PROCESSO TC Nº 08933/22

RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL
HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL (HMSI)

Objetivo da Auditoria: Avaliar a eficiência do Hospital Municipal Santa Isabel, a partir do Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (TCU, 2022)

Objeto da Auditoria: Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), com foco no Centro Cirúrgico

Relator: Conselheiro Antônio Gomes Vieira Filho

Composição da equipe:

Auditor de Contas Públicas	**Matrícula**
Adriana Falcão do Rêgo (Coordenação)	370110-7
Cláudia Cristina Aguiar Matos	370835-7
Lúcia Patrício de Souza Araújo	370568-4
Milton de Moura Resende Neto	370841-1

Unidades envolvidas:
Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (SMS/JP) e Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI).

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

AGRADECIMENTOS

Em um processo de Auditoria Operacional, onde o foco da fiscalização é o desempenho da gestão e a governança, o engajamento dos atores envolvidos é essencial, possibilitando à equipe técnica do TCE-PB maior entendimento do objeto auditado, além de servir de oportunidade de avaliação para os próprios gestores. Pela receptividade e substancial colaboração, expressamos nossos agradecimentos ao/à:

a) Direção do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), na pessoa da Sra. Adriana Lobão de Azevedo, e sua equipe;
b) Coordenação dos setores do HMSI: Enfermarias Clínicas e Cirúrgicas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Bloco Cirúrgico, Nutrição e apoios;
c) Comissões e Núcleos Internos do HMSI: Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
d) Funcionários, servidores e prestadores de serviços do Hospital Municipal Santa Isabel;
e) Titular da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), Sr. Luís Ferreira de Sousa Filho, e ex-titular, Sra. Maria Janine Assis de Lucena Barros;
f) Titular da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PB), Sr. Jhony Wesllys Bezerra Costa, e sua equipe;
g) Presidente do Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS-JP), Sra. Maria Marques Maciel, e sua equipe; e
h) Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB), Sra. Soraya Galdino, e sua equipe.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	REGIÕES DE SAÚDE - PARAÍBA
FIGURA 2	HMSI - LOCALIZAÇÃO
FIGURA 3	HMSI - VISTA PANORÂMICA
FIGURA 4	HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. TÉRREO
FIGURA 5	HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. SUPERIOR
FIGURA 6	MODELO LÓGICO - HMSI
FIGURA 7	CICLO DA AUDITORIA OPERACIONAL
FIGURA 8	HMSI - COZINHA
FIGURA 9	HMSI - COZINHA
FIGURA 10	HMSI - DESPENSA
FIGURA 11	HMSI NUTRIÇÃO
FIGURA 12	HMSI - PISO DANIFICADO
FIGURA 13	HMSI - PAREDE COM MOFO EM AMBIENTES
FIGURA 14	HMSI - FACHADAS DE FUNDO
FIGURA 15	HMSI - FACHADAS DE FUNDO
FIGURA 16	HMSI - FACHADA DE FUNDO
FIGURA 17	HMSI - VISTA DA RAMPA DE ACESSO INTERNO VERTICAL, A PARTIR DO JARDIM INTERNO
FIGURA 18	HMSI - FACHADA FRONTAL
FIGURA 19	HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. TÉRREO
FIGURA 20	HMSI - ELEVADOR DESATIVADO E ESCADA PARA A DIREÇÃO/ENTRADA DO BLOCO ADMINISTRATIVO
FIGURA 21	HMSI - ESCADA DE ACESSO À COZINHA/FUNDOS DA EDIFICAÇÃO
FIGURA 22	HMSI - CHEGADA DA ESCADA NA COZINHA
FIGURA 23	HMSI - DESLOCAMENTO DE MACAS E PESSOAS POR MEIO DE RAMPA
FIGURA 24	HMSI - DESLOCAMENTO DE PESSOAS POR MEIO DE RAMPA

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 25	HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA
FIGURA 26	HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA
FIGURA 27	HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA
FIGURA 28	HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA DO ANEXO
FIGURA 29	HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA DO ANEXO
FIGURA 30	HMSI - OBSTRUÇÃO NA CIRCULAÇÃO DO AMBULATÓRIO
FIGURA 31	HMSI - OBSTRUÇÃO NA CIRCULAÇÃO DO AMBULATÓRIO
FIGURA 32	HMSI - SEPARAÇÃO E GUARDA DE RESÍDUOS
FIGURA 33	HMSI - SEPARAÇÃO E GUARDA DE RESÍDUOS
FIGURA 34	HMSI - SEPARAÇÃO E GUARDA DE RESÍDUOS
FIGURA 35	HMSI - DESLOCAMENTO DE PESSOAS PRÓXIMO À GUARDA DE RESÍDUOS
FIGURA 36	HMSI - DESLOCAMENTO DE PESSOAS PRÓXIMO À GUARDA DE RESÍDUOS
FIGURA 37	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 38	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 39	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 40	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 41	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 42	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 43	HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO
FIGURA 44	HMSI - PRÉDIO ANEXO
FIGURA 45	HMSI - SISTEMA GEHOS - SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DE CIRURGIA
FIGURA 46	COMPONENTES QUE VIABILIZAM A BOA GOVERNANÇA MULTINÍVEL
FIGURA 47	HMSI - TORRES LAPAROSCÓPICAS DO CENTRO CIRÚRGICO
FIGURA 48	HMSI - MACAS NOS CORREDORES DO CENTRO CIRÚRGICO

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E REGIÃO - PARAÍBA
GRÁFICO 2	UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E NATUREZA JURÍDICA - PARAÍBA
GRÁFICO 3	UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E NATUREZA JURÍDICA - JOÃO PESSOA

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATRICON	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
AudSUS/MS-PB	Auditoria do Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde - Paraíba
BPF	Boas Práticas de Funcionamento
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIH	Central de Internação Hospitalar
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CME	Central de Material Esterilizado
CMS/JP	Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa
COSEMS/PB	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DEA	Análise Envoltória de Dados
DGPSUS	Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS
DIAFI	Diretoria de Auditoria e Fiscalização do TCE/PB
EAS	Estabelecimento de Assistência à Saúde
GAOP	Grupo de Auditoria Operacional
HMSI	Hospital Municipal Santa Isabel
INTOSAI	Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores
IPHAEP	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico do Estado da Paraíba
IRB	Instituto Rui Barbosa
MAO	Manual de Auditoria Operacional
MS	Ministério da Saúde

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 651
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

NBASP	Normas Brasileiras do Setor Público
NBR	Norma Técnica Brasileira
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAT	Plano Anual de Trabalho
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RHP	Reestruturação de Hospitais Públicos
SESMT	Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho
SMS-JP	Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE/PB	Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
TCU	Tribunal de Contas da União
TVLP	Torre de Videolaparoscopia
UBS	Unidade Básica de Saúde
UH	Unidade Hospitalar
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URPA	Unidade de Recuperação Pós Anestésica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
1.1 Justificativa, Objeto e Escopo da Auditoria 14
1.2 Visão Geral 15
1.3 Metodologia 21
2. VISÃO MACRO DO HOSPITAL 24
2.1 Planejamento e contratualização 24
2.2 Infraestrutura física e instalações complementares 28
3. ORGANIZAÇÃO LOGÍSTICA DO CENTRO CIRÚRGICO 44
3.1 Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico 44
3.1.1 Inexistência de monitoramento e avaliação de dados gerenciais e operacionais, de forma institucionalizada, no Centro Cirúrgico 45
3.1.2 Sistema GEHOS não fornece informações estruturadas no que tange a filas para cirurgias e demanda reprimida por especialidade 45
3.1.3 Ausência de parâmetros técnicos formalmente estabelecidos, para a elaboração do Mapa de Cirurgias, inclusive no tocante ao número de cirurgias possíveis de serem realizadas, impactando no aproveitamento da força de trabalho da equipe médica 46
3.1.4 Dados referentes à capacidade instalada e utilização do Centro Cirúrgico não são formalmente analisados pela coordenação do CC e/ou gestão do HMSI 47
3.1.5 Inexistência de estabelecimento rígido do horário de início da primeira cirurgia do dia 48
3.1.6 Ausência de controle sistemático referente: i. ao início da primeira cirurgia, ii. aos atrasos nos inícios das cirurgias; e iii. ao tempo médio de intervalo entre cirurgias 48
3.1.7 Inexistência de controle e mensuração da taxa de cancelamento de cirurgias, bem como das causas para os cancelamentos 49
3.1.8 O Centro Cirúrgico não produz indicadores aptos a possibilitar a análise de desempenho e eficiência de sua operacionalização 49
3.2 Material Cirúrgico e equipamentos 51
3.2.1 Insuficiência no quantitativo de materiais e equipamentos disponíveis para um funcionamento mais eficiente e otimizado do Centro Cirúrgico 52
3.2.1.1Quanto ao planejamento e ao levantamento de materiais e equipamentos 52
3.2.1.2 Quanto à suficiência de materiais cirúrgicos frente ao processo de esterilização atual 54
3.2.2 Necessidade de aquisição e de manutenção de equipamentos de alto custo 56
4. ENCAMINHAMENTOS 60
ANEXO - REFERÊNCIAS 67

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

RESUMO

O Processo TC Nº 8933/22 foi formalizado objetivando a realização de Auditoria Operacional no Hospital Municipal Santa Isabel, em ação colaborativa com o Projeto Eficiência Hospitalar, criado pelo Tribunal de Contas da União - TCU, com o fito de induzir maior eficiência nos serviços assistenciais de saúde do SUS, especialmente aqueles prestados por hospitais. O escopo do trabalho de fiscalização foi estruturado em dois eixos, 1- Visão Macro do Hospital e 2- Organização Logística e Operacional do Centro Cirúrgico, definindo-se para cada um deles duas questões de auditoria:

Questão 1.1: Planejamento e contratualização - O HMSI possui metas e indicadores que permitem monitorar e avaliar o desempenho estratégico e operacional, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança?

Questão 1.2: Infraestrutura física e instalações complementares - A infraestrutura física e as instalações complementares do HMSI viabilizam a operação e prestação de serviços de forma eficiente, de acordo com a Portaria MS n. 3.390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar) e as RDC MS/ANVISA n.50/2002 e 63/2011?

Questão 2.1: Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico - O gerenciamento e o planejamento do Centro Cirúrgico do HMSI contribui para sua operacionalização plena, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança?

Questão 2.2: Material Cirúrgico e Equipamentos - O Centro Cirúrgico dispõe de materiais cirúrgicos prontos para uso e de todos os equipamentos em quantidade suficiente para sua operacionalização plena?

A metodologia aplicada foi norteada pelo Manual de Auditoria Operacional e pelo Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (Versão 3.1 - ago/22), ambos do TCU.

No que tange a Planejamento e contratualização (*Q1.1*), constatou-se que não há estabelecimento claro de metas e indicadores de forma a permitir o monitoramento e avaliação do desempenho estratégico e operacional do HMSI, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança *(Achado 01)*. As causas desse achado são a falta de contratualização firmada entre o HMSI e a SMS-JP e a ausência de planejamento estratégico formal por parte do Hospital. Em vista disso, foram sugeridas as seguintes recomendações:

À SMS-JP, para:
R.1 Estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão, como previsto na Portaria MS n. 3.390/2012, art. 32, § 3; e
R.2 Após contratualização dos hospitais sob sua gestão - como previsto na Portaria MS n. 3.390/2012, art. 32, § 3º -, estabelecer uma sistemática, com periodicidade definida e com os devidos registros, para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuadas.

À Direção do HMSI, para:

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

R.3 Manter registros relativos ao monitoramento e acompanhamento dos resultados da unidade hospitalar, com os devidos desdobramentos a respeito de ações e decisões tomadas a partir desta avaliação; e
R.4 Elaborar um planejamento formal próprio, a partir do desdobramento das metas, indicadores e objetivos definidos no Contrato de Gestão, de modo que a Direção possa realizar um acompanhamento adequado dos seus resultados, priorizando ações e alocação de recursos, além de subsidiar a proposição de adequações à SMS/JP, no que diz respeito ao hospital.

Com a implementação de tais recomendações, esperam-se como benefícios: **i.** uma adequada visão da rede municipal de saúde, permitindo um melhor planejamento e o desenvolvimento de estratégias voltadas para o cumprimento do papel de cada hospital da rede; **ii.** manutenção de dados sistematizados e estruturados que permitam monitorar e avaliar resultados, proporcionando uma visão clara do desempenho do hospital e a propositura de potenciais ações de melhoria; e **iii.** disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente os resultados internos, tendo subsídios para tomar decisões, priorizar ações, e alocar recursos (humanos, financeiros etc), além de propor melhorias.

Ainda concernente ao primeiro eixo de investigação, quanto à infraestrutura física e instalações complementares (*Q.1.2*), apurou-se que há precariedade da infraestrutura física e das instalações complementares do HMSI para a operação e prestação de serviços de forma eficiente, de acordo com a Portaria MS n. 3.390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar) e as RDC MS/ANVISA n.50/2002 e 63/2011 *(Achado 02)*.

As causas para isso são atribuíveis à inexistência de contrato de gestão da SMS-JP com o HMSI, contendo, como anexo, Documento Descritivo atualizado com a descrição da estrutura física necessária e adequada ao perfil assistencial do hospital e à ausência de estudo geral da edificação hospitalar (infraestrutura física e instalações complementares) quando da aquisição do imóvel (1995), ou posteriormente, de modo a subsidiar obras necessárias para o funcionamento adequado.

Para fazer face a essa situação, sugerem-se as seguintes recomendações à SMS-JP, juntamente com a Direção do HMSI:
R.5 Elaborar Documento Descritivo que conste como anexo ao Contrato de Gestão da SMS-JP com o HMSI, com a descrição da estrutura física necessária e adequada ao perfil assistencial do hospital, conforme art. 8º, VI, da Portaria MS n. 3.390/2013;
R.6 Elaborar estudo geral (diagnóstico e planejamento com cronograma) da edificação hospitalar (infraestrutura física e instalações complementares), de modo a subsidiar obras necessárias para o funcionamento adequado (atualizações de infraestrutura, renovação de layout e ações para garantir a segurança e conformidade com a prestação de serviços de saúde de acordo com o perfil de atendimento;
R.7 Realizar as obras e serviços necessários ao funcionamento adequado do hospital, de acordo com cronograma pré-estabelecido;
R.8 Elaborar documento descrevendo o sistema de prevenção e combate a incêndio no HMSI, contemplando todos os requisitos necessários e implementá-lo; e

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

R.9 Atender às exigências da Constituição Federal (art. 11) e da Norma Regulamentadora n. 5 (NR-5) no que tange à criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e as disposições da Norma Regulamentadora n.4 (NR-4), pertinente a criação do Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Os benefícios esperados estão atrelados a uma melhoria na estrutura física do HMSI, contemplando: **i.** estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; **ii.** arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes; **iii.** maior controle da movimentação no hospital, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais; **iv**. layouts favoráveis, gerando fluxos eficientes e agilizando os atendimentos; **v.** melhoria dos fluxos de trabalho/material/paciente no hospital, visando evitar problemas de funcionamento e de infecção; **vi.** instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza; **vii.** disponibilidade de condições preventivas de proteção contra incêndio, assim como de combate e controle de pânico em eventuais ocorrências de incêndio; **viii**. promoção da saúde e proteção da integridade do trabalhador em seu ambiente laboral.

No que diz respeito ao planejamento e utilização do Centro Cirúrgico (*Q 2.1*), constatou-se a subutilização da estrutura física e de pessoal do Centro Cirúrgico (*Achado 03)*. Tal achado de auditoria está vinculado a uma série de causas, tais quais:

- inexistência de monitoramento e avaliação de dados gerenciais e operacionais, de forma institucionalizada, no Centro Cirúrgico;
- não fornecimento, pelo sistema GEHOS, de informações estruturadas no que tange a filas para cirurgias e demanda reprimida por especialidade;
- ausência de parâmetros técnicos formalmente estabelecidos, para a elaboração do Mapa de Cirurgias, inclusive no tocante ao número de cirurgias possíveis de serem realizadas, impactando no aproveitamento da a força de trabalho da equipe médica;
- falta de análise formal de dados referentes à capacidade instalada e utilização do Centro Cirúrgico, por parte da coordenação do CC e/ou gestão do HMSI;
- inexistência de estabelecimento rígido do horário de início da primeira cirurgia do dia; ausência de controle sistemático referente: **i**. ao início da primeira cirurgia, **ii** aos atrasos nos inícios das cirurgias; **ii**i. e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias;
- inexistência de controle e mensuração da taxa de cancelamento de cirurgias, bem como das causas para os cancelamentos; e
- não produção de indicadores, pelo Centro Cirúrgico, aptos a possibilitar a análise de desempenho e eficiência de sua operacionalização.

Para fazer face a essas causas, propomos as seguintes recomendações à Direção do HMSI:
R.10 Implementar de forma institucionalizada o monitoramento periódico das métricas do Centro Cirúrgico, com o fito de possibilitar o acompanhamento e avaliação de dados gerenciais e operacionais; *R.11* Propor modificações no Sistema GEHOS de modo que ele forneça informações estruturadas a respeito dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico, com o propósito de subsidiar o processo de tomada de decisão da gestão;

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

R.12 Estabelecer e adotar parâmetros técnicos para a elaboração do Mapa Cirúrgico, de modo a reduzir a dependência da experiência pessoal dos profissionais envolvidos na sua concepção;
R.13 Realizar estudos, metas internas e fazer uso de benchmarking a respeito da capacidade instalada do Centro Cirúrgico, notadamente comparando o efetivamente executado com o possível de ser realizado;
R.14 Estabelecer em protocolos ou documentação equivalente, de modo institucionalizado, o horário rígido de início da primeira cirurgia do dia;
R.15 Estabelecer e acompanhar o controle sistemático referente: **i**. ao início da primeira cirurgia; **ii.** aos atrasos nos inícios das cirurgias; e **iii**. e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias;
R.16 Mensurar e controlar a "Taxa de Cancelamento", criando meios no Sistema GEHOS, ou em outra plataforma, para categorizar as razões dos cancelamentos; e
R.17 Documentar em protocolos formais os indicadores de desempenho e eficiência que devem ser produzidos pelo Centro Cirúrgico, além de estabelecer a periodicidade de sua análise.

