



**TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
Coordenadoria de Controle Externo  
Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP

**Resumo de Auditoria - 10**

## **Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência**

(Secretaria de Saúde - Pernambuco)

Conselheiro-Relator  
Marcos Coelho Loreto

Pernambuco/ Recife, 2009



## **Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**

### **Conselheiros**

Carlos Porto de Barros  
Fernando José de Melo Correia  
Romário de Castro Dias Pereira  
Maria Teresa Caminha Duere  
Marcos Coelho Loreto  
Severino Otávio Raposo Monteiro  
Valdecir Fernandes Pascoal

### **Auditores**

Adriano Cisneiros da Silva  
Alda Magalhães de Carvalho  
Carlos Barbosa Pimentel  
Carlos Maurício Cabral Figueiredo  
Luis Arcoverde Cavalcanti Filho  
Marcos Antônio Rios da Nóbrega  
Marcos Flávio Tenório de Almeida  
Ricardo José Rios Pereira  
Ruy Ricardo Weyer Harten Júnior

## **RESPONSABILIDADE EDITORIAL**

### **Coordenadora de Controle Externo**

Maria Luciene Cartaxo Fernandes Bezerra

### **Gerente da Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP**

Lídia Maria Lopes Pereira da Silva

## **EQUIPE DE AUDITORIA**

João Antônio Robalinho Ferraz

Paulo Hibernon P. Gouveia de Melo

## **ELABORAÇÃO DO RESUMO**

Hélio Codeceira Júnior

## **ENDEREÇO PARA CONTATO**

### **TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos- GEAP

Rua da Aurora nº 885 – Boa Vista – Recife – PE – Brasil – CEP: 50050-910

Fone: 81 – 3181-7872 / 7757 / 7600 / 7903 / 7904

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>6</b>
<b>A Política Estadual de Urgência e Emergência .....</b>	<b>7</b>
O que foi avaliado pelo TCE-PE .....	9
Porque foi avaliado .....	9
Como se desenvolveu o trabalho .....	9
<b>O que o TCE-PE encontrou.....</b>	<b>11</b>
Inexistência do Plano Estadual de atendimento à Urgência e Emergência.....	11
Inexistência de complexo regulador .....	11
Inexistência de Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres .....	12
Afluxo de pacientes oriundos da I GERES às emergências dos cinco grandes hospitais.....	13
Déficit de consultas em especialidades básicas .....	14
Baixa resolutividade dos serviços de atenção básica.....	15
Atendimento de casos de média complexidade pelos hospitais de alta complexidade.....	16
Déficit na oferta de leitos hospitalares .....	17
Baixo desempenho das unidades hospitalares de menor porte .....	18
<b>O que pode ser feito para melhorar o desempenho da Política .....</b>	<b>20</b>
<b>Benefícios da implementação das recomendações do TCE-PE .....</b>	<b>21</b>
<b>Decisão TC nº 1189/09 .....</b>	<b>22</b>

## Apresentação

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco vem realizando, desde 2001, auditorias operacionais com objetivo de contribuir com o desempenho da administração pública. O olhar sobre insumos, processos e produtos se alinha às previsões constitucionais do Princípio da Eficiência e da avaliação dos resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração estadual.

As auditorias operacionais verificam se as ações estão sendo realizadas de forma eficiente para alcançar seus objetivos, elaboram recomendações para a correção de fragilidades e aperfeiçoamento da gestão e incluem a participação dos gestores, beneficiários, especialistas e representantes da sociedade civil relacionados ao tema auditado.

Periodicamente ocorrem monitoramentos que acompanham o atendimento das recomendações e a ocorrência de mudanças na implementação dos programas públicos com a finalidade de gerar benefícios para a sociedade.

Outro aspecto do trabalho é a contribuição para o fortalecimento do controle social pela divulgação dos resultados dos trabalhos através dos resumos das auditorias operacionais, a exemplo deste, para órgãos governamentais, parlamentares, sociedade civil e público em geral.

