deficientes provocam redução na produtividade dos profissionais por atuarem sem as condições de trabalho adequadas, favorecem a possibilidade constante de suspensão de atividades por interdição das instalações ou mesmo falta de condição mínima para atendimento, aumento dos riscos de infecção hospitalar, impactos negativos sobre a motivação e autoestima dos profissionais e dos próprios pacientes, impossibilidade de adequação a padrões do SUS para captação de recursos, acondicionamento inadequado de materiais médico-hospitalares, medicamentos e gêneros, entre outras consequências negativas.

244. Com base no exposto, recomenda-se à SESAP:

- adequar a capacidade da Secretaria para execução das necessidades das instalações hospitalares.
- dispor dos recursos alocados em orçamento para o atendimento das obras previstas.

4.2.3 Instalações físicas com baixa capacidade instalada ou com pouco aproveitamento

245. Outra importante questão afeta às instalações diz respeito à demanda hospitalar, tendo sido verificados problemas de superlotação em alguns hospitais e subutilização em outros.

246. Quando se analisa a situação dos leitos no Estado verifica-se a necessidade de leitos hospitalares havendo grande deficiência em algumas áreas.

247. No estudo efetuado pela SESAP para a elaboração da Rede de Atenção às Urgências – RAU verificou-se uma deficiência de leitos conforme o Quadro 15.

Quadro 15 – Déficit de leitos – RN e Região Metropolitana Leste 1/SAMU.

TIPO LEITO	CARDIO			ENF CLIN						LONGA PERMANÊNCIA (CRÔNICOS)						TOTAL DE LEITOS					
				LEITO CLÍNICO ADULTO			L. ESPEC. CLÍNICA			UTI ADULTO			LONGA PERMAN.						ATENÇÃO DOMICILIAR		
	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D	E	N	D			
METROP. LESTE 1/ SAMU	**7	8	1	477	926	449	128	787	659	*101	186	85	8	116	108	0	78	78	721	2.101	1.380
RN	**7	8	1	1862	1.924	62	145	1.636	1.491	*141	386	245	10	241	231	0	162	162	2.165	4.357	2.192

Fonte: SESAP.

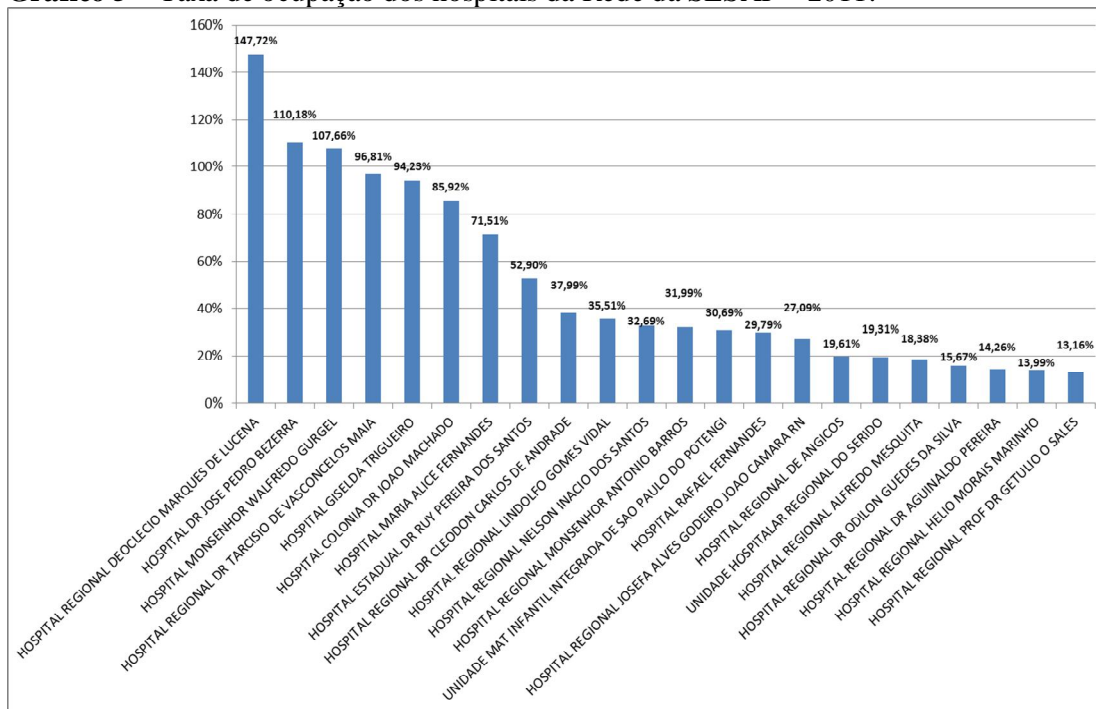
248. O estudo considera uma invasão de 60% das outras regiões na região metropolitana, o que ocasiona uma sobrecarga nessa região, havendo um acréscimo na necessidade de número de leitos.

249. Apesar de o estudo apontar déficit de leitos no Estado como um todo e principalmente na região metropolitana Leste 1/SAMU, verificou-se na auditoria a existência de leitos vagos e baixas taxas de ocupação em vários hospitais da rede da SESAP.

250. Uma forma de medir o grau de utilização dos leitos hospitalares é verificar a taxa de ocupação do hospital, definida como indicador obtido pela razão do somatório de pacientes-dia e número de leitos-dia, multiplicando-se o valor resultante por 100. Por sua vez a Portaria nº 2.395 GM/MS que organiza o componente hospitalar na Rede de Atenção às Urgências (RAU), em seu artigo 14º, estabelece como um dos critérios para que as enfermarias clínicas de retaguarda sejam consideradas qualificadas o de manter uma taxa de ocupação mínima de 85%.

251. Com o intuito de apurar o nível de utilização da capacidade instalada e saber como está o atendimento dos hospitais à taxa de ocupação mínima para qualificação das portas hospitalares conforme estabelece a portaria que trata da RAU, essa taxa foi calculada para cada hospital da rede da SESAP com dados disponíveis no CNES e sistema TABWIN (SIH/SUS) relativos ao ano de 2011. Os resultados obtidos são mostrados no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Taxa de ocupação dos hospitais da Rede da SESAP – 2011.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES, SIH/SUS.

Nota: Para esta análise não foram considerados leitos de UTI no cálculo de leitos-dia.

252. Da análise dos resultados observa-se que a grande maioria dos hospitais não atende a taxa de ocupação mínima exigida para qualificação como componente hospitalar da RAU, estando essa taxa bem abaixo de 85%, apenas 5 (cinco) dos 22 (vinte e dois) hospitais estão atendendo esse indicador.

253. Conforme mostra o Gráfico 5, tem ocorrido superlotação (acima de 100%) nos hospitais de referência a exemplo do HDM, HJPB, HMWG, sendo comum a existência de pacientes nos corredores do hospital por falta de leitos. Apesar de não ocorrer presença de pacientes nos corredores em todos os hospitais, também foi verificada a deficiência de leitos de UTI, sendo estes casos mais específicos que ocorrem nos hospitais HTM (UTI Adulto), HJPB (UTI Adulto), HMWG (UTI Adulto e UTI Infantil) e HMAF (UTI Neonatal).

254. Dentre as causas atribuídas a essa deficiência aponta-se: a) hospitais não planejados para o incremento populacional; b) equipamentos subdimensionados para o atendimento da demanda; c) instalações precárias não permitindo sua utilização, e; falta de insumos ou recursos para o funcionamento ou utilização das instalações.

255. A situação atual das instalações com capacidade instalada não condizente com a demanda ou subutilizada contribui para unidades hospitalares com baixo desempenho de indicadores e com baixa resolutividade, desperdícios de recursos com instalações subutilizadas, população usuária mal atendida, profissionais desmotivados, entre outros fatores negativos.

256. Tendo em vista os efeitos negativos com a subutilização ou a deficiência das instalações ante a demanda dos serviços de saúde nos hospitais da rede da SESAP, recomenda-se àquela Secretaria:

- readequar as instalações físicas às demandas de saúde e perfil de atendimento;
- prover os insumos e recursos necessários ao regular funcionamento das unidades hospitalares evitando a falta de uso das instalações por não dispor desses insumos ou recursos;
- adotar práticas gerenciais de acompanhamento de metas e indicadores quanto ao funcionamento e ao aproveitamento (uso) das instalações hospitalares.

257. Com relação à readequação das instalações físicas a COHUR (fls. 1532/1533) entende que as reformas que estão sendo realizadas obedecem aos padrões estabelecidos pela área de engenharia e vigilância sanitária. Com relação às práticas gerenciais de acompanhamento de metas e indicadores quanto ao funcionamento e ao aproveitamento (uso)

das instalações hospitalares a COHUR informou que essas medidas já estão sendo realizadas através do perfil dos hospitais e embasadas no arsenal tecnológico e terapêutico que cada um possui e que os indicadores serão avaliados conforme a tipologia de cada hospital. Ainda com relação ao acompanhamento de metas, a CPCS (fl. 1537) informou da realização da contratualização das unidades hospitalares.

258. Apesar do entendimento da COHUR, com relação às instalações físicas a auditoria constatou nas visitas e em diversos termos de inspeções, instalações fora dos padrões por parte da avaliação dos órgãos fiscalizadores. Com relação ao gerenciamento dessas instalações igualmente não foram identificadas as práticas gerenciais de acompanhamento com metas e indicadores, razão pela qual são mantidas as recomendações constantes deste subitem.

259. Com essas medidas os hospitais poderão prestar um melhor atendimento aos usuários e proporcionar economia ao promover maior utilização da sua capacidade instalada.

4.2.4 Parque tecnológico desatualizado e equipamentos sem controle de utilização

260. São premissas utilizadas nos modernos hospitais a aquisição de equipamentos hospitalares que permitem melhor e mais rápida resposta no auxílio ao diagnóstico aos pacientes enfermos. A rápida evolução tecnológica faz com que os equipamentos hospitalares passem por constantes mudanças incorporando novas tecnologias a cada dia.

261. Além disso, sistemas informatizados acoplados a equipamentos hospitalares modernos vêm fazendo com que a prática médica possa, com menos recursos humanos, produzir melhores resultados no diagnóstico e tratamento das enfermidades dos pacientes que acessam as unidades hospitalares.

262. O parque tecnológico hospitalar moderno incorpora os sistemas HIS (do inglês *Hospital Information Systems* – Sistemas de Informação hospitalar, nele podendo estar inserido o PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente), RIS (do inglês *Radiology Information System* – Sistema de radiologia digital), PACS (do inglês *Picture Archiving and Communication System* – Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens).

263. Sobre as vantagens da utilização de PACS Silva e Gambarato (2012) assinalam que:

O PACS (Picture Archiving and Communication System - Sistema de Comunicação e Arquivamento de Imagens) foi um grande passo tecnológico para a área hospitalar, economizando tempo e dinheiro, e garantindo a segurança dos dados, fatores que são

muito importantes para qualquer organização. É um sistema de arquivamento e comunicação utilizado para o diagnóstico por imagem em formato digital que permite acesso imediato às imagens médicas em qualquer área de um hospital. O PACS também é uma “solução verde”, pois ao eliminar os filmes radiográficos acaba protegendo o meio ambiente e, além disso, favorece a expansão das possibilidades de atendimento e a ampliação dos métodos de diagnóstico, permitindo a participação de outros profissionais no processo decisório, bem como a ampliação dos métodos de diagnóstico.

264. Outro importante aspecto sobre a utilização dos equipamentos nos hospitais diz respeito à sua disponibilidade para uso, uma vez que a existência do equipamento no hospital não significa necessariamente que esteja disponível todo o tempo. Nesse sentido um dos indicadores a ser observado nos hospitais é o *up time*, ou seja, tempo em atividade, do seu parque de equipamentos médicos.

265. Tomando como base as premissas adotadas para o novo hospital de trauma de Natal a ser licitado, se deveria ter como referência a incorporação dos sistemas HIS/SIS/PACS e a atualização do parque de equipamentos médicos com *up time* de 99%.

266. Pelo que foi observado nas visitas e entrevistas, a realidade da maioria dos hospitais da SESAP ainda não atende às novas tecnologias, existindo inclusive, número razoável de equipamentos ociosos ou fora de uso por estarem obsoletos, como também não se tem gestão do *up time* dos equipamentos.

267. A falta de atualização e modernização dos equipamentos hospitalares pode ser atribuída à escassez de recursos de fonte estadual ou subaproveitamento de recursos federais em programas existentes com essa finalidade aliada à deficiência no planejamento e gestão articulada entre a SESAP e hospitais; enquanto que, a falta de controle de disponibilidade do equipamento está relacionada à deficiência de gestão não havendo acompanhamento de indicador ou parâmetro que torne possível a determinação do *up time* dos equipamentos dos hospitais da rede da SESAP.

268. Um parque tecnológico desatualizado e equipamentos obsoletos ou sem utilização prejudica o funcionamento dos hospitais, refletindo nos resultados pouco satisfatórios na solução dos problemas de saúde da população assistida, fatores que causam desmotivação para os profissionais que trabalham nesses estabelecimentos de saúde.

269. Para que os hospitais possam contar com um parque tecnológico atualizado e equipamentos com níveis de *up time* aceitáveis, recomenda-se à SESAP:

- efetuar levantamento do parque de equipamentos existentes nos hospitais de modo a verificar e conhecer as características dos principais equipamentos, sobretudo aquelas que demonstrem a viabilidade de uso ou

sua substituição e identifique a existência de equipamentos sem uso ou obsoletos;

- planejar juntamente com os hospitais, com base nas necessidades levantadas e incluindo em orçamento, a aquisição de novos equipamentos para substituição, complementação dos equipamentos existentes ou suprir novas necessidades de equipamentos;
- planejar juntamente com os hospitais, com base nas necessidades levantadas e incluindo em orçamento, a aquisição de sistemas HIS/SIS/PACS a serem incorporados ao parque tecnológico dos hospitais.
- instruir e determinar a adoção por parte das unidades hospitalares de indicadores que verifiquem a eficiência da utilização dos equipamentos, dentre estes o percentual de *up time*.

270. Ao se pronunciar sobre essas recomendações a COHUR (fls. 1533/1534) argüiu algumas ações que estão sendo tomadas no sentido de atendê-las, razão pela qual permanecem as recomendações do subitem acima de modo a que as ações propostas pela SESAP possam ser avaliadas em conseqüente auditoria de monitoramento.

271. Vislumbra-se com a adoção dessas medidas uma forma mais eficaz de modernizar o parque tecnológico dos hospitais, promovendo um melhor atendimento à população atendida e economia com maior utilização dos equipamentos e gerenciamento mais eficaz desses recursos.

4.3 Medicamentos e materiais médico-hospitalares

272. Outro ponto que mereceu uma atenção da auditoria foi a questão de como está o abastecimento e armazenamento de medicamentos e materiais médico-hospitalares na rede hospitalar da SESAP. Nesse sentido a auditoria procurou: a) entender as principais etapas do processo de fornecimento de insumos e medicamentos procurando verificar a sistemática de compra de medicamentos e insumos, identificando as principais dificuldades nessa fase; b) verificar a economicidade do processo de compras, observando as decisões judiciais de compra de medicamentos, os métodos e locais de armazenagem em conformidade com normas técnicas e se as requisições de medicamentos e insumos são realizadas de forma racional e transparente; c) se os medicamentos e demais insumos estão sendo fornecidos tempestivamente e em quantidades suficientes, e; d) verificar o nível de informatização nos processos de aquisição, armazenagem e fornecimento de insumos e medicamentos.

273. Conforme dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no Brasil o medicamento ainda é considerado um bem de consumo e não um insumo básico de saúde, o que favorece a desarticulação dos serviços farmacêuticos. A organização da Assistência Farmacêutica, fundamentada no enfoque sistêmico, caracteriza-se por ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, que influenciam e são influenciadas umas pelas outras.

274. As atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica devem ocorrer numa sequência ordenada. A execução de uma atividade de forma imprópria prejudica todas as outras, comprometendo seus objetivos e resultados. Como consequência, os serviços não serão prestados adequadamente, acarretando insatisfação dos usuários e, apesar dos esforços despendidos, evidenciando uma má gestão.

275. No Estado do Rio Grande do Norte a SESAP tem a responsabilidade de coordenar as atividades relacionadas ao ciclo da Assistência Farmacêutica das Unidades Hospitalares, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações.

276. Segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviço de Saúde, conceitua-se Farmácia Hospitalar como uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente, cujo principal objetivo é contribuir no processo de cuidado à saúde, visando melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos e produtos para a Saúde.

277. A equipe de auditoria procurou averiguar os seguintes aspectos necessários à atuação eficiente do Farmacêutico na Farmácia Hospitalar e ao cumprimento de sua missão:

- f) a disponibilidade de equipamentos e instalações adequadas ao gerenciamento (logística de suprimentos) de medicamentos, saneantes e produtos para saúde;
- g) a implantação de um sistema de gestão informatizado;
- h) a disponibilidade de serviços de manutenção, para assegurar o pleno funcionamento das tecnologias disponíveis e instalações físicas;
- i) a implantação e manutenção de sistemas de arquivo.

4.3.1 Fragilidades no abastecimento dos hospitais da rede da SESAP com medicamentos e materiais médico-hospitalares

278. Segundo conceito do CONASS a programação de medicamentos é a atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos insumos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. Assim, programar consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas para atender a necessidade dos serviços, por um período definido de tempo. A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde, evitando compras desnecessárias, falta ou perda de medicamentos na rede de saúde. Deve considerar os recursos financeiros disponíveis e as prioridades estabelecidas para a área de saúde. É imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente, para que a programação possa ser realizada com base em dados confiáveis e que possibilitem a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico da população, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros.

279. A equipe de auditoria verificou que as unidades solicitam os medicamentos a SESAP através do sistema informatizado SALUX. Neste sistema fica registrado o pedido de medicamentos que o Hospital fez e o que foi efetivamente fornecido pela unidade central.

280. Aos solicitarmos cópias dos relatórios informativos dos pedidos, verificamos um baixo nível de atendimento. Há itens que não são atendidos e outros que são enviados em um número insuficiente para abastecer a farmácia hospitalar de acordo com sua demanda (ver Figura 9).

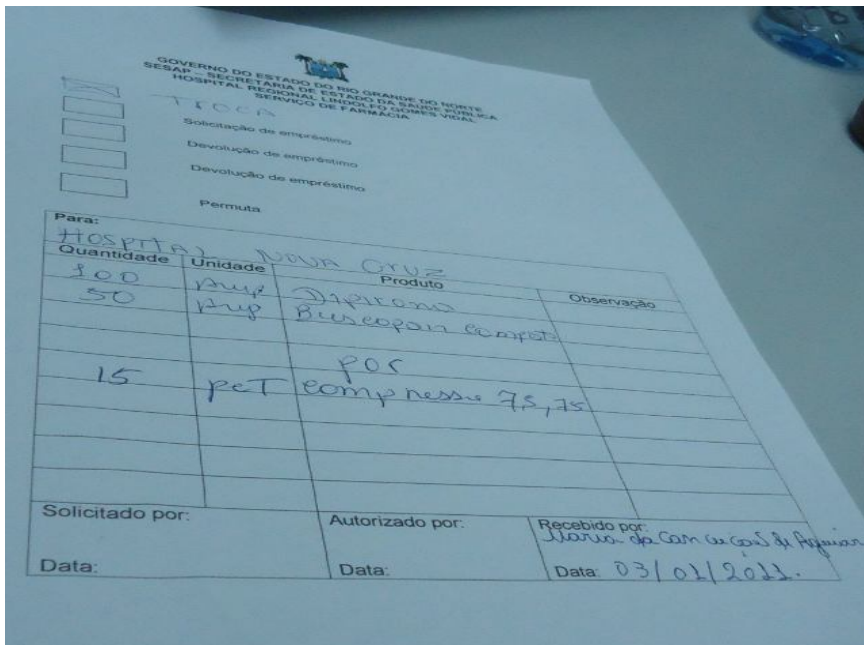
Figura 9 – Comprovante de entrega de Material/Medicamento.

Produto	U.A.	Qt. Solicitada	Produto	Qt. Entregue	Observação
2025 - AMITRIPTILINA 25MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 5.000,0000	048 - BIFERIDENO CLORIDATO 2MG	0,0000	F
2049 - BIFERIDENO, CLORIDATO 2MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 5.000,0000	049 - BIFERIDENO CLORIDATO 2MG	0,0400	5.000 - F
613 - BROMAZEPAM 3 MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 5.000,0000	1017590 - BIFERIDENO CLORIDATO 2MG	0,0300	F
2053 - BROMAZEPAM 3MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 5.000,0000	117 - CARBAMAZEPINA 300MG	0,0400	F
617 - CARBAMAZEPINA 300MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 5.000,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	0,0300	5.000 - F
615 - CARBAMAZEPINA 200MG/ML 100 ML	Sala: CONT Estante	Prateleira: FRIS 60,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	3,6100	F
2075 - CARBONATO DE LÍTRIO 300MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 600,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	0,0800	F
2112 - CLORAZEPAM COM 2MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 4.000,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	0,0300	F
608 - CLORPROMAZINA 40MG/ML 20 ML 400	Sala: CONT Estante	Prateleira: FRGT 20,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	2,0800	F
2120 - CODEINA + PARACETAMOL 7,5MG/30MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 1.000,0000	03000 - CARBAMAZEPINA 300MG	0,7000	F
616 - PARACETAMOL 1000MG	Sala: CONT Estante	Prateleira: COM 4.000,0000		0,0200	F

Fonte: Equipe de auditoria.

281. Por não possuírem autonomia financeira para recompor o estoque, os hospitais da rede chegam a recorrer a outras unidades hospitalares, trocando medicamentos que possuem em estoque por outros que estão completamente desabastecidos (ver Figura 10).

Figura 10 – Formulário de troca de Material/Medicamento.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 SESAP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
 HOSPITAL REGIONAL LINS DE VASQUEZ GOMES VIDAL
 SERVIÇO DE FARMÁCIA

Solicitação de empréstimo
 Devolução de empréstimo
 Devolução de empréstimo
 Permuta

Para: HOSPITAL NOVA CRUZ

Quantidade	Unidade	NOVA CRUZ Produto	Observação
100	amp	Diazepam	
50	amp	Buscopan compst	
15	pcT	comp nesse 75,75	

Solicitado por: _____ Autorizado por: _____ Recebido por: *Marcos da Costa de God. de Aguiar*
 Data: _____ Data: _____ Data: 03/02/2022

Fonte: Equipe de auditoria.

282. Houve relatos de casos graves como cirurgias que deixaram de ser realizados pela ausência de anestésico, obrigando o paciente a ser encaminhado a outra unidade hospitalar.

283. Em recente episódio foi divulgado na mídia o caso do médico que não teve como concluir uma cirurgia em face da falta de fio de aço. Casos como este, demonstram o quanto é grave o não abastecimento de forma satisfatória da Farmácia Hospitalar.

284. Conforme já exposto, grande parte dos Hospitais da rede da SESAP não possui autonomia orçamentária e financeira. A solicitação de medicamentos é feita diretamente a SESAP com periodicidade semanal ou mensal (dependendo do porte da unidade hospitalar) através de módulo específico no sistema SALUX. Desta forma, a compra de Medicamentos e similares é realizada de forma centralizada pela própria SESAP, ficando a distribuição a cargo da UNICAT. Vale salientar, que mesmo as unidades hospitalares que possuem alguma autonomia financeira realizam apenas compra de medicamentos que eventualmente não tenham sido atendidos pela unidade central.

285. Desse modo, percebe-se que a UNICAT é a responsável por avaliar e solicitar o quantitativo mínimo necessário para abastecer os hospitais da rede da SESAP. No entanto, a licitação e contratação são feitas pela Coordenadoria Administrativa da SESAP, ou seja, ocorre uma centralização administrativa, já que este setor é responsável por todas as compras e contratos realizados no âmbito da Secretaria.

286. Neste diapasão ocorrem diversos problemas operacionais. Em entrevista com a direção da UNICAT foi citado como exemplo desse problema a demora no processo licitatório, como em casos de processos administrativos que são devolvidos a UNICAT para responder questionamentos técnicos acerca das especificações medicamentosas, em virtude da ausência de farmacêuticos junto a quadro de pessoal da Coordenadoria Administrativa – COAD.

287. Desse modo pode-se apontar como causas para o baixo nível de atendimento e falta de medicamentos nos hospitais da rede da SESAP os seguintes:

- a) as unidades hospitalares e a própria UNICAT trabalham com uma programação inadequada das compras e pedidos de medicamentos;
- b) indefinição do que deve ser fornecido pela UNICAT e o que deve ser adquirido pelos hospitais;
- c) a UNICAT não atende integralmente os pedidos dos hospitais, fazendo com que tais unidades façam compras complementares;
- d) existências de falhas nos processos de registro de preço, e;
- e) centralização administrativa na COAD (SESAP) dos processos de licitação e contratação.

288. Foi ainda apontada pela SESAP (fl. 1529), ao comentar o Relatório Preliminar, como causa para o desabastecimento “a ausência de cronograma de pagamento por parte da SESAP aos fornecedores, devido ao não repasse do financeiro pela Secretaria de Planejamento”. Argüiu o gestor que a falta de cronograma ocasiona atrasos no pagamento aos fornecedores por mais de 90 dias e conseqüentemente a recusa em promover a entrega dos itens empenhados à UNICAT.

289. A programação inadequada, a indefinição sobre a responsabilidade do fornecimento, o não atendimento integral dos pedidos pela UNICAT, as falhas no registro de preços e demora na compra dos medicamentos e insumos acabam gerando desabastecimento nos Hospitais, comprometendo qualidade na prestação dos serviços e provocando a insatisfação dos usuários com reflexo na resolutividade dos hospitais.

290. De modo a tratar os problemas relacionados com as fragilidades apontadas no abastecimento de medicamentos e insumos recomenda-se à SESAP:

- desenvolver planejamento efetivo (programação sistematizada) para aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares, definindo de forma clara a periodicidade do ciclo de aquisição e distribuição, além de quais itens devem ser adquiridos pela UNICAT e quais devem ser adquiridos diretamente pelos hospitais que tem autonomia para tanto.
- rever processo de contratação por registro de preços para que sejam evitadas as ocorrências de falhas.
- rever estrutura de licitação na SESAP analisando a possibilidade da UNICAT vir a efetuar as licitações para aquisição de medicamentos.
- conferir relativa autonomia às unidades hospitalares para aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares para suprir necessidades imprevistas ou urgências.

291. Para as recomendações tratadas nesse subitem o gestor ponderou que está “realizando uma força tarefa na Secretaria com criação de comissões específicas para realização de padronização dos registros de preços para todos os itens” (fl. 1534), fato que vem a corroborar com as medidas propostas nas recomendações.

292. O planejamento efetivo para aquisição de medicamentos e insumos, a definição sobre as responsabilidades de fornecimento, uma melhor licitação com registro de preços e uma estrutura de licitação na UNICAT aliadas à relativa autonomia dos hospitais para suprir necessidades imprevistas são medidas que podem proporcionar um melhor atendimento, conferir maior dinamismo e qualidade nas compras, evitando problemas de fornecimento, conseqüentemente, de desabastecimento.

4.3.2 Fragilidades no processo de seleção de medicamentos

293. Como já foi colocado, o ciclo da Assistência Farmacêutica das Unidades Hospitalares tem como etapa inicial a seleção de medicamentos, trata-se de um momento de grande importância, pois é na seleção que se estabelece a relação de medicamentos que será disponibilizada na rede. Sobre essa etapa o Livro 7 do CONASS destaca:

A seleção tem por objetivo proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos e deve ser feita criteriosamente, não sendo tarefa a ser assumida por quem não domina a área. A disponibilidade de medicamentos no mercado, a constante introdução de

novos produtos, a influência da propaganda sobre a prescrição médica tornam fundamental uma seleção racional de medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficiência administrativa e uma adequada resolubilidade terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização de fármacos.

294. Nas visitas realizadas na Rede da SESAP constatou-se que os hospitais não possuem comissões de padronização para definição do elenco de medicamentos, apesar de alguns representantes participarem de Comissão de Assistência Farmacêutica na SESAP. Relatos dos profissionais das farmácias dos hospitais apontam para a falta de consenso sobre a utilização de alguns medicamentos.

295. Como causas dessa fragilidade dos hospitais na etapa de seleção dos medicamentos pode-se apontar a atuação incipiente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH de muitos hospitais e a falta de comissões de padronização para definição do elenco de medicamentos nos hospitais. Tal situação compromete a racionalização do uso de medicamentos, favorece a ocorrência de infecções hospitalares e reduz a capacidade resolutiva do hospital.

296. Nesse sentido, com o intuito de corrigir as falhas citadas, recomenda-se à SESAP:

- fortalecer a atuação das CCIH's nos hospitais da rede.
- criar comissões de padronização do elenco de medicamentos nos hospitais, definindo responsabilidades, produtos esperados, normas, critérios e metodologia para o desenvolvimento das atividades, além de periodicidade da revisão dos trabalhos.

297. Com relação às recomendações desse subitem o gestor informou que está sendo realizado um trabalho pela CECIH neste sentido, corroborando com o que foi proposto no Relatório Preliminar (fl. 1534).

4.3.3 Inadequação do controle de estoque dos medicamentos e materiais médico-hospitalares

298. Conforme estabelece a Política Nacional de Medicamentos compete ao gestor estadual receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

299. Em complementação a essa atribuição o Livro 7 do CONASS traz a seguinte orientação:

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e

conservação, controle de estoque e entrega dos produtos, garantindo a segurança e a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário.

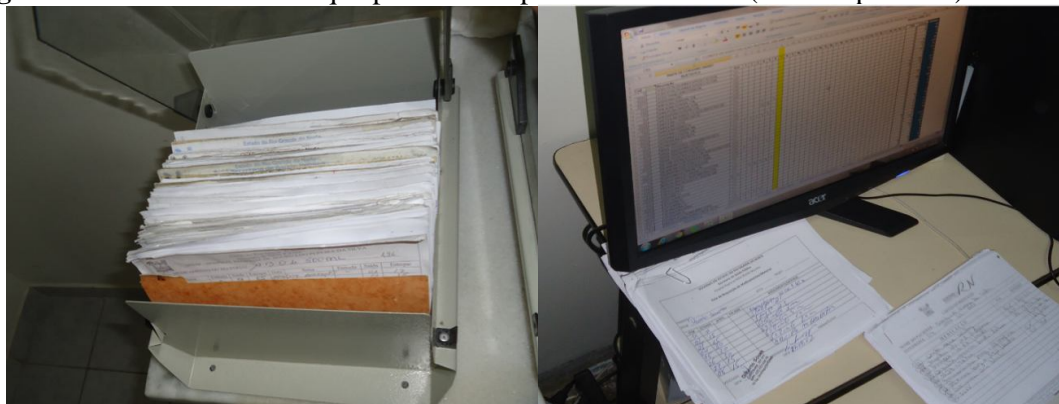
O gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo garante a preservação das características físico-químicas e microbiológicas dos produtos, para que possam produzir os efeitos desejados e evitando perdas que podem causar prejuízos financeiros ao Estado. Para que este objetivo seja alcançado, devem ser desenvolvidas algumas ações e procedimentos, entre os quais se destacam:

- a) Cumprimento das Boas Práticas de Armazenagem, incluindo limpeza e higienização; delimitação dos espaços destinados a estocagem, recebimento e expedição de medicamentos, minimizando o risco de trocas; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; entre outros.
- b) Qualificação do recebimento de medicamentos, melhorando os processos de conferência dos quantitativos, lotes e prazos de validade quando da separação dos produtos.
- c) Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que descrevam todas as atividades executadas.
- d) Existência de um sistema de controle de estoque de medicamentos que disponibilize informações gerenciais como balancetes, relatórios e gráficos.
- e) Melhoria da capacidade administrativa e da qualificação de pessoas para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada. A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades.

300. Além disso, o setor de Serviços de Saúde precisa seguir as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A RDC nº 33 dispõe que os serviços de saúde são responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final. Em outras palavras, é responsabilidade dos hospitais a correta destinação dos medicamentos vencidos.

301. A equipe de auditoria observou como fragilidade o fato de muitas farmácias hospitalares não possuírem um adequado sistema de controle de estoque ou de prazo de validade da medicação. Alguns servidores ainda utilizam o sistema de fichas e requisição manual numa arcaica tentativa de manter certo grau de controle sobre estoque (ver Figura 11).

Figura 11 – Controle de estoque por fichas e planilhas de Excel (sistema precário).



Fonte: Equipe de auditoria.

302. A falta de sistema informatizado dificulta também um levantamento estatístico sobre a necessidade de manter um estoque mínimo de determinado medicamento, bem como não é possível precisar a periodicidade de utilização do mesmo.

303. Além da aquisição de um sistema gerencial no âmbito da farmácia hospitalar, também é necessária a compra de equipamentos básicos como computadores e impressoras, bem como é de suma importância a realização de treinamentos entre os profissionais que atuam nessa área gerencial.

304. Atribui-se a inexistência de software de gestão hospitalar com funcionalidades para controle de estoques e a escassez de recursos como causas que contribuíram para essa situação. Porém, não se pode deixar de considerar certa inércia gerencial dos gestores envolvidos nessa questão. Há de se ressaltar o trabalho de alguns hospitais, como o caso do Hospital Infantil Maria Alice, que vem desenvolvendo esforços no sentido de organizar sua farmácia dentro das recomendações das normas.

305. A ausência de um sistema informatizado e um efetivo controle de estoque dos medicamentos contribui para a ocorrência das seguintes situações indesejáveis:

- a) não são geradas importantes informações gerenciais para conhecimento do perfil e acompanhamento do uso de medicamentos e materiais médico-hospitalares, bem como nível de atendimento da demanda;
- b) compromete a elaboração da programação de pedidos / compras de medicamentos e materiais por não apresentar histórico quantitativo de uso.
- c) dificulta o controle de validade e, portanto, contribui para o aumento das perdas;
- d) aumenta o risco de desvios, e;
- e) possibilita o grave risco de causar problemas em pacientes que venham a receber medicamentos fora da validade, podendo por em risco a própria vida.

