

AUDITORIA ESPECIAL. POLÍTICA ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA. DESEMPENHO DE HOSPITAIS PÚBLICOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE (PROCESSO TC Nº 0804896-4)

RELATOR: CONSELHEIRO MARCOS LORETO

INTEIRO TEOR DA DELIBERAÇÃO

72ª Sessão Ordinária da Segunda Câmara realizada em 22/10/2009

Processo TC Nº 0804896-4

Auditoria Especial de Natureza Operacional Realizada no Fundo Estadual de Saúde - FES

Presidente e Relator: Conselheiro Marcos Loreto

RELATÓRIO

O processo em apreciação trata da Auditoria Especial instaurada no Fundo Estadual de Saúde, por determinação desta relatoria, para viabilizar a realização de auditoria de natureza operacional na Política Estadual de Urgência e Emergência, em face do quadro de superlotação apresentado pelas unidades de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR).

O principal objetivo desta auditoria operacional, portanto, foi levantar os principais fatores estruturantes e intervenientes na Política Estadual de Emergência e Urgência que contribuem para sobrecarga dos serviços de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana do Recife, cuja abordagem

envolveu a seguinte ordem lógica de cinco questões suscitadas:

1ª questão: Examinou se a Política Estadual de Urgência e Emergência está em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências;

2ª questão: Analisou se os níveis de consultas da atenção básica e dos leitos hospitalares ofertados pelos municípios da RMR são suficientes, à luz da Portaria GM/MS nº 1.101/2002;

3ª questão: Avaliou se são resolutas as ações da atenção primária e das unidades não hospitalares de atenção às urgências;

4ª questão: Analisou se os atendimentos dos casos agudos de média complexidade provenientes de usuários residentes nos municípios da RMR impactam as grandes emergências públicas do Estado;

5ª questão: Avaliou o desempenho das unidades hospitalares da I Geres, a partir de alguns indicadores.

A avaliação foi realizada pelo Técnico de Auditoria das Contas Públicas João Antônio Robalinho Ferraz e pelo Auditor das Contas Públicas para a área de Saúde Paulo Hibernon P. Gouveia de Melo, sob a coordenação da Auditora das Contas Públicas Lídia Maria Lopes P. da Silva (Gerente da GEAP) e Geraldo Bastos Fiscina (Gerente da DIAF), que utilizaram a seguinte metodologia: pesquisa documental e bibliográfica; estudo de legislação específica; leitura de relatórios gerenciais; análise de dados e de séries históricas a partir de informações extraídas dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e (SIH) sobre produção de consultas da atenção básica, atendimentos de urgências de média complexidade e internações hospitalares; levantamento da distribuição de leitos hospitalares da rede municipal, pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); usuários de planos de saúde, pela base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e contagem da população, pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e entrevistas semiestruturadas com gestores, técnicos e pesquisadores das seguintes entidades:

- Coordenação Estadual das Emergências da Secretaria de Saúde;
- Auditoria do SUS da Secretaria de Saúde Estadual;
- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz);
- Conselho Regional de Medicina (Cremepe);
- Sindicato dos Médicos (Simepe);
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (Cosems);

- Central de Regulação Médica de Urgência da Prefeitura do Recife;
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip);
- Gerência de Informações em Saúde da Secretaria de Saúde Estadual;
- Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde Estadual.

Dos trabalhos de auditoria, resultou o Relatório de Auditoria Preliminar, às fls. 15 a 132, que – após expor uma visão geral do objeto da auditoria, tratando da relevância do tema, dos antecedentes históricos da Política Nacional de Atenção às Urgências, dos princípios e elementos organizativos da Política Nacional de Atenção às Urgências, dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências, da implantação e configuração do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências, dos componentes da estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS, PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL, PRÉ-HOSPITALAR FIXO, HOSPITALAR, PÓS-HOSPITALAR e NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA), das atribuições da Coordenação Estadual do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, do panorama dos fatores que impactam o desempenho dos sistemas e da legislação consultada – elenca os seguintes achados, sumariamente transcritos:

- › Não formulação do Plano Estadual de Atendimento a Urgência e Emergência pela Secretaria de Saúde Estadual;
- › Inexistência de um complexo regulador constituído por uma rede de centrais de regulação;
- › Inexistência de um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, pactuado e articulado entre os diversos órgãos e entes públicos municipais, que preveja a execução planejada e coordenada de ações assistenciais para atender pessoas vítimas de desastres de grandes proporções;
- › Deficiência de acesso dos cidadãos aos serviços de Atenção Básica, especialmente nos municípios da I Geres;
- › Baixa resolutividade desses serviços de Atenção Básica, bem como deficiência no atendimento, por parte dos municípios, dos casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar;

- › Déficit na oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco, agravado pelo baixo desempenho das unidades hospitalares;
- › Influência do modelo de gestão no desempenho hospitalar (por meio de uma comparação do desempenho dos cinco grandes hospitais públicos do Estado de Pernambuco com hospitais do Estado de São Paulo).