Com a implementação de tais recomendações, espera-se que se obtenha os seguintes benefícios: **i.** melhor visão da performance gerencial e operacional do Centro Cirúrgico, contribuindo na tomada de decisão para sanar possíveis deficiências; **ii.** facilidade na extração e visualização de dados e informações que agreguem valor na formação do conhecimento inerente ao Centro Cirúrgico; **iii**. maior objetividade e segurança na elaboração do Mapa Cirúrgico, reduzindo a dependência da experiência dos profissionais e contribuindo para a eficiência na alocação dos recursos disponíveis; **iv.** adoção de medidas que visem o saneamento de possíveis ineficiências do Centro Cirúrgico, além de traçar trilhas de melhorias capazes de contribuir para a tomada de decisão, com vistas a alcançar a utilização plena do setor; **v.** utilização plena das salas e cumprimento do Mapa Cirúrgico, com potencial de melhorar a eficiência da força de trabalho médica e aumentar o número de cirurgias realizadas; **vi.** conhecimento, por parte da gestão, de possíveis gargalos que podem causar ineficiência das salas cirúrgicas, podendo ser minimizadas, contribuindo para a utilização mais efetiva do Centro Cirúrgico; **vii.** mapeamento, por parte da gestão do HMSI e da Coordenação do CC, dos principais motivos de as cirurgias não serem realizadas conforme programado no Mapa Cirúrgico, o que servirá como fonte de informação para que a gestão adote providências para minimizar a ocorrência; e **viii.** informações gerenciais aptas a fomentar o processo decisório da gestão do HMSI e da Coordenação do Centro Cirúrgico, criando oportunidade de se acompanhar de forma mais fiel e técnica o andamento e a produção das atividades pertinentes ao CC.

Por fim, com relação aos materiais e equipamentos cirúrgicos (*Q.2.2*), a auditoria concluiu pela disponibilidade insuficiente de materiais cirúrgicos prontos para uso e de equipamentos para operacionalização plena do Centro Cirúrgico, estando em desacordo com a RDC MS/ANVISA n. 63/2011 (*Achado 04)*.

Este achado está diretamente relacionado às seguintes causas:

- falta de planejamento estratégico da direção do HMSI e/ou da própria secretaria, contemplando ações relacionadas a aquisições de insumos, materiais e equipamentos do Centro Cirúrgico;
- ausência de autonomia financeira da unidade hospitalar, sendo todas as necessidades de despesa (aquisição de materiais, equipamentos e insumos) comunicadas à SMS,

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 657
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

podendo desencadear em um maior prazo de atendimento das necessidades solicitadas do hospital;
- alto custo de certos equipamentos hospitalares; e
- ausência de setor especializado em Engenharia Clínica, de modo a proporcionar a conservação e manutenção de materiais e equipamentos.

Com o fito de sugerir melhorias para a questão, sugere-se o seguinte:

Recomendação à direção do HMSI:
R.18 Elaborar planejamento estratégico contemplando ações voltadas à aquisição de materiais, insumos e equipamentos do HMSI, favorecendo a uma boa prática de funcionamento dos serviços de saúde, no âmbito do hospital, conforme os arts. 7º, 17 e 53 da Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011;
R.19 Adotar prática de acompanhamento do uso das salas do Centro Cirúrgico por meio de levantamento formal de ocorrências e causas dos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias que estejam relacionadas à indisponibilidade de materiais e equipamentos cirúrgicos; e
R.20 Implantar setor especializado em manutenção preventiva e corretiva, garantindo a disponibilidade de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade dos serviços necessários ao atendimento da demanda, conforme art. 53 da Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011.

Recomendação à SMS/JP:
R.21 Estudar a viabilidade de proporcionar grau de autonomia ao HMSI, de modo a dar celeridade ao processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, atendendo ao disposto nos arts. 7º, 17 e 53 da Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011.

Recomendação à SMS, juntamente com a direção do HMSI:
R.22 Estudarem a possibilidade de aquisição de itens relacionados ao funcionamento pleno do CC, como TVLP e instrumentais necessários, monitores multiparamétricos, entre outros itens, garantindo, dessa forma, a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, conforme preceitua o art. 17 da Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011.

Das recomendações acima, espera-se obter os seguintes benefícios: **i.** disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente as necessidades relacionadas a materiais, equipamentos e insumos do CC; **ii.** mapeamento, por parte da direção do HMSI, dos materiais, insumos e equipamentos faltantes no CC, que deram causa aos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias, de modo a subsidiar a tomada de providências; **iii.** Centro Cirúrgico melhor provido de insumos, materiais e equipamentos prontos para uso, de modo a impactar no número de cirurgias realizadas; i**v.** maior agilidade no processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, repercutindo na disponibilidade de itens necessários para a realização dos serviços atrelados ao CC, favorecendo, dessa forma, a uma boa prática de funcionamento e celeridade nos serviços de saúde no âmbito do HMSI; e **v**. sistemática de manutenção preventiva e corretiva otimizada, de modo a aumentar a conservação dos materiais e equipamentos, contribuindo, assim, para a preservação do patrimônio hospitalar existente.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 658
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa, Objeto e Escopo da Auditoria

Inserida no Plano Anual de Trabalho (PAT) da Rede Integrar de Controle Externo e no Planejamento Anual do GAOP/DIAFI para 2023, a iniciativa faz parte do Projeto Eficiência Hospitalar[1], criado pelo TCU, com o objetivo de induzir maior eficiência nos serviços assistenciais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles prestados por hospitais, a partir de uma abordagem de auditoria comum entre essas instâncias de controle, a fim de que seja possível difundir e amadurecer o tema de forma colaborativa e em escala. A seleção da Unidade Hospitalar de Média e Alta Complexidade a ser auditada foi precedida de levantamento preliminar a partir dos seguintes aspectos - exclusão da Unidade Hospitalar (UH) selecionada pela AudSUS/MS-PB, escore de eficiência - DEA e porte (número de leitos e de profissionais).

A partir do diagnóstico do objeto, o escopo da presente auditoria operacional foi estruturado em dois eixos, contemplando os seguintes aspectos e questões de auditoria:

EIXO 1 – VISÃO MACRO DO HOSPITAL

1.1 Planejamento e contratualização

Questão 1: O HMSI possui metas e indicadores que permitem monitorar e avaliar o desempenho estratégico e operacional, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança?

1.1 Infraestrutura física e instalações complementares

Questão 2: A infraestrutura física e as instalações complementares do HMSI viabilizam a operação e prestação de serviços de forma eficiente, de acordo com a Portaria MS n. 3.390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar) e as RDCs MS/ANVISA n.50/2002 e 63/2011 ?

EIXO 2 – ORGANIZAÇÃO LOGÍSTICA E OPERACIONAL DO CENTRO CIRÚRGICO

2.1 Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico

Questão 3: O gerenciamento e o planejamento do Centro Cirúrgico do HMSI contribui para sua operacionalização plena, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança?

2.2 Material cirúrgico e equipamentos

Questão 4: O Centro Cirúrgico dispõe de materiais cirúrgicos prontos para uso e de todos os equipamentos em quantidade suficiente para sua operacionalização plena?

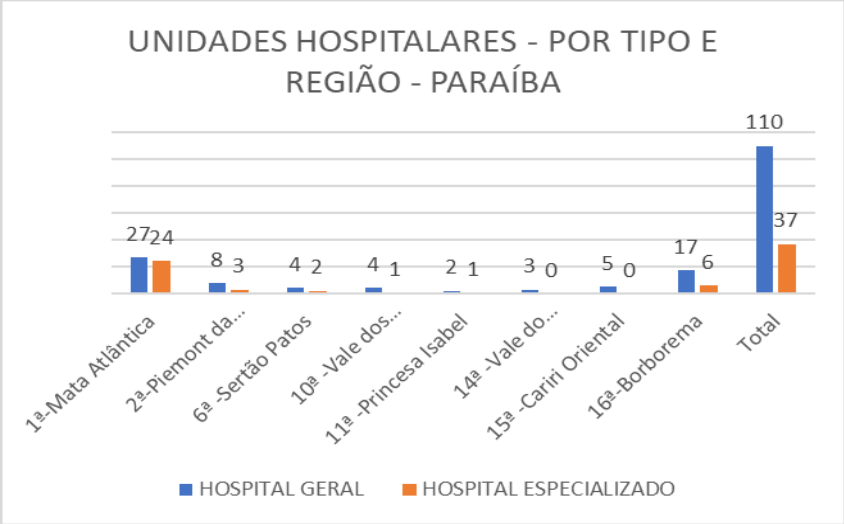
[1] https://eficiencianasaude.org/eficiencia-hospitalar/

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 659
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

1.2 Visão Geral

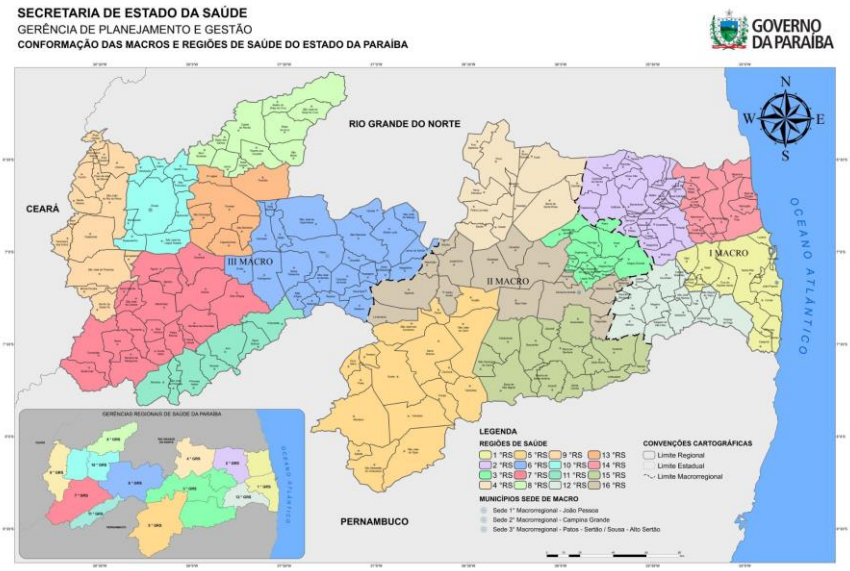
De acordo com o DATASUS/MS[2], existem 145 Unidades Hospitalares (UH) no território paraibano, sendo 110 do tipo Hospital Geral e 37 Hospitais Especializados. A distribuição dessas unidades por região está ilustrada no gráfico a seguir, podendo as dezesseis regiões serem identificadas no mapa apresentado na sequência. Das informações, tem-se a maior concentração na 1ª Região - Mata Atlântica (35% do total) e na 16ª Região - Borborema (16%).

GRÁFICO 1 - UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E REGIÃO - PARAÍBA



Fonte: Elaborado pelo GAOP/DIAFI/TCE-PB a partir de dados do DataSus/MS

FIGURA 1 - REGIÕES DE SAÚDE - PARAÍBA



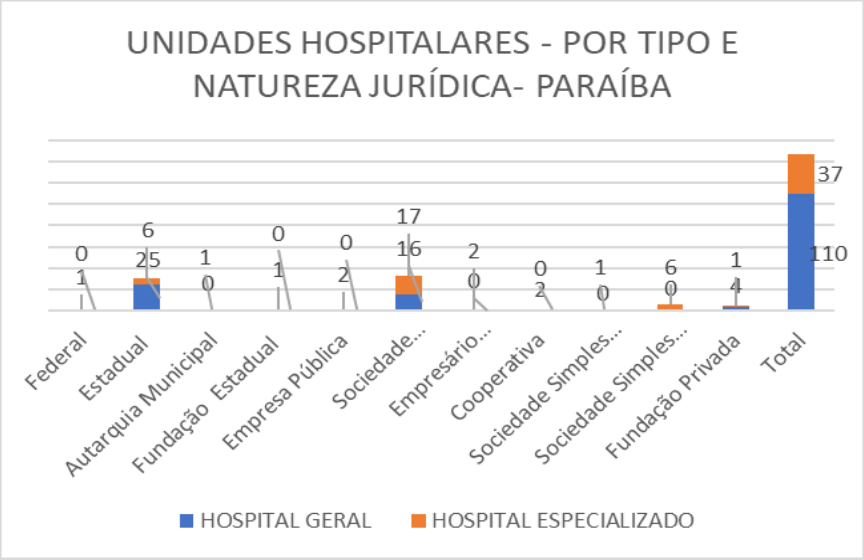
Fonte: Site do COSEMS-PB

[2] http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabpb.def Consulta em 21/11/2023.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

No que se refere à natureza jurídica das Unidades Hospitalares, tem-se uma predominância do Poder Executivo Municipal, com 53 estabelecimentos (sendo cinquenta do tipo Hospital Geral), seguida por Sociedade Empresária Limitada, com 33 (sendo dezessete do tipo Hospital Especializado), e pelo Poder Executivo Estadual, com 31 estabelecimentos (sendo 25 do tipo Hospital Geral). O gráfico a seguir demonstra essas informações.

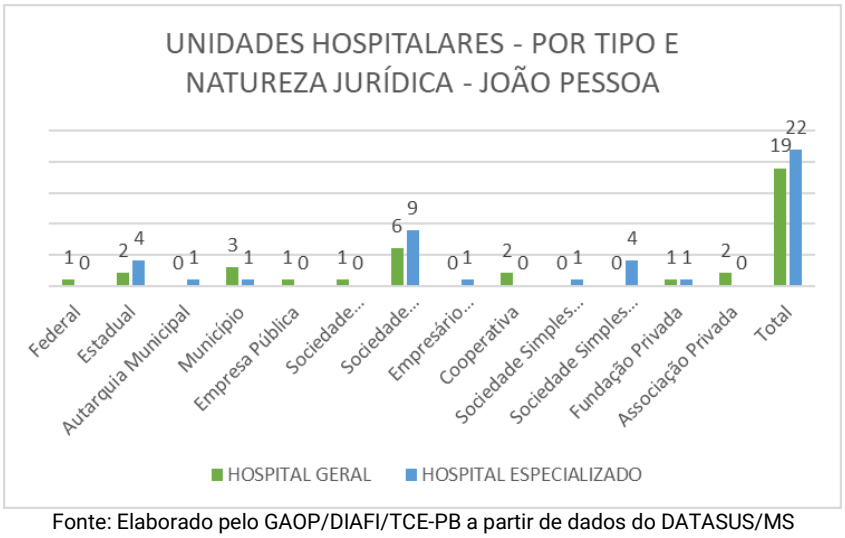
GRÁFICO 2 - UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E NATUREZA JURÍDICA - PARAÍBA



Fonte: Elaborado pelo GAOP/DIAFI/TCE-PB a partir de dados do DataSus/MS

Focando-se no território do município de João Pessoa, segundo o DATASUS/MS, existem dezenove estabelecimentos do tipo Hospital Geral e 22 do tipo Hospital Especializado. Dessas 41 Unidades Hospitalares, cinco são da Rede Pública do Município, sendo uma Autarquia - Instituto Cândida Vargas, especializado na Atenção Materno Infantil.

GRÁFICO 3 - UNIDADES HOSPITALARES POR TIPO E NATUREZA JURÍDICA - JOÃO PESSOA



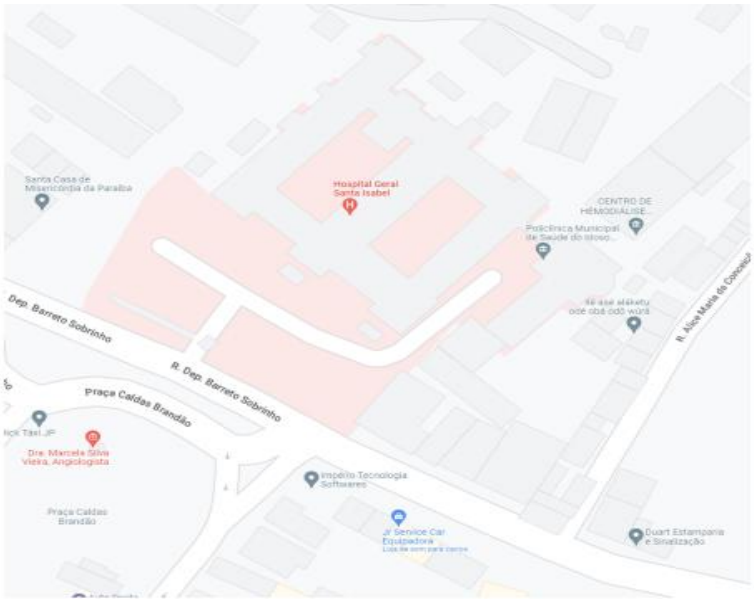
Fonte: Elaborado pelo GAOP/DIAFI/TCE-PB a partir de dados do DATASUS/MS

Quatro unidades estão sob a administração direta da SMS/JP[3]:

- Complexo Hospitalar Gov. Tarcísio Burity (Ortotrauma) - unidade de urgência e emergência, especializada em ortotraumatologia;
- Hospital Prontovida - hospital de retaguarda para pacientes de duas especialidades médicas: oncologia e cardiologia;
- Hospital Municipal Valentina - realiza atendimento pediátrico desde casos de menor complexidade até patologias mais graves, além de atendimentos de urgência e emergência pediátrica, com disponibilidade de internações para tratamento clínico e assistência em terapia intensiva na Linha de Cuidado de Assistência à Criança; e
- Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), objeto da presente Auditoria - realiza cirurgias eletivas de média e alta complexidade, sendo referência em diversas especialidades - Cirurgia Geral, Cirurgia Bariátrica, Proctologia, Mastologia, Urologia, Cirurgia Ginecológica, Cabeça e pescoço, Cirurgia plástica, Neurocirurgia, Cirurgia de mão, Cirurgia Vascular e Cirurgia torácica; funciona ainda como unidade de referência para tratamento de pacientes de urgências clínicas de enfermaria e UTI, provenientes das UPAS e de outros hospitais municipais, e de consultas especializadas e exames de imagem encaminhadas pela Regulação Municipal.