306. Como medidas para combater o problema em questão recomendam-se à SESAP:

- implantar software de gestão hospitalar (SALUX ou alguma das soluções disponíveis no Ministério da Saúde) com funcionalidades para controle de estoques em toda a rede.
- promover capacitação e conscientização dos servidores dos hospitais para correta utilização e alimentação do software.

- recomenda-se, também, por uma questão de adequação ambiental, que o descarte de medicamentos vencidos esteja previsto na política de destinação de resíduos sólidos do Município. Assim, torna-se necessário que o Gestor responsável pela gestão hospitalar firme com o Prefeito Municipal parcerias no sentido de garantir um adequado tratamento ao descarte de medicamentos e outros expurgos hospitalares, que garanta a não poluição do meio ambiente e não coloque em risco a saúde da população.

4.4 Recursos financeiros

307. Um dos aspectos abordados neste trabalho é relativo aos recursos financeiros tendo em vista a importância e os problemas identificados na fase de planejamento da auditoria. Nesse sentido procurou-se investigar se os recursos financeiros alocados aos hospitais da rede da SESAP são suficientes ao seu pleno funcionamento, e sua aplicação está se dando de forma racional. Para tanto foram realizadas análises e correlações entre os recursos disponibilizados à rede estadual de saúde, a produtividade das unidades analisadas, os custos dessas unidades e o nível de eficiência das mesmas, como também o que diz a literatura atual sobre o assunto.

4.4.1 Deficiência na fase de planejamento da proposta orçamentária da SESAP

308. Na Administração Pública o processo de planejamento é fundamental para que os recursos públicos sejam aplicados de forma eficiente, eficaz e que produzam os resultados esperados pela sociedade. A elaboração do orçamento deve atender aos princípios e diretrizes estabelecidos na CF, Lei 4.320, LRF, bem como técnicas de custos consideradas nas práticas contábeis e gerenciais.

309. No âmbito público sempre que falamos em planejamento devemos correlacionar três instrumentos básicos, a saber: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei de Orçamento Anual (LOA). Esse último instrumento, constitui-se em uma lei em sentido formal que traz instrumentos de planejamento (programas e ações) cujo objetivo é operacionalizar o que foi definido no PPA e na LDO e contribuir para a solução de problemas, proporcionando benefícios para toda a coletividade. Na LOA de 2012

as principais ações que impactaram diretamente os hospitais da rede SESAP foram as descritas no Quadro 16.

Quadro 16 – Principais ações relacionadas com os hospitais na LOA 2012.

AÇÃO	OBJETIVO	VALOR (R\$)
20950 – Manutenção das Unidades Administrativas de Saúde	Operar e manter os serviços de referência estadual, buscando a manutenção das unidades da rede própria da SESAP	128.985.000,00
25840 – Manutenção e funcionamento	Assegurar os meios necessários à cobertura das despesas de pessoal, administrativas e operacionais	749.830.000,00

Fonte: LOA 2012.

310. Para sabermos se os recursos financeiros destinados à SESAP e às unidades de saúde são suficientes ao atendimento das necessidades, inicialmente precisamos entender como é produzido o orçamento da SESAP, e como os hospitais planejam as suas necessidades que constarão no orçamento consolidado da Secretaria Estadual.

311. Nesse sentido, foi solicitada à Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP a sistemática de elaboração do orçamento anual daquela Secretaria de Saúde do RN, bem como a utilização de informações oriundas dos hospitais para a composição da peça orçamentária, em especial a previsão das necessidades dessas unidades hospitalares.

312. Em resumo, sobre a forma de planejamento e composição do orçamento anual, a Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP através do Ofício nº 110/2012-COF, informou o descrito a seguir.

313. Quanto à previsão das receitas - após efetuados no âmbito da SESAP os levantamentos necessários, em especial dos recursos oriundos de convênios e blocos de financiamento fonte 160/181- essas informações são encaminhadas à SEPLAN a qual as consolidada e junto com outras fontes de recursos, principalmente fonte 100 (recursos ordinários) gera a previsão orçamentária da SESAP, na forma a seguir discriminada:

- a) dos recursos do tesouro estadual (fonte 100) advindos das receitas de impostos e demais transferências constitucionais e legais conforme previsão na EC 29/2000, aproximadamente 12% desses recursos são destinados a compor o orçamento da SESAP. Cabe lembrar que por força de dispositivo constitucional o Estado é obrigado a aplicar no mínimo 12% das receitas previstas nos arts. 155, 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, CF/1988, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. Geralmente o Estado do RN cumpre esse limite, ficando acima

desse percentual (em 2011 o governo estadual aplicou 15,57% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, ficando acima dos 12% estabelecidos pela EC 29/2000).

- b) recursos oriundos de Convênios/Contratos de Repasse fonte 181: a tendência é que esse tipo de recurso diminua ao longo do tempo, em virtude da mudança de política que o Ministério da Saúde vem adotando; Essa fonte de recurso corresponde a menos de 1% da composição do orçamento da SESAP.
- c) recursos originários do Ministério da Saúde fonte 160, recursos vinculados, ou seja, só podem ser utilizados em ações específicas. Corresponde aos recursos conhecidos por Blocos de Financiamentos, atualmente são compostos por cinco blocos, a saber: Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde e Investimento. Esses recursos são utilizados em ações específicas, tais como: aquisição de medicamentos, consultas médicas, vacinação, estratégia para organização da atenção básica nos municípios, ações estratégicas ou emergenciais, transplantes e outros procedimentos; e
- d) como outras fontes de recursos identificadas tem-se a 121 e 122, ambas provenientes da cota parte de royalties.

314. Quanto ao planejamento para a composição das despesas que serão fixadas na peça orçamentária, em especial a previsão das necessidades dos hospitais, a Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP informou que as unidades de referência e hospitais enviam pouquíssimas informações sobre suas necessidades à SESAP.

315. Informou ainda que a Coordenadoria dos Hospitais e Unidades de Referência (COHUR) não dispõe de um centro de custos que auxilie na elaboração da proposta orçamentária, tampouco possibilita as referidas unidades e hospitais a elaborarem uma previsão da real necessidade das mesmas.

316. Dessa forma, segundo a Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP, quanto à fixação das despesas na peça orçamentária é adotado o critério das despesas empenhadas no exercício anterior, bem como os valores transferidos através de Nota de Provisão para os hospitais que dispõem de “autonomia administrativa e financeira”.

317. Essa ausência de planejamento do que será necessário no ano seguinte resulta em diversos problemas tais como: desabastecimento de itens básicos, falta de medicamentos,

material de escritório e outros insumos elementares ao bom funcionamento de uma unidade de saúde, aquisição de bens e serviços sem prévio empenho.

318. Ocorre que na elaboração do orçamento da SESAP não há, nem por parte da SESAP nem pela maioria dos hospitais da rede, um planejamento das reais necessidades, acarretando no momento da execução orçamentária um abismo entre a quantidade de recursos disponíveis e as reais necessidades das unidades hospitalares, em especial as de manutenção e investimento.

319. Nesse sentido observou-se que no ano de 2012 a SESAP solicitou à SEPLAN a suplementação orçamentária no montante de R\$ 100.649.492,15 (cem milhões seiscentos e quarenta e nove mil quatrocentos e noventa e dois reais e quinze centavos), no entanto somente foi autorizada a suplementação de 63.440.150,09 (sessenta e três milhões quatrocentos e quarenta mil cento e cinquenta reais e nove centavos). O fato demonstra que a falta de integração no planejamento para elaboração do orçamento resultou em uma peça orçamentária subestimada conforme ficou evidenciado pelas posteriores suplementações.

320. Essa forma de construção e posterior operacionalização dos recursos da SESAP provavelmente não é a mais adequada, pois em anos de grande limitação de recursos, como foi o ano de 2010, a base de valor (empenhos emitidos) que servirá para a composição do orçamento do ano seguinte não corresponderá as reais necessidades. No entanto, sabe-se que na prática essa forma de elaborar as peças orçamentárias é utilizada pela maioria dos entes.

321. Pode-se atribuir como causas para a deficiência no planejamento na fase da elaboração da proposta orçamentária a baixa articulação entre as unidades hospitalares e a SESAP e entre esta e a SEPLAN. Contribui ainda para essa deficiência a ausência de um sistema de custos que possibilite mensurar com razoável segurança o montante de recursos necessários ao cumprimento da missão desses hospitais.

322. Assim, recomenda-se à SESAP:

- promover uma maior articulação entre a Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP e os hospitais da sua rede na fase de elaboração da proposta orçamentária, como também busque junto à SEPLAN uma maior integração na construção de seu orçamento anual;
- adotar sistema de custos que possibilite mensurar com razoável segurança o montante de recursos necessários ao cumprimento da missão dos hospitais, em especial a previsão para custeio e investimento.

323. Com relação a esse último subitem, o gestor informou que está “tentando realizar um monitoramento dos custos de cada unidade, através de uma comissão da

COHUR” (fl. 1534). Com isso pretende-se obter um consolidado trimestral de custos para análises internas da SESAP, no entanto, tal ação não substitui a adoção de um sistema de custos, mantendo-se o proposto no Relatório Preliminar.

324. Dessa forma, espera-se que adotando as medidas recomendadas com um planejamento detalhados de suas reais necessidades, quantificando-as de forma adequada por meio de um sistema de custos, em especial as de manutenção, será possível construir uma peça orçamentária que se aproximará da real necessidade das unidades hospitalares.

4.4.2 Alto nível de despesas com pessoal

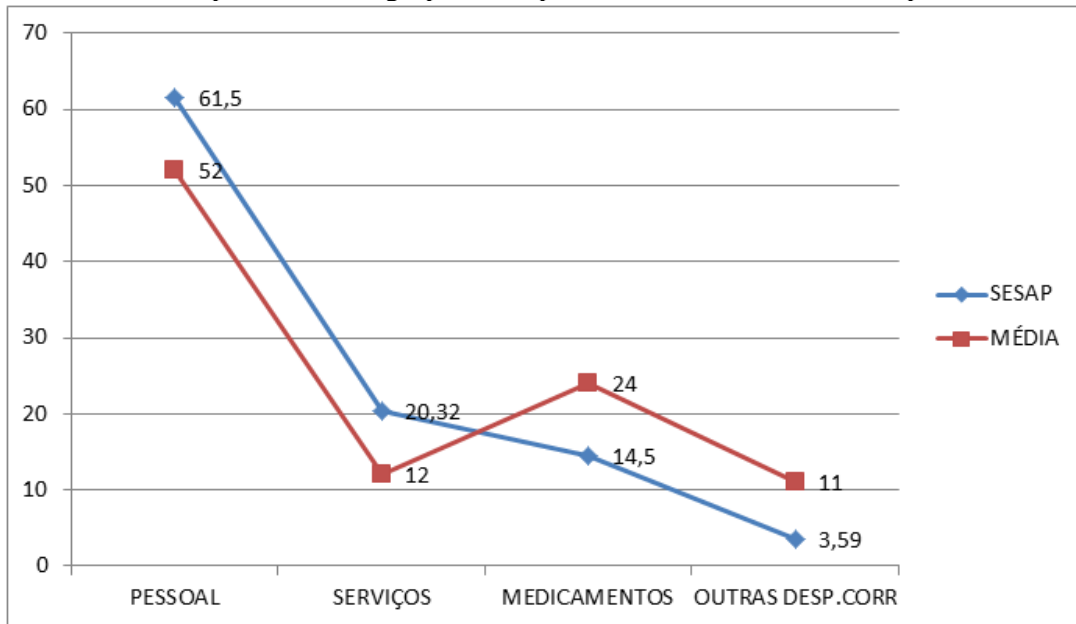
325. Estudos de La Forgia (2009, p.41), para o Banco Mundial, indicam que o gasto médio de unidades hospitalares, inclusive em países de 1º mundo, se distribui geralmente da seguinte forma: cerca de 52% com pessoal, e ao se incluir os gastos com pessoal terceirizado, tais como: limpeza, segurança, lavanderia e outros serviços, o custo total com mão de obra alcança 64%. Já os gastos com suprimentos médicos e medicamentos atingem uma média de 24%; ficando o restante de 12% direcionado à (água, luz, transporte e outros gastos correntes e investimentos).

326. Considerando o ano de 2011 como referência, os gastos da SESAP tiveram o comportamento abaixo descrito:

- a) pessoal SESAP: 62%;
- b) terceirização e Serviços SESAP: 20%;
- c) suprimentos médicos e medicamentos SESAP: 11%, e;
- d) outras despesas correntes e investimento: 7%.

327. A qualidade do gasto da SESAP apresenta distorções significativas em relação aos apresentados no estudo do Banco Mundial (Gráfico 6). Nesse sentido, destaca-se a alta concentração de gastos na área de pessoal com uma forte tendência a elevação, ademais merecem atenção dois pontos: primeiro, o gasto com serviços de terceirização e outros serviços como o de pessoas física e jurídica que chegam a consumir cerca de 21 % do orçamento da SESAP, enquanto a média ideal seria de 12%. Não menos preocupante é a média de gasto com medicamentos e suprimentos medicamentosos, nesse ponto a SESAP gastou no ano de 2011 apenas 11% dos seus recursos, enquanto que a média do estudo seria próximo de 24%.

Gráfico 6 – Comparativo entre grupo de despesas SESAP x Média dos hospitais.

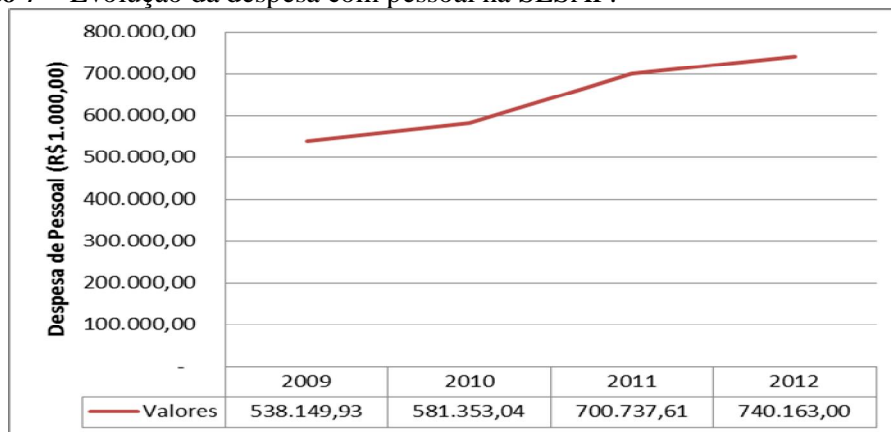


Fonte: Equipe de Auditoria. SESAP e La Forgia; Couttolenc (2009).

328. Essa composição de gastos da SESAP em que se privilegiam as despesas com pessoal e serviços, os quais juntos chegam a consumir 80% do orçamento, comprometem em certa medida o fornecimento de medicamento, insumos básicos e ainda irradiam negativamente na manutenção e no nível de investimento na saúde estadual.

329. Por outro lado verificou-se que a despesa com pessoal sofreu um incremento significativo no ano de 2011, em decorrência de reajustes concedidos conforme Gráfico 7.

Gráfico 7 – Evolução da despesa com pessoal na SESAP.



Fonte: Equipe de Auditoria. SIAFI.

330. Apontam-se como causas que contribuíram para esse quadro de despesas o crescimento vegetativo da folha de pessoal bem como reajustes concedidos nesses anos.

331. Os altos percentuais relativos dessas despesas provocam o comprometimento da capacidade de investimento e manutenção, bem como dificuldade de convocar servidores concursados para preenchimento dos cargos vagos.

332. O elevado percentual dessas despesas deve ser objeto de análise por parte da SESAP para o que se recomenda àquela Secretaria de Estado:

- rever a necessidade dos contratos de prestação de serviços em execução, com vistas a redimensionar a real necessidade da SESAP, inclusive para futuras contratações, e;
- realizar auditoria na folha de pessoal de modo a evitar despesas indevidas.

333. Sobre esse tópico, o gestor, apresentou as considerações constantes do Memorando 062/2013 do Sistema Estadual de Auditoria – SEA/SESAP/RN (fls. 1527/1528), nas quais corrobora com a necessidade de auditoria na força de trabalho terceirizada por intermédio das diversas Cooperativas médicas ou Clínicas especializadas, “fato que reflete ao final na folha de pagamento da SESAP/RN, uma vez que parte daqueles médicos cooperados, também, são servidores efetivos do Quadro daquela Secretaria de Estado”.

334. Enfatiza ainda, com base nas auditorias realizadas pelo SEA, a necessidade de alteração da rotina e atribuições das áreas que cuidam do controle e execução das Escalas de Plantões Médicos e folha de pagamento dos servidores efetivos no âmbito da SESAP, sugerindo a necessidade de contratação de empresa especializada em auditoria de folha de pagamento, bem com dar início a processo de unificação/uniformização no controle das escalas Médicas de planta; da conta “Plantões Médicos Eventuais”; “Plantões Eventuais” e outras rubricas da citada folha da SESAP, passando a responsabilidade desta unificação para a Coordenação de Recursos Humanos/Sub-Coordenadoria da Folha de Pagamento sem a interveniência da Coordenação das Unidades Hospitalares – COHUR.

335. As considerações trazidas no bojo dos comentários ofertados pelo gestor se coadunam não só com as recomendações consignadas no presente tópico como também em tópicos anteriores, razão pela qual tais recomendações são mantidas.

336. Espera-se com essas medidas possíveis economias nessas despesas que deveriam estar situadas em percentuais próximos às médias dos hospitais apontadas na literatura técnica que trata desse assunto.

4.4.3 Baixo aproveitamento de recursos de fontes externas

337. Uma parte considerável do orçamento da SESAP, cerca de 20%, advém de transferências da União para o Estado por meio da fonte 160, esses recursos federais destinam-se a ações e serviços de saúde organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

338. Por se tratar de quantias relevantes para a SESAP que causam impacto nos hospitais a auditoria buscou avaliar em que medida esses recursos estão sendo utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do RN. Nesse sentido, com base nos valores repassados à SESAP no ano de 2012, através desses blocos de financiamentos (fonte 160), foi verificada a situação da execução orçamentária e financeira desses recursos em 2012 de forma resumida conforme Quadro 17.

Quadro 17 – Recursos oriundos da fonte 160 (2012).

Execução orçamentária e financeira da SESAP em 2012 com recursos oriundos da fonte 160						
Previsão Orçamentária	empenhados	liquidados	Pagos	Transferência da união	Recursos não utilizados	% de Recursos não utilizados
R\$ 280.000.000,00	R\$ 176.120.876,99	R\$ 129.430.871,36	R\$ 125.286.163,67	R\$ 252.385.579,10	R\$ 76.264.702,11	30,22%

Fonte: Equipe de Auditoria. FNS e SIAF.

339. Conforme visualizado acima, no ano de 2012 a SESAP deixou de utilizar no mínimo R\$ 76.264.702,11 (setenta e seis milhões duzentos e sessenta e quatro mil setecentos e dois reais e onze centavos) em ações de saúde, tais como: pequenas cirurgias, consultas médicas, saúde bucal, transplantes, ações estratégicas ou emergenciais e outros.

340. Com vistas a um melhor embasamento sobre a utilização desses recursos, bem como a de Convênios e outros instrumentos de captação de recursos de fonte externa à SESAP, foi solicitado à Coordenadoria de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde (CPCS) o histórico da movimentação financeira e aplicação de todos esses recursos até o ano de 2012. Solicitou-se ainda, a identificação dos responsáveis por cada projeto/ação a qual está vinculado cada um desses recursos, com o intuito de verificar quais os fatores que estão impedindo a plena execução dos projetos e ações operacionalizados através de recursos externos (entenda-se recursos da União fonte 160 e 181).

341. Tendo em vista a fragilidade nos controles por parte da SESAP, a análise desses recursos de forma mais detalhada ficou prejudicada. Apesar disso, verificou-se a existência de saldos em valores relativamente expressivos em vários blocos de financiamento.

342. Atribui-se à deficiência na capacidade técnica da SESAP para executar os projetos e controles das ações referentes a esses recursos como sendo a principal causa do seu subaproveitamento.

343. A deficiência apontada tem como consequência, entre outras, a perda de recursos por parte da SESAP e prejuízo no desenvolvimento de ações de saúde como: pequenas cirurgias, consultas médicas, saúde bucal, transplantes, ações estratégicas ou emergenciais e outros.

344. Como medidas aplicadas a sanar essa deficiência recomenda-se à SESAP adotar as seguintes providências:

- adotar controle e gerenciamento mais efetivo dos recursos da fonte 160;
- promover a delimitação de responsabilidade dos gestores dos projetos e ações relacionados a esses recursos;
- adotar monitoramento dos resultados alcançados, com a utilização desses recursos.

345. Ao comentar sobre esse tópico o gestor informou que “foi criado um grupo de trabalho permanente para monitorar a programação das ações previstas com recursos da Fonte 160, com base na programação anual, em fase de elaboração” (fl. 1537).

346. Isso reforça as medidas recomendadas nesse subitem, que com sua implementação poderá obter um melhor aproveitamento dos recursos da fonte 160, além dos benefícios decorrentes da sua aplicação.

4.4.4 Repasse financeiro insuficiente para o cumprimento das obrigações da SESAP com reflexo nos hospitais

347. Com base no artigo 8º da LC 101/2000 (LRF) o poder executivo até 30 dias após a publicação da LOA estabelecerá a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.

348. Nesse sentido, para fins de programação financeira no ano de 2012 foi editado o Decreto Estadual nº 22.561 de 10 de fevereiro de 2012, o qual estabeleceu a programação de desembolso dos recursos financeiros a serem repassados. Para fins de custeio (anexo II) esse

decreto previu para o Fundo de Saúde do RN um montante inicial da ordem de R\$ 160.057.000,00 (cento e sessenta milhões e cinquenta e sete mil reais).

349. Com o propósito de avaliar se o cumprimento do cronograma de desembolso financeiro ocorreu conforme previsto foi verificado por meio do SIAFI o fluxo de repasse financeiro entre a SEPLAN e a SESAP no ano de 2012 para fins de custeio.

350. A análise do fluxo financeiro demonstrou que a SESAP recebeu do governo do Estado para fins de custeio o montante de R\$ 201.483.043,30 (duzentos e um milhões quatrocentos e oitenta e três mil quarenta e três reais e trinta centavos). Porém, os demonstrativos de despesas mensais fornecidos pela SESAP indicam uma necessidade de recursos da ordem de R\$ 23.052.433,48 (vinte e três milhões cinquenta e dois mil quatrocentos e trinta e três reais e quarenta e oito centavos), que perfaz ao ano um total de R\$ 276.629.201,76 (duzentos e setenta e seis milhões seiscentos e vinte e nove mil e duzentos e um reais e setenta e seis centavos).

351. Desse modo, algumas observações devem ser feitas quanto aos repasses realizados a SESAP pela SEPLAN, quais sejam:

- a) dos R\$ 201.483.043,30 (duzentos e um milhões quatrocentos e oitenta e três mil quarenta e três reais e trinta centavos) repassados, R\$ 48.788.625,89 (quarenta e oito milhões setecentos e oitenta e oito mil seiscentos e vinte e cinco reais e oitenta e nove centavos) foram destinados ao pagamento de Restos a Pagar do ano de 2011, ou seja, restou apenas R\$ 152.694.417,41 (cento e cinquenta e dois milhões seiscentos e noventa e quatro mil quatrocentos e dezessete reais e quarenta e um centavos) para que a SESAP cumprisse suas obrigações de manutenção;
- b) considerando ainda que foi autorizado a suplementação no orçamento da SESAP para custeio de mais R\$ 43.731.550,09 (quarenta e três milhões setecentos e trinta e um mil quinhentos e cinquenta reais e nove centavos), passando o montante previsto para despesas com custeio da SESAP ao valor total de R\$ 203.788.550,09 (duzentos e três milhões setecentos e oitenta e oito mil quinhentos e cinquenta reais e nove centavos); observa-se que houve um desequilíbrio financeiro de R\$ 51.094.132,68 (cinquenta e um milhões noventa e quatro mil cento e trinta e dois reais e sessenta e oito centavos);

- c) mesmo com a suplementação verificou-se que a necessidade real para custeio da SESAP ainda foi insuficiente, com base na previsão de despesas levantadas pela própria SESAP;
- d) outra observação diz respeito ao montante inscrito em restos a pagar, podendo-se perceber que durante o exercício grande parte dos repasses foram consumidos em cada mês para pagamento dessas despesas;
- e) some-se às observações anteriores, que não houve nenhum repasse efetuado nos meses de janeiro e fevereiro para as despesas de custeio.

352. As causas que podem ser atribuídas aos problemas com o repasse para custeio da SESAP estão relacionadas, sobretudo com a fragilidade no planejamento orçamentário, gerenciamento financeiro por parte da SEPLAN e SESAP e a prática de inscrição de elevado valor em restos a pagar.

Quadro 18 – Recebimento de recursos financeiros (fontes 100/121/122/190) para custeio da SESAP (2012).

Anexo Custeio 2	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	TOTAL
Restos a Pagar	4.287.365,58	10.443.811,94	7.377.516,56	7.850.000,00	8.484.862,59	3.200.000,00	7.065.230,79	-	-	68.398,43	21.440,00	-	48.788.625,89
Despesas do Mês			7.130.363,71	8.278.703,05	12.218.056,25	5.832.039,09	5.541.394,15	5.654.617,01	2.882.274,70	5.021.638,67	3.281.461,93	4.347.423,67	60.185.972,23
Desp. de Meses Anteriores			4.106.866,13	3.367.460,50	11.147.941,80	3.310.458,98	12.867.568,37	5.564.081,27	13.632.937,13	10.611.993,56	9.739.185,08	13.364.361,11	87.712.853,93
Desp.Exerc. Anteriores			2.973.161,59	-	-	-	1.822.429,66	-	-				4.795.591,25
Total Geral	4.287.365,58	10.443.811,94	21.587.907,99	19.494.163,55	31.850.860,64	12.342.498,07	27.286.622,97	11.218.698,28	16.515.211,83	15.702.030,66	13.042.087,01	17.711.784,78	201.483.043,30

Fonte: Equipe de Auditoria. SIAFI.

353. A falta dos repasses financeiros conforme o previsto ocasiona atraso no pagamento de fornecedores, comprometimento dos recursos do exercício com o pagamento de restos a pagar com suas consequências na prestação de serviço e fornecimento de insumos necessários ao funcionamento dos hospitais.

354. Como forma de buscar solucionar essa problemática, recomenda-se à SESAP:

- efetuar rigoroso levantamento dos valores mensais necessários ao atendimento do funcionamento das unidades daquela secretaria, demonstrando detalhadamente essas informações à SEPLAN, levando em conta o planejamento do orçamento e observando a rede hospitalar;
- estabelecer práticas gerenciais no controle financeiro de fluxo de repasses recebidos e contas a pagar, com base no cronograma de desembolso

financeiro e nas previsões de despesas mensais, observando a rede hospitalar.

355. Ao comentar esse tópico a SESAP informou que “o grupo de gestão de financiamento composto por membros da COHUR, CPCS, COF, COAD, CGC está realizando um estudo para levantar os dados necessários com o intuito de informar à Secretaria de planejamento” (fl. 1534).

356. Igualmente, recomenda-se à SEPLAN:

- na fase de elaboração da proposta orçamentária anual solicitar à SESAP a previsão detalhada de todos os custos necessários ao funcionamento da sua rede hospitalar;
- buscar cumprir o cronograma de desembolso financeiro de modo a evitar desequilíbrios financeiros na pasta da saúde;
- buscar reduzir o montante inscrito em restos a pagar;
- criar e implementar um cronograma de desembolso financeiro para pagamentos de restos a pagar;
- transferir nos meses de janeiro e fevereiro recursos para pagamento de despesas do exercício relativas a custeio.

357. Vislumbra-se com as medidas propostas, além de um orçamento melhor elaborado que possa refletir melhor as necessidades das unidades hospitalares, práticas orçamentárias recomendáveis e evitar problemas de solução de continuidade.

4.5 Tecnologia da Informação

358. A utilização da Tecnologia da Informação (TI) para aprimorar a efetividade das políticas públicas e da prestação de serviços públicos está sendo cada vez mais aplicada. Uma boa gestão de TI pode contribuir de maneira determinante no aprimoramento, agilidade e controle de processos, na redução de custos, na coleta e tratamento de informações, na transparência dos programas e ações, etc.

359. No contexto da rede hospitalar, cabe considerar, dois aspectos, desde a “gestão de pacientes” (prontuário eletrônico) até aspectos administrativos (controle de estoque, farmácia, controle de leitos, etc). Segundo Galvão e Sawada (1996), a informatização de ambos contribui para o gerenciamento global, redução de custos, rapidez na obtenção de informações, racionalização de serviços e recursos humanos, segurança e precisão das informações, aumento na qualidade dos serviços, levantamento de dados para pesquisa,

melhor avaliação dos serviços, ou seja, contribui significativamente para o aperfeiçoamento dos serviços hospitalares.

360. Especificamente em relação ao setor público, “os meios tecnológicos têm uma contribuição imensurável a dar para a eficiência da prestação do serviço de saúde. O acesso às consultas e às internações poderá ser mais bem fiscalizado pelo cidadão por intermédio de meios eletrônicos...”⁵, colaborando para a transparência do setor público e para o controle da produtividade.

361. Desta maneira, torna-se imprescindível, que uma auditoria operacional, que se concentra na análise da eficácia, eficiência e economicidade, considere questões relacionadas à gestão dos recursos de TI e da sua utilização para garantir o alcance dos objetivos estratégicos da organização.

362. No que diz respeito, especificamente, à auditoria em questão, faz-se necessário analisar se a SESAP e as Unidades Hospitalares possuem uma capacidade informacional mínima para o cumprimento de sua missão institucional e se tem ocorrido uma utilização racional destes recursos. Por capacidade informacional mínima entendem-se os recursos de TI: aplicativos, informações, infraestrutura e pessoas⁶.

363. Neste contexto, foram analisadas questões concernentes à estrutura, ao planejamento e a governança de TI, de maneira a verificar a sua adequação às necessidades organizacionais. Ademais, avaliações a respeito dos objetivos, das metas e da capacidade operacional, bem como, aspectos relativos ao atendimento das demandas e à qualidade dos serviços prestados pela área de TI à SESAP e às Unidades Hospitalares foram realizadas.

364. Para análise foram solicitados documentos, aplicados questionários, realizadas visitas in loco e entrevistas com os servidores. Foi realizada, ainda, uma breve entrevista e solicitado documentos a Gerente de Projetos, da empresa SALUX, responsável pelo sistema de gestão hospitalar, Cristina Emerenciano.

365. Foram utilizadas como referências normas internacionalmente aceitas como COBIT (Control Objectives for Information and related Technology) 4.1, NBR ISO/IEC 27001, NBR ISO/IEC 27002, ITIL (Information Technology Infrastructure Library) V3, PMBOK (Project Management Body of Knowledge), Norma TIA/EIA-568-A. Dentre estas normas, o COBIT 4.1, mantido pelo ISACA (Information Systems Audit and Control Association), foi amplamente utilizado. Este framework fornece um guia de boas práticas em

⁵ Processo nº 03682/TCERO-2011, pag. 16.

⁶ COBIT 4.1.

governança de TI, independente das plataformas adotadas e do tipo de negócio e é adotado pelo TCU nas suas auditorias de gestão.

366. Adicionalmente foram utilizadas as legislações vigentes, acórdãos, instruções e manuais expedidos pelo TCU (Tribunal de Contas da União). O uso das normas expedidas a nível federal visa suprir a ausência de legislação estadual concernentes a TI no Estado do Rio Grande do Norte.

4.5.1 Localização inadequada da área de TI na estrutura organizacional da SESAP

367. No que diz respeito à estrutura organizacional, verifica-se que o atual posicionamento da TI, como uma subcoordenadoria (Subcoordenadoria de Informação e Informática - SUININ) da Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviço de Saúde, dificulta a execução de suas atividades, não permitindo uma atuação independente e nem proporcionando a autoridade necessária à execução das suas atribuições.

368. Os documentos (organograma disponível no site da SESAP) apresentados e as entrevistas realizadas evidenciaram claramente que a SUININ possui, ainda, uma posição operacional dentro da SESAP, desalinhada com a alta direção. Suas ações são apenas reativas, não possuindo atuações significativas a nível estratégico.

369. Adicionalmente, verificou-se que algumas ações diretamente relacionadas à tecnologia, como aquisição de material ou decisões relativas ao uso de sistemas, não são discutidas com a SUININ. Desta maneira, o planejamento e a gestão de recursos ficam comprometidos.

370. A ausência de centralização acarreta ações pulverizadas e ineficazes que não atingem seus objetivos devido à falta de visão sistêmica da TI. Assim, grandes esforços são despendidos para que se atinjam benefícios pontuais, implicando na ineficiência de todo o processo.

371. Acarreta, ainda, o comprometimento do apoio da TI aos processos gerenciais aos processos operacionais. Desta forma, os serviços de TI não contribuem de forma significativa nem a nível estratégico e nem a nível operacional, acarretando falhas no apoio desta aos processos gerenciais, como a geração de indicadores, e falhas nos processos operacionais, como os processos de gestão hospitalar.

372. Esta situação é resultado da visão limitada dos gestores em relação a TI e do desconhecimento desta área como estratégico para a instituição.

373. Conforme propõe o Cobit 4.1, em seu processo Definir os Processos, Organização e Relacionamentos de TI, para que a TI atue de forma eficiente com foco nos objetivos do negócio, é preciso que seu posicionamento na estrutura geral organizacional considere a sua importância para a estratégia de negócio. Para isso, o departamento de TI deve estar localizado próximo à alta direção, possibilitando uma comunicação efetiva entre a TI e a Direção e uma atuação em um patamar estratégico.