Constam, ainda, no Relatório Técnico da Anop, algumas recomendações formuladas à Secretaria Estadual de Saúde, com vistas a contribuir para a melhoria dos serviços de urgência e emergência, quais sejam: (a) desenvolvimento de ações visando à elaboração e à implementação do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências e do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres; (b) promoção de esforços para a formação de um complexo regulador; (c) busca de uma melhoria do desempenho dos hospitais públicos, objetivando um maior aproveitamento dos leitos disponíveis; e (d) promoção de um trabalho sistemático no intuito de cobrar dos municípios uma melhor estruturação dos seus serviços de saúde.

Mediante o Ofício TCGC-05 N^o 0043/2009, de 07 de abril de 2009 (fl. 134), foi encaminhada a versão preliminar deste relatório à Secretaria Estadual de Saúde, solicitando o pronunciamento do gestor sobre os resultados da Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência. Em resposta, a Sra. Ivette Buril, Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde, enviou os comentários acerca da avaliação realizada, por meio do Ofício DGAIS n^o 160/09, protocolado em 12/06/2009 (fls. 135), relatando que a Política Estadual de Urgência e Emergência encontra-se em processo de implantação nas diversas esferas administrativas que compõem a saúde no estado. De acordo com o gestor, como a política avaliada é composta por vários componentes estruturais, tais como: assistência pré-hospitalar, assistência hospitalar e assistência pós-hospitalar, seria necessário um cronograma longo para que sua implantação fosse efetiva e eficaz, e que outros programas de apoio à referida política têm sido implementados, a exemplo do Programa Estadual de Fortalecimento das Urgências, que estabelece incentivos financeiros para estruturação de unidades de pronto atendimento nos municípios. Por fim, esclareceu que o relatório de Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência iria auxiliar a execução da política em questão.

Apreciando as aludidas razões, a equipe de auditoria concluiu que “os comentários elaborados pelo gestor não suscitam alterações no relatório”, mantendo, por conseguinte, os resultados da auditoria e as respectivas recomendações (Relatório Consolidado de Auditoria Operacional Preliminar, às fls. 138 a 255 dos autos).

Vieram-me os autos conclusos.

Eis, de modo sucinto, o relatório.

Passo à análise e à decisão.

VOTO DO RELATOR

De logo, cuidaremos de apresentar a política estadual de urgência e emergência, segundo três vertentes principais:

a) estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência:

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelece, em seu artigo 2º, § 1º, que as secretarias de saúde estaduais devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, para constituição do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Desta forma, dentro da importância e do papel que o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências representa para a estruturação e a organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, foi solicitada, através do Ofício GC04/DCE/DIPE nº 01/2009 (fl. 10), cópia deste à Secretaria de Saúde do Estado. Em resposta ao ofício, foi informado, via MEMO GAB nº 96/09 (fl. 11), que o Plano encontra-se em fase final de adaptação à Política Estadual de Urgência e Emergência. O mesmo MEMO ainda cita que a Política Estadual encontra-se em fase de implantação através do Programa 0521 do Plano Plurianual 2008/2011. O Programa 0521 (fls. 12 e 13) estabelece a implantação da Política Estadual de Urgência e Emergência através de cinco Ações/Finalidades:

- (2177) Implantação da Política de Prevenção de Acidentes;
- (2181) Estruturação da Assistência Domiciliar no SUS;
- (2176) Estruturação da Rede Pré-Hospitalar Fixa para Atendimento às Urgências e Emergências;
- (2178) Ampliação da Cobertura Estadual de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/Samu;
- (2179) Estruturação das Unidades Hospitalares e de Suporte no Atendimento de Urgência e Emergência.

Examinando os objetivos/finalidades das ações do Programa e a versão preliminar do Plano Estadual de Saúde – 2008/2011 a ser aprovada

pelo Conselho Estadual de Saúde e a Lei Orçamentária Anual/2008, a equipe de auditoria não identificou qualquer iniciativa que preveja a formulação do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, que de fato não foi formulado pela Secretaria de Saúde Estadual, o que compromete a resolutividade das ações de atenção à urgência e desarticula o Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

b) Complexo regulador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência:

Para que o Sistema Estadual de Urgência e Emergência possa acolher o paciente, deve prestar-lhe assistência e encaminhá-lo para outros serviços para continuidade do tratamento, através da integração da **Central de Regulação Médica de Urgências** com outras **Centrais de Regulação** que formam o complexo regulador da atenção no SUS.