O Hospital Municipal Santa Isabel localiza-se na Praça Caldas Brandão, no Bairro Tambiá, outrora Sítio Cruz do Peixe. Em 1892, o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba do Norte, posteriormente denominado de Hospital de Santa Isabel, recebeu do governador da Província da Parahyba, o domínio útil do terreno. Lançada a pedra fundamental do hospital em 1908, somente em 1914 foi inaugurado o prédio de um pavimento, destinado à instituição, que funcionava até então precariamente aos fundos da Igreja da Misericórdia, no centro da capital.

FIGURA 2 - HMSI - LOCALIZAÇÃO



Fonte: Google Maps

[3] https://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/sms/

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Na década de 1940 foi edificado o primeiro andar sobre as alas sul e leste do prédio. Em 1965, foram construídas a escadaria, as rampas de acesso e o abrigo para ambulância e, sobre a laje deste, se fez o solário. No começo da década de 1970 deram início à edificação do primeiro pavimento das alas norte e oeste do hospital. Integra-o ainda o bloco de centro cirúrgico, no andar térreo do qual, em 1968, foi instalada a maternidade, sendo os demais pavimentos concluídos posteriormente.

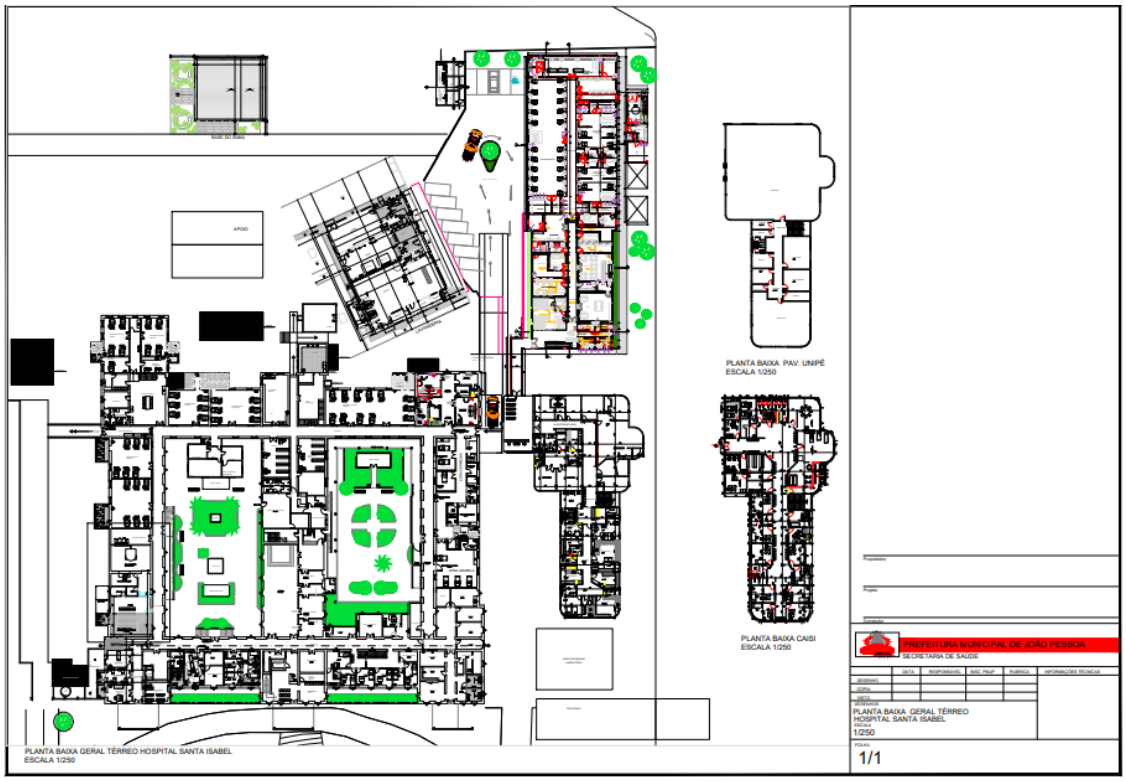
Em prédio anexo, inaugurado em 1922 e também pertencente à Santa Casa da Misericórdia, funcionou o Hospital Oswaldo Cruz. O mesmo passou a abrigar, a partir de 1960, a Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat, que já desenvolvia suas atividades junto ao próprio Santa Isabel. Mantendo sua função até o presente, incorporado ao sistema municipal de saúde em 1995, por meio de arremate em leilão, o Hospital Santa Isabel é apontado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico do Estado da Paraíba (IPHAEP) como um imóvel de relevante interesse, constituindo-se em um marco da história hospitalar da cidade de João Pessoa[4].

FIGURA 3 - HMSI - VISTA PANORÂMICA

Fonte: Google - https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Favaliacoesbrasil.com%2Fhospital%2Fjoao-pessoa%2Fhospital-geral-santa-isabel%

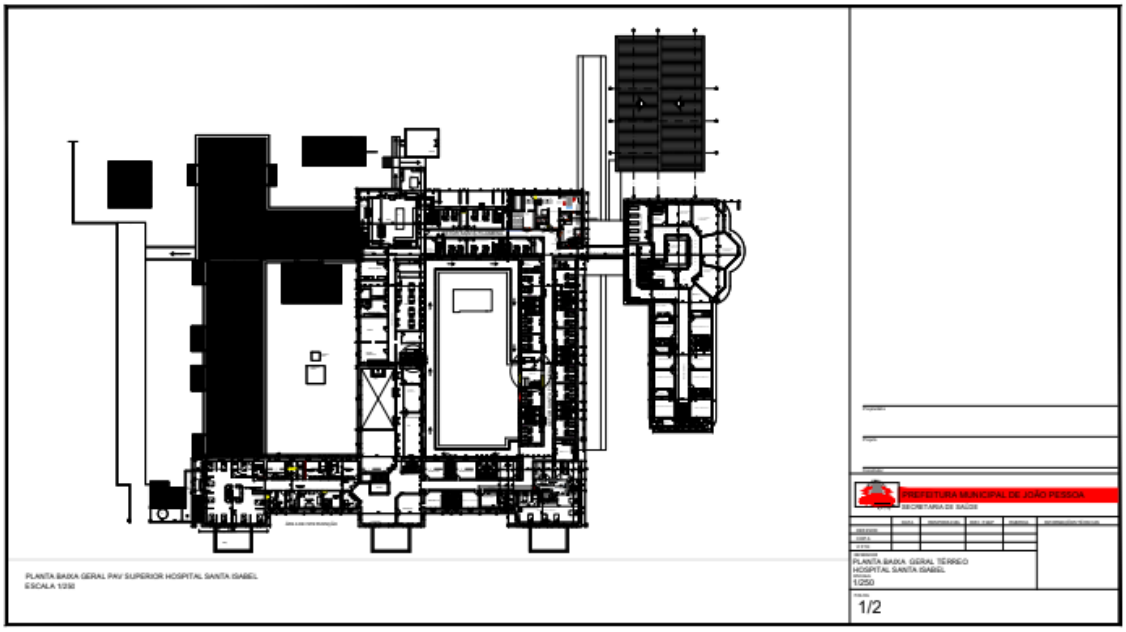
4 Fonte:https://www.memoriajoaopessoa.com.br/acervopatrimonial/36.pdf

FIGURA 4 - HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. TÉRREO



Fonte: HMSI

FIGURA 5 - HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. SUPERIOR



Fonte: HMSI

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Atualmente, o Hospital Municipal Santa Isabel conta com seis salas de cirurgia e 118 leitos de internação, assim distribuídos:

- UTI I - oito leitos, UTI II – seis leitos, UTI III – dez leitos e UTI IV – 22 leitos, totalizando 46 leitos;
- Enfermarias - Clínica Cirúrgica – 36 leitos e Clínica Médica 36 leitos, totalizando 72 leitos de enfermaria.

A regulação de acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares se dá por meio da Central de Internação Hospitalar Municipal (CIH), através do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e da Sala de Marcação de Exames pré-operatórios e Cirurgias.

O HMSI possui os principais meios de diagnóstico por imagem e laboratoriais necessários à assistência dos seus pacientes, tais como Endoscopia digestiva alta, Colonoscopia, Broncoscopia, CPRE[5], Tomografias, Radiologia convencional (Raio X), Ecocardiograma, Ultrassonografia geral, Doppler de carótidas e vertebrais, Doppler de membros, Cateterismo/angioplastia (hemodinâmica), Biópsias mamárias guiadas por ultrassom (core). Na excepcionalidade de algum exame demandado por paciente fora dos oferecidos internamente, é feita solicitação à Central de Regulação Municipal, responsável pela marcação em outros serviços conveniados/contratados pela SMS/JP.

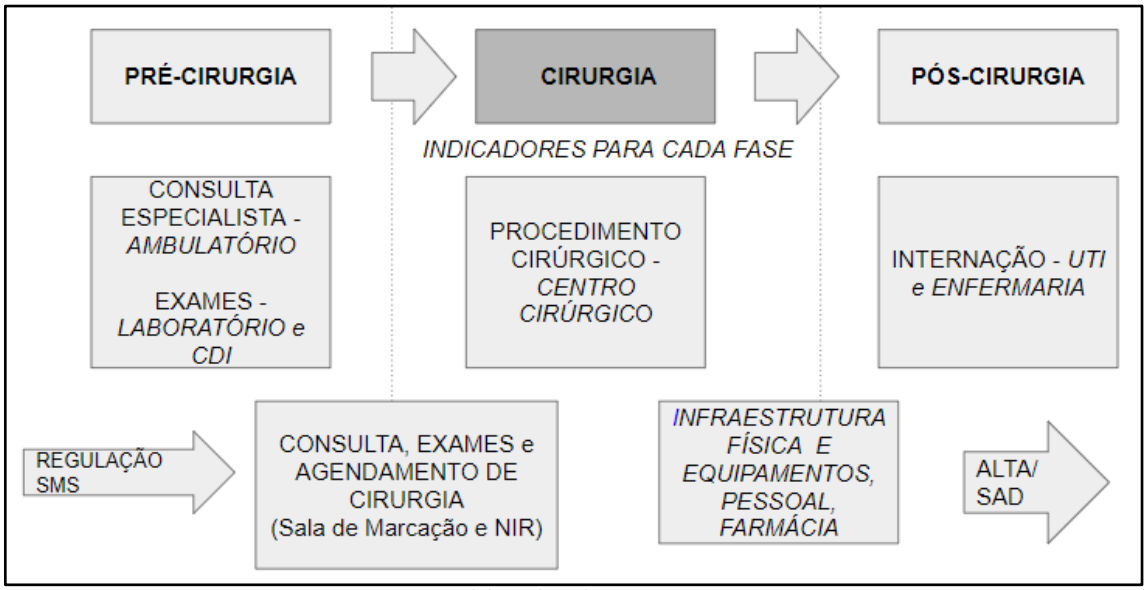
No que tange a consultas e exames de imagem, além de atender aos pacientes internos, mensalmente, a Direção do HMSI envia à Regulação do Município de João Pessoa o quantitativo de vagas disponíveis referentes a consultas, por especialidade médica, bem como referentes a procedimentos e exames, para que sejam atendidas demandas externas ao hospital, advindas de pacientes encaminhados por Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Na tentativa de compreender o contexto geral de funcionamento do HMSI, elaborou-se o Modelo Lógico a seguir, de modo a se expressar a finalidade principal da UH, sistematizando-se, de forma geral, os processos envolvidos.

5 Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 6 - MODELO LÓGICO - HMSI



Fonte: Elaborado pelo GAOP/DIAFI/TCE-PB

Cabe ainda mencionar exemplos recentes da busca de aprimoramento de funcionamento, por parte do próprio hospital, em consonância com a SMS/JP. O HMSI participou do Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos (RHP), em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz[6], por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)[7]. O RHP refere-se ao desenvolvimento de ações para fortalecer e fomentar melhorias nos processos assistenciais, administrativos e gerenciais dos hospitais do SUS. O enfoque deste projeto está na avaliação e no monitoramento contínuo de processos, na redução de custos e no gerenciamento consciente de recursos humanos e materiais, contribuindo, consequentemente, para a padronização de rotinas e a redução de riscos aos pacientes, aos familiares e aos trabalhadores do setor.

Atualmente, o HMSI está participando do projeto Reabilitação na Síndrome do Pós Cuidados Intensivos, em parceria também com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e do projeto Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS, com o Hospital Sírio-Libanês.

1.3 Metodologia

A competência dos Tribunais de Contas brasileiros para exercer o controle externo quanto à economicidade, eficácia e eficiência foi introduzida na Constituição Federal de 1988 (art. 70).

[6] https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/reestruturacao-de-hospitais-publicos1

[7] Em parceria com Hospitais de Referência no Brasil, tem o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada.

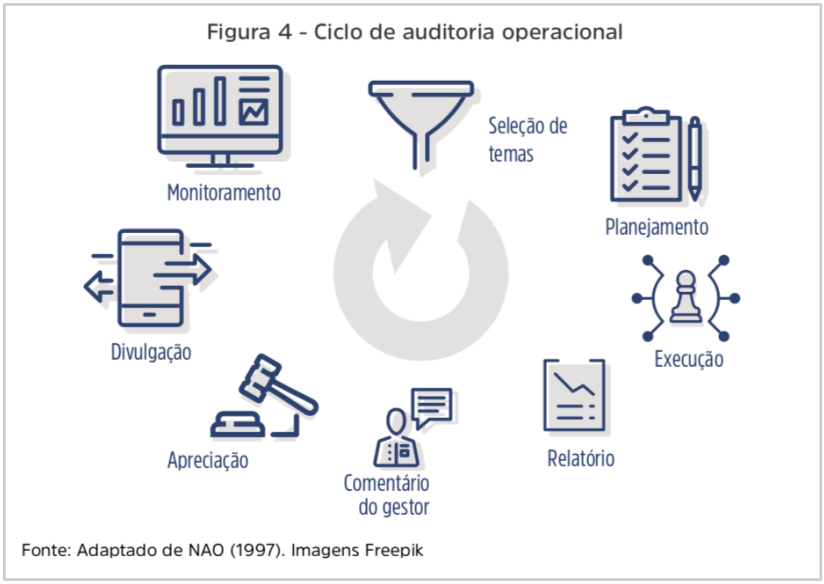
Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

No TCE-PB, a fiscalização por meio de auditoria operacional, também denominada auditoria de desempenho ou de resultados, encontra-se atualmente regulamentada por meio da Resolução Normativa RN-TC-01/2018, onde se menciona que, para a fiscalização através de Auditoria Operacional, inclusive no que tange a Monitoramento, este Tribunal adota os Princípios Fundamentais de Auditoria Operacional da INTOSAI[8] (ISSAI 300), inseridos nas Normas Brasileiras do Setor Público (- Nível 2 – Princípios Fundamentais de Auditoria do Setor Público) do Instituto Rui Barbosa (IRB), além da Norma para Auditoria Operacional (ISSAI 3000) e das Orientações sobre Conceitos Centrais para Auditoria Operacional (ISSAI 3100), ambos da INTOSAI, todos contemplados no Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União (MAO)[9]. Segundo o referido Manual:

> "A Auditoria operacional é o exame independente, objetivo e confiável que analisa se empreendimentos, sistemas, operações, programas, atividades ou organizações do governo estão funcionando de acordo com os princípios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade e se há espaço para aperfeiçoamento[10].

O ciclo de uma Auditoria operacional no setor público está representado na figura a seguir[11]:

FIGURA 7 - CICLO DA AUDITORIA OPERACIONAL



Fonte: MAO/TCU (2020)

Dentro desta metodologia, a instrução do presente processo compreendeu as etapas de Planejamento e de Execução, detalhadas na sequência.

[8] Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores.

[9] Em 2020 foi publicada a 4ª. edição do Manual de Auditoria do TCU, já considerado neste trabalho

[10] MAO/TCU (2020), p.16, item 1.2

[11] MAO/TCU (2020), p.25

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 667
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

No Planejamento, principiou-se pelo levantamento da legislação pertinente, nos níveis federal, estadual e municipal, como critérios de auditoria, além de estudos e referenciais de boas práticas, destacando-se o Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais[12] e o Referencial Básico de Governança Organizacional[13].

Em adição aos dados secundários existentes, utilizaram-se, como instrumentos de coleta de dados e informações, entrevistas com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), com a administração do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), assim como junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB) e ao Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS-JP), além de visitas e inspeção *in loco* à unidade hospitalar. A consolidação e análise de tais informações permitiram a elaboração de Técnicas de Diagnóstico (Análise Stakeholder[14], Análise SWOT[15] e Mapeamento de Risco[16]).

A versão inicial da Matriz de Planejamento foi validada por meio de reunião virtual com a titular da SMS-JP, e sua equipe, e com a Diretora Geral do HMSI, constando a versão final no Sistema Tramita, do TCE-PB[17].

Na etapa de Execução foram solicitadas informações e evidências à SMS-JP[18] e ao HMSI[19], além de alguns setores do hospital, considerados importantes para a auditoria - Centro Cirúrgico, Sala de Agendamento de Cirurgia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)[20]. Foi também aplicado questionário junto aos colaboradores do HMSI, por meio de formulário eletrônico, sobre questões relacionadas à instalação física e segurança, o qual foi respondido por 334 pessoas.