374. A adequação organizacional proporcionará uma maior integração, centralizará as decisões e ações gerenciais da TI, facilitando o seu planejamento. Além disso, fornecerá a TI a autoridade e independência necessárias à realização das suas atividades.

375. A TI melhorará, também, os seus processos operacionais, principalmente no que diz respeito aos processos destinados a apoiar as unidades hospitalares. Isto porque atuando de maneira estratégica, a TI deverá atuar de forma planejada, contribuindo para os objetivos organizacionais.

376. Diante disso, recomenda-se que a SESAP realize um estudo de forma que a sua estrutura organizacional seja revista, adicionando à TI um papel estratégico, focado no negócio e alinhado com metas organizacionais.

4.5.2 Ausência de um Plano Estratégico para TI (PDTI – Plano Diretor de Informática)

377. Quanto ao plano estratégico de TI (PDTI – Plano Diretor de Informática), foi encaminhado, pelo subcoordenador da SUININ, um documento com esse título. No entanto, a análise do documento evidenciou que esse não possui características de um plano estratégico de TI. Entre as principais falhas do plano apresentado estão:

- a) não existência de um plano estratégico institucional ao qual o PDTI deve estar alinhado.
- b) não indicação do instrumento de planejamento que foi utilizado para a elaboração do PDTI (já que não existe um plano estratégico institucional).
- c) a ausência de um estudo acerca dos recursos e das necessidades de tecnologia e informação da instituição.
- d) ausência de definição de estratégias, ações, prazos, recursos financeiros, recursos humanos e materiais para um determinado período.
- e) a ausência de conhecimento e de aprovação da alta direção.

378. Esta ausência de planos estratégicos vai de encontro ao princípio da eficiência, enunciado no Art. 37, CF/88, ocasionando ações descoordenadas e pouco produtivas.

Especificamente, em relação a TI não existe qualquer documento que enuncie quais as atividades a serem executadas a longo, médio e curto prazo que tenham sido acordadas e aprovadas pela alta direção e pelos responsáveis pela área.

379. Desta forma, não se pode conciliar ações da área de TI com a estratégia da instituição, acarretando um alto risco de que essa não consiga atuar de forma eficiente no atingimento dos seus objetivos finalísticos.

380. Esta situação influencia significativamente o processo de informatização hospitalar, visto que ações com este fim não são planejadas, sendo executadas de forma ineficiente. Isto pôde ser observado nas diversas visitas *in loco* aos hospitais, nas quais foram verificadas falhas no planejamento: hospitais sem infraestrutura adequada para implantação de sistemas já adquiridos, implantação de sistemas sem o suporte adequado, entre outras.

381. Conforme propõe o COBIT 4.1, em seu processo Planejamento Estratégico de TI, o plano estratégico de TI tem como objetivo definir os requisitos de negócio que serão traduzidos em ofertas de serviços de TI e fornecerão transparência e entendimento dos custos, benefícios, estratégias, políticas e níveis de serviço. Este plano garantirá o completo alinhamento entre as estratégias institucionais e as ações desenvolvidas pela TI.

382. Espera-se que com a criação do plano estratégico de TI (PDTI), os requisitos de negócio sejam traduzidos em serviços de TI, que ocorra a transparência e entendimento dos custos de TI, que as ações da TI estejam alinhadas com o negócio e que sejam planejadas, possibilitando a efetiva informatização das unidades hospitalares.

383. Recomenda-se, desta maneira, que sejam desenvolvidas ações para o desenvolvimento de um plano estratégico institucional e, após a criação deste plano, ações para o desenvolvimento de um plano estratégico de TI. Para isto sugere-se a utilização do COBIT 4.1 (processo PO1 - Planejamento Estratégico de TI), acórdãos nº 758/2011 do Tribunal de Contas da União (TCU) e o guia de elaboração de PDTI do SISP (Sistema de Administração de Recursos de Tecnologia da Informação).

384. O acórdão nº 758/2011 do Tribunal de Contas da União recomendou inúmeras mudanças no Ministério das Relações Exteriores, especificamente em relação ao desenvolvimento do plano estratégico, o item 9.1.5 recomendou o aperfeiçoamento do processo de planejamento estratégico de TI, com observância do Cobit 4.1, processo PO1 - Planejamento Estratégico de TI. Já o Guia de Elaboração do PDTI do SISP “provê informações que ajudam as organizações a planejarem melhor as ações relacionadas à Tecnologia da Informação, auxiliando na solução de alguns dos grandes desafios enfrentados pela administração pública atualmente: o de possibilitar a maior efetividade no emprego dos

recursos de TI, colaborar para uma gestão integrada, com publicidade das realizações, resultando em maior benefício para a sociedade e maior transparência no uso de recursos públicos.”⁷.

4.5.3 Ausência de Processos, Políticas e Relacionamentos na área de TI para toda a rede SESAP

385. Foram solicitados a SUININ os processos, as políticas, os procedimentos e os papéis da TI, através de questionário dirigido ao subcoordenador da SUININ. Até o encerramento deste relatório não foram encaminhados qualquer espécie de processos, procedimentos, políticas e definição de papéis na área de TI, formalmente aprovados e conhecidos por toda organização, a esta equipe de auditoria.

386. Conforme preconiza o COBIT 4.1, “Os processos, as políticas administrativas e os procedimentos precisam estar estabelecidos para todas as funções, com especial atenção às de controle, garantia da qualidade, gestão de risco, segurança da informação, propriedade de sistemas e dados e segregação de funções”. A falta destas definições compromete a agilidade em responder à estratégia de negócio e atender aos requisitos.

387. Ademais, como não existem políticas e procedimentos definidos, a gestão dos contratos, também se torna ineficiente. Especialmente no que diz respeito ao contrato firmado para implantação e manutenção do sistema de gestão hospitalar.

388. Os hospitais não possuem qualquer controle das atividades dos contratados, apenas informam, através de contato telefônico, a ocorrência de alguma falha no sistema. Não existe, nem mesmo, registro das solicitações realizadas pelos hospitais e o acesso dos contratados às informações é total, não existindo supervisão ou restrições. Desta forma, os ativos de informação da organização e o cumprimento das exigências contratuais firmadas não são assegurados.

389. Foi constatada também a ausência de políticas de segurança, gestão de riscos, gestão de contratos, entre outros, tanto na SESAP quanto nos hospitais. Nenhum plano, política ou procedimento está definido formalmente e foi enviado a esta equipe de auditoria até o encerramento desse relatório.

390. Algumas causas para esta ausência de processos, procedimentos e papéis está no mau posicionamento da TI dentro da organização, na falta de um planejamento da TI e na

⁷ Guia de elaboração de PDTI do SISP V1.0, pág. 09.

carência de recursos humanos especializados. Sem um posicionamento, um planejamento e especialistas na área, as atividades da TI acabam tornando-se reativas e inconsistentes, já que esta só se envolve nos estágios finais dos projetos de negócio não possuindo uma participação efetiva na elaboração dos mesmos.

391. Esta situação caótica impossibilita que a modernização da rede de saúde do Estado ocorra de forma eficiente. Esta modernização não deve ser vista apenas como compra de equipamentos, deve envolver, principalmente, mudanças estratégicas e táticas. A TI precisa estar minimamente organizada para poder atender as demandas de negócio.

392. É necessário, desta forma, que os papéis e funções sejam definidos claramente e que os processos operacionais da TI estejam formalizados e relacionados com as áreas operacionais de negócio. Ademais, a TI, por possuir um papel estratégico, deveria estar presente no planejamento das diretrizes da organização e desta forma, participar das etapas iniciais dos projetos de negócio a fim de se estruturar para atendê-los.

393. Espera-se que com definições dos papéis, funções, processos e procedimento, que a TI tenha melhor agilidade no cumprimento das demandas, maior controle das atividades de TI e, principalmente, mais eficiência nos processos de TI relacionados à rede hospitalar.

394. Diante deste contexto, recomenda-se o estabelecimento de papéis e funções, definição de planos, políticas e procedimentos técnicos na área de TI e, que estes sejam formalmente aprovados e comunicados a toda organização. É altamente recomendado, ainda, que estas políticas sigam as normas e as boas práticas internacionais, especialmente a NBR ISO/IEC 27001, NBR ISO/IEC 27002, NBR ISO/IEC 15999, COBIT 4.1, ITIL V3, PMBOK e que sigam as orientações constantes nos diversos acórdãos do TCU, tal como o Acórdão 111/2011, TCU-Plenário, item 3.7, item 3.8, item 3.9, item 3.10, item 3.11, item 3.14, item 3.15, item 3.16, item 3.17.

4.5.4 Quantidade de recursos humanos especializados em TI insuficientes para o atendimento das demandas

395. Foram solicitados que a SESAP e os hospitais indicassem os recursos humanos relacionados a TI. A SUININ informou a existência de quatro analistas de sistemas, cinco programadores e um técnico de rede. Sendo que, apenas um analista de sistemas, dois programadores e um técnico de rede estão alocados na própria SUININ. O restante encontra-se realizando trabalhos em outros setores ou estão alocados na COTIC.

396. Dos dezoito hospitais que responderam ao questionário, apenas dois informaram que possuem técnicos de TI trabalhando no hospital: Hospital Giselda Trigueiro e Hospital Deoclécio Marques, ambos com vínculo efetivo e formação em engenharia da computação. Em visita *in loco*, no entanto, verificou-se que o Hospital Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho possui uma divisão de informática formada por pessoas que são responsáveis pela TI no hospital.

397. Diante desta realidade, verifica-se a carência total de recursos humanos especializados e de competências apropriadas na área, considerando, principalmente, que a SUININ deve dar suporte a vinte e dois hospitais regionais. Ademais, é importante relatar que todos os hospitais que responderam ao questionário informaram que possuem infraestrutura de rede e acesso a internet. Ou seja, todos, de alguma forma, já utilizam os recursos que a TI disponibiliza, porém apenas 13% possuem pessoal especializado lotado no hospital.

398. Adicionalmente, foi constatado, através de questionários e entrevistas, que boa parte do suporte ao sistema de gestão hospitalar utilizado e, até mesmo, problemas relativos à infraestrutura, é fornecido por uma empresa terceirizada, através de um contrato de prestação de serviço. Esta situação demonstra a carência de recursos humanos especializados para atender as demandas dos hospitais.

399. Esta realidade compromete, de forma significativa, a modernização dos hospitais e contribui para a dependência total de empresas terceirizadas para o funcionamento dos sistemas informatizados. Tanto os diretores dos hospitais, quanto o subcoordenador da SUININ, através de entrevistas, indicam esta dependência.

400. Conforme indica o Cobit 4.1, em seu processo PO4 - Definir os Processos, Organização e Relacionamentos de TI, em seu objetivo de controle PO4.12 – Recrutamento de Pessoal de TI, é preciso “Avaliar os requisitos de recrutamento regularmente ou com base em grandes mudanças nos ambientes de TI, operacional ou de negócio para garantir que a área de TI tenha quantidade suficiente de pessoal para suportar de forma adequada os objetivos e metas de negócios.”

401. Adicionalmente, vários acórdãos do TCU apontam para a importância da avaliação da adequação do quadro de TI nas instituições. Nomeadamente, o Acórdão 758/2011, item 9.1.11, Tribunal de Contas da União, Plenário, traz este tópico, evidenciando a sua relevância em uma administração pública informatizada.

402. Esta situação demonstra, novamente, o desconhecimento dos gestores da importância da TI, inviabilizando a informatização de toda a rede hospitalar, inviabilizando, inclusive, a criação de uma central de regulação informatizada. Desta forma, ocorre o

comprometimento da informatização das unidades hospitalares, deficiências no atendimento das demandas e na oferta de serviços e, principalmente, contribui para a completa dependência de empresas terceirizadas.

403. A adequação dos recursos humanos em TI (quantitativamente e qualitativamente) proporcionará o melhor atendimento das demandas, o aumento da oferta de serviços, contribuirá para o desenvolvimento de ações planejadas em detrimento das reativas e permitirá a diminuição da dependência de empresas terceirizadas. Esses ganhos irão colaborar de maneira significativa para a melhora na informatização dos hospitais e no atendimento hospitalar como um todo.

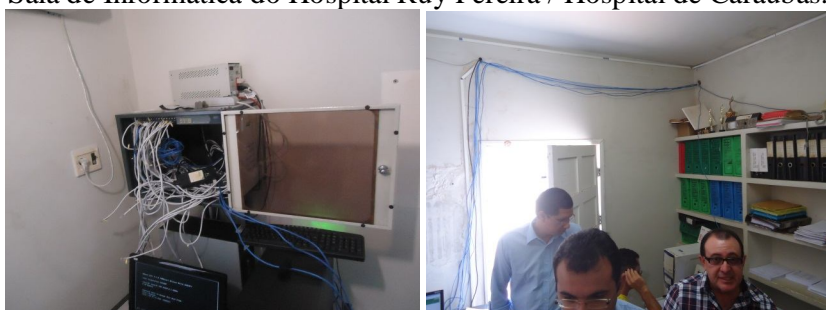
404. Recomenda-se, portanto, que a SESAP realize um estudo que fundamente a adequabilidade da estrutura de recursos humanos da área de TI (quantitativo e qualificação dos servidores), com o objetivo de atender às necessidades da instituição e reduzir a dependência de empresas terceirizadas. Ressalta-se que esta avaliação deve considerar, também, a possibilidade de criação de uma divisão de informática, com recursos humanos especializados em TI, em cada hospital, para o atendimento de demandas locais e acompanhamento do sistema de gestão hospitalar.

405. Sugere-se, ainda, que o estudo considere que parte destes recursos humanos seja formada por servidores efetivos, com especialidade na área, a fim de que estes executem atividades de gestão de TI⁸.

4.5.5 Infraestrutura precária de TI nas unidades hospitalares

406. Visitas *in loco* foram realizadas e, todos os hospitais visitados, apresentavam problemas quanto a sua infraestrutura. Como pode ser visto nas fotos (Figuras 12-15) abaixo, a infraestrutura de rede é completamente precária e não segue normas e padrões de qualidade.

Figura 12 – Sala de Informática do Hospital Ruy Pereira / Hospital de Caraúbas.



Fonte: Equipe de auditoria.

⁸ Instrução Normativa nº 04/2008 – SLTI/MPOG, art. 5, inciso II.

Figura 13 – Cabos de rede no Hospital Giselda Trigueiro.



Fonte: Equipe de auditoria.

Figura 14 – Sala do Servidor - Hospitais Tarcísio Maia e Rafael Fernandes.



Fonte: Equipe de auditoria.

Figura 15 – Estruturas dos Hospitais de Pau dos Ferros, Caicó e Acari.



Fonte: Equipe de auditoria.

407. A passagem de cabos não é feita utilizando uma estrutura adequada, caminhos adicionais para os cabos são improvisados, não possui uma documentação adequada dos pontos de rede existentes, afetando de forma significativa a disponibilidade, integridade e o desempenho de toda a rede. Além disso, problemas nas instalações elétricas também foram evidenciados.

408. Foram solicitados os projetos de rede dos hospitais, mas até o fechamento deste relatório, nem os hospitais e nem a SUININ apresentaram tais projetos. Verificou-se, através dos questionários, que grande parte da infraestrutura de rede não foi montada por técnicos especializados e que 100% dos hospitais não estão satisfeitos com a sua infraestrutura de rede, sendo necessários pontos adicionais, cabeamento, roteadores, etc.

409. Esta situação impacta principalmente na implantação do sistema de gestão hospitalar e, por consequência, na informatização dos hospitais. De acordo com o próprio relatório da SALUX (empresa responsável pela implantação do sistema de gestão hospitalar) alguns módulos não foram implantados por falta de infraestrutura.

410. O relatório encaminhado a esta equipe de auditoria (fls. 1393/1403), pela Salux, datado de Outubro de 2011, possui várias passagens que ratificam os problemas relacionados à infraestrutura:

- “No decorrer do projeto foram doados e instalados por conta da equipe contratada pela Salux, 482 pontos de rede, 13 swiches e seus respectivos racks, 2 computadores, impressora de etiquetas Zebra, 4 leitores de código de barras e insumos de etiquetas.”, pág 03.
- “O Hospital Dr. João Machado teve servidor configurado e instalado e Faturamento de BPA implantado, mas foi substituído pelo HMAF, por não possuir a infraestrutura mínima necessária para a continuidade da implantação;”, pag 05.

411. Apesar do relatório da Salux ser datado de outubro de 2011, a situação persiste e pôde ser comprovada pelas visitas *in loco*. Além de se observar que a informatização das unidades hospitalares está comprometida, o relatório comprova também a grande dependência que existe da SESAP em relação à SALUX (até em nível de infraestrutura) e ainda demonstram a ausência de planejamento de TI da SESAP.

412. É importante ressaltar, que algumas atividades são altamente prejudicadas pela falta de pontos de acesso a rede, computadores e impressoras, como, por exemplo, o controle de leitos e o prontuário eletrônico. Ambas, atividades chave em uma rede hospitalar informatizada.

413. Adicionalmente, verificou-se que nem os hospitais e nem a SUININ possuem um inventário de seus ativos de informação atualizado e documentado. Também não existem planos de aquisição tecnológica, planejamento de manutenção e proteção da infraestrutura.

414. Desta forma, é possível inferir que a própria SESAP não tem conhecimento acerca da sua infraestrutura. Os recursos não são usados de forma racional, já que não existe um planejamento sistêmico. Especificamente em relação à infraestrutura, pode-se perceber que esta causa um impacto direto na implantação do sistema de gestão hospitalar que, por sua vez, irá impactar em diversas áreas como, por exemplo, na implantação de um sistema de regulação eficiente.

415. Problemas relativos à segurança também foram observados. Como não existe uma divisão de informática e nem responsáveis pela TI dentro das unidades hospitalares, não existe uma segurança mínima para os servidores de rede e de dados. Muitos hospitais não possuem sequer um local apropriado para esses equipamentos.

416. Em relação ao acesso a dados, verifica-se que a empresa terceirizada (SALUX) possui acesso irrestrito aos dados e ao sistema, sem qualquer espécie de controle por parte da SESAP. Mesmo nas unidades que possuem divisão de informática, os profissionais relataram, em entrevista, que não se envolvem na manutenção do sistema de gestão hospitalar, sendo que apenas servem de contato do hospital com a empresa. Foi informado, inclusive, que a divisão de informática não possui acesso ao servidor de dados do sistema de gestão hospitalar.

417. Esta realidade compromete a segurança da informação e a continuidade dos serviços. Além disso, demonstra a ausência de controle da SESAP em relação ao sistema de gestão hospitalar utilizado e, sobretudo, a ausência de controle sobre as informações geradas a partir deste sistema.

418. Ademais, o subcoordenador da SUININ informou, em entrevista, que, apesar de estarem sendo implementadas medidas, nem todas as unidades hospitalares são dotadas de servidores de rede, firewall e antivírus, comprometendo novamente a segurança e a integridade da informação.

419. As causas gerais para esta situação são: a ausência de planejamento estratégico de TI, deficiência de recursos humanos especializados, ausência de políticas, procedimentos e planos de TI. Especificamente, podemos citar a ausência de inventário de ativos, de projetos de implantação e manutenção da infraestrutura, de controles implementados.

420. Recomenda-se, portanto, que a SESAP, através da SUININ:

- realize um trabalho de revisão da infraestrutura dos hospitais e, conseqüentemente, projetos de manutenção, considerando a implementação de

controles de acesso físico e lógico. Tais ações devem ser realizadas por técnicos especializados e devem seguir as normas técnicas utilizadas no mercado.

- realize o inventário de todos os seus ativos de TI, conforme NBR ISO/IEC 27002, item 7.1.1 – inventário de ativos e o Acórdão 111/2011, TCU-Plenário.
- realize planos de modernização da infraestrutura dos hospitais, considerando a sua importância na implantação do sistema de gestão hospitalar e do sistema de regulação do Estado.

421. Com relação às recomendações deste subitem a SESAP informou que está “realizando visitas técnicas atualizadas aos hospitais que juntamente com a GAEP e SUININ irão demandar ações no sentido de adequar às unidades às melhorias necessárias aos acessos físicos e lógicos” (fl. 1534). Portanto, consideram-se consistentes as recomendações sugeridas no Relatório Preliminar, motivo da sua manutenção.

4.5.6 Deficiências no funcionamento do sistema de gestão hospitalar

422. Em relação aos sistemas aplicativos, foi dada atenção especial ao sistema de gestão hospitalar devido o seu papel relevante para toda a rede SESAP. Desta forma, foi verificado que o sistema de gestão hospitalar utilizado foi doado pela SALUX através do contrato nº 72/2010 (fls. 1385/1392). Este contrato realiza não apenas a doação do software, mas também engloba a prestação de serviço quanto à implantação, instalação, treinamento, suporte técnico e manutenção.

Aspectos Contratuais

423. Como foi evidenciado e descrito nos tópicos anteriores, existe uma grande dependência da SESAP em relação à empresa contratada. O contrato de “doação” se mostra pouco eficiente já que:

- a) não contempla todas as unidades hospitalares;
- b) não possibilita o efetivo controle da SESAP sobre o sistema e sobre os dados gerados pelas unidades;
- c) induz a utilização de inexigibilidades de licitação, já que apenas a SALUX pode efetuar a implantação, instalação, manutenção, treinamento e suporte;

- d) fomenta a dependência da SESAP em relação à empresa contratada, visto que a SESAP não possui acesso como administrador do sistema e nem possui permissão para a implantação, instalação, treinamento, suporte e manutenção do mesmo.

424. Verificou-se através das entrevistas e visitas *in loco*:

- a) ausência de Controle da SESAP (SUININ e Unidades hospitalares) em relação à criação de usuários e atualização de senhas: apenas a SALUX tem permissão para cadastrar novos usuários e atualizar senhas no sistema, dificultando a utilização do mesmo, já que as senhas expiram periodicamente.
- b) informações inconsistentes: algumas unidades relataram que os dados relativos à localização do paciente não são confiáveis. Isto porque, muitas vezes, não é possível dar alta ao paciente ou transferi-lo através do sistema. Desta forma, dados sobre a ocupação dos leitos, imprescindível para a regulação, não são consistentes.
- c) Prontuário Eletrônico Unificado: o prontuário eletrônico não é compartilhado entre as unidades. Função, esta, que foi enumerada no contrato como um benefício da utilização do sistema.
- d) módulos sem utilização: muitos módulos disponíveis no sistema não estão implantados e outros deixaram de ser utilizados, evidenciando a falta de planejamento, a falta de controle do contrato e a falta de gestão do sistema.
- e) desconhecimento: desconhecimento dos gestores e usuários acerca das funções do sistema e das cláusulas contratuais.
- f) dados não acessíveis: a SESAP não tem acesso ao dicionário de dados e ao banco de dados que armazena as informações. Desta forma, qualquer relatório extra deverá ser desenvolvido pela SALUX.
- g) ausência de controle: falta de controle da SESAP sobre a administração do sistema como um todo, bem como a ausência de controle da implantação, instalação, treinamento, suporte e manutenção.
- h) outras dificuldades acerca da utilização do sistema foram relatadas como busca pelo CID, alta de paciente, controle da farmácia, etc.

425. Ademais, verificou-se que:

- a) não há qualquer controle acerca das atividades da empresa contratada:
- o nenhuma unidade hospitalar possui um registro das ocorrências.
 - o não existe qualquer controle no acesso da SALUX ao sistema.

- o o contato com a SALUX é feito diretamente da unidade hospitalar, não sendo acompanhado por nenhum técnico da SUININ.
- b) não há um acompanhamento para verificação do cumprimento das cláusulas contratuais.
- c) não há evidência que a implantação do software doado seja a alternativa mais vantajosa, já que a SESAP se vê obrigada a contratar, através de inexigibilidades, a empresa que o doou para a realização da implantação, instalação, treinamento, suporte técnico e manutenção.
- d) há evidências de que a doação esteja restringindo o processo licitatório, na qual deve ser escolhida a proposta mais vantajosa para a administração e deve ser assegurada a ampla competitividade.
- e) contratação por hora técnica: conforme cláusula sexta, do referido contrato, tanto a customização, quanto a presença física de profissionais da SALUX nas instalações da SESAP serão pagas por horas técnicas. Esse tipo de contratação mostra-se antieconômica, pois não vincula o pagamento ao produto ou resultado e ainda possibilita a ocorrência do paradoxo do lucro-incompetência.⁹

426. Essa realidade decorre, principalmente, da ausência de planejamento de TI. O processo que viabiliza a utilização do sistema de gestão hospitalar, não considerou as deficiências de infraestrutura das unidades hospitalares e nem a deficiência de recursos humanos especializados para sua efetiva implantação e controle.

427. Adicionalmente, a ausência de um modelo de contratações de serviços de TI acarretou em um estudo de viabilidade deficiente, na ausência de controles específicos para a avaliação da execução do contrato e em um modelo de contratação pouco vantajoso para a administração, modelo, este, que induz a contratação através da inexigibilidade de licitação.

428. Tal situação acarreta inúmeras desvantagens para a administração, tais como:

- a) monopolização do conhecimento da gestão hospitalar por uma empresa terceirizada;
- b) fragilização do controle da SESAP sobre dados, aplicações e sistemas;
- c) alta dependência SESAP em relação à empresa contratada;
- d) risco na descontinuidade do serviço: na eventual impossibilidade de a empresa continuar a executar o contrato (falência, extinção, dificuldades financeiras,

⁹ Paradoxo do lucro-incompetência: quanto menor a qualificação dos profissionais alocados na prestação de serviço, maior o número de horas necessário para executá-lo, maior a margem de lucro da empresa contratada e maior o custo para a Administração.

etc.), a SESAP ficaria impossibilitada de executar os serviços disponibilizados pelo sistema de gestão hospitalar.

- e) comprometimento da informatização das unidades hospitalares.
- f) risco, considerável, de não estar seguindo os princípios da eficiência e da seleção da proposta mais vantajosa para a administração pública.
- g) impedimentos para a utilização do sistema para a implantação de um prontuário eletrônico unificado, como descrito no contrato, já que o software foi doado apenas para dez unidades hospitalares e implantado em apenas oito unidades. Ressalta-se, ainda, que nenhuma destas possui o “prontuário unificado”.
- h) impedimentos para a utilização do software nos complexos regulatórios. Isto porque o controle de leitos não está implantado de forma consistente nas unidades. Ademais, o sistema não se comunica com o SISREG III, sistema que será utilizado na regulação.

429. Recomenda-se, ainda, que o processo de contratação, realizado pela SESAP, seja revisto e que siga as orientações contidas no Guia de Boas Práticas em Contratação de Soluções de Tecnologia da Informação, TCU/2012, e na Instrução Normativa nº 04/2008 – SLTI/MPOG. Esses dois documentos visam tornar mais eficiente as contratações realizadas pela administração pública, com o objetivo de que essa entregue os resultados almejados pela sociedade em termos de efetividade, eficácia, eficiência, transparência e lisura.

430. Adicionalmente, recomenda-se, que este modelo de contratação siga o acórdão Nº 786/2006 - TCU– Plenário, o qual estabelece em seu item 9.4 conteúdo mínimo para o modelo de licitação e contratação de serviços de informática. Ademais, em seu item 9.1, estabelece que o edital deve conter a metodologia de mensuração de serviços e resultados.

431. Sugere-se, ainda, que a SESAP considere outras formas de aquisição de sistemas, como a utilização de softwares gratuitos, convênios com outros estados, desenvolvimento de sistema próprio e, até mesmo, a compra do sistema. Estas opções devem ser consideradas, visto que apesar do software ser doado, existe o custo de implantação, instalação, treinamento, suporte e manutenção e que estas atividades só podem ser desenvolvidas por uma única empresa, reduzindo, assim, a competitividade, aumentando a dependência da empresa contratada e aumentando o risco de descontinuidade do serviço.

432. Espera-se que com um novo processo de contratação, a SESAP possa efetivamente gerir o contrato, através de controles rígidos e que realmente seja contratada a opção mais vantajosa para a administração. Além disso, espera-se que ocorra a diminuição da

dependência da empresa contratada, a diminuição do risco de interrupção e que a SESAP comece a gerir os dados e o sistema, ao invés de terceirizar essa atividade.

Utilização do Sistema

433. Os questionários enviados aos gestores dos hospitais indicaram que apenas oito hospitais, dos dezoito hospitais que responderem¹⁰, utilizam um sistema de gestão hospitalar. Mesmo quando o sistema é utilizado, foram constatados muitos problemas na sua operação e muitas funcionalidades não estão implantadas.

434. É importante ressaltar que o contrato se iniciou em 2010, ou seja, há dois anos a SESAP procura informatizar os hospitais, sem sucesso. Os Gráficos 8 e 9, baseados nas respostas dos gestores dos hospitais, detalham a situação encontrada.

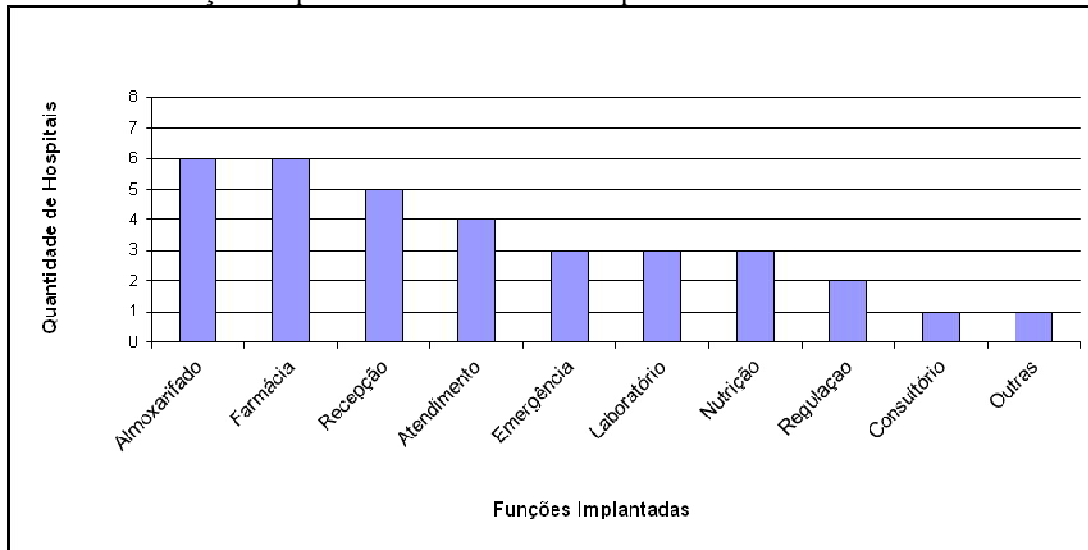
435. É preciso destacar, no entanto, que alguns dados encontrados foram contraditórios e que muitos gestores foram auxiliados pelo representante da empresa SALUX para responder ao questionário. Esta realidade demonstra que os gestores não possuem conhecimento sobre o andamento da implantação do sistema e das melhorias proporcionadas por este e, ratifica, a constatação de dependência, das unidades hospitalares em relação à Salux.

436. Demonstra, também, a necessidade, já citada, de especialistas em TI atuando dentro dos hospitais. Visto que, os gestores não possuem conhecimento técnico para responder questões simples relativas à infraestrutura e aos sistemas aplicativos de TI utilizados.

437. Visitas e entrevistas *in loco*, indicaram que, apesar de reconhecerem a importância da TI no hospital, muitos gestores não conhecem as potencialidades que esta pode oferecer. Em todos os hospitais visitados e os que responderam ao questionário, os gestores desconhecem a realidade da TI em seus hospitais.

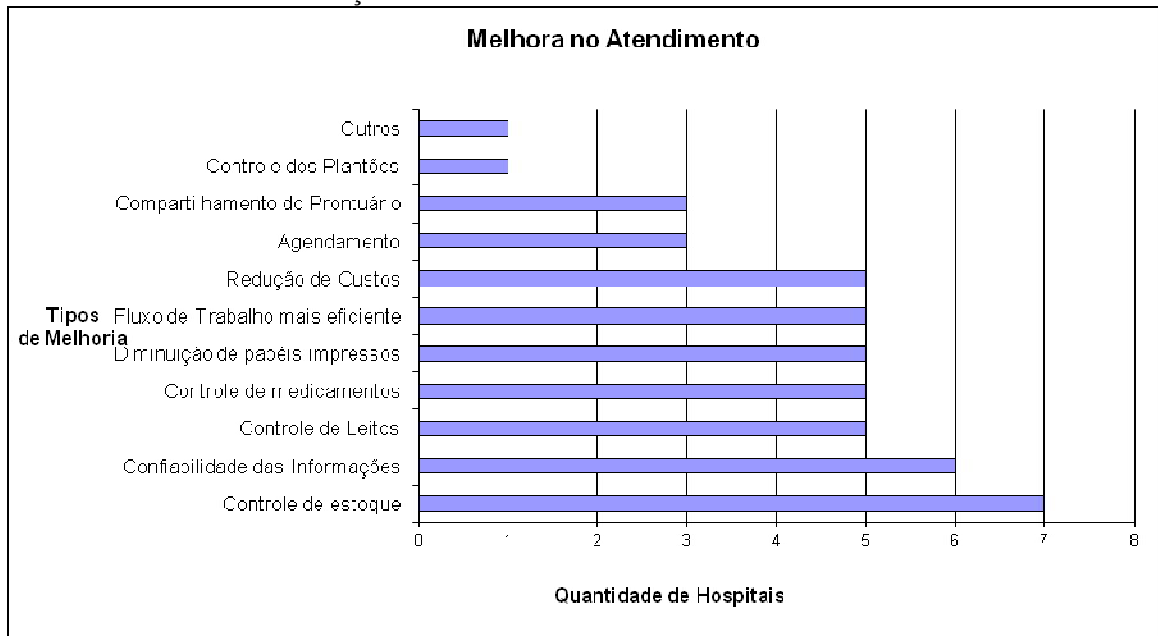
¹⁰ Foram encaminhados questionários relacionados à TI aos vinte e dois hospitais da rede estadual, sendo que apenas dezoito destes responderam: H. Regional Alfredo Mesquita, H. Dr. Cleodon Carlos de Andrade, H. Rafael Fernandes, H. Regional de São Paulo do Potengi, H. Regional Hélio Moraes, H. Giselda Trigueiro, H. Regional Nelson Inácio dos Santos, H. Regional Prof. Dr. Getúlio de Oliveira Sales, H. Regional Dr. Odilon Guedes, H. Regional Dr. Aguinaldo Pereira, Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel/Pronto Socorro Clóvis Sarinho, H. Dr. Deoclécio Marques de Lucena, H. Pediátrico Maria Alice Fernandes, H. Regional do Seridó, H. Colônia João Machado, Hospital Lindolfo Gomes Vidal, H. Regional de João Câmara, H. Regional de Angicos.