Atualmente, a Secretaria de Saúde Estadual dispõe apenas da Central de Regulação de Leitos, que levanta e controla diariamente via telefone a disponibilidade de vaga nos leitos dos hospitais públicos sob a responsabilidade do Estado, enquanto a regulação médica das urgências da RMR é desempenhada pela Prefeitura do Recife através da Central Samu Metropolitano, não havendo, segundo os técnicos da gerência da central do Recife, interação institucionalizada entre a Central de Regulação Médica da prefeitura e a Central de Regulação de Leitos do Estado. A referência e a condução dos pacientes para os hospitais públicos estaduais da RMR, portanto, são realizadas sem o conhecimento prévio da disponibilidade de vagas de leitos nessas unidades hospitalares.

Destarte, conclui-se que o Sistema Estadual de Urgência e Emergência de Pernambuco não possui um complexo regulador constituído por uma rede de centrais de regulação, o que compromete a racionalização dos fluxos gerais de necessidade/resposta, a otimização dos recursos disponíveis e as interações das ações assistenciais de diversos níveis de complexidade relacionadas à atenção às urgências, promovida pela gestão pública estadual.

c) Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres:

A formulação do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres é de extrema importância e relevância para o Estado, principalmente pelas (i) características econômicas da RMR, onde se concentram diversos empreendimentos que apresentam ameaça à saúde da população, a exemplo do polo de SUAPE (onde estão instaladas várias empresas industriais de grande porte), refinaria, estaleiro, entre outros investimentos de envergadura previstos que ampliarão o parque industrial do litoral sul do Estado, podendo-se mencionar, ainda, (ii) o risco provocado pelas aeronaves que trafegam e pousam no Aeroporto

Internacional dos Guararapes/Gilberto Freyre, que fica localizado dentro da cidade do Recife, vizinho a diversos bairros populosos, como também (iii) o quantitativo de postos de gasolina existentes, a grande frequência de eventos com aglomerações de pessoas que ocorrem na RMR, como *shows*, jogos de futebol, feiras, congressos e (iv) a escolha do Recife para ser umas das cidades-sede para Copa de 2014, entre outros fatos.

Para verificar a existência ou não do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, foi solicitada, pela auditoria, cópia deste, através do Ofício GCO4/DCE/DIPE nº 01/2009 (fl. 10) à Secretaria de Saúde Estadual, a qual respondeu, por meio da Diretoria Geral de Atenção Integral à Saúde da Secretaria, que o Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, por se tratar de um plano multissetorial, encontra-se em desenvolvimento pela Secretaria de Defesa Social, conforme MEMO GAB nº 96/09 (fl. 11).

Diante disso, constatou-se que a Política Estadual de Urgência e Emergência não possui um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, pactuado e articulado entre os diversos órgãos e entes públicos municipais, que preveja a execução planejada e coordenada de ações assistenciais para atender pessoas vítimas de desastres de grandes proporções, o que torna ineficaz a capacidade de resposta às necessidades coletivas em caráter urgente, proporcionando o colapso do sistema de atendimento nas urgências hospitalares. Ademais, cumpre ressaltar que as atribuições de fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, é de competência da Secretaria de Saúde Estadual, conforme estabelece o artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.863/2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Dito isso, convém agora expor os fatores intervenientes na política estadual de urgência e emergência, que seguem:

d) acesso à Atenção Primária em Saúde:

Primeiramente, tendo em vista a importância que uma rede de atenção básica eficiente possui na racionalização e estruturação de um Sistema de Saúde e do seu papel em impedir que pacientes busquem, espontaneamente, os grandes Serviços de Urgência e Emergência para atendimentos de baixa complexidade, a equipe de auditoria procurou aferir a cobertura assistencial na Atenção Básica (Atenção Primária em Saúde) ofertada pelos municípios da I Gerência Regional de Saúde (Geres) e inferir acerca do seu impacto sobre as emergências dos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife: Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Geral Otávio

de Freitas, Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Barão de Lucena, concluindo que:

- d.1) os municípios da I GERES são responsáveis pela maior parte dos internamentos em caráter de urgência nos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife (77%, no ano de 2008), sendo 51% dos pacientes internados em caráter de urgência residentes em Recife, 12%, residentes em Jaboatão dos Guararapes, 9,7%, residentes em Olinda e 5,2%, residentes em Paulista. Tais pacientes apresentam um impacto sobre os referidos hospitais bem maior que o que seria esperado, considerando-se a proporção de sua população (46% dos 8.734.194 habitantes estimados para o Estado de Pernambuco).
- d.2) no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008, onze municípios, dos dezoito que compõem a I Geres, acumularam um déficit de 6.214.846 (seis milhões, duzentos e quatorze mil, oitocentos e quarenta e seis) consultas em especialidades básicas – tendo por parâmetro 1,5 consulta por habitante por ano (indicador “média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas” adotado pelo Ministério da Saúde e Portaria GM/MS nº 1.101, de 12/06/2002) –, o que reflete uma limitação no acesso dos cidadãos desses municípios aos Serviços Básicos de Saúde, dos quais quatro se destacam (80% do déficit acumulado de consultas de Atenção Básica): Recife (32%), Jaboatão do Guararapes (21%), Paulista (14%) e Olinda (13%), que deixaram de oferecer aos seus municípios o total de 5.000.670 (cinco milhões seiscentas e setenta) consultas de Atenção Básica.
- d.3) a evolução das consultas de Atenção Básica (produção x parâmetro x tendência), por município, demonstra que grandes oscilações podem refletir uma fragilidade desse nível de atenção à saúde, mostrando a sua suscetibilidade a fatores como organização da força de trabalho e ao próprio calendário eleitoral, como foi identificado em alguns municípios, conforme segue:
 - O município de Recife apresenta um padrão homogêneo na oferta das consultas, com uma tendência de crescimento, o que deve refletir uma maior estruturação da sua Atenção Primária em Saúde (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 77%, 77%, 79% e 82% da oferta esperada, alcançando 86%, nos nove meses analisados de 2008, do necessário para o período);

- O município do Jaboatão do Guararapes, apesar da tendência de crescimento na oferta das consultas de Atenção Básica, considerando-se toda a série histórica, apresenta uma evolução bastante heterogênea, com grandes elevações e quedas na produção, possivelmente refletindo uma baixa organização da Assistência Primária em Saúde, visto que o município não se mostrou capaz de manter uma constância na oferta a sua população de acesso a esse nível de atenção (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 68%, 58%, 77% e 87% da oferta esperada, alcançando apenas 67%, nos nove meses analisados de 2008, do necessário para o período – o que representou uma queda acentuada em relação ao mesmo período do ano anterior);
- O município do Paulista apresenta uma tendência temporal, também, de queda na produção das consultas de Atenção Básica (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 64%, 61%, 56% e 59% da oferta esperada, alcançando apenas 49%, nos nove meses analisados de 2008, do necessário para o período);
- O município de Olinda, também, vem apresentando uma tendência de queda, que se caracteriza pela consistência do declínio no período analisado (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 75%, 84%, 71% e 66% da oferta esperada, alcançando apenas 52%, nos nove meses analisados de 2008, do necessário para o período);
- Os municípios de Vitória de Santo Antão, Moreno, Ipojuca, Goiana, Abreu e Lima, São Lourenço e Igarassu apresentam algumas características em comum: (a) a produção de consultas ao longo do período analisado mostrou-se bastante irregular, com grandes elevações e quedas, o que pode representar uma baixa estruturação de seus serviços de saúde neste nível de complexidade, visto a inconstância na oferta de serviços; (b) todos apresentaram forte elevação na oferta de consultas nos dois trimestres antecedentes ao pleito eleitoral de 2008, o que pode corroborar ainda mais a fragilidade dos serviços de saúde locais, visto que eles apresentam-se fortemente influenciados pelo calendário eleitoral, conforme se vê:
 - Vitória de Santo Antão (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 57%, 63%, 49% e 53% da oferta esperada);
 - Moreno (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 77%, 66%, 69% e 75% da oferta esperada);

- Ipojuca (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 67%, 62%, 53% e 56% da oferta esperada);
 - Goiana (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 66%, 78%, 60% e 70% da oferta esperada);
 - Abreu e Lima (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 57%, 97%, 96% e 84% da oferta esperada);
 - São Lourenço da Mata (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 77%, 66%, 69% e 75% da oferta esperada); e
 - Igarassu (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 45%, 80%, 105% e 110% da oferta esperada).
- Os municípios de Chã Grande, Camaragibe, Araçoiaba, Itamaracá, Cabo de Santo Agostinho, Pombos e Itapissuma não apresentaram déficit na oferta de consultas da Atenção Básica considerando-se o período analisado como um todo. No entanto, o padrão de oferta também apresentou, em alguns deles, grandes flutuações, que, como já se comentou, podem representar uma fragilidade na estruturação dos serviços de Atenção Básica, bem como a restrição do acesso a uma consulta médica, que obriga o paciente a se deslocar para serviços de fácil acesso, em que ele sabe que será atendido, apesar do atendimento precário, como é o caso dos grandes Serviços de Urgência e Emergência, como se vê:
 - Chã Grande (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 184%, 147%, 183% e 238% da oferta esperada);
 - Camaragibe (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 45%, 80%, 105% e 110% da oferta esperada);
 - Araçoiaba (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 53%, 123%, 152% e 203% da oferta esperada);
 - Itamaracá (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 64%, 101%, 115% e 147% da oferta esperada);

