



EFICIÊNCIA
Hospitalar

Relatório de Auditoria Piloto para testar modelo de avaliação da eficiência em hospital gerido pela Administração Federal no estado do Rio de Janeiro - Hospital Federal da Lagoa.

Fiscalização: Relatório de Auditoria Piloto para testar modelo de avaliação da eficiência em hospital gerido pela Administração Federal no estado do Rio de Janeiro - Hospital Federal da Lagoa.

TC 015.144/2021-6

Fiscalis 107/2021

Relator: Ministro Vital do Rêgo

Modalidade: Relatório de Auditoria

Ato originário: Despacho de 20/05/2021 do Min. Vital do Rêgo (TC 012.921/2021-1)

Objetivo: analisar a eficiência da unidade hospitalar gerida diretamente pela Administração Direta Federal, com foco em identificação de eventuais desperdícios de recursos, bem como testar e validar a minuta do documento Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares elaborada no âmbito do Relatório de Levantamento de Eficiência em Unidades Hospitalares Públicas (TC 015.993/2019-1).

Ato de designação: Portarias de Fiscalização emitidas pela SecexSaúde nº 287/2021, 351/2021 (planejamento), 504/2021, 586/2021 e 592/2021 (execução e relatório, em sua última versão).

Período de realização da auditoria: fase de planejamento de 31/5/2021 a 31/8/2021, fase de execução e relatório de 1º/9/21 a 26/11/21.

Unidades fiscalizadas: Hospital Federal da Lagoa.

Volume de recursos fiscalizados: o orçamento do referido hospital no ano de 2020 foi de R\$ 255 milhões e, neste ano de 2021, até o mês de junho, foi de R\$ 155,1 milhões. No entanto, neste trabalho, não foram analisados todos os atos de gestão da referida unidade. O escopo da auditoria tem caráter operacional, limitado às questões levantadas neste trabalho.

Equipe de auditoria

Nome do AUFC	Matrícula	Lotação
Alexandre Giroux Cavalcanti	7592-2	SecexSaúde
Martin Mastelaro Pompeu de Barros	10213-0	SecexSaúde
Samir Freitas Maia Porto	10174-5	SecexSaúde
Jaldeci Leite Silva	1109986	Denasus / Seaud-RJ

EM RESUMO:

Por que a auditoria está sendo realizada?

Riscos de insustentabilidade na situação fiscal do SUS somados a indícios de ineficiência elevada na média e alta complexidade são os motivos que levaram o TCU a fomentar ações de controle em todo o país nos hospitais do SUS para coibir desperdícios nessas unidades.

A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e os seus resultados possam ser consolidados, está sendo testado um referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos.

O referido documento tem como base a identificação dos principais riscos à entrega de valor para o usuário dos serviços.

Esta auditoria no Hospital Federal da Lagoa representa a primeira abordagem do TCU, a qual contou com a parceria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, para testar os procedimentos preconizados no aludido referencial.

Relatório de Auditoria Piloto para testar modelo de avaliação da eficiência em hospital gerido pela Administração Federal no estado do Rio de Janeiro

Hospital Federal da Lagoa

Problemas relacionados ao modelo de gestão do hospital dificultam o estabelecimento de incentivos à unidade e aos seus servidores para que tenham uma atuação mais eficiente e voltada para entrega de valor para seu público-alvo. Além disso, geram importante instabilidade na gestão de toda sua força de trabalho.

O que foi encontrado?

O HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em seu perfil de qualificação, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal temporário utilizado para manter 37 % da força de trabalho tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada. Existem também problemas relacionados ao envelhecimento dos servidores efetivos, os quais não têm sido repostos desde 2010.

Há dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação e ter dificuldades na contrarreferência de pacientes. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, conseqüentemente, não direciona as ações assistenciais para satisfação do seu usuário.

O tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL estão acima dos parâmetros de boas práticas, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A taxa de cancelamento cirúrgico de cerca de 18% é elevada, sendo mais que o dobro do que a referência internacional de 8%, especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Isso se dá por diversos motivos, dentre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

O que foi proposto no encaminhamento?

Especialmente, recomendar à União a realização de estudos para redefinição de um modelo de gestão para o HFL a fim de viabilizar: a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando-se as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico; a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro; e com base nisso, instituir um modelo de gestão de pessoas que consiga proporcionar flexibilidade no recrutamento de pessoal; viabilizar a especialização do corpo técnico; e tornar possível a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão.

Quais são os principais benefícios na adoção das deliberações propostas?

Melhora na eficiência do HFL, com melhor aproveitamento de sua estrutura, especialmente em seus procedimentos cirúrgicos. Melhor alinhamento da oferta de serviços do hospital em relação ao perfil epidemiológico e, conseqüentemente, às reais demandas da população. Melhora na transição do cuidado para atenção primária, com potencial impacto na redução do tempo de permanência dos pacientes clínicos no HFL.

Lista de siglas

Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados

BM – Banco Mundial

CF – Constituição Federal

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Cofen – Conselho Federal de Enfermagem

Cogep/MS – Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Conjur/MS – Consultoria Jurídica junto ao MS

Covid-19 – Coronavirus Disease of 2019

CQH – Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar

CR – Complexo Regulador

CTU – Contratos Temporários da União

DEA – Data Envelopment Analysis

DGH – Departamento de Gestão Hospitalar

EC – Emenda Constitucional

FNS – Fundo Nacional de Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IHI – Institute for Healthcare Improvement

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

HFL – Hospital Federal da Lagoa

HIV – Human Immunodeficiency Virus

LOA – Lei Orçamentária Anual

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NIR – Núcleo Interno de Regulação

NM – Nível Médio

NS – Nível Superior

Proadi-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RE – Recurso Extraordinário

Seaud-RJ – Seção de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS

SecexSaúde – Secretaria de Controle Externo da Saúde

SEI – Sistema Eletrônico de Informações

SEMS/RJ – Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

SER – Sistema Estadual de Regulação

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

Siafi – Sistema Integrado de Administração Financeira

Siape – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SIH – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

Sisreg – Sistema Nacional de regulação

SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ

SOMA – Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o Controle Externo e o Combate à Corrupção

STF – Supremo Tribunal Federal

Subpav – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Swot – Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

TCU – Tribunal de Contas da União

TJ/SP – Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Lista de figuras

Figura 1 – Evolução histórica da fachada do hospital.

Figura 2 – Esquema sobre a estrutura do HFL.

Figura 3 – Estrutura de governança que envolve o HFL.

Figura 4 – Recursos de pessoal total x demais recursos – HFL.

Figura 5 – Recursos de pessoal ativo x demais recursos – HFL.

Figura 6 – Representação do censo dos 249 leitos do HFL no dia 17/11/2021.

Figura 7 – Exemplo de liberação de agenda por parte do HFL com pouca antecedência.

Figura 8 – Potenciais incentivos para o HFL ajustar oferta à demanda de serviços.

Figura 9 – Proposta do Proadi-SUS para estrutura de governança de resultados nos hospitais federais.

Figura 10 – Histórico do tempo médio de permanência em internações clínicas no HFL em comparação aos outros hospitais federais do Rio de Janeiro.

Figura 11 – Escala do centro cirúrgico do HFL na semana de 12 a 16 de julho de 2021.

Figura 12 – Lapso temporal do processo SEI 33408.076105/2020-68.

Lista de quadros

- Quadro 1 – Recursos destinados ao HFL.
- Quadro 2 – Recursos com pessoal detalhado por vínculo.
- Quadro 3 – Saídas hospitalares x internações.
- Quadro 4 – Receita por internação.
- Quadro 5 – Gastos com pessoal detalhado por vínculo.
- Quadro 6 – Necessidades de pessoal em especialidades relevantes, sob a perspectiva do HFL.
- Quadro 7 – Número de profissionais que estão em condições ou próximos a aposentadoria em especialidades importantes para o funcionamento do hospital.
- Quadro 8 – Fatores de conversão para aposentadoria (Decreto 3.048/1999).
- Quadro 9 – Evolução dos afastamentos no HFL.
- Quadro 10 – Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas ambulatoriais do HFL.
- Quadro 11 – Especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.
- Quadro 12 – Situação, em 4/10/21, da fila interna de pacientes no HFL aguardando cirurgia.
- Quadro 13 – Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas de internação do HFL.
- Quadro 14 – Parâmetros do Ministério da Saúde para tempo de permanência.
- Quadro 15 – Cirurgias agendadas e canceladas – HFL 2019 e 2021.
- Quadro 1 (Apêndice 2) – Conferência dos dados reais de entrada de recursos no HFL em relação aos disponíveis no CNES.
- Quadro 2 (Apêndice 2) – Resultados da análise envoltória de dados referentes ao HFL.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Evolução histórica da força de trabalho do HFL.

Gráfico 2 – Evolução dos leitos impedidos no HFL em agosto de 2021.

Gráfico 3 – Cancelamentos de vagas para leitos do HFL de janeiro a setembro de 2021.

Gráfico 4 – Tempo médio de permanência nas internações clínicas do HFL.

Gráfico 5 – Indicação do potencial ganho em eficiência com a queda no tempo médio de permanência.

Sumário

1. Introdução	9
2. Visão Geral	11
3. Achados de auditoria	18
Capítulo 3.1 - Desafios do HFL na área de pessoal	18
Capítulo 3.2 - Disfunções no processo de entrada da demanda no HFL	27
Capítulo 3.3 - Oportunidades de melhoria na gestão da alta dos leitos clínicos	36
Capítulo 3.4 – Oportunidades de melhoria na produção cirúrgica e na gestão dos leitos cirúrgicos	41
4. Conclusão	47
5. Propostas de encaminhamento	48
Apêndice 1 – Comentários dos gestores	50
Apêndice 2 – Informações complementares	53
<i>Riscos estruturais no HFL</i>	53
<i>Testes de asseguração – Análise envoltória de dados</i>	54
Anexo 1 – Organograma simplificado do HFL	56

1. Introdução

1. Trata-se de relatório de auditoria que visa analisar a eficiência do Hospital Federal da Lagoa, com foco em identificação de eventuais desperdícios de recursos, bem como testar e validar a minuta do documento Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares elaborada no âmbito do Relatório de Levantamento de Eficiência em Unidades Hospitalares Públicas (TC 015.993/2019-1). A fiscalização foi autorizada por meio de Despacho do Ministro Vital do Rêgo, datado de 20/5/2021, proferido nos autos do processo administrativo 012.921/2021-1 (peça 6).

Problema

2. Índícios de insustentabilidade do SUS indicados pelo Tribunal de Contas da União (TC 014.791/2019-6, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler) e elevados índices de ineficiência no sistema apontados pelo Banco Mundial (*in Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017*) são os problemas que levaram a Secretaria de Controle Externo da Saúde a configurar como um dos seus objetivos estratégicos “fomentar o aperfeiçoamento da gestão dos órgãos e entidades da área da saúde com foco na eficiência e qualidade dos serviços prestados”.

3. Segundo modelo de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis - DEA*) concebido pelo Banco Mundial - BM, haveria 71% de ineficiência média nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS. O TCU desenvolveu análise similar utilizando uma base de dados diferente da que foi utilizada pelo BM, introduziu modificações nas variáveis, mas encontrou resultados parecidos, reforçando os indícios de baixo desempenho nos hospitais do SUS (peça 50 do TC 015.993/2019-1).

4. Diante desse contexto, percebe-se a necessidade de compreender com mais detalhes as causas desse potencial desperdício nessas unidades, uma vez que a perspectiva inicial do problema foi de uma visão geral. Assim, por meio de auditorias, pretende-se compreender quais são as grandes fontes de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que podem ser replicadas no país. Assim, diante de um maior amadurecimento sobre o problema espera-se trazer elementos mais consistentes para que os tomadores de decisão possam transformar a realidade em prol dos pacientes e do contribuinte.

5. A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e os seus resultados possam ser consolidados, está sendo testado um referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos. Este documento (peça 98) tem como base a identificação dos principais riscos à entrega de valor para o usuário dos serviços.

6. O conceito de valor que utilizaremos neste trabalho é o utilizado por Michael Porter (2010), o qual remete a ideia de entrega dos melhores resultados assistenciais pelo menor custo possível. Segundo o *Institute for Healthcare Improvement – IHI*, o inverso de valor é desperdício.

7. O Hospital Federal da Lagoa foi selecionado pela unidade técnica (SecexSaúde) para ser objeto do teste piloto a fim de verificar a pertinência dos parâmetros estabelecidos no mencionado referencial. O TC 036.007/2020-0 apresenta a produção de conhecimento que fundamentou a escolha da mencionada unidade para execução desta auditoria piloto.

Metodologia

8. A base metodológica utilizada neste trabalho é a versão 2 da minuta de referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos.

9. Em breves palavras, são levantadas informações para construir a visão geral detalhada sobre o hospital, inclusive compreendendo suas relações com o ambiente externo. Neste processo parte-se dos aspectos mais gerais para os mais específicos, levantando-se os principais riscos para entrega de valor

para os usuários dos serviços e para o contribuinte. Mais informações sobre a metodologia empregada neste trabalho estão na peça 118 do processo TC 015.144/2021-6.

Questões de auditoria

10. As questões de auditoria elaboradas foram decorrentes do processo mencionado no parágrafo anterior, dando origem à matriz de planejamento (peça 42).
11. As questões abordadas neste trabalho foram as seguintes:

Questão 1: O modelo de recrutamento de pessoal e seu correspondente quadro no HFL, no período de 2019 a 2021, gera algum prejuízo ao referido hospital, considerando o princípio constitucional da eficiência (art. 37 da CF)?

Questão 2: O processo de entrada de pacientes no HFL no ano de 2021 atende às necessidades do seu público-alvo, em sintonia com a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria de Consolidação nº 2, anexo 26, capítulo 1)?

Questão 3: O fluxo de atendimento dos pacientes clínicos no HFL, nos anos de 2019 a 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Questão 4: A taxa de suspensão de cirurgias no HFL, no período de abril de 2021 a agosto de 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Limitações

12. Por se tratar do primeiro trabalho em hospital realizado pela equipe, utilizando-se o aludido referencial, pode-se mencionar que os auditores estão em processo de amadurecimento no tema.
13. No entanto, para mitigar o risco de auditoria, foi feita uma parceria com o Seção de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Seaud-RJ) a fim de viabilizar a participação da auditora Jaldeci Leite Silva como membro especialista da equipe. Além disso, a equipe teve o apoio e supervisão metodológica da Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o Controle Externo e o Combate à Corrupção (SOMA) / TCU, por meio do Diretor Antonio França da Costa.
14. Cabe mencionar, também, a parceria com o Dr. Welfane Cordeiro Júnior, médico intensivista e ex-coordenador do Projeto Lean nas Emergências, que ministrou um curso sobre gestão e eficiência hospitalar durante todo o período da auditoria e prestou suporte técnico à equipe.
15. Uma limitação importante para esse trabalho é o fato de ela ter sido realizada no ambiente virtual em virtude das medidas de segurança sanitária adotadas em reação à pandemia ocasionada pelo Covid-19.

2. Visão Geral

Aspectos gerais de sua história

16. De acordo com os dados históricos compulsados pela equipe de auditoria, em 1952 o grupo Sul América Seguros iniciou a construção do hospital para atender seus funcionários. O hospital foi concluído em 1958. À época, foram contratados os arquitetos Oscar Niemeyer, Hélio Uchôa, o paisagista Roberto Burle Marx e o artista Athos Bulcão para conceberem a estrutura.

17. Ao longo do tempo, o hospital chegou a ser destinado/denominado como hospital dos bancários. Em 1967, a unidade passou a pertencer ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a integrar o Governo Federal. A estrutura do hospital é tombada como patrimônio cultural.

18. Desde pelo menos a década de 1970, o hospital atende (quase) todas as especialidades. Sempre teve um perfil cirúrgico de média e de alta complexidade. Desse período até a atualidade, o hospital perdeu algumas especialidades por remanejamentos de equipes com outros hospitais do Rio de Janeiro. O primeiro ano que o hospital passou a receber residentes foi provavelmente em 1972.

19. Para o Dr. Vasco Lauria, ex-Diretor do HFL, a pior fase do hospital foi durante o período em que ele foi “municipalizado”, que ocorreu ao final dos anos 90 e permaneceu assim até 2005. Das doze salas cirúrgicas presentes na estrutura, chegou-se a se ter apenas quatro em operação. Algo semelhante ocorreu também com os leitos de UTI, que foram drasticamente reduzidos. No processo de “refederalização”, o hospital teve o INCA (Instituto Nacional de Câncer) como patrono. Depois criou-se o DGH (Departamento de Gestão Hospitalar), que foi sucedido pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), devido ao pertencimento direto à estrutura do Ministério da Saúde e sua orçamentação direta na LOA (Lei Orçamentária Anual).

20. Atualmente, o HFL se mantém como um hospital de média e alta complexidade de porta fechada. Durante a pandemia do Covid-19, a unidade foi posta como “hospital de retaguarda”. Um andar inteiro foi posto à disposição de internações de Covid e isso só foi possível devido a um acordo com a Rede D’Or, para fornecimento de recursos humanos complementares.

Figura 1 – evolução histórica da fachada do hospital.



Fonte: apresentação do setor de planejamento e gestão da qualidade do HFL.

Estrutura e serviços do HFL (capacidade)

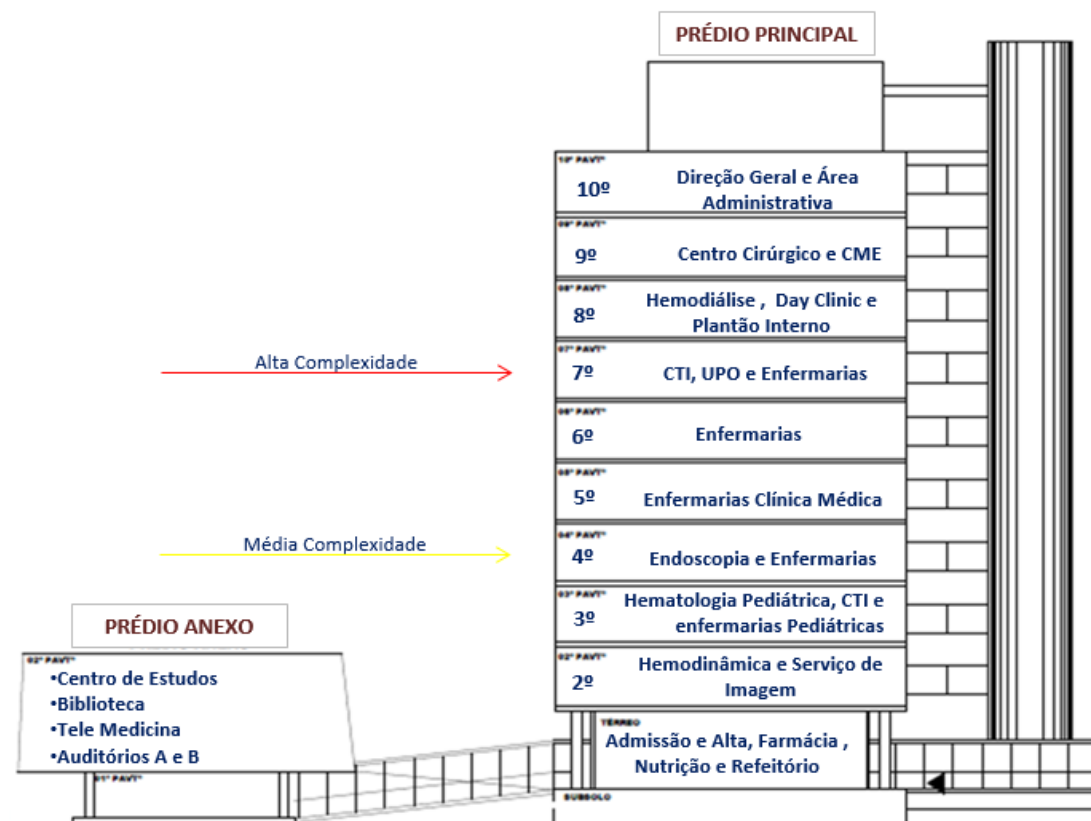
21. Trata-se de um hospital geral de porte médio e natureza pública que faz parte da administração direta da União, pois é um órgão do Ministério da Saúde. Presta serviços de média e alta complexidade, com capacidade para até 249 leitos voltados, especialmente, para atendimento cirúrgico em várias especialidades. Apesar disso, possui atendimento clínico, com destaques para o tratamento oncológico, inclusive pediátrico.