Gráfico 8 – Funções implantadas nas unidades hospitalares.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado com dados da tabulação do questionário de TI.

Gráfico 9 – Melhorias alcançadas no atendimento.



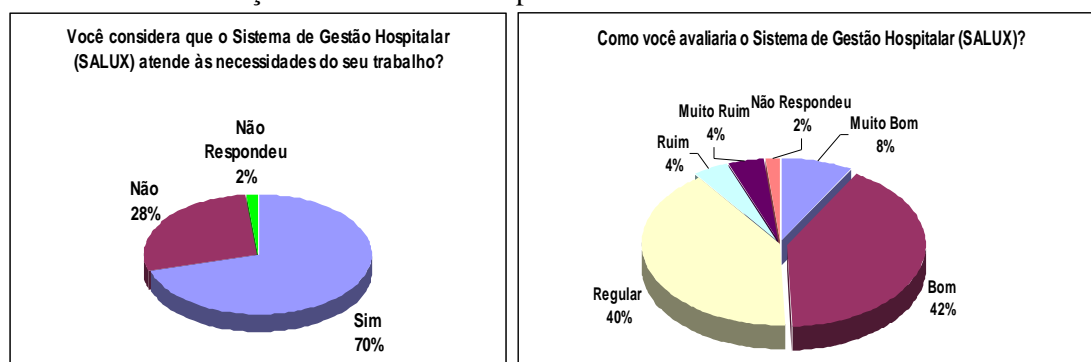
Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado com dados da tabulação do questionário de TI.

438. Especificamente em relação ao sistema de gestão hospitalar, a única fonte de informação sobre o andamento da prestação de serviço é um relatório encaminhado pela empresa terceirizada detalhando os seus serviços. No entanto, nem a SUININ, nem os hospitais realizam a verificação de tais informações. Desta forma, não é possível avaliar a prestação do serviço, a qualidade do sistema e se as obrigações contratuais estão sendo cumpridas.

439. Até o fechamento deste relatório, não foi encaminhado qualquer documento que indique a existência de controle dos chamados realizados à empresa contratada. Também não foi encaminhada qualquer evidência de que a implantação, a instalação, a manutenção e o treinamento estejam sendo acompanhados e avaliados pela SESAP, seja através da SUININ ou através dos hospitais.

440. Esta equipe de auditoria encaminhou, ainda, questionários aos usuários do sistema para que estes pudessem indicar sua percepção acerca do funcionamento do mesmo (Gráfico 10). Ao todo cento e dezenove funcionários responderam ao questionário.

Gráfico 10 – Avaliação do Sistema Salux pelos usuários.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado com dados da tabulação do questionário aos servidores.

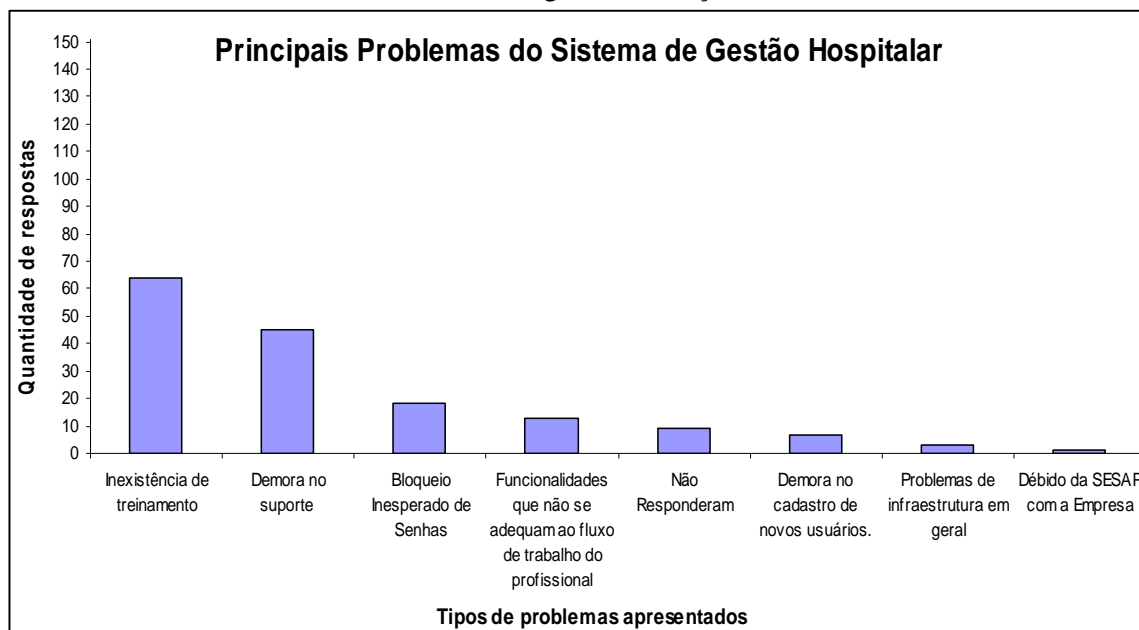
441. Através destes dados pode-se perceber que apesar do sistema atender grande parte das necessidades dos usuários, estes não estão plenamente satisfeitos. Algumas causas para esta insatisfação foram informadas e podem ser vistas no Gráfico 11.

442. Nota-se, que os dois principais problemas reportados são: inexistência de treinamento e demora no suporte. Ressalta-se que essas duas funções, treinamento e suporte, são de responsabilidade da empresa contratada.

443. Vários outros aspectos, discutidos na seção anterior, possuem impacto na utilização do sistema, como o bloqueio inesperado de senhas, módulos e dados inacessíveis à SESAP, dados inconsistentes, entre outros.

444. A ausência de gestão do sistema também agrava a situação. Muitos profissionais das unidades hospitalares decidem, por conta própria, se vão ou não utilizar o sistema. Muitos módulos são simplesmente abandonados pelos profissionais e param de ser utilizados, logo após a sua implantação.

Gráfico 11 – Problemas do Sistema Salux segundo avaliação dos usuários.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado com dados da tabulação do questionário aos servidores.

445. Esta realidade impacta fortemente na informatização dos hospitais. O sistema de gestão hospitalar, que deveria controlar toda a parte administrativa e assistencial do hospital, não possui qualquer interferência da SESAP e se encontra sobre gerência de uma empresa contratada.

446. Não existe qualquer gerência do sistema dentro das unidades, que acompanhe a utilização do sistema, permitindo, desta forma, que dados inconsistentes sejam inseridos, módulos sejam abandonados e funções sejam subutilizadas. Assim, os dados obtidos pelo sistema tornam-se pouco confiáveis, comprometendo a emissão de relatórios e estatísticas automatizadas.

447. Novamente, a falta de recursos humanos especializados, de planejamento da TI e de processos definidos ocasiona essa situação caótica. A simples aquisição de softwares não informatiza, por si só, uma organização. É preciso um planejamento adequado, considerando a infraestrutura, os recursos humanos e um processo de implantação e suporte eficientes.

448. Desta forma, recomenda-se que todo o processo de implantação, instalação, treinamento e suporte sejam revistos. Recomenda-se que, sejam utilizadas técnicas de gerenciamento de projetos de forma a reduzir os riscos de insucesso na implantação e manutenção.

449. Ademais, sugere-se que seja instituído, em cada hospital que utiliza o sistema, uma divisão de informática, com o objetivo de acompanhar todas as atividades realizadas pela contratada, acompanhar toda a utilização e efetivamente gerenciar o sistema.

450. Essas recomendações visam melhorar a implantação do sistema, diminuindo os dados inconsistentes e aumentando a utilização deste nas unidades hospitalares. Desta maneira, espera-se uma melhora considerável na informatização dos hospitais e, conseqüentemente, um melhor atendimento à população. Adicionalmente, pretende-se, com essas medidas, reduzir a dependência de empresas terceirizadas, diminuindo assim o risco de descontinuidade do serviço.

4.5.7 Soluções de TI insuficientes para a implantação do complexo regulatório

451. Foi encaminhada a esta auditoria a proposta de implantação e implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde do RN (fls. 1404/1429). Entre os objetivos específicos constam nessa proposta:

- a) dotar Centrais Regionais de Regulação e unidades de saúde de equipamentos de informática, sistema informatizado de regulação e recursos humanos capacitados.
- b) criar suportes logísticos utilizando prontuários eletrônicos para a otimização e agilização do atendimento, reduzindo paralelismos na solicitação de procedimentos.

452. Em relação ao primeiro objetivo, a proposta contempla equipamentos como computadores, impressoras, switches, no-breaks, entre outros. No entanto, não considera a situação precária da TI nos hospitais. Ademais, deve-se considerar que grande parte das unidades hospitalares não possuem servidores de rede instalados, anti-virus e firewall e que nenhum destes itens foi contemplado na proposta.

453. Também não foi encaminhado a esta equipe de auditoria, nenhum relatório preliminar que informasse a atual situação da infraestrutura das unidades hospitalares e suas necessidades. Desta maneira, acredita-se que a proposta, de implantação e implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde do RN, encaminhada não realizou este estudo inicial, efetuando uma previsão de equipamentos sem estudos técnicos aprofundados.

454. Em relação ao segundo objetivo enumerado acima, e considerando a análise já realizada acerca do sistema de gestão hospitalar, percebe-se que a meta de utilização do

prontuário eletrônico encontra-se bastante distante da realidade da maioria dos hospitais. Ademais, como já mencionado, o sistema de gestão hospitalar implantado nas unidades (sistema da empresa SALUX) não contempla a regulação e nem a comunicação com o SISREG III (sistema de regulação do DATASUS).

455. Desta forma, tem-se a seguinte situação:

- a) o sistema de gestão hospitalar, que realiza o controle de leitos e o prontuário eletrônico nos hospitais, essenciais para a implantação do complexo regulador, está implantado em apenas oito hospitais e nenhum deles possui as duas funcionalidades completamente implantadas;
- b) o sistema de gestão hospitalar implantado nas unidades não se comunica com o sistema que será implantado no complexo regulatório.

456. Diante de tal realidade, verifica-se que dados acerca do controle de leitos e do prontuário eletrônico deverão ser adicionados em dois sistemas diferentes, acarretando o retrabalho.

457. Ademais, não foi constatado, na proposta, o fluxo de trabalho dentro das unidades hospitalares, de forma que o controle de leitos e o prontuário eletrônico sejam informatizados. Além disso, apesar da previsão de equipamentos que o projeto traz, verifica-se que o projeto não considerou a realidade da unidade hospitalar como um todo.

458. A proposta, por exemplo, prevê dois computadores para o hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Sabe-se, no entanto, que para que o controle de leitos e o prontuário eletrônico seja uma realidade é preciso computadores nas mais diversas unidades do hospital, desde a recepção até a UTI.

459. Ressalta-se ainda, que apesar do relatório da SALUX de 08 de agosto de 2011, informar que a alta e movimentação de leitos estão implantadas, em visita e entrevistas *in loco*, esta equipe de auditoria, constatou dados inconsistentes no sistema acerca dos pacientes que se encontram internados no hospital. Também foi constatado que a prescrição eletrônica nas UTIs cardiológicas e Pediátricas não está funcionando adequadamente.

460. Situações como esta estão presentes em todas as unidades hospitalares informatizadas e irão comprometer todo o processo de regulação. O controle da entrada, movimentação e saída do paciente é essencial para que o sistema de regulação funcione de forma eficiente.

461. Apesar de estes dois objetivos específicos possuírem um estreito relacionamento com a TI, a proposta entregue a esta equipe possui apenas a previsão de computadores, não contemplando outros aspectos relativos à infraestrutura, soluções em

termos de sistemas e recursos humanos especializados em TI. A proposta não considerou a realidade e as necessidades das unidades hospitalares, não realizando um estudo acerca da situação das mesmas.

462. Importante ressaltar, que esse projeto envolve, não apenas hospitais da capital, mas também hospitais do interior do Estado, nos quais a situação é ainda mais precária, em termos de informatização.

463. Diante desta realidade, é possível perceber que o planejamento da TI para regulação das unidades de saúde foi superficial, acarretando em um alto risco de insucesso na implantação da mesma.

464. Recomenda-se, portanto, uma reestruturação da proposta, reavaliando os aspectos relacionados a TI e considerando o atual estágio de imaturidade da TI nos hospitais. Recomenda-se, ainda, que sejam utilizadas técnicas de gerenciamento de projetos de forma a atingir os objetivos propostos dentro de parâmetros de qualidade determinados, obedecendo a um planejamento prévio de prazos e custos.

465. Desta maneira, espera-se diminuir os riscos relacionados à implantação do complexo regulatório, melhorando o atendimento hospitalar e utilizando os recursos de forma mais eficiente.

4.6 Resolutividade

466. No Glossário do Ministério da Saúde (2004), o termo resolutividade é definido como:

Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade a população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

467. Ao tratar das diretrizes e princípios do SUS em manual técnico sobre Regulação Médica das Urgências, o Ministério da Saúde aponta a resolutividade como um dos princípios organizacionais do SUS juntamente com regionalização e hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado. Nesse contexto, é importante destacar que níveis adequados de resolutividade constituem fator crítico de sucesso de outros princípios do SUS como a regionalização, a hierarquização e a descentralização. Com isso, fica evidenciada a importância da resolutividade para a efetividade do SUS.

468. Para promover uma análise da resolutividade na saúde, é preciso compreender a estratégia de regionalização adotada pela Secretaria Estadual de Saúde. Essa estratégia tem como instrumento de ordenamento o Plano Diretor de Regionalização – PDR, institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), tendo suas diretrizes revisadas pelo Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006-GM) e mais recentemente pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990.

469. Como já foi abordado no tópico 3.1 deste relatório, a SESAP trabalha com uma estrutura de 8 regiões de saúde, no entanto, não dispõe de um PDR que detalhe essa estratégia de regionalização, inclusive instituindo o elenco de serviços de cada região, seu nível de agregação tecnológica, considerando economias de escala e de escopo, entre outros aspectos. Nesse sentido, fica comprometida a realização de um estudo de resolutividade mais detalhado, porém, foi possível adaptar uma metodologia utilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a condução da referida análise.

4.6.1 Índices baixos e críticos de resolutividade hospitalar (internações) em algumas regiões de saúde

470. A Resolução nº 1 da CIT, de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508/2011, enfatiza a importância da resolutividade na estratégia de regionalização. No seu Art. 3º são estabelecidos os objetivos para organização das regiões de saúde, sendo o primeiro deles:

I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;

471. Com base no exposto, fica clara a necessidade de serem constituídas regiões de saúde resolutivas. Tendo como base esse critério, e diante da inexistência de estudos de resolutividade promovidos pela própria SESAP, a equipe de auditoria adaptou a metodologia utilizada na publicação “A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG – 2003/2010” para calcular as taxas de resolutividade hospitalar (apenas internações) por região de saúde e por município com hospital da Rede SESAP. As fórmulas utilizadas foram as seguintes:






$$TxResH_{Região} = \frac{N^{\circ} \text{ de internações de residentes da região na própria região}}{N^{\circ} \text{ de internações de residentes da região no Estado}} \times 100$$

$$TxResH_{município} = \frac{N^{\circ} \text{ de internações de residentes do município no próprio município}}{N^{\circ} \text{ de internações de residentes do município no Estado}} \times 100$$

472. A resolutividade foi analisada com base nas clínicas de internação disponíveis em cada hospital de acordo com seu cadastro no CNES e os dados de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar) foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), a partir dos arquivos RD*.DBC referentes ao ano de 2011 do Estado do Rio Grande do Norte, utilizando-se como extrator de dados o programa TAB para Windows (TabWin/DataSUS). Os resultados encontrados para cada Região de Saúde estão expostos na Figura 16.

Figura 16 – Painel da Resolutividade Hospitalar do RN – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DO RN - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
I REGIÃO Canguaretama / Santo Antonio / São José de Mipibu	27,63%	46,82%	43,25%	-	-	45,19%	-	39,70%
II REGIÃO Apodi / Caraúbas / Mossoró	74,64%	96,51%	96,32%	-	90,16%	91,61%	-	89,52%
III REGIÃO João Câmara	19,18%	42,86%	50,10%	-	-	21,79%	-	34,70%
IV REGIÃO Acari / Caicó	67,03%	93,66%	90,50%	0,88%	-	88,45%	-	83,46%
V REGIÃO São Paulo do Potengi	31,46%	66,58%	61,49%	-	-	72,09%	-	55,11%
VI REGIÃO Pau dos Ferros	64,04%	90,78%	90,52%	-	-	-	-	83,14%
VII REGIÃO Macaíba / Natal / Parnimirim	98,51%	99,68%	99,88%	100,00%	100,00%	99,94%	100,00%	99,39%
VIII REGIÃO Angicos / Assu	43,73%	65,01%	64,28%	-	-	63,75%	-	57,93%

Legenda:	
Ideal: acima de 81%	
Boa: entre 61% e 80%	
Regular: entre 51% e 60%	
Baixa: entre 40% e 50%	
Crítica: abaixo de 40%	
Especialidade não avaliada	-

Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's da Região	
Região	Contribuição
I Região	56,13%
II Região	33,03%
III Região	24,71%
IV Região	12,54%
V Região	18,92%
VI Região	15,31%
VII Região	36,70%
VIII Região	62,90%

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS

473. Ao observar o Painel da Resolutividade Hospitalar do RN – 2011 é possível identificar duas regiões com resolutividade no nível crítico: a I Região, que conta com três hospitais da Rede SESAP (Canguaretama, Santo Antonio e São José de Mipibu) responsáveis por 56,13% do total de internações da Região; e a III Região, que conta com um hospital da Rede SESAP (João Câmara) responsável por 24,71% das internações da Região.






474. No caso da I Região, a taxa de resolutividade geral é de 39,70%, com as especialidades obstétrica, clínica e pediátrica alcançando níveis baixos de resolutividade e a especialidade cirúrgica com o nível crítico de apenas 27,63%. Isso significa que somente 39,70% das pessoas que residem nos municípios da I Região e demandaram internações puderam ser internadas nessa mesma região, as demais pessoas, quase 60% da população que demandou internações, tiveram que se deslocar para outras regiões de saúde para terem acesso aos serviços que necessitavam. A III Região apresenta um desempenho regular apenas na especialidade clínica com 50,10%, na especialidade obstétrica alcança uma taxa baixa de 42,86% e as especialidades de clínica cirúrgica e pediátrica apresentam níveis críticos de, respectivamente, 19,18% e 21,79%. São Regiões de Saúde que acumulam verdadeiros vazios assistenciais, não garantindo acesso resolutivo às ações e aos serviços de saúde conforme previsto nos normativos do SUS.

475. A V Região conta com um hospital da Rede SESAP (São Paulo do Potengi), responsável por 18,92% das internações daquela região de saúde e a VIII Região dispõe de dois hospitais da Rede SESAP (Angicos e Assu), responsáveis por 62,90% das internações da Região. Nos dois casos as taxas gerais de resolutividade são consideradas baixas, sendo 55,11% na V Região e 57,93% na VIII Região. No caso da V Região é possível identificar que a clínica cirúrgica apresenta um nível crítico de resolutividade, com 31,46%, o que compromete o resultado geral da Região. O mesmo ocorre na VIII Região, a clínica cirúrgica apresenta uma taxa de resolutividade de 43,73%, considerada baixa.

476. Partindo para a análise por município, também é possível detectar vazios assistenciais e baixos níveis de resolutividade hospitalar. Na Figura 17 podem ser observadas as taxas de resolutividade dos municípios da I Região, na qual o pior desempenho é verificado no município de Canguaretama, com uma taxa geral de resolutividade de 39,28%, tendo como áreas mais críticas a clínica cirúrgica com 15,57% e a clínica obstétrica com 29,58%. Vale ressaltar que o hospital de Canguaretama é responsável por 100% das internações que foram realizadas nesse município, logo, a população não conta com outro estabelecimento de saúde para internação dentro do município. O segundo pior desempenho fica com o município de São José de Mipibu, com 44,81% de resolutividade, apresentando um índice crítico de 38,36% para a especialidade clínica e um baixo índice de 40,19% na especialidade cirúrgica. Por fim, Santo Antonio apresenta um desempenho regular, mas com uma taxa crítica de resolutividade na clínica cirúrgica, apenas 37,55%.

Figura 17 – Pannel da Resolutividade Hospitalar da I Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA I REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
I REGIÃO Canguaretama / Santo Antonio / São José de Mipibu	27,63%	46,82%	43,25%	-	-	45,19%	-	39,70%
Canguaretama	15,57%	29,58%	63,26%	-	-	58,44%	-	39,28%
Santo Antonio	37,55%	66,67%	61,54%	-	-	64,93%	-	54,53%
São José de Mipibu	40,19%	-	38,36%	-	-	65,49%	-	44,81%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		I Região	56,13%
Regular: entre 51% e 60%		Canguaretama	100,00%
Baixa: entre 40% e 50%		Santo Antonio	100,00%
Crítica: abaixo de 40%		São José de Mipibu	86,87%
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS

477. No caso da II Região, merece atenção a taxa crítica de resolutividade da clínica cirúrgica no município de Caraúbas, somente 34,59%, e também na clínica cirúrgica o baixo índice de 42,72% no município de Apodi, conforme demonstrado na Figura 18. Ressalta-se ainda que o hospital da Rede SESAP de Caraúbas responde pela totalidade das internações realizadas naquela cidade.

Figura 18 – Pannel da Resolutividade Hospitalar da II Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA II REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
II REGIÃO Apodi / Caraúbas / Mossoró	74,64%	96,51%	96,32%	-	90,16%	91,61%	-	89,52%
Apodi	42,72%	-	80,16%	-	-	76,06%	-	66,70%
Caraúbas	34,59%	59,72%	89,85%	-	-	81,54%	-	73,13%
Mossoró	86,84%	-	95,78%	-	100,00%	90,10%	-	90,82%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		II Região	33,03%
Regular: entre 51% e 60%		Apodi	76,04%
Baixa: entre 40% e 50%		Caraúbas	100,00%
Crítica: abaixo de 40%		Mossoró - T. Maia	37,38%
Especialidade não avaliada	-	Mossoró - R. Fer.	2,88%

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS

478. No que diz respeito à III Região, apenas João Câmara conta com hospital da SESAP, portanto, é o único município analisado. Como pode ser observado na Figura 19, o hospital da SESAP corresponde a 100% das internações realizadas em João Câmara e apresenta um nível baixo de resolutividade na clínica pediátrica, 43,06%, e um nível crítico de resolutividade na clínica cirúrgica com apenas 9,84%.

Figura 19 – Painel da Resolutividade Hospitalar da III Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA III REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
III REGIÃO João Câmara	19,18%	42,86%	50,10%	-	-	21,79%	-	34,70%
João Câmara	9,84%	73,18%	65,32%	-	-	43,06%	-	50,35%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		III Região	24,71%
Regular: entre 51% e 60%		João Câmara	100,00%
Baixa: entre 40% e 50%			
Crítica: abaixo de 40%			
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. Fonte: DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS

479. Na IV Região (Figura 20) chama atenção o caso atípico da psiquiatria, mas constatou-se que a clínica psiquiátrica no Hospital de Caicó ainda não teve sua implantação devidamente concluída. Na visita verificou-se que foram improvisados leitos em uma ala isolada para atender aos pacientes psiquiátricos, além de representar uma parcela pouco representativa dos serviços prestados por esse estabelecimento de saúde. Também é importante destacar a baixa taxa de resolutividade do município de Acari na clínica cirúrgica, apenas 44,62%. Vale ressaltar, ainda, que a IV Região é a que os hospitais da Rede SESAP têm a menor contribuição no número total de internações.

Figura 20 – Painel da Resolutividade Hospitalar da IV Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA IV REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
IV REGIÃO Acari / Caicó	67,03%	93,66%	90,50%	0,88%	-	88,45%	-	83,46%
Acari	44,62%	94,00%	88,53%	-	-	91,33%	-	79,13%
Caicó	63,76%	-	91,23%	0,00%	-	-	-	80,15%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		IV Região	12,54%
Regular: entre 51% e 60%		Acari	35,34%
Baixa: entre 40% e 50%		Caicó	39,40%
Crítica: abaixo de 40%			
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS

480. O município de São Paulo do Potengi na V Região apresenta nível crítico de resolutividade, 38,46%, na clínica cirúrgica conforme demonstrado na Figura 21. Mais uma vez é importante destacar que nesse município o hospital da Rede SESAP é responsável por 100% das internações realizadas.

Figura 21 – Painel da Resolutividade Hospitalar da V Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA V REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
V REGIÃO	31,46%	66,58%	61,49%	-	-	72,09%	-	55,11%
São Paulo do Potengi	38,46%	59,92%	69,36%	-	-	65,22%	-	57,31%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		V Região	18,92%
Regular: entre 51% e 60%		São Paulo do Potengi	100,00%
Baixa: entre 40% e 50%			
Crítica: abaixo de 40%			
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

481. Na Figura 22 pode-se verificar que o município de Pau dos Ferros, VI Região, apresenta um índice de resolutividade regular, 56,71%, na clínica cirúrgica e conta com bons resultados nas demais clínicas. A clínica cirúrgica é a que tem apresentando os resultados mais baixos, mesmo em regiões com resolutividade geral satisfatória como é o caso da VI Região.

Figura 22 – Painel da Resolutividade Hospitalar da VI Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA VI REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
VI REGIÃO	64,04%	90,78%	90,52%	-	-	-	-	83,14%
Pau dos Ferros	56,71%	94,69%	80,21%	-	-	-	-	73,68%






Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		VI Região	15,31%
Regular: entre 51% e 60%		Pau dos Ferros	44,55%
Baixa: entre 40% e 50%			
Crítica: abaixo de 40%			
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

482. Como era de se esperar, a VII Região apresenta uma taxa geral de resolutividade bastante elevada, no entanto, como pode ser observado na Figura 23, o município de Parnamirim apresentou uma baixa resolutividade na clínica cirúrgica, com apenas 46,18%, e o município de Macaíba teve índices críticos em todas as especialidades, com destaque para a clínica cirúrgica com apenas 0,68%. Sobre Macaíba, é importante destacar que no ano de 2011, o hospital da SESAP passou por interdições em sua estrutura e como é o único responsável por internações em Macaíba, o município acabou caracterizando vazios assistenciais nas clínicas atendidas por esse estabelecimento de saúde (cirúrgico, obstétrico e clínico).

Figura 23 – Painel da Resolutividade Hospitalar da VII Região de Saúde – 2011.

PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA VII REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
VII REGIÃO	98,51%	99,68%	99,88%	100,00%	100,00%	99,94%	100,00%	99,39%
Macaíba / Natal / Parnimirim	98,51%	99,68%	99,88%	100,00%	100,00%	99,94%	100,00%	99,39%
Macaíba	0,68%	31,85%	35,01%	-	-	-	-	22,04%
Natal	96,83%	99,18%	99,06%	100,00%	100,00%	99,53%	100,00%	98,43%
Parnimirim	46,18%	-	59,08%	-	-	-	-	51,54%

Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		VII Região	36,70%
Regular: entre 51% e 60%		Macaíba	100,00%
Baixa: entre 40% e 50%		Natal - Giselda	3,86%
Crítica: abaixo de 40%		Natal - João Machado	3,09%
Especialidade não avaliada	-	Natal - Maria Alice	3,04%
		Natal - Ruy Pereira	1,63%
		Natal - Santa Catarina	11,93%
		Natal - Walfredo Gurgel	12,84%
		Parnimirim	85,97%

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

483. Ainda na VII Região, mesmo com alto nível de resolutividade, é importante discutir outros pontos que podem contribuir para a melhoria contínua do sistema. Uma dessas questões importantes diz respeito ao fluxo de pacientes. Naturalmente o grande fluxo ocorre das demais regiões para a VII, como pode ser observado no Quadro 19, mas o contrário também acontece.

Quadro 19 – Municípios de Internamento fora da Região de Residência – 2011.

REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA	PRINCIPAIS MUNICÍPIOS DE INTERNAMENTO FORA DA REGIÃO DE RESIDÊNCIA	
I REGIÃO Canguaretama / Santo Antonio / São José de Mipibu	Natal - VII Região	72,17%
	Parnimirim - VII Região	25,94%
II REGIÃO Apodi / Caraúbas / Mossoró	Natal - VII Região	64,65%
	Almino Afonso - VI Região	19,21%
III REGIÃO João Câmara	Natal - VII Região	87,76%
	Currais Novos - IV Região	3,56%
IV REGIÃO Acari / Caicó	Natal - VII Região	84,38%
	Alexandria - VI Região	7,45%
V REGIÃO São Paulo do Potengi	Natal - VII Região	77,33%
	Parnimirim - VII Região	10,72%
VI REGIÃO Pau dos Ferros	Natal - VII Região	53,65%
	Mossoró - II Região	37,31%
VII REGIÃO Macaíba / Natal / Parnimirim	Alexandria - VI Região	52,79%
	Currais Novos - IV Região	11,17%
VIII REGIÃO Angicos / Assu	Mossoró - II Região	44,32%
	Natal - VII Região	42,45%

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

484. Observando esse fluxo, foi possível verificar que o município que mais recebeu pessoas da VII Região para internações foi Alexandria, a quase 370 km de Natal. O fluxo é absorvido por dois estabelecimentos de saúde, sendo que cerca de 75% dessas internações ocorre em uma APAMI (2407574 HOSPITAL MATERNIDADE GUIOMAR FERNANDES) para realização principalmente de tratamento cirúrgico de varizes (ver Quadro 20). Uma das questões que se coloca é se todo esse deslocamento do paciente é a melhor opção disponível. Para responder tal questão é preciso esclarecer a estratégia de regionalização adotada no Estado.

Quadro 20 – Procedimentos Realizados no Hospital Maternidade Guiomar Fernandes – 2011.






Procedimentos Realizados no Hospital Maternidade Guiomar Fernandes	Município de Residência do Paciente (VII Região)					Total
	Extremoz	Macaíba	Natal	Parnamirim	São Gonçalo do Amarante	
Tratamento Cirúrgico de Varizes (Bilateral)	1	2	119	7	4	133
Colecistectomia	0	0	2	0	0	2
Histerectomia c/ Anexectomia (Uni / Bilateral)	0	0	2	0	0	2
Histerectomia Total	0	0	1	1	0	2
Parto Cesariano	0	0	2	1	0	3
Total	1	2	126	9	4	142

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

485. Por último temos a VIII Região (Figura 24), que apresenta índices críticos de resolutividade nas clínicas cirúrgica e obstétrica no município de Angicos. As taxas foram respectivamente 18,31% e 10,13%. Trata-se de um resultado ainda mais preocupante porque, como ocorreu em outros casos, o hospital da Rede SESAP é responsável por 100% das internações realizadas em Angicos.

Figura 24 – Paineis da Resolutividade Hospitalar da VIII Região de Saúde – 2011.

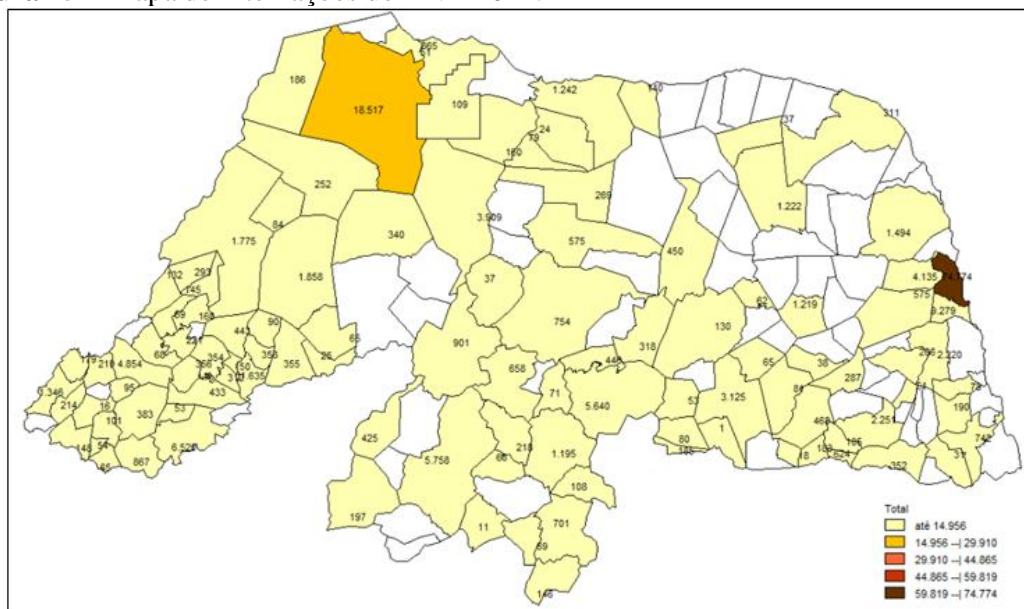
PAINEL DA RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR DA VIII REGIÃO - 2011								
REGIÃO DE SAÚDE	ESPECIALIDADE							
	CIRÚRGICO	OBSTÉTRICO	CLÍNICO	PSIQUIATRIA	TISIOLOGIA	PEDIÁTRICO	LEITO DIA	GERAL
VIII REGIÃO Angicos / Assu	43,73%	65,01%	64,28%	-	-	63,75%	-	57,93%
Angicos	18,31%	10,13%	81,38%	-	-	72,12%	-	54,23%
Assu	60,51%	77,25%	65,45%	-	-	68,64%	-	67,43%

Legenda:		Contribuição da Rede Sesap no Total de AIH's por Região/Município	
Ideal: acima de 81%		Região	Contribuição
Boa: entre 61% e 80%		VIII Região	62,90%
Regular: entre 51% e 60%		Angicos	100,00%
Baixa: entre 40% e 50%		Assu	65,96%
Crítica: abaixo de 40%			
Especialidade não avaliada	-		

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

486. É interessante observar que a distribuição das internações pelo Estado acaba refletindo os dados da resolutividade, concentrando o maior número de internações naquelas regiões mais resolutivas (II Região – Mossoró e VII Região – Natal) conforme pode ser observado na Figura 25.