- Cabo de Santo Agostinho (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 124%, 95%, 95% e 100% da oferta esperada);
- Pombos (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 139%, 100%, 85% e 125% da oferta esperada); e
- Itapissuma (entre 2004 e 2007, as consultas realizadas representaram, respectivamente, 126%, 117%, 87% e 82% da oferta esperada).

Por tudo exposto, a auditoria concluiu, em suma, que a restrição do acesso à Atenção Primária em Saúde ou Atenção Básica é causa de importantes impactos na saúde da população (não terá respostas adequadas aos mais simples problemas de saúde e um inadequado acompanhamento de doenças crônicas, cada vez mais comuns na população, tais como hipertensão e diabetes, resulta mais adiante em demandas adicionais por serviços de maior complexidade, gerando maior sofrimento humano, incapacitações e forte pressão na demanda e nos custos do atendimento de média e alta complexidade). Além disso, algumas características no padrão de produção das consultas de Atenção Básica nesses municípios, tais como a inconstância e irregularidade ao longo do tempo, apontam também para fragilidade desse nível de atenção à saúde, com possíveis repercussões na resolutividade (efetividade) dos serviços ofertados e, conseqüentemente, forte impacto sobre os grandes serviços de Urgência e Emergência.

e) resolutividade da Atenção Primária e de unidades não hospitalares de atenção às urgências:

Diante da questão da resolutividade da Atenção Básica em saúde dos municípios da I Geres, a equipe de auditoria procurou aferir em que medida os Serviços de Urgência e Emergência dos cinco grandes hospitais estaduais da RMR são impactados pela baixa resolutividade dos serviços de atenção básica e de unidades não hospitalares de atenção às urgências eventualmente disponíveis, selecionando na tabela unificada SIA/SIH, como indicadores, quatro procedimentos de urgência de média complexidade em que os pacientes são atendidos recebendo alta em menos de 24 horas, ou seja, atendimentos que não geram internamentos dos pacientes.

Esses procedimentos foram responsáveis, no ano de 2008, por 365.079 atendimentos nas emergências dos cinco hospitais analisados (o que representa uma média de 1.000 atendimentos diários, com alta hospitalar em menos de 24 horas), que poderiam ser realizados por unidades não hospitalares de atendimento às Urgências e Emergências, visto que os pacientes atendidos não necessitaram de internamento hospitalar, o que contribuiria para descentralização do atendimento de

urgências de baixa e média complexidade, diminuindo a sobrecarga dos Serviços de Urgência e Emergência desses hospitais, propiciando melhores condições de atendimento, aos pacientes, e de trabalho, aos profissionais de saúde. Resta clara, assim, a importância da criação de uma rede de Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

f) o atendimento dos casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar:

A equipe de auditoria, partindo da premissa de que os hospitais estaduais da RMR aqui analisados têm sua capacidade operacional comprometida ao realizar internamentos de pacientes com algumas patologias e quadros agudos de média complexidade, que poderiam ser realizados em hospitais de menor porte, ou mesmo que, com uma boa assistência na Atenção Primária, não teriam evoluído a ponto de necessitar de internamento, buscou aferir, ao menos em parte, a dimensão dessa problemática, selecionando, a partir dos internamentos realizados em caráter de urgência, (i) os procedimentos de média complexidade (classificados pela tabela unificada do SIA/SIH), excluídos todos os internamentos que necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (ii) os procedimentos cujo valor médio da AIH estivesse abaixo de R\$ 600,00, acrescidos dos procedimentos que o senso comum de profissional na área de saúde indique que poderiam ser tratados em hospital geral (tratamento de pneumonias ou influenza – gripe, apendicectomia, debridamento de úlcera/de tecidos desvitalizados, tratamento de insuficiência arterial com isquemia crítica); e (iv) os procedimentos de média complexidade que poderiam ser realizados em hospital de médio porte com uma ocorrência de ao menos 100 casos, considerando-se os cinco hospitais (exceto para tratamento da dengue clássica, com 99 casos).

Nessa amostra, foram realizados, no ano de 2008, 9.083 internações para tratamentos de média complexidade, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR, com uma permanência total de 68.317 dias, que comprometeram 88.723 leitos-dia, ou seja, 243 leitos hospitalares, diariamente, que equivale a cerca de 12% da capacidade operacional desses hospitais (1.994 leitos).