22. Tem em seu complexo (figura 2), um pequeno prédio ambulatorial de dois andares e um subsolo voltado, especialmente, para consultas e exames. Porém, sua maior estrutura é um prédio de dez andares, onde localizam-se as enfermarias, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva.

23. Tem atividade de ensino. O HFL possui prédio para moradia de residentes, chamada coloquialmente de “prediozinho” da rua Faro. Quase todas as especialidades recebem residentes e são credenciadas a cada cinco anos ao Ministério da Educação (MEC). As residências não têm vinculação a nenhuma universidade específica.

24. O detalhamento de toda a estrutura do hospital pode ser acessado na peça 55 (planilha 2.4).

Figura 2 – Esquema sobre a estrutura do HFL.



Fonte: equipe gerencial do HFL.

Estratégia e aspectos relacionados ao HFL na rede de atenção

25. A liderança do hospital menciona uma histórica vocação do HFL na prestação de serviços cirúrgicos. No entanto, ao analisar o histórico mais recente de produção do hospital (peça 27), percebe-se que não há uma especialização nos serviços prestados pelo hospital. Mesmo na área cirúrgica, há uma ampla diversidade de especialidades.

26. O mapa estratégico do hospital (peça 15) também não aponta um caminho específico de atuação, indicando como missão proporcionar atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade. Esse é um indicativo de que não se sabe qual o problema se pretende resolver. Não fica claro qual é o objetivo do hospital na rede assistencial. Essa ausência de definição do perfil assistencial dos hospitais federais foi destacada no item 9.1.1 do Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, sob relatoria do Ministro Bruno Dantas. No capítulo 3.2 deste relatório, serão adicionadas mais informações a esse respeito, especialmente os efeitos que essa indefinição de papel na rede traz no atendimento à demanda dos complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro/RJ.

27. Para a equipe do Proadi-SUS essa vocação deveria ser configurada de acordo com a demanda da rede de atenção. Os especialistas asseveraram que falta uma definição clara sobre o papel de cada hospital federal no estado do Rio de Janeiro.

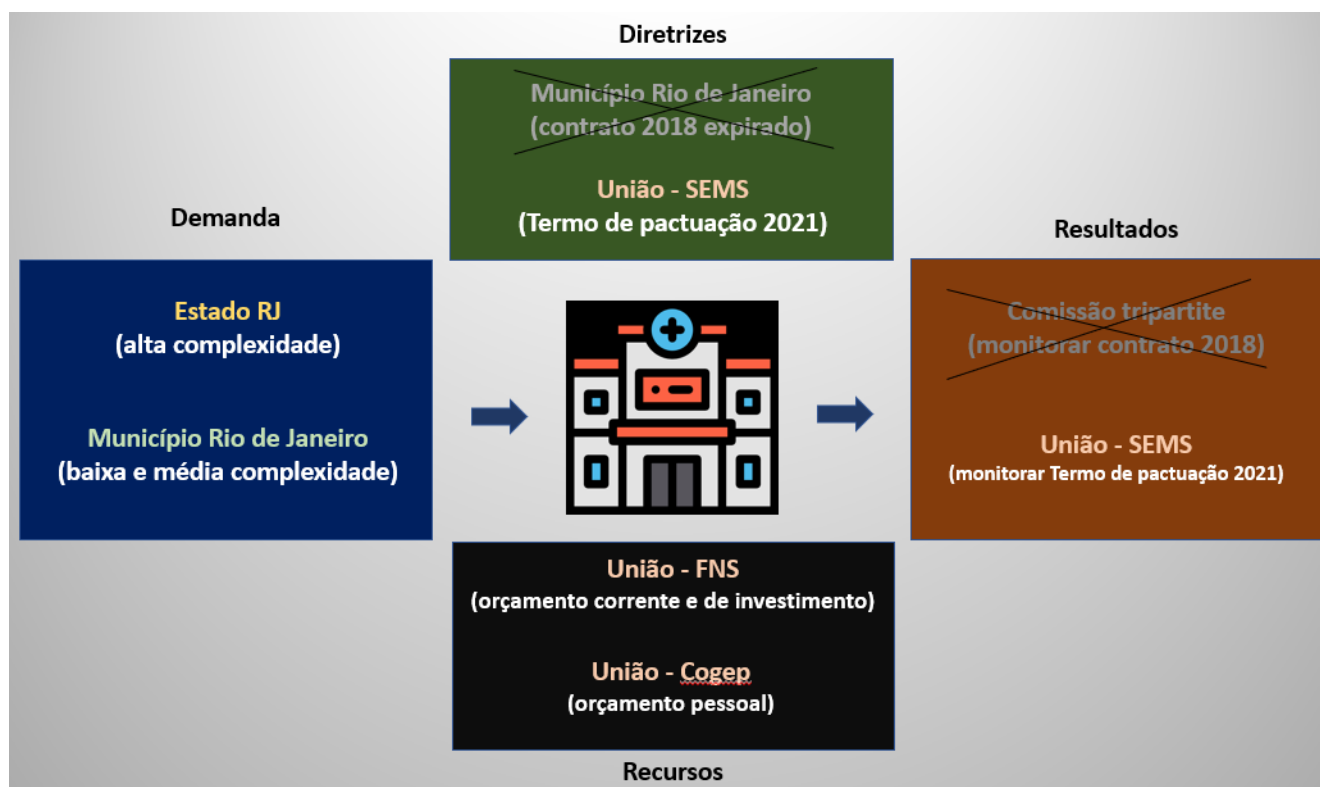
Estrutura de governança do HFL

28. Inspirado pelo Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU, pode-se conceber governança como a aplicação de práticas de liderança, de estratégia e de controle, que permitem aos mandatários de uma organização pública e às partes nela interessadas avaliar sua situação e demandas, direcionar a sua atuação e monitorar o seu funcionamento, de modo a aumentar as chances de entrega de bons resultados aos cidadãos, os quais são os verdadeiros titulares dos recursos empregados.

29. Conforme mencionado acima, não se identificou na estratégia do HFL objetivos claros para sua atuação. Diante disso, há um desafio relevante para que os atores envolvidos possam direcionar as ações e monitorar seus resultados. O público-alvo do hospital é a população do estado do Rio de Janeiro, especialmente sua capital. Logo, as diretrizes deveriam atender as necessidades epidemiológicas desta região. No entanto, o vínculo do hospital é com a União, que atualmente exerce o direcionamento para suas ações, mas não tem um mecanismo sistemático para avaliação.

30. Abaixo segue um esquema resumido da estrutura que envolve o processo de governança do hospital.

Figura 3 - Estrutura de governança que envolve o HFL.



Fonte: elaboração própria, por parte da equipe de auditoria, com base nos documentos e informações fornecidas pelo HFL, SEMS/RJ, Cogep/MS, complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro.

31. Percebe-se que não se tem a identificação de uma liderança única, gerando um aparente conflito de competências entre os entes. Esse fato será mais bem explorado no capítulo 3.2 sobre as entradas da demanda no HFL.

32. Internamente, o hospital se organiza conforme o esquema inserido no Anexo 1 deste relatório. Além da estrutura de assessoramento à direção do hospital, destacam-se no organograma as duas coordenações: administrativa e assistencial. Sob a perspectiva externa, verificou-se que a União é responsável por suprir os recursos correntes e de investimento para o funcionamento do hospital por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Também está na esfera federal os recursos para área de pessoal, processados pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas – Cogep/MS.

33. A Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – SEMS/RJ também tem potencial participação na função gerencial perante o HFL. Está em vigência um termo de pactuação de metas dessa Superintendência com o HFL (peça 19). Apesar de a SEMS/RJ mencionar que tem recebido os indicadores do HFL, afirmou que não atua gerencialmente sobre eles ainda (peça 39 – extratos).

34. Em que pese essa atuação gerencial da SEMS/RJ, o hospital tem uma relação funcional mais próxima do município do Rio de Janeiro, o qual é o responsável por boa parte da regulação do acesso às vagas dos serviços prestados pelo HFL. De acordo com o contrato de 2018 (com vigência expirada) e o esboçado em 2020, mas não assinado, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ (peças 95 e 18), seria competência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ – SMS/RJ identificar os problemas e definir as prioridades no âmbito municipal, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde sob gestão municipal e monitorar o aproveitamento das vagas oferecidas pela unidade federal para consultas de primeira vez, tomando medidas, quando for o caso, para redução do absenteísmo e da ociosidade de modo que ocorra o seu melhor aproveitamento possível.

35. O estado também se relaciona funcionalmente com o hospital, regulando as vagas referentes a algumas especialidades.

36. No âmbito dos contatos de 2018 e 2020 mencionados acima, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, existia a previsão de uma comissão de acompanhamento tripartite que seria prevista em ato normativo do Ministério da Saúde e instituída pelo gestor local, que deveria se reunir, no mínimo, trimestralmente. Caberia a esta comissão avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas descritas nesses contratos, avaliar a compatibilidade da produção assistencial com a capacidade instalada e adequar as metas pactuadas e outras adequações que se fizerem necessárias. No entanto, essa comissão não foi instituída pelo Ministério da Saúde.

Orçamento e incentivos

37. O Hospital Federal da Lagoa possui, na prática, duas grandes fontes de recursos. A primeira é o orçamento diretamente gerido pelo HFL, previsto na lei orçamentária anual (LOA) de cada exercício. Já a segunda fonte são os recursos destinados a pagamento de pessoal do hospital, os quais são custeados pelo orçamento de pessoal do Ministério da Saúde, gerida pela Coordenação-Geral de Pessoal (Cogep) do Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Recursos destinados ao HFL.

Exercício	Recursos próprios ¹	Recursos de pessoal ²	Total
2021*	R\$ 59.559.998,00	R\$ 95.555.517,46	R\$ 155.115.515,46
2020	R\$ 84.001.941,24	R\$ 171.002.579,50	R\$ 255.004.520,74
2019	R\$ 80.191.195,67	R\$ 175.599.971,70	R\$ 255.791.167,37
2018	R\$ 72.449.689,42	R\$ 172.089.117,16	R\$ 244.538.806,58
2017	R\$ 68.652.765,45	R\$ 161.089.380,02	R\$ 229.742.145,47
2016	R\$ 73.401.999,72	R\$ 137.143.052,42	R\$ 210.545.052,14

*Até 30 de junho (1º semestre)

¹Fonte: Tesouro Gerencial, disponibilizado pelo HFL, provisão orçamentária recebida.

²Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

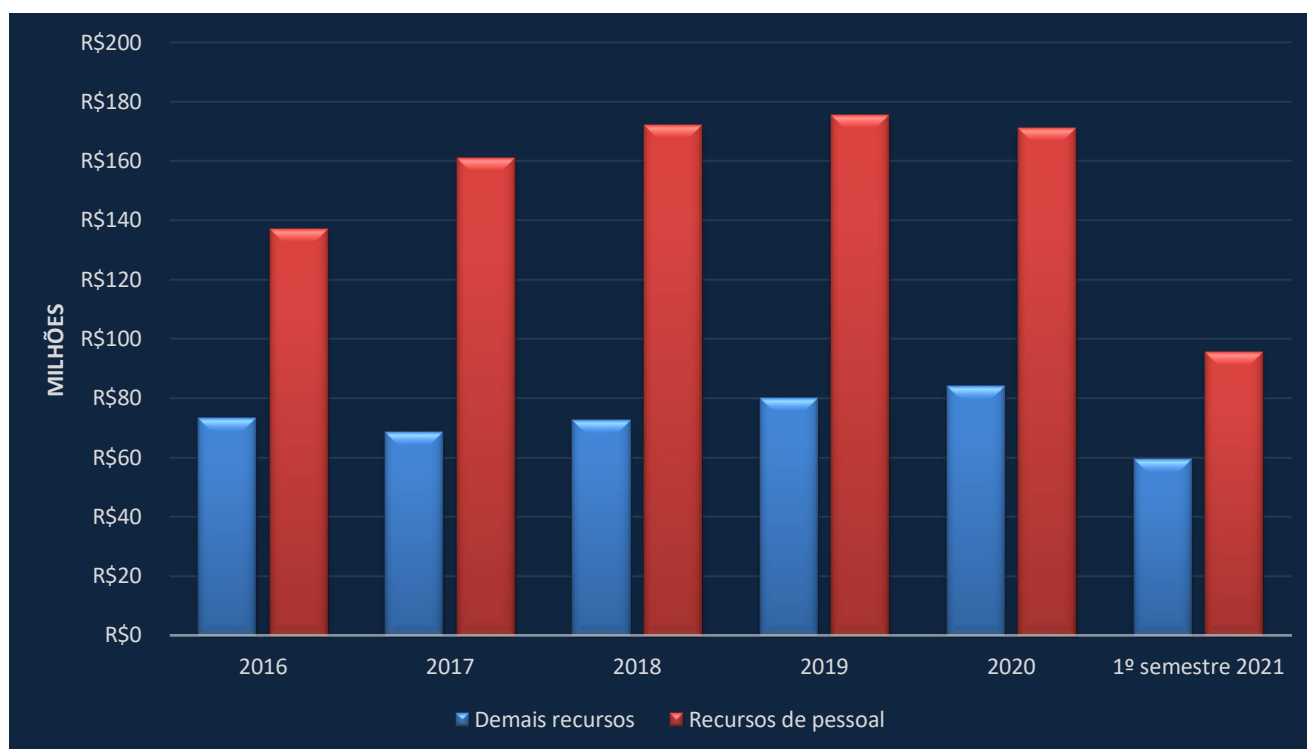
38. Embora os recursos destinados ao custeio de pessoal não seja uma fonte de recursos gerido diretamente pelo hospital, convém considerar também esse recurso na análise, pois é um recurso indispensável à operação da unidade hospitalar e de maior materialidade.

39. Os valores do orçamento próprio apresentados no quadro anterior correspondem à descentralização orçamentária propriamente dita para a unidade gestora do HFL. A despesa com pessoal, por sua vez, foi extraída do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), visto que a execução da despesa com pessoal ocorre de forma consolidada no Ministério da Saúde, não sendo possível extrações isoladas do HFL nas bases do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi). Dessa forma, dada essa limitação da disponibilidade da informação, os valores dos recursos geridos pelo hospital e os recursos destinados a salários não correspondem à mesma etapa da execução da despesa.

40. Os valores com despesas de pessoal apresentados no quadro supramencionado se referem a despesas custeadas exclusivamente com recursos federais, incluindo servidores aposentados e pensionistas, não abrangendo as despesas com eventuais servidores estaduais ou municipais cedidos ao HFL.

41. Nada obstante, as despesas de pessoal apresentadas incluem servidores do HFL cedidos a outros órgãos, além de incluir salários com contratações temporárias.

Figura 4 - Recursos de pessoal total x demais recursos – HFL.

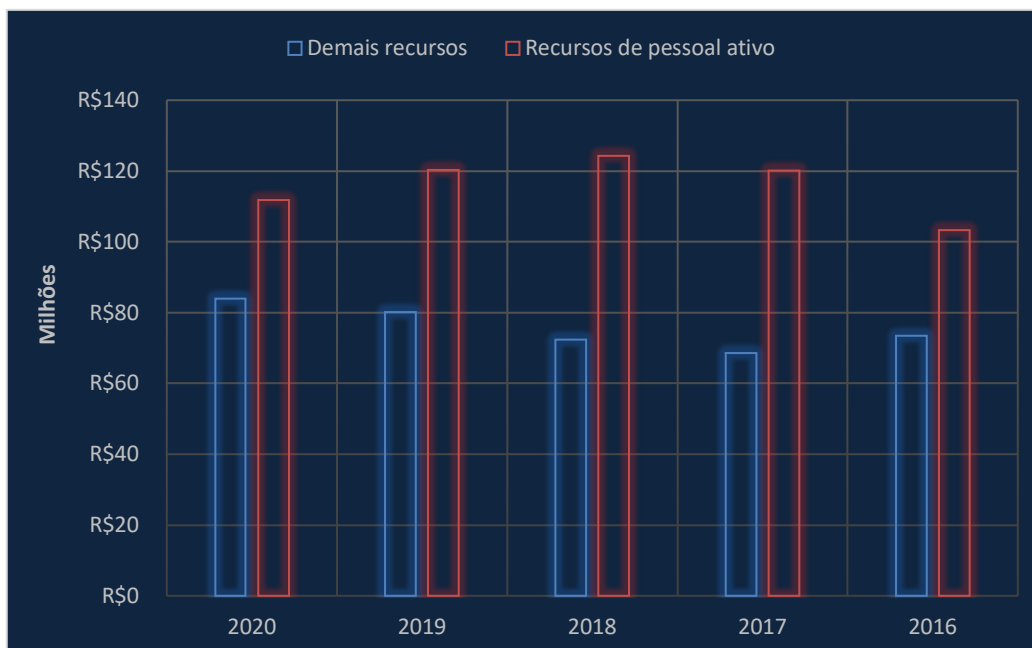


Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

42. A Figura 4 ilustra a materialidade e a relevância das despesas de pessoal da unidade em seu orçamento como um todo, correspondendo a aproximadamente dois terços de todos os recursos federais destinados a custear o HFL. Vale dizer, para cada R\$ 1,00 gasto com despesas que não sejam relacionadas à folha de pagamento, R\$ 2,00 são gastos com salários/aposentadorias/pensões e seus respectivos encargos.

43. Ao considerar apenas as despesas com pessoal ativo do hospital, o montante gasto com salários e encargos superam todas as demais despesas somadas. Os montantes estão plotados na figura a seguir:

Figura 5 - Recursos de pessoal ativo x demais recursos – HFL.



Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

44. A consistente aproximação das colunas ilustra os efeitos da não reposição de pessoal na composição da despesa, que reduz a diferença de ambos os montantes.

45. É apresentado a seguir um detalhamento das despesas de pessoal do HFL. Também é notável o reflexo da não reposição de pessoal com um crescimento consistente das despesas com aposentados e uma redução constante das despesas com pessoal efetivo ao longo dos anos.