Figura 25 – Mapa de Internações do RN – 2011.



Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

487. Na análise dos baixos índices de resolutividade encontrados foi possível identificar como principais causas o fluxo assistencial desorganizado, regulação inadequada, fragmentação e desarticulação das redes, além do baixo aproveitamento da capacidade instalada dos hospitais de pequeno porte devido principalmente a:

- a) deficiência de instalações físicas e equipamentos;
- b) baixa capacidade de incorporação tecnológica;
- c) desabastecimento;
- d) problemas de pessoal (quantitativo, qualificação e capacitação).

488. O baixo aproveitamento da capacidade instalada está refletido nos baixos níveis de execução das metas de produção hospitalar (quantidade de AIH's previstas para cada hospital) estabelecidas pela SESAP exatamente nos hospitais localizados em regiões de saúde com nível crítico de resolutividade.

489. Ao observar a Figura 26, verifica-se que na I Região de Saúde o hospital de Canguaretama realizou apenas 38,2% das internações que foram previstas pela SESAP no ano

de 2011, no entanto, como já foi abordado, uma parcela significativa dos residentes da I Região tiveram que buscar internações em outras regiões de saúde. Essa contradição se repete em São José de Mipibu, João Câmara, Acari e Angicos.

Figura 26 – Resolutividade hospitalar *versus* aproveitamento da capacidade instalada dos hospitais da Rede SESAP- 2011.

PAINEL DO NÍVEL DE RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR x APROVEITAMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA DOS HOSPITAIS DA SESAP			
Região	Hospitais da Rede Sesap	Município	Execução das metas de produção hospitalar (AIH's) planejadas pela Sesap
I Região de Saúde	Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales	Canguaretama	38,2%
	Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	Santo Antonio	104,5%
	Hospital Mons. Antônio Barros	São José do Mipibu	68,4%
II Região de Saúde	Hospital Regional Hélio Moraes Marinho	Apodi	151,5%
	Hospital Regional de Caraúbas	Caraúbas	118,7%
	Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia	Mossoró	131,3%
	Hospital Especializado Rafael Fernandes	Mossoró	76,8%
III Região de Saúde	Hospital Regional Josefa Alves Godeiro	João Câmara	52,9%
IV Região de Saúde	Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva	Acari	49,3%
	Unidade Hospitalar Regional do Seridó*	Caicó	-
V Região de Saúde	Hospital Regional de São Paulo do Potengi	São Paulo do Potengi	103,1%
VI Região de Saúde	Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade	Pau dos Ferros	260,7%
	Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos*	Natal	-
VII Região de Saúde	Hospital Infantil Maria Alice Fernandes	Natal	122,7%
	Hospital Especializado Giselda Trigueiro	Natal	379,9%
	Complexo Hospitalar Mons. Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho	Natal	120,5%
	Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina)	Natal	100,6%
	Hospital Colônia Dr. João Machado	Natal	128,0%
	Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena	Parnamirim	258,6%
	Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho	Macaíba	117,8%
VIII Região de Saúde	Hospital Regional de Angicos	Angicos	95,9%
	Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos	Assu	145,3%

* Hospitais sem meta de produção estabelecida pela Sesap em 2011.

Legenda:

Ideal: acima de 81%	
Boa: entre 61% e 80%	
Regular: entre 51% e 60%	
Baixa: entre 40% e 50%	
Crítica: abaixo de 40%	

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS e Planos Operativos de 2011/CPCS/SESAP.

490. Entre os principais efeitos da baixa resolutividade encontrada na Rede Hospitalar da SESAP pode-se destacar o descumprimento de princípios do SUS, como regionalização, hierarquização e integralidade, a existências de vazios assistenciais, a superlotação em alguns hospitais (concentração do fluxo para a Região Metropolitana) e o notório desperdício de recursos públicos. Sobre esse último efeito, a Figura 27 ilustra o montante significativo que a SESAP gasta mensalmente com os hospitais da rede. Segundo estimativas feitas pela equipe de auditoria, hospitais em regiões com níveis insatisfatórios de resolutividade e/ou com baixo aproveitamento da capacidade instalada como é o caso de Canguaretama, São José de Mipibu, João Câmara, Acari, São Paulo do Potengi e Angicos totalizam um custo mensal de R\$ 4,5 milhões.

Figura 27 – Resolutividade hospitalar *versus* custo mensal de manutenção dos hospitais da Rede SESAP- 2011.

PAINEL DO NÍVEL DE RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR x CUSTO MENSAL DE MANUTENÇÃO DOS HOSPITAIS DA SESAP			
Região	Hospitais da Rede Sesap	Município	Estimativa de Custo Mensal do Hospital da Rede Sesap*
I Região de Saúde	Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales	Canguaretama	R\$ 823.073,10
	Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	Santo Antonio	R\$ 1.263.938,28
	Hospital Mons. Antônio Barros	São José do Mipibu	R\$ 809.194,02
	Total da I Região		R\$ 2.896.205,40
II Região de Saúde	Hospital Regional Hélio Morais Marinho	Apodi	R\$ 790.798,85
	Hospital Regional de Caraúbas	Caraúbas	R\$ 742.636,88
	Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia	Mossoró	R\$ 4.104.025,38
	Hospital Especializado Rafael Fernandes	Mossoró	R\$ 1.092.115,94
Total da II Região		R\$ 6.729.577,05	
III Região de Saúde	Hospital Regional Josefa Alves Godeiro	João Câmara	R\$ 1.019.845,05
IV Região de Saúde	Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva	Açari	R\$ 507.305,77
	Unidade Hospitalar Regional do Seridó	Caicó	R\$ 900.213,38
Total da IV Região		R\$ 1.407.519,15	
V Região de Saúde	Hospital Regional de São Paulo do Potengi	São Paulo do Potengi	R\$ 995.578,18
VI Região de Saúde	Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade	Pau dos Ferros	R\$ 2.146.818,98
VII Região de Saúde	Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos	Natal	R\$ 715.233,48
	Hospital Infantil Maria Alice Fernandes	Natal	R\$ 1.988.771,94
	Hospital Especializado Giselda Trigueiro	Natal	R\$ 3.295.154,90
	Complexo Hospitalar Mons. Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho	Natal	R\$ 10.453.055,84
	Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina)	Natal	R\$ 5.943.120,22
	Hospital Colônia Dr. João Machado	Natal	R\$ 1.463.257,49
	Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena	Parnamirim	R\$ 2.591.457,61
	Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho	Macaíba	R\$ 815.407,50
Total da VII Região		R\$ 27.265.458,98	
VIII Região de Saúde	Hospital Regional de Angicos	Angicos	R\$ 421.662,73
	Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos	Assu	R\$ 1.092.953,27
Total da VIII Região		R\$ 1.514.616,00	

* Como a Sesap não dispõe de um sistema de custos, a equipe de auditoria estimou o custo mensal por hospital com base em relatórios das áreas administrativa, financeira, recursos humanos e de planejamento da Secretaria.

Legenda:

Ideal: acima de 81%	
Boa: entre 61% e 80%	
Regular: entre 51% e 60%	
Baixa: entre 40% e 50%	
Crítica: abaixo de 40%	

Fonte: Equipe de Auditoria. COF, COAD, CRH, CPCS/SESAP.

491.

Diante do exposto, recomenda-se à SESAP:

- revisar a estratégia de regionalização, através da elaboração do PDR, considerando a necessidade de constituir regiões de saúde resolutivas. Nesse sentido, deverá ser considerada a possibilidade de reduzir a quantidade de regiões de saúde com vistas a ganhos de eficiência de escala e de escopo, além da garantia de resolutividade.
- rever a quantidade e o perfil dos hospitais da rede, com base em uma estratégia clara de regionalização e já em sintonia com a nova Política Nacional de Atenção Hospitalar (Consulta Pública nº 19, de 1/11/2012), dando ênfase à análise dos hospitais com menos de 50 leitos, avaliando a possibilidade de convertê-los em UPA, Unidade Básica de Saúde, Sala de

Estabilização ou outro formato que seja adequado a sua capacidade resolutiva.

- o Deverão ser avaliados especialmente os seguintes estabelecimentos:
 - Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales – Canguaretama;
 - Hospital Monsenhor Antonio Barros – São José de Mipibu;
 - Hospital Regional de Caraúbas;
 - Hospital Regional Josefa Alves Godeiro – João Câmara;
 - Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva – Acari;
 - Hospital Regional de São Paulo do Potengi;
 - Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho – Macaíba;
 - Hospital Regional de Angicos.

- a partir da redefinição da rede hospitalar, direcionar recursos de forma racional para a estruturação dos hospitais, com incorporação de tecnologia, qualificação dos processos de trabalho e das pessoas, e manutenção de abastecimento adequado.
- monitorar e avaliar a resolutividade dos hospitais através de acompanhamento periódico das taxas propostas neste relatório, retroalimentando o sistema para o estabelecimento de metas e ajustes de gestão.
- implantar efetivamente o Complexo Regulador do RN.

492. Ao comentar este tópico o gestor argumentou (fl. 1535) que “diante da proposição do perfil dos hospitais estaduais que está sendo analisada pelos Secretários de Saúde e gestores hospitalares, algumas dessas unidades passarão a ter cogestão tripartite”.

493. Também nesse caso o comentário do gestor se alinha em parte às recomendações propostas no Relatório Preliminar motivo pelo qual tais recomendações são mantidas.

4.6.2 Alguns hospitais apresentam produção ambulatorial na atenção primária e atendem a um alto índice de Casos Sensíveis a Atenção Básica

494. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios, bem como pela organização e execução de ações da Atenção Básica no seu território. No contexto

mais amplo do SUS, a responsabilidade dos estados está em oferecer através de seus hospitais, por exemplo, os serviços de Média e Alta Complexidade. No entanto, verificou-se na auditoria que alguns hospitais estão executando procedimentos ambulatoriais próprios da Atenção Básica e atendendo a uma quantidade importante de casos sensíveis a Atenção Básica.

495. Sobre o primeiro aspecto, ao consultar os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), foram identificados três hospitais da Rede SESAP que realizaram em 2011 uma quantidade relevante de procedimentos ambulatoriais de Atenção Básica. O Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales de Canguaretama teve 43% de sua produção ambulatorial classificada como Atenção Básica; em seguida está o Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva de Acari, com 42,3% da produção ambulatorial em Atenção Básica; e, por último, o Hospital Alfredo Mesquita em Macaíba com 28,2% de sua produção ambulatorial classificada na Atenção Básica. Vale ressaltar que os hospitais não recebem recursos do SUS para prestar serviços de Atenção Básica, uma vez que esta é uma responsabilidade dos municípios. Fica evidenciado que hospitais, que não estão conseguindo sequer cumprir sua missão, acabam direcionando recursos escassos para desenvolver atividades que não são de sua responsabilidade.

496. Sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, ou seja, internações que poderiam ser evitadas se a rede de atenção primária fosse resolutive, os números da Rede Hospitalar da SESAP são preocupantes. Os dados apresentados na Figura 28 mostram que todos os hospitais da Rede SESAP estão internando um percentual de Casos Sensíveis à Atenção Básica acima do valor de referência proposto para esse indicador que varia de 5% a 10%. Muitos são os casos que estão acima da já elevada média nacional, de 30%. É de fato uma demonstração clara que a realidade enfrentada nos hospitais da Rede SESAP os afasta cada vez mais da sua missão.

497. Uma causa para essa situação é a baixa efetividade da Atenção Básica e a pouca responsabilização dos municípios. Como efeito tem-se a distorção da missão dos hospitais, o impacto negativo sobre a resolutividade hospitalar e certa inércia dos municípios que acabam não envidando esforços para promover uma Atenção Básica resolutive.

498. Ao fazer uma análise nacional da situação do que eles denominam CSAA (Condições Sensíveis a Atenção Ambulatorial), La Forgia e Couttolenc (2009, p. 95) chegam a seguinte conclusão:

(...) o Brasil, mais do que muitos outros países, depende do atendimento hospitalar para enfermidades tratáveis ambulatorialmente. Um montante considerável de recursos gastos no atendimento de internações por CSAA poderia ser economizado

caso a resolutividade da rede de atenção básica fosse aumentada. Fechar os hospitais pequenos e de baixa complexidade, ou convertê-los em centros de atendimento ambulatorial, aumentando assim a capacidade de atendimento a doenças que não demandem hospitalização, geraria economias significativas que poderiam ser usadas para ampliar os serviços de atenção básica.

Figura 28 – Resolutividade hospitalar *versus* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica nos hospitais da Rede SESAP- 2011.

PAINEL DO NÍVEL DE RESOLUTIVIDADE HOSPITALAR x INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA			
Região	Hospitais da Rede Sesap	Município	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em relação ao Total de AIH's
I Região de Saúde	Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales	Canguaretama	44,97%
	Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal	Santo Antonio	15,46%
	Hospital Mons. Antônio Barros	São José do Mipibu	31,74%
II Região de Saúde	Hospital Regional Hélio Morais Marinho	Apodi	50,27%
	Hospital Regional de Caraúbas	Caraúbas	32,88%
	Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia	Mossoró	23,33%
	Hospital Especializado Rafael Fernandes	Mossoró	23,05%
III Região de Saúde	Hospital Regional Josefa Alves Godeiro	João Câmara	17,67%
IV Região de Saúde	Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva	Acari	44,42%
	Unidade Hospitalar Regional do Seridó	Caicó	41,04%
V Região de Saúde	Hospital Regional de São Paulo do Potengi	São Paulo do Potengi	23,54%
VI Região de Saúde	Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade	Pau dos Ferros	20,77%
VII Região de Saúde	Hospital Dr. Ruy Pereira dos Santos	Natal	36,61%
	Hospital Infantil Maria Alice Fernandes	Natal	34,88%
	Hospital Especializado Giselda Trigueiro	Natal	30,82%
	Complexo Hospitalar Mons. Walfredo Gurgel/Clóvis Sarinho	Natal	28,60%
	Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina)	Natal	13,91%
	Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena	Parnamirim	18,73%
	Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho	Macaíba	16,70%
VIII Região de Saúde	Hospital Regional de Angicos	Angicos	47,00%
	Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos	Assu	14,21%
Valor de referência segundo estudos baseados na experiência internacional (Ponce, 2005): 5% a 10%.		Casos para Comparação (La Forgia, 2009)	
Legenda:		Espanha - 8% a 18%	
Ideal: acima de 81%		Nova Jersey (EUA) - 13%	
Boa: entre 61% e 80%		Plano de Saúde (EUA) - 18%	
Regular: entre 51% e 60%		Minas Gerais - 28%	
Baixa: entre 40% e 50%		Brasil - 30%	
Crítica: abaixo de 40%			

Fonte: Equipe de Auditoria. DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

499.

Tendo em vista o exposto, recomenda-se à SESAP:

- realizar as ações necessárias junto aos municípios que contam com hospitais da Rede SESAP para pactuação de cronograma, que deverá ser apresentado ao Tribunal junto com o Plano de Ação em até 60 dias, para que os municípios assumam, em no máximo 6 meses, os serviços de saúde que lhes competem e que hoje estão sendo realizados indevidamente pelos hospitais da rede estadual.
- identificar e pactuar, através da CIB, existência de hospitais de pequeno porte que podem ser convertidos em centros de atendimento ambulatorial, sob a gestão consorciada de municípios interessados, para fortalecimento da Atenção Básica no Estado.

500. Recomenda-se também aos municípios de Acari, Angicos, Apodi, Assu, Caicó, Canguaretama, Caraúbas, João Câmara, Macaíba, Mossoró, Natal, Santo Antonio, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, Parnamirim e Pau dos Ferros:

- colaborar efetivamente com a SESAP na elaboração do cronograma e garantir a estrutura necessária para que assumam em definitivo os serviços de saúde que estão sendo realizados indevidamente pelos hospitais da rede estadual.

4.7 Análise de eficiência

501. Os resultados alcançados pela Administração Pública na área da saúde estão ainda distantes do que seria o ideal para atender as demandas da sociedade. Tal constatação se aplica não só ao Estado do Rio Grande do Norte como a todo o país. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), ao avaliar o montante investido em saúde no Brasil, identificam-se resultados abaixo do esperado e indícios de que os recursos não estão sendo bem aplicados. Com isso, surgem dois caminhos: aumentar o montante de recursos ou aumentar a eficiência do sistema.

502. É sabido que a Administração Pública trabalha com recursos escassos para atender a demandas diversas, portanto, é preferível que se aumente a eficiência do sistema para alcançar melhores resultados sem necessariamente depender de mais recursos. Nesse contexto, mesmo diante da baixa sistematização de informações do setor, esta avaliação da Rede Hospitalar da SESAP contempla uma análise de eficiência que objetiva apontar caminhos para a otimização dos resultados do Rio Grande do Norte.

4.7.1 Índices de ineficiência entre os hospitais

503. A Constituição Federal, em seu Art. 37, traz a eficiência como um dos princípios da Administração Pública. Com isso, é preciso que toda estrutura da Administração, independentemente de Esfera ou Poder, busque desempenhar suas atividades de maneira eficiente. Para verificar os níveis de eficiência da Rede Hospitalar da SESAP utilizou-se a Análise Envoltória de Dados – DEA.

504. Através da DEA é possível obter uma visão global da eficiência relativa dos hospitais, resumida em apenas uma medida simples (0 a 1), trabalhando com múltiplas variáveis de insumos e produtos. Vale ressaltar que trata-se de eficiência relativa, ou seja, a

análise permite a comparação dos hospitais para apontar os mais e menos eficientes dentro do grupo estudado, baseando-se na ideia de que os hospitais buscam maximizar seus produtos por unidade de insumo utilizada (análise orientada ao produto) ou minimizar a quantidade de insumos gastos por unidade de produto (análise orientada aos insumos).

505. Outro aspecto importante diz respeito ao tipo de eficiência medido, pois uma firma possui dois componentes de eficiência econômica total: a eficiência técnica, que reflete a habilidade em obter máximo produto, dado um conjunto de insumos; e a eficiência alocativa, que reflete a habilidade da firma em utilizar os insumos em proporções ótimas, dados seus preços relativos (FARREL *apud* OLIVEIRA; GOMES). Neste estudo será analisada a eficiência técnica dos hospitais, desagregada em eficiência técnica pura e eficiência de escala. A eficiência pura se refere a aspectos internos da organização, como estrutura organizacional e práticas administrativas, e equivale à medida de eficiência técnica obtida no modelo com retornos variáveis de escala. Já a eficiência de escala mede o grau em que uma firma consegue otimizar o tamanho de suas operações e está mais relacionada com fatores externos a organização, tais como políticas setoriais e características da demanda que influenciam na determinação do tamanho do estabelecimento. A eficiência técnica total obtida no modelo com retornos constantes de escala é o produto da eficiência interna e de escala. Com isso, para que fosse possível desenvolver essa análise desagregada do efeito da escala e dos aspectos internos sobre a eficiência técnica total dos hospitais foram estimados os modelos com retornos constantes e com retornos variáveis de escala.

506. O desenvolvimento da DEA passou por três etapas: a escolha das Unidades Tomadoras de Decisão (DMU - *Decision Making Unit*), a seleção das variáveis (insumos e produtos) e a execução do modelo DEA em software adequado.

507. A escolha das DMU's, ou seja, dos hospitais que participaram da análise, foi norteadada pela preocupação de agrupar estabelecimentos mais homogêneos, evitando distorções nos resultados. Com isso, os hospitais foram agrupados em 3 modelos:

- **Modelo 1:** inclui hospitais gerais da rede SESAP com UTI.
 1. **PAR_DEO** - Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena – Parnamirim/RN.
 2. **NAT_WAL** – Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – Natal/RN.
 3. **MOS_TAR** – Hospital Regional Dr. Tarcísio de Vasconcelos Maia – Mossoró/RN.
 4. **CAI_SER** – Unidade Hospitalar Regional do Seridó – Caicó/RN.
 5. **NAT_RUY** – Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos – Natal/RN.

6. **NAT_SAN** – Hospital Dr. José Pedro Bezerra (Santa Catarina) – Natal/RN.
- **Modelo 2:** inclui hospitais gerais da rede SESAP sem UTI.
 1. **MAC_ALF** – Hospital Regional Alfredo Mesquita – Macaíba/RN.
 2. **SJM_ANT** – Hospital Regional Monsenhor Antonio Barros – São José de Mipibu/RN.
 3. **CAN_GET** – Hospital Regional Prof. Dr. Getúlio O. Sales – Canguaretama/RN.
 4. **SAN_LIN** – Hospital Regional Lindolfo Gomes Vidal – Santo Antonio/RN.
 5. **SPP_REG** – Unidade Mat. Infantil Integrada – São Paulo do Potengi/RN.
 6. **JOA_REG** – Hospital Regional Josefa Alves Godeiro – João Câmara/RN.
 7. **ANG_REG** – Hospital Regional – Angicos /RN.
 8. **ASS_NEL** – Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos – Assu/RN.
 9. **CAR_AGU** – Hospital Regional Dr. Aguinaldo Pereira – Caraúbas/RN.
 10. **APO_HEL** – Hospital Regional Hélio Moraes Marinho – Apodi/RN.
 11. **PDF_CLE** – Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade – Pau dos Ferros/RN.
 12. **ACA_ODI** – Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva – Acari/RN.
 - **Modelo 3:** inclui o Hospital Walfredo Gurgel e outros similares no Nordeste.
 1. **NAT_WAL** – Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – Natal/RN.
 2. **JOA_HUM** – Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – João Pessoa/PB.
 3. **REC_RES** – Hospital da Restauração – Recife/PE.
 4. **FOR_HOS** – Hospital Geral – Fortaleza/CE.
 5. **SAL_HOS** – Hospital Geral do Estado – Salvador/BA.
 6. **TER_GET** – Hospital Getúlio Vargas – Teresina/PI.
 7. **SAO_TAR** – Hospital de Referência Estadual de A C Tarquino Lopes Filho – São Luís/MA.
508. Os hospitais abaixo não foram agrupados em modelos DEA por suas características de especialização:
- a) Hospital Especializado Rafael Fernandes – Mossoró/RN.
 - b) Hospital Infantil Maria Alice Fernandes – Natal/RN.
 - c) Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado – Natal/RN.

d) Hospital Especializado Giselda Trigueiro – Natal/RN.

509. Para todos os modelos foram utilizadas as mesmas variáveis de insumo e produto. A escolha das variáveis foi feita com base em revisão bibliográfica de outros estudos na área, na disponibilidade de dados e considerando o pequeno número de DMU's dos modelos. Após estas considerações foram escolhidas as seguintes variáveis:

- **Insumos:**

1. **LEITOS** – quantidade total de leitos existentes em cada hospital de acordo com o CNES.
2. **MED** – quantidade de profissionais médicos atuantes nos hospitais de acordo com o CNES.
3. **NMED** – quantidade de outros profissionais (exceto médicos) atuantes nos hospitais de acordo com o CNES.

- **Produto:**

1. **AIH** – quantidade de internações realizadas pelos hospitais de acordo com dados extraídos do Tabwin/SIH/SUS.

510. Os dados de insumo foram coletados no CNES de dezembro de 2012 de cada hospital e os dados de produto foram extraídos, através do TabWin/DataSUS, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), a partir dos arquivos RD*.DBC referentes ao ano de 2012. No Quadro 21 estão apresentados os dados de cada variável dos hospitais selecionados.

Quadro 21 – Dados de Variáveis de Insumo e Produto por Hospital – DEA – 2012.

	Hospital	Variáveis de Insumo			Variável de Produto
		LEITOS	MED	NMED	AIH
Modelo 1	PAR_DEO	76	151	229	3.193
	NAT_WAL	329	476	1.400	9.109
	MOS_TAR	108	113	533	4.629
	CAI_SER	88	17	85	3.096
	NAT_RUY	101	41	77	1.179
	NAT_SAN	195	237	935	7.775
Modelo 2	MAC_ALF	39	31	46	575
	SJM_ANT	40	31	90	876
	CAN_GET	60	31	63	696
	SAN_LIN	51	36	215	2.251
	SPP_REG	40	37	121	1.219
	JOA_REG	41	24	68	1.149
	ANG_REG	28	10	76	517
	ASS_NEL	64	27	168	2.660
	CAR_AGU	30	12	138	1.858
	APO_HEL	60	18	87	939
	PDF_CLE	61	66	147	2.114

	ACA_ODI	32	18	95	511
Modelo 3	NAT_WAL	329	476	1.400	9.109
	JOA_HUM	148	361	721	7.580
	REC_RES	674	556	1.696	28.016
	FOR_HOS	523	526	597	18.054
	SAL_HOS	297	669	1.175	9.248
	TER_GET	405	337	643	7.972
	SAO_TAR	123	127	308	3.248

Fonte: Equipe de Auditoria. CNES e DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

511. Por último, na terceira etapa, foi escolhido o software livre DEAP (Dea Program – Versão 2.1), o mesmo utilizado por La Forgia e Couttolenc (2009), para execução da análise DEA para os três modelos. Na execução, os modelos contemplaram Retornos Constantes de Escala, Retornos Variáveis de Escala, multi-estágios e orientação a insumos. É importante esclarecer que a equipe de auditoria reconhece a necessidade de buscar ampliar os serviços ofertados pelos hospitais (orientação a produtos), mas optou-se pela orientação a insumos por duas razões:

- a) é a orientação mais utilizada na literatura, inclusive no estudo de La Forgia e Couttolenc;
- b) está alinhada com recomendação de Coelli (1996), que sugere a escolha da orientação com base em quais variáveis (insumos ou produtos) os agentes têm mais controle. Acredita-se que no caso dos hospitais, é possível ter mais controle sobre os insumos do que sobre a demanda.

512. Os resultados obtidos para cada modelo estão descritos nos tópicos a seguir.

Resultados da Análise DEA para o Modelo 1

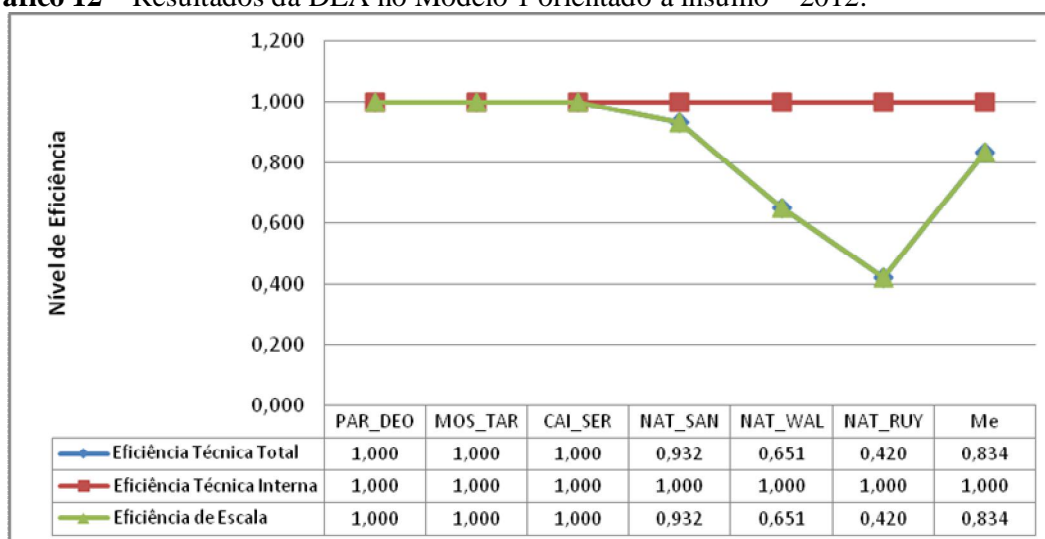
513. No modelo 1 foram incluídos os hospitais gerais da Rede da SESAP que contam com UTI. Esta separação foi proposta com o intuito de reunir hospitais de maior complexidade uma vez que não foi possível estabelecer uma medida de *case mix* (perfil de pacientes) para ajustar as variáveis utilizadas na DEA como proposto no estudo de La Forgia e Couttolenc. Os resultados da DEA para o referido grupo de hospitais estão apresentados na Tabela 1 e no Gráfico 12.

Tabela 1 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 1 orientado a insumo – 2012.

Ranking	Hospital	Eficiência Técnica Total	Eficiência Técnica Interna	Eficiência de Escala	Retornos de Escala
1	PAR_DEO	1,000	1,000	1,000	Constante
2	MOS_TAR	1,000	1,000	1,000	Constante
3	CAI_SER	1,000	1,000	1,000	Constante
4	NAT_SAN	0,932	1,000	0,932	Decrescente
5	NAT_WAL	0,651	1,000	0,651	Decrescente
6	NAT_RUY	0,420	1,000	0,420	Crescente
-	Média	0,834	1,000	0,834	-

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

Gráfico 12 – Resultados da DEA no Modelo 1 orientado a insumo – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

514. Analisando os resultados acima pode-se verificar que no contexto dos seis hospitais avaliados, três não se apresentaram eficientes: Hospital Pedro Bezerra (Santa Catarina), o Hospital Walfredo Gurgel e o Hospital Ruy Pereira, todos em Natal. Em todos os casos os hospitais foram considerados eficientes do ponto de vista da eficiência técnica interna, no entanto, apresentaram ineficiências de escala. No caso do Hospital Santa Catarina, a medida de ineficiência foi baixa (0,068) e a condição de retornos decrescentes de escala aponta para a possibilidade de reduzir o tamanho do hospital para torna-lo eficiente. Nos demais casos os níveis de ineficiência foram bastante significativos.

515. O Hospital Walfredo Gurgel alcançou um nível de eficiência de 0,651, ou seja, a medida de ineficiência foi de quase 35% e o hospital apresenta retornos decrescentes de escala, chamando atenção para o fato de que o aumento do tamanho do hospital pode torná-lo ainda mais ineficiente. Já o Hospital Ruy Pereira teve um resultado de eficiência de 0,420, resultando em uma elevada ineficiência de 58% e diferindo dos demais casos porque obteve

retornos crescentes de escala, o que quer dizer que seria preciso aumentar o tamanho do hospital para que ele pudesse alcançar melhores níveis de eficiência.

516. Para compreender melhor a ineficiência dos hospitais foi realizada análise dos alvos (sob retornos constantes de escala), metas de níveis ideais de insumos e produtos para que estes pudessem alcançar o nível dos hospitais eficientes.

Tabela 2 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 1 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
NAT_SAN	195	181,7	6,8%	237	202,5	14,5%	935	871,0	6,8%	7.775	3.096,0	-
NAT_WAL	329	214,0	34,9%	476	295,1	38,0%	1400	910,7	34,9%	9.109	9.109,0	-
NAT_RUY	101	33,5	66,8%	41	6,5	84,2%	77	32,4	58,0%	1.179	1.179,0	-
MÉDIA			36,2%			45,6%			33,3%			-

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

517. Como pode ser observado na Tabela 2, mantendo a mesma quantidade de internações (produto), os hospitais da amostra poderiam reduzir em média 36,2% dos leitos, 45,6% dos profissionais médicos e 33,3% dos profissionais não médicos. A indicação de redução de leitos em hospitais como o Santa Catarina e o Walfredo Gurgel pode causar estranheza, principalmente diante das situações de superlotação encontradas, no entanto, indica problemas de escala do hospital. É preciso ressaltar que o modelo é uma simplificação da realidade, logo, as metas de redução de insumos são consideradas aqui indícios de problemas a serem resolvidos, mas é preciso desenvolver uma análise qualitativa da realidade do hospital antes de aplicá-las.

518. Na Tabela 3, estão apresentados os alvos com orientação a produto e nesse caso, o modelo indica a necessidade de reduzir alguns níveis de insumos (7% dos leitos e 25,1% dos médicos), mas o foco principal está no aumento de produtos que deveria chegar em média a 66,3% de incremento no número de AIH's para que os hospitais fossem eficientes.

Tabela 3 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 1 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
NAT_SAN	195	195,0	0,0%	237	217,4	8,3%	935	935,0	0,0%	7.775	8.345,8	7,3%
NAT_WAL	329	329,0	0,0%	476	453,7	4,7%	1400	1400,0	0,0%	9.109	14.002,6	53,7%
NAT_RUY	101	79,7	21,1%	41	15,4	62,4%	77	77,0	0,0%	1.179	2.804,6	137,9%
MÉDIA			7,0%			25,1%			0,0%			66,3%

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

Resultados da Análise DEA para o Modelo 2

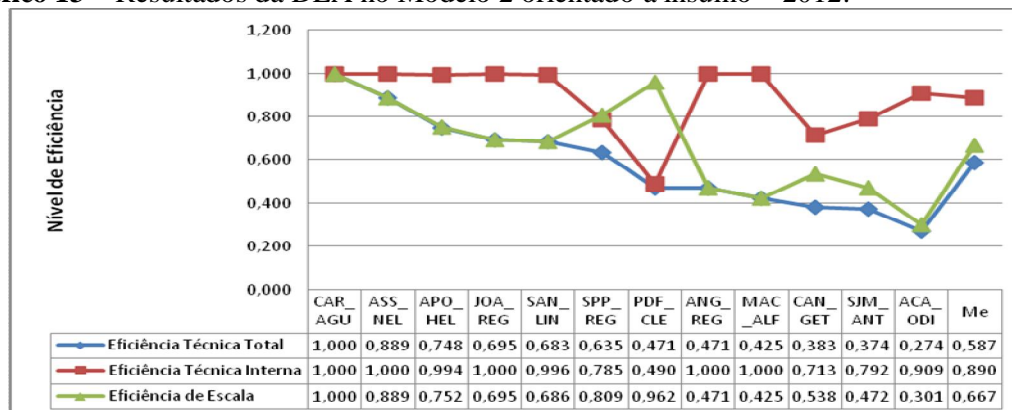
519. Com a mesma intenção descrita anteriormente de buscar a homogeneidade das DMU's, no modelo 2 foram incluídos os hospitais gerais da Rede da SESAP que não contam com UTI. Os resultados da DEA para o referido grupo de hospitais estão apresentados na Tabela 4 e no Gráfico 13.