Diante disso, a auditoria concluiu que o grau de comprometimento da capacidade operacional dos hospitais com esse tipo de internamento não deve ser inferior a 15% (considerando que ficaram de fora da amostra todos aqueles procedimentos que não alcançaram uma frequência mínima de 100 casos) ou, em outras palavras, o Governo do Estado de Pernambuco deve estar comprometendo uma estrutura equivalente a dois hospitais com pelo menos 150 leitos para o atendimento de procedimentos decorrentes de patologias que poderiam ser evitadas, caso houvesse uma Atenção Básica à saúde eficiente e resolutiva, ou seja, condições sensíveis ao tratamento ambulatorial, doenças que, se abordadas de maneira apropriada, em

termos de promoção, prevenção, tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente exigiriam internação, como são a maioria dos casos de tratamento de diabetes *mellitus* (806 internamentos na amostra), tratamento de crises hipertensivas (529 internamentos na amostra), tratamento de doenças infecciosas intestinais (213 internamentos na amostra), tratamento de anemias nutricionais (124 casos na amostra), dentre outros.

g) déficit na oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco:

A partir da comparação das necessidades de leitos (2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, sendo de 4% a 10% a necessidade de leitos de UTI, consoante a Portaria GM/MS n° 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde) e os ofertados pelo Estado de Pernambuco, no período de dezembro/2008, a auditoria levantou que, para o atendimento da população usuária do SUS – não esquecendo, todavia, que muitas vezes os usuários de planos de saúde recorrem ao SUS, especialmente quando dos primeiros socorros em casos de acidentes graves, quando da necessidade de internamento em UTI e quando da necessidade de tratamentos de alta complexidade que são sonogados pelos planos de saúde (o que faz de tais parâmetros referenciais mínimos) –, seriam necessários 21.852 leitos e estão sendo ofertados 19.052 leitos, havendo, portanto, um déficit de 2.800 leitos, com destaque para os leitos destinados a reabilitação (1.037), a clínica médica (794), a cuidados prolongados (792) e a UTI (689).

Neste ponto, chama à atenção a deficiência de leitos de cuidados prolongados (pacientes crônicos) e de leitos de reabilitação, o que acarreta a dificuldade de transferência de pacientes após a alta do Serviço de Urgência e Emergência para outros serviços de saúde de menor porte (hospitais de retaguarda, em grande parte, hospitais privados-conveniados ao SUS, os quais não recebem os pacientes provenientes dos grandes hospitais, uma vez que exigiriam o uso de medicações e intervenções de custo elevado).

Noutra vertente, a equipe de auditoria observa que o aparente superávit de 541 leitos cirúrgicos e 417 leitos obstétricos disponibilizados pelo SUS não significa que essas áreas não enfrentam problemas no Estado de Pernambuco, pois muitos dos leitos disponibilizados pelo SUS encontram-se em estruturas hospitalares pouco resolutivas, em hospitais de pequeno porte (a exemplo da Maternidade Brites de Albuquerque, o Hospital e Maternidade Abreu e Lima e a Unidade Hospitalar de Igarassu), que não conseguem manter em funcionamento toda a estrutura tecnológica necessária para a prestação de assistência médico-hospitalar, como laboratório de análise clínicas, serviço de diagnóstico por imagem e equipes de profissionais de saúde completas, obrigando, frequentemente, a serem as pacientes encaminhadas para

as grandes maternidades da Cidade do Recife. Assim, muitos dos leitos existentes e contabilizados como disponíveis à população são, na verdade, inoperantes.

Os auditores ainda fazem, a título de ilustração, um interessante exercício (se os municípios de Olinda, Abreu e Lima e Igarassu resolvessem se consorciar na manutenção de uma única unidade, ampliando a oferta de leitos e a resolutividade deles): a carga horária de plantão dos médicos obstetras da Maternidade Brites de Albuquerque, do Hospital e Maternidade Abreu e Lima e da Unidade Hospitalar de Igarassu (757 horas) é suficiente para manter uma equipe de 4 plantonistas por dia e mais 3 plantonistas feristas.

h) o desempenho das unidades hospitalares da I Geres:

h.1) o baixo desempenho das unidades hospitalares de menor porte:

Neste tópico, a auditoria trata de outro importante fator de impacto na superlotação das urgências e emergências dos grandes hospitais estaduais da RMR: o desempenho tanto dos referidos hospitais, quanto das demais unidades hospitalares da I Geres.