Esta publicação apresenta as principais informações sobre a auditoria operacional realizada pelo Tribunal no Fundo Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco, no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital da Restauração.

**Severino Otávio Raposo Monteiro**  
**Conselheiro Presidente**

## A Política Estadual de Urgência e Emergência

O setor de urgência e emergência das unidades hospitalares representa um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda, nos últimos anos, por serviços nesta área, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana nas grandes metrópoles e à insuficiente estruturação da rede de saúde, são fatores que têm contribuído para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Portaria GM/MS nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências que estabelece os princípios a se buscar e os elementos organizativos que devem estruturar os sistemas estaduais de atenção às urgências e emergências. As urgências serão implantadas em todas as unidades federadas, respeitando-se as competências das três esferas de gestão.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, que orienta a Política Estadual de Urgência e Emergência prevê, para organização das redes de sistema, seis componentes principais:

- 1. Componente Regulação Médica das Urgências:** As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema, e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados;
- 2. Componente Pré-hospitalar móvel:** É o atendimento médico que procura chegar rapidamente à vítima, após a ocorrência de um agravo à sua saúde que possa levá-la ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, que necessita prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS;
- 3. Componente Pré-hospitalar fixo:** É a assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência;

- 4. Componente Hospitalar:** O regulamento técnico instituído pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002 define uma nova nomenclatura e classificação para as unidades hospitalares de urgência e emergência. A Portaria partiu da premissa de que nenhum pronto-socorro poderia apresentar uma infra-estrutura inferior à de uma unidade não-hospitalar de atendimento às urgências e emergências. O regulamento classifica as unidades hospitalares em duas modalidades: Unidades Gerais (Tipo I e II) e Unidades de Referência (Tipo I, II e III);
- 5. Componente Pós-hospitalar:** São componentes do Sistema de Atenção às Urgências que têm como principais atribuições a reabilitação e o suporte a pacientes crônicos e a continuação de tratamento que não requer níveis de complexidade elevados. Classificam-se em três modalidades: Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral;
- 6. Componente Núcleo de Educação em Urgência:** Os Núcleos são espaços de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a gestão de um conselho diretivo, tendo como integrantes a secretaria estadual de saúde, os conselhos municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde.

---

## O que foi avaliado pelo TCE-PE

A auditoria subdividiu sua análise em cinco questões: a primeira examinou se a Política Estadual de Urgência e Emergência está em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências; a segunda analisou se os níveis de consultas da atenção básica e dos leitos hospitalares ofertados pelos municípios da Região Metropolitana do Recife – RMR são suficientes à luz da Portaria GM/MS nº 1.101/2002; a terceira avaliou se são resolutas as ações da atenção primária e das unidades não-hospitalares de atenção às urgências; a quarta 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; a quinta avaliou o desempenho das unidades hospitalares da I GERES, a partir de alguns indicadores.

A presente auditoria foi aprovada através da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 0804896-4, tendo como relator o Conselheiro Marcos Coelho Loreto.

---

## Porque foi avaliado

A ação selecionada pelo TCE-PE justifica-se em virtude do quadro de superlotação apresentado pelas unidades de urgência e emergências dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de Recife.

O principal objetivo desta auditoria foi analisar quais os fatores intervenientes nesta política, que dificultam a estruturação de um Sistema de Atendimento às Urgências e Emergências e que contribuem para a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergências dos cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR.

---

## Como se desenvolveu o trabalho

O trabalho se desenvolveu através de realização de 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 Sistemas de Informações Hospitalares – 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 de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Sindicatos dos Médicos, Conselho Regional de Medicina e outras entidades ligadas à saúde.

## O que o TCE-PE encontrou

### Inexistência do Plano Estadual de Atendimento à Urgência e Emergência

---

Foi constatado que a Secretaria de Saúde Estadual ainda não formulou o Plano Estadual de Atendimento à Urgência e Emergência. A inexistência do plano contribui para que a organização estrutural e funcional do sistema estadual de urgência não seja efetiva para promoção de ações resolutas para atendimento da população.