Quadro 2 – Recursos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021	2020	2019	2018	2017	2016
	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
Ativo permanente	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00
Car. Comissão	72.256,70	194.891,95	123.783,57	198.829,15	151.320,39	358.701,00
Contr. temporário	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Ativ. outro órgão	31.636,82	68.040,63	54.892,12	106.205,36	0,00	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22
Cedido	642.173,35	1.282.387,97	1.272.201,37	1.428.002,16	1.640.953,32	1.503.852,45
TOTAL	95.555.517,46	171.002.579,50	175.599.971,70	172.089.117,16	161.089.380,02	137.143.052,42

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

46. Conhecendo o orçamento da unidade, buscou-se levantar o total de saídas hospitalares (altas + óbitos) anuais, a fim de comparar os recursos alocados no HFL por saída hospitalar. Porém, após apreciação de versão preliminar deste relatório, os gestores do HFL esclareceram que o número de saídas hospitalares informado pelo próprio hospital não era condizente com o total de internações registradas

anualmente. O motivo alegado é que as saídas de pacientes com alta no mesmo dia da internação (paciente hospital dia) não são contabilizadas no e-SUS *report*, sistema usado para gerar a informação de altas (peça 120).

47. A direção do hospital, em alternativa ao número de saídas hospitalares, informou também o total de internações em 2019 e 2018, que totalizaram 10.924 e 10.070 internações, respectivamente. Há uma diferença de 3.598 e 3.446 internações a mais do que saídas hospitalares, quantidade muito superior ao número de leitos do HFL, o que comprova a inconsistência dos dados de saídas originalmente informados (peça 120, 121 e 122).

Quadro 3 – Saídas hospitalares x internações.

Exercício	Saídas Totais	Internações Totais	Diferença
2020	4852	Não informado	#
2019	7326	10.924	-3.598
2018	6624	10.070	-3.446
2017	6962	Não informado	#
2016	7020	Não informado	#

Fonte: Hospital Federal da Lagoa, 1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 120 e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 121 e 122).

48. Apesar dessa limitação, é possível apurar a relação de receita alocada no HFL por internações para os exercícios de 2018 e 2019.

Quadro 4 – Receita por internação.

Exercício	Orçamento Próprio (a)	Pessoal Ativo (b)	Receita Total (a+b)	Internações Totais	Receita por internação
2019	R\$ 80.191.195,67	R\$ 120.326.033,63	R\$ 200.517.229,30	10.924	R\$ 18.355,66
2018	R\$ 72.449.689,42	R\$ 124.367.328,86	R\$ 196.817.018,28	10.070	R\$ 19.544,89

Fonte: (i) Tesouro Gerencial, (ii) Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) e (iii) Hospital Federal da Lagoa (1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS) peça 120.

3. Achados de auditoria

Capítulo 3.1 - Desafios do HFL na área de pessoal

49. O HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em relação ao seu perfil de qualificação, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital, principalmente por carência de enfermeiros (nível superior e médio) e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal utilizado para manter a força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada.

Descrição da situação encontrada

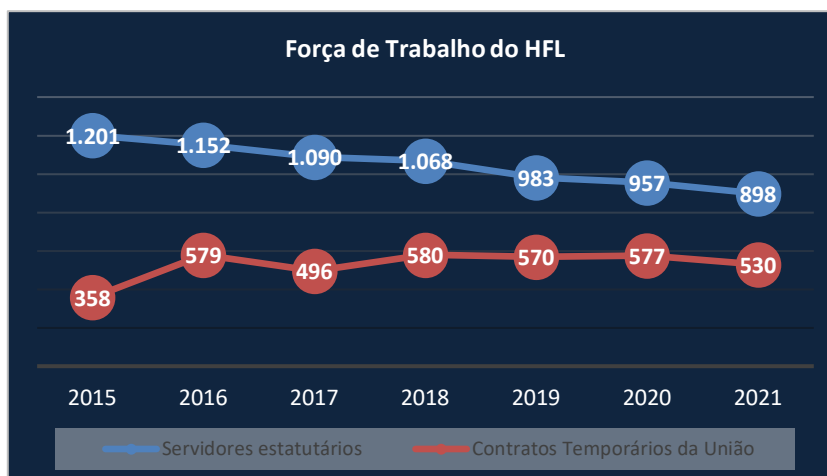
Critério

50. Os principais critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada foram: Resolução Conselho Federal de Enfermagem - Cofen 543/2017 - Dimensionamento de enfermagem; Lei 8.745/1993 (Lei do CTU), especialmente os dispositivos que ressaltam a vigência limitada do contrato e as circunstâncias em que esse regime de recrutamento deve ser aplicado; Lei 8.112/1990; arts. 13 e 14, da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa 7/2010 - Requisitos mínimos para funcionamento de UTI.

Reposição do quadro de servidores, por meio de temporários, aquém do número de aposentadoria nos últimos cinco anos.

51. Ao cotejar os relatórios de gestão produzidos pelo HFL de 2015 a 2019 e as documentações encaminhadas pela instituição, verificou-se um constante ritmo das aposentadorias dos servidores estatutários em contraposição a uma manutenção do quantitativo de Contratos Temporários da União - CTUs desde 2016, com a diminuição deste tipo de contratação nesse ano. Assim, constata-se que ao longo dos últimos cinco anos não está ocorrendo a devida reposição dos servidores estatutários. O gráfico 1 abaixo retrata a situação.

Gráfico 1 – Evolução histórica da força de trabalho do HFL.



Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e resposta aos Ofício Fiscalis 107/2021 – 1.

52. Para reforçar os dados acima, observa-se o quadro abaixo com o detalhamento das despesas de pessoal do HFL atinentes aos principais vínculos, no qual fica evidenciado o crescimento dos gastos com os aposentados, com aumento de 72% no comparativo entre 2016 e 2020. Nessa linha, os gastos com pensionistas aumentaram 260% no mesmo comparativo. Em contraposição, houve uma queda de

20% dos gastos com servidores estatutários do HFL. Já os gastos com os CTUs mantiveram-se, basicamente, constante entre os anos de 2018 e 2020.

Quadro 5 – Gastos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021 (R\$)	2020 (R\$)	2019 (R\$)	2018 (R\$)	2017 (R\$)	2016 (R\$)
Estatutário HFL	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00
Contr. Tempor.	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

53. A equipe de fiscalização realizou diversas entrevistas com as chefias de vários setores do HFL e, todos foram uníssonos sobre a carência de pessoal, principalmente no quadro de enfermagem (nível superior e nível médio) e algumas especialidades médicas, notadamente anestesistas. Assim, a equipe requisitou à instituição que discriminasse o quantitativo necessário de profissionais para atender plenamente a capacidade da instituição e que será encaminhada ao MS no próximo certame. No quadro abaixo, serão destacadas apenas as carências de enfermeiros e de anestesistas, como exemplos.

Quadro 6 - Necessidades de pessoal em especialidades relevantes, sob a perspectiva do HFL.

Categoria	Servidor + Cedidos + FS	CTU	Total existente	Aposentáveis (1)	Abono (2)	Total existente (1+2)	Necessidade
Médico – Anestesiologia	22	14	36	1	3	32	20
Auxiliar/Tec. de Enferm.	359	92	462	53	27	382	197
Tec. de enferm. (instr. cir.)	0	0	0	0	0	0	33
Enfermeiro	70	111	183	15	15	153	50

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.1, alíneas “a” e “b”.

54. Com base especialmente na resposta à requisição da equipe de auditoria e na análise dos extratos de entrevistas, serão destacadas a seguir algumas constatações.

55. Em primeiro lugar, vale ressaltar o grande déficit no quadro de enfermagem, tanto de nível médio quanto de nível superior, que representam juntos aproximadamente 50% das vagas que o hospital pretende solicitar ao MS. Convém mencionar que para o cálculo do quadro necessário de enfermagem, o hospital utilizou a Resolução Cofen 543/2017, que estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo das diferentes categorias de enfermagem. Já as especialidades médicas que necessitam ao todo de 149 profissionais, as que mais carecem, nessa ordem, são: anestesiologia (20), clínica médica (18), intensivista (18) e radiologia (11).

56. Os gestores do HFL apontam a necessidade de acréscimo de 613 novos funcionários em 92 categorias profissionais para o pleno funcionamento de todas as instalações da instituição, número muito superior ao solicitado pela instituição em 2018 (151) e 2019 (368). Para esse cálculo, o HFL excluiu do quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento, os profissionais que estão recebendo abono permanência e os aptos a se aposentarem nos próximos cinco anos, o que poderá levar a excesso de pessoal na instituição, se no próximo certame as necessidades estabelecidas forem todas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS) com aval do Ministério da Economia (ME), tendo em vista que os servidores que recebem abono não se aposentarão de imediato e em período único, bem como os outros servidores só preencherão os requisitos da aposentadoria ao longo de cinco anos.

57. Depreende-se, também, que o hospital apontou a necessidade de 46 novas categorias profissionais (totalizando 155 contratos) que não compõem o atual quadro funcional, tais como: técnico em

instrumentação cirúrgica; farmacêutico-oncologia; enfermeiro (hemoterapia e neonatologia); nefrologista transplante, entre outros. Sobre isso, vale mencionar que a contratação de profissionais especialistas em determinadas áreas pode suprir a deficiência, relatada pelos gestores, de profissionais pouco preparados para o porte do HFL, que atende média e alta complexidade, é eminentemente cirúrgico e forte no tratamento oncológico. Entretanto, em linha com o entendimento da equipe do Proadi-SUS (consultoria Lean nas Emergências, em agosto de 2020), a grande variedade de especialidades, especialmente da área médica, pode gerar ineficiência e pouca especialização da instituição, pois não há ganho de escala e aumenta-se o risco para paciente, pois o hospital acaba pulverizando procedimentos, mas em pouca quantidade.

58. Diante do exposto, em que pese alguns apontamentos supramencionados, ficou evidenciado que a reposição dos servidores aposentados, por meio de temporários, está aquém das necessidades da instituição, cada vez mais demandada pela rede de atenção à saúde, como será evidenciado no capítulo 3.2 deste relatório.

Aposentadorias e os problemas decorrentes do envelhecimento do quadro de pessoal

59. A equipe de fiscalização identificou como uma das causas para insuficiência de pessoal frente à estrutura da instituição, o envelhecimento do quadro de servidores estatutários do HFL e os seus efeitos, tais como aposentadorias e afastamentos médicos.

60. Ressalta-se que, em 2005, ocorreu o último concurso realizado pelo Ministério da Saúde (MS) para provimento de cargos nos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro/RJ, tendo a posse da maioria dos aprovados ocorridas até 2010. Desde então, para suprir as necessidades dessas instituições, o MS tem se socorrido de CTUs. Assim, os últimos servidores estatutários já têm no mínimo dez anos de serviço.

61. Em entrevista com a chefe do Setor de Enfermagem do HFL, foi relatado que a equipe de enfermagem estaria envelhecendo com muitas comorbidades, principalmente as de natureza ortopédica e psiquiátrica, ultimamente em razão da pandemia. Com base em documentos requisitados na auditoria, constatou-se que 101 servidores estão recebendo abono permanência, ou seja, já preencheram os requisitos de aposentaria, e que a saída de todos os servidores representaria um decréscimo de 11,24% dos atuais estatutários. Nessa linha, verificou-se que 115 servidores são elegíveis a aposentadoria nos próximos cinco anos, mediante o cumprimento dos requisitos de tempo e idade, o que representaria um decréscimo de 12,80% dos atuais estatutários, e que somados ocorrerá uma perda de 24% nos próximos anos.

62. Com efeito, algumas categorias sofrem mais com tais eventos (aposentadorias e envelhecimento). Os médicos, por exemplo, possuem 27,31% do quadro de estatutários nesta situação, os enfermeiros (NS) 41,67% e os auxiliares de enfermagem (NM) 21,50%. O quadro abaixo mostra os cargos que apresentam maiores riscos.

Quadro 7 – Número de profissionais que estão em condições ou próximos a aposentadoria em especialidades importantes para o funcionamento do hospital.

Categoria	Abono	Aposentáveis
Auxiliar de Enfermagem (AE)	27	53
Enfermeiros (Enf.)	15	15
Médicos (diversas especialidades)	24	41
Total	66	109

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.2.

63. No quadro de enfermagem, há 184 AE com idade superior a cinquenta anos. O último concurso para nível médio ocorreu em 1994, com posse, ocorrida em 1995, para quase todos os servidores.

Assim, deduz-se que quase todos os AE estão com no mínimo de 25 anos de serviço na instituição. Acrescenta-se, ainda, que as atividades desenvolvidas por esses profissionais, envolvem esforço físico, resistência, concentração e movimentos finos, e que com a idade mais avançada e os problemas decorrentes, por consequência, afeta o rendimento do profissional, impactando na escala, na necessidade de aumento de servidores, consoante relato da chefe de enfermagem do HFL.

64. Outrossim, a aposentadoria dos servidores apresenta um elevado risco de perda de conhecimento acumulado, o que pode ocasionar disfunções ao ambiente organizacional e às atividades institucionais, pois com o aumento dos temporários e suas limitações (alta rotatividade), cabe, quase que exclusivamente, aos servidores estatutários o processo de repasse do conhecimento sobre a cultura, os processos internos e as rotinas da instituição. Acrescenta-se, ainda, o esgotamento dessa dupla atribuição, tendo em vista que os servidores precisam executar suas atribuições e ensinar aos novatos as rotinas e procedimentos, basicamente, todos os anos.

Tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário – RE nº 1014286, representativo do Tema nº 942 da Repercussão Geral.

65. Outro fator que pode potencializar o número de aposentadorias decorre de julgamento de recurso extraordinário interposto pelo Estado de São Paulo contra acórdão lavrado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP), fixando a seguinte tese para o Tema 942 da Repercussão Geral:

Tema 942

Possibilidade de aplicação das regras do regime geral de previdência social para a averbação do tempo de serviço prestado em atividades exercidas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física de servidor público, com conversão do tempo especial em comum, mediante contagem diferenciada.

5. Recurso extraordinário desprovido, com fixação da seguinte tese: “Até a edição da Emenda Constitucional nº 103/2019, **o direito à conversão, em tempo comum, do prestado sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física de servidor público** decorre da previsão de adoção de requisitos e critérios diferenciados para a jubilação daquele enquadrado na hipótese prevista no então vigente inciso III do § 4º do art. 40 da Constituição da República, devendo ser aplicadas as normas do regime geral de previdência social relativas à aposentadoria especial contidas na Lei 8.213/1991 para viabilizar sua concretização enquanto não sobrevier lei complementar disciplinadora da matéria. Após a vigência da EC nº 103/2019, o direito à conversão em tempo comum, do prestado sob condições especiais pelos servidores obedecerá à legislação complementar dos entes federados, nos termos da competência conferida pelo art. 40, § 4º-C, da Constituição da República”.

66. Ressalta-se que para a efetivação do direito à conversão de tempo especial em tempo comum exercido até 13/11/2019, nos termos da EC 103/2019 e na forma da tese do STF para o Tema 942 da Repercussão Geral, devem ser aplicados os fatores de conversão previstos no § 5º do art. 188-P do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999), conforme o quadro abaixo.

Quadro 8 – Fatores de conversão para aposentadoria (Decreto 3.048/1999).

Tempo a converter	Multiplicadores	
	Mulher (para 30 anos de contribuição)	Homem (para 35 anos de contribuição)
De 15 anos	2,00	2,33
De 20 anos	1,50	1,75
De 25 anos	1,20	1,40

Fonte: art. 188-P, § 5º, do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999).

67. Assim, com a fixação do STF quanto à possibilidade de conversão do tempo especial em comum, poderá ocorrer um aumento expressivo nas aposentadorias dos servidores da área assistencial do HFL, tendo em vista que servidores dessa área (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros)

poderão se aposentar com 25 anos de contribuição completados antes 13/11/2019, desde que comprovem que as atividades exercidas eram realizadas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física.

Absenteísmo

68. O absenteísmo é outro fator que impacta na quantidade de profissionais e, por conseguinte, nos serviços prestados à população. Ao examinar os relatórios de gestão e considerar comentários dos gestores corrigindo dados divulgados nesses relatórios, de 2015 a 2019, se tem as seguintes quantidades de afastamentos.

Quadro 9 - Evolução dos afastamentos por dia no HFL.

Afastamentos	2015	2016	2017	2018	2019
Licença médica	21.932	21.209	16.246	17.005	17.778
Licença maternidade	5.451	3.932	3.900	5.040	4.361
Licença por doença em pessoa da família	1.377	1.174	1.567	1.452	1.355
Faltas	1.033	628	886	1.606	641
Total dos Afastamentos	29.408	26.856	25.268	27.481	25.484

Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e complemento do HFL (peça 124).

69. Originalmente, os dados sobre licenças extraídos dos relatórios de gestão apresentavam uma inconsistência na unidade de medida. Até 2016, os dados divulgados não levavam em conta os dias de afastamento, mas apenas os eventos. A partir de 2017, segundo a Direção-Geral do hospital, passou-se a contabilizar os dias de afastamento. Isso provocava um salto abrupto nos dados originais relativos aos afastamentos de 2016 para 2017 (que já estão corrigidos pelo HFL no quadro acima). Segundo a direção, esse controle diário só foi possível devido à implantação de ponto eletrônico.

70. Não obstante essa explicação, o controle de afastamentos que o HFL desempenhava até 2016 não era consistente. De posse dos dados originais (antes da última correção), a equipe de auditoria, estimando os dias de afastamento a partir dos eventos de afastamento, chegou a números incompatíveis com o quadro de pessoal do HFL. Em 2015, havia 518 eventos de afastamentos por licença maternidade. De acordo com o HFL, cada licença poderia implicar até três eventos, pois seriam possíveis até duas prorrogações por licença.

71. Assim, de acordo com a explicação do HFL, 518 eventos de afastamento por licenças maternidade em 2015 deveriam corresponder a, no mínimo, 172 licenças maternidade ($518 \div 3$). Esse número de licenças não é compatível com os dias de licença maternidade informados para 2015 (5.451 dias). Com efeito, considerando 120 dias em média de afastamento por licença maternidade (número conservador, pois com prorrogações pode-se chegar a 180 dias), chega-se a 20.720 dias de afastamento [$(518 \div 3) \times 120$], número aproximadamente quatro vezes maior do que o informado pelo HFL (peça 124) e reproduzido no quadro anterior.

Modelo de reposição de pessoal com contratos precários

72. Como já mencionado, desde 2010, o MS tem se socorrido de contratações temporárias (CTUs) para suprir as necessidades dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro. Tal medida tem sido baseada na suposta manutenção da situação de calamidade pública no setor hospitalar do Município do Rio de Janeiro, com fulcro no art. 2º, inciso I, da Lei 8.745/1993 e no Decreto 5.392/2005.

73. Ao examinar o processo de seleção de CTUs encaminhado pela Cogep/MS (peça 53), constatou-se que a Consultoria Jurídica junto ao MS (Conjur/MS) concluiu pela viabilidade jurídica do pedido de contratação temporária, sem vislumbrar óbices de índole constitucional e legal ao prosseguimento da proposta, tendo condicionado à observância do Decreto 9.739/2019, bem como da Instrução Normativa (IN) 1/2019 do Ministério da Economia (ME). Outrossim, o referido parecer recomendou a adoção de

providências necessárias à realização de concurso público, tão logo se obtenha o resultado do dimensionamento de pessoal nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro que está em andamento, com o propósito de que a carência de recursos humanos retratada no presente feito seja suprida por força de trabalho permanente.