Conforme o desempenho da unidade, maior ou menor será sua taxa de ocupação (tempo médio que um leito SUS fica ocupado por ano, com exclusão de internações psiquiátricas), tempo médio de permanência (número médio em dias de cada internação, com exclusão das internações psiquiátricas) e taxa de rotatividade dos leitos (número médio de internações por leito SUS, excluindo internações psiquiátricas) – além de outros indicadores, tais como pessoal por leito, uso de recursos tecnológicos, produtividade cirúrgica. Esses indicadores refletem o grau de utilização dos recursos físicos e humanos dos hospitais, influenciando na disponibilidade de leitos, ou seja, quanto melhores os indicadores referidos, maior será a eficiência das unidades de saúde e, conseqüentemente, maior será sua produtividade. Em outras palavras, com uma mesma capacidade instalada de leitos, mais pacientes poderão ser atendidos, contribuindo para o acolhimento dos pacientes que aguardam internamento nos Serviços de Urgência e Emergência.

Para efetuar a medição, a equipe de auditoria, tendo em vista que os indicadores propostos para a aferição do desempenho das unidades hospitalares são influenciados pelas características, tais como número de leitos, níveis de complexidade em que o hospital está habilitado para realizar atendimentos, natureza pública ou privada, esfera administrativa de gestão (estadual ou municipal), buscou agrupar algumas unidades que possuíssem características semelhantes, a fim de aferir seus indicadores de desempenho.

Foram formados cinco grupos (cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR, hospitais públicos estaduais de médio porte, hospitais públicos municipais do Recife de médio porte, hospitais privados de médio porte e hospitais públicos municipais fora da Capital), que apresentaram os seguintes resultados:

- Os hospitais de pequeno porte, como os hospitais públicos municipais fora da Capital, possuem a mais baixa taxa média de ocupação (29%), atendem casos de baixa complexidade, como evidenciado pelo valor médio da AIH (R\$ 421,27), e apresentam baixa rotatividade (30,4);
- Os hospitais públicos estaduais de médio porte possuem taxa média de ocupação de 33%, mas uma taxa média de rotatividade inferior aos públicos municipais (21,2), atendendo a casos, também, de baixa complexidade, com valor médio de AIH em R\$ 408,20;
- Os hospitais públicos do município do Recife apresentam taxa de ocupação de 50% e a maior taxa de rotatividade (66), que, no entanto, é reflexo da baixa complexidade dos seus internamentos (valor médio da AIH de R\$ 416,07), que são mais breves, com tempo médio de internamento de 2,8 dias;
- Os cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR apresentam as maiores taxa de ocupação (89%), acima do ideal de até 85%, o que demonstra a saturação de sua capacidade operacional, sendo responsáveis pelos internamentos mais complexos e de maior custo (valor médio da AIH de R\$ 1.000,37), com tempo médio de internamento de 8,2 dias e taxa de rotatividade de 39,6.

h.2) a influência do modelo de gestão no desempenho hospitalar – uma comparação com hospitais do Estado de São Paulo:

Tendo em vista as dificuldades para obter padrões de comparação, a equipe de auditoria resolveu construir os mesmos indicadores para hospitais do Estado de São Paulo que tivessem perfil equivalente ao dos cinco hospitais estaduais analisados. Como o Estado de São Paulo possui hospitais sob modelos de gestão diferenciados, parte sob administração direta do Estado e parte sob gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS), procurou criar dois grupos com cinco hospitais cada um. Para tanto, foram levantados os perfis desses hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), buscando as unidades que possuíssem porte e perfil de complexidade adequados para a comparação. Os hospitais sob gestão direta do governo do Estado de São Paulo que preencheram os requisitos de perfil foram: o Centro Hospitalar de Santo André, Conjunto Hospitalar do Mandaqui,

Conjunto Hospitalar – Sorocaba, Hospital Regional Sul e o Hospital Estadual Bauru. Os hospitais sob gestão de Organizações Sociais de Saúde foram: o Hospital Geral Pirajussara, Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, Hospital Geral de Guarulhos, Hospital Estadual Sumaré e o Hospital Estadual de Diadema – Hospital Serraria.

Vejamos, então, o resultado do desempenho das Unidades Hospitalares do Estado de Pernambuco e do Estado de São Paulo, conforme o modelo de gestão, no ano de 2008:

- Os hospitais públicos estaduais de São Paulo sob gestão direta apresentaram um tempo médio de internação 16% menor que a média dos cinco hospitais estaduais pernambucanos e 33% menor que o Hospital Otávio de Freitas, o pior dos hospitais pernambucanos neste indicador (mesmo excluindo os internamentos em psiquiatria, fisiologia e crônicos), enquanto a taxa de rotatividade média desse grupo de hospitais paulistas foi apenas 5% maior que os hospitais pernambucanos, mas chegou a ser 31% maior que a do Hospital Otávio de Freitas, também o pior dos hospitais pernambucanos neste outro indicador;
- Os hospitais paulistas sob gestão de Organizações Sociais de Saúde apresentaram tempo médio de internação 35% menor e taxa média de rotatividade 48% maior que a média dos hospitais pernambucanos, enquanto o valor médio da internação desse grupo de hospitais paulistas foi de R\$ 843,65 contra um valor médio dos hospitais pernambucanos de R\$ 1.000,37. Neste íterim, cumpre salientar que o valor médio da internação é uma medida indireta do grau de complexidade do internamento, mas, entre hospitais com um mesmo perfil de complexidade, como é o caso, a diferença torna-se uma medida indireta de economicidade, ou seja, o custo do internamento nos hospitais paulistas geridos por OSS é cerca de 16% menor do que nos hospitais pernambucanos. Ressalte-se, ainda, que os hospitais paulistas geridos por OSS dispunham de 652 leitos a menos que os hospitais pernambucanos, mas conseguiram gerar aproximadamente o mesmo número de internamentos, 68.492 contra 68.710. Ou seja, uma produtividade 48% maior.

Os dados levantados pela auditoria apontam para amplas oportunidades de melhoria nos indicadores de desempenho dos hospitais pernambucanos, objetivando reduzir o tempo médio de internamento dos pacientes e aumentar a taxa de rotatividade dos leitos, de forma a permitir um maior aproveitamento de sua capacidade operacional. A título de reflexão, vale lembrar que se os cinco hospitais pernambucanos funcionassem com a mesma taxa de rotatividade dos hospitais paulistas

geridos por OSS teriam realizado cerca 33.252 internamentos a mais no ano de 2008, o que equivaleria a ter no Estado de Pernambuco mais três hospitais do porte do Hospital Getúlio Vargas funcionando, com a capacidade de atendimento que atualmente possui (cerca de 11.749 internamento/ano).

Ante todo o exposto, passo aos *consideranda* e à decisão.

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

Considerando que os exames de auditoria de natureza operacional compreendem a verificação da execução dos planos, normas e métodos em relação aos objetivos da entidade auditada, visando à avaliação do seu desempenho;

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

Considerando o teor do Relatório Consolidado de Auditoria Operacional sobre a Política Estadual de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco, às fls. 138 a 255 dos autos;

Considerando que a auditoria operacional, consubstanciada neste processo, levou em consideração os Princípios da Economicidade, Eficiência, Eficácia e Equidade, devendo seus resultados ser acompanhados através de monitoramento das recomendações e cronograma, que deverá ser apresentado posteriormente pelos gestores do programa;

Considerando os comentários do gestor de que o Relatório de Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência iria auxiliar a execução da política em questão,

JULGO REGULAR, COM RESSALVAS, o objeto da presente Auditoria Especial.

Faço, porém, as seguintes **determinações e recomendações**, visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco:

Primeiramente, recomendo à Secretaria Estadual de Saúde:

- **Elaborar e implantar o Plano Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 2.048/2002;**
- **Elaborar e implantar Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas;**
- Implantar Complexo Regulador de acesso à assistência à saúde, objetivando a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, abrangendo a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso à assistência baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.559/2008;
- Definir e acompanhar indicador que reflita o acesso da população dos municípios do Estado a consultas da Atenção Básica e estabelecer um instrumento de divulgação periódica, com encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite e aos conselhos estadual e municipal de saúde;
- Definir e acompanhar indicadores dos casos de média complexidade atendidos nos grandes hospitais públicos (fora do perfil de atendimento destes), identificando a origem dos pacientes por município, e estabelecer um instrumento de divulgação periódica, com encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite e aos conselhos estadual e municipal de saúde;
- Determinar o acompanhamento e a divulgação, por parte dos hospitais públicos estaduais, de indicadores de desempenho hospitalar, a exemplo dos evidenciados nesta avaliação (tempo médio de permanência hospitalar, taxa de rotatividade de leitos, taxa de ocupação, dentre outros), com divulgação no Portal da Transparência e encaminhamento ao Conselho Estadual;
- Proceder ao estudo das necessidades de leitos hospitalares, por especialidade, definindo metas de ajuste, como subsídio ao Plano Diretor de Investimento e ao Plano Diretor de Regionalização, e divulgá-lo.

Outrossim, determino à Secretaria Estadual de Saúde:

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

Ao final, e ao cabo, determino à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

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

PRESENTE O PROCURADOR DR. GUIDO ROSTAND CORDEIRO MONTEIRO.

PH/ACP

Decisão TC nº 1189/2010 - DOE-PE, 05 nov. 2009, p. 4.