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais devem se organizar para garantir a universalidade do acesso, equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, conforme preceitua o artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.863/2003.

Para promoção dos princípios do SUS e adequação das ações estaduais de atenção às urgências à Política Nacional de Atenção às Urgências, é primordial implantar redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimentos, pactuadas entre os municípios e o Estado, que contribuam para melhor organização da assistência, articulação dos serviços de atenção às urgências e para definição de fluxos de referências resolutivas.

Para isto, torna-se imperativo estruturar e organizar os serviços de atenção às urgências do Sistema Estadual de Urgências e Emergências. A estruturação do sistema permite o envolvimento de toda a rede assistencial, desde a rede Pré-Hospitalar Fixa (unidades básicas de saúde e saúde da família, ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e unidades não-hospitalares de atendimento), bem como os serviços de atendimento Pré-Hospitalar Móvel - SAMU, até a rede Hospitalar de alta complexidade e Pós-Hospitalar. O sistema atribui a cada componente da rede assistencial a responsabilidade pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

A inexistência do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências compromete a resolutividade das ações de atenção à urgência e desarticula o Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

### Inexistência de complexo regulador

---

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência de Pernambuco não possui um complexo regulador constituído por uma rede de centrais de regulação. A inexistência do complexo 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.

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. Estas centrais interligadas entre si constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, que garante ao paciente a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

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.

A ausência deste complexo regulador compromete a resolutividade das ações da rede de saúde do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

---

### Inexistência de Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres

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. A ausência do plano torna ineficaz a capacidade de resposta às necessidades coletivas em caráter urgente, proporcionando o colapso do sistema de atendimento nas urgências hospitalares.

A formulação do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres é de extrema importância e relevância para o Estado, principalmente pelas características econômicas da RMR, na qual se concentram diversos empreendimentos que apresentam ameaça à saúde da população. Tome-se como exemplo o pólo do porto de SUAPE, em que estão instaladas várias empresas industriais de grande porte, a refinaria, o estaleiro, entre outros investimentos de envergadura previstos que ampliarão o parque industrial do litoral sul do Estado. Outro fato que justifica a importância do plano é o risco provocado pelas aeronaves que trafegam e pousam no Aeroporto Internacional dos Guararapes/Gilberto Freyre, localizado dentro da cidade do Recife, vizi-

nho a diversos bairros populosos. Pode se citar ainda, a título de exemplo, o quantitativo de postos de gasolina, a grande frequência de eventos com aglomerações de pessoas que ocorre na RMR, como shows, jogos de futebol, feiras, congressos, a perspectiva de o Recife ser umas das cidades sede para a Copa de 2010, entre outros fatos.

---

### Afluxo de pacientes oriundos da I GERES às emergências dos cinco grandes hospitais

A atenção de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a atender as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população é denominada de Atenção Primária em Saúde - APS. O principal atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção, em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.

Como porta de entrada do sistema de saúde, a atenção primária deve ser o ponto de início da atenção à saúde da população e o filtro para acesso aos serviços especializados.

A questão da atenção primária e do acesso dos cidadãos a este nível de cuidado é um componente importante quando se discute a problemática da Política de Atenção às Urgências e Emergência e a sua face mais visível: a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência. Sem acesso aos serviços básicos de saúde, às consultas médicas em especialidades básicas, ou mesmo com acesso, mas insuficiente, com restrições tanto na possibilidade de ser atendido, quanto na qualidade do atendimento, os Serviços de Urgência e Emergência transformam-se na porta de entrada natural do Sistema de Saúde.

Utilizando-se da análise de dados atendimento, a equipe de auditoria constatou que os dezoito 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: Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Barão de Lucena.