74. O ponto fulcral sobre esse modelo de contratação é a utilização do Decreto Federal 5.392/2005, o qual decretou o estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no estado do Rio de Janeiro, como fundamento para realização de contratações temporárias (Lei 8.745/1993), que se destina a necessidade temporárias de excepcional interesse público. Diante disso cabe, no mínimo, os seguintes questionamentos: se o aludido estado de calamidade perdura até hoje nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, passados dezesseis anos, ele não se tornou permanente, afastando sua temporariedade? Nessa toada, para solucionar ou mitigar problemas de tal ordem ou grandeza não exigem medidas de caráter permanente ou de longo prazo?

75. Importa resgatar que o referido Decreto teve os seus dispositivos incisos “V” e “VI” do art. 2º e § 1º e 2º também do art. 2º impugnados no Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF, Ministro Relator Joaquim Barbosa, cuja decisão afastou os efeitos dos referidos dispositivos. Embora os dispositivos em questão não sejam fundamentos para as contratações emergenciais, o voto do Ministro Relator **expõe vícios que afetam todo seu conteúdo**, mas que não foram objeto de apreciação pela Suprema Corte por não fazerem parte da causa de pedir do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52).

76. Com efeito, o Decreto 5.392/2005 possui vício de motivação. Isto é, não há qualquer alusão objetiva aos fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, tão somente uma menção genérica de uma “situação dramática” decorrente de “deficiências das ações e serviços de saúde do município do Rio de Janeiro”. Expõe-se excerto do voto (Peça 52, p. 34-35).

[...] ao examinar o ato presidencial ora impugnado, nele não vejo nenhuma alusão precisa aos motivos (de fato ou de direito) que foram determinantes na prática do ato de requisição dos hospitais municipais.

O ato não faz alusão a nenhum fato ou circunstância, comportamento, ato jurídico praticado pelo município do Rio de Janeiro que tenha conduzido o presidente da República a editar o decreto. Ao que tudo indica, nem mesmo uma singela exposição de motivos da autoridade subordinada informou a tomada de decisão do Excelentíssimo Senhor Chefe de Estado, documento ao qual S. Exa. poderia remeter como indicativo dos motivos que o estariam levando à prática do ato ora impugnado. [...]

77. Além de não expor os fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, o Decreto 5.392/2005 não estabelece prazo de vigência ou a atrela a circunstâncias que possam ser objetivamente verificadas. De acordo com o relator do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52, p. 35-36):

[...] Entendo, por outro lado, que o ato presidencial é também parcialmente irregular quanto a outro elemento essencial do ato administrativo: a finalidade.

De fato, examinando-se o ato atacado, percebe-se num de seus *considerando*, que as medidas tomadas têm como finalidade precípua atender as ‘necessidades de ações para atendimento emergencial na área da saúde’ do Rio de Janeiro.

Sem dúvida, a finalidade é absolutamente legítima. Mas por quanto tempo? Qual o período de duração das medidas, que são por natureza de caráter excepcional?

O decreto, em seu art. 2º, diz o seguinte: ‘enquanto durar o estado de calamidade referido no art. 1º [...]’.

Ora, pela própria natureza excepcional da medida, consistente em requisição de bens integrantes do patrimônio de uma entidade política, seria imperioso que o ato presidencial estipulasse de maneira explícita não apenas a finalidade a que se destinam os bens requisitados, como está dito no decreto, mas também o prazo de duração da requisição.

Noutras palavras, seria imperioso externar não apenas a finalidade do ato praticado, mas também o lapso de tempo dentro do qual se estima que essa finalidade possa ser atingida. [...]

78. Além dos vícios de motivação e de finalidade na sua essência, essa modalidade de contratação tem gerado prejuízos no desempenho dos serviços assistenciais prestados pelo HFL, segundo seus gestores. Por ser uma contratação temporária, ela tem prazo certo para término, que no caso do HFL é de apenas seis meses (art. 4º, inciso I, da Lei 8.745/1993), podendo se prorrogar por até dois anos (art. 4º, parágrafo único, inciso VI, da Lei 8.745/1993). Isso implica que a cada nova contratação, cria-se uma necessidade de treinamento e adaptação concomitante de uma parcela significativa de profissionais do hospital.

79. Ademais, é relatado que, uma vez que a contratação se dá por vínculo precário, os colaboradores, com a aproximação do término da contratação, apresentam queda de desempenho pela ansiedade gerada pelo risco de desemprego e pela incerteza de ser novamente selecionado no novo processo de contratação ou de buscar emprego em outra instituição.

80. Ressalta-se que, em mais de uma entrevista com a chefia de enfermagem do HFL, foi pontuado que a rotatividade semestral ou anual de profissionais temporários impede a criação de vínculo com o hospital, em que pese muitos profissionais serem recontratados ao longo do tempo, alguns com mais de uma década na instituição. Segundo ela, o hospital investe em treinamento sem tempo hábil para aproveitar o aumento da qualidade e produtividade do profissional, e mudança constante provoca o esgotamento dos estatutários que ensinam a rotina da instituição aos novos contratados.

81. Os gestores do HFL também mencionaram que o processo de contratação de temporários não tem sido alinhado aos objetivos do hospital. Muitos profissionais selecionados, embora tenham experiência profissional prévia, não o tem na área em que o hospital precisa. Algumas vezes isso ocorreu até mesmo de forma grosseira. Citaram, por exemplo, que na última seleção (6º certame), foram alocados doze odontólogos, que não foram solicitados e não eram prioridade na unidade.

82. Relatam que o MS nunca atendeu plenamente as necessidades de servidores temporários tanto em termos quantitativo, quanto nas especialidades dos profissionais que atuam na instituição. Essa situação realmente tem potencial impacto na unidade dada a proporção dessa força de trabalho perante todo efetivo. No caso específico do HFL, atualmente, eles são 37% dos servidores que realizam a atividade assistencial e de apoio assistencial à saúde.

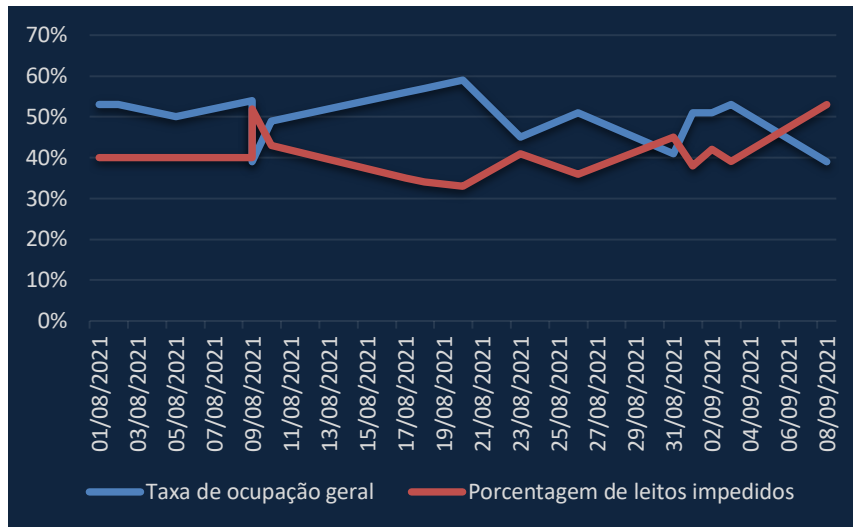
83. Esta falta de sintonia entre o que o hospital afirma ser sua carência e o que o Ministério da Saúde disponibiliza em termos de CTUs está evidenciada nos documentos encaminhados para a equipe de auditoria, apesar de não haver registros nos processos administrativos de qualquer limitação orçamentária ou necessidades de diminuição das vagas solicitadas manifestada por parte do MS ou Ministério da Economia (ME).

84. Ao compulsar os expedientes requisitados para o HFL, observou-se que, em 2018, foi solicitado 151 temporários, para vários cargos; em 2019, o pedido foi de 360 CTUs; e, em 2021, a planilha a ser encaminhada aponta para a necessidade de 613 temporários. Uma possível resposta para o aumento nas solicitações, decorreria das aposentadorias, mas elas não transcorreram na mesma proporção, pois de 2018 a 2019, ocorreram 85 aposentadorias; e, de 2019 até início de outubro/2021, ocorreram também 85 aposentadorias. Mais detalhes sobre os problemas relacionados à seleção de CTUs podem ser acessados na análise específica produzida pela equipe de auditoria (peça 58).

Efeitos da carência de pessoal no HFL

85. A equipe de fiscalização acompanhou o censo hospitalar, por meio da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (Subpav), no período entre 1/8 e 8/9/2021.

Gráfico 2 – Evolução dos leitos impedidos no HFL em agosto de 2021.

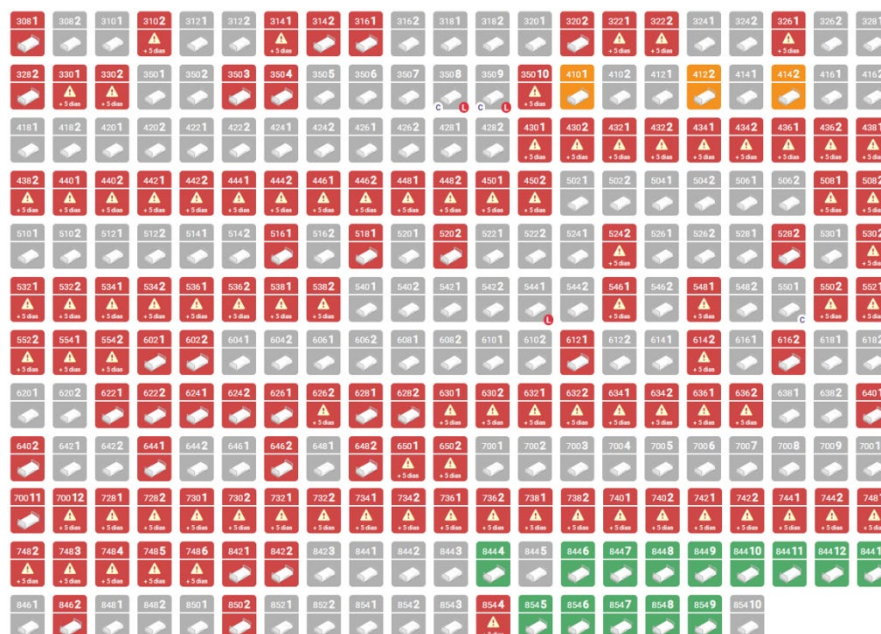


Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

86. Observou-se alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do HFL, tendo como principais justificativas a carência de enfermeiros e de médicos, responsáveis por aproximadamente 82% dos leitos impedidos. O restante é resultante de isolamento dos leitos e obras de manutenção. Acrescenta-se, ainda, que ao analisar a distribuição dos leitos impedidos entre os dias 31/8/21 e 3/9/21, observou-se que a insuficiência de enfermeiros foi responsável por 61% a 68% dos impedimentos e a carência de médicos responsável por 14% a 21%. Destaca-se, também, a baixa taxa de ocupação geral do hospital, não passando no período a taxa de 60%.

87. Assim, há relevante desperdício de recursos físicos no hospital. Tal conclusão fica ainda mais didática quando se depara com o quadro corriqueiro de impedimentos de leitos no censo hospitalar virtual, com grande quantidade de figuras em vermelho, representando os leitos impedidos do HFL. Este fenômeno também está sendo apurado pelo TCU nos demais hospitais federais (TC 020.437/2020-0).

Figura 6 – Representação do censo dos 249 leitos do HFL no dia 17/11/2021.



Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

Proposta de encaminhamento

88. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

89. Com base no Guia prático de análise *ex post* de avaliação de políticas públicas, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL com o seguinte objetivo:

- a) definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede (decorrente do achado a ser exposto no capítulo 3.2 deste relatório); e
- b) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:
 - b.1) flexibilidade no recrutamento de pessoas;
 - b.2) a especialização do corpo técnico; e
 - b.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão.

Capítulo 3.2 - Disfunções no processo de entrada da demanda no HFL

90. Existem dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. O perfil assistencial do hospital não é bem delimitado. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, conseqüentemente, não direciona ou controla as ações assistenciais para satisfação do seu usuário (potencial e real).

Descrição da situação encontrada

Critério

91. As principais referências utilizadas como critério nesse capítulo são as diretrizes insculpidas na Política Nacional de Regulação do SUS (Anexo XXVI, Capítulo I, Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); a Portaria S/Subgeral nº 6/2015, que define regras para oferta, utilização e regulação dos procedimentos ambulatoriais no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro/RJ; o documento descritivo que vigorou até fevereiro de 2020 entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, datado de 1º/2/2018; e o termo de pactuação de metas em vigor acordado entre o HFL e a SEMS/RJ, datado de 19/3/2021.

Disfunções mencionadas pela regulação estadual e municipal

92. O HFL recebe demandas assistenciais tanto do complexo regulador do estado do Rio de Janeiro/RJ como de sua capital. No município do Rio de Janeiro/RJ, a regulação utiliza o sistema SIS-REG (Sistema Nacional de Regulação) para processar as demandas ambulatoriais de baixa e média complexidades (clínico ou cirurgias eletivas), que abrangem o universo de 178 unidades executantes; 358 unidades solicitantes; 92 municípios em 265 CNES solicitantes. Já o estado utiliza o sistema SER, onde são registrados todos os pedidos de internação, e executa a regulação das demandas de alta complexidade.

93. No âmbito da execução deste trabalho, foram realizadas oficinas virtuais junto às equipes do Complexo Regulador do estado do Rio de Janeiro, do Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro/RJ e do Núcleo Interno de Regulação do HFL para mapear o processo de regulação da oferta de vagas ambulatoriais e de internação para o HFL e identificar suas eventuais distorções no acesso dos pacientes (peça 60). Abaixo serão descritos os principais gargalos reportados especialmente pelas equipes dos complexos reguladores.

Acesso às vagas ambulatoriais

Quadro 10 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas ambulatoriais do HFL.

OFERTA de VAGAS		AGENDAMENTO do PACIENTE	ACESSO EFETIVO
Quantidade	Qualidade		
<p>Baixa disponibilidade de vagas</p> <p>Oferta irregular na quantidade de vagas</p>	<p>Oferta incompatível com as necessidades da população</p> <p>Ausência de oferta de procedimentos para os quais é habilitado</p> <p>Critérios de inclusão do paciente desconexos com a capacidade instalada da unidade</p>	<p>Liberação das agendas muito próximo do início da vigência</p>	<p>Existência elevada de faltas e ociosidade</p> <p>Listas de espera de pacientes regulados para realização de cirurgias</p>

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

Problemas na oferta de vagas do HFL

94. Ambas as equipes de regulação, do estado e da capital, reportaram problemas relacionados à oferta de vagas ambulatoriais no HFL, tanto quantitativa como qualitativamente. Essa expectativa frustrada dos reguladores se deve especialmente ao histórico de ofertas de vagas disponibilizadas pelo hospital e a sua estrutura e capacidade de prestação de serviços, que o habilita para acolher diferentes tipos de demandas ambulatoriais: consultas, exames e procedimentos.

95. Esse mapeamento histórico das ofertas do HFL também revela uma falta de regularidade no tipo de serviço que pode ser disponibilizado para a rede, causando prejuízos para a programação do acesso às vagas para os pacientes.

96. Tanto a regulação municipal quanto a estadual apresentaram exemplos e evidências da falta de regularidade na quantidade de vagas ofertadas nas diferentes especialidades. A regulação da capital apresentou diversos *prints* do Sisreg (peça 68) demonstrando essa carência e irregularidade de vagas desde 2017 nas mais diferentes especialidades. De maneira similar, a regulação estadual enviou *prints* do Sistema Estadual de Regulação – SER (peça 61) de janeiro a novembro de 2021 expondo o mesmo problema relatado pelo município.

97. Por exemplo, observou-se que, embora o HFL seja habilitado em cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista, as vagas ofertadas nessa seara foram apenas para implante de marcapasso – 52 vagas entre janeiro e outubro, com média de 5,2 vagas/mês. Nesse mesmo período, em ortopedia e traumatologia, não houve oferta de vagas para cirurgias de quadril. Em julho e agosto deste ano, foram ofertadas apenas três e sete vagas, respectivamente, para Arteriografia Periférica. Na especialidade de neurocirurgia, não houve oferta de vagas entre janeiro e junho de 2021.

98. Em que pese esse contexto, não se pode deixar de destacar que existem pelo menos dois fatores que prejudicaram essa oferta por parte da unidade auditada, especialmente nos últimos dois anos: a pandemia provocada pela Covid-19 e os problemas relacionados à parte de pessoal (relatados na seção 3.1 deste relatório). Em 27/8/21, por exemplo, o Diretor do HFL, em virtude do recrudescimento da pandemia de Covid-19, determinou (peça 97) a suspensão temporária dos atendimentos de “primeira vez” e redução de 50% dos atendimentos ambulatoriais. A situação se normalizou no final do mês de setembro de 2021, quando a oferta de vagas ambulatoriais voltaria a ser disponibilizada em outubro.

99. Vale destacar, de forma especial, a menção dos reguladores à configuração restritiva que o hospital estabelece como condição de acesso a algumas especialidades. Eles alegam que em algumas situações os critérios de inclusão dos pacientes são desconexos com a capacidade instalada da unidade.

100. Outro aspecto importante é que esse baixo nível de ofertas de vagas por parte do HFL contrasta com uma alta demanda na rede. Assim, essa limitação no acesso às vagas tem como efeito o crescimento das filas e, de uma forma geral, uma piora na entrega de valor para o restabelecimento da saúde da população. O gerenciamento da fila é responsabilidade dos complexos reguladores. Diante disso, os gestores trouxeram mais uma preocupação em decorrência disso, o baixo percentual de oferta de vagas para a regulação em comparação ao total de produção realizado pelo HFL e, conseqüentemente, a falta de transparência na gestão das vagas de retorno dos pacientes já acolhidos pelo hospital.

101. A Regulação municipal descreve como evidência um estudo comparativo (gráfico ao lado) entre oferta de vagas no Sisreg e produção registrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de janeiro a julho de 2021. Na análise, observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Ao levantar a produção do HFL no SIA de janeiro a julho de 2021, no total de produção apresentada (209.417 procedimentos), 53.893 foram consultas médicas.



102. Dessa forma, menos de 10% do total de produção de consultas que aparecem como produção no SIA foram ofertadas para o Sisreg como reserva, não de consulta de 1ª vez. Isso contraria o parâmetro que existia de pelo menos 15% desse indicador, na cláusula 9, item 1 do quadro 3, do contrato de 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro-RJ (SMS Rio).

103. Esses cerca de 92% de registros são, em tese, referentes às consultas de retorno, as quais não são reguladas pelos entes subnacionais. Os reguladores também destacaram que não conseguem visualizar nos sistemas disponíveis o itinerário dos pacientes após a consulta inicial no hospital.

Problemas no agendamento das vagas do HFL

104. Reguladores do estado e da capital revelaram problemas na liberação do agendamento de vagas ambulatoriais por parte do HFL. Foi demonstrado que a sinalização positiva para marcação vem ocorrendo em datas muito próximas do início da vigência da agenda, prejudicando, ou, até mesmo, inviabilizando o comparecimento dos pacientes nos primeiros dias disponibilizados. Segundo os gestores da regulação da capital, há uma pactuação entre as partes a fim de que a agenda seja disponibilizada com antecedência de sessenta dias até o efetivo acesso do paciente.