Tabela 4 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 2 orientado a insumo – 2012.

Ranking	Hospital	Eficiência Técnica Total	Eficiência Técnica Interna	Eficiência de Escala	Retornos de Escala
1	CAR_AGU	1,000	1,000	1,000	Constante
2	ASS_NEL	0,889	1,000	0,889	Decrescente
3	APO_HEL	0,748	0,994	0,752	Crescente
4	JOA_REG	0,695	1,000	0,695	Crescente
5	SAN_LIN	0,683	0,996	0,686	Decrescente
6	SPP_REG	0,635	0,785	0,809	Crescente
7	PDF_CLE	0,471	0,490	0,962	Crescente
8	ANG_REG	0,471	1,000	0,471	Crescente
9	MAC_ALF	0,425	1,000	0,425	Crescente
10	CAN_GET	0,383	0,713	0,538	Crescente
11	SJM_ANT	0,374	0,792	0,472	Crescente
12	ACA_ODI	0,274	0,909	0,301	Crescente
-	Média	0,587	0,890	0,667	-

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

Gráfico 13 – Resultados da DEA no Modelo 2 orientado a insumo – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

520. Diferentemente do que ocorreu no modelo 1, a maioria dos hospitais do modelo 2 foi avaliada como ineficiente. Apenas o Hospital de Caraúbas foi considerado eficiente para o contexto da referida amostra. No caso dos hospitais de Assu, João Câmara, Angicos e Macaíba a ineficiência se concentrou na questão da escala, pois os hospitais foram considerados eficientes do ponto de vista da eficiência técnica interna. Com exceção de Assu, esses hospitais apresentaram retornos crescentes de escala, apontando para a necessidade de aumentar seu tamanho para alcançar níveis de eficiência técnica total. Os demais hospitais

foram considerados ineficientes tanto do ponto de vista da escala como do ponto de vista da eficiência técnica interna.

521. No que se refere à eficiência de escala, o hospital mais ineficiente foi o de Acari com um índice de 0,301. Os únicos hospitais que apresentaram retornos decrescentes de escala foram os de Assu e Santo Antonio, os demais apresentaram retornos crescentes de escala. A média de 0,667 para a eficiência de escala dos hospitais estudados demonstra que trata-se de um ponto que merece total atenção da SESAP: o redimensionamento dos hospitais e da rede como um todo é urgente.

522. Quanto à eficiência técnica interna, o índice mais baixo ficou com o hospital de Pau dos Ferros, 0,490. Vale ressaltar que, um dos motivos para hospitais pequenos que tiveram índices baixos de eficiência técnica total, como é o caso de Acari e Angicos, alcançarem índices mais elevados de eficiência técnica interna, é o fato apontado por La Forgia e Couttolenc (2009) de que os hospitais de menor porte apresentam melhores pontuações de eficiência técnica interna devido, principalmente, ao fato de atenderem a um perfil de pacientes com severidade menor e concentrarem-se em serviços simples de emergência, empregando menos pessoal e tecnologia.

523. Do ponto de vista da eficiência técnica total, a média da amostra foi de 0,587 o que pode ser interpretado como se, em média, os hospitais da amostra pudessem produzir cerca de 40% a mais do que produzem hoje utilizando os mesmos insumos. Seis hospitais ainda ficaram abaixo dessa média (Pau dos Ferros, Angicos, Macaíba, Canguaretama, São José de Mipibu e Acari), sendo que foram detectados índices críticos como os de Canguaretama, 0,383; São José de Mipibu, 0,374; e Acari, 0,274.

524. Como no primeiro modelo, com o intuito de compreender melhor a ineficiência dos hospitais foi realizada análise dos alvos (sob retornos constantes de escala), metas de níveis ideais de insumos e produtos para que estes pudessem alcançar o nível dos hospitais eficientes.

525. De acordo com o exposto na Tabela 5, o hospital médio para alcançar o nível dos estabelecimentos eficientes, com a produção constante, deve reduzir consideravelmente seus insumos, sendo 67,9% do número de leitos, 78,2% dos médicos e 45,7% dos profissionais não médicos. Vale ressaltar que as metas devem ser avaliadas de acordo com a realidade de cada hospital e que outros fatores deverão ser agregados a esta análise para que os gestores possam tomar suas decisões.

Tabela 5 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 2 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
ASS_NEL	64	33,611	47,5%	26	13,444	48,3%	174	154,611	11,1%	2.420	2.420	-
APO_HEL	61	14,139	76,8%	21	5,656	73,1%	87	65,039	25,2%	1.018	1.018	-
JOA_REG	40	10,125	74,7%	28	4,05	85,5%	67	46,575	30,5%	729	729	-
SAN_LIN	51	32,208	36,8%	37	12,883	65,2%	217	148,158	31,7%	2.319	2.319	-
SPP_REG	40	18,5	53,8%	35	7,4	78,9%	134	85,1	36,5%	1.332	1.332	-
PDF_CLE	61	28,75	52,9%	64	11,5	82,0%	334	132,25	60,4%	2.070	2.070	-
ANG_REG	28	9,111	67,5%	11	3,644	66,9%	89	41,911	52,9%	656	656	-
MAC_ALF	40	4,625	88,4%	30	1,85	93,8%	50	21,275	57,5%	333	333	-
CAN_GET	60	8,583	85,7%	29	3,433	88,2%	103	39,483	61,7%	618	618	-
SJM_ANT	40	7,972	80,1%	33	3,189	90,3%	98	36,672	62,6%	574	574	-
ACA_ODI	32	5,597	82,5%	18	2,239	87,6%	94	25,747	72,6%	403	403	-
MÉDIA			67,9%			78,2%			45,7%			

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

526. Na Tabela 6, estão apresentados os alvos com orientação a produto que aponta para que o hospital médio aumente em 104,3% o número de internações para ser eficiente em conjunto com alguns ajustes de insumos (redução de 41,6% dos leitos, 61,4% dos médicos e 1,5% dos profissionais não médicos).

Tabela 6 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 2 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
ASS_NEL	64	37,8	40,9%	26	15,1	41,8%	174	174,0	0,0%	2.420	2.723,5	12,5%
APO_HEL	61	18,9	69,0%	21	7,6	64,0%	87	87,0	0,0%	1.018	1.361,7	33,8%
JOA_REG	40	14,6	63,6%	28	5,8	79,2%	67	67,0	0,0%	729	1.048,7	43,9%
SAN_LIN	51	47,2	7,5%	37	18,9	49,0%	217	217,0	0,0%	2.319	3.396,5	46,5%
SPP_REG	40	29,1	27,2%	35	11,7	66,7%	134	134,0	0,0%	1.332	2.097,4	57,5%
PDF_CLE	61	61,0	0,0%	64	24,4	61,9%	334	280,6	16,0%	2.070	4.392,0	112,2%
ANG_REG	28	19,3	30,9%	11	7,7	29,6%	89	89,0	0,0%	656	1.393,0	112,4%
MAC_ALF	40	10,9	72,8%	30	4,3	85,5%	50	50,0	0,0%	333	782,6	135,0%
CAN_GET	60	22,4	62,7%	29	9,0	69,1%	103	103,0	0,0%	618	1.612,2	160,9%
SJM_ANT	40	21,3	46,7%	33	8,5	74,2%	98	98,0	0,0%	574	1.533,9	167,2%
ACA_ODI	32	20,4	36,1%	18	8,2	54,6%	94	94,0	0,0%	403	1.471,3	265,1%
MÉDIA			41,6%			61,4%			1,5%			104,3%

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

527. É fundamental compreender que os alvos são traçados pelo software através de uma análise puramente quantitativa, mas é sabido que não é possível ou muito difícil, por

exemplo, reduzir para 2 médicos a equipe de um hospital como está colocado no caso do hospital de Macaíba, ou ainda mais que triplicar o número de internações de outro hospital, como no caso de Acari, no entanto, fica evidente que ajustes precisam ser feitos para o equilíbrio dos insumos, para o aumento da produção ou até mesmo para a conclusão de que determinado estabelecimento é inviável do ponto de vista da eficiência.

Resultados da Análise DEA para o Modelo 3

528. O modelo 3 traz um grupo de hospitais do Nordeste considerados similares ao Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - HMWG. Essa análise foi desenvolvida devido à importância do referido hospital para a rede estadual e ao resultado de ineficiência que ele apresentou no modelo 1. A partir desse resultado a equipe decidiu promover a análise de eficiência relativa do HMWG com outros hospitais do Nordeste para verificar se persistiria a condição de ineficiência. Os resultados da DEA para o referido grupo de hospitais estão apresentados na Tabela 7 e no Gráfico 14.

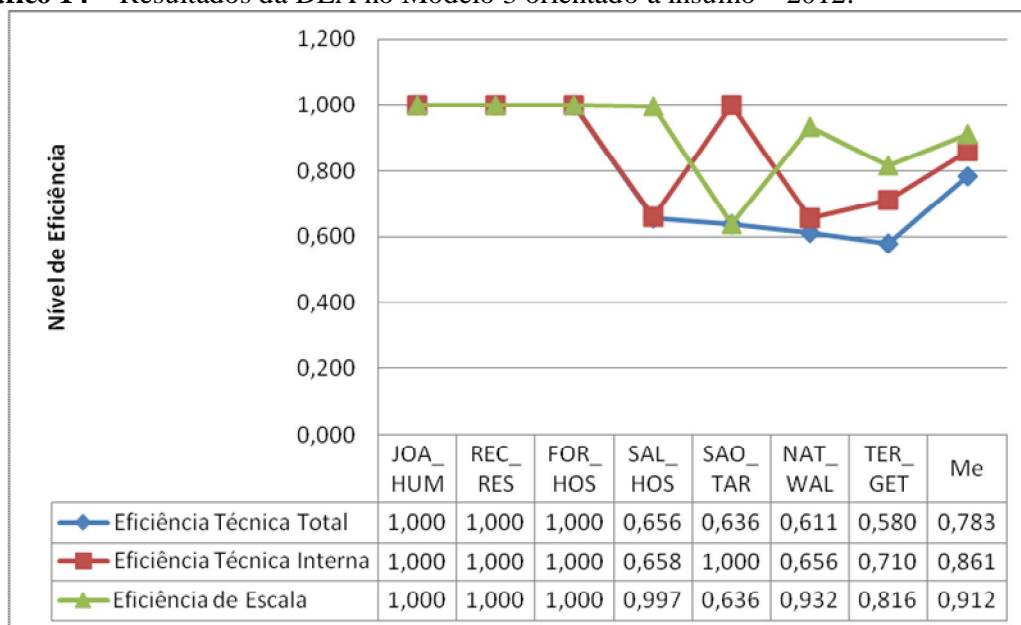
529. Como pode ser observado na Tabela 7, o HMWG persistiu na situação de ineficiência, inclusive com um indicador muito próximo ao encontrado no modelo 1 (0,611), no entanto, é preciso destacar algumas alterações. No modelo 1, a ineficiência do HMWG se concentrou na escala e os retornos de escala foram decrescentes. Já no modelo 3, ficou evidenciada a ineficiência técnica interna e os retornos de escala foram crescentes. Esses aspectos devem ser considerados e avaliados de acordo com as características das DMU's que compõem os modelos, mas o fato é que existe ineficiência no HMWG e é preciso promover ações para combatê-la.

Tabela 7 – Resumo dos resultados da DEA no Modelo 3 orientado a insumo – 2012.

Ranking	Hospital	Eficiência Técnica Total	Eficiência Técnica Interna	Eficiência de Escala	Retornos de Escala
1	JOA_HUM	1,000	1,000	1,000	Constante
2	REC_RES	1,000	1,000	1,000	Constante
3	FOR_HOS	1,000	1,000	1,000	Constante
4	SAL_HOS	0,656	0,658	0,997	Crescente
5	SAO_TAR	0,636	1,000	0,636	Crescente
6	NAT_WAL	0,611	0,656	0,932	Crescente
7	TER_GET	0,580	0,710	0,816	Crescente
-	Média	0,783	0,861	0,912	-

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

Gráfico 14 – Resultados da DEA no Modelo 3 orientado a insumo – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

530. A seguir são apresentados os resultados da análise dos alvos (sob retornos constantes de escala) de insumos e produtos para o alcance da eficiência dos hospitais.

Tabela 8 – Alvos com orientação a insumos – Modelo 3 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
SAL_HOS	297	194,8	34,4%	669	353,0	47,2%	1.175	770,8	34,4%	9.248	9.248,0	-
SAO_TAR	123	78,3	36,4%	127	64,7	49,1%	308	196,0	36,4%	3.248	3.248,0	-
NAT_WAL	329	201,2	38,9%	476	291,0	38,9%	1.400	688,7	50,8%	9.109	9.109,0	-
TER_GET	405	211,4	47,8%	337	195,4	42,0%	643	372,7	42,0%	7.972	7.972,0	-
MÉDIA			39,4%			44,3%			40,9%			-

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

531. Enquanto no modelo 1 a maior redução proposta para o HMWG foi no número de médicos, na amostra do modelo 2, conforme se depreende da Tabela 8, o insumo que deve ser mais reduzido é o número de profissionais não médicos (50,8%), estando acima da média de redução dos demais hospitais. Vale ressaltar que a redução proposta para leitos e médicos também foi alta (38,9%), embora fique abaixo da média indicada. Já Tabela 9, o aumento previsto para o número de internações, 61,4%, é parecido com o que ocorreu no modelo 1, no entanto, os ajustes de insumos foram mais suaves (redução de 2,5% nos leitos, 9,9% nos médicos e 4,9% nos profissionais não médicos).

Tabela 9 – Alvos com orientação a produtos – Modelo 3 – 2012.

HOSPITAL	LEITOS			MED			NMED			AIH		
	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%	Real	Alvo	%
SAL_HOS	297	297	0,0%	669	538,1	19,6%	1.175	1.175	0,0%	9.248	14.097,4	52,4%
SAO_TAR	123	123	0,0%	127	101,7	19,9%	308	308,00	0,0%	3.248	5.105,0	57,2%
NAT_WAL	329	329	0,0%	476	476	0,0%	1.400,0	1.126,4	19,5%	9.109	14.898,5	63,6%
TER_GET	405	364,7	9,9%	337	337	0,0%	643	643	0,0%	7.972	13.752,0	72,5%
MÉDIA			2,5%			9,9%			4,9%			61,4%

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados da análise DEA extraídos do DEAProgram.

532. Em suma, os resultados da DEA apontam para ineficiências em diversos hospitais e define possíveis caminhos para atuação dos gestores. Entre as causas para esses níveis de ineficiência pode-se apontar o excesso de hospitais de pequeno porte e as fragilidades de gestão da Rede Hospitalar da SESAP, tendo como principal efeito o desperdício de recursos públicos, além dos impactos negativos sobre os níveis de resolutividade da rede. Nesse sentido, recomenda-se à SESAP:

- reestruturar a COHUR para que possa exercer sua atividade de gerenciamento da Rede Hospitalar e das unidades de referência, com capacidade técnica de promover as análises periódicas de eficiência.
- construir um banco de dados mais robusto e atualizado que o CNES, com informações de possíveis insumos e produtos, para subsidiar análises periódicas de eficiência da Rede Hospitalar.
- desenvolver outros estudos analíticos sobre eficiência hospitalar para contribuir com o redesenho da estratégia de regionalização e para a melhoria sistemática dos níveis de eficiência dos hospitais da rede.

533. Ao comentar sobre o tópico acima o gestor ponderou (fl. 1537) que “o CNES é um banco de dados que permite ao gestor gerenciar os dados e informações de saúde, relacionados à rede assistencial, infraestrutura, profissionais e serviços ofertados. O dificultador se dá pela não alimentação dos dados pelos gestores locais, tornando o sistema desatualizado”.

534. Verifica-se que o comentário do gestor corrobora com a necessidade de se ter um banco de dados mais atualizado e robusto que o CNES, permanecendo as recomendações acima.

4.7.2 Resultados insatisfatórios para indicadores de desempenho dos hospitais

535. O alcance do princípio da eficiência, pela Rede Hospitalar da SESAP, está diretamente relacionado ao desempenho de suas unidades hospitalares. Nesse sentido, para complementar as conclusões da DEA, apresentadas anteriormente, foram analisados indicadores de desempenho dos hospitais da Rede SESAP, consolidando uma Análise de *Benchmarking* que toma como critério o estudo sobre o desempenho hospitalar no Brasil promovido pelo Banco Mundial e conduzido pelos pesquisadores La Forgia e Couttolenc (2009).

536. Serão analisados nos próximos tópicos cinco indicadores de desempenho calculados com base nos dados disponíveis para o ano de 2012:

1. **Giro de Leitos:** número de saídas hospitalares no ano de 2012 (SIH/SUS) dividido por número de leitos do hospital (CNES – Dez/2012).
2. **Taxa de Ocupação:** pacientes-dia no ano de 2012 (total de dias de permanência extraído do SIH/SUS) dividido por leitos-dia (total de leitos extraídos do CNES – Dez/2012 multiplicado por 365 dias).
3. **Tempo Médio de Permanência:** pacientes-dia no ano de 2012 dividido por saídas hospitalares no ano de 2012.
4. **Pessoal por Leito:** número total de pessoal (CNES – Dez/2012), incluindo médicos e não médicos, dividido pelo número de leitos.
5. **Produtividade Cirúrgica:** número de internações cirúrgicas no ano de 2012 (SIH/SUS) dividido pelo número de salas de cirurgia (CNES – Dez/2012). Este indicador também foi calculado dividindo o seu resultado pelo número total de dias úteis do ano de 2012 (251 dias) para obter a produtividade cirúrgica por sala de cirurgia por dia útil.

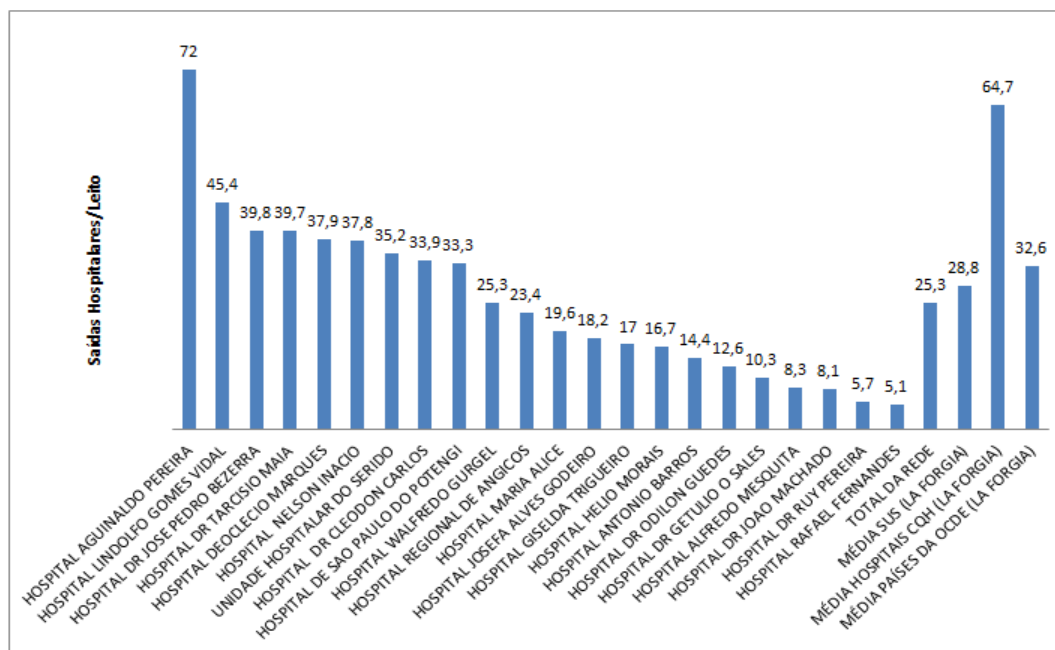
537. No Apêndice A deste relatório estão as tabelas com todos os indicadores calculados pela equipe de auditoria para os hospitais da Rede SESAP nos anos de 2011 e 2012.

Giro de Leitos

538. O índice de giro de leitos mede a taxa de saídas hospitalares por leito e se trata de uma medida da eficiência no uso de recursos físicos do hospital. No estudo de La Forgia e Couttolenc (2009) o giro de leitos apresentou o maior coeficiente de correlação com a

pontuação de eficiência entre todas as variáveis incluídas na análise. O Gráfico 15 traz os resultados desse indicador para os hospitais da Rede SESAP e outros dados que servem como referenciais para o *benchmarking*.

Gráfico 15 – Índice de Giro de Leitos – Rede SESAP – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES, SIH/SUS e La Forgia; Couttolenc.

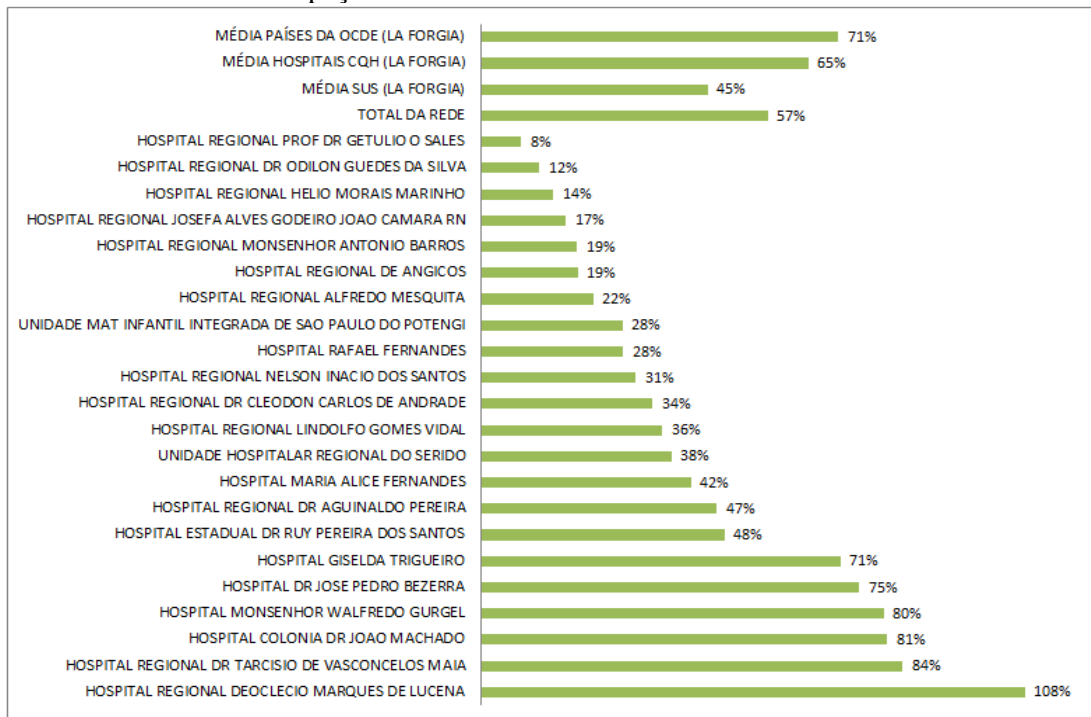
539. Observando o gráfico é possível notar que o índice da Rede SESAP para o giro de leitos é inferior aos dados referenciais e que existem casos com indicadores críticos. Desconsiderando alguns hospitais especializados e com características especiais, pode-se destacar os resultados negativos dos hospitais que estão abaixo da média da própria rede: Macaíba (8,3), Canguaretama (10,3), Acari (12,6), São José de Mipibu (14,4), Apodi (16,7), João Câmara (18,2) e Angicos (23,4). De uma maneira geral o resultado é ruim, com exceção do indicador do hospital de Caraúbas, no entanto, esse indicador elevado pode também ser atribuído ao fato desse hospital receber pacientes de baixa gravidade por curta permanência.

Taxa de Ocupação

540. A taxa de ocupação, assim como o giro de leitos, também está relacionada com a utilização dos recursos físicos disponíveis nas unidades hospitalares. De acordo com a Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, a taxa de ocupação desejável está entre 80% e 85%. No

Gráfico 16 estão as taxas calculadas para os hospitais da Rede SESAP e os referenciais de La Forgia.

Gráfico 16 – Taxa de Ocupação – Rede SESAP – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES, SIH/SUS e La Forgia; Couttolenc.

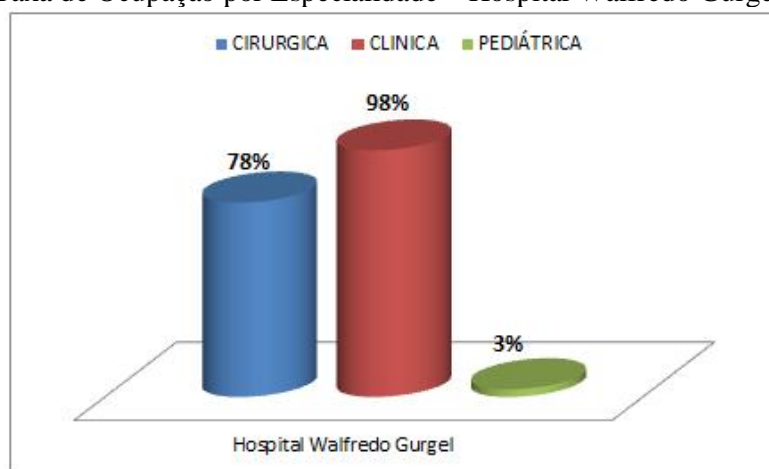
541. A taxa de ocupação da Rede SESAP (57%) está bem abaixo do nível esperado pelos parâmetros do SUS, mas está acima da média nacional para todos os hospitais do SUS (45%) apresentada por La Forgia. De qualquer maneira a média nacional é considerada muito baixa e, assim como no caso específico da Rede SESAP, está distante de referências como os hospitais da CQH (65%) e dos países da OCDE (71%).

542. Em seu estudo, La Forgia e Couttolenc (2009) destacam a existência de muitos casos de taxas de ocupação abaixo de 30%, o que também ocorre no Rio Grande do Norte. A Rede SESAP apresentou nove hospitais abaixo dos 30% de ocupação em 2012, inclusive com taxas bem críticas: Canguaretama (8%), Acari (12%), Apodi (14%), João Câmara (17%), São José de Mipibu e Angicos (19%), Macaíba (22%), São Paulo do Potengi e Rafael Fernandes de Mossoró (28%).

543. Outro ponto que chama atenção é a questão da taxa de ocupação de 80% do Hospital Walfredo Gurgel, quando poderia se esperar algo superior a 100%, como no caso do Deoclécio Marques, caracterizando superlotação. Embora a taxa total tenha sido de 80%, quando se separa por especialidade, percebe-se que a área clínica é crítica e teve 98% de

ocupação, isto é, praticamente no limite, conforme demonstrado no Gráfico 17. No entanto, é preciso considerar a possibilidade de algum problema de alimentação dos sistemas por parte do pessoal do hospital e também verificar como estão sendo tratados, do ponto de vista da informação aos sistemas, os casos de pacientes em macas.

Gráfico 17 – Taxa de Ocupação por Especialidade – Hospital Walfredo Gurgel – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES e DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

544. Outro aspecto interessante sobre a taxa de ocupação diz respeito à clínica pediátrica: enquanto a taxa de ocupação da rede como um todo é baixa (28%), o Hospital Santa Catarina apresenta sinais de superlotação com uma taxa de ocupação de 117% na clínica pediátrica, conforme demonstrado no Quadro 22. Isso demonstra a concentração que ocorre em alguns estabelecimentos de saúde como resultado, em grande parte, da baixa resolutividade dos demais.




Quadro 22 – Taxa de Ocupação da Clínica Pediátrica – Rede SESAP – 2012.

RANKING	MUNICÍPIO	HOSPITAL	TAXA DE OCUPAÇÃO 2012 PEDIÁTRICA
1	Natal	HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	117%
2	Mossoró	HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	50%
3	Natal	HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO	34%
4	Natal	HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES	33%
5	Caraúbas	HOSPITAL REGIONAL DR AGUINALDO PEREIRA	30%
6	Santo Antonio	HOSPITAL REGIONAL LINDOLFO GOMES VIDAL	20%
7	São Paulo do Potengi	UNIDADE MAT INFANTIL INTEGRADA DE SAO PAULO DO POTENGI	15%
8	Angicos	HOSPITAL REGIONAL DE ANGICOS	13%
9	São José de Mipibu	HOSPITAL REGIONAL MONSENHOR ANTONIO BARROS	11%
10	Apodi	HOSPITAL REGIONAL HELIO MORAIS MARINHO	8%
11	Assu	HOSPITAL REGIONAL NELSON INACIO DOS SANTOS	7%
12	João Câmara	HOSPITAL REGIONAL JOSEFA ALVES GODEIRO JOAO CAMARA RN	6%
13	Canguaretama	HOSPITAL REGIONAL PROF DR GETULIO O SALES	4%
14	Acari	HOSPITAL REGIONAL DR ODILON GUEDES DA SILVA	3%
15	Natal	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	3%
16	Macaíba	HOSPITAL REGIONAL ALFREDO MESQUITA	0%
17	Mossoró	HOSPITAL RAFAEL FERNANDES	0%
TOTAL DA REDE			28%

Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES e DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

545. Ainda sobre a taxa de ocupação, foram verificados níveis acima do desejável para UTI, tanto adulto, como infantil e neonatal, conforme demonstrado no Quadro 23.

Quadro 23 – Taxa de Ocupação da UTI – Rede SESAP – 2012.

RANKING	MUNICÍPIO	HOSPITAL	TAXA DE OCUPAÇÃO 2012 UTI Adulto 
1	Mossoró	HOSPITAL REGIONAL DR TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA	174%
2	Natal	HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	163%
3	Natal	HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO	105%
4	Natal	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	98%
5	Parnamirim	HOSPITAL REGIONAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	60%
6	Natal	HOSPITAL ESTADUAL DR RUY PEREIRA DOS SANTOS	0%
7	Caicó	UNIDADE HOSPITALAR REGIONAL DO SERIDO	0%
TOTAL DA REDE			89%
RANKING	MUNICÍPIO	HOSPITAL	TAXA DE OCUPAÇÃO 2012 UTI Infantil 
1	Natal	HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES	110%
2	Natal	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	94%
TOTAL DA REDE			101%
RANKING	MUNICÍPIO	HOSPITAL	TAXA DE OCUPAÇÃO 2012 UTI Neonatal 
1	Natal	HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES	106%
2	Natal	HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	93%
TOTAL DA REDE			96%

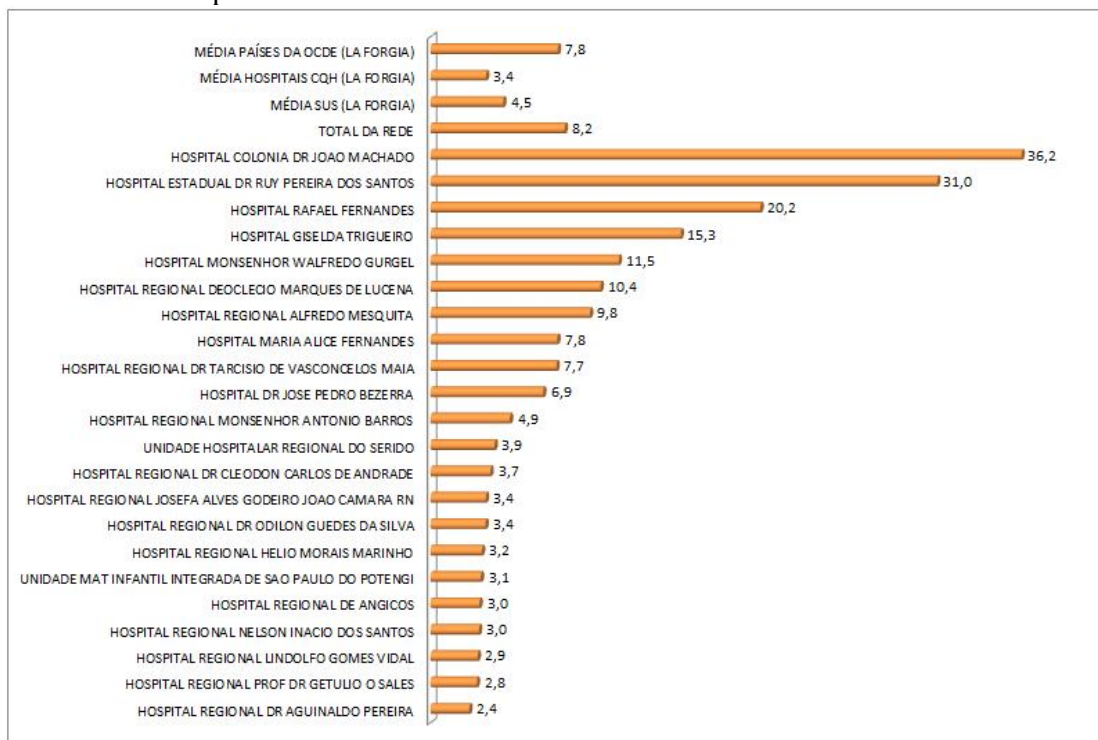
Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES e DataSUS/Tabwin/Dados/SIH/SUS.