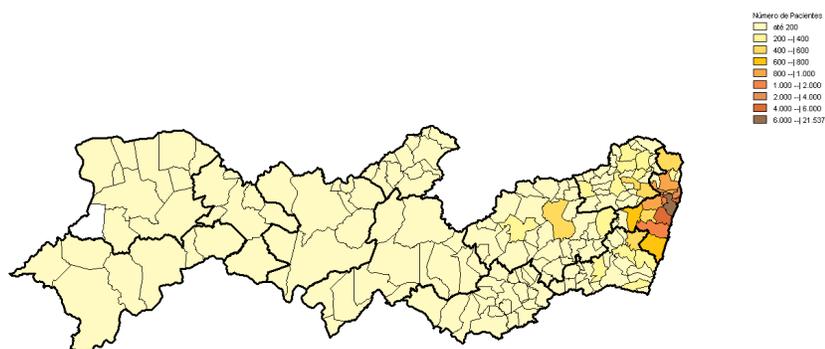
Constatou-se que no ano de 2008 foram realizados 54.315 internamentos, em caráter de urgência, nos referidos hospitais estaduais da RMR, dos quais 41.844 foram relativos a pacientes residentes na I GERES, o que representa cerca de 77% do total dos internamentos em caráter de urgência nestes hospitais.

Conforme as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da população para o ano de 2008, a I GERES possui 3.974.831 habi-

tantes o que representa 46% dos 8.734.194 habitantes estimados para o Estado de Pernambuco.

Portanto, tais números evidenciam que a maior parte dos internamentos dos hospitais em questão provém dos municípios da RMR, e não do interior do Estado. Esses municípios e o desempenho dos seus Sistemas de Saúde têm grande impacto sobre a superlotação observada nos serviços de urgência e emergência. A figura a seguir evidencia a origem dos pacientes internados em caráter de urgência nos cinco maiores hospitais da Região Metropolitana de Recife em 2008.

**Figura 1** – Origem dos pacientes residentes no Estado de Pernambuco e internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR) – 2008.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Ministério da Saúde.

### Déficit de consultas em especialidades básicas

A equipe de auditoria constatou que existe um déficit de consultas em especialidades básicas nos municípios da I GERES. Este fato é relevante, posto que o desempenho da Atenção Básica impacta diretamente na superlotação observada nos Serviços de Urgência e Emergência, porque é na atenção primária que se deve dar o acesso dos pacientes ao Sistema de Saúde. Para a realização da mensuração pretendida, foram selecionadas as consultas médicas nas especialidades básicas produzidas pelos dezoito municípios, no período compreendido entre janeiro de 2004 e setembro de 2008.

A tabela a seguir evidencia o déficit acumulado de consultas da Atenção Básica por município no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008. Constata-se, neste período, um déficit de quase 6 milhões de consultas nos municípios que compõem a I GERES.

**Tabela 1** – Déficit acumulado de consultas da Atenção Básica por município, no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008.

MUNICÍPIOS	DEFICIT	SUPERAVIT
Recife	-1.987.540	
Jaboatão	-1.306.789	
Paulista	-895.810	
Olinda	-810.531	
Vitória	-359.836	
Moreno	-197.522	
Ipojuca	-181.723	
Goiana	-159.325	
Abreu e Lima	-123.444	
São Lourenço	-107.604	
Igarassu	-84.722	
<b>Subtotal</b>	<b>-6.214.846</b>	
Chã Grande		189.069
Camaragibe		120.817
Araçoiaba		52.488
Itamaracá		51.007
Cabo		10.593
Pombos		10.559
Itapissuma		4.406
<b>Subtotal</b>		<b>438.939</b>
<b>Total</b>	<b>5.775.907</b>	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE

### Baixa resolutividade dos serviços de atenção básica

Dados obtidos nos procedimentos de auditoria apontam para uma baixa resolutividade dos serviços de atenção básica nos municípios da I GERES. Foram identificados alguns procedimentos que estariam sendo atendidos nos serviços de urgência e emergência e que, por serem de menor complexidade (até média complexidade), poderiam ser atendidos em unidades de saúde de menor complexidade.