105. Foram encaminhados diversos exemplos em diferentes especialidades da intempestividade mencionada (peças 62 e 68). Abaixo, ilustração prática sobre o problema. O exemplo demonstra a agenda programada para o dia 1/7/21 para início no dia seguinte, dificultando o uso das vagas na primeira semana da vigência da escala.

Figura 7 – Exemplo de liberação de agenda por parte do HFL com pouca antecedência.

HISTÓRICO DE ALTERAÇÃO DE ESCALAS												
Código Horário	Unidade	Profissional	Procedimento	Dia								
7813087	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	[REDACTED]	CONSULTA CIRURGIA VASCULAR - TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA NÃO ESTÉTICA	QUT								

Nº	Operação	Data / Hora	Operador	Hora da Escala	1ª vez - min	Retorno - min	Reserva - min	CBO	Quebra Automática	Vigência	Agenda	Status da Escala	Observação
1	Registro Incluído	01/07/2021 05:58:07	COORDENADORHFL	13:10:00 - 13:45:00	0 / 0	0 / 0	3 / 0	MEDICO CIRURGIADO VASCULAR	NÃO	02.07.2021 a 31.08.2021	Nao Local	Inativo	Ver Obs.

Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro-RJ.

106. Isso se deve ao fato de que há pacientes que moram no interior do estado e, portanto, precisam se programar para se deslocar até o HFL. Além disso, o processo de marcação da visita é feito pela unidade solicitante, que precisa ficar atenta à liberação da agenda no sistema para, em seguida, tentar obter contato com o paciente para informá-lo sobre a data e o horário de comparecimento no hospital. Muitas vezes, esse processo não é rápido.

Problemas no acesso efetivo do paciente ao HFL

107. A questão abordada anteriormente, pouca antecedência na liberação das agendas, foi apontada pelos reguladores como um importante fator que colabora para o elevado índice de vagas disponibilizadas, mas não agendadas no HFL. Na planilha disponibilizada pela central de regulação municipal (peça 69), observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Desse total, 3.812 foram marcadas, e ficaram 701 sem agendamento, ou seja, cerca de 16 % do total de vagas ofertadas (gráfico ao lado).



108. Segundo os reguladores municipais, a ausência de marcação assinalada também pode ocorrer pela falta de demanda para as vagas ofertadas. Esse é um outro importante entrave para o acesso efetivo do paciente aos serviços prestados pelo HFL. Nessa situação, ocorre ociosidade e desperdício de recursos. Essa é mais uma sinalização de falta de flexibilização da vocação do hospital em direção às verdadeiras demandas epidemiológicas da rede ao qual se insere.

109. Seguem abaixo, números desse fenômeno nas especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Quadro 11 – Especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Especialidades	Total de Oferta Real 1ª VEZ (RESERVA)	Total Marcados	Total de vagas não agendadas
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL - ESOFAGO	31	8	23
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - ORELHA	54	15	39
CONSULTA EM NEUROLOGIA - ESCLEROSE MULTIPLA	178	14	164
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA CIRURGICA	397	253	144



Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro/RJ.

110. Finalmente, cabe ressaltar a histórica existência de uma grande fila de espera interna para cirurgias no HFL. São designadas como internas, pois são compostas de pacientes que tiveram sua demanda processada pelo complexo regulador e já foram acolhidos inicialmente pelo hospital, mas não realizaram a cirurgia do qual necessitam.

Quadro 12 – Situação, em 4/10/21, da fila interna de pacientes no HFL aguardando cirurgia.

Contagem de Nome	Rótulos de Coluna									
Rótulos de Linha	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total Geral	
CIRURGIA CARDÍACA								1	1	
CIRURGIA COLOPROCTOLOGIA						1	1	22	24	
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO						2		9	11	
CIRURGIA GERAL						43	34	47	124	
CIRURGIA GINECOLÓGICA					14	75	14	11	114	
CIRURGIA OFTALMOLÓGICA				2	2	13	75	51	143	
CIRURGIA ONCOLÓGICA								1	1	
CIRURGIA ORTOPÉDICA		6	10	15	21	17	103	61	113	346
CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA				2	5	54	36	50	147	
CIRURGIA PEDIÁTRICA							29	29	58	
CIRURGIA PLÁSTICA					5	64	49	79	197	
CIRURGIA TORÁCICA							2	19	21	
CIRURGIA UROLÓGICA						5	9	61	75	
CIRURGIA VASCULAR				3		34	23	73	133	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA								1	1	
MASTOLOGIA						2	6	25	33	
NEUROCIURGIA				1	3	63	15	38	120	
Total Geral	6	10	15	29	46	459	354	630	1549	

Fonte: HFL.

111. O registro mais antigo desta fila interna que a equipe de auditoria obteve acesso é de 14/3/2019, em que o número de pacientes aguardando cirurgia era de 1.754, citada no relatório do Pro-adi-SUS “Lean no Centro Cirúrgico” (peça 32, slide 10). Ou seja, é um fenômeno que existe antes de a pandemia por covid-19 impactar o atendimento dos hospitais.

112. A resolução desta fila é uma preocupação da equipe da SEMS/RJ, uma vez que estabeleceu como meta no Termo de Pactuação (peça 19) o atendimento dos pacientes que aguardam para realizar essas cirurgias. A seguir, expõe-se o quadro atual da situação, em 4/10/2021. Chama atenção o fato de ainda existirem cerca de cem pacientes aguardando atendimento por parte do HFL desde os anos 2014 /2018, mesmo tendo sido já enviados pelos complexos reguladores e acolhidos na unidade.

Acesso às vagas de internação

Quadro 13 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas de internação do HFL.

Quantidade		Qualidade	
Baixa oferta de leitos	Indisponibilidade dos leitos vagos na unidade	Perfil da unidade pouco flexível para recebimento de pacientes	Triagem de casos
Cancelamento de oferta de vagas		Ausência de oferta de leitos para os quais é habilitado	Leitos registrados no CNES não representam a realidade de vagas ofertadas

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

113. Na Plataforma SMS Rio (SMS Rio - Censo Hospitalar Público), o hospital tem seu perfil cadastrado, com informações sobre as especialidades, horários e condições dos pacientes que ele pode receber. Assim, os complexos reguladores estadual e municipal podem consultar, em tempo real, a situação de cada leito de todas as unidades cadastradas por meio de uma representação visual, semelhante um sistema de reservas, conforme demonstrado na figura 6 (capítulo 3.1 deste relatório).

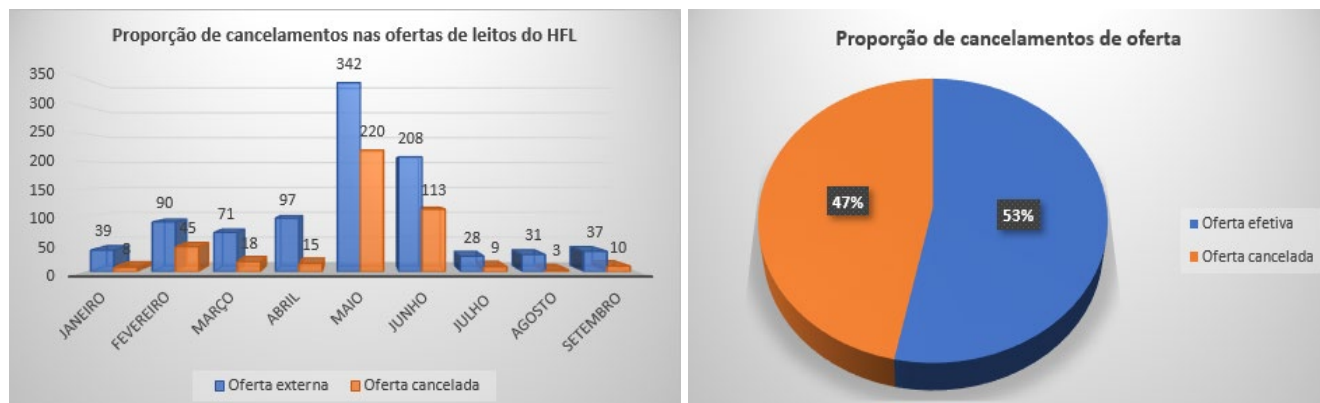
114. O Núcleo Interno de Regulação do hospital realiza diariamente o censo de seus leitos internamente. Nesta atividade, são alocados os pacientes que já estão no HFL. Caso haja algum leito cuja capacidade operacional esteja disponível, ele é liberado pela direção e ofertado na Plataforma SMS RIO. Com essa liberação, eles são ocupados por pacientes dentro do perfil indicado para a vaga. Caso sejam identificados leitos vagos há mais de 3 horas no referido sistema, excetuando-se leitos especializados, a Plataforma oferta o leito automaticamente para a regulação ocupá-lo com pacientes em espera. Apesar disso, todo o processo de solicitação da vaga é feito por meio do sistema SER.

Problemas na quantidade de oferta de leitos

115. De acordo com as equipes de regulação estadual e municipal a oferta de leitos espontânea, por parte do HFL, é “ínfima” ou “praticamente nula”. O acesso aos leitos é fruto de uma busca ativa por parte dos profissionais da regulação.

116. Grande parte da oferta de leitos que surgem no sistema é cancelada a pedido do HFL. Segundo a extração de dados da Plataforma SMS Rio, realizada pela equipe da regulação da capital carioca, foram canceladas 47% das vagas que surgiram após o censo diário feito pelo HFL, de janeiro a setembro de 2021.

Gráfico 3 – Cancelamentos de vagas para leitos do HFL de janeiro a setembro de 2021.



Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro/RJ.

117. O maior volume de ofertas, especialmente de maio a junho de 2021, deve-se à abertura de leitos para tratamento de pacientes acometidos pelo Covid-19 no HFL, viabilizado por contratação de profissionais de saúde via convênio com o estado do Rio de Janeiro.

Problemas na oferta qualificada de leitos

118. As equipes de regulação estadual e municipal também mencionaram que o hospital seleciona com rigor os casos que quer internar, mediante avaliação prévia da condição dos candidatos. O sistema SER permite a inserção de informações sobre a situação de saúde do paciente, relatório clínico, resultado de exames, inclusive de imagem, o que agiliza a definição do hospital que tem capacidade instalada para o atendimento. Permite, ainda, a manifestação da unidade hospitalar quanto à negativa de recebimento do paciente por falta de material, leito ou especialistas. Todas as ações ficam registradas no sistema.

119. Apesar da capacidade instalada e de todo corpo de profissionais disponíveis no HFL, o perfil da unidade informado na Plataforma SMS Rio relata que o hospital não pode receber, por exemplo, pacientes com traqueostomia, gastrotomia ou com úlceras por pressão.

120. Foi reportado que, além de haver alta restrição na admissão dos pacientes, o hospital costuma demorar na avaliação e, conseqüentemente, na resposta às demandas dos complexos reguladores por vagas de internação.

Pouca flexibilidade para atender à demanda – causas raízes

121. Apesar das dificuldades enfrentadas pelo HFL especialmente na área de pessoal, abordadas no capítulo 3.1 deste relatório, com base em tudo o que foi exposto nesta seção é notável uma baixa sensibilidade institucional do HFL em adaptar sua oferta de serviços assistenciais de saúde aos serviços com maior demanda e de baixa oferta na rede assistencial.

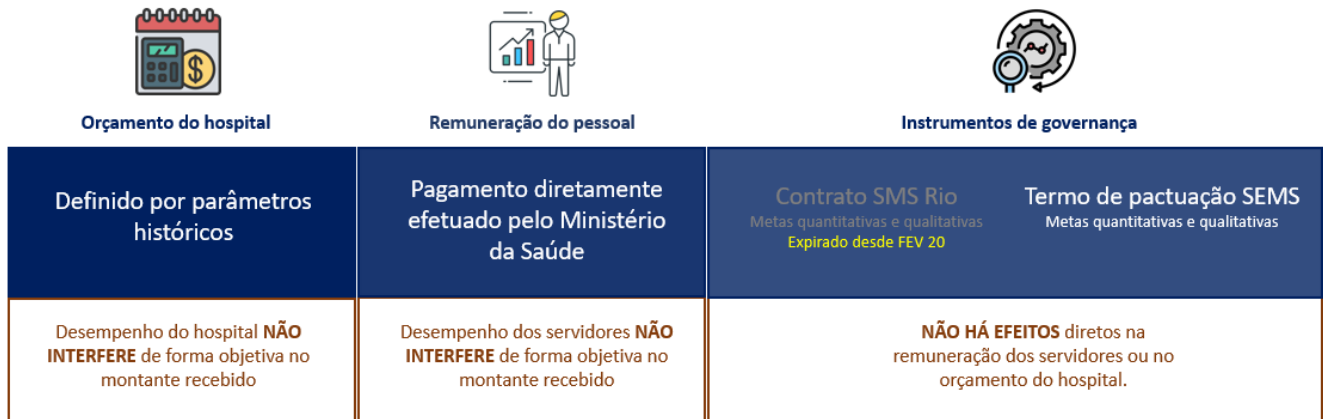
122. Ao analisar todo arcabouço de suporte de recursos e de governança que envolve o hospital (ver figura 8 adiante), percebe-se que esse comportamento é resultado das regras de funcionamento do sistema em que se inserem essas instituições hospitalares diretamente geridas pelo poder público.

123. Diversos fatores contribuem para essa baixa sensibilidade em mudar a oferta em função das principais demandas da rede. A primeira delas é a forma como se dá as regras de orçamentação do HFL e das demais unidades hospitalares diretamente geridas pela Administração Pública.

124. O HFL, por ser parte da Administração Direta da União, isto é, um órgão do Ministério da Saúde, ele possui orçamento previsto em lei, o qual é definido pelo processo orçamentário ordinário, em

que o Poder Executivo faz a proposta orçamentária, que é apreciada, aprovada ou alterada pelo Legislativo.

Figura 8 – Potenciais incentivos para o HFL ajustar oferta à demanda de serviços.



Fonte: elaboração própria com base nas informações levantadas na construção da visão geral do objeto.
Ícones fornecidos por Flaticon.com.

125. Os valores atribuídos aos órgãos da administração direta, inclusive o HFL, decorrem da discricionariedade dos agentes no ciclo orçamentário, que tem liberdade de definir os valores dentro da realidade orçamentária. O que se percebe é que o valor é definido a partir de uma referência de valor histórico somada a uma correção, de forma que, a cada ano, o valor nominal previsto é levemente aumentado em relação ao ano anterior (referência ao quadro com valores orçamentários de 2016 em diante). Cabe registrar que o orçamento referente a salários é atribuído à parte do orçamento da unidade, compondo diretamente o orçamento salarial do Ministério da Saúde.

126. Assim, não há qualquer regra que crie uma correlação no processo de orçamentação da unidade com sua produção ou sua capacidade de atender às demandas da rede de assistência em que o HFL se insere. Com efeito, a unidade não sofrerá qualquer consequência financeira caso decida ignorar as principais demandas apresentadas pelos complexos reguladores. Dessa forma, não há incentivos a que a unidade se adapte às demandas da rede.

127. Sobre a baixa oferta de leitos para regulação de pacientes, os gestores ofereceram comentários destacando que tais pacientes costumam ocupar de forma indefinida o leito hospitalar devido à dificuldade na contrarreferência de pacientes. Esse seria, segundo os comentários, um dos grandes motivos para essa baixa susceptibilidade à recepção de pacientes que precisam um leito. Depreende-se dos comentários que pacientes que já ocupam um leito em outro hospital e solicitam transferência para o HFL são pacientes geralmente de perfil crônico e que dificilmente terão uma alta segura sem a devida contrarreferência. Resultando, portanto, em um aumento no tempo médio de permanência de pacientes clínicos e uma redução da eficiência da unidade, além de prejudicar os pacientes originários do HFL, segundo seus gestores (peça 120, p. 4 e peças 121 e 123).

128. É importante mencionar que, do ponto de vista estratégico, não deve ser diretamente o HFL a entidade a acompanhar quais os principais vazios assistências hospitalares da rede, mas, sim, a SEMS/RJ. De acordo com o Decreto 9.795/2019, compete à essa Superintendência Estadual (destaques inseridos):

Art. 14-A. À Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro compete: **(Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)**

I - coordenar, monitorar, avaliar e definir as diretrizes de atuação dos hospitais federais no Estado do Rio de Janeiro; (Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)

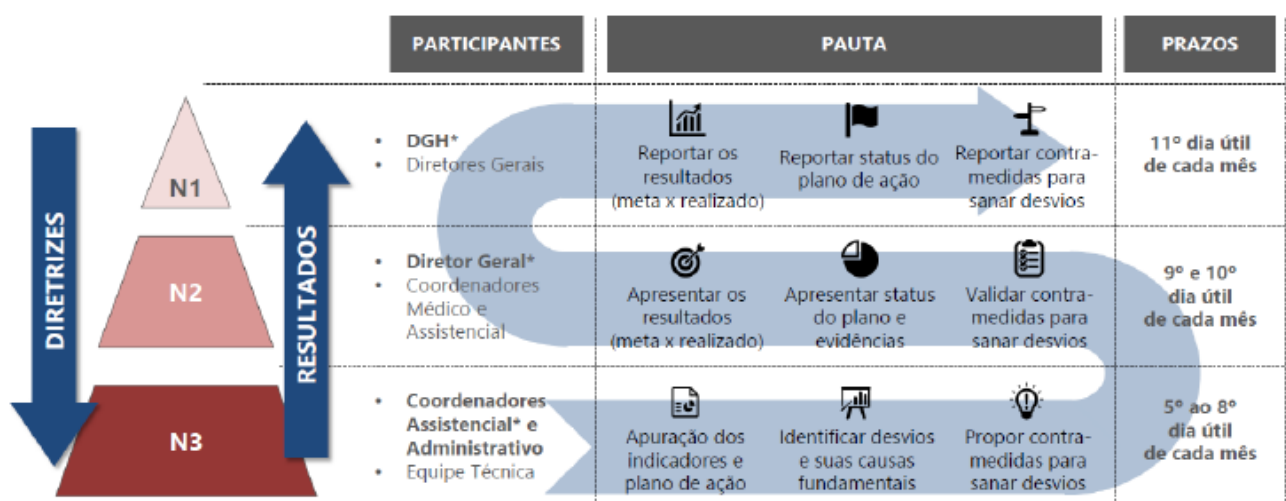
II - articular as ações de implementação das políticas de saúde nos hospitais federais com os demais serviços de saúde localizados no Estado do Rio de Janeiro, com vistas ao planejamento, ao fortalecimento e à qualificação das ações para a prestação dos serviços de saúde;

129. Desse modo, seria esperado que a SEMS/RJ se articulasse de forma dinâmica ao longo do tempo com os complexos reguladores municipal e estadual a fim de se buscar identificar os vazios assistenciais hospitalares capazes de serem supridos pelas unidades federais e, a partir disso, definisse ofertas de serviços prioritários para cada unidade hospitalar, inclusive o HFL.

130. Uma organização de serviços partindo da Superintendência poderia trazer sinergia à rede, pois poder-se-ia definir uma atuação complementar entre cada uma das unidades federais, evitando-se sobreposições de oferta e fragmentação de serviços. Essa visão estratégica conjunta dos hospitais federais foi defendida pelo ex-coordenador do projeto “Lean nas Emergências”, após trabalho executado nesses hospitais em agosto de 2020 (peça 31).