Realizou-se ainda Inspeção *in loco,* seguindo Roteiro de Verificação, no Centro Cirúrgico, quanto a sistemas de controle, materiais e equipamentos, e no HMSI de forma geral, sobre aspectos relacionados à adequação da infraestrutura física no que tange aos deslocamentos dentro do HMSI, acessibilidade e segurança contra incêndio.

Em seguida, os dados e informações obtidos por todos estes instrumentos de coleta foram analisados e consolidados, elaborando-se a *Matriz de Achados,* descrevendo-se, com relação às questões de auditoria, as situações encontradas e suas evidências, em confronto com os critérios legais estabelecidos, além de possíveis causas e efeitos, sugestões de recomendações por parte do Tribunal de Contas e benefícios esperados. A *Matriz de Achados*[21] elaborada foi então submetida à validação presencial do relator do processo, Cons. Antônio Gomes Vieira Filho, servindo de base para a feitura do presente relatório.

---

[12] TCU. Versão 3.1 - agosto 2022
[13] TCU - 2020
[14] Doc. TC N. 94522/23
[15] Doc. TC N. 94525/23
[16] Doc. TC N. 94533/23
[17] Doc. TC N. 94590/23
[18] Doc. TC N. 95993/23
[19] Doc. TC N. 95995/23
[20] Doc. TC N. 96002/23
[21] Doc. TC N.113.217/23

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 668
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

2. VISÃO MACRO DO HOSPITAL

No primeiro eixo de investigação do escopo desta auditoria operacional, examinou-se o Hospital Municipal Santa Isabel como um todo, tendo em vista que o diagnóstico sinalizou a existência de dificuldades que impactam o desempenho geral. A abordagem centrou-se assim nas questões de Planejamento e contratualização (item 2.1 deste relatório) e da Infraestrutura física e instalações complementares (item 2.2).

2.1 Planejamento e contratualização

No primeiro aspecto avaliado, considerando uma visão macro do Hospital Municipal de Santa Isabel (HMSI), foram analisadas questões relacionadas ao planejamento e ao acompanhamento do desempenho, tanto no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP), no que tange aos hospitais que compõem a rede municipal de saúde – também considerando as contratualizações eventualmente realizadas, conforme previsto na legislação –, quanto as ações realizadas no âmbito interno do próprio nosocômio, avaliando a atuação da Direção do Hospital nesse aspecto.

Neste sentido, na *Portaria MS n. 3.390/2013*, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na *Seção V - Do Eixo de Contratualização*, são dadas as seguintes diretrizes:

> Art. 29. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.
> Parágrafo único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização.
> Art. 30. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver;
> II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;
> III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;
> IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e
> V - efetivação do controle social e garantia de transparência.

A mesma Portaria, na *Seção VI – Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão*, prevê o seguinte:

> Art. 32. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 669
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

> atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos nesta Portaria.
> (...)
> § 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal:
> I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR;
> (...)
> VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avalição das metas pactuadas no instrumento contratual;
> VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade;
> (...)

No entanto, restou evidenciado que a SMS-JP não realizou, até o momento, a efetiva implantação da PNHOSP, visto que não há contratualização firmada entre a Secretaria e os hospitais da rede, incluindo o HMSI, com exceção do Instituto Cândida Vargas.

Em entrevista respondida pelo Secretário Municipal de Saúde (fls. 522/524 dos autos), foi dada a informação de que estão sendo realizados estudos técnicos para estabelecer Contratos de Gestão junto a todos os hospitais da rede própria. Contudo, não foi comprovada a realização desses estudos, bem como não foi dada previsão de conclusão e efetiva realização das contratualizações, de modo a cumprir o previsto no *Art. 32, § 3º da Portaria MS n. 3.390/2013*.

Dessa forma, com a ausência de contratualizações, têm-se que não há documento formal estabelecendo metas e indicadores de desempenho, bem como mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar da rede municipal de saúde.

Complementarmente, a Direção do HMSI não se pronunciou formalmente quanto à prática da realização de planejamento estratégico no hospital. Resta demonstrado que, além da ausência de Contrato de Gestão firmado com a SMS-JP – contemplando, dentre outras coisas, o desempenho esperado do nosocômio –, não há, internamente, o estabelecimento formal de um planejamento que inclua objetivos, indicadores e metas e que forneça uma estrutura para a tomada de decisões baseada em análises e dados sólidos.

Estes fatos podem ser considerados causas das situações encontradas que revelaram a ausência de instituição de metas e indicadores, por parte da SMS-JP, referentes ao desempenho estratégico e operacional do HMSI, bem como a ausência de instituição de metas e indicadores, por parte da Direção do HMSI, referentes ao seu próprio desempenho. Configura-se, assim, como Achado de Auditoria, o **não estabelecimento claro de metas e indicadores de forma a permitir o monitoramento e avaliação do desempenho estratégico e operacional do HMSI (Achado 01)**.

O *Referencial Básico de Governança Organizacional* (TCU, 2020) define como uma diretriz de boa governança o estabelecimento de objetivos organizacionais alinhados ao interesse público, de modo que o planejamento e a execução das operações reflitam o propósito da organização e contribuam para alcançar os resultados pretendidos. Além disso, é preconizado que se deve monitorar o desempenho e utilizar os resultados para identificar oportunidades de melhoria e

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

avaliar as estratégias organizacionais estabelecidas[22]. O mencionado Referencial define ainda que é uma prática de governança o estabelecimento de estratégia, sendo que o planejamento estratégico deve traduzir o pensamento, codificando a estratégia formulada, planejando a estratégia (traduzindo em temas, objetivos, indicadores, metas, limites de tolerância), e desdobrando a estratégia em planos de ação para as demais unidades organizacionais, indicando recursos e responsáveis[23].

Quanto às situações encontradas, a SMS-JP informou[24] que realiza reuniões periódicas com os representantes dos hospitais a fim de definir metas de atendimento para os períodos subsequentes. Nada obstante, não há registros formais da realização dessas reuniões, restando evidenciado, também, que não há o devido acompanhamento do desempenho estratégico dos hospitais no que se refere aos resultados alcançados, bem como do cumprimento do papel de cada um na rede municipal de saúde.

Da mesma forma, por parte do HMSI, não foi identificado o estabelecimento de metas e indicadores de forma a permitir o monitoramento e avaliação do desempenho próprio, o que viabilizaria o acompanhamento dos resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços, apontando não existirem parâmetros formalizados que possam subsidiar as tomadas de decisão de curto, médio e longo prazo.

Consequentemente, como efeito das situações encontradas, constata-se uma potencial dificuldade, por parte da SMS/JP, em desenvolver estratégias voltadas para o cumprimento do papel do hospital na rede, visto que os processos de planejamento e gestão não são baseados em dados sistematizados. Sem um planejamento abrangente e o devido acompanhamento dos resultados, resta dificultado o estabelecimento de uma visão clara e de longo prazo quanto a melhorias, adequações, alocações de recursos e implantação de ações, de modo permitir que a rede de saúde cumpra seus objetivos.

Outro efeito constatado é a potencial deficiência por parte da Direção do HMSI em perceber problemas e acompanhar os resultados internos do hospital, pois, além da carência da atuação da SMS-JP no que diz respeito ao planejamento macro da rede, também há carência no que se refere ao acompanhamento, por parte da Direção, dos resultados internos, dificultando a tomada de decisões no que se refere a priorização de ações.

Importa destacar que a *Portaria MS n. 3.410/2013*, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em sua *Seção IV – Do Eixo Avaliação* dispõe (grifos nossos):

> Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais:
> I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
> II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;

[22] Capítulo 1
[23] Capítulo 5, 2.2
[24] Doc. 102619/23

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

> (...)

A *Portaria MS nº 3.390/2013, Seção II – Do Eixo de Gestão Hospitalar* complementa o assunto com a seguinte diretriz:

> Art. 19. (...)
> § 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.
> (...)

Em razão do exposto, sugerem-se as seguintes recomendações à SMS-JP:

R.1 No sentido de estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão, como previsto na Portaria MS n. 3.390/2012, art. 32, § 3º; e

R.2 Para que, após contratualização dos hospitais sob sua gestão - como previsto na Portaria MS n. 3.390/2012, art. 32, § 3º - estabeleça uma sistemática, com periodicidade definida e com os devidos registros, para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuadas.

Para a Direção do HMSI são sugeridas as recomendações a seguir:

R.3 Para que mantenha registros relativos ao monitoramento e acompanhamento dos resultados da unidade hospitalar, com os devidos desdobramentos a respeito de ações e decisões tomadas a partir desta avaliação; e

R.4 Elaborar um planejamento formal próprio, a partir do desdobramento das metas, indicadores e objetivos definidos no Contrato de Gestão, de modo que a Direção possa realizar um acompanhamento adequado dos seus resultados, priorizando ações e alocação de recursos, além de subsidiar a proposição de adequações à SMS/JP, no que diz respeito ao hospital.

Em decorrência das recomendações sugeridas, esperam-se como benefícios:

- Adequada visão da rede municipal de saúde, permitindo um melhor planejamento e o desenvolvimento de estratégias voltadas para o cumprimento do papel de cada hospital da rede;
- Manutenção de dados sistematizados e estruturados que permitam monitorar e avaliar resultados, proporcionando uma visão clara do desempenho do hospital e a propositura de potenciais ações de melhoria; e
- Disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente os resultados internos, tendo subsídios para tomar decisões, priorizar ações, e alocar recursos (humanos, financeiros etc), além de propor melhorias.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

2.2 Infraestrutura física e instalações complementares

A *Portaria MS n. 3.390/2013*, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece, na *Seção II - Do Eixo de Gestão Hospitalar*, os seguintes requisitos:

> Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais:
> ...
> VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica (grifo nosso).
> .
> ...
> Art. 21. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS.(grifo nosso).

Segundo a *Portaria MS n. 3.410/2013*, que define as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a PNHOSP, deve fazer parte indissociável do instrumento formal de contratualização *Documento Descritivo*, como instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa (artigo 25). Dentre os itens que o Documento Descritivo deve, no mínimo, conter, está a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização, conforme o Art. 26, IV (grifo nosso).

No *item 2.1 Planejamento e contratualização*, deste relatório, verificou-se não haver instrumento de contrato de gestão da SMS-JP com o HMSI, como previsto na *Portaria MS n. 3.390/2012*, art. 32, § 3º (PNHOSP) e na *Portaria MS n. 3.410/2013* (Contratualização). Por conseguinte, inexiste Documento Descritivo atualizado com a descrição da estrutura física necessária e adequada ao perfil assistencial do hospital, conforme estabelecido nos artigos 25 e 26 da *Portaria MS n. 3.410/2013*.

Este fato pode, evidentemente, causar as situações encontradas que caracterizam a **precariedade da infraestrutura física e das instalações complementares do HMSI para a operação e prestação de serviços de forma eficiente (Achado 02)**. Some-se a isso, a ausência de estudo geral da edificação hospitalar (infraestrutura física e instalações complementares) quando da aquisição do imóvel, em 1995, ou posteriormente, de modo a subsidiar obras necessárias para o funcionamento adequado (atualizações de infraestrutura, renovação de layout e ações para garantir a segurança e conformidade com a prestação de serviços de saúde de acordo com o perfil de atendimento).

Contraria-se, dessa forma, a *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*, que, ao dispor sobre os *Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*, estabelece, na *Seção VI - Da Gestão de Infraestrutura*, que:

> Art. 34. O serviço de saúde deve ter seu projeto básico de arquitetura atualizado, em

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

> conformidade com as atividades desenvolvidas e aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes.(grifo nosso)

Esta mesma Resolução, em seu artigo 36, determina que o serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Contrapondo-se a essa determinação, a situação encontrada foi de mau estado de conservação de espaços físicos e fachadas de fundo do hospital. Por ocasião da inspeção *in loco*, constatou-se a existência de ambientes em condições de insalubridade, evidenciando-se a falta de recuperação (reboco, pintura, esquadria, piso etc), a exemplo do setor de cozinha/nutrição, como mostram os registros fotográficos a seguir.

FIGURAS 8 e 9 - HMSI - COZINHA

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURA 10 - HMSI - DESPENSA

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 674
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 11- HMSI NUTRIÇÃO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 12 E 13 - HMSI - PISO DANIFICADO E PAREDE COM MOFO EM AMBIENTES

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 14 E 15 -HMSI - FACHADAS DE FUNDO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURA 16 - HMSI - FACHADA DE FUNDO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

A *Resolução RDC MS/ANVISA n. 50/2002* é o instrumento normativo que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Na *Parte II* da Resolução, menciona-se que a programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde baseia-se em um Plano de Atenção à Saúde já elaborado, onde estão determinadas as ações a serem desenvolvidas e as metas a serem alcançadas, assim como estão definidas as distintas tecnologias de operação e a conformação das redes físicas de atenção à saúde, delimitando no seu conjunto a listagem de atribuições de cada estabelecimento de saúde do sistema. Ao tratar da *Organização Físico Funcional*[25], destaca-se a importância de se identificar as atribuições e atividades desenvolvidas no Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), que são geradoras ou que caracterizam os ambientes; ao tratar do *Dimensionamento*, *quantificação e instalações prediais dos ambientes*[26], são abordados os aspectos espaciais estritamente relacionados com as diversas atribuições e atividades, como subsídio essencial para a elaboração do programa arquitetônico; são ainda apresentadas tabelas orientadoras a serem utilizadas após a identificação das atividades desenvolvidas no EAS.

Ao tratar dos *Acessos*[27], a Resolução MS/ANVISA RDC n. 50/2002 prevê a preocupação de se

[25] Item 2 da Parte II da Resolução MS/ANVISA RDC n. 50/2002
[26] Item 3 da Parte II da Resolução MS/ANVISA RDC n. 50/2002
[27] Item 4.1 da Parte II da Resolução MS/ANVISA RDC n. 50/2002

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

restringir ao máximo o número desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no EAS, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

De acordo com o *Capítulo 4* da *Resolução RDC MS/ANVISA n. 50/2002*, as circulações externas e internas no EAS são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais caracterizadas no documento e em conformidade com a norma *NBR-9050 da ABNT - Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos*.

A própria Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela *Portaria MS n. 3.390/2013*, no art. 19, §3º, estabelece que a ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (grifo nosso)

Com relação aos fluxos dentro do estabelecimento hospitalar, publicação da Secretaria de Assistência à Saúde/MS[28] ressalta que devem ser verificados os fluxos de trabalho/material/paciente em hospitais, visando evitar problemas de funcionamento e de infecção.

Não obstante tais regramentos, constatou-se que os acessos verticais externos e internos são restritos e desconfortáveis.

Segundo o Núcleo de Segurança do Paciente do HMSI (NSP):

i. a principal dificuldade enfrentada para deslocamento de equipamentos, funcionários, prestadores de serviço e pacientes dentro do HMSI, é a falta de um elevador e o layout antigo do prédio, que possui mais de cem anos de construção e dois pavimentos, existindo apenas rampa como acesso interno vertical; **ii.** apesar de terem sido realizadas modificações no layout ao longo dos anos, ainda há necessidade de melhoria do fluxo de trabalho, a exemplo da relocação do Setor de Nutrição para o térreo, o que facilitaria a entrega de mercadoria; e **iii.** em que pese terem havido intervenções para melhorar a acessibilidade, alguns ambientes precisam de adaptações.

[28] Série Saúde & Tecnologia - Textos de apoio à programação física dos estabelecimentos assistenciais de saúde - Condições Ambientais de Leitura Visual. Brasília, 1995.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 17 - HMSI - VISTA DA RAMPA DE ACESSO INTERNO VERTICAL, A PARTIR DO JARDIM INTERNO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

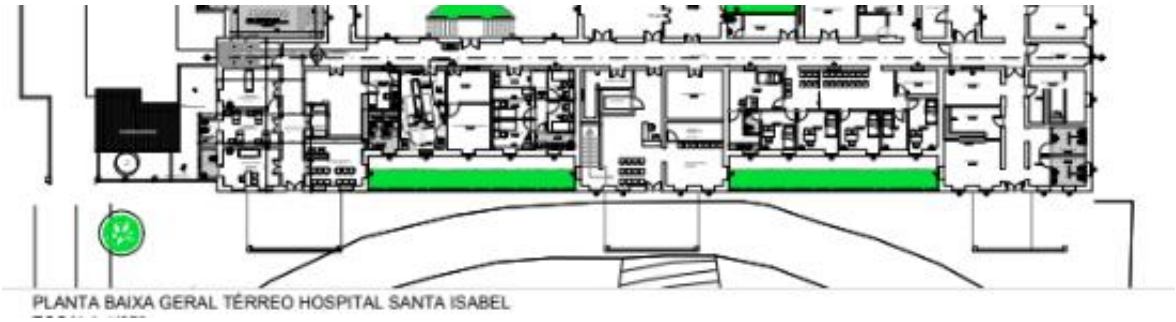
A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), por sua vez, identificou como dificuldades de deslocamento: **i.** acesso ao pavimento superior por rampa com piso danificado; **ii.** entrada de pacientes e funcionários pela mesma portaria no ambulatório, aumentando a circulação de pessoas no ambiente; e **iii.** circulação de pacientes para o Centro de Imagens, por meio do ambulatório.