Tempo Médio de Permanência

546. O tempo médio de permanência é um indicador fundamental da eficiência do uso dos recursos físicos de um hospital, pois permanências mais longas do que o necessário geram desperdício de recursos e podem dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves (La Forgia; Couttolenc, 2009). O Gráfico 18 apresenta os resultados da Rede SESAP e os referenciais de La Forgia para esse importante indicador.

547. No geral o tempo médio de permanência dos hospitais da Rede SESAP é baixo, mas chama atenção o resultado do Hospital Alfredo Mesquita de Macaíba que está com uma média de permanência acima do indicador da Rede SESAP e é o maior resultado entre os hospitais de menor complexidade (9,8), o que demonstra algum ineficiência na utilização de seus recursos físicos. É importante ressaltar que os indicadores baixos de média de permanência também devem ser avaliados do ponto de vista da qualidade, pois se pacientes recebem altas prematuramente o indicador cai, no entanto, também cai a qualidade da atenção.

Gráfico 18 – Tempo Médio de Permanência – Rede SESAP – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do SIH/SUS e La Forgia; Couttolenc.

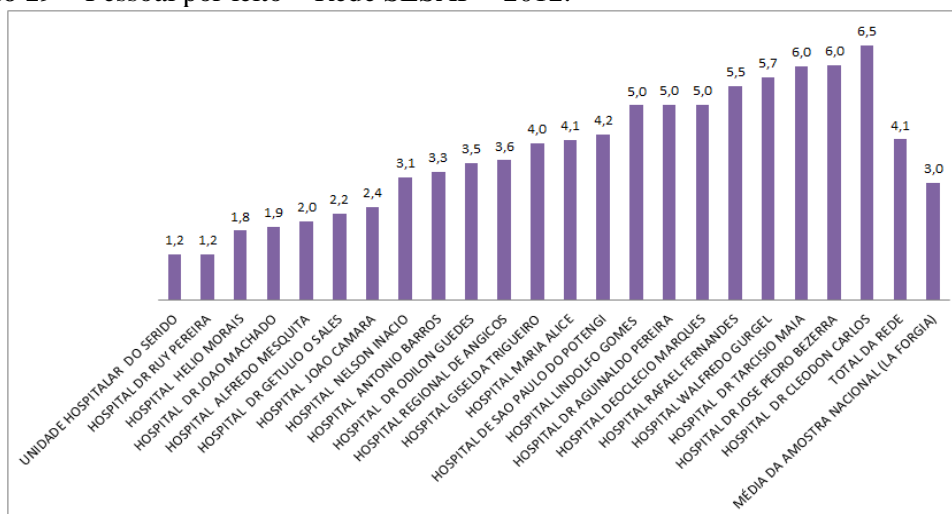
Pessoal por Leito

548. O índice de pessoal por leito é estratégico e reflete a eficiência alocativa, uma vez que registra a utilização de um recurso essencial na produção do atendimento hospitalar (La Forgia; Couttolenc, 2009). O Gráfico 19 traz os resultados desse indicador para a Rede SESAP e para a amostra nacional do estudo de La Forgia.

549. Ao analisar o referido gráfico é possível observar que existe uma dispersão considerável dos resultados para esse indicador, o que pode ser justificado porque o volume dos trabalhadores depende muito do tamanho do hospital e da complexidade dos casos. Apenas sete hospitais da Rede SESAP ficaram abaixo da média da amostra nacional (3,0) calculada no estudo do Banco Mundial.

550. Chama atenção o fato do indicador mais alto ser o do Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade de Pau dos Ferros (6,5), mais que o dobro da média da amostra nacional. Existe ainda o caso de hospitais com menor complexidade e tamanho do que outros, mas apresentando o mesmo índice de pessoal por leito, como é o caso do Hospital de Caraúbas (5,0) e do Hospital Deoclécio Marques em Parnamirim (5,0).

Gráfico 19 – Pessoal por leito – Rede SESAP – 2012.

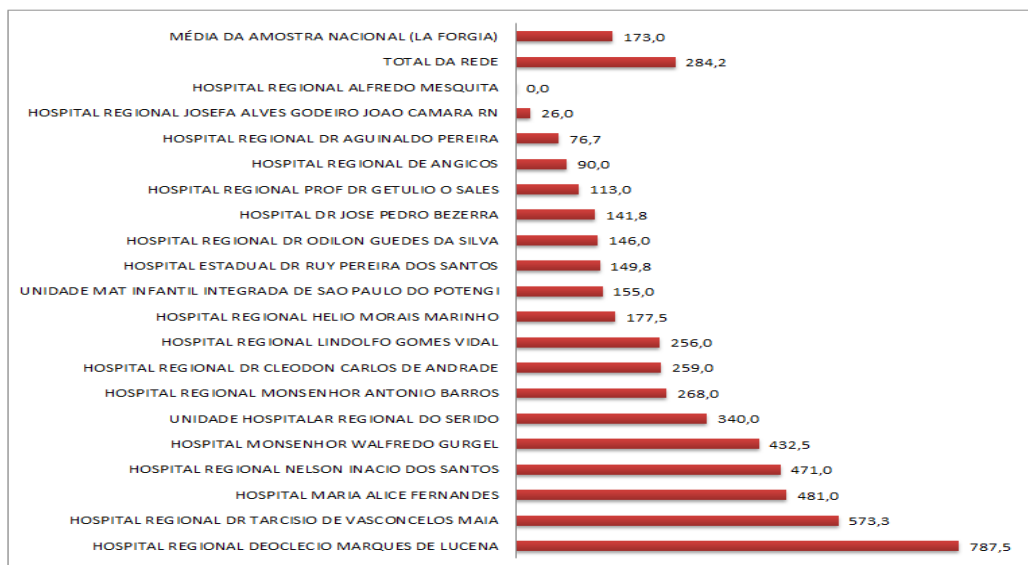


Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES e La Forgia; Couttolenc.

Produtividade Cirúrgica

551. O indicador de produtividade cirúrgica reflete o nível de utilização das salas de cirurgia, permitindo a identificação de estruturas subutilizadas. A possível subutilização de salas de cirurgia tem um impacto importante nos hospitais, pois trata-se de uma atividade de alto custo. Os resultados obtidos nesse indicador para a Rede SESAP estão dispostos nos Gráficos 20 e 21.

Gráfico 20 – Número de Pacientes Cirúrgicos por Sala de Cirurgia (Produtividade Cirúrgica) – Rede SESAP – 2012.

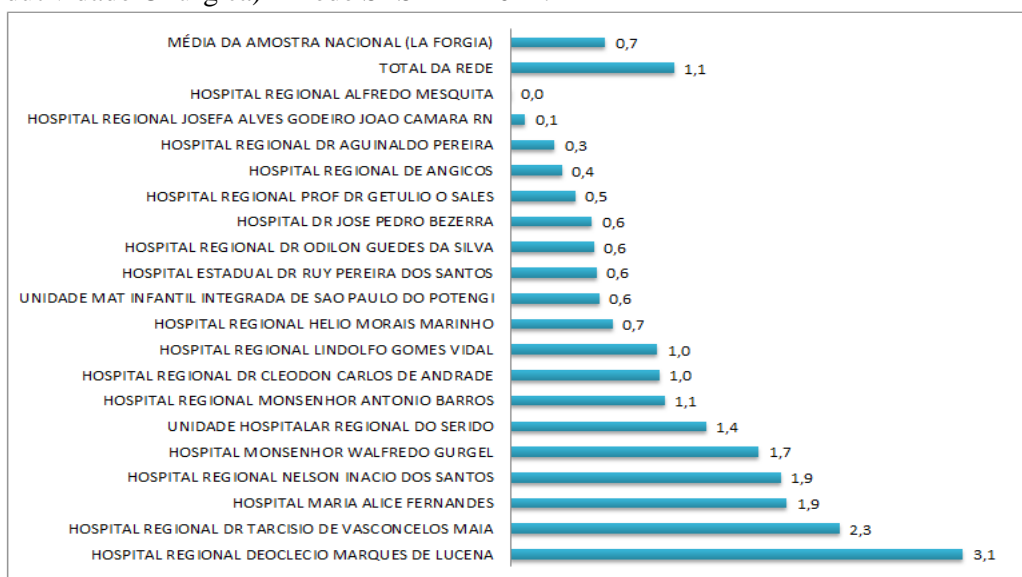


Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES, SIH/SUS e La Forgia; Couttolenc.

552. A observação dos gráficos mostra que a Rede SESAP tem nove hospitais (Macaíba, João Câmara, Caraúbas, Angicos, Canguaretama, Santa Catarina em Natal, Acari, Ruy Pereira em Natal e São Paulo do Potengi) com resultados de produtividade cirúrgica mais baixos que o calculado na amostra nacional de La Forgia e Couttolenc (2009), ou seja, trata-se de indicadores críticos.

553. De fato a produtividade cirúrgica da rede de uma maneira geral é baixa o que reforça também outras conclusões como as da resolutividade, que teve os índices mais críticos na especialidade cirúrgica.

Gráfico 21 – Número de Pacientes Cirúrgicos por Sala de Cirurgia por Dia Útil (Produtividade Cirúrgica) – Rede SESAP – 2012.



Fonte: Equipe de auditoria. Elaborado a partir dos dados do CNES, SIH/SUS e La Forgia; Couttolenc.

554. Através da Análise de Benchmarking foi possível identificar diversos problemas de desempenho nas unidades hospitalares da Rede SESAP, reforçando aspectos de ineficiências verificados na Análise Envoltória de Dados (DEA). Entre as causas para esse desempenho insatisfatório estão a deficiência de instalações físicas e equipamentos, fragilidades no dimensionamento e lotação de pessoal, fluxo desorganizado com problemas de regulação e as fragilidades de gestão da Rede Hospitalar da SESAP, tendo como principais efeitos o desperdício de recursos públicos, o enfraquecimento da rede, além dos impactos negativos sobre os níveis de resolutividade. Nesse sentido, recomenda-se à Sesap:

- reestruturar a COHUR para que possa exercer sua atividade de gerenciamento da Rede Hospitalar e das unidades de referência, com

capacidade técnica de promover o acompanhamento e a avaliação de indicadores de desempenho.

- definir indicadores que serão acompanhados periodicamente, incluindo minimamente os indicadores apresentados neste relatório, e traçar metas de desempenho para os hospitais da Rede para cada indicador escolhido.
- a partir da redefinição da rede hospitalar, direcionar recursos de forma racional para a estruturação dos hospitais, com incorporação de tecnologia, qualificação dos processos de trabalho e das pessoas, e manutenção de abastecimento adequado.
- implantar Complexo Regulador do RN.

5 SISTEMA DE REGULAÇÃO

555. De acordo com a Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, as ações da referida política estão organizadas em três dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência, sendo esta última o ponto de interesse para este estudo. Segundo a Portaria já mencionada, Art. 2º, Inciso III, pode-se entender a terceira dimensão da Regulação do SUS da seguinte maneira:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

5.1 Fragilidades na Regulação do Acesso à Assistência

556. Ao solicitar informações sobre a situação da Regulação do Acesso à Assistência no RN, a equipe de auditoria teve acesso à “Proposta de implantação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde do Estado do Rio Grande do Norte”. O referido documento apresenta um breve histórico do processo de regulação no RN, informando que tal atividade teve início em 1991, com a instalação da Central de Exames, Consultas e Internação – CECI, que utilizava um sistema informatizado em plataforma COBOL, desenvolvido no próprio Estado.

557. O sistema de regulação funcionava através de subcentrais regionais, coordenadas pela gestão estadual, até que em 2006, com o processo de descentralização da regulação assistencial, foram criadas quatro Centrais Municipais de Regulação (Natal, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros) com abrangência regional, utilizando a ferramenta eletrônica disponibilizada pelo Ministério da Saúde – SISREG II.

558. Na esfera nacional, surge em 2008 a Política Nacional de Regulação que tem como um de seus pilares o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho da regulação. Nesse contexto ficou definido que cabe aos Estados (Art. 10º, § 2º): I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de

Saúde; IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. Daí surge a necessidade da SESAP reestruturar seu sistema de regulação, com a conformação do Complexo Regulador Estadual, integrando as Centrais de Consultas, Exames e Internações, bem como, as urgências/emergências e outras modalidades de atenção com vistas à regulação dos procedimentos.

559. Ainda segundo a Política Nacional, o Complexo Regulador estabelece a área técnica da regulação e tem como atribuições (Art. 8º, § 2º): I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e V - executar a regulação médica do processo assistencial.

560. Com o intuito de fazer frente a tais responsabilidades, a SESAP estruturou uma proposta de Complexo Regulador conforme descrito na Figura 29. A Secretaria estabeleceu ainda o fluxo da regulação de internações a partir das urgências (ver Figura 30). Pelos cronogramas divulgados, o Complexo Regulador do RN já deveria estar funcionando, no entanto, isso não ocorreu em todas as suas dimensões e a questão da integração ainda não foi alcançada.

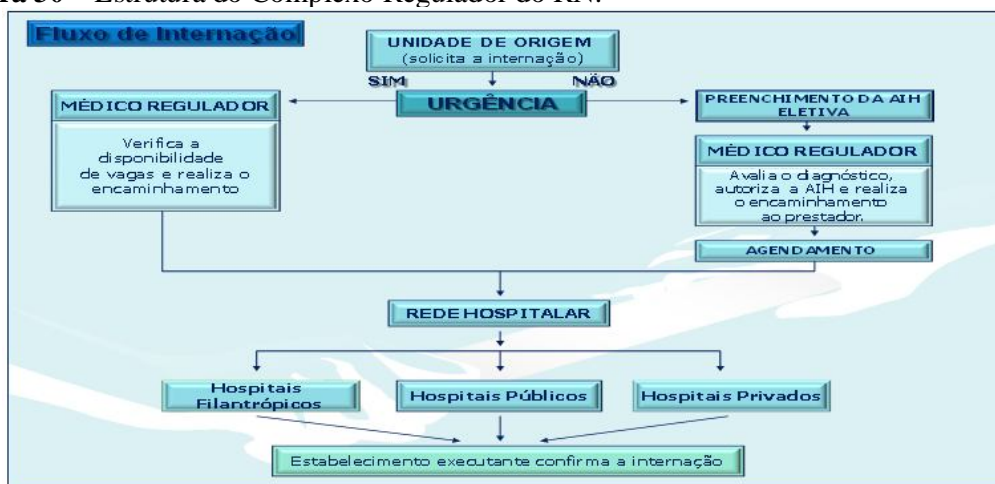
561. As fragilidades da atual estratégia de regulação do RN puderam ser verificadas nas visitas aos hospitais da Rede SESAP, quando foi constatado que alguns hospitais possuem Unidade de Gerenciamento de Vagas – UGV para controle dos leitos e em outros hospitais tal atividade é executada pelo setor de Serviço Social. Além disso, a consulta de disponibilidade de vagas entre unidades é feita por telefone na maioria dos casos e apenas algumas atividades de internamento são realizadas via SISREG.

Figura 29 – Estrutura do Complexo Regulador do RN.



Fonte: Plano de estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN / CPCS/SESAP.

Figura 30 – Estrutura do Complexo Regulador do RN.



Fonte: Plano de estruturação da Rede de Atenção às Urgências do RN / CPCS/SESAP.

562. Outro ponto constatado nas visitas foi a precariedade do controle dos leitos e das transferências, tais registros são feitos de forma manual em livros e fichas ou através de documentos de Word e Excel, conforme está ilustrado na Figura 31.

563. Também ficou constatada a insatisfação de alguns gestores de hospitais quanto ao sistema de regulação, conforme apontado nos questionários discutidos no tópico 3.2 deste relatório, além da insuficiência de recursos de tecnologia da informação nos hospitais para efetiva implantação de um sistema de regulação integrado, conforme demonstrado no tópico 4.5.7 deste relatório.

Figura 31 – Formulários da UGV do Hospital Tarcísio Maia (Mossoró) e Arquivo da UGV do Hospital Deoclécio Marques (Parnamirim).



Fonte: Equipe de auditoria.

564. As principais causas identificadas para as fragilidades do Sistema de Regulação do Estado são a não informatização adequada dos hospitais e a não implantação do Complexo Regulador do RN. Essa inadequação do sistema de regulação tem ainda efeitos perversos como: ameaças à garantia do acesso equânime, oportuno e adequado aos serviços de saúde à população; compromete o fornecimento de informações vitais em tempo real sobre os vazios assistenciais, que possibilitem o ordenamento do planejamento na alocação dos investimentos, buscando a transformação e qualificação da assistência; fragmentação e a desarticulação das redes de atenção à saúde; fluxo assistencial desorganizado; contribui para a existência de listas de espera e superlotação; grandes vazios assistenciais; falha no processo assistencial ambulatorial e hospitalar pela falta da garantia do acesso; e desarticulação das informações necessárias à efetivação da regulação.

565. Com base no exposto recomenda-se à Sesap:

- informatizar os hospitais da Rede SESAP, garantindo as condições mínimas para o funcionamento de um sistema de regulação integrado.
- implantar Complexo Regulador do RN, com a definição de processos e procedimentos, atualização de cadastros e levantamento de dados, estruturação física, garantia de estrutura de tecnologia da informação, capacitação de pessoas e demais aspectos necessários para a atuação efetiva do Complexo.

566. Comentando o tópico acima, a CPCS informou sobre o processo de implantação do Complexo Regulador, que deverá ter sua segunda etapa concluída no final de 2013. A Coordenadoria descreveu algumas ações tomadas, como a capacitação de técnicos para uso do SISREG III, no entanto, tais ações precisam ser ampliadas e algumas ainda iniciadas, fazendo com que seja mantida a recomendação do Relatório Preliminar (fls. 1537/1538).

6 PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL

567. Apesar da cultura de planejamento ser algo recente e ainda em desenvolvimento no Brasil, a Administração Pública já reconhece sua importância. Isso fica evidenciado na análise de dispositivos como:

- a) Decreto Lei nº 200/1967, Art. 6º, Inciso I; e Art. 7º.
- b) Constituição Federal, Art. 37, caput.
- c) Norma Técnica – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Gespública – Critério de Avaliação nº 2.

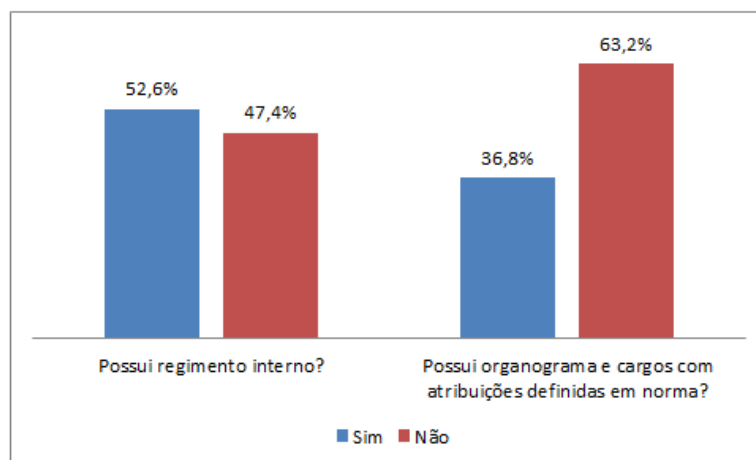
568. Esses dispositivos alinhados com as boas práticas de gestão servirão como critérios para análise dos aspectos relacionados ao planejamento institucional na SESAP. Vale ressaltar que também foram abordados neste capítulo alguns aspectos organizacionais, uma vez que a maturidade organizacional contribui para a efetividade do planejamento institucional.

6.1 Carência de processos, estruturas e documentos organizacionais adequados e atualizados

569. Para que os hospitais possam realizar sua missão e desenvolver suas atividades de forma eficiente e com efetividade é muito importante que estejam definidas de maneira adequada a sua estrutura organizacional e as atribuições de cada integrante da organização. No entanto, entre os hospitais da Rede SESAP, foram detectados casos de estabelecimentos que sequer contam com organograma ou regimento interno. O Gráfico 22 apresenta a situação encontrada entre os 19 hospitais da rede que responderam ao questionário, no que se refere a regimento interno e estrutura organizacional.

570. Sem uma estrutura organizacional e atribuições bem definidas, os hospitais também não conseguem instituir comissões, grupos e núcleos que são importantes para a gestão hospitalar conforme apresentado no Gráfico 23. É importante destacar que nenhum hospital da Rede possui Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, embora a existência desse núcleo já seja uma exigência da nova Política Nacional de Atenção Hospitalar (Consulta Pública nº 19, de 1/11/2012) para os estabelecimentos hospitalares que contarem com Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência.

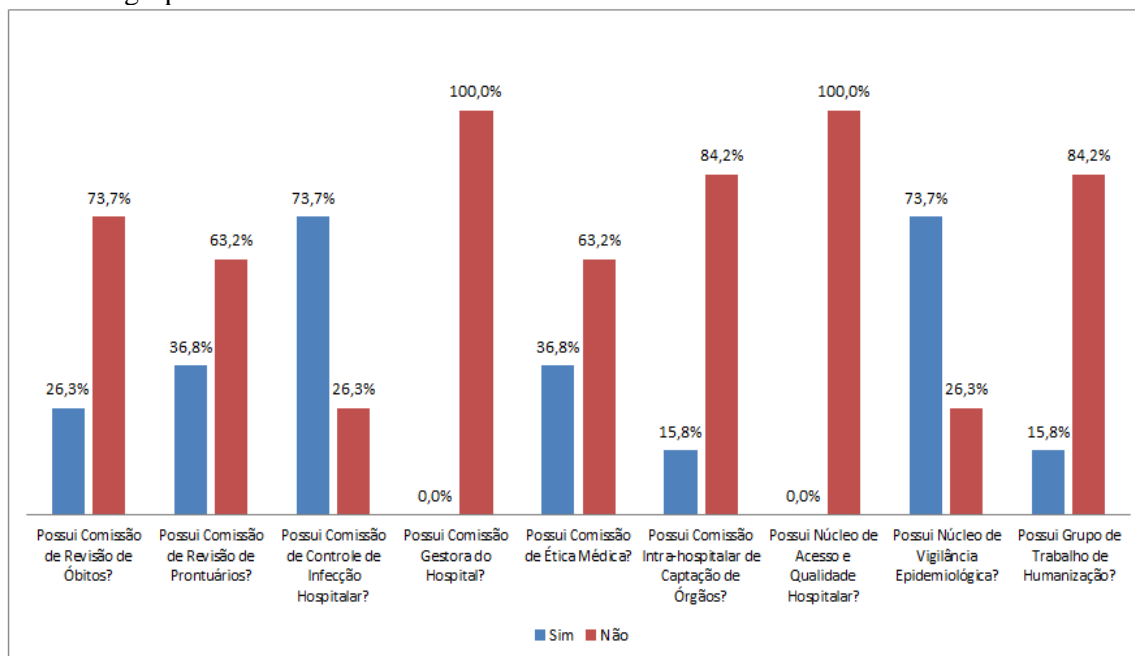
Gráfico 22 – Situação dos hospitais da Rede SESAP quanto a regimento interno e estrutura organizacional.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário enviado aos diretores dos hospitais.

571. Outro ponto relevante que foi identificado nas visitas foi a fragilidade na definição de processos e de procedimentos. Alguns setores possuem padronização de procedimentos, mas não é uma realidade de todos os hospitais e também não existe um padrão para a Rede SESAP.

Gráfico 23 – Situação dos hospitais da Rede SESAP quanto a existência de comissões, núcleos e grupos de trabalho.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário enviado aos diretores dos hospitais.

572. Atribui-se como causas para essas fragilidades a baixa capacidade de organização administrativa dos hospitais e da própria SESAP, bem como o desconhecimento da situação organizacional dos hospitais. Essa carência compromete o desenvolvimento dos controles internos, gera dificuldades para os gestores que precisam administrar uma instituição sem uma organização interna definida e impossibilita a distribuição adequada dos cargos de coordenação e controle.

573. Diante do aqui exposto, recomenda-se à SESAP:

- estruturar a COHUR para que possa normatizar e acompanhar a gestão organizacional dos hospitais.
- realizar diagnóstico da situação organizativa e institucional (existência de documentos formais como regimento interno, existência de organograma, formalização de comissões, existência de cargos, titularidade de terrenos, existência de manuais de procedimentos, entre outros) das unidades da Rede.
- fazer mapeamento dos processos dos hospitais da Rede SESAP.
- com base no diagnóstico e no mapa de processos, desenvolver ações para regularização progressiva das unidades.

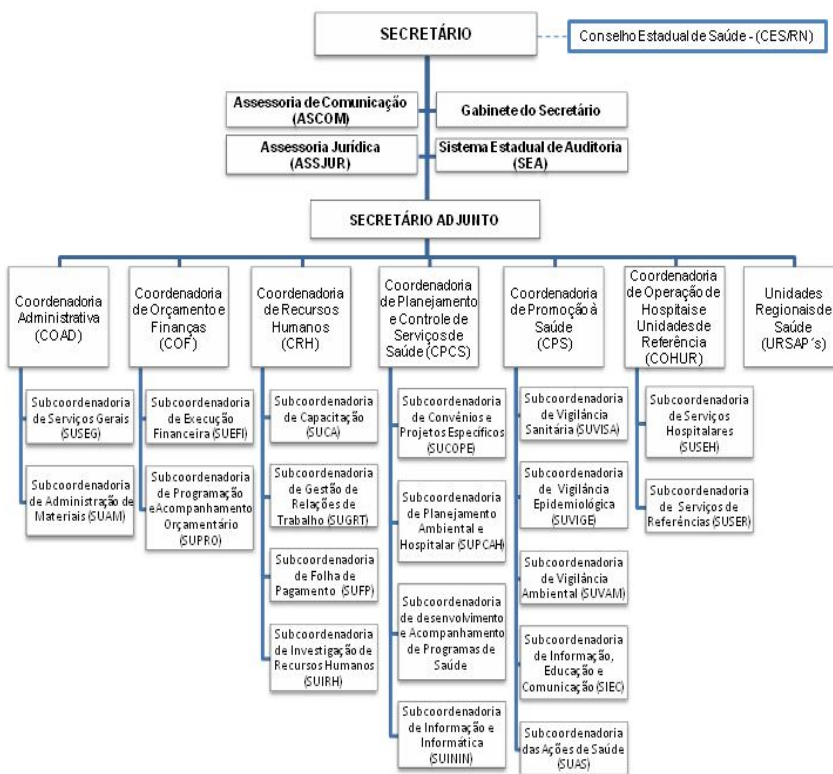
6.2 Ausência ou precariedade de instrumentos de planejamento institucional

574. A estrutura da SESAP (ver Figura 32) conta com uma Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS), que está mais voltada para o planejamento dos sistemas de saúde com que se relacionam a rede de saúde de todo o RN, e conta também com uma Subsecretaria de Planejamento e Gestão, que não tem suas atribuições definidas de forma clara, mas que na lógica organizacional deveria desenvolver ações voltadas para o planejamento institucional. Também foi identificada a ausência de planejamento estratégico e de planos de ação coordenados na Secretaria. Nesse sentido, a SESAP está desestruturada do ponto de vista do planejamento institucional.

575. A inexistência de um planejamento no nível central acaba impactando os hospitais da Rede SESAP. Tais estabelecimentos também não contam com planos de ação ou outros mecanismos de desdobramento do planejamento institucional. Em alguns casos foram identificadas apenas “listas de intenções”, sem definições relativas às estratégias para alcance das metas.

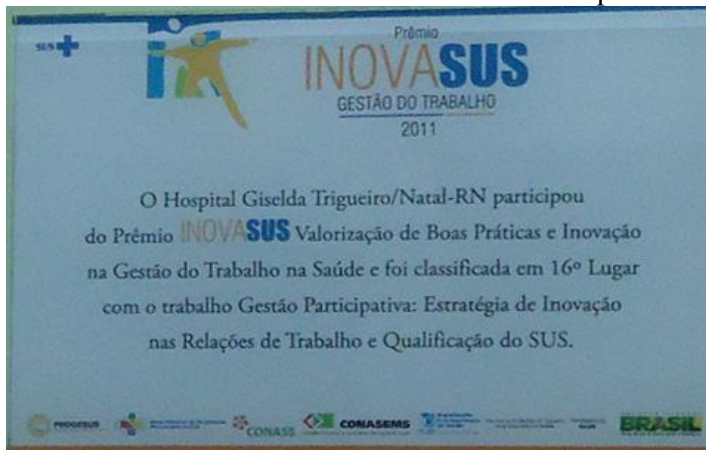
576. Um caso que difere dessa realidade e que pode ser considerado uma boa prática é o do Hospital Giselda Trigueiro, em Natal, que instituiu um novo modelo de gestão, baseado na gestão participativa para a definição de estratégias de alcance dos objetivos traçados e que tem a preocupação de desenvolver ações para a promoção do alinhamento organizacional. O modelo de gestão do Hospital Giselda Trigueiro vem buscando melhorias contínuas e já foi reconhecido pelo Prêmio InovaSUS – 2011 (Figura 33).

Figura 32 – Organograma da SESAP.



Fonte: Site SESAP.

Figura 33 – Reconhecimento do Prêmio InovaSUS – 2011 ao Hospital Giselda Trigueiro.



Fonte: Equipe de auditoria.

577. São apontadas como causas da deficiência de planejamento institucional da SESAP: a inexistência de uma área responsável pela condução das ações de planejamento institucional e articulação interna para promover o alinhamento estratégico, voltando tais responsabilidades para algumas poucas pessoas que concentram informação e conhecimento; descontinuidade de gestão; cultura organizacional que ainda privilegia modelo de gestão voltado para a resolução de problemas urgentes e pontuais, sem capacidade administrativa para pensar o futuro da organização; cargos de gestão ocupados por pessoas sem o perfil e a formação adequados.

578. Dessa precariedade de planejamento institucional surgem efeitos como: a intensificação dos problemas urgentes e pontuais, uma vez que as questões estruturais não são trabalhadas através de planos focados no alcance de melhorias efetivas; dificuldade de condução da organização pelos gestores, que atuam sem rumo definido; desconhecimento por parte da sociedade dos objetivos das unidades de saúde e da Secretaria como um todo, fazendo com que o cidadão não tenha como avaliar o desempenho e a adequação dos hospitais às duas demandas reais, comprometendo o processo de *accountability*.

579. Com o intuito de combater as fragilidades apontadas, recomenda-se à SESAP:

- revisar a estrutura organizacional da Secretaria, contemplando uma área responsável pela condução do processo de planejamento institucional.
- implementar planejamento estratégico no âmbito da Secretaria com o consequente desdobramento para os hospitais.
- definir critérios técnicos mínimos para a ocupação de cargos de gestão, principalmente, os de direção nos hospitais.
- firmar contratos de gestão entre a SESAP e as unidades da Rede, definindo metas de desempenho e prevendo condições mínimas de estrutura, pessoal, recursos financeiros e autonomia, para que a gestão das unidades possa ser responsabilizada pelos resultados alcançados.

580. No tocante à estrutura organizacional da Secretaria, a CPCS reconheceu a dificuldade de condução das ações de planejamento na formatação atual e informou que a CRH está desenvolvendo um projeto de revisão da estrutura juntamente com consultoria externa (fls. 1538/1539).

6.3 Inexistência de sistemática de monitoramento e avaliação de metas e desempenho

581. Na busca por planos relativos à rede hospitalar que fossem monitorados pela SESAP foram identificados os Planos Operativos Anuais, integrantes dos Termos de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), que contam com metas quantitativas e qualitativas para os hospitais da Rede SESAP no ano de 2011. Apesar da lógica de planejamento na saúde ter sofrido alterações com a edição do Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, e a chegada do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), é importante fazer a avaliação da condução dos Planos Operativos e dos TCEPs, pois a SESAP precisa corrigir as fragilidades encontradas para ter melhor desempenho no monitoramento e avaliação do COAP.

582. Avaliando os resultados das metas estabelecidas pelos hospitais foi possível constatar que a SESAP não monitora e não avalia de forma sistemática tais metas. Da mesma forma, a maioria dos hospitais também não faz esse monitoramento, e em alguns casos, os gestores entrevistados não tinham conhecimento da existência de tais planos e metas.

583. Os resultados alcançados com as metas quantitativas de produção ambulatorial e hospitalar apresentam uma grande dispersão, variando de casos nos quais o produzido no ano alcançou apenas 30% do planejado e outros casos em que o realizado alcançou 400% do planejado. Essa alta discrepância entre o previsto e o realizado aponta para falhas no processo de planejamento que pode ter subestimado ou superestimado determinadas metas, uma vez que se baseia principalmente em dados históricos e não na capacidade instalada dos hospitais. A identificação dessa discrepância nos resultados finais do ano é uma evidência de que os planos não foram monitorados e avaliados de forma sistematizada, pois caso isso tivesse ocorrido, as falhas de planejamento poderiam ser sido corrigidas.

584. No que se refere às metas qualitativas, como não existe acompanhamento dos resultados alcançados, foi aplicado um questionário com os itens dos planos operativos para que os gestores apontassem a situação das metas. A equipe de auditoria teve retorno de 16 hospitais e os resultados obtidos estão apresentados no Gráfico 24. Mesmo sem o devido monitoramento ainda foi possível alcançar um nível de 31% de conclusão das metas, revelando certo potencial para se trabalhar com esse tipo de estratégia.

Gráfico 24 – Situação das Metas Qualitativas dos Planos Operativos – Rede SESAP – 2011.



Fonte: Equipe de auditoria. Tabulação do questionário sobre situação dos Planos Operativos Anuais.