Além da dimensão quantitativa da oferta de consultas em Atenção Básica, há uma dimensão qualitativa. Ou seja, é necessário aferir, também, se os serviços de Atenção Básica que estão sendo ofertados estão sendo efetivos na resolução dos problemas de baixa complexidade demandados

pelos cidadãos. A baixa qualidade e efetividade de um atendimento realizado por profissional de saúde acabará não solucionando o problema apresentado pelo paciente, que buscará os Serviços de Urgência e Emergência dos hospitais de grande porte.

### Atendimento de casos de média complexidade pelos hospitais de alta complexidade

Identificou-se que casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar para sua resolução, como quadros de apendicite, a qual, na maioria, das vezes é operada e o paciente recebe alta em 3 dias, de infecção urinária, de diabetes mellitus descompensado, entre outros, acabam ocupando leitos hospitalares de alta complexidade. Isto contribui para a superlotação e a ausência de vagas para casos mais complexos. A tabela a seguir relaciona uma amostra de internações para tratamentos de média complexidade realizados em caráter de urgência, no ano de 2008, nos cinco maiores hospitais estaduais da Região Metropolitana de Recife.

**Tabela 2** – Amostra de internações para tratamentos de média complexidade realizados em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR realizadas no ano de 2008.

Procedimentos	AIH			Permanência (dias)
	Quantidade	Valor Total (R\$)	Valor Médio por AIH (R\$)	
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	2.185	2.148.808,63	983,44	22,936
APENDICITE CTOMIA	948	584.933,04	617,02	4,023
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	806	468.546,79	581,32	7,077
DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	545	459.712,11	843,51	5,494
TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA	529	167.089,02	315,86	3,116
TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS	495	249.819,83	504,69	3,492
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECÍFICA/ NÃO ESPECIFICADA	438	140.955,01	321,82	2,265
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	329	115.371,77	350,67	2,865
TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS	283	122.359,47	432,37	1,652
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA NO FUNHO	274	49.674,64	181,29	482
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	271	67.369,16	248,59	1,043
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DAS FALANGES DA MÃO	262	83.600,21	319,08	1,065
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	247	107.843,58	436,61	576
TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRÍTICA	246	154.485,44	627,99	3,319
TRATAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS E INTESINAIS	213	104.352,79	489,92	1,327
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METACARPÍANOS	160	69.853,52	436,58	798
TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS METABÓLICOS	148	57.321,84	387,31	1,895
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZAÇÃO	144	47.632,34	330,78	1,373
TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS	124	47.655,45	384,32	1,153
TRATAMENTO DE OUTRAS AFEÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO	117	29.460,62	251,80	745

EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	115	24.558,15	213,55	449
TRATAMENTO DAS POLIARTROPATIAS INFECCIOSAS / INFLAMATÓRIAS	105	28.438,97	270,85	692
TRATAMENTO DE DENGUE CLÁSSICA	99	46.877,52	473,51	480
<b>Total</b>	<b>9.083 (1)</b>	<b>5.376.719,90</b>	<b>591,95</b>	<b>68.317</b>

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

**Nota (1):** 17 internações foram provenientes de pacientes que residem fora do Estado de PE.

A rede de atenção à saúde de Pernambuco encontra-se estruturada na oferta de alta complexidade, por um lado (grandes hospitais de alta complexidade), e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade, por outro (a ineficiência da Atenção Primária em Saúde nos municípios). Por conseguinte, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências.

### Déficit na oferta de leitos hospitalares

Outro aspecto que tem importante impacto sobre a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência dos hospitais de alta complexidade refere-se à questão da disponibilidade de leitos hospitalares. Essa questão foi analisada em relação ao comprometimento operacional dos leitos existentes pelo internamento de pacientes com condições de serem atendidos em ambulatório ou por patologias de menor complexidade que poderiam ser tratadas em hospitais de médio porte. Também foi abordada a adequação dos leitos disponíveis aos parâmetros recomendados para o atendimento da demanda.

A equipe de auditoria procedeu a uma análise dos dados sobre leitos ofertados. Esses dados são obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, que disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas administrativas, cuja atualização permanente é obrigatória por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores.