FIGURA 18 - HMSI - FACHADA FRONTAL

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 19 - HMSI - PLANTA BAIXA - PAV. TÉRREO



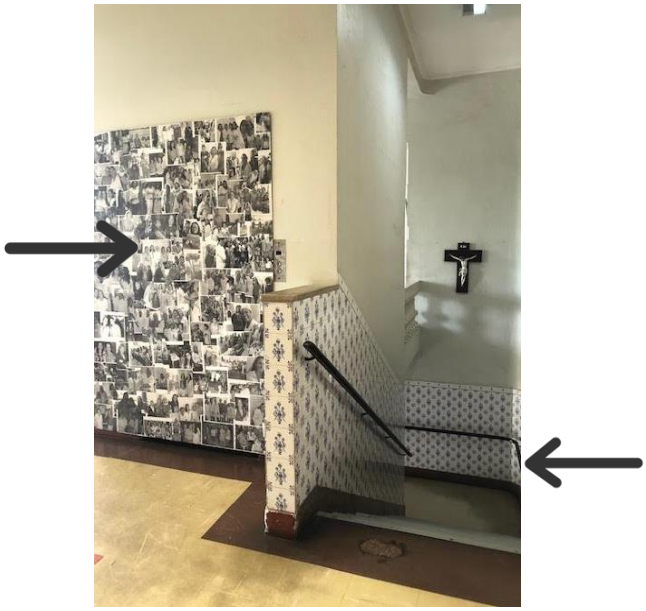
Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Durante a inspeção *in loco*, verificou-se que:

- inexiste sinalização de percurso, inclusive piso tátil, o que dificulta sobremaneira a locomoção dentro do Hospital, notadamente pelo seu tamanho e layout;
- inexiste mapeamento dos fluxos de trabalho no hospital e seu layout não contribui para a otimização desses fluxos; e
- o único elevador existente (no bloco administrativo) encontra-se em desuso há mais de nove anos;
- para o acesso externo direto para o pavimento superior, existem apenas duas escadas - uma que dá acesso ao bloco administrativo do hospital, na parte frontal da edificação, e outra nos fundos do prédio, que dá acesso à cozinha e nutrição;
- a rampa, única circulação vertical interna existente na edificação principal, utilizada para macas e locomoção de pacientes com mobilidade comprometida, além de deslocamento de colaboradores e acompanhantes e de materiais, equipamentos e lixo, apresenta-se inadequada, tendo em vista a inexistência de corrimão e barras de apoio, bem como de material antiderrapante no piso, com serviços de reparo do piso sendo executados em alguns trechos;
- a rampa de acesso ao prédio anexo também se encontra com piso desgastado;
- há certa obstrução na circulação na entrada para o ambulatório, em virtude de pequena recepção e espera improvisada; e
- apesar de haver a separação de lixo por categoria e armazenamento em locais individualizados na área externa, o transporte dos resíduos hospitalares e do lixo comum é realizado pelos mesmos corredores e rampa em que se trafegam os alimentos, a medicação, os pacientes, a equipe médica e todos os outros atores inerentes a um hospital, aumentando o risco de infecção.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 679
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 20 -HMSI - ELEVADOR DESATIVADO E ESCADA PARA A DIREÇÃO/ENTRADA DO BLOCO ADMINISTRATIVO



Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURA 21- HMSI - ESCADA DE ACESSO À COZINHA/FUNDOS DA EDIFICAÇÃO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURA 22 -HMSI - CHEGADA DA ESCADA NA COZINHA

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 23 E 24 - HMSI - DESLOCAMENTO DE MACAS E PESSOAS POR MEIO DE RAMPA

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 681
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURAS 25, 26 E 27- HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 28 E 29 - HMSI - CONDIÇÕES DO PISO DA RAMPA DO ANEXO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURAS 30 E 31 - HMSI - OBSTRUÇÃO NA CIRCULAÇÃO DO AMBULATÓRIO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 32, 33 E 34 - HMSI - SEPARAÇÃO E GUARDA DE RESÍDUOS

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 35 E 36 - HMSI - DESLOCAMENTO DE PESSOAS PRÓXIMO À GUARDA DE RESÍDUOS

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

De 334 respostas ao questionário aplicado junto aos colaboradores do hospital, tem-se que:

- apenas 45% dos respondentes consideraram ser o deslocamento de pessoas extremamente eficiente ou muito eficiente;
- apenas 41% consideraram ser o deslocamento de suprimentos extremamente eficiente ou muito eficiente;
- apenas 50% consideraram ser o deslocamento de resíduos extremamente eficiente ou muito eficiente;
- as dificuldades mais citadas referentes a deslocamentos foram a inexistência de elevador (por 27), grandes distâncias (por 22), rampas longas (por dezoito) e fluxos ineficientes (por quinze dos respondentes); e
- quanto aos efeitos negativos de deslocamentos ineficientes, os mais citados foram demora nos trajetos (por sessenta), desgaste físico e mental (por 53) e risco de acidente físico (por 21 dos respondentes).

A *Resolução RDC MS/ANVISA n. 50/2002* prevê ainda, ao longo do documento e em especial no *Capítulo 8. Condições de segurança contra incêndio*, requisitos como: **i.** escada de incêndio protegida, enclausurada ou à prova de fumaça, cf NBR 9077/93; **ii.** descrição do sistema de proteção e combate a incêndio; **iii.** pontos de detecção e central de alarme de incêndio; **iv.** reserva de água para combate a incêndio; **v.** extintores móveis (NB 142) e hidrantes de parede (NB 24); e **vi.** setorização e compartimentação para fins de segurança contra incêndio, com zoneamento de áreas de risco.

No âmbito estadual, tem-se o *Código Estadual de Proteção contra Incêndio, Explosão e Controle de Pânico*, que dispõe, no art.1º, inciso I, da *Lei Estadual n. 9.625/2011*, sobre a definição de procedimentos técnicos, administrativos e operacionais, para a realização de inspeções, bem como para a análise e aprovação de Projetos de Instalações Preventivas de Proteção Contra Incêndio, Explosão e Controle de Pânico em edificações e áreas de risco. Por sua vez, a *Norma*

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Técnica n.004/2013-CBMPB[29] estabeleceu a Classificação das Edificações quanto à Natureza da Ocupação, Altura, Carga de Incêndio e Área Construída, constando Hospital e assemelhado como H-3, do Grupo H-Serviço de saúde e institucional; e a *Norma Técnica n.016/2108-CBMPB*, estabeleceu medidas a serem adaptadas nas edificações já existentes, construídas anteriores à 24 de junho de 2012, data que entrou em vigência da *Lei Estadual n. 9.625/2011*.

Ainda com referência à segurança, especificamente à proteção da saúde dos colaboradores, a *Norma Regulamentadora n. 5* (NR-5), do Ministério do Trabalho, estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio (CIPA) tendo por objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e promoção da saúde do trabalhador[30]. A CIPA, formada por representantes dos colaboradores, tem por objetivo a promoção de ações de segurança em órgãos públicos e empresas privadas, instituições beneficentes, cooperativas e outras instituições que tenham mais de 20 trabalhadores com carteira assinada. As organizações e os órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como os órgãos dos Poderes Legislativo, Judiciário e Ministério Público, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, devem constituir e manter CIPA.

Por sua vez, a *Norma Regulamentadora n. 4* (NR-4) estabelece os parâmetros e os requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador[31]. Sua composição é feita por profissionais especializados em segurança do trabalho, saúde ou engenharia, variando seu número de acordo com a quantidade de colaboradores e o risco da atividade. O SESMT identifica riscos, explica aos colaboradores como eliminá-los e aumenta a segurança dos ambientes de trabalho, além de promover ações que vão ajudar a evitar acidentes.

Em que pese a existência das legislações citadas, constatou-se a inexistência, no HMSI, de sistema de prevenção e combate a incêndio formalizado e inadequação/insuficiência dos instrumentos existentes.

A partir de inspeção i*n loco*, verificou-se:

- não haver sistema de prevenção e combate a incêndio formalizado no hospital; tendo o hospital comentado a pretensão de se realizar treinamento de evacuação, bem como implantar a CIPA e SESMT;
- inexistirem Laudo do Corpo de Bombeiros e Certificado de Aprovação do Corpo de Bombeiros;
- não se dispor de um mapa das localizações e não estarem devidamente demarcados e acessíveis os locais onde existem extintores de incêndio;
- inexiste reserva técnica de abastecimento de água para incêndio e apenas os hidrantes

[29] Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba.

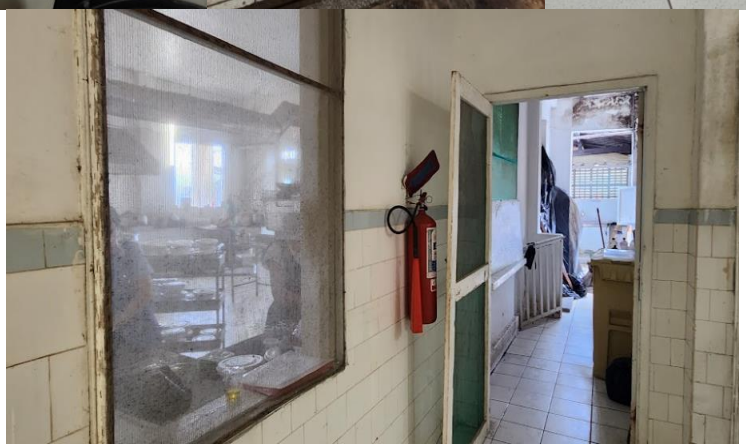
[30] Últimas atualizações da NR 05 - Portarias MTP 422/2021 e 4.219/2022.

[31] Últimas atualizações da NR 04 - Portarias MTP 2.318/2022 e 4.219/2022.

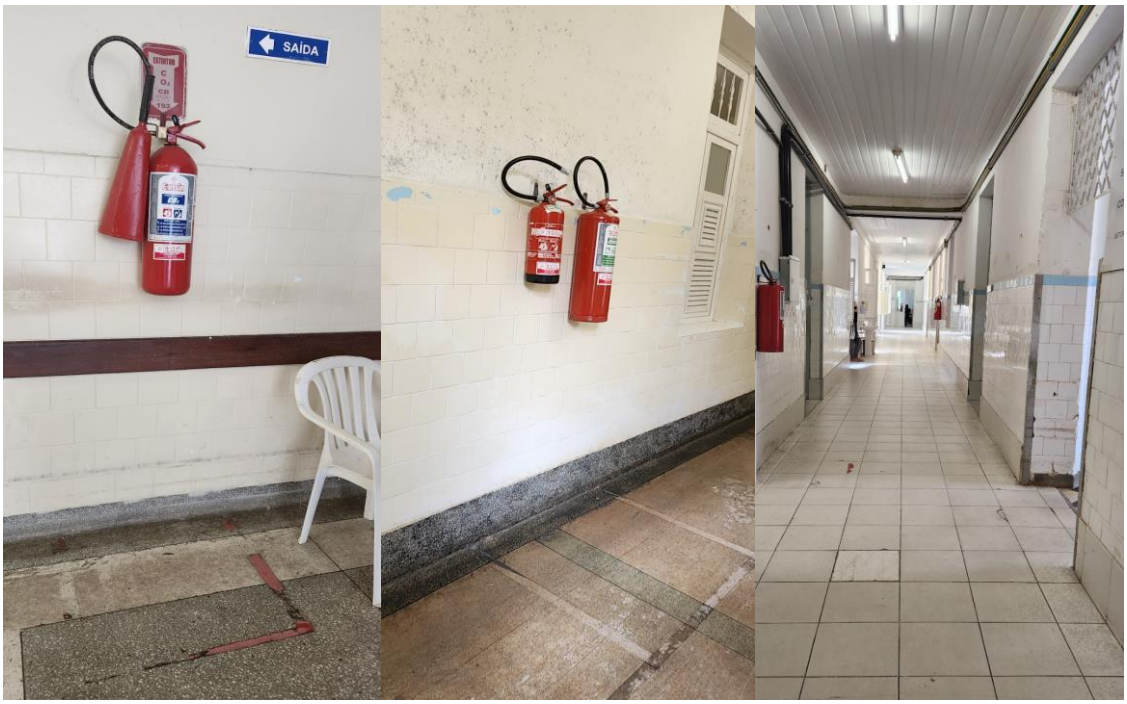
localizados no prédio anexo funcionam; e

- o hospital não dispõe de qualquer um dos seguintes instrumentos de proteção e combate a incêndio: a) sistema de alarme de incêndio; b) detectores de fumaça e calor em locais apropriados e em condições de funcionamento; c) rotas de evacuação claramente sinalizadas com placas de saída de emergência visíveis e no piso; d) planos de evacuação detalhados e atualizados inclusive para pacientes que necessitam de cuidados especiais; e) portas de saída de emergência; f) divisão do hospital em compartimentos à prova de fogo para evitar a propagação rápida do fogo; g) existência de escada externa de emergência com porta "corta-fogo"; e h) brigada de incêndio no hospital (equipe capacitada para controlar e combater o incêndio nos primeiros instantes).

FIGURAS 37, 38, 39, 40, 41, 42 E 43- HMSI - EXTINTORES DE INCÊNDIO



Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.



Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

FIGURAS 44 - HMSI - PRÉDIO ANEXO

Fonte: GAOP/DIAFI/TCE-PB

Em resposta ao questionário:

- 37% dos respondentes afirmaram desconhecer qualquer instrumento de combate a incêndio no hospital;
- 87% afirmaram não ter recebido orientações ou treinamentos sobre procedimentos de evacuação em caso de incêndio; e
- 71% não demonstraram concordar que o HMSI oferece condições de segurança para eventos de incêndio.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

As situações encontradas descritas podem acarretar, como efeitos:

- insalubridade em alguns ambientes do hospital;
- dificuldade de mobilidade, em especial de pacientes em maca e de pessoas com deficiência;
- potencial risco de propagação de infecção; além de
- aumento de risco de danos a pessoas e bens, em eventual ocorrência de incêndio.

Em razão de todo o exposto, são sugeridas as seguintes recomendações à SMS-JP, juntamente com a Direção do HMSI:

R.5 Elaborar Documento Descritivo que conste como anexo ao Contrato de Gestão da SMS-JP com o HMSI, com a descrição da estrutura física necessária e adequada ao perfil assistencial do hospital, conforme art. 8º, VI, da *Portaria MS n. 3.390/2013 (PNHOSP)*;

R.6 Elaborar estudo geral (diagnóstico e planejamento com cronograma) da edificação hospitalar (infraestrutura física e instalações complementares), de modo a subsidiar obras necessárias para o funcionamento adequado (atualizações de infraestrutura, renovação de layout e ações para garantir a segurança e conformidade com a prestação de serviços de saúde de acordo com o perfil de atendimento);

R.7 Realizar as obras e serviços necessários ao funcionamento adequado do hospital, de acordo com cronograma pré-estabelecido;

R.8 Elaborar documento descrevendo o sistema de prevenção e combate a incêndio no HMSI, contemplando todos os requisitos necessários e implementá-lo; e

R.9 Atender às exigências da Norma Regulamentadora n. 5 (NR-5), no que tange à criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e as disposições da Norma Regulamentadora n. 4 (NR-4), pertinente a criação do Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Esperam-se, com a implementação das recomendações descritas, os seguintes benefícios:

- Estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica;
- Arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes;
- Maior controle da movimentação no hospital, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais;
- Layouts favoráveis, gerando fluxos eficientes e agilizando os atendimentos;
- Melhoria dos fluxos de trabalho/material/paciente no hospital, visando evitar problemas de funcionamento e de infecção;
- Instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza;
- Disponibilidade de condições preventivas de proteção contra incêndio, assim como de combate e controle de pânico em eventuais ocorrências de incêndio; e
- Promoção da saúde e proteção à integridade do trabalhador em seu ambiente laboral.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 688
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

3. ORGANIZAÇÃO LOGÍSTICA DO CENTRO CIRÚRGICO

Sendo o hospital referência em cirurgia eletiva, neste segundo e último eixo de investigação, o exame foi em torno da capacidade do hospital frente à demanda por cirurgias desse tipo. À vista disso, o foco da análise foi dado em questões relacionadas ao planejamento e utilização do Centro Cirúrgico (3.1) e referentes à disponibilidade de materiais e equipamentos (3.2).

3.1 Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico

Neste item, buscou-se verificar, de modo geral, como ocorre o planejamento e a utilização do Centro Cirúrgico, notadamente envolvendo aspectos como aproveitamento das salas cirúrgicas, alocação da equipe médica, elaboração do Mapa Cirúrgico e levantamento de informações gerenciais aptas a corroborar para a tomada de decisão.

Nesse contexto, com o fito de proporcionar melhor gerência dos recursos disponíveis, a *Portaria MS n. 3.390/2013*, que estabelece a *Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),* indica como diretrizes basilares para as unidades de saúde:

> Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:
> IX – garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
> XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
> XIV - monitoramento e avaliação.

Sob semelhante prisma, no que tange ao acompanhamento dos resultados operacionais inerentes aos hospitais, *Portaria MS n. 3.410/2013,* que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), assevera que:

> Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais:
> II - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
> II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;
> III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;
> IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

Ante aos procedimentos adotados, constataram-se as seguintes situações no HMSI, que atentam contra as previsões das retrocitadas portarias: não utilização plena das salas cirúrgicas e subaproveitamento da equipe médica.

Estas situações encontradas originaram o seguinte achado de auditoria: Subutilização da estrutura física e de pessoal do Centro Cirúrgico (**Achado 03**).

Discorremos a seguir, nos itens 3.1.1 ao 3.1.8, a respeito das causas que estão diretamente envolvidas com o achado acima descrito.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 689
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

3.1.1 Inexistência de monitoramento e avaliação de dados gerenciais e operacionais, de forma institucionalizada, no Centro Cirúrgico

O monitoramento e a avaliação mostram-se vitais para se averiguar a eficiência de um hospital. O *Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU (3ª Ed. 2020*) dispõe que faz parte de uma boa governança *"monitorar o desempenho da organização e utilizar os resultados para identificar oportunidades de melhoria e avaliar as estratégias organizacionais estabelecidas"*.