585. Também não foi identificada junto à SESAP uma sistemática de acompanhamento de indicadores de desempenho como já foi tratado no tópico 4.7.2. No caso específico dos planos operativos, uma das causas para a ausência de monitoramento e avaliação das metas foi a não criação de comissões de acompanhamento conforme havia sido previsto inicialmente. De uma maneira geral pode-se apontar como causas para os problemas de monitoramento e avaliação das metas e do desempenho dos hospitais: a baixa articulação da SESAP, o fato do desempenho dos hospitais não ser avaliado com base no alcance das metas e a inexistência de relatórios sistemáticos com dados estatísticos e indicadores de desempenho para apoio à gestão hospitalar.

586. Entre os principais efeitos decorrentes dessa situação pode-se destacar o comprometimento do alinhamento das ações dos hospitais com o proposto pela SESAP para a saúde do Estado, o enfraquecimento do processo de contratualização e dos possíveis mecanismos de aferição do desempenho dos hospitais e o baixo alcance das metas propostas.

587. Dessa forma, recomenda-se à SESAP:

- firmar Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP) e estruturar unidades centrais da SESAP para acompanhamento das metas.
- firmar contratos de gestão entre a SESAP e as unidades da Rede, definindo metas de desempenho e prevendo condições mínimas de estrutura, pessoal, recursos financeiros e autonomia, para que a gestão das unidades possa ser responsabilizada pelos resultados alcançados.
- definir modelo de relatório gerencial a ser adotado pela rede, com ciclo periódico e hierarquizado de envio e análise.

7 ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

588. Nos termos do artigo 4º, inciso V, da Resolução nº 08/2013-TC e por intermédio do Ofício nº 004/2013 – AOP (fls. 1430) foi encaminhado o Relatório Preliminar de Auditoria Operacional na Rede Hospitalar da SESAP com o intuito de obter os comentários pertinentes sobre as questões analisadas no mesmo.

589. Em resposta a essa diligência a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) enviou o Ofício nº 2428/2013/GS/SESAP (fls. 1523/1539) trazendo em anexo considerações técnicas de diversos setores daquela SESAP envolvidos na demanda.

590. Apesar do Ofício que encaminhou o Relatório Preliminar ter como objetivo obter por parte do gestor os comentários acerca do seu teor, podendo o jurisdicionado se manifestar sobre a concordância ou não de suas análises, houve por parte daquele uma preocupação em responder sobre as ações que a SESAP adotou ou vem desenvolvendo no sentido de solucionar os problemas ou situações encontradas acerca dos diversos pontos analisados no Relatório Preliminar.

591. Reputa-se muito louvável que, ao tomar conhecimento do Relatório Preliminar elaborado por este Órgão de Controle, o jurisdicionado se imbuia de providências para sanar problemas que prejudiquem o funcionamento das unidades sob sua administração reconhecendo a necessidade de trabalhar os pontos destacados na peça de auditoria.

592. Entretanto, conforme consta das recomendações deste relatório e seguindo o RITCE e demais dispositivos legais, em outro momento o jurisdicionado deve apresentar um plano de ação no qual constarão as providências necessárias para atender ao que for decidido pelo órgão decisório desta Corte de Contas.

593. Não obstante os comentários se referirem, em geral, as ações que a SESAP está desenvolvendo ou irá desenvolver para sanar as falhas ou deficiências apontadas no relatório, considera-se que os comentários e esclarecimentos enviados pelo gestor foram pertinentes e possibilitaram o aperfeiçoamento de análises e elementos textuais do relatório final da auditoria, inclusive quanto ao ajuste da redação de algumas recomendações propostas.

8 CONCLUSÃO

594. A atenção ambulatorial e hospitalar, como parte das ações e serviços públicos de saúde, é um direito do cidadão assegurado pela Constituição Federal, sendo dever do Estado garantir, com equidade, o acesso universal à assistência médico-hospitalar.

595. Os hospitais integram as redes de atenção à saúde na assistência aos serviços de saúde de média e alta complexidade, havendo necessidade da SESAP elaborar os planos e montar as redes da atenção conforme os normativos do SUS.

596. A rede hospitalar estadual sob administração da SESAP nos seus 22 (vinte e dois) hospitais objeto da análise desenvolvida neste trabalho apresenta deficiências no atendimento à população assistida.

597. Verifica-se em geral uma baixa produtividade e resolutividade nos hospitais regionais em municípios de menor porte do interior e sobrecarga no atendimento dos hospitais de referência dos maiores centros notadamente Natal e Mossoró, deixando estes também de prestar uma assistência satisfatória.

598. Dentre as deficiências encontradas no funcionamento e gestão dos hospitais que contribuem para baixa produtividade e resolutividade merecem destaques a ausência de planos e redes de atenção à saúde com a definição do perfil de atendimentos dos hospitais; a prestação incipiente da atenção básica por parte dos municípios; ausência de uma regulação efetiva em âmbito estadual, problemas de abastecimento em medicamentos e materiais hospitalares, na manutenção das instalações e equipamentos, carência de profissionais e dificuldades na elaboração e cumprimento das escalas de plantão, dificuldades de recursos financeiros para manutenção dos hospitais.

599. Visando contribuir para um melhor desempenho da instituição, foram feitas várias recomendações à SESAP. O detalhamento de todas as sugestões de determinações e recomendações encontra-se na Proposta de Encaminhamento, no Capítulo 9. Espera-se que sua implementação contribua para melhorar o desempenho operacional dos hospitais da rede da SESAP, 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.

9 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

600. Diante do exposto e visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Rede Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN submete-se o presente relatório à consideração superior, com as propostas que se seguem:

- I. Com base no artigo 299, c/c inciso III do artigo 301 do RITCE, recomendar à Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN:
 - 1) dar publicidade ao recém aprovado Plano Estadual de Saúde, vigência 2012/2015, e à nova versão do Plano Diretor de Regionalização (com alterações definidas na Deliberação Bipartite/RN nº 909, de 28 de junho de 2013), além de concluir a validação do Mapa de Saúde que se encontra em fase de revisão, devendo estruturar adequadamente a área de planejamento para manter tais instrumentos atualizados de modo que reflitam as necessidades de saúde da população e orientem a atuação dos hospitais. (§71 – ver Recomendação 73).
 - 2) elaborar e executar estratégia de monitoramento do Plano Estadual de Saúde 2012/2015 e acompanhar a elaboração dos Planos Municipais de Saúde. (§71)
 - 3) desenvolver ações junto aos municípios de modo a que assumam as funções assistenciais, sobretudo na atenção básica e seu papel na regulação dos serviços de saúde afetos à sua população, evitando que a SESAP desempenhe essas funções. (§71 – ver Recomendação 78).
 - 4) além da necessidade do número de leitos mínimo e das condições necessárias ao funcionamento ininterrupto para as Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, efetuar estudos e levantamentos no sentido de adequar o perfil do hospital às exigências dos normativos aplicáveis assim como às necessidades de saúde. (§108)
 - 5) dotar o Setor de Dimensionamento da SESAP de maior autonomia funcional, como também de maior apoio de pessoal especializado e equipamentos. (§143)
 - 6) priorizar a implantação de um sistema informatizado de dimensionamento que possibilite informações, tais como: a) Mapa da força de trabalho das unidades hospitalares da rede; b) Diagnóstico tempestivo da necessidade de mão de obra por especialidade e localidade; d) Visualização das unidades de saúde que se

- encontra com excesso ou déficit de servidores; e) Quantificação da real necessidade de Plantões Eventuais e/ou de Cooperativas médicas para determinada unidade hospitalar, e; f) Controle de custos atinentes a despesas geradas em virtude de produção, jornada especial de trabalho ou outras vantagens dessa natureza. (§143)
- 7) realocar sua força de trabalho visando equalizar as unidades que apresentam excessos ou déficits de pessoal, ajudando na melhoria da eficiência do sistema como um todo. (§143)
 - 8) adotar política de gerenciamento dos recursos humanos que considere, entre outros aspectos, a reposição da mão-de-obra em vias da aposentadoria. (§143)
 - 9) substituir gradualmente gastos com Plantões Eventuais por contratações de novos servidores, em especial de Técnicos de Enfermagem. (§143 – ver Recomendação 18)
 - 10) discutir junto aos municípios que possuem servidores cedidos pelo Estado, com vista a avaliar a situação dos servidores cedidos priorizando o retorno desses servidores à SESAP. (§150)
 - 11) alocar com critérios técnicos os servidores que retornarem à SESAP às unidades mais carentes e necessárias à população. (§150)
 - 12) avaliar os casos dos servidores de outros órgãos cedidos à SESAP se persiste a necessidade desses profissionais, priorizando a devolução ao órgão de origem. (§150)
 - 13) adotar procedimento de controle da lotação do pessoal da SESAP, com utilização de sistema informatizado. (§159)
 - 14) verificar a possibilidade de aproveitamento dos servidores não localizados, após a localização desses servidores, nas unidades da SESAP mais carentes e necessárias, com utilização de critérios técnicos. (§159)
 - 15) somente constar na folha de pagamento dos servidores da SESAP aqueles que estejam sendo avaliados ou, caso haja motivo para não estarem sendo avaliados, possam estar com sua lotação identificada e sejam localizados. (§159)
 - 16) utilizar o sistema de dimensionamento em todas as unidades hospitalares, do modo a verificar a real necessidade de plantões eventuais; (§168)
 - 17) prever na estrutura organizacional das unidades hospitalares gratificações coerentes com o exercício das funções de chefia e coordenadorias. (§168)

- 18) substituir gradualmente os plantões eventuais por servidores contratados, dentro da possibilidade, em especial os técnicos de enfermagem por ser a maior necessidade levantada atualmente. (§168 – ver Recomendação 9)
- 19) elaborar as escalas dentro dos critérios de dimensionamento priorizando os serviços essenciais. (§174)
- 20) unidades hospitalares e SESAP adotar e publicar as escalas reais. (§174)
- 21) adotar meio de comunicação tempestivo, que possibilite as unidades hospitalares informar a SESAP em tempo hábil as eventuais alterações nas escalas de plantões, evitando divergências entre as escalas publicadas pela SESAP e as existentes nos hospitais. (§174)
- 22) reestruturar a carreira dos profissionais da SESAP prevendo os cargos necessários à chefia e coordenação com gratificações compatíveis com a função. (§174)
- 23) corrigir defeitos existentes no sistema de ponto e equipamentos. (§184)
- 24) verificar necessidade de alterações ou adaptações à Portaria nº 094/2012. (§184)
- 25) após fase experimental em cada unidade e ajustes necessários fazer cumprir a portaria em vigor. (§184)
- 26) programar medidas, no sentido de que o pagamento dos plantões e vencimentos tenha coerência com a frequência constatada nos sistema informatizado. (§184)
- 27) rever os contratos vigentes com as cooperativas médicas definindo a real necessidade de profissionais considerando o dimensionamento baseado em critérios técnicos, bem como adotar procedimentos para que as futuras contratações de cooperativas tenha suporte no dimensionamento realizado pelo setor competente na SESAP. (§198)
- 28) adotar avaliação da prestação do serviço das cooperativas médicas de modo a conhecer se os profissionais atendem ao previsto em contrato e qual o resultado do seu trabalho em termos de quantidade e qualidade do atendimento por eles prestado. (§200)
- 29) reavaliar as necessidades de obras e serviços de engenharia necessárias às unidades hospitalares, considerando as normas técnicas atuais e os novos perfis de atendimento que venham a ser definidos para essas unidades. (§237)
- 30) realizar as obras necessárias às unidades hospitalares. (§237)

- 31) rever a necessidade de equipamentos hospitalares em cada hospital da sua rede, considerando critérios técnicos e condições de funcionamento, suprindo a necessidade identificada. (§237)
- 32) estruturar o setor de manutenção das unidades hospitalares. (§237)
- 33) estabelecer e acompanhar metas e indicadores relacionados com a execução das obras e serviços de engenharia, aquisição e instalação de equipamentos e manutenção das instalações e equipamentos hospitalares. (§237)
- 34) adequar a capacidade da Secretaria para execução das necessidades das instalações hospitalares. (§244)
- 35) dispor dos recursos alocados em orçamento para o atendimento das obras previstas. (§244)
- 36) readequar as instalações físicas às demandas de saúde e perfil de atendimento. (§256)
- 37) prover os insumos e recursos necessários ao regular funcionamento das unidades hospitalares evitando a falta de uso das instalações por não dispor desses insumos ou recursos. (§256)
- 38) adotar práticas gerenciais de acompanhamento de metas e indicadores quanto ao funcionamento e ao aproveitamento (uso) das instalações hospitalares. (§256)
- 39) efetuar levantamento do parque de equipamentos existentes nos hospitais de modo a verificar e conhecer as características dos principais equipamentos, sobretudo aquelas que demonstrem a viabilidade de uso ou sua substituição e identifique a existência de equipamentos sem uso ou obsoletos. (§269)
- 40) planejar juntamente com os hospitais, com base nas necessidades levantadas e incluindo em orçamento, a aquisição de novos equipamentos para substituição, complementação dos equipamentos existentes ou suprir novas necessidades de equipamentos. (§269)
- 41) planejar juntamente com os hospitais, com base nas necessidades levantadas e incluindo em orçamento, a aquisição de sistemas HIS/SIS/PACS a serem incorporados ao parque tecnológico dos hospitais. (§269)
- 42) instruir e determinar a adoção por parte das unidades hospitalares de indicadores que verifiquem a eficiência da utilização dos equipamentos, dentre estes o percentual de *up time*. (§269)

- 43) desenvolver planejamento efetivo (programação sistematizada) para aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares, definindo de forma clara a periodicidade do ciclo de aquisição e distribuição, além de quais itens devem ser adquiridos pela UNICAT e quais devem ser adquiridos diretamente pelos hospitais que tem autonomia para tanto. (§290)
- 44) rever processo de contratação por registro de preços para que sejam evitadas as ocorrências de falhas. (§290)
- 45) rever estrutura de licitação na SESAP analisando a possibilidade da UNICAT vir a efetuar as licitações para aquisição de medicamentos. (§290)
- 46) conferir relativa autonomia às unidades hospitalares para aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares para suprir necessidades imprevistas ou urgências. (§290)
- 47) fortalecer a atuação das CCIH's nos hospitais da rede. (§296)
- 48) criar comissões de padronização do elenco de medicamentos nos hospitais, definindo responsabilidades, produtos esperados, normas, critérios e metodologia para o desenvolvimento das atividades, além de periodicidade da revisão dos trabalhos. (§296)
- 49) implantar software de gestão hospitalar (SALUX ou alguma das soluções disponíveis no Ministério da Saúde) com funcionalidades para controle de estoques em toda a rede. (§306)
- 50) promover capacitação e conscientização dos servidores dos hospitais para correta utilização e alimentação do software. (§306)
- 51) por uma questão de adequação ambiental, firmar com o Prefeito Municipal parcerias no sentido de garantir um adequado tratamento ao descarte de medicamentos e outros expurgos hospitalares, que garanta a não poluição do meio ambiente e não coloque em risco a saúde da população. (§306)
- 52) promover uma maior articulação entre a Subcoordenadoria de Orçamento da SESAP e os hospitais da sua rede na fase de elaboração da proposta orçamentária, como também busque junto à SEPLAN uma maior integração na construção de seu orçamento anual. (§322)
- 53) adotar sistema de custos que possibilite mensurar com razoável segurança o montante de recursos necessários ao cumprimento da missão dos hospitais, em especial a previsão para custeio e investimento. (§322)

- 54) rever a necessidade dos contratos de prestação de serviços em execução, com vistas a redimensionar a real necessidade da SESAP, inclusive para futuras contratações. (§332)
- 55) realizar auditoria na folha de pessoal de modo a evitar despesas indevidas. (§332)
- 56) adotar controle e gerenciamento mais efetivo dos recursos da fonte 160. (§344)
- 57) promover a delimitação de responsabilidade dos gestores dos projetos e ações relacionados a esses recursos. (§344)
- 58) adotar monitoramento dos resultados alcançados, com a utilização desses recursos. (§344)
- 59) efetuar rigoroso levantamento dos valores mensais necessários ao atendimento do funcionamento das unidades daquela secretaria, demonstrando detalhadamente essas informações à SEPLAN, levando em conta o planejamento do orçamento e observando a rede hospitalar. (§354)
- 60) estabelecer práticas gerenciais no controle financeiro de fluxo de repasses recebidos e contas a pagar, com base no cronograma de desembolso financeiro e nas previsões de despesas mensais, observando a rede hospitalar. (§354)
- 61) realizar um estudo de forma que sua estrutura organizacional seja revista, adicionando à TI um papel estratégico, focado no negócio e alinhado com metas organizacionais. (§376)
- 62) promover ações para o desenvolvimento de um plano estratégico institucional e, após a criação deste plano, ações para o desenvolvimento de um plano estratégico de TI. Para isto sugere-se a utilização do COBIT 4.1(processo PO1 - Planejamento Estratégico de TI), acórdãos nº 758/2011 do Tribunal de Contas da União (TCU) e o guia de elaboração de PDTI do SISP (Sistema de Administração de Recursos de Tecnologia da Informação). (§383 – ver Recomendação 94)
- 63) estabelecer papéis e funções, definição de planos, políticas e procedimentos técnicos na área de TI e, que estes sejam formalmente aprovados e comunicados a toda organização. É altamente recomendado, ainda, que estas políticas sigam as normas e as boas práticas internacionais, especialmente a NBR ISO/IEC 27001, NBR ISO/IEC 27002, NBR ISO/IEC 15999, COBIT 4.1, ITIL V3, PMBOK e que sigam as orientações constantes nos diversos

acórdãos do TCU, tal como o Acórdão 111/2011, TCU-Plenário, item 3.7, item 3.8, item 3.9, item 3.10, item 3.11, item 3.14, item 3.15, item 3.16, item 3.17. (§394)

- 64) realizar estudo que fundamente a adequabilidade da estrutura de recursos humanos da área de TI (quantitativo e qualificação dos servidores), com o objetivo de atender às necessidades da instituição e reduzir a dependência de empresas terceirizadas. Ressalta-se que esta avaliação deve considerar, também, a possibilidade de criação de uma divisão de informática, com recursos humanos especializados em TI, em cada hospital, para o atendimento de demandas locais e acompanhamento do sistema de gestão hospitalar. Sugere-se, ainda, que o estudo considere que parte destes recursos humanos seja formada por servidores efetivos, com especialidade na área, a fim de que estes executem atividades de gestão de TI. (§404 e §405)
- 65) realizar trabalho de revisão da infraestrutura dos hospitais e, conseqüentemente, projetos de manutenção, considerando a implementação de controles de acesso físico e lógico. Tais ações devem ser realizadas por técnicos especializados e devem seguir as normas técnicas utilizadas no mercado. (§420)
- 66) realizar o inventário de todos os seus ativos de TI, conforme NBR ISO/IEC 27002, item 7.1.1 – inventário de ativos e o Acórdão 111/2011,TCU-Plenário. (§420)
- 67) realizar planos de modernização da infraestrutura dos hospitais, considerando a sua importância na implantação do sistema de gestão hospitalar e do sistema de regulação do estado. (§420)
- 68) rever processo de contratação, observando as orientações contidas no Guia de Boas Práticas em Contratação de Soluções de Tecnologia da Informação, TCU/2012, e na Instrução Normativa nº 04/2008 – SLTI/MPOG. Adicionalmente, recomenda-se, que este modelo de contratação siga o acórdão Nº 786/2006 - TCU– Plenário, o qual estabelece em seu item 9.4 conteúdo mínimo para o modelo de licitação e contratação de serviços de informática. Ademais, em seu item 9.1, estabelece que o edital deve conter a metodologia de mensuração de serviços e resultados. (§429 e §430)

- 69) considerar outras formas de aquisição de sistemas, como a utilização de softwares gratuitos, convênios com outros estados, desenvolvimento de sistema próprio e, até mesmo, a compra do sistema. (§431)
- 70) rever o processo de implantação, instalação, treinamento e suporte do sistema de gestão hospitalar (SALUX), utilizando técnicas de gerenciamento de projetos de forma a reduzir os riscos de insucesso na implantação e manutenção. (§448)
- 71) instituir em cada hospital que utiliza o sistema de gestão hospitalar (SALUX), uma divisão de informática, com o objetivo de acompanhar todas as atividades realizadas pela contratada, acompanhar toda a utilização e efetivamente gerenciar o sistema. (§449)
- 72) reestruturar proposta de implantação do complexo regulador, reavaliando os aspectos relacionados a TI e considerando o atual estágio de imaturidade da TI nos hospitais. Recomenda-se, ainda, que sejam utilizadas técnicas de gerenciamento de projetos de forma a atingir os objetivos propostos dentro de parâmetros de qualidade determinados, obedecendo a um planejamento prévio de prazos e custos. (§464 – ver Recomendações 77, 86, 87, 88)
- 73) revisar a estratégia de regionalização, através da elaboração do PDR, considerando a necessidade de constituir regiões de saúde resolutivas. Nesse sentido, deverá ser considerada a possibilidade de reduzir a quantidade de regiões de saúde com vistas a ganhos de eficiência de escala e de escopo, além da garantia de resolutividade. (§491 – ver Recomendação 1)
- 74) rever a quantidade e o perfil dos hospitais da rede, com base em uma estratégia clara de regionalização e já em sintonia com a nova Política Nacional de Atenção Hospitalar (Consulta Pública nº 19, de 1/11/2012), dando ênfase à análise dos hospitais com menos de 50 leitos, avaliando a possibilidade de convertê-los em UPA, Unidade Básica de Saúde, Sala de Estabilização ou outro formato que seja adequado a sua capacidade resolutiva. Deverão ser avaliados especialmente os seguintes estabelecimentos:
- i. Hospital Regional Prof. Getúlio de Oliveira Sales – Canguaretama;
 - ii. Hospital Monsenhor Antonio Barros – São José de Mipibu;
 - iii. Hospital Regional de Caraúbas;
 - iv. Hospital Regional Josefa Alves Godeiro – João Câmara;
 - v. Hospital Dr. Odilon Guedes da Silva – Acari;

- vi. Hospital Regional de São Paulo do Potengi;
 - vii. Hospital Regional Alfredo Mesquita Filho – Macaíba;
 - viii. Hospital Regional de Angicos. (§491)
- 75) a partir da redefinição da rede hospitalar, direcionar recursos de forma racional para a estruturação dos hospitais, com incorporação de tecnologia, qualificação dos processos de trabalho e das pessoas, e manutenção de abastecimento adequado. (§491 – ver Recomendação 85)
- 76) monitorar e avaliar a resolutividade dos hospitais através de acompanhamento periódico das taxas propostas neste relatório, retroalimentando o sistema para o estabelecimento de metas e ajustes de gestão. (§491)
- 77) implantar efetivamente o Complexo Regulador do RN. (§491 – ver Recomendações 72, 86, 88)
- 78) realizar as ações necessárias junto aos municípios que contam com hospitais da Rede SESAP para pactuação de cronograma, que deverá ser apresentado ao Tribunal junto com o Plano de Ação em até 60 dias, para que os municípios assumam, em no máximo 6 meses, os serviços de saúde que lhes competem e que hoje estão sendo realizados indevidamente pelos hospitais da rede estadual. (§499 – ver Recomendação 3)
- 79) identificar e pactuar, através da CIB, existência de hospitais de pequeno porte que podem ser convertidos em centros de atendimento ambulatorial, sob a gestão consorciada de municípios interessados, para fortalecimento da Atenção Básica no Estado. (§499)
- 80) reestruturar a COHUR para que possa exercer sua atividade de gerenciamento da Rede Hospitalar e das unidades de referência, com capacidade técnica de promover as análises periódicas de eficiência. (§532 – ver Recomendações 83, 89)
- 81) construir um banco de dados mais robusto e atualizado que o CNES, com informações de possíveis insumos e produtos, para subsidiar análises periódicas de eficiência da Rede Hospitalar. (§532)
- 82) desenvolver outros estudos analíticos sobre eficiência hospitalar para contribuir com o redesenho da estratégia de regionalização e para a melhoria sistemática dos níveis de eficiência dos hospitais da rede. (§532)
- 83) reestruturar a COHUR para que possa exercer sua atividade de gerenciamento da Rede Hospitalar e das unidades de referência, com capacidade técnica de

promover o acompanhamento e a avaliação de indicadores de desempenho. (§554 – ver Recomendações 80, 89)

- 84) definir indicadores que serão acompanhados periodicamente, incluindo minimamente os indicadores apresentados neste relatório, e traçar metas de desempenho para os hospitais da Rede para cada indicador escolhido. (§554)
- 85) a partir da redefinição da rede hospitalar, direcionar recursos de forma racional para a estruturação dos hospitais, com incorporação de tecnologia, qualificação dos processos de trabalho e das pessoas, e manutenção de abastecimento adequado. (§554 – ver Recomendação 75)
- 86) implantar Complexo Regulador do RN. (§554 – ver Recomendações 72, 77, 88)
- 87) informatizar os hospitais da Rede SESAP, garantindo as condições mínimas para o funcionamento de um sistema de regulação integrado. (§565, ver Recomendação 72)
- 88) implantar Complexo Regulador do RN, com a definição de processos e procedimentos, atualização de cadastros e levantamento de dados, estruturação física, garantia de estrutura de tecnologia da informação, capacitação de pessoas e demais aspectos necessários para a atuação efetiva do Complexo. (§ 534) (§565 – ver Recomendações 72, 77, 86)
- 89) estruturar a COHUR para que possa normatizar e acompanhar a gestão organizacional dos hospitais (§573, ver Recomendações 80, 83)
- 90) realizar diagnóstico da situação organizativa e institucional (existência de documentos formais como regimento interno, existência de organograma, formalização de comissões, existência de cargos, titularidade de terrenos, existência de manuais de procedimentos, entre outros) das unidades da Rede. (§573)
- 91) fazer mapeamento dos processos dos hospitais da Rede SESAP. (§573)
- 92) com base no diagnóstico e no mapa de processos, desenvolver ações para regularização progressiva das unidades. (§573)
- 93) revisar a estrutura organizacional da Secretaria, contemplando uma área responsável pela condução do processo de planejamento institucional. (§579)
- 94) implementar planejamento estratégico no âmbito da Secretaria com o conseqüente desdobramento para os hospitais. (§579, ver Recomendação 62)

- 95) definir critérios técnicos mínimos para a ocupação de cargos de gestão, principalmente, os de direção nos hospitais. (§579)
 - 96) firmar contratos de gestão entre a SESAP e as unidades da Rede, definindo metas de desempenho e prevendo condições mínimas de estrutura, pessoal, recursos financeiros e autonomia, para que a gestão das unidades possa ser responsabilizada pelos resultados alcançados. (§579, ver Recomendação 98)
 - 97) firmar Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde (COAP) e estruturar unidades centrais da SESAP para acompanhamento das metas. (§587)
 - 98) firmar contratos de gestão entre a SESAP e as unidades da Rede, definindo metas de desempenho e prevendo condições mínimas de estrutura, pessoal, recursos financeiros e autonomia, para que a gestão das unidades possa ser responsabilizada pelos resultados alcançados. (§587, ver Recomendação 96)
 - 99) definir modelo de relatório gerencial a ser adotado pela rede, com ciclo periódico e hierarquizado de envio e análise. (§587)
- II. Com base no artigo 299, c/c inciso III do artigo 301 do RITCE, recomendar à Secretaria de Estado do Planejamento e das Finanças do Rio Grande do Norte – SEPLAN/RN:
- 1) na fase de elaboração da proposta orçamentária anual solicitar a SESAP a previsão detalhada de todos os custos necessários ao funcionamento da sua rede hospitalar. (§356)
 - 2) buscar cumprir o cronograma de desembolso financeiro de modo a evitar desequilíbrios financeiros na pasta da saúde. (§356)
 - 3) buscar reduzir o montante inscrito em restos a pagar. (§356)
 - 4) criar e implementar um cronograma de desembolso financeiro para pagamentos de restos a pagar. (§356)
 - 5) transferir nos meses de janeiro e fevereiro recursos para pagamento de despesas do exercício relativas a custeio. (§356)
- III. Com base no artigo 299, c/c inciso III do artigo 301 do RITCE, recomendar aos municípios de Acari, Angicos, Apodi, Assú, Caicó, Canguaretama, Caraúbas, João Câmara, Macaíba, Mossoró, Natal, Santo Antônio, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, Parnamirim e Pau dos Ferros:
- 1) colaborar efetivamente com a SESAP na elaboração do cronograma e garantir a estrutura necessária para que assumam em definitivo os serviços de saúde

que estão sendo realizados indevidamente pelos hospitais da rede estadual.
(§500)

- IV. Com base no artigo 8º da Resolução nº 08/2013-TCE, determinar à Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN, Secretaria de Estado do Planejamento e das Finanças do Rio Grande do Norte – SEPLAN/RN e Prefeituras Municipais de Acari, Angicos, Apodi, Assú, Caicó, Canguaretama, Caraúbas, João Câmara, Macaíba, Mossoró, Natal, Santo Antônio, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, Parnamirim e Pau dos Ferros que remetam a este Tribunal, no prazo de 60 dias a contar da publicação do Acórdão, Plano de Ação observando o disposto no § 1º, art. 10 daquela resolução.
- V. Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório para os seguintes destinatários:
- a) Secretário de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte – SESAP/RN;
 - b) Procurador-Geral do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte – MPE/RN;
 - c) Presidente da Assembleia Legislativa;
 - d) Controlador-Geral do Estado do Rio Grande do Norte;
 - e) Prefeitos dos Municípios de Acari, Angicos, Apodi, Assú, Caicó, Canguaretama, Caraúbas, João Câmara, Macaíba, Mossoró, Natal, Santo Antônio, São José de Mipibu, São Paulo do Potengi, Parnamirim e Pau dos Ferros;
- VI. Com base § 2º do artigo 10 da Resolução nº 8/2013 – TCE, restituir os autos à Unidade Técnica de Auditoria Operacional vinculada diretamente à Secretaria Geral de Controle Externo para a programação do monitoramento da implementação das deliberações do Acórdão que vier a ser proferido neste processo;

Natal, 9 de setembro de 2013.

José Monteiro Coelho Filho
Inspetor de Controle Externo
(Coordenador)

Aleson Amaral de Araújo Silva
Inspetor de Controle Externo

Anne Emília Costa Carvalho
Inspetora de Controle Externo

Vilmar Crisanto do Nascimento
Inspetor de Controle Externo

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucao_sanitaria/33.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 4 jun. 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública nº 19, de 1º de novembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/cop0019_01_11_2012.html>. Acesso em: 6 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 6 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 6 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 4 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999. **Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/31ecda8047458b54951cd53fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+479-1999.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 22 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 4 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos 2001** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

LA FORGIA, Gerard M; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Monitoramento Avaliação e Controle. **A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG – 2003/2010**. Belo Horizonte: SES-MG, 2011. Disponível em: <http://200.198.43.10:8080/ses/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/a-resolubilidade-na-assistencia-hospitalar/2A%20Resolubilidade%20e%20os%20vazios%20da%20Assistenc.pdf>. Acesso em: 25 jun 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº 22.561, de 10 de fevereiro de 2012. **Fixa normas para a execução orçamentária e financeira do exercício de 2012 e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.uern.br/controldepaginas/proplan-legislacao/arquivos/0539decreto_22561_2012_abre_execucao_orcamentaria_2012.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 9.059, de 25 de janeiro de 2008. **Dispõe sobre o Plano Plurianual do Estado para o quadriênio 2008-2011 e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.seplan.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/seplan/programas/gerados/ppa.asp>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 9.314, de 1 de fevereiro de 2010. **Estima a receita e fixa a despesa do Estado do Rio Grande do Norte para o exercício financeiro de 2010 e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.gabinetecivil.rn.gov.br/acess/pdf/lo9.314.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 9.449, de 24 de janeiro de 2011. **Estima a receita e fixa a despesa do Estado do Rio Grande do Norte para o exercício financeiro de 2011 e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.transparencia.rn.gov.br/docs/LOA2011.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 9.613, de 2 de fevereiro de 2012. **Estima a receita e fixa a despesa do Estado do Rio Grande do Norte para o exercício financeiro de 2012 e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.transparencia.rn.gov.br/docs/LOA2012.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei Complementar nº 31, de 24 de novembro de 1982. **Institui o Código Estadual de Saúde e estabelece normas básicas sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/lei_comp_31_1982.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei Complementar nº 333, de 29 de junho de 2006. **Institui o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração dos servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, e dá outras providências.** Disponível em:

<<http://www.pge.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/pge/leisAplicadasServidores/gerados/LC%20333.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado do Planejamento e das Finanças. Consulta Pública e Audiência Pública. **Projeto de parceria público-privada na modalidade de concessão administrativa para implantação e operação de serviços não assistenciais do hospital traumatológico de urgência e emergência de Natal/RN.** Disponível em: <<http://www.rn.gov.br/downloads/comunicado.html>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano Diretor de Regionalização.** 2004. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/servicos/planos_estruturantes/2005_plano_diretor_regionalizacao.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: Gestão 2008/2010, vigência 2010/2011.** Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/instituicao/enviados/plano_estadual_saude_2010-2011_29jul2010.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Plano de estruturação da rede de atenção às urgências do RN.** Natal: SESAP, 2012.

SAWADA, M. O, GALVÃO, C. M. O uso da informática na rede básica e hospitalar da cidade de Ribeirão Preto. **Revista Lat-Am. Enfermagem**, vol. 4, nº. spe, p.51- 59. Ribeirão Preto. Abril, 1996.

SILVA, Cristiane P. G. da; GAMBAROTO, Vivian T. dos S. Descrição da implantação do PACS (picture archiving and communication system) em um hospitalescola para redução de custos operacionais. **Tékhn e Lógos**, Botucatu, SP, v.3, n.1, mar. 2012. Disponível em: <www.fatecbt.edu.br/seerindex.php/articledownload122109>. Acesso em: 27 maio 2013.

SOUZA, Larissa Leiros de. **Diretrizes para elaboração de um plano diretor físico hospitalar:** o caso do Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel, Natal/RN. Salvador: Larissa Leiros de Souza, 2008. 96f. Monografia (Especialização) Programa de Pós-Graduação em Arquitetura. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura , 2008.

APÊNDICE A