131. Recentemente, trabalho desenvolvido pela equipe de consultores do Proadi-SUS em 2020 (peça 28), fez um amplo diagnóstico sobre o desempenho operacional dos hospitais federais e propôs à SEMS/RJ (antigo DGH) e ao Ministério da Saúde uma estrutura para governança de resultados dessas unidades, com base no controle de vinte indicadores. Abaixo, registra-se a sistemática de controle sugerida pela equipe de consultores.

Figura 9 – Proposta do Proadi-SUS para estrutura de governança de resultados nos hospitais federais



* Donos das reuniões

Fonte: Caderno de Governança de Resultados elaborado em 2020 pelo Proadi-SUS.

132. Apesar disso, o trabalho de consultoria foi interrompido devido à pandemia provocada pelo Covid-19.

133. Atualmente, existe um contrato em vigor envolvendo o hospital em tela: Termo de Pactuação de Metas assinado entre a SEMS/RJ e o HFL em 19/3/2021. De acordo com as entrevistas realizadas e documentos coletados ao longo deste trabalho, este acordo não tem sido sistematicamente acompanhado pela SEMS/RJ, com esparsas conferências de algumas de suas metas estabelecidas em momentos pontuais.

134. Além disso, vale mencionar que foi esboçado um Documento Descritivo em 17/11/2020 para servir de parâmetro entre a SMS Rio de Janeiro/RJ e o HFL. No entanto, o documento não foi assinado entre as partes.

135. Ao analisar o conteúdo dos dois documentos mencionados acima, verificou-se que não há

previsão de quaisquer consequências financeiras tanto para o hospital como para seus servidores caso as metas estabelecidas não sejam atingidas à contento.

136. Finalmente, cabe mencionar que, no âmbito estadual, responsável pelas demandas de alta complexidade, não há instrumentos de pactuação de metas entre esta instância e o HFL. Para a gestora do complexo regulador estadual, a falta de contratualização prejudica a programação regular da oferta, e, por outro lado, prejudica o controle e monitoramento do que deveria ser pactuado, visto que não há um instrumento formal de programação. O hospital define sua oferta por decisão interna. Por outro lado, reforça o que já foi dito acima: o fato de o HFL ter orçamento próprio desmotiva o incremento na produção, visto que, independentemente do total apresentado, o recurso é regularmente disponibilizado.

Propostas de encaminhamento

137. Diante de tudo que foi exposto e na mesma linha de raciocínio exposto no capítulo 3.1 deste relatório, observou-se que há causas raízes que contribuem para o quadro atual. Desta forma, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

138. Com base no Guia prático de análise *ex post* de políticas públicas, no Referencial de controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL que leve em conta:

- a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;
- b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;
- c) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e
- d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.

139. Recomendar ao HFL que encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas.

Capítulo 3.3 - Oportunidades de melhoria na gestão da alta dos leitos clínicos

140. O tempo de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL estão acima dos parâmetros de boas práticas nacionais, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas operacionais já existentes na unidade.

Descrição da situação encontrada

Critério

141. O tempo de médio de permanência representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital. A fórmula utilizada para o cálculo mensal deste indicador é a exposta no esquema abaixo.

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes} - \text{dia no período}}{\text{N}^\circ \text{ saídas no período}}$$

142. Existem alguns parâmetros para se avaliar esse indicador. Serão destacados, a seguir, alguns importantes como critérios para análise. Segundo a Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28/9/2017, a faixa de variação recomendada para o tempo de permanência nas internações em leitos gerais é a descrita no quadro abaixo:

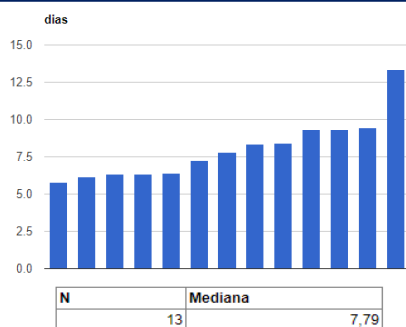
Quadro 14 – Parâmetros do Ministério da Saúde para tempo de permanência.

Tipo de leito	Tempo médio de permanência	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

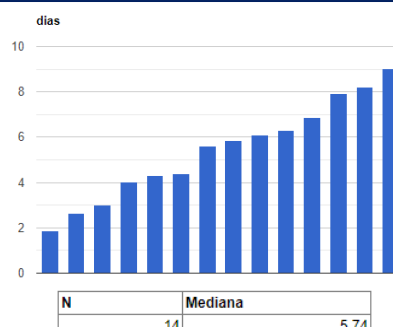
Fonte: Título IV, Capítulo II, Art. 102 a 106, Caderno I

143. Segundo o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, em julho de 2021 (dados mais recentes), considerando especificamente os hospitais públicos que aderiram ao programa e que possuem mais de 50 leitos, os parâmetros são os seguintes:

Média de permanência na clínica médica



Média de permanência na clínica cirúrgica



Acesso em 30/10/2021, em https://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php

144. Já de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, considerando hospitais de excelência no país, as referências para esse indicador são as seguintes (em dias):

2017	2018	2019	2020
4,27	4,13	4,04	4,59

Disponível em <https://www.anahp.com.br/dados-do-setor/>

145. Em relação à média de permanência para pacientes oncológicos, obtivemos acesso aos parâmetros do Instituto Nacional do Câncer. Os parâmetros são os seguintes:

2016	2017	2018	2019	2020
7,51	7,77	7,51	7,77	7,77

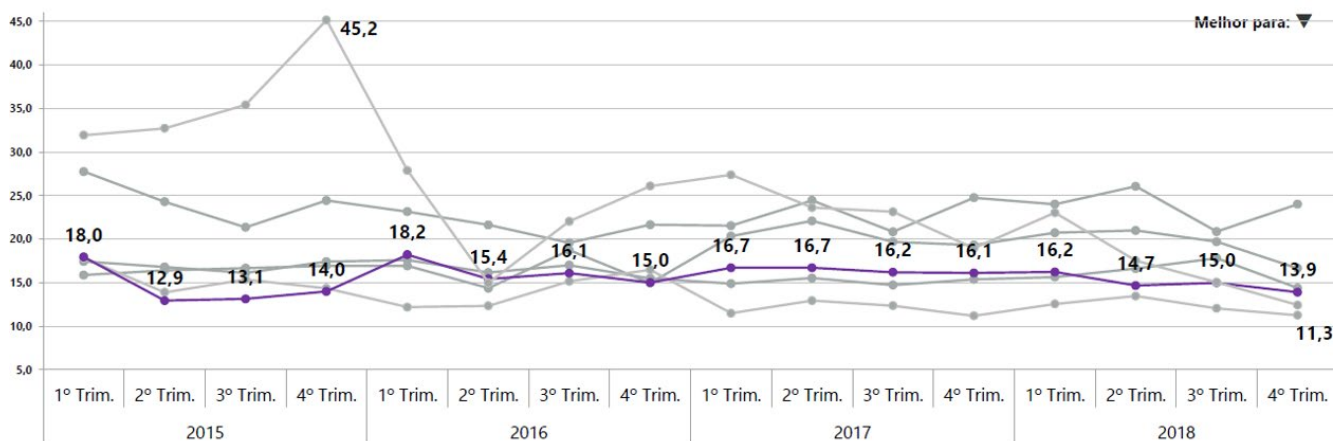
Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio_de_gestao_2020_digital.pdf

Dados sobre o HFL

146. Expostos os critérios, apresenta-se a partir de agora os dados sobre o HFL. Será dada maior ênfase às informações sobre internações clínicas, uma vez que os indicadores das internações cirúrgicas se aproximaram mais aos parâmetros de boas práticas.

147. Obteve-se acesso, por meio do Ministério da Saúde, ao relatório de consultoria (peça 30) do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – Proadi-SUS. Nesse documento, os consultores forneceram os resultados desse indicador de **2015 a 2018** no HFL (Figura 10 abaixo).

Figura 10 – Histórico do tempo médio de permanência em internações clínicas no HFL em comparação aos outros hospitais federais do Rio de Janeiro.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2019).

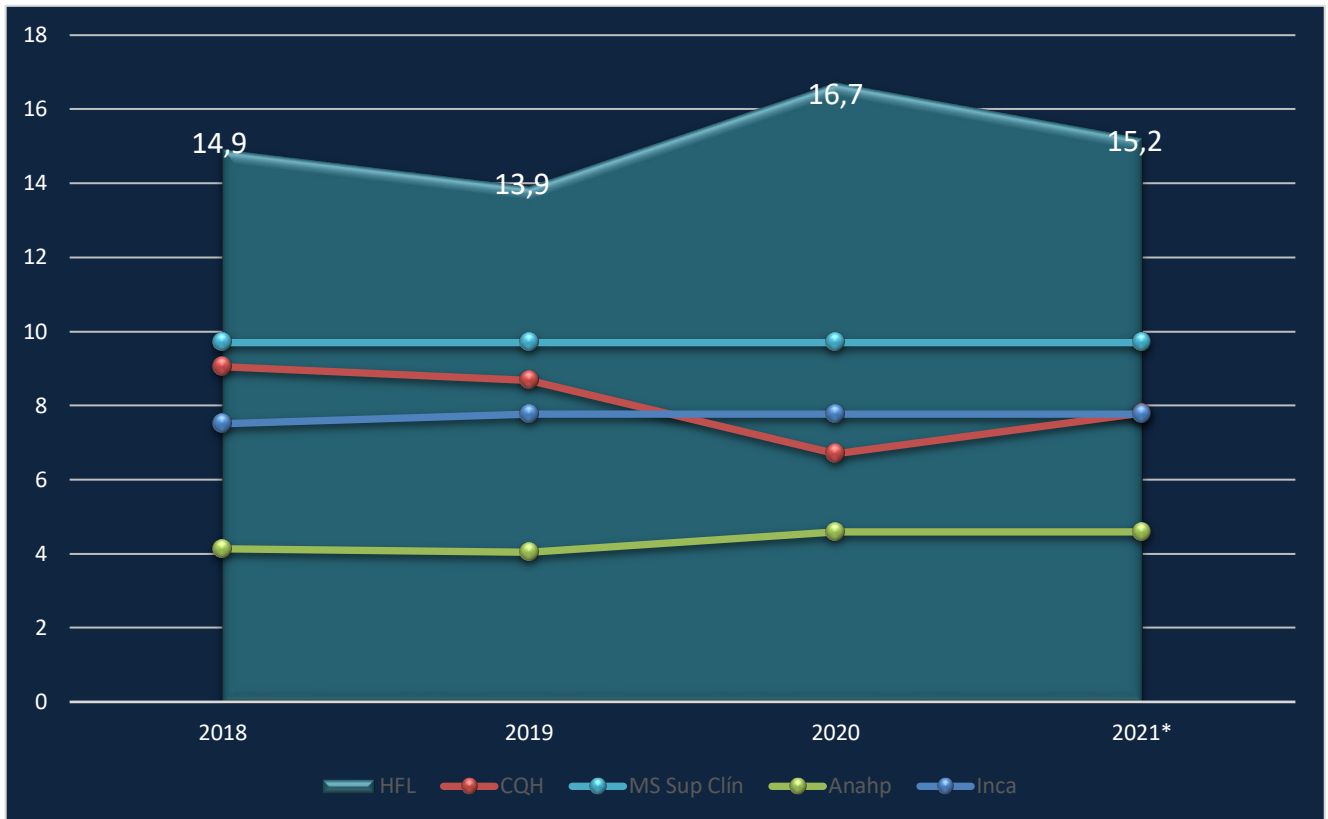
148. Os dados do HFL são os que aparecem na linha de cor roxa. As outras linhas em cinza referem-se aos outros hospitais federais do estado Rio de Janeiro.

149. Em 2020, nova consultoria Proadi-SUS (peça 31), dessa vez executada pela equipe do projeto Lean nas Emergências, apresentou informações sobre este mesmo indicador referente ao período de janeiro a dezembro de 2019, informando uma média de tempo de permanência no HFL em internações clínicas de 13,45 dias.

150. Os dados fornecidos pela equipe de Planejamento em Saúde do HFL mostram que o tempo de permanência nas internações clínicas nos anos mais recentes continuam acima dos parâmetros mencionados no início desta seção, conforme pode ser visto no gráfico abaixo.

UI Clínico Adulto	66
	Leitos UI Cirúrgicos
	92,5%
	Taxa de Ocupação
	13,45 d
	< 4,04 dias (Anahp)
	LOH, dias

Gráfico 4 – Tempo médio de permanência nas internações clínicas do HFL.



Fonte: Planejamento em saúde (HFL).

* Em 2021, dados do primeiro semestre no HFL.

Parâmetro de CQH foi o de julho de cada ano.

MS Sup Clín, representa o limite superior do parâmetro para pacientes acima de 60 anos em leitos clínicos.

Anahp e Inca ainda não têm parâmetros para 2021. Sendo assim, repetiu-se o valor de 2020.

Estudos de casos

151. Diante disso, a equipe de auditoria buscou compreender as causas desse desempenho analisando de forma mais detalhada as informações disponíveis em agosto e setembro de 2021. Dentre todos os pacientes que foram internados em leitos clínicos nesse período, foram selecionados quatro casos (quadro ao lado) em que o tempo de permanência foi elevado.

Nº prontuário	Tempo de internação
277595	27 dias
697105	22 dias
512706	23 dias
306790	41 dias

152. A equipe de auditoria examinou os prontuários desses pacientes em conjunto com a chefia de enfermagem do hospital e apresentou análise detalhada sobre os casos estudados (peça 79). Em todos os casos verifica-se a ocorrência de situação de saúde que contribuiu para o aumento do tempo de permanência. E, em três dos quatro casos, a situação social dos pacientes representou grande desafio para a equipe do hospital organizar a alta com segurança e responsabilidade, interferindo também no prolongamento da internação para além da questão clínica.

153. Algumas considerações adicionais podem ser feitas diante das análises dos prontuários. Verificou-se que os exames laboratoriais não tiveram atraso de uma forma geral, com exceção dos exames de anatomia patológica e citologia oncótica (este último no caso de um dos pacientes demorou seis dias). Exames de imagem, ecocardiograma e ultrassonografia foram executados no dia seguinte da marcação, com exceção das tomografias da paciente 512706, que demorou quatro dias entre a marcação e realização do exame, e mais dois dias para liberação dos laudos.

154. Os pareceres de especialistas foram feitos tempestivamente, com exceção do parecer da cirurgia geral, solicitado pela clínica médica para programação do procedimento de gastrostomia em um dos pacientes. Neste caso, a **demora foi de 34 dias**. Houve demora de três dias no retorno do parecer da ginecologia na avaliação de um dos pacientes. Segundo a chefia de enfermagem, o pedido de parecer é feito pelo E-SUS e o aluno residente da ginecologia é que tem acesso à solicitação. Em seguida, o estudante conversa com o chefe da clínica para viabilizar o posicionamento de um especialista. Isso acaba provocando essa demora. Percebeu-se na análise que a ginecologia e cirurgia geral demoraram mais tempo para retornar os pareceres solicitados. Há registro de solicitação de parecer da clínica médica para a dermatologia avaliar um dos pacientes, mas sem registro do retorno desta solicitação no prontuário.

155. Foi identificado que, em três dos quatro casos analisados, os pacientes apresentaram condições sociais e de saúde que colaboraram para o aumento do tempo de internação. No caso da paciente 697105, registrou-se empenho da equipe multiprofissional em organizar a alta, articulando com a família o retorno da paciente, visto que esta apresenta situação de saúde que exige apoio familiar, além da necessidade de uso de medicações controladas para analgesia em função do estado avançado do câncer.

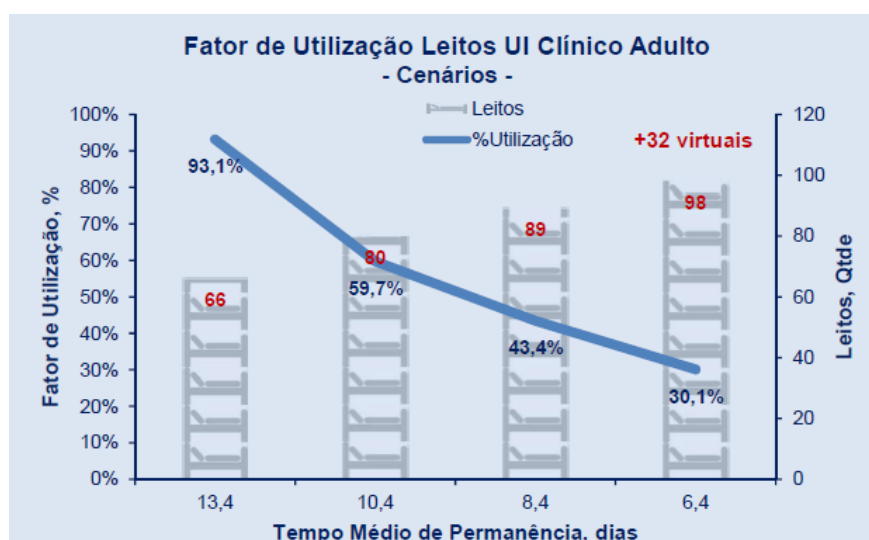
156. Com base nas entrevistas realizadas, especialmente com o núcleo interno de regulação do hospital - NIR e com a chefia de enfermagem, e nos estudos de casos efetuados, percebeu-se que não existe uma equipe específica no hospital especialmente voltada para a gestão da alta do paciente desde sua admissão. Além disso, não se percebeu uma atuação mais proativa do hospital junto às equipes de saúde na atenção primária para qualificar a transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

157. Em todos os casos verificou-se a importância e necessidade de uma rede de atenção estruturada e articulada no território, onde a atenção primária, juntamente com a média e alta complexidade tenham compromisso com a integralidade do cuidado do paciente, tenham fluxos estabelecidos, factíveis de serem cumpridos, que garantam a continuidade do cuidado de que necessita.

158. Finalmente, para reforçar esse entendimento, cabe destacar trecho que havia no contrato em vigor até fevereiro de 2020 (peça 95) entre o município do Rio de Janeiro/RJ e o HFL em seu subitem 5.7: “todos os usuários em condições de alta devem ser contrarreferenciados às suas respectivas Unidades de Atenção Primária ou ao Município de origem com resumo da história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente, alta e plano de acompanhamento.”

Efeitos

Gráfico 5 – Indicação do potencial ganho em eficiência com a queda no tempo médio de permanência.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2020), no projeto Lean nas Emergências no HFL.

159. O aumento do tempo de permanência reduz a eficiência do hospital e pode interferir negativamente na entrega de valor para a sociedade, especialmente quando as causas dessa demora na estada do paciente não se relacionam com esforços para melhores resultados assistenciais, configurando-se em desperdício de recursos e aumento desnecessário dos custos para o contribuinte.

160. No gráfico 5 acima, pode-se observar que a redução da média no tempo de permanência pode fazer com que os leitos estejam disponíveis para mais pacientes que estão na fila para serem atendidos. Uma queda de sete dias nesse indicador significava em 2019 um aumento virtual de 32 leitos, em um universo de 66 leitos operacionais disponíveis à época no HFL. Isso pode ocorrer sem qualquer investimento adicional em termos de infraestrutura.

Boas práticas na gestão da alta

161. No âmbito do projeto eficiência hospitalar, coordenado pelo TCU, obteve-se acesso à experiência do Grupo Hospitalar Conceição na utilização do escritório de gestão de altas, especialmente na transição do cuidado entre a atenção especializada de média e alta complexidade e a atenção primária à saúde.

162. Nesse escritório, liderado por um médico hospitalista, os objetivos principais são diminuir o tempo de internação hospitalar, aumentar a qualidade assistencial, monitorar reinternações não eletivas em trinta dias e garantir a transição segura pós-alta hospitalar, especialmente em pacientes de maior complexidade.

163. Os detalhes dessa experiência, suas peculiaridades e os resultados podem ser acessados em dois vídeos gravados no âmbito dos estudos de casos promovidos pelo projeto eficiência hospitalar. Seguem os links para acesso: <https://youtu.be/Hv33-FoEosc> e <https://youtu.be/Oq9sD0vFT5M>.

Proposta de encaminhamento

164. Diante de tudo que foi exposto, considerando-se especialmente os fatores que têm potencial de melhorar a gestão da alta segura hospitalar no HFL, cabe expor a proposta abaixo que deve ser apreciada pelos gestores da unidade auditada em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

165. Recomendar ao hospital estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa.

166. Além disso, no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres.

Capítulo 3.4 – Oportunidades de melhoria na produção cirúrgica e na gestão dos leitos cirúrgicos

168. O HFL apresenta uma taxa de cancelamento cirúrgico de aproximadamente 18%, o que significa que, aproximadamente, uma em cada seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a média internacional (Observatório Anahp 2021, p. 31 – peça 106), especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

Descrição da situação encontrada

Critério

169. Não se tem um critério formalizado para cancelamentos cirúrgicos no Brasil. Nada obstante, é incontroverso que o desempenho hospitalar será tão melhor quanto menor for a taxa de cancelamentos cirúrgicos, especialmente em se tratando de hospitais que realizam apenas cirurgias eletivas, como é o caso do HFL.

170. De acordo com a Anahp, publicação anual Observatório 2021, estudos internacionais indicam que se poderia assumir, em condições normais, uma taxa média de cirurgias eletivas em torno de 8% (p. 31), o que se traduz em aproximadamente um cancelamento a cada doze cirurgias.

171. O HFL identifica seus cancelamentos cirúrgicos como “suspensão” cirúrgica, que neste relatório será tratado como sinônimo de “cancelamento”.

Taxa de cancelamento cirúrgico no HFL

172. A taxa de cancelamento cirúrgico observada no HFL foi de 18% em 2021 (janeiro a agosto) e de 17,9% em 2019.

173. Apesar da pandemia do Covid-19, não há diferença significativa entre a taxa de cancelamento observada em 2021 (pós-pandemia) e 2019 (pré-pandemia). Na verdade, em período mais anterior, as taxas de cancelamento cirúrgico eram ainda piores a essas. O projeto Lean no Centro Cirúrgico identificou taxas de suspensão cirúrgica entre 20% e 24% entre os meses fevereiro a abril de 2019, o que motivou o projeto a atuar para reduzir o tal índice de cancelamentos.

174. Essa baixa variação dos cancelamentos apesar da pandemia pode ser explicada pela forma como a taxa de cancelamentos no HFL é calculada. No cálculo, só se considera um procedimento como cancelado/suspenso quando ele é efetivamente agendado no mapa cirúrgico. Assim, com o advento da pandemia e subsequente paralisação de cirurgias eletivas em todo o país, procedimentos que foram afetados por tal medida sequer foram agendados e, assim, não são capturados no índice de suspensão cirúrgicas calculado a partir dos dados informados pelo hospital.

Quadro 15 - Cirurgias agendadas e canceladas – HFL 2019 e 2021

Período	Agendadas	Canceladas	Taxa de cancelamento
2021 (Jan – Ago)	3.268	588	18,0%
2019 (Jan – Dez)	7.647	1.370	17,9%

Fonte: HFL, resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, item 2.6, alíneas “a” e “b”.

Obs.: os dados de 2021 correspondem aos meses de janeiro a agosto, pois a solicitação dos dados pela equipe se deu em setembro de 2021, não havendo dados completos para o mês de setembro e subsequentes.

Não comparecimento de pacientes para cirurgia no HFL

175. O principal motivo identificado para explicar as altas taxas de cancelamento de cirurgias no HFL é o não comparecimento do paciente para a realização do procedimento agendado.

176. Segundo relatório do próprio hospital, 21,9% dos cancelamentos em 2021 (jan-ago) e 22,3% em 2019 se deu por não comparecimento do paciente. Esse número elevado sugere oportunidades de melhoria nos processos do HFL pois o paciente que teve seu procedimento agendado já compareceu ao hospital em data anterior para uma consulta pré-cirúrgica, indicando ser pouco provável que sua ausência seja apenas por uma impossibilidade de locomoção até o hospital.

177. É provável que boa parte dessas ausências estejam associadas com outros fatores que não apenas dificuldade de locomoção até o hospital. Agendamento do procedimento para data muito próxima ao contato com o paciente e dificuldade de contato para informar ou confirmar o agendamento ou mesmo ausência de qualquer contato prévio confirmando o procedimento estão entre eles e podem ser evitados com melhorias em processos de trabalho.

178. Assim, o implemento de rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento, a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial e uma definição da data do procedimento cirúrgico com antecedência razoável podem melhorar o índice de cancelamento por não comparecimento do paciente.

Indisponibilidade de leitos de UTI

179. A falta de disponibilidade de leitos de UTI vem tendo um impacto significativo nos cancelamentos cirúrgicos de 2021. Conquanto a falta de leito hospitalar seja pouco indicada como motivo de cancelamento nos relatórios do HFL (2,2% em 2021 e 0,7% em 2017), a indisponibilidade de leitos de UTI foi apontada como um dos principais gargalos da produção cirúrgica planejada do hospital, tanto em entrevista com o chefe do centro cirúrgico, Dr. Gustavo Leal, quanto em entrevista com o diretor interino do hospital, Dr. Marcelo Gorgulho Cosentino.

180. Essa aparente contradição é explicada pelo fato de que a indisponibilidade de leito de UTI para acomodar pacientes cirúrgicos costuma ser registrado como um “atraso na cirurgia anterior”, uma vez que a baixa previsibilidade sobre a disponibilidade do leito, quando não gera o cancelamento da própria cirurgia que precisa da UTI, cancela a próxima cirurgia agendada por atraso. Em 2021 (jan-ago), 19,5% dos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos programados se deram por atraso na cirurgia anterior.

181. Em setembro de 2021, o HFL possuía apenas nove leitos de UTI adulta e sete leitos de UTI pediátrica. A escassez desse recurso é agravada pelo fato de que tais leitos são disputados também por pacientes clínicos, que costumam apresentar tempo médio de permanência muito superior aos pacientes cirúrgicos. Essa ausência de segregação de fluxo, explica a baixa previsibilidade na disponibilidade de leitos de UTI e a concorrência entre pacientes com diferentes necessidades (clínicos x cirúrgicos) pelo mesmo recurso (leito de UTI).

182. A partir desses fatos, cabe à direção do HFL avaliar a possibilidade de segregar fluxo e designar leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos e para pacientes clínicos, mesmo com esse baixo número de leitos de UTI operacionais. Com a segregação de fluxo e a designação de leitos, espera-se aumentar a previsibilidade na disponibilidade desse recurso e, assim, reduzir a incidência de atraso ou cancelamento na cirurgia decorrente de incerteza na liberação do leito de UTI.

183. Sobre essa proposta, a direção do HFL comentou que já possui leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos (unidade pós cirúrgica – UPO). Entretanto, os leitos se encontram fora de uso por falta de recursos humanos (peça 121, p. 1).

184. A respeito dos comentários oferecidos pelo gestor acerca da proposta de designação de leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, ainda que o HFL já tenha tido uma UPO, atualmente fora de operação, a recomendação continua válida. Mesmo havendo menos leitos disponíveis atualmente, a designação de leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos num hospital que se diz eminentemente cirúrgico poderia reduzir os cancelamentos por atrasos de cirurgia anterior e aumentar a previsibilidade no uso desse recurso escasso. Por esse motivo, a proposta será mantida.

Não ocupação de todas as salas cirúrgicas

185. Durante o curso dos trabalhos dessa fiscalização, o HFL possuía recursos para manter em operação sete salas cirúrgicas de um total de doze. Contudo, observou-se que nem sempre o centro cirúrgico mantém o funcionamento concomitante das sete salas. É o que se observa no exemplo da escala do centro cirúrgico da semana de 12 a 16 de julho.

Figura 11 – Escala do centro cirúrgico do HFL na semana de 12 a 16 de julho de 2021.

HORÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO 15 DE JULHO 2021								
2ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M		OFT	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	ORT
T		X	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	CCP
3ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL	X	X	PROCT	URO	PLAST	TORAX	ORT
T	ORL	X	X	PROCT	URO	MP	TORAX	ORT
4ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL		CIPE	GER	NEURO		VASC	GIN
T	X	OFT	CIPE	GER	NEURO		VASC	ORT
5ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL	X	TORAX	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
T	ORL	X	VASC	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
6ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M		OFT	X	GER	URO	ORL	VASC	GIN
T		OFT	X	GER	URO	PLAST	VASC	GIN

Fonte: Equipe do Hospital Federal da Lagoa (Peça 96).

186. Observando a escala, nota-se que há agendamento para apenas seis das sete salas disponíveis na terça-feira, quarta-feira, sexta-feira e o período vespertino de segunda-feira. As sete salas só possuem agenda concomitante na quinta-feira e no período matutino de segunda-feira. Não há cirurgias nos fins de semana por se tratar de um hospital que realiza apenas cirurgias eletivas (agendadas), excetuando-se emergências de pacientes que já estejam internados.

187. Resgata-se que a equipe do Lean no Centro Cirúrgico se deparou com situação semelhante em 2019, quando as doze salas ainda eram operacionais, observando ociosidade recorrente entre as salas no período vespertino. Além disso, verificou-se a prática recorrente de cancelar inteiramente os agendamentos de uma das doze salas, alegando falta de recursos humanos.

188. A equipe do Lean analisou, à época, o quadro de RH do centro cirúrgico e concluiu que havia recursos humanos para manter as então doze salas em franca operação. Contudo, as doze salas não voltaram a funcionar por falta de dois bisturis elétricos que seriam repostos em maio de 2019. Além de

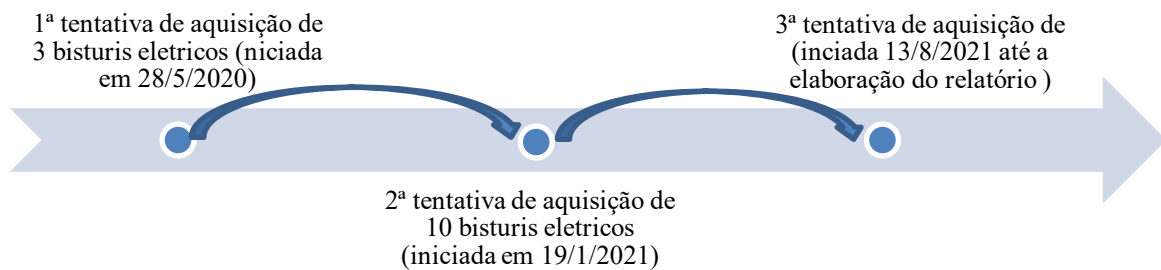
os dois bisturis não serem repostos até novembro de 2021, passaram a ser até este momento cinco unidades sem condições de operação.

189. Isso posto, a situação encontrada pela equipe Lean não difere da que foi em essência encontrada nesta fiscalização. Assim, a gestão do HFL deveria buscar manter o funcionamento das sete salas cirúrgicas o tanto quanto fosse possível, evitando ociosidades e reduzindo desperdícios.

Atrasos injustificados na aquisição de equipamentos essenciais ao centro cirúrgico

190. Sobre a falta de bisturis elétricos, equipamento considerado indispensável para a sala cirúrgica, interrupções longas em sua aquisição, sem justificativas, são uma das principais razões pelas quais, a situação não se resolveu e, sim, se agravou (análise detalhada na peça 100). A figura a seguir ilustra a redundância de iniciativas infrutíferas para adquirir o equipamento.

Figura 12 – Lapso temporal do processo SEI 33408.076105/2020-68.



Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 5, subitem 2.1. Processo SEI 33408.076105/2020-68 (aquisição 10 bisturis elétricos).

191. Entre o primeiro intervalo temporal, de 28/5/2020 até 19/1/2021, o processo ficou pendente de despacho pela Comissão de Avaliação para aquisição de material permanente. Já entre o segundo, de 19/1 a 13/8/2021, embora tenha havido algumas movimentações, somente em agosto de 2021 a área clínica cirúrgica concluiu que nenhuma ata possuía o item com requisitos técnicos compatíveis com a necessidade do hospital. Disso, decidiu-se abrir um processo próprio de registro de preços, estando em trâmite com alguns hospitais federais (Bonsucesso, Ipanema) com interesse em participar (peça 99, p. 229-309).

192. A situação sugere um baixo comprometimento por parte da clínica cirúrgica com a celeridade do processo, uma vez que ela é a principal usuária do equipamento e tardou em se manifestar sobre os requisitos de compatibilidade dos equipamentos com possibilidade de aquisição via ata. Situação semelhante também foi constatada com outro equipamento específico da dermatologia, a tentativa de aquisição do eletrocautério BP 100 plus e bisturi elétrico. O processo foi iniciado em 10/12/2020 e, no entanto, o processo só voltou a ser movimentado em 17/8/2021, passados oito meses, aguardando despacho do chefe das Clínicas Cirúrgicas com encaminhamento para engenharia clínica para compor o descritivo técnico do equipamento.

193. Problemas com atrasos são anteriores ao período analisado, o que pode ser constatado pelo relatório do Lean no Centro Cirúrgico, que já havia identificado a falta de bisturis elétricos em 2019 e foi informada que novos equipamentos seriam entregues ainda naquele ano, fato que nunca ocorreu (Peça, 32, p. 107).

194. Especificamente sobre os atrasos injustificados, a direção do HFL apresentou comentários no sentido de destacar a dificuldade que profissionais técnicos da área da saúde têm em auxiliar os agentes administrativos do hospital na especificação e descrição dos materiais a serem adquiridos, implicando atrasos no processo de aquisição. Os comentários mencionam também mudanças de preferência da área médica devido a superveniência de equipamentos mais modernos durante o processo de aquisição. Por

fim, a direção do HFL admite que, no caso da aquisição dos bisturis elétricos, o processo de aquisição está demasiadamente atrasado e que, apesar disso, o hospital consegue manter seu parque tecnológico em funcionamento por meio de seu serviço terceirizado de engenharia clínica e cita que os bisturis elétricos que estavam fora de uso durante a auditoria foram reparados (peça 120, p. 4-5).

195. Os comentários oferecidos pela direção do HFL corroboram fragilidades e deficiências no processo de compras do hospital. A comunicação entre a área da saúde com a administrativa necessita de melhorias e um eventual comportamento impremeditado em se alterar especificações de equipamentos durante um processo já iniciado deve ser avaliado com cautela. Sobre o reparo dos bisturis elétricos, conquanto o fato seja positivo, deve-se lembrar que alguns dos equipamentos já estavam fora de uso desde 2019 e, por conseguinte, torna a afirmação de que o hospital consegue manter seu parque tecnológico em condições de funcionamento digna de ceticismo.

196. Diante disso, concluiu-se que os processos de compras de equipamentos indispensáveis ao CC podem ser melhorados. O estabelecimento de prazos limites para que as clínicas se manifestem em processos como esse, que, caso não sejam respeitados, tenham alguma consequência para o chefe de clínica omissa é uma alternativa a ser avaliada pela direção da unidade. Outra medida capaz de minimizar o risco de situações como a da compra dos bisturis elétricos é melhorar a comunicação interna do hospital entre as áreas clínicas e as áreas administrativas.

Regras remuneratórias ineficientes

197. As regras remuneratórias vigentes desfavorecem uma maior produtividade cirúrgica no HFL. O médico, seja ele estatutário ou contratado temporariamente pelo HFL, terá uma remuneração mensal fixa, independentemente da quantidade de procedimentos que realizar no mês. Na iniciativa privada, por outro lado, o mesmo profissional receberá honorários para cada procedimento executado, isto é, sua remuneração será tão maior quanto for sua produção.

198. No HFL, o responsável por agendar o procedimento cirúrgico é a própria clínica que operará o paciente, assim, ela poderá escolher quantos pacientes operará por semana. Considerando que não há qualquer remuneração adicional por maior produtividade, a tendência é que o número seja inferior à disponibilidade da clínica. Além disso, se a remuneração do médico é fixa, logo, quanto menos procedimentos ele realizar, maior será seu ganho por procedimento. Se essa dinâmica não for reconhecida como um incentivo à ineficiência, ela ao menos retarda ou impede a implantação de otimizações em processos que seriam capazes de incrementar o desempenho da unidade.

199. Situação semelhante também ocorre com médicos anestesistas que, embora não agendem os procedimentos, podem restringir sua disponibilidade e comprimir a agenda cirúrgica do hospital. Pois, novamente, não há qualquer incentivo para que o profissional seja mais produtivo, tendo uma remuneração fixa em sua prestação na unidade pública, enquanto em unidades privadas o profissional auferirá honorários para cada anestesia realizada.

200. Essa assimetria nas regras remuneratórias é potencial causa de grande ineficiência, não só no HFL, mas em qualquer unidade que adote regras remuneratórias semelhantes.

201. Sobre o tema, a direção do HFL comentou sobre proposta de encaminhamento preliminar que recomendava avaliar a possibilidade de contratação de serviços de anestesiologia por meio de contrato de prestação de serviços terceirizados. Os gestores alegaram que tal possibilidade é vedada pelo art. 3º, inciso IV, do Decreto 9.507/2018, uma vez que há no plano de cargos do Ministério da Saúde o cargo de médico anestesista. O dispositivo veda a contratação (execução indireta) de serviços inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão, exceto em casos de extinção da carreira (peça 121, p. 2). Sendo assim, a proposta foi removida do relatório final.

Proposta de encaminhamento

202. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar as causas das situações encontradas expostas nesse capítulo. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

203. Recomendar ao HFL as seguintes providências:

- a) implementar rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento e a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;
- b) avaliar designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;
- c) estabelecer prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabelecer metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e
- d) buscar manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

4. Conclusão

204. Com base na visão geral sobre o objeto, percebeu-se que não há uma definição clara acerca do papel do HFL na rede de atenção. Há uma extensa gama de serviços ofertados em diferentes especialidades, fato que dificulta a profissionalização do hospital em um nicho mais estreito de procedimentos de alta complexidade. Em virtude dessa imprecisão nos objetivos do hospital, há dificuldades no direcionamento das ações por parte dos atores envolvidos na estrutura de governança que cerca a unidade. Nessa seara, vale destacar também que o público-alvo do hospital, a população do estado do Rio de Janeiro, não é representada de forma direta, dado que é a União, por meio da SEMS/RJ, que estabelece formalmente suas metas assistenciais. Não há contratos em vigor envolvendo o estado ou a capital fluminense.

205. Outra questão relevante é a carência de instrumentos efetivos para fomentar um melhor desempenho por parte do HFL. O montante de recursos recebidos pelo hospital ou pelos seus funcionários não sofrem interferências diretas dos resultados alcançados pela unidade. Portanto, não há incentivos calibrados para que o hospital seja mais eficiente em suas ações ou ajuste sua oferta para atender as necessidades de seus beneficiários. Essa é uma das limitações existentes no modelo de gestão adotado para os hospitais federais no estado do Rio de Janeiro.

206. Diante desse contexto, o primeiro achado de auditoria revela que o HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em qualidade, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital no período analisado, principalmente por carência de enfermeiros e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal temporário utilizado para manter 37 % da força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada. Existem também problemas relacionados ao envelhecimento dos servidores efetivos, os quais não têm sido repostos desde 2010.

207. O segundo achado identifica dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, conseqüentemente, não direciona as ações assistenciais para satisfação do seu usuário.

208. O terceiro ponto trabalhado pela equipe de auditoria é o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL, os quais estão acima dos parâmetros de boas práticas, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas já existentes na unidade.

209. Finalmente, identificou-se uma taxa de cancelamento cirúrgico de cerca de 18%, o que significa que, aproximadamente, uma dentre seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a referência internacional de 8%, especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

5. Propostas de encaminhamento

210. Diante de todo o exposto, propõe-se:

210.1. Recomendar ao Ministério da Saúde, em especial à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, no Guia Prático de Análise *Ex Post* de Avaliação de Políticas Públicas da Presidência da República, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o Hospital Federal da Lagoa que leve em conta:

- a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;
- b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;
- c) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:
 - c.1) flexibilidade no recrutamento de pessoal;
 - c.2) a especialização do corpo técnico;
 - c.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e
- d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.

210.2. Recomendar ao Hospital Federal da Lagoa, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, com base no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da CF/88 e em homenagem à celeridade no acesso à assistência à saúde, defendida na Política Nacional de Regulação do SUS, que:

- a) encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas;
- b) realize estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa;
 - b.1) no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres;
- c) implemente rotinas de confirmação de comparecimento do paciente acerca da data de seu procedimento cirúrgico e estabeleça rotina de atualização cadastral dos contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;
- d) avalie designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;
- e) estabeleça prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabeleça metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e
- f) busque manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

210.3. Nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relatar ao colegiado no sentido de monitorar as recomendações contidas nos parágrafos 210.1 e 210.2, respectivas alíneas.

SecexSaúde, 31 de janeiro de 2022

ALEXANDRE GIRAUX CAVALCANTI
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 7592-2
Coordenador

JALDECI LEITE SILVA
Auditora do Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Seção de Auditoria do SUS no Rio de Janeiro
Matrícula 1109986
Membro

MARTIN MASTELARO POMPEU DE BARROS
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 10213-0
Membro

SAMIR FREITAS MAIA PORTO
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula 10174-5
Membro

Apêndice 1 – Comentários dos gestores

1. Em atenção ao que dispõe a Resolução TCU 315/2020, as Normas de Auditoria do Tribunal (NAT) e o Manual de Auditoria Operacional do TCU, uma versão preliminar do relatório foi submetida ao Diretor-Geral do Hospital Federal da Lagoa, ao Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e ao Secretário-Executivo do Ministério da Saúde para que pudessem tomar conhecimento prévio dos achados, das conclusões e das propostas de encaminhamento, tendo, assim, a oportunidade de se manifestarem quanto a seu teor e quanto a suas consequências práticas (peças 112 a 114).

2. A Diretoria-Geral do HFL foi a única a apresentar comentários, os quais se deram por meio dos Ofícios 1.249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 120) e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 121), este último com dois anexos (peça 122 e 123). Os comentários ensejaram alterações pontuais ao relatório, sem que houvesse mudança de conclusões. Duas alterações foram feitas nas propostas de encaminhamento em decorrência dos comentários.

Parágrafos 46 a 48

3. O relatório preliminar apresentava quadro com a receita total sobre as saídas hospitalares (altas + óbitos) e outro quadro comparando a receita/saída do HFL com as da Anahp. Diante desse trecho do relatório, a diretoria do HFL alegou que o cálculo não correspondia à realidade, pois o número de saídas divergia em aproximadamente 3.500 pacientes a menos que o número de pacientes internados, quantidade catorze vezes maior que o total de leitos máximo do hospital.

4. Entre vários motivos levantados para essa diferença, o principal seria a ausência de registros no sistema e-SUS *report* de pacientes “hospital dia”, isto é, pacientes que têm alta no mesmo dia da internação. Os outros motivos estão relacionados a ausência de comunicação entre diferentes sistemas e à dinâmica de geração de guias de autorização de internação hospitalar (AIH). Junto dos comentários, foi encaminhado anexo com imagem de tela do sistema indicando o regime internação e respectivas quantidades, corroborando a subnotificação de saídas hospitalares originalmente informada.

5. Diante dessa imprecisão, o relatório foi alterado, passando a constar apenas quadro com receita total por internações do HFL para os anos de 2018 e 2019, únicos exercícios para os quais os gestores forneceram informação de internações.

Parágrafos 68 a 71

6. A direção do HFL alegou que o expressivo aumento das licenças médicas nos anos de 2017-2019 comparado aos exercícios anteriores, decorreu da divergência na unidade de mensuração dos afastamentos.

7. Os gestores comentaram que há uma mudança de unidade de medida acerca dos dados de afastamento de servidores e contratados, que ocorreu do ano de 2016 para 2017. O motivo seria a inserção de registro biométrico, o que permitiu ao hospital passar contabilizar os dias de afastamento em alternativa aos eventos de afastamento. Isso explica o salto bruto de 1.856 afastamentos em 2016 para 25.268 em 2017.

8. Ao considerar essa explicação, a equipe de auditoria buscou estimar os dias de afastamento dos exercícios de 2015 e 2016 para tornar as bases diretamente comparáveis. Contudo, os valores encontrados para licenças maternidade não eram compatíveis com o quadro de pessoal do HFL e apresentavam valores até dez vezes maiores que os dias de afastamento informados para os anos subsequentes.

9. Diante disso, mais um complemento foi apresentado pelo HFL (peça 124), esclarecendo que certos eventos de afastamento não podiam ser contabilizados de forma unitária. Com efeito, as prorrogações de licenças maternidade contariam como diferentes eventos, podendo conter até duas prorrogações, totalizando três eventos. Entretanto, mesmo considerando tais ajustes, os resultados divergem de

forma relevante do informado pelo HFL. O relatório teve seu conteúdo atualizado para refletir os comentários apresentados.

Parágrafos 121 a 127

10. Os gestores aduzem que os problemas na oferta de leitos para regulação e nas possíveis restrições ao recebimento de pacientes sob determinadas condições clínicas, decorrem, principalmente, da dificuldade de contrarreferência no sistema de regulação para o retorno do paciente de perfil crônico à rede municipal de saúde. Pois, os pacientes com aludido perfil tendem a ficar em longa permanência na unidade hospitalar, mesmo que tenha sido prestado todo o atendimento de alta complexidade que cabia ao HFL.

11. Acrescentam que impossibilidade de alta segura desse perfil de paciente, levem à longa permanência, afetando a eficiência e a produtividade do hospital, que possui natureza de Unacon e perfil clínico-cirúrgico e, conseqüentemente, impacta no atendimento à população que busca a assistência de alta complexidade. Foi apresentada documentação evidenciando a dificuldade de contrarreferência de um paciente (peça 123).

12. As informações foram incorporadas ao relatório e ensejaram um acréscimo à proposta de recomendação ao Ministério da Saúde de realizar estudos para definição de modelo de gestão do HFL que levasse em conta, entre outras coisas, a dificuldade em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.

Parágrafos 183 a 184

13. A direção do HFL ofereceu comentários sobre a proposta de avaliar a designação de leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos. Afirmou que já possui leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos (unidade pós cirúrgica – UPO). Entretanto, os leitos se encontram fora de uso por falta de recursos humanos (peça 121, p. 1).

14. Os comentários foram incorporados ao relatório sem que houvesse alteração na proposta de recomendação, pois, ainda que se esteja num cenário de restrição de pessoal, a designação de leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, num hospital que pretende ser majoritariamente cirúrgico, poderia reduzir os cancelamentos por atrasos de cirurgia anterior e aumentar a previsibilidade no uso desse recurso escasso.

Parágrafos 190 a 195

15. Especificamente sobre os atrasos injustificados nos processos de aquisição, a direção do HFL apresentou comentários no sentido de destacar a dificuldade que profissionais técnicos da saúde têm em auxiliar os agentes administrativos do hospital na especificação e descrição dos materiais a serem adquiridos, implicando atrasos nos processos de aquisição.

16. Os comentários mencionam também mudanças de preferência da área médica devido a superveniência de equipamentos mais modernos durante o processo de aquisição, ocasionando interrupções no processo de compra em etapas que tais alterações não estavam previstas, além de citar alterações legislativas sobre licitações em 2019, sem especificá-las, contudo.

17. A direção do HFL admite que, no caso da aquisição dos bisturis elétricos, o processo de aquisição está demasiadamente atrasado e afirma que, apesar disso, o hospital consegue manter seu parque tecnológico em funcionamento por meio de seu serviço terceirizado de engenharia clínica e cita que os bisturis elétricos que estavam fora de uso durante a auditoria foram reparados.

18. Esses apontamentos foram incorporados à respectiva seção do relatório que trata do tema e interpretados pela equipe como uma reafirmação das conclusões sobre as falhas no processo de aquisição do HFL.

Parágrafos 197 a 201

19. Por fim, a direção do HFL apresentou comentários sobre proposta de encaminhamento contida no relatório preliminar que consistia em recomendar ao HFL que avaliasse a possibilidade de contratação de serviços de anestesiologia por meio de contrato de prestação de serviços terceirizados. Os comentários afirmaram a impossibilidade da realização desse tipo de contratação devido ao fato de que o cargo de médico anestesista faz parte do plano de cargos do Ministério da Saúde, assim, uma contratação desse tipo seria vedada pelo art. 3º, IV, do Decreto 9.507/2018.

20. A norma dispõe que não serão objeto de execução indireta na administração pública federal os serviços que sejam inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, exceto quando se tratar de cargo extinto ou em extinção. Assim, os comentários foram incorporados ao relatório e a proposta de recomendação foi removida da versão final.

Apêndice 2 – Informações complementares

Riscos estruturais no HFL

1. O edifício do HFL apresenta inadequações e necessidade de reparos. Entre elas, pode-se mencionar fissuras na laje de cobertura do edifício principal, fissuras dos pilares de sustentação, modernização de seu sistema elétrico, instalação dos geradores próprios já adquiridos e a reformulação do sistema de climatização. Contudo, a gestão da unidade já iniciou diversas iniciativas para corrigir várias das inadequações.

Situação encontrada

2. Embora a avaliação de aspectos estruturais não tenha composto o escopo desta fiscalização, durante os trabalhos, a equipe de auditoria teve acesso a relatório de avaliação das instalações do Hospital Federal da Lagoa, elaborado em março de 2019 (peça 33). O documento relacionava muitas inadequações em diversos aspectos da estrutura predial do complexo e era incisivo acerca de certas situações, sugerindo interdição imediata de algumas áreas.

3. As inadequações envolviam, entre outras coisas, fissuras na laje do décimo pavimento do prédio principal com suposto risco de desabamento, risco de desabamento no prédio da residência médica, fissuras nos pés dos pilares de sustentação, subestação em local com histórico de inundações (subsolo), falhas na redundância dos sistemas de geração elétrica, diversos aspectos de todo o sistema elétrico com riscos de falha e necessitando de manutenção, instalações hidráulicas em situação precárias, ausência de redundância no sistema de gases medicinais, descumprimento de diversas normas de combate e prevenção de incêndios e inadequações no sistema de climatização.

Medidas corretivas em curso

4. Diante desses apontamentos, a gestão do HFL relatou uma série de medidas tomadas posteriores ao relatório de avaliação estrutural de 2019. Entre elas, a contratação emergencial para elaboração de projeto para endereçar os problemas estruturais de alvenaria e a realização de diversas correções de inconformidades no sistema elétrico, além de medidas de adequação relacionadas a combate e prevenção de incêndios. Quanto ao risco de desabamento e a necessidade de interdição, a empresa contratada para elaborar o projeto executivo concluiu não haver risco de desabamento em nenhuma das estruturas originalmente apontadas como tal. Relatório elaborado pela empresa foi enviado a equipe como evidência (peça 90).

5. Uma relação de vários reparos pontuais no sistema elétrico foi apresentada a equipe e sugerem uma redução nas inadequações e nos riscos relacionados ao sistema elétrico do hospital. Foi dito também que um projeto de reformulação do sistema elétrico de maior escopo está pendente de aprovação pela SEMS/RJ. Reparos no sistema de climatização dependeriam da modernização prévia do sistema elétrico. Medidas de modernização relacionadas à hidráulica e ao sistema de gases não foram abordadas pela equipe de fiscalização.

Limitação e processo conexo

6. Está análise tem como limitação a ausência de uma verificação no local da situação descrita por membros da equipe, e que não possuía membros tecnicamente qualificados em engenharia. A presente análise foi conduzida à distância, pautando-se em informação documental e entrevistas.

7. Em vista das limitações e da já existência de processo de monitoramento no Tribunal (TC 027.334/2016-3) com objetivo de analisar a gestão da infraestrutura das unidades de saúde do Rio de Janeiro, inclusive a do Hospital Federal da Lagoa, deixa-se de se propor quaisquer medidas adicionais, levando esta análise e suas evidências ao conhecimento do referido processo de monitoramento (TC 027.334/2016-3).

Testes de asseguarção – Análise envoltória de dados

8. Devido às discrepâncias existentes entre os dados oficiais e os reais referentes ao processo de entrada de recursos e de saída (produção) no HFL, ocorreu leve distorção no escore proveniente da análise envoltória de dados - DEA do HFL. Apesar disso, a avaliação da eficiência do hospital apenas com base nos dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde apresentou-se relativamente consistente.

Propósito do teste e metodologia

9. No âmbito do Relatório de Levantamento de Eficiência em Unidades Hospitalares Públicas (TC 015.993/2019-1), foi elaborada uma metodologia para comparar a eficiência relativa entre os hospitais do SUS, a partir dos dados disponíveis nas bases do Ministério da Saúde, especialmente os provenientes do CNES (entrada de recursos) e SIA / SIH (produção). Todo modelo foi construído com base na Análise Envoltória de Dados – DEA (sigla em inglês de *Data Envelopment Analysis*).

10. Diante desse contexto, neste trabalho inicialmente foram obtidos dois escores sobre a eficiência relativa do HFL com os dados oficiais mencionados: um comparando o hospital com todo o conjunto de unidades que fornecem suas informações ao Ministério da Saúde (4451 unidades) e outro comparando o hospital com grupo de unidades que têm perfil assistencial similar ao seu (558 unidades).

11. Para compreender o nível de distorção que existe entre os resultados da DEA obtidos com dados oficiais e com dados reais (validados), dois novos escores do HFL foram processados na mesma lógica descrita no parágrafo anterior, só que desta vez com os dados de entrada concretos fornecidos pela equipe do hospital. Os dados de saída (produção) foram os mesmos para todos os quatro escores, os quais foram extraídos do SIA e SIH.

Resultados

12. Abaixo, segue quadro demonstrando as distorções existentes entre os dados de entrada do HFL fornecidos pelo CNES e pela própria equipe do hospital.

Quadro 1 - Conferência dos dados reais de entrada de recursos no HFL em relação aos disponíveis no CNES.

<i>Inputs</i>	Dados do CNES	Dados validados	Variação
Nº de médicos	609	396	- 213
Nº de enfermeiros	674	645	- 29
Nº de salas	87	126	+ 39
Nº de leitos	213	249	+ 36

Fonte: HFL (dados de agosto de 2021).

13. De acordo com tudo que foi exposto, seguem os resultados da análise no quadro 17 abaixo.

Quadro 2 – Resultados da análise envoltória de dados referentes ao HFL.

DEA	Conjunto comparado	Posição do HFL (dados CNES)	Posição relativa	Escore DEA	Posição do HFL (dados validados)	Posição relativa	Escore DEA	Variação na posição absoluta	Variação na posição relativa	Variação no escore DEA
Universo de hospitais	4451	1465	32,9	0,1009	1593	35,78	0,0903	-128	-2,88	0,0106
Hospital no seu grupo	558	420	75,3	0,1073	443	79,4	0,0908	-23	-4,1	0,0165

Fonte: Análise Envoltória de Dados elaborada por membro da equipe do Núcleo de Tratamento de Dados e Informações da SecexSaúde / TCU (dados de agosto de 2021).

14. Com base no quadro acima, pode-se perceber que, apesar de haver uma diferença entre os dados de entrada (*proxi* dos recursos do hospital) extraídos do CNES e aqueles validados pelo hospital, conforme demonstrado no quadro x, não houve uma diferença acentuada entre os escores DEA e entre as posições relativas (posição absoluta sobre o conjunto de unidades multiplicado por 100), tanto quando o HFL foi compara com o conjunto universo, quanto com o seu grupo.

15. Isso parece refletir que o modelo DEA de comparação com base nos dados do CNES, pelo menos no caso do HFL, foi capaz de ter certa precisão na avaliação de sua eficiência. Essa percepção tem limitações, pois os dados de produção não foram ajustados (validados), da mesma forma como ocorreu com os dados de entrada. Mas, em que pese essa circunstância, todos os modelos tiveram o mesmo dado de saída, provenientes das informações do HFL referentes ao mês de agosto de 2021.

Mapeamento de processo e testes sobre dados de produção

16. O mapeamento de processo (peça 94) indicou desafios para evitar a subnotificação da produção, uma vez que o ambiente de negócio estimula essa prática. Tanto que, no termo de pactuação da SEMS com o HFL existe uma meta para que o hospital consiga atingir, pelo menos, 70% de faturamentos aprovados em relação ao total de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos realizados. Assim, em que pese a mencionada meta, não há incentivos efetivos para que o hospital mantenha os dados de entrada (CNES) e de saída (SIA e SIH – produção) atualizados, especialmente porque eles não repercutem de forma importante na fonte de recursos que o hospital recebe mensalmente.

17. Foi realizado teste comparando a base de dados dos pacientes que entraram e saíram do hospital no período de janeiro a julho de 2021, comparados com os que foram registrados como atendidos no mesmo espaço de tempo (AIH e APAC), para avaliar eventual indicativo de subnotificação. No entanto, o HFL não entregou os dados referentes às internações (AIH), reduzindo de forma importante a confiabilidade dos resultados.

Conclusões

18. Os testes realizados indicaram que a análise envoltória de dados realizada com base nos dados de entrada do HFL no CNES não obteve resultados muito díspares em relação a que foi executada com os dados validados. O mapeamento das atividades do HFL para alimentação dos dados referentes aos recursos existentes (CNES) e a sua produção (SIA e SIH) detectou fragilidades neste processo e revelou que as ferramentas para alimentação dos dados têm limitações que dificultam a atualização das informações de forma dinâmica.

19. Não há encaminhamentos para os jurisdicionados referentes a esta seção, uma vez que o Ministério da Saúde tem ciência das limitações do CNES, SIA e SIH e está implementando mudanças estruturais nesses sistemas.

20. No âmbito do projeto eficiência hospitalar, é importante conhecer o padrão de distorção que existe no âmbito dos dados oficiais, permitindo que os mecanismos de medida e avaliação da eficiência dessas unidades sejam aperfeiçoados pela equipe responsável pelo projeto ao longo do tempo.

Anexo 1 – Organograma simplificado do HFL.