No HMSI, de maneira geral, constatou-se a inexistência de monitoramento e avaliação de dados gerenciais e operacionais de forma institucionalizada no Centro Cirúrgico (CC). Tal ocorrência restou evidenciada por meio das diversas entrevistas realizadas com a gestão do nosocômio. Ademais, a direção do HMSI não remeteu quaisquer relatórios que evidenciassem o acompanhamento de métricas quali-quantitativas concernentes ao Centro Cirúrgico, a despeito de ter sido solicitado por esta equipe técnica (fl. 446, questão 3.1 dos autos)

Apesar de no Memorando nº 2609/2023 (fls. 606/610 dos autos) ser mencionado que são realizados monitoramentos de cirurgias, de tempo entre procedimentos cirúrgicos e de limpeza cirúrgica, tais controles podem ser considerados, no máximo, como embrionários, visto que através das observações diretas e dos relatos orais dos servidores, restou evidente a ausência de análise mais profunda acerca da performance gerencial e operacional do CC.

No ciclo PDCA (*plan, do, check, act* - modelo de gestão amplamente reconhecido como boa prática de governança) é enfatizado que na etapa *check* (checar), deve-se proceder a um monitoramento e avaliação de sua performance, de modo a possibilitar que a gestão tenha conhecimento de pontos fortes que merecem ser destacados e pontos fracos que merecem ser aprimorados.

No âmbito do HMSI, a carência do monitoramento, além de contrariar Manuais de Boa Governança, também vai de encontro a *Portaria MS n. 3.410/2013*, que no seu art. 10 dispõe que os hospitais devem proceder ao acompanhamento dos resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

Esse fato corrobora para a subutilização do Centro Cirúrgico (**Achado 03**), já que a ausência do que aqui se enfatiza não possibilita que direção empreenda esforços na busca pela eficiência das salas cirúrgicas e da equipe médica.

3.1.2 Sistema GEHOS não fornece informações estruturadas no que tange a filas para cirurgias e demanda reprimida por especialidade

O GEHOS é o sistema informatizado utilizado no Centro Cirúrgico do HMSI para registrar todas as informações inerentes aos procedimentos executados neste setor.

Embora o GEHOS contenha uma gama de informações aptas a corroborar a tomada de decisão, ele não fornece relatórios condensando dados estruturados no que tange a filas para cirurgias

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

e demanda reprimida por especialidade. Em verdade, através da observação direta do sistema, que fora manuseado pelos próprios servidores do hospital, ficou perceptível que ele não é utilizado como ferramenta de gestão.

As informações fornecidas pelo GEHOS são "cruas" e individualizadas, dificultando seu aproveitamento como sistema capaz de fornecer informações aptas a fomentar a tomada de decisões estratégicas no Centro Cirúrgico. Suas limitações o transformam em um sistema mais voltado para ser um mero banco de dados, alimentado diariamente, do que para ser um instrumento de suporte e fonte de informações relevantes.

Quando questionada a respeito da utilização do Sistema como ferramenta de apoio logístico, tanto os representantes da Sala de Agendamento Cirúrgico quanto a Coordenação do Centro Cirúrgico informaram que ele é utilizado para "retirada de informações" (fls. 599 e 606 dos autos). Essa informação, desacompanhada de quaisquer detalhamentos mínimos, contrasta com o presenciado *in loco* pela auditoria.

Requisitados os relatórios do GEHOS, nada nos foi remetido (fl. 446, Questão 3.2).

O *Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU (3ª Ed. 2020*) esclarece que as gestões públicas devem apoiar o uso das ferramentas digitais para aumentar e facilitar a participação das partes interessadas nas decisões públicas e aprimorar a prestação de serviços públicos, o que não ocorre com o sistema do Centro Cirúrgico.

A ausência de informações estruturadas mina a eficácia do sistema e cria dificuldades para que a Direção avalie criteriosamente a eficiência da utilização do setor.

3.1.3 Ausência de parâmetros técnicos formalmente estabelecidos, para a elaboração do Mapa de Cirurgias, inclusive no tocante ao número de cirurgias possíveis de serem realizadas, impactando no aproveitamento da força de trabalho da equipe médica

O Mapa de Cirurgias é o documento base que traça toda a programação cirúrgica e a alocação da força de trabalho médica nos procedimentos.

A Auditoria constatou que não há parâmetros técnicos formalmente estabelecidos para a elaboração do Mapa, o que gera dependência, para sua concepção, da experiência pessoal dos profissionais diretamente envolvidos com a Sala de Agendamento de Cirurgias (vide Memorando n. 2609/2023, fl. 606, item 3.3).

Em suma, para a concepção do Mapa Cirúrgico, a profissional da Sala de Agendamento Cirúrgico (pelas nossas visitas ao local, tal função é aparentemente atribuível a apenas uma servidora), utilizando-se de sua experiência do cotidiano hospitalar, estabelece quais cirurgias serão programadas para a semana seguinte à elaboração do Mapa, levando-se em consideração o número de salas, as especialidades disponíveis, o tipo de cirurgia, o horário dos médicos alocados, os insumos e materiais acessíveis, entre outros (fl. 599 - item 3.1).

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

A ocorrência pode suscitar fragilidades relevantes, pois o Mapa de Cirurgias está intimamente relacionado ao papel do hospital e a sua função social, já que nele é estabelecido todo o planejamento cirúrgico do nosocômio. Em sendo o HMSI um hospital de referência em cirurgias eletivas, a elaboração ineficiente do Mapa pode prejudicar o regular funcionamento do Centro Cirúrgico, com repercussões, inclusive, na rede municipal de saúde, razão pela qual a experiência pessoal dos servidores não pode ser considerada como fator determinado para sua elaboração, dada a importância do Mapa.

Além disso, ante a ausência de critérios técnicos formalmente estabelecidos, surge o risco de na ausência da servidora responsável pela Sala de Agendamento, por motivos diversos, restar comprometida a elaboração do Mapa, já que há dependência de seu conhecimento particular.

Ademais, é também preciso munir os profissionais da Sala de Agendamento Cirúrgico de parâmetros técnicos a fim de proporcionar-lhes segurança e embasamento para a elaboração do Mapa, de modo a cumprir o exigido no art. 51 da Resolução RDC nº 63/11, que determina que o serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe.

No mais, a carência de preceitos técnicos também interfere na alocação da equipe médica, pois a experiência pessoal da funcionária, por si só, não se apresenta como meio hábil de dimensionar a produtividade dos profissionais da saúde, gerando o subaproveitamento dos mesmos.

Esta causa gera impactos na utilização do CC, seja porque as capacidades das salas não são tecnicamente dimensionadas, seja porque a força de trabalho médica não é alocada por critérios mais consistentes.

3.1.4 Dados referentes à capacidade instalada e utilização do Centro Cirúrgico não são formalmente analisados pela coordenação do CC e/ou gestão do HMSI

Restou constatado que os dados referentes à capacidade instalada e utilização do Centro Cirúrgico não são formalmente analisados pela coordenação do CC e/ou gestão do HMSI;

Não há documentação ou registros demonstrando estudos ou acompanhamentos da capacidade instalada frente ao efetivamente executado, o que inviabiliza uma avaliação mais real da produção qualitativa e quantitativa do Centro Cirúrgico. A evidência reside na falta de envio dos documentos solicitados pela Auditoria (fl. 446, Questão 3.4).

A despeito do não envio, foi relatado que o Hospital chegou a avaliar a capacidade máxima de cirurgias e concluiu que "a quantidade de cirurgias realizadas segue abaixo da capacidade máxima arbitrada pela Gestão do Hospital" (fl. 599 dos autos).

A conclusão acima, por decorrência lógica, deve ter vindo de alguma análise de iniciativa da gestão, entretanto não está embasada em estudos, relatórios ou documentos equivalentes.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

A inexistência de metas sobre o número de cirurgias possíveis em um mês, seja por sala, seja por especialidade, por exemplo, dificulta a apreciação mais precisa dos resultados operacionais do CC, pois não permite a direção trabalhar com metas plausíveis de atingimento, em contrariedade ao exigido no PNHOSP (art. 6º da *Portaria MS n. 3.390/2013*).

3.1.5 Inexistência de estabelecimento rígido do horário de início da primeira cirurgia do dia

Foi constatado que não há estabelecimento rígido do horário do início da primeira cirurgia do dia (Memorando n. 2609/2023, fl. 607, item. 3.5). Isso contribui diretamente para a não utilização plena das salas cirúrgicas e subaproveitamento da equipe médica, ocasionando a subutilização do Centro Cirúrgico.

Há uma quantidade de horas limitadas em que as salas cirúrgicas estão disponíveis para uso no dia, de modo que a ociosidade no início da manhã gera repercussões negativas durante todo o dia, pois há subutilização das salas em escala.

Além disso, havendo inoperância das salas quando elas estão disponíveis para uso, por consequência, também há desperdício da força de trabalho médica, com impacto no número de cirurgias realizadas, que fica aquém do alcançável.

3.1.6 Ausência de controle sistemático referente: i. ao início da primeira cirurgia, ii. aos atrasos nos inícios das cirurgias; e iii. ao tempo médio de intervalo entre cirurgias

No que diz respeito ao controle sistemático dos atrasos nos inícios das cirurgias e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias, a Coordenação informou que, quanto aos atrasos, não há acompanhamento formal, ele é realizado apenas com o enfermeiro e a coordenação de enfermagem de forma verbal para tentar minimizar o atraso (fl. 607, item 3.6).

Essa informalidade pode não ser eficiente, pois dificulta o acompanhamento histórico dos atrasos, já que não há registros formais, fragilizando a adoção de providências para que a situação não se repita.

Importante se mostra, também, mapear o motivo dos atrasos, avaliando, por exemplo, se ele é decorrente de demora dos profissionais, da falta de insumos, de intercorrências com pacientes etc.

No que tange ao controle do tempo médio de intervalo entre cirurgias, a Coordenação informou que está sendo realizado um projeto piloto com esta métrica. Foi dado início com a sala 04 (fl. 608, item 3.6).

Em que pese seja um passo inicial, é importante que o projeto piloto seja aperfeiçoado e ampliado para todas as demais salas cirúrgicas.

No presente momento, porém, a constatação é de que não há, de forma disseminada, os controles sistemáticos mencionados, o que pode ensejar a ineficiência no Centro Cirúrgico,

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

pois tanto o atraso das cirurgias quanto o tempo médio de intervalo entre elas "consomem" o tempo de utilização das salas cirúrgicas, com efeitos no número de procedimentos realizados.

3.1.7 Inexistência de controle e mensuração da taxa de cancelamento de cirurgias, bem como das causas para os cancelamentos

Em relação à taxa de cancelamento cirúrgico, a Coordenação informou no Memorando n. 2609/2023 que o CC mensura e controla a referida taxa, e que há documento formal e sistema categorizando suas causas (fl. 608, item 3.7).

A despeito de tal afirmação, nada foi remetido, conforme solicitado na Requisição enviada (fl. 447, Questão 3.7).

Nas entrevistas verbais realizadas com funcionários atuantes no setor, foi-nos informado que o CC poderia mensurar a taxa de cancelamentos, mas não há estudos a respeito da mesma. Além disso, diferente do informado pela Coordenação, por meio de conversas com funcionários e observação direta no Sistema GEHOS, verificamos que não há a categorização das causas para os cancelamentos, o que obsta o mapeamento dos motivos para que isso ocorra.

Cancelamentos geram subutilização das salas cirúrgicas e da força de trabalho médica, pois nem sempre uma cirurgia programada e computada no Mapa Cirúrgico pode ser substituída por outra, haja visto envolver profissionais, insumos, tempos e programações específicas.

O controle e mensuração da Taxa de cancelamento, bem como a categorização das causas, subsidia a gestão com informações capazes de nortear as principais ocorrências que geram essa adversidade.

Nos moldes atuais, esta equipe de Auditoria constata que a mera possibilidade de se chegar à Taxa de Cancelamento não atende aos objetivos de sua mensuração, que é, de fato, possibilitar que a gestão adote medidas com vistas a reduzir os cancelamentos.

3.1.8 O Centro Cirúrgico não produz indicadores aptos a possibilitar a análise de desempenho e eficiência de sua operacionalização

O art. 32 da *Portaria MS n. 3.390/2013* estabelece que compete às Secretarias Municipais estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade;

No que concerne aos indicadores de desempenho produzidos pelo Centro Cirúrgico com o fito de demonstrar numericamente o desempenho operacional do setor, pontuamos que as diversas entrevistas realizadas atestam que eles não são desenvolvidos e usufruídos com satisfatoriedade.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 694
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Em resposta à requisição enviada, a Coordenação aduziu que há protocolo no HMSI discriminando os indicadores que devem ser mensurados pelo CC (Memorando n. 2609/2023, fl. 608, item 3.8), mas não remeteu nenhuma evidência de tal afirmação, em contrariedade ao solicitado pela equipe técnica (fl. 447, Questão 3.8).

Ademais, em entrevistas presenciais realizadas com servidores, ao questionarmos a respeito dos indicadores, foi-nos remetido que não há análise ou acompanhamento dos mesmos, mas mera mensuração "estatística" de alguns poucos.

A ausência de uma avaliação robusta e planejada quanto aos indicadores de desempenho debilita a avaliação da capacidade plena do CC, além de ir contra o determinado no Art. 6º, XIV da *Portaria MS n. 3.390/2013*.

Nesse norte, considerando as causas acima elencadas (itens 3.1.1 a 3.1.8), tem-se os possíveis efeitos gerados pela não utilização plena das salas cirúrgicas e subaproveitamento da equipe médica:

- comprometimento do papel do HMSI na rede.
- aumento da demanda reprimida;
- cancelamento e adiamento de cirurgias;

Frente ao explanado, considerando o achado de auditoria (**Achado 03**), subutilização da estrutura física e de pessoal do Centro Cirúrgico, propõe-se as seguintes recomendações à Direção do HMSI:

R.10 Implementar de forma institucionalizada o monitoramento periódico das métricas do Centro Cirúrgico, com o fito de possibilitar o acompanhamento e avaliação de dados gerenciais e operacionais;

R.11 Propor modificações no Sistema GEHOS de modo que ele forneça informações estruturadas a respeito dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico, com o propósito de subsidiar o processo de tomada de decisão da gestão;

R.12 Estabelecer e adotar parâmetros técnicos para a elaboração do Mapa Cirúrgico, de modo a reduzir a dependência da experiência pessoal dos profissionais envolvidos na sua concepção;

R.13 Realizar estudos, metas internas e fazer uso de benchmarking a respeito da capacidade instalada do Centro Cirúrgico, notadamente comparando o efetivamente executado com o possível de ser realizado;

R.14 Estabelecer em protocolos ou documentação equivalente, de modo institucionalizado, o horário rígido de início da primeira cirurgia do dia;

R.15 Estabelecer e acompanhar o controle sistemático referente: **i.** ao início da primeira cirurgia, **ii** aos atrasos nos inícios das cirurgias; **iii.** e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias;

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 695
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

R.16 Mensurar e controlar a "Taxa de Cancelamento", criando meios no Sistema GEHOS, ou em outra plataforma, para categorizar as razões dos cancelamentos; e

R.17 Documentar em protocolos formais os indicadores de desempenho e eficiência que devem ser produzidos pelo Centro Cirúrgico, além de estabelecer a periodicidade de sua análise.

Esperam-se, como benefícios em decorrência das recomendações sugeridas:

- Melhor visão da performance gerencial e operacional do Centro Cirúrgico, contribuindo na tomada de decisão para sanar possíveis deficiências;
- Facilidade na extração e visualização de dados e informações que agreguem valor na formação do conhecimento inerente ao Centro Cirúrgico;
- Maior objetividade e segurança na elaboração do Mapa Cirúrgico, reduzindo a dependência da experiência dos profissionais e contribuindo para a eficiência na alocação dos recursos disponíveis;
- Adoção de medidas que visem o saneamento de possíveis ineficiências do Centro Cirúrgico, além de traçar trilhas de melhorias capazes de contribuir para a tomada de decisão, com vistas a alcançar a utilização plena do setor;
- Utilização plena das salas e cumprimento do Mapa Cirúrgico, com potencial de melhorar a eficiência da força de trabalho médica e aumentar o número de cirurgias realizadas;
- Conhecimento, por parte da gestão, de possíveis gargalos que podem causar ineficiência das salas cirúrgicas. Uma vez estabelecido o controle, tais ocorrências podem ser minimizadas, contribuindo para a utilização mais efetiva do Centro Cirúrgico;
- Mapeamento, por parte gestão do HMSI e da Coordenação do CC, dos principais motivos de as cirurgias não serem realizadas conforme programado no Mapa Cirúrgico, o que servirá como fonte de informação para que a gestão adote providências para minimizar a ocorrência; e
- Informações gerenciais aptas a fomentar o processo decisório por parte da gestão do HMSI e a Coordenação do Centro Cirúrgico, com oportunidade de se acompanhar de forma mais fiel e técnica o andamento e a produção das atividades pertinentes ao CC.

3.2 Material Cirúrgico e equipamentos

Neste último aspecto analisado referente ao Centro Cirúrgico, procurou-se averiguar a disponibilidade dos materiais cirúrgicos prontos para uso e dos equipamentos em quantidade suficiente para a operacionalização plena do referido setor.

Nesse sentido, estabelecendo práticas e padrões de qualidade para produtos e serviços, a ANVISA, no âmbito da temática em tela, traz a *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*, que dispõe sobre os *Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde*. Esta

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 696
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

resolução traz determinações pertinentes a uma prestação adequada dos serviços de saúde, as quais podem ser citados:

> Art. 7º As BPF determinam que:
> II - o serviço de saúde deve fornecer todos os recursos necessários, incluindo:
> c) **equipamentos, materiais e suporte logístico;**
> (...)
> Art. 11. **Os serviços e atividades terceirizadas pelos estabelecimentos de saúde devem possuir contrato de prestação de serviços.**
> § 1o **Os serviços e atividades terceirizados devem estar regularizados** perante a autoridade sanitária competente, quando couber.
> (...)
> Art. 17. O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, **equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda**, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente.
> (...)
> Art. 53. O serviço de saúde deve **garantir a disponibilidade dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos** de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda. (...)
> Art. 54. **O serviço de saúde deve realizar o gerenciamento de suas tecnologias** de forma a atender as necessidades do serviço **mantendo as condições de seleção, aquisição**, armazenamento, instalação, **funcionamento**, distribuição, descarte e rastreabilidade.
> (...)
> Art. 57. O serviço de saúde deve **garantir a qualidade dos processos de desinfecção e esterilização de equipamentos e materiais**.