Conforme os dados levantados e consolidados na tabela a seguir, para o atendimento da população usuária do SUS seriam necessários 21.852 leitos, e estão sendo ofertados 19.052 leitos, havendo, portanto, um déficit de 2.800 leitos. Os maiores déficits são relativos a: leitos de reabilitação (1.037), clínica médica (794), cuidados prolongados (792), UTI (689). Ressalte-se que todos esses leitos são de fundamental importância para que se consiga desafogar a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência.

**Tabela 3** – Comparação das necessidades de Leitos a partir da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde e os ofertados pelo Estado de Pernambuco – período de dez/2008.

NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALAR				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Leitos Hospitalares Totais	2,5 a 3,0 Leitos/1.000 Hab.	21.852	19.052 (1)	(2.800)
NECESSIDADE POR ESPECIALIDADE				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Cirúrgica	(Pop. (2) / 1.000) x 0,44	3.321	3.862	541
Clínica Médica	(Pop. / 1.000) x 0,78	5.888	5.094	(794)
Cuidados Prolongados (Crônicos)	(Pop. / 1.000) x 0,16	1.208	416	(792)
Obstétrica	(Pop. / 1.000) x 0,28	2.113	2.530	417
Pediátrica	(Pop. / 1.000) x 0,41	3.095	3.037	(58)
Psiquiátrica	(Pop. / 1.000) x 0,45	3.397	3.665	268
Reabilitação	(Pop. / 1.000) x 0,14	1.057	20	(1.037)
Tisiologia	(Pop. / 1.000) x 0,01	75	23	(52)
Psiquiatria (Hospital Dia)	(Pop. / 1.000) x 0,08	604	-	(604)
<b>Total</b>		<b>20.758</b>	<b>18.647</b>	(2.111)
NECESSIDADE DE UTI				
Leitos de UTI (3)	4 a 10% Total Leitos Hosp.	1.094	405	(689)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Nota (1):** Não foram computados, no demonstrativo, 428 leitos ofertados, em relação aos quais, por sua natureza, não existem parâmetros para cálculo da necessidade.

**Nota (2):** Para cálculo das necessidades de leitos foi utilizada, como parâmetro, a População de Usuários SUS (População Municipal – Usuários de Plano de Saúde).

**Nota (3):** Foi utilizado o percentual de 5% para cálculo do total de leitos de UTI necessários.

### Baixo desempenho das unidades hospitalares de menor porte

Outro importante fator de impacto na superlotação das urgências e emergências dos grandes hospitais estaduais da RMR diz respeito ao 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 de permanência e taxa de rotatividade dos leitos (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.

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 no acolhimento dos pacientes que aguardam internamento nos Serviços de Urgência e Emergência.

Foram mensurados pela equipe de auditoria, para 22 unidades hospitalares da I GERES, os seguintes indicadores: Taxa de ocupação, que mede o tempo médio que um leito SUS fica ocupado por ano; o tempo médio de internação, que indica o número médio em dias de cada internação e a taxa de rotatividade, que mede a intensidade de utilização do sistema.

Constatou-se que 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 Autorização de Internação Hospitalar - AIH (R\$ 421,27), e baixa rotatividade (30,4). Em seguida vêm os hospitais públicos estaduais de médio porte, com taxa média de ocupação de 33%, mas com taxa média de rotatividade inferior aos públicos municipais (21,2), e atendendo a casos, também, de baixa complexidade, com valor médio de AIH em R\$ 408,20.

Constatou-se também que os cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR apresentaram as maiores taxa de ocupação (89%), acima do ideal de até 85%, o que demonstra a saturação de sua capacidade operacional, conforme tabela a seguir.

**Tabela 4** – Total de internações realizadas nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR e alguns indicadores de desempenho – período: jan a dez/2008.

Hospital	Total de Leitos	AIH		Média de Leitos / Dia	Tempo Médio de Internamento	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade
		Quantidade	Valor Médio (R\$)				
Hospital da Restauração	581	22.406	1.094,95	510	8,3	0,88	38,6
Hospital Agamenon Magalhães	427	13.848	1.039,20	296	7,8	0,69	32,4
Hospital Barão de Lucena	363	12.052	841,30	225	6,8	0,62	33,2
Hospital Geral Otávio de Freitas	354	10.100	1.162,10	318	11,5	0,90	28,5
Hospital Getúlio Vargas	308	11.750	875,95	267	8,3	0,87	38,1
<b>Total</b>	2.033	70.156	1.002,70	1.616	8,54	0,79	34,2

**Fonte:** Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

## O que pode ser feito para melhorar o desempenho da Política

Visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Urgência e Emergência, da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco, foram formuladas algumas recomendações, conforme relatadas a seguir:

Recomenda-se à Secretaria 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 a 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 a 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, aos conselhos estadual e municipais 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, ao conselho estadual e municipais de saúde;
- Implementar o acompanhamento e 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;
- Realizar e divulgar 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.

## Benefícios da implementação das recomendações do TCE-PE

Os benefícios esperados, resultantes do cumprimento das recomendações propostas pelo TCE-PE, são os expostos a seguir:

- Mais efetividade na promoção de ações resolutas para o atendimento da população, decorrente da implantação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e Emergências;
- Mais eficácia na capacidade de respostas às necessidades coletivas em caráter urgente, decorrentes da implantação de um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas, evitando o colapso do sistema de atendimento nas urgências hospitalares;
- Maior organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, decorrentes da implantação de um Complexo Regulador de acesso a assistência à saúde, abrangendo a regulação médica e exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso à assistência;
- Maior controle e transparência decorrentes da utilização e divulgação dos indicadores do acesso da população dos municípios do Estado a consultas da Atenção Básica;
- Maior controle e transparência decorrentes da definição, acompanhamento e divulgação dos indicadores dos casos de média complexidade, atendidos nos grandes hospitais públicos (fora do perfil de atendimento destes);
- Maior controle e transparência decorrentes do acompanhamento e divulgação, por parte dos hospitais públicos estaduais, de indicadores de desempenho hospitalar, a exemplo dos sugeridos na auditoria;
- Maior acesso da população aos hospitais da rede pública, decorrente do estudo das necessidades de leitos hospitalares, por especialidade, e da definição de metas de ajuste, como subsídio ao Plano Diretor de Investimento e ao Plano Diretor de Regionalização.

## Decisão TC nº 1189/09

### DECISÃO

PROCESSO T.C. Nº 0804896-4

AUDITORIA ESPECIAL DE NATUREZA OPERACIONAL

INTERESSADO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES

RELATOR: CONSELHEIRO MARCOS LORETO

ÓRGÃO JULGADOR: SEGUNDA CÂMARA

DECISÃO T.C. Nº 1189/09

Decidiu a Segunda Câmara do Tribunal de Contas do Estado, à unanimidade, em sessão ordinária realizada no dia 22 de outubro de 2009,

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,

Julgar **REGULAR, COM RESSALVAS**, o objeto da presente Auditoria Especial. Determinar e recomendar, 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, recomendar 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, 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, aos conselhos estadual e municipal de saúde;

Implementar o acompanhamento e divulgação, por parte dos hospitais públicos estaduais, de indicadores de desempenho hospitalar, a exemplo dos evidenciados na 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;

Realizar e divulgar 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.

Outrossim, determinar 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, determinar 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.



**Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco**  
Rua da Aurora, 885 - Boa Vista  
CEP: 50.050-910, Recife - PE, Fone: (81) 3181-7600

Entre em contato com o TCE-PE pelos correios eletrônicos:  
[ouvidoria@tce.pe.gov.br](mailto:ouvidoria@tce.pe.gov.br) ou [auditoriaoperacional@tce.pe.gov.br](mailto:auditoriaoperacional@tce.pe.gov.br)

Encontre este resumo e o relatório na íntegra desta avaliação no endereço eletrônico:  
<http://www.tce.pe.gov.br> > *menu De Olho nas Contas* > *Avaliação de Programas Públicos* > *Saúde*