No Centro Cirúrgico (CC) do HMSI, foram encontradas duas situações que vão de encontro à *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*: insuficiência no quantitativo de materiais e equipamentos disponíveis para um funcionamento mais eficiente e otimizado do CC (item 3.2.1 deste relatório); e necessidade de aquisição e de manutenção de equipamentos de alto custo (item 3.2.2 deste relatório).

Dessas duas situações encontradas, ficou configurado o seguinte achado de auditoria: *Disponibilidade insuficiente de materiais cirúrgicos prontos para uso e de equipamentos para operacionalização plena do Centro Cirúrgico, estando em desacordo com a RDC MS/ANVISA n. 63/2011 (**Achado 04**)*.

3.2.1 Insuficiência no quantitativo de materiais e equipamentos disponíveis para um funcionamento mais eficiente e otimizado do Centro Cirúrgico

3.2.1.1 Quanto ao planejamento e ao levantamento de materiais e equipamentos

Por ocasião do envio do Memorando nº 2609/2023[32], fls. 606/610, por parte da gestão do HMSI, não ficou comprovada a existência de planejamento estratégico formalizado no HMSI,

[32] O referido memorando, fls. 606/610, enviado pela gestão do HMSI, traz respostas do Centro Cirúrgico referentes à entrevista elaborada por este Corpo Técnico, contida no Doc. nº 96005/23 (fls. 441/448 referem-se especificamente à entrevista e requisição de documentos direcionadas ao Centro Cirúrgico). De um modo geral, o

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

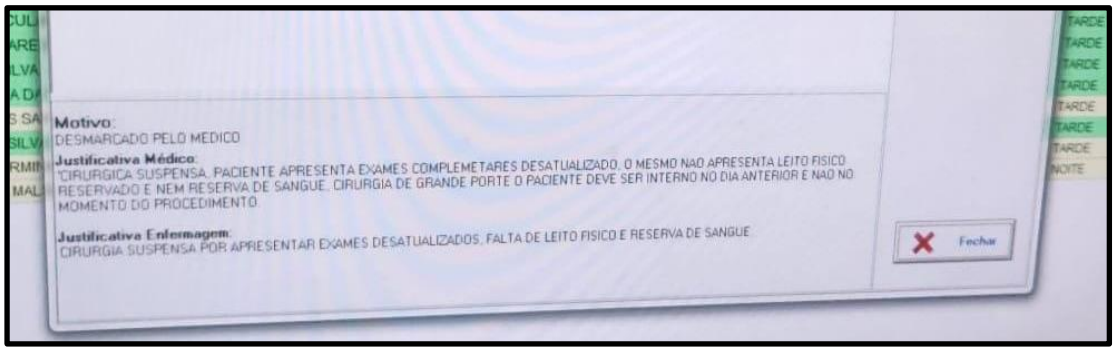
contemplando ações de controle relacionadas a aquisições de insumos, materiais e equipamentos do Centro Cirúrgico. Ressalte-se que a coordenação do CC, no referido envio, mencionou, de modo breve, que por meio de memorando interno e revisão do setor de patrimônio, há levantamento de materiais permanentes no tocante, inclusive, a defeitos e necessidade de manutenção. No entanto, ao menos para fins de comprovação de que há algum tipo de levantamento, não houve entrega de registro nesse sentido, não tendo sido atendidas as solicitações da Auditoria, conforme fls. 441/448 (minuta da entrevista da Auditoria) e fls. 606/610 (resposta da gestão hospitalar frente à entrevista).

Quando questionada sobre a existência de levantamento de materiais, equipamentos e insumos que estão em falta com frequência e que têm ocasionado cancelamentos e adiamentos cirúrgicos, a coordenação respondeu que tem requisitado tais itens à Direção do hospital uma vez ao ano, sendo a solicitação repassada para a SMS-JP. Entretanto, apesar de solicitados, os levantamentos e requisições não ficaram evidenciados (fl. 441/448 e 606/610).

Quanto à ocorrência de cancelamentos e adiamentos cirúrgicos provocados pela indisponibilidade de materiais, equipamentos e insumos necessários à realização de cirurgias, foi respondido que a situação já ocorreu e que a justificativa de suspensão de cirurgias foi registrada no sistema. A despeito de tais afirmações, nada foi remetido, conforme solicitado na requisição enviada (fl. 441/448 e 606/610).

Nesse sentido, ficou comprovado pelo sistema GEHOS, quando da realização da inspeção *in loco*, apenas a ocorrência de suspensão de cirurgia devido a condições irregulares do paciente (imagem a seguir). Conforme já mencionado no subeixo anterior (*Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico*), o GEHOS sistema possui inúmeras informações, que não se encontram, entretanto, estruturadas e tratadas, a ponto de dar subsídios a ações de planejamento.

FIGURA 45 - HMSI - SISTEMA GEHOS - SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DE CIRURGIA



Fonte: imagem tirada do sistema GEHOS mostrando cancelamento de cirurgia por condições irregulares do paciente. GAOP/DIAFI/TCE-PB.

Ainda por intermédio da inspeção *in loco*, no tocante ao controle e suficiência de estoque de materiais, equipamentos e insumos, apenas foi obtida a informação de que o setor de Patrimônio é responsável pelo controle dos equipamentos (permanentes) do CC, de modo que é feito um relatório trimestral, verificando a questão da necessidade de manutenção e do

Doc. nº 96005/23 contém entrevistas direcionadas a setores do HMSI, ou seja, com instrumentos de coleta de dados constantes da etapa de execução desta auditoria.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 698
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

tombamento. Saliente-se, contudo, que não foi disponibilizado qualquer registro que evidenciasse a existência de um controle sistemático dessa suficiência, conforme requisição de documentos enviada por este Corpo Técnico.

Foi coletada, oralmente, a informação que a Farmácia é responsável pelo controle dos estoques e abastecimento dos insumos e OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais). Diariamente, considerando o mapa de cirurgias do dia, é feita a solicitação de materiais necessários à Farmácia Central.
Durante a visita, foi informado que há duas torres de laparoscopia em funcionamento e dois kits de instrumental acessório. Porém, foi relatada a insuficiência desses kits instrumentais, tendo em vista que o quantitativo atual (apenas dois) impede a utilização simultânea das duas torres, uma vez que é necessária a existência de dois kits por cirurgia/torre (um efetivamente utilizado no procedimento e um deixado de reserva para possíveis intercorrências).

De um modo geral, o CC mencionou, no decorrer da inspeção, que a programação de cirurgias é realizada considerando a logística de esterilização e a quantidade de equipamentos existentes.

3.2.1.2 Quanto à suficiência de materiais cirúrgicos frente ao processo de esterilização atual

Através do Memorando n. 2609/2023, a coordenação do Centro Cirúrgico frisou que uma parte da esterilização é realizada na Central de Material Esterilizado (CME) do próprio hospital e outra por empresa terceirizada.

No tocante à quantidade de materiais ser suficiente de modo que se tenha um funcionamento adequado das atividades rotineiras do Centro Cirúrgico, quando do envio desses itens para a esterilização, a Coordenação do CC salientou que a quantidade de materiais é parcialmente suficiente para o funcionamento adequado das atividades rotineiras do CC, uma vez que há ocorrência de materiais que precisam ser trocados em virtude de desgaste ou quebra. Reconheceu também a necessidade de se melhorar o processo de esterilização.

Quanto a pedidos por parte do CC requerendo mais materiais de uso rotineiro (considerando que a quantidade de materiais é parcialmente suficiente), mencionou que as solicitações são realizadas com base em levantamento formal e conforme vão aparecendo as necessidades rotineiras do Centro Cirúrgico. Acrescentou que sempre é feito esse tipo de requerimento à direção, o que resulta na abertura de um processo de compra, que depende de licitação que tramita na SMS-JP. Salientou que o prazo de atendimento desses pedidos não satisfazem as necessidades do CC.

Registre-se que não houve entrega de registros relacionados a solicitações e levantamentos, conforme requisições feitas pela Auditoria (fls. 441/448 e 606/610, entrevista da Auditoria e resposta da gestão hospitalar, respectivamente).

No tocante especificamente ao processo de compra e ao não atendimento desta solicitação em tempo hábil, deixando de atender com celeridade as necessidades do Centro Cirúrgico, este Corpo Técnico vem chamar a atenção quanto à ausência de grau de autonomia do HMSI em adquirir, de modo mais ágil, materiais indispensáveis para os trabalhos do Centro Cirúrgico.

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Fica compreendido que tal fato ocasiona ao hospital uma perda de eficiência em seus serviços demandados, ou seja, especialmente no que diz respeito às cirurgias eletivas, em que a instituição é referência.

Nesse sentido, destaque-se o trazido pelo *Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU (3ª Ed. 2020)*, que menciona, em seu capítulo 4, a diretriz voltada à boa governança, que é um direito do cidadão, salientando que na instituição pública deve haver (pág.49) apoio no uso das ferramentas digitais para aumentar e facilitar a participação das partes interessadas nas decisões públicas e aprimorar a prestação de serviços públicos. Depreende-se, assim, que, para a tomada de decisões quanto à compra de materiais, é necessário a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa estudar uma viabilidade de forma a proporcionar certo grau de autonomia ao HMSI.

Ainda com o fim de corroborar tal entendimento, o *Referencial de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas (IRB, ATRICON, TCU, 2021)* traz componentes elaborados a partir das dez diretrizes recomendadas pela OCDE para que a descentralização das políticas públicas funcione efetivamente. No caso em tela, a política pública da saúde, não diferentemente de outras áreas temáticas, necessita que seus atores possuam aspectos relacionados a suficiência de autonomia decisória nos gastos feitos em seus campos de responsabilidade (Critério C.1.2 - Autonomia sobre os gastos do Componente 1 - Atribuição de responsabilidades), para que a boa governança seja descentralizada e haja uma entrega devida de serviços e produtos aos cidadãos.

FIGURA 46 - COMPONENTES QUE VIABILIZAM A BOA GOVERNANÇA MULTINÍVEL

Fonte: imagem retirada do Referencial de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas, pág. 24 (IRB, ATRICON, TCU, 2021).

Quando da inspeção *in loco*, a informação que a Auditoria obteve foi que a maior parte dos materiais é esterilizada no próprio hospital, sendo uma pequena parcela de responsabilidade de empresa terceirizada (localizada em Recife/PE), que é o caso dos materiais sensíveis. Conforme relatos durante a visita, a empresa, localizada em outro estado e ganhadora do pregão, normalmente devolve o material em 24h ou até antes.

Conforme mencionado no item anterior desta peça de instrução (último parágrafo do item 3.2.1.1), a programação do CC é realizada considerando a quantidade de equipamentos existentes e a logística de esterilização dos materiais que são esterilizados fora do hospital.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

Ou seja, o Centro Cirúrgico adapta suas atividades cirúrgicas ao quantitativo existente de materiais (em item adiante desta peça, ver-se-á que também há uma adaptação frente ao quantitativo de equipamentos), assim, percebe-se claramente que o aumento desses materiais (e dos equipamentos) aumentaria a eficiência desse setor do hospital.

Em relação aos documentos solicitados, não houve entrega de contrato com empresa responsável pela esterilização de materiais sensíveis, bem como não foi apresentada documentação demonstrando a justificativa para celebração do referido ajuste (sendo a empresa localizada em Recife/PE). Não foram disponibilizados registros de entrada e saída desses materiais cirúrgicos para esterilização, conforme solicitado, no intuito de averiguar o tempo de retorno desses elementos ao hospital.

3.2.2 Necessidade de aquisição e de manutenção de equipamentos de alto custo

Quanto à suficiência de equipamentos específicos de alto custo necessários para a otimização das atividades do Centro Cirúrgico, por meio do Memorando n. 2609/2023, a coordenação mencionou que o agendamento do uso desses equipamentos é feito conforme a disponibilidade. No tocante a levantamento e solicitação para compra, respondeu que esses equipamentos são avaliados a cada 3 meses pelo setor de patrimônio. Não houve entrega de registro relacionado a levantamento e requisição para compra (fls. 441/448 e 606/610).

O fato ocasiona em perda de eficiência dos serviços realizados pelo CC, tendo em vista que foi informado que, na condição atual do setor, haveria estrutura física/salas e equipe cirúrgica para a realização de um maior número de cirurgias, faltando, então, apenas uma disponibilidade maior de equipamentos como, por exemplo, torre laparoscópica.

Por meio da inspeção *in loco*, referente à torre de laparoscopia (TVLP), foi obtida a informação de que alguns pacientes optam por cancelar/adiar cirurgias devido a impossibilidade de uso da torre, escolhendo por esperar para realizar o procedimento via laparoscopia, ao invés de realizar no método “tradicional”. Foi mencionado ainda que uma cirurgia no método tradicional demora o dobro de tempo, quando comparada ao método laparoscópico. Nesse sentido, foi citado pelo CC que a aquisição de mais uma torre de laparoscopia contribuiria de forma relevante no número de cirurgias realizadas.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 701
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 47 - HMSI - TORRES LAPAROSCÓPICAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Fonte: registro de duas torres laparoscópicas durante a inspeção in loco (Centro Cirúrgico). As torres estavam, no momento da visita, na mesma sala cirúrgica. GAOP/DIAFI/TCE-PB

Uma outra ocorrência, conforme informações obtidas de forma oral, é que não existem instrumentos (kits) suficientes para se operar as duas Torres de Laparoscopia de forma simultânea (em salas diferentes), ou seja, em que pese haver duas torres, na prática, apenas uma pode ser utilizada por vez. Uma torre é manuseada com um kit instrumental em uso, enquanto o outro kit permanece como reserva. No HMSI, existem dois desses kits, contudo, precisa-se de quatro para fazer uso das duas torres de modo simultâneo.

Foi destacado também a falta de dois monitores multiparamétricos na Unidade de Recuperação Pós Anestésica (URPA). Segundo relatado, essa ausência não compromete a utilização dos leitos, pois há emprego de outros equipamentos que, apesar de não monitorarem todos os parâmetros, são suficientes para o funcionamento dos leitos. No entanto, o adequado seria a existência de um monitor multiparamétrico por leito.

No que tange a serviços de manutenção e de correção dos maquinários, foi reportado que existem equipamentos parados devido a falta de manutenção, precisamente no tocante a muitos respiradores, adquiridos à época da COVID. De um modo geral, pequenas manutenções corretivas são realizadas pelo próprio hospital, porém não é a situação adequada, conforme dito. Nesse quesito, foi relatada a alocação de um funcionário para dar suporte ao gerente de manutenção. Esse funcionário está realizando um levantamento dos equipamentos do CC de modo que se possa avaliar os estados e as necessidades de reparos.

Coletou-se ainda a informação de que não há contrato de manutenção preventiva de equipamentos. Não há setor de engenharia clínica no hospital. Compreende-se, assim, que não há planejamento e rotina de manutenções, o que seria ideal, tendo em vista o porte do hospital e a sua função no território estadual: referência em cirurgia eletiva.

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

FIGURA 48 - HMSI - MACAS NOS CORREDORES DO CENTRO CIRÚRGICO

Fonte: registro de macas necessitando de manutenção e depositadas nos arredores/corredores do Centro Cirúrgico. GAOP/DIAFI/TCE-PB.

Assim, em se tratando das duas situações encontradas aqui relatadas, *insuficiência no quantitativo de materiais e equipamentos disponíveis para um funcionamento mais eficiente e otimizado do CC* e *necessidade de aquisição e de manutenção de equipamentos de alto custo*, respectivamente, itens 3.2.1 e 3.2.2 deste relatório, tem-se, de modo breve, as causas relacionadas:

- falta de planejamento estratégico da direção do HMSI e/ou da própria secretaria, contemplando ações relacionadas a aquisições de insumos, materiais e equipamentos do Centro Cirúrgico;
- ausência de autonomia financeira da unidade hospitalar, sendo todas as necessidades de despesa (aquisição de materiais, equipamentos e insumos) comunicadas à SMS, podendo desencadear em um maior prazo de atendimento das necessidades solicitadas do hospital;
- alto custo de certos equipamentos hospitalares; e
- ausência de setor especializado em Engenharia Clínica, de modo a proporcionar a conservação e manutenção de materiais e equipamentos.

Essas situações encontradas e suas causas descritas podem vir a acarretar como efeitos:

- uma subutilização do Centro Cirúrgico com o possível não funcionamento de salas cirúrgicas devido à falta de materiais e equipamentos;
- cancelamentos cirúrgicos, decorrendo no aumento ou na não diminuição das filas de espera, tendo em vista pacientes não quererem realizar a cirurgia pelo método convencional (ou seja, sem a torre laparoscópica), voltando, assim, à fila de espera; e
- especificamente quanto à ausência de autonomia, um processo moroso de aquisição de materiais e equipamentos, de um modo geral, sendo usualmente burocrática a forma

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 703
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

de solicitação, tendo em vista que sempre é requisitado à direção por meio de memorando interno, o que resulta na abertura de um processo de compra, que depende de licitação que tramita na SMS-JP.

Em razão de todo o exposto, considerando o achado de auditoria (**Achado 04**) *Disponibilidade insuficiente de materiais cirúrgicos prontos para uso e de equipamentos para operacionalização plena do Centro Cirúrgico, em desacordo com a RDC MS/ANVISA n. 63/2011*, este Corpo Técnico sugere as seguintes recomendações:

À Direção do HMSI:

R.18 No sentido de elaborar planejamento estratégico contemplando ações que voltadas à aquisição de materiais, insumos e equipamentos do HMSI, favorecendo a uma boa prática de funcionamento dos serviços de saúde, no âmbito do hospital, conforme os arts. 7º, 17 e 53 da *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*;

R.19 No sentido de adotar prática de acompanhamento do uso das salas do Centro Cirúrgico por meio de levantamento formal de ocorrências e causas dos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias que estejam relacionadas à indisponibilidade de materiais e equipamentos cirúrgicos; e

R.20 No sentido de implantar setor especializado em manutenção preventiva e corretiva, garantindo a disponibilidade de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade dos serviços necessários ao atendimento da demanda, conforme art. 53 da *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*.

À SMS/JP:

R.21 Para estudar a viabilidade de proporcionar grau de autonomia ao HMSI, de modo a dar celeridade ao processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, atendendo ao disposto nos arts. 7º, 17 e 53 da *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*1.

À SMS-JP, juntamente com a Direção do HMSI:

R.22 No sentido de estudarem a possibilidade de aquisição de itens relacionados ao funcionamento pleno do CC, como TVLP e instrumentais necessários, monitores multiparamétricos, entre outros itens, garantindo, dessa forma, a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, conforme preceitua o art. 17 da *Resolução RDC MS/ANVISA n. 63/2011*.

Esperam-se, como benefícios em decorrência das recomendações sugeridas:

- Disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente as necessidades relacionadas a materiais, equipamentos e insumos do CC;

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 704
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

- Centro Cirúrgico melhor munido com equipamentos, materiais e insumos disponíveis para uso;
- Permitir que a direção do HMSI mapeie quais materiais, insumos e equipamentos faltantes no CC deram causa aos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias, de modo que a gestão adote providências para minimizar as ocorrências;
- Centro Cirúrgico melhor provido de insumos, materiais e equipamentos prontos para uso, de modo a impactar no número de cirurgias realizadas;
- Maior agilidade no processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, repercutindo na disponibilidade de itens necessários para a realização dos serviços atrelados ao CC, favorecendo, dessa forma, a uma boa prática de funcionamento e celeridade nos serviços de saúde no âmbito do HMSI; e
- Sistemática de manutenção preventiva e corretiva otimizada, de modo a aumentar a conservação dos materiais e equipamentos, contribuindo, assim, para a preservação do patrimônio hospitalar existente.

4. ENCAMINHAMENTOS

Diante do exposto e visando contribuir para o aprimoramento da gestão da rede hospitalar do Município de João Pessoa e, em especial, do Hospital Municipal Santa Isabel, submetemos este relatório à consideração superior, propondo-se:

I- Apresentação, por parte da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP) e direção do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), de Plano de Ação, conforme previsto na Resolução Normativa RN-TC-01/2018, contemplando as medidas necessárias para a implementação das recomendações, a seguir consolidadas, relacionadas por eixo de investigação com seus respectivos achados de auditoria, sendo ainda descritos os benefícios esperados com a implementação de tais recomendações.

EIXO 1 - VISÃO MACRO DO HMSI		
1.1 Planejamento e contratualização		
ACH-01 - Não estabelecimento claro de metas e indicadores de forma a permitir o monitoramento e avaliação do desempenho estratégico e operacional do HMSI, conforme critérios contidos na PNHOSP e em referenciais de boa governança		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	**RECOMENDAÇÕES**	**BENEFÍCIOS ESPERADOS**
a) Ausência de instituição de metas e indicadores, por parte da SMS/JP, referentes ao desempenho estratégico e operacional do HMSI; b) Ausência de instituição de	<u>Recomendação à SMS/JP:</u> **R.1** Estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão, como previsto na Portaria MS 3.390/2012, art. 32, §	a) Adequada visão da rede municipal de saúde, permitindo um melhor planejamento e o desenvolvimento de estratégias

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

metas e indicadores, por parte da própria direção do HMSI, referentes ao seu desempenho estratégico e operacional.	3º; (a) **R.2** Após contratualização dos hospitais sob sua gestão - como previsto na Portaria MS 3.390/2012, art. 32, § 3º - estabelecer uma sistemática, com periodicidade definida e com os devidos registros, para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuadas. (a) <u>Recomendação à direção do HMSI</u>: **R.3** Manter registros relativos ao monitoramento e acompanhamento dos resultados da unidade hospitalar, com os devidos desdobramentos a respeito de ações e decisões tomadas a partir desta avaliação; (b) **R.4** Elaborar um planejamento formal próprio, a partir do desdobramento das metas, indicadores e objetivos definidos no Contrato de Gestão, de modo que a Direção possa realizar um acompanhamento adequado dos seus resultados, priorizando ações e alocação de recursos, além de subsidiar a proposição de adequações à SMS/JP, no que diz respeito ao hospital. (b)	voltadas para o cumprimento do papel de cada hospital da rede; a) b) Manutenção de dados sistematizados e estruturados que permitam monitorar e avaliar resultados, proporcionando uma visão clara do desempenho do hospital e a propositura de potenciais ações de melhoria; b) Disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente os resultados internos, tendo subsídios para tomar decisões, priorizar ações, e alocar recursos (humanos, financeiros etc), além de propor melhorias.
1.2 Infraestrutura física e instalações complementares		
ACH-02 - Precariedade da infraestrutura física e das instalações complementares do HMSI para a operação e prestação de serviços de forma eficiente, de acordo com a Portaria MS N. 3.390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar) e as RDC MS/ANVISA n.50/2002 e 63/2011		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	**RECOMENDAÇÕES**	**BENEFÍCIOS ESPERADOS**
a) Mau estado de conservação de espaços físicos e fachadas de fundo;	<u>Recomendação à SMS-JP, juntamente com a Direção do HMSI</u>:	a) b) c) Estrutura física adequada ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários,

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

b) Acessos verticais externos e internos limitados e desconfortáveis; c) Inexistência de sistema de prevenção e combate a incêndio formalizado e inadequação/insuficiência dos instrumentos existentes.	**R.5** Elaborar Documento Descritivo que conste como anexo ao Contrato de Gestão da SMS-JP com o HMSI, com a descrição da estrutura física necessária e adequada ao perfil assistencial do hospital, conforme art. 8º, VI, da Portaria MS N. 3.390/2013 (PNHOSP); (a), (b), (c) **R.6** Elaborar estudo geral (diagnóstico e planejamento com cronograma) da edificação hospitalar (infraestrutura física e instalações complementares), de modo a subsidiar obras necessárias para o funcionamento adequado (atualizações de infraestrutura, renovação de layout e ações para garantir a segurança e conformidade com a prestação de serviços de saúde de acordo com o perfil de atendimento); a), (b), (c) **R.7** Realizar as obras e serviços necessários ao funcionamento adequado do hospital, de acordo com cronograma pré-estabelecido; (a), (b) **R.8** Elaborar documento descrevendo o sistema de prevenção e combate a incêndio no HMSI, contemplando todos os requisitos necessários e implementá-lo; (c) **R.9** Atender às exigências da Constituição Federal (art. 11) e da Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) no que tange à criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e as disposições da Norma Regulamentadora nº4 (NR-4) pertinente a criação do Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). (c)	acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; b) Arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes; b) Maior controle da movimentação no hospital, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais; b) Layouts favoráveis, gerando fluxos eficientes e agilizando os atendimentos; b) Melhoria dos fluxos de trabalho/material/paciente no hospital, visando evitar problemas de funcionamento e de infecção; a) b) Instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza; c) Disponibilidade de condições preventivas de proteção contra incêndio, assim como de combate e controle de pânico em eventuais ocorrências de incêndio; c) Promoção da saúde e proteção da integridade do trabalhador em seu ambiente laboral.

Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

EIXO 2 - ORGANIZAÇÃO LOGÍSTICA E OPERACIONAL DO CENTRO CIRÚRGICO		
2.1 Planejamento e utilização do Centro Cirúrgico		
ACH-03 - Subutilização da estrutura física e de pessoal do Centro Cirúrgico		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	**RECOMENDAÇÕES**	**BENEFÍCIOS ESPERADOS**
a) Inexistência de monitoramento e avaliação de dados gerenciais e operacionais de forma institucionalizada no Centro Cirúrgico (CC), não havendo quaisquer relatórios que evidenciem o acompanhamento de métricas quali-quantitativas concernentes ao Centro Cirúrgico; b) O Sistema GEHOS, embora contenha uma gama de informações aptas a corroborar para a tomada de decisão, não fornece relatórios condensando dados estruturados no que tange a filas para cirurgias e demanda reprimida por especialidade; c) Não há parâmetros técnicos formalmente estabelecidos para a elaboração do Mapa de Cirurgias, o que gera dependência, para sua concepção, da experiência pessoal dos profissionais diretamente envolvidos com a Sala de Agendamento de Cirurgias; d) Os dados referentes à capacidade instalada e utilização do Centro Cirúrgico não são formalmente analisados pela coordenação do CC e/ou gestão do HMSI;	Recomendação à Direção do HMSI: **R.10** Implementar de forma institucionalizada o monitoramento periódico das métricas do Centro Cirúrgico, com o fito de possibilitar o acompanhamento e avaliação de dados gerenciais e operacionais; (a) **R.11** Propor modificações no Sistema GEHOS de modo que ele forneça informações estruturadas a respeito dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico, com o propósito de subsidiar o processo de tomada de decisão da gestão; (b) **R.12** Estabelecer e adotar parâmetros técnicos para a elaboração do Mapa Cirúrgico, de modo a reduzir a dependência da experiência pessoal dos profissionais envolvidos na sua concepção; (c) **R.13** Realizar estudos, metas internas e fazer uso de benchmarking a respeito da capacidade instalada do Centro Cirúrgico, notadamente comparando o efetivamente executado com o possível de ser realizado; (d) **R.14** Estabelecer em protocolos ou documentação equivalente, de modo institucionalizado, o horário rígido de início da primeira cirurgia do dia; (e)	a) Melhor visão da performance gerencial e operacional do Centro Cirúrgico, contribuindo na tomada de decisão para sanar possíveis deficiências; b) Facilidade na extração e visualização de dados e informações que agreguem valor na formação do conhecimento inerente ao Centro Cirúrgico; c) Maior objetividade e segurança na elaboração do Mapa Cirúrgico, reduzindo a dependência da experiência dos profissionais e contribuindo para a eficiência na alocação dos recursos disponíveis; d) Adoção de medidas que visem o saneamento de possíveis ineficiências do Centro Cirúrgico, além de traçar trilhas de melhorias capazes de contribuir para a tomada de decisão, com vistas a alcançar a utilização plena do setor; e) Utilização plena das salas e cumprimento do Mapa Cirúrgico, com potencial de melhorar a eficiência da força de trabalho médica e aumentar o número de cirurgias realizadas; f) Conhecimento, por parte da gestão, de possíveis gargalos que podem causar ineficiência das salas cirúrgicas, podendo ser minimizadas, contribuindo

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

e) Não há estabelecimento rígido do horário do início da primeira cirurgia do dia, o que contribui diretamente para a não utilização plena das salas cirúrgicas e subaproveitamento da equipe médica; f) No que diz respeito ao controle sistemático dos atrasos nos inícios das cirurgias e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias, não há acompanhamento formal, sendo realizado informalmente na tentativa de minimizar os atrasos; g) Em relação à taxa de cancelamento cirúrgico, não foram apresentadas evidências de documento formal e sistema categorizando suas causas; h) No que concerne aos indicadores de desempenho produzidos pelo Centro Cirúrgico com o fito de demonstrar numericamente o desempenho operacional do setor, não foram apresentadas evidências de sejam desenvolvidos e usufruídos com satisfatoriedade.	**R.15** Estabelecer e acompanhar o controle sistemático referente: *i.* ao início da primeira cirurgia, *ii.* aos atrasos nos inícios das cirurgias; e *iii.* e ao tempo médio de intervalo entre cirurgias; (f) **R.16** Mensurar e controlar a "Taxa de Cancelamento", criando meios no Sistema GEHOS, ou em outra plataforma, para categorizar as razões dos cancelamentos; (g) **R.17** Documentar em protocolos formais os indicadores de desempenho e eficiência que devem ser produzidos pelo Centro Cirúrgico, além de estabelecer a periodicidade de sua análise. (h)	para a utilização mais efetiva do Centro Cirúrgico; g) Mapeamento, por parte da gestão do HMSI e da Coordenação do CC, dos principais motivos de as cirurgias não serem realizadas conforme programado no Mapa Cirúrgico, o que servirá como fonte de informação para que a gestão adote providências para minimizar a ocorrência; h) informações gerenciais aptas a fomentar o processo decisório da gestão do HMSI e da Coordenação do Centro Cirúrgico, criando oportunidade de se acompanhar de forma mais fiel e técnica o andamento e a produção das atividades pertinentes ao CC.
2.2 Material cirúrgico e equipamentos		
ACH-04 - Disponibilidade insuficiente de materiais cirúrgicos prontos para uso e de equipamentos para operacionalização plena do Centro Cirúrgico, estando em desacordo com a RDC MS/ANVISA 63/2011		
SITUAÇÃO ENCONTRADA	**RECOMENDAÇÕES**	**BENEFÍCIOS ESPERADOS**
a) Insuficiência no quantitativo de materiais e equipamentos disponíveis para um funcionamento mais eficiente e otimizado do CC;	<u>Recomendação à direção do HMSI:</u> **R.18** Elaborar planejamento estratégico contemplando ações voltadas à aquisição de materiais,	a) Disponibilidade de dados e informações que permitam à Direção do hospital acompanhar sistematicamente as necessidades relacionadas a

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

b) Necessidade de aquisição e de manutenção de equipamentos de alto custo.	insumos e equipamentos do HMSI, favorecendo a uma boa prática de funcionamento dos serviços de saúde, no âmbito do hospital, conforme os arts. 7º, 17 e 53 da Resolução RDC No 63/2011; (a) **R.19** Adotar prática de acompanhamento do uso das salas do Centro Cirúrgico por meio de levantamento formal de ocorrências e causas dos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias que estejam relacionadas à indisponibilidade de materiais e equipamentos cirúrgicos; (a) **R.20** Implantar setor especializado em manutenção preventiva e corretiva, garantindo a disponibilidade de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade dos serviços necessários ao atendimento da demanda, conforme art. 53 da Resolução RDC No 63/2011. (b) <u>Recomendação à SMS/JP:</u> **R.21** Estudar a viabilidade de proporcionar grau de autonomia ao HMSI, de modo a dar celeridade ao processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, atendendo ao disposto nos arts. 7º, 17 e 53 da Resolução RDC No 63/2011. (a) <u>Recomendação à SMS juntamente com a direção do HMSI:</u> **R.22** Estudarem a possibilidade de aquisição de itens relacionados ao funcionamento pleno do CC, como TVLP e instrumentais necessários, monitores multiparamétricos, entre outros itens, garantindo,	materiais, equipamentos e insumos do CC; a) Mapeamento, por parte da direção do HMSI, dos materiais, insumos e equipamentos faltantes no CC, que deram causa aos cancelamentos, adiamentos e atrasos de cirurgias, de modo a subsidiar a tomada de providências; a) e b) Centro Cirúrgico melhor provido de insumos, materiais e equipamentos prontos para uso, de modo a impactar no número de cirurgias realizadas; a) e b) Maior agilidade no processo de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, repercutindo na disponibilidade de itens necessários para a realização dos serviços atrelados ao CC, favorecendo, dessa forma, a uma boa prática de funcionamento e celeridade nos serviços de saúde no âmbito do HMSI; b) Sistemática de manutenção preventiva e corretiva otimizada, de modo a aumentar a conservação dos materiais e equipamentos, contribuindo, assim, para a preservação do patrimônio hospitalar existente.

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto.
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

	dessa forma, a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, conforme preceitua o art. 17 da Resolução RDC Nº 63/2011. (b)	

II- Encaminhamento de cópia do presente relatório e do Relatório e Voto do Relator ao/à:

- Chefe do Executivo Municipal de João Pessoa;
- Titular da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP);
- Direção do Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI);
- Presidência da Câmara Municipal de João Pessoa;
- Conselho Municipal de Saúde de João Pessoa (CMS-JP); e
- Tribunal de Contas da União (TCU).

Relatório de Auditoria Operacional. Proc. 08933/22. Data: 05/12/2023 09:47. Responsável: Milton de M. R. Neto. 711
Impresso por mresende em 19/12/2023 08:12. Validação: 6278.CB43.D485.3401.0737.BB1A.1CCA.DE00.
Este relatório é peça inerente à instrução do processo. Seu conteúdo NÃO constitui o posicionamento final do TCE-PB a respeito da matéria.

ANEXO - REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390/2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 001/2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA. Resolução RDC nº 63/2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde
BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA. Resolução RDC nº 50/2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) - Parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).
BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n º 4 (NR-4) Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).
PARAÍBA. Lei Estadual nº 9.625/2011. Código Estadual de Proteção contra incêndio, explosão e controle de pânico.
PARAÍBA. Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba (CBM/PB). Norma Técnica nº 016/2108. Estabeleceu medidas a serem adaptadas nas edificações já existentes, construídas anteriormente a 24 de junho de 2012.
PARAÍBA. Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba (CBM/PB). Norma Técnica nº 004/2013. Classificação das Edificações quanto à Natureza da Ocupação, Altura, Carga de Incêndio e Área Construída.
JOÃO PESSOA. Lei Municipal nº 100/2016. Institui o código sanitário municipal, onde estão previstos requisitos para os estabelecimentos de saúde.
IRB/ATRICON/TCU. Referencial de Governança Multinível em Políticas Públicas Descentralizadas. (2021)
TCU. Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (Versão 3.1. agosto/2022)
TCU. Referencial básico de governança organizacional. (3º Ed. 2020)

Assinado em 5 de Dezembro de 2023

Adriana Falcão do Rêgo
Mat. 3701107
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Assinado em 5 de Dezembro de 2023

Milton de Moura Resende Neto
Mat. 3708411
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Assinado em 5 de Dezembro de 2023

Cláudia Cristina Aguiar Matos
Mat. 3708357
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO