



SECRETARIA FEDERAL DE CONTROLE INTERNO

Unidade Auditada: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - CHC-UFPR
Município - UF: Curitiba - PR
Relatório nº: 201505177
UCI Executora: CONTROLADORIA REGIONAL DA UNIÃO NO ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Senhor Chefe da CGU-Regional/PR,

Em atendimento à determinação contida na Ordem de Serviço nº 201505177, apresentamos os resultados dos exames realizados sob os atos e consequentes fatos de gestão, ocorridos na supracitada, no período de 01/03/2014 a 31/08/2015.

I – ESCOPO DO TRABALHO

Os trabalhos foram realizados na Sede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares Complexo do Hospital de Clínicas - UFPR, no período de 01 a 30 de agosto de 2015, em estrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao serviço público federal, objetivando o acompanhamento preventivo dos atos e fatos de gestão ocorridos no período de abrangência do trabalho, qual seja, 01/03/2014 a 30/08/2015. Nenhuma restrição foi imposta aos nossos exames, realizados por amostragem, sobre as áreas da Unidade de Cardiologia e Pneumologia.

II – RESULTADO DOS EXAMES

1 GESTÃO OPERACIONAL

1.1 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1.1 EFICIÊNCIA DOS RESULTADOS OPERACIONAIS



1.1.1.1 INFORMAÇÃO

Informações gerais sobre o fluxo administrativo do Serviço de Ambulatórios do Complexo do Hospital de Clínicas/UFPR.

Fato

No presente Relatório consta o resultado da análise do Serviço de Ambulatórios do Complexo do Hospital de Clínicas/UFPR, abrangendo amostralmente as Clínicas de Gastroenterologia, Cardiologia e Ortopedia.

A) Fluxo de entrada do paciente no HC.

A porta de entrada do paciente no HC é sempre o ambulatório para realização de consultas especializadas e posteriormente, se for o caso, encaminhamento para realização de exames, internações e cirurgias. O primeiro atendimento do paciente no HC será a consulta médica agendada pela REDE de atenção primária. Doravante, quando se utilizar o termo “REDE”, o mesmo se entende como a “Rede de Regulação para atendimentos secundários e terciários da Prefeitura Municipal de Curitiba”. O Município de Curitiba é o gestor pleno da saúde que referencia os pacientes e é o principal cliente do HC.

Cabe observar que o Gestor Municipal mantém contratos com o Estado do Paraná e outras Prefeituras paranaenses para atendimento médico, assim, todos os pacientes atendidos, independente da origem, estão inseridos na Contratualização com o Município de Curitiba. Estima-se que 70% dos atendimentos contratualizados são dirigidos aos pacientes do Município de Curitiba.

A partir da primeira consulta o paciente poderá retornar ao ambulatório por meio de Pedido de Consulta interno – PC. Os PCs são encaminhamentos realizados pelos médicos do primeiro atendimento no ambulatório para outras especialidades que julguem necessárias visando ampliar o diagnóstico do paciente ou para atender outras queixas feitas por ele. Nesta situação o paciente não volta para a REDE e sim é encaminhado para uma fila de espera interna do Hospital.

Todos os pacientes devem se apresentar com a carteirinha SUS emitida pelos Postos de Saúde e no HC é realizado um cadastro no Sistema de Informação Hospitalar do HC – SIH/AGHU.

A.1) Fluxo do paciente oriundo da REDE de atenção primária.

A fila da espera para a primeira consulta no HC não é gerenciada pelo Hospital, mas sim pelo Gestor Municipal. O paciente, no aguardo da consulta especializada, poderá ser encaminhado para qualquer hospital contratualizado pelo gestor municipal, sendo o HC uma das opções.

Na Contratualização entre o HC e o Gestor Municipal é estipulada a quantidade de consultas especializadas que o HC vai ofertar para a REDE.

Assim, não existe uma fila específica de pacientes oriundos da atenção primária para o HC. O Hospital possui autonomia para estipular a oferta de serviços para a REDE, caso o HC não ofereça as consultas, simplesmente a REDE não encaminha o paciente (conseqüentemente, por não atingir as metas, também não haverá repasse).

Vale descrever um problema de governança do HC. A remuneração dos empregados e servidores federais do HC não está vinculada com a produção (a qual está vinculada o repasse do SUS), assim, não há necessidade de ampliar os serviços, pois isto não proporciona ganhos individuais aos empregados e servidores (ao contrário, somente aumenta os serviços).

Por óbvio que, no contexto do interesse geral do serviço público, a ampliação do serviço é benéfica a todos e é necessária para buscar maior eficiência e eficácia da gestão.

A.2) Fluxo dos pacientes referenciados internamente.

O médico do HC possui autonomia para gerar pedido de consulta, trata-se do Pedido de Consulta Interno – PC, já descrito anteriormente. Em posse do PC, o paciente se dirige para a Central de Agendamento para agendar a consulta indicada. Vale destacar que em algumas especialidades os pedidos de consultas internos geram longas filas de pacientes e a espera pode ultrapassar um ano ou mais.

B) Da forma de atendimento dos pacientes oriundos da REDE.

Conforme já descrito, o HC possui contratualização com o Gestor Municipal, estando estipulada uma série de metas de produção (consultas, exames e cirurgias). O repasse é proporcional ao índice de atingimento de tais metas.

Especificamente sobre as metas de consultas especializadas, as mesmas são distribuídas e contratualizadas de duas maneiras:

- consulta inicial aberta – primeira consulta do paciente no HC encaminhada pela REDE; e
- consulta restrita – a partir da segunda consulta do paciente no HC, seja para retorno com o mesmo médico/especialidade ou encaminhada para outros especialistas da mesma Clínica, por meio do Pedido de Consulta – PC.

Cabe destacar que no Contrato com o Gestor Municipal está previsto o encaminhamento do paciente da REDE para outro profissional dentro do HC sem a necessidade de voltar à REDE, porém os encaminhamentos são para a mesma Clínica em uma subespecialidade, ou seja, do cardiologista geral para o cardiologista de arritmia cardíaca, por exemplo. São as chamadas consultas restritas e são contratualizadas em 24% do total das consultas, ou seja, 1434 de 6062 por mês (para o exercício 2014).

O problema das longas filas não é decorrente das consultas restritas, mas sim dos encaminhamentos de dentro do HC para **outras clínicas/especialidades** sem o retorno para a REDE, dentre outros fatores que serão apontados ao longo do Relatório.

A disponibilidade/oferta de cada especialidade é definida internamente nas respectivas Clínicas. Assim, cada médico avalia o seu tempo disponível para o HC e quantos pacientes irá atender dentro da carga horária disponível. Essa carga horária para realização das consultas é dividida entre os pacientes novos – vindos da REDE; pacientes novos na especialidade encaminhados internamente (por meio do PC) e os pacientes de retorno do próprio médico ou clínica. Algumas especialidades não ofertam vagas para REDE em virtude da demanda interna.

A gestão sobre a oferta de consultas é exclusiva das Clínicas, sem controle centralizado e com alguma ingerência da Gerência de Atenção à Saúde. Percebe-se grande deficiência de governança, não tendo a Direção do Hospital autonomia em demandar serviços às suas Unidades subordinadas.

C) Da ordem de atendimento e prioridades nas consultas ambulatoriais.

À medida que o HC informa a oferta de serviços para a Central de Regulação da REDE, o serviço de saúde municipal agenda as consultas (por meio do Sistema E-Saúde). Tais consultas iniciais são agendadas com intervalos de 15 minutos, sendo informado o dia e hora para o paciente.

Vale salientar que o Sistema de Informação Hospitalar – SIH do HC não permite o agendamento com tantos intervalos. Até dezembro/2014 as consultas eram agendadas no SIH sequencialmente a partir das 07h00min ou das 13h00min. Assim, todos os pacientes se apresentavam no HC ou às 07h00min ou às 13h00min, na prática mais cedo, enfrentando longos períodos de espera.

Estando nos ambulatórios do Hospital, o paciente de maior gravidade, os idosos ou com qualquer dificuldade para aguardar são priorizados, porém o tempo de espera pode ser de horas, mesmo que a consulta no E-SAÚDE (REDE) tenha sido com hora marcada.

Cabe informar que existe uma fração considerável de pacientes que são oriundos de cidades distantes de Curitiba (cerca de 30% dos atendimentos) e chegam logo pela manhã com os ônibus ou vans de seus respectivos Municípios e retornam no final da tarde, quando o transporte passa para apanhá-los. Sendo assim, em alguns casos, independente do horário de atendimento os pacientes e seus acompanhantes ficam nas instalações do Hospital ou pela redondeza praticamente o dia todo.

O HC não avalia o tempo de espera do paciente no ambulatório, de forma a medir o nível de humanização do atendimento.

Não há mecanismo que informe à REDE sobre o comparecimento ou não do paciente na consulta. Na impossibilidade de comparecer, o próprio paciente deve retornar ao Posto de Saúde da Atenção Primária para fazer a remarcação.

E ainda, não há serviço sistematizado de confirmação de consulta em dias próximos à consulta e no caso de não comparecimento, a mesma não é reaproveitada para outro paciente.

D) Da estrutura e funcionamento da Unidade de Ambulatórios - UAMB.

A Unidade de Ambulatórios – UAMB é composta por 23 Serviços de Atendimento Médico (SAM) com 402 ambulatórios em atividade, com média de 3.860 atendimentos realizados diariamente, sendo em média 1200 consultas médicas (~180 consultas da REDE e ~1000 pacientes em retorno ou internos (PC)). Também é responsável pela Central de Agendamento (CA) com aproximadamente 1200 atendimentos diários e pelo Call Center, grupo de contato telefônico com o paciente.

D.1) Do funcionamento da Secretaria de Atendimento Ambulatorial (SAM).

Cada Secretaria de Atendimento Ambulatorial (SAM), em torno de 20 unidades, agrega de 10 a 50 ambulatórios (que funcionam em horários alternados) e funcionam com um até três secretário/auxiliar. Os Secretários(as) atendem diretamente os pacientes em retorno da especialidade e aqueles encaminhados pelos pedidos de consultas, bem como os pacientes da REDE encaminhados pela Central de Agendamento para o atendimento médico. Os secretários (as) confirmam o comparecimento ou ausência no SIH (com exceção dos pacientes da REDE, visto que essa etapa foi realizada na CA), disponibilizam aos médicos os prontuários dos pacientes agendados para o dia, providenciam a impressão dos resultados dos exames previamente realizados pelos pacientes e após a consulta fazem o agendamento da consulta de retorno, impressão das guias dos exames solicitados pelo médico e demais orientações. No caso de exames específicos ou ausência do(a) secretário(a) no momento, tais agendamentos são realizados pela Central de Agendamento. Diariamente o secretário(a) de ambulatório realiza o encerramento da consulta no SIH, informando o código do atendimento e dos procedimentos realizados para cada paciente, os quais serão utilizados futuramente pelo Setor de faturamento. O profissional deve possuir conhecimento intermediário do SIH.

Em junho/2015 o Setor dispunha de 44 colaboradores com vínculo com a Fundação da Universidade Federal do Paraná - FUNPAR, sendo: 30 assistentes administrativos, um técnico em secretariado, um digitador, 10 recepcionistas e dois tecnólogos em Gestão Pública de meio período, que são responsáveis pela administração do Setor e geração de relatórios gerenciais (23 colaboradores no período da manhã, 14 em período integral e sete no período da tarde). Dispunha, ainda, de quatro servidores assistentes administrativos (dois no período manhã, um período da tarde e um licenciado para tratamento de saúde). Destaque-se que três administrativos se encontram com restrição à capacidade laborativa e desenvolvem atividades na preparação de prontuários médicos.

D.2) Do funcionamento da Central de Agendamento (CA).

Este Setor funciona ininterruptamente das 7h00 às 18h00, de 2ª a 6ª feira e é responsável por recepcionar os pacientes advindos das Unidades de Saúde (REDE). Tão logo o paciente se apresente ao guichê de atendimento é realizado o seu cadastro e é encaminhado para o ambulatório correspondente.

O serviço é desempenhado por uma equipe de 19 colaboradores, sendo 18 assistentes administrativos e um tecnólogo em Gestão Pública (período integral) que é responsável pelo Setor e pela elaboração dos relatórios gerenciais. Dos administrativos há servidores e funcionários FUNPAR, sendo 11 de período integral, cinco no período da manhã e dois no período da tarde. Todos devem possuir conhecimentos de nível intermediário de

internet, dos aplicativos e-Saúde, AGHU, Cartão SUS (DATASUS) e SIH, além das ferramentas do Office e BrOffice.

D.3) Do funcionamento do Grupo de contato telefônico com o paciente.

Este grupo é responsável por entrar em contato com os pacientes em filas de espera de consultas médica (retorno ou PC). A atividade funciona principalmente nos finais de semana, pois favorece o sucesso no contato com paciente.

O grupo é formado por oito funcionários com vínculo FUNPAR que desempenham outras funções nos dias úteis e percebem horas extras nos finais de semana. A atividade é programada para ser realizadas das 8h00 às 17h00, mas pode ser ampliado ou diminuído, conforme a disponibilidade dos colaboradores. O responsável pela atividade é um tecnólogo em gestão pública (sem dedicação exclusiva a esta atividade) que também providencia os relatórios gerenciais.

Diariamente a Unidade de Informação Hospitalar gera relatórios de agendamento de consultas (em média 1200 consultas/dia), com aprazamento de 90 dias, obedecendo à lista de espera no SIH. Nos relatórios constam as informações cadastrais do paciente, a data, horário e local da consulta, bem como, se há necessidade de comparecimento antecipado para a realização de exames. No contato telefônico com o paciente são repassadas as informações pertinentes à consulta e demais orientações necessárias. A consulta é agendada automaticamente pelo SIH, porém os exames devem ser agendados no HC. Caso o paciente tenha que realizar exames previamente à consulta o mesmo deve comparecer à Central de agendamento ou ao Serviço pertinente para agendar. Há um entendimento entre as Unidades em conciliar, sempre que possível, os agendamentos de consultas e exames, mas quando há muita demanda não há a garantia desta sincronização para todos os casos. Neste caso o paciente pode ser prejudicado pela demora no agendamento de um ou de outro.

Os relatórios são trabalhados por um longo período, até que todos os pacientes sejam contatados. As consultas no SIH são agendadas com aprazamento de 60 dias (muito pouco), 90, 180 e 365 dias, dependendo da necessidade de retorno. Os relatórios de TI são gerados por aprazamentos. O grupo entra em contato com pacientes, cujas consultas estão agendadas para 60 e 90 dias e aguardam a proximidade das agendadas com prazo maior para contatar os pacientes. Durante a ligação o colaborador anota os seguintes dados: identificação da pessoa que o atendeu, seu grau de parentesco com o paciente, número do telefone que utilizou para o contato e o horário. Caso o paciente solicite cancelamento é anotado em formulário próprio o motivo do cancelamento e demais informações (óbitos, desistências, impossibilidades de comparecimento entre outros) e depois o cancelamento é atualizado no SIH. As consultas canceladas por solicitação do cliente são reaproveitadas para outros pacientes da fila de espera. São realizadas várias tentativas de contato nas duas primeiras semanas após a geração do relatório. Caso não haja sucesso, o paciente receberá a comunicação da consulta via correspondência.

Cada colaborador é responsável em média por 17 contatos por hora. A média de sucesso no contato é de 86% já na primeira tentativa.

O envio das correspondências também é de responsabilidade do Grupo de Contato. O próprio SIH gera o comunicado, que é impresso e enviado por meio de carta registrada.



São enviadas cerca de 300 cartas semanalmente e o índice de insucesso é de 30%. Segundo informações da Chefia da UAMB, em situação de normalidade, mesmo que o HC não consiga o contato com o paciente ele vem para a consulta, pois quando é feito a inserção na fila de espera há uma previsão do dia da consulta. Essa regra não é aplicada para especialidades com fila superior a seis meses.

Cabe destacar que este serviço é realizado com aproximadamente 90 dias de antecedência da agenda, não havendo confirmação em data próxima da agenda. Também não é realizado com pacientes em fila de espera para exames de diagnóstico. Segundo informações da Unidade de Ambulatórios não é possível realizar a atividade de contato com os pacientes com colaboradores exclusivos, ou seja, sem a utilização de pagamento de horas extraordinárias devido à escassez no quadro de pessoal. Caso o HC não consiga contato com o paciente a consulta se mantém agendada.

1.1.1.2 CONSTATAÇÃO

Falhas identificadas nos registros de SIH prejudicam a autenticidade das informações gerenciais.

Fato

Foram identificadas inconsistências nos registros de consultas médicas. De forma exemplificativa tem-se a identificação de uma especialidade com a realização da consulta por médicos de outras especialidades: Dr R.S.M. é do Serviço do Aparelho Digestivo, mas tem produção registrada em diversas subespecialidades da clínica de ortopedia. Os registros são de abr/mai/jul/ago/out/nov2014 e jan/2015; Dr. C.L.P.C., cardiologista, mas com registro de consultas de ortopedia em ago/2014; Dr. J.F.S. é especialista em ortopedia geral adulto e trauma infectado, mas foram identificados registros de consultas em praticamente todas as especialidades da ortopedia no período de mar/2014 a fev/2015; neste mesmo período foram registradas no SIH 2838 consultas no codnome do Dr. L.A.M.C., porém somente 458 na sua especialidade que é ortopedia pediátrica.

O levantamento foi realizado em abril de 2015 para o período de consultas de março de 2014 a fevereiro de 2015 das Clínicas de ortopedia, cardiologia e gastroenterologia e estas inconsistências foram identificadas em praticamente todas as especialidades, envolvendo vários médicos.

Segundo informações da Unidade Ambulatórios os lançamentos equivocados devem ocorrer na ocasião do fechamento da consulta realizado pelos secretários do SAM, visto que neste momento são realizadas as confirmações de realização da consulta e procedimentos, da especialidade e do médico responsável pelo atendimento. As causas possíveis são o volume de trabalho, a baixa qualificação da equipe e a deficiência na supervisão, novamente em virtude da desproporcionalidade do quadro em relação à demanda de trabalho.

As consequências destas falhas são refletidas na produção distorcida dos profissionais e das especialidades e na falta de fidedignidade dos relatórios, gerando falta de confiabilidade nas informações gerenciais produzidas pelo HC.



Causa

Governança deficitária adotada pela Instituição por longo período, o que gerou o comportamento de se ignorar ou minimizar a importância dos controles primários, seja inserção de informações no SIH, cumprimento de horário, seja racionalização no uso dos recursos, dentre outros essenciais para a boa gestão do Hospital.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 606/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSERH, de 30 de novembro de 2015, o gestor apresentou as seguintes justificativas.

“Em relação à fidedignidade das informações no SIH, informamos que desde maio de 2015 temos trabalhado na detecção das falhas para correções o que tem minimizado estas incongruências, ficando ainda 2 pontos pendentes para correção: situação em que há 2 médicos no mesmo local (ambulatório por exemplo) em que o fechamento das consultas possa ocorrer no nome de um só e a outra situação é um melhor discricionário das causas de cancelamento de agendas e que propositadamente não tem sido trabalhada pois depende de um ajuste complexo no SIH e considerando a perspectiva de um sistema informatizado diferente, seja próprio, seja governamental (AGHU), entendemos que a energia necessária para tal ato não se justifica no momento, ainda que tenha seus benefícios calculados.

Análise do Controle Interno

De fato o CHC está trabalhando na substituição do Sistema de Informação Hospitalar por uma ferramenta mais moderna e amigável e esse novo Sistema deverá agregar qualidade nas informações. Entendemos que independente do novo Sistema, a equipe deve ter ciência da importância da correta inserção dos dados para que se possa produzir informação fidedigna para avaliação de resultados.

Desta forma, mantêm-se a constatação e a inclusão das medidas adotadas em Plano de Providências Permanente para realização de monitoramento sistemático.

Recomendações:

Recomendação 1: Aperfeiçoamento da inserção de dados no SIH, a fim de garantir sua fidedignidade em relação à produção médica e hospitalar de modo geral, bem como se evite usar termos genéricos nas ocasiões de cancelamentos e/ou exclusões de solicitação de exames.

1.1.1.3 CONSTATAÇÃO

Falta de governança da Direção Central sobre a oferta de serviços das clínicas gera longa filas de espera.

Fato

O médico do HC possui autonomia para gerar pedido de consulta, trata-se do Pedido de Consulta Interno – PC, já descrito anteriormente. Em posse do PC, o paciente se dirige para a Central de Agendamento para agendar a consulta indicada.

Nota-se que não ocorre a “contra referência”, que trata do ato de devolução do paciente para a atenção primária para que ocorra um novo encaminhamento conforme a necessidade. Exemplificando, caso o paciente tenha sido referenciado pela REDE para cardiologia e o atendimento especializado identifique necessidade de atendimento também em neurologia, usualmente, por meio da contra referência este paciente é devolvido para a REDE, para que este procure a consulta especializada em neurologia. No HC o próprio cardiologista indica a consulta (por meio do PC) para o neurologista (do HC).

Tal prática acarreta dois problemas para o HC:

- diminui a oferta à REDE: a referência interna inibe a recepção de pacientes externos, uma vez que os serviços são ocupados pelos pacientes internos; e
- redução do faturamento: como consequência da situação descrita no parágrafo anterior, uma vez que os pagamentos junto ao Gestor de Saúde dependem do atingimento das metas contratualizadas (que em grande parte depende do atendimento aos pacientes referenciados por ele). O excesso de atendimento de pacientes internos em detrimento ao paciente externo impacta no atingimento das metas e consequentemente no faturamento.

O HC tem histórico de longas filas de espera em ambulatório dependendo da especialidade. Tais filas têm origem nos PCs e nos retornos do paciente ao mesmo médico/especialidade. Outras filas são formadas para a realização de exames/procedimentos e cirurgias eletivas demandadas pelo corpo clínico do Hospital.

Vale descrever que, no PC o médico possui autonomia quanto à indicação de outros serviços, inclusive podendo requisitar atendimento em caráter de emergência, deixando de sujeitar o paciente à fila da Central de Agendamento. Nota-se que, a ausência de fluxos e controles efetivos e a autonomia do profissional médico geram fragilidades aos processos.

Destaque que o paciente mesmo sem ter consulta agendada pode se dirigir ao ambulatório e solicitar uma consulta de emergência. O atendimento dependerá do aceite do médico, caso positivo, será aberta uma consulta extra no SIH. Segundo informações da Unidade de Ambulatórios essa prática tem se tornado uma exceção no HC, pois somente alguns médicos aceitam fazer tal atendimento. Esse tipo de atendimento emergencial só é válido para pacientes em retorno, ou seja, aqueles que já são pacientes do médico.

Causa

Entende-se haver excesso de autonomia das Clínicas médicas e da própria Unidade de Ambulatórios (perante a Direção do CHC) na definição da agenda de serviços, prejudicando o planejamento centralizado e a racional alocação dos recursos.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 606/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSERH, de 30 de novembro de 2015, o gestor apresentou as seguintes justificativas:

Em atenção ao referido relatório, tecemos as seguintes considerações:

1 - Fl. 3: &2º: “O HC possui autonomia para estipular a oferta de serviços para rede, verdade parcial, pois o HC tem autonomia de “ofertar” uma quantidade, mas a abertura destas vagas ofertadas é feita pela SMS. Por exemplo, cirurgia plástica que está aberta pelo Hospital há vários meses, porém a SMS não abriu esta oferta para sua rede.

2 - B) Da forma de atendimentos dos pacientes oriundos na rede: A disponibilidade de consultas ficava a cargo do médico, porém com número total definido pelo Hospital. Porém, como descrito no relatório, a demanda interna muito grande ocasionava por represar consultas novas da REDE. A tentativa da direção em bloquear os encaminhamentos internos e manter aberta a demanda da REDE contratualizada gerou cobranças da gestão municipal que define o paciente como sendo do HC, encaminhando o mesmo a órgãos de cobrança e controle como ouvidorias e Ministério Público, sendo que esta ação foi retomada após a garantia do atendimento das consultas novas, estando ainda alguns ambulatorios com consultas restritas sobrepondo as novas.

3 - C) Conforme descrito até dezembro de 2014 as consultas eram agendadas em horários únicos. Desde então se tem trabalhado no fracionamento dos horários das consultas em 2 ou 3 horários por turno conforme o ambulatório. O fracionamento mais preciso com hora marcada se torna inviável neste momento devido ao fato de que os ambulatorios contam com atividades acadêmicas concomitantes e tornam imprevisível qualquer programação fixa. Em colegiado no dia 11.11.2015 com o Setor de Ciências da Saúde foi apresentado uma proposta das necessidades acadêmicas. O hospital tem trabalhado nesta programação e recebeu a agenda do setor de Ciências da Saúde com o descritivo de salas e horários de interesse exclusivo acadêmico. A incorporação de um sistema eletrônico de prontuário virá por fim complementar esta atividade e permitir um controle de agenda e acesso aos ambulatorios.”.

“Em relação aos pacientes de outros municípios o Hospital não tem controle sobre os horários de transporte e a otimização dos mesmos programados pelo município de origem faz com que os pacientes fiquem o dia todo na dependência deste transporte.”.

“O serviço sugerido de confirmação de consulta é inviável para pacientes novos, uma vez que são agendados pela SMS sem qualquer controle do hospital. Quanto aos pacientes de retornos já com prontuário no hospital há a programação de uma regulação ambulatorial em criação junto com o Setor de Regulação em implantação no Hospital, já apresentado o início de suas atividades em Colegiado oficial na data de 3 de novembro de 2015, iniciado pelas atividades de controle de internação gradativa em face da restrição de recursos humanos.”.

Ainda, “a referência à redução do faturamento foi amplamente combatida por esta Gerência, que inclusive reabriu as consultas internas após o quantitativo da REDE atingido, por este motivo os “extras” internos referidos no último parágrafo são aceitos apenas por alguns, pois não há como trocar um interno por um novo da rede. Em

outras palavras, os novos da REDE virão independentes de quantos extras se permita.”.

Análise do Controle Interno

As respostas do Gestor demonstram que a Direção vem introduzindo alterações nas rotinas das Clínicas, porém os resultados dessas ações precisam ser mensurados ao longo de um período para que se possa avaliar se elas se mantiveram e quais foram os resultados positivos. Desta forma, mantêm-se as constatações e a inclusão das medidas adotadas em Plano de Providências Permanente para realização de monitoramento sistemático.

Recomendações:

Recomendação 1: Elaboração de um plano de ação, prevendo um horizonte de tempo e um quantitativo adicional mensal de consultas no intuito de reduzir o tempo de espera do paciente em certas especialidades.

1.1.1.4 CONSTATAÇÃO

Não atingimento de metas pactuadas na contratualização reduz repasse para CHC.

Fato

Conforme já descrito, o HC possui contrato com o gestor do SUS (PM de Curitiba), tendo como metas diversas produções de serviços. Até fevereiro/2015 a Contratualização com o Gestor Municipal previa a oferta mensal de 4628 consultas abertas (primeira consulta) e 1434 consultas restritas (a partir da segunda do paciente no HC). Foi observado que nos meses de setembro a dezembro de 2014 as metas das consultas abertas não foram alcançadas e que as restritas ultrapassaram a quantidade pactuada. O não alcance das metas prejudicou o repasse financeiro mensal do Gestor Municipal para o HC.

Quadro A.1.a – dados dos relatórios da Contratualização:

Mês de referência	Pactuação de consultas		Produção de consultas		Soma dos pontos atingidos conforme metas atingidas por especialidades**		Pontuação na contratualização
	aberta	restrita	aberta	restrita	aberta	restrita	
Setembro/2014	4628	1434	3350	1884	80,37	131	90%
Outubro/2014	4628	1434	3128	1462	77,67	102	90%
Novembro/2014	4628	1434	2738	1250	59	87	0%
Dezembro/2015	4628	1434	2273	1267	49	88	0%
Janeiro/2015	5640	1434	2708	1115	48	78	0%
Fevereiro/2015	5640	1434	2808	847	55,29	59	0%

*para pontuar na contratualização vale o percentual das consultas abertas. Abaixo de 75% - zero, acima 75% até 90% - 90%, e acima de 90% - 100%. **Cada especialidade que atinge 75% das metas recebe uma pontuação que pode chegar a 5,26 pontos (100% ou mais).

Fonte: Relatórios mensais da contratualização.



Todas as consultas ofertadas são lançadas no Sistema e-Saúde. As consultas devem ser ofertadas conforme as metas pactuadas. Todas as vezes que há bloqueio de agenda pelo HC essa oferta sofre desconto para fins de atingimento de metas, pois o gestor municipal avalia as metas pela oferta e não necessariamente pela utilização delas. Veja o exemplo para uma especialidade: a pactuação é de 120 consultas mensais de ortopedia adulto; o HC oferta essa quantidade no e-Saúde, caso não haja bloqueio de agenda no mês, ainda que a REDE não encaminhe os 120 pacientes pagará pelas 120 consultas. No entanto se houver bloqueio de agenda de uma semana e essa oferta passar para 100 consultas a REDE contabiliza somente a proporcionalidade. O excesso de bloqueio de agenda no e-Saúde faz com que o HC não atinja meta mensal de consultas e tenha prejuízo na avaliação do Gestor, consequentemente, prejuízo ao HC.

Os bloqueios podem ser provocados por suspensão da agenda do médico decorrentes de participação em congressos e similares, atestados, férias, entre outros; por greve de funcionários ou de transporte coletivo; qualquer serviço de manutenção que prejudique o serviço ou coloque em risco o atendimento do paciente ou até mesmo pela falta do profissional no quadro do HC. A oferta de todos os serviços pactuados é revisada periodicamente a fim de garantir a sintonia entre a demanda e a oferta na Contratualização.

Vale descrever que, o Gestor Municipal não compensa a extrapolação de uma meta com o não atingimento de outra, salvo existência de acordo prévio. Logo, deve-se otimizar a distribuição das consultas “por tipo” de modo a atingir as metas pactuadas e garantir a totalidade dos repasses.

A inserção da oferta das consultas abertas e restritas no e-Saúde é realizada pelos agentes administrativos da Unidade de Ambulatórios. O registro da consulta aberta no e-Saúde é realizado pelo Gestor local na ocasião do agendamento. As consultas restritas deveriam ser registradas no e-Saúde na ocasião do agendamento ou de sua efetivação, porém, segundo informações da UAMB, o registro não é realizado por escassez de mão de obra qualificada no Setor, pois o Sistema é complexo e moroso.

O Gestor Municipal exige da REDE contratada, no caso o HC, que alimente a movimentação do paciente no e-Saúde. A não atualização do paciente no e-Saúde pode distorcer indicadores da saúde, visto que o paciente pode estar numa fila de espera na REDE e já ter sido atendido pelo HC. Vale esclarecer que o paciente que vem para uma consulta especializada no HC pode ter outras demandas na REDE, caso ele tenha esta outra demanda atendida diretamente no HC por meio de PC, o Gestor pagará por esta consulta (pois a mesma foi ofertada no e-Saúde), mas manterá tal paciente em fila de espera na REDE.

O não registro da consulta restrita no e-Saúde não impacta diretamente nas metas pactuadas de oferta de consulta, mas impacta negativamente no atingimento de metas globais pactuadas e consequentemente no repasse financeiro.

Outro estudo realizado para o mesmo período com especialidades diferentes demonstrou o mesmo resultado, o não atingimento de metas pelo CHC gerou prejuízo à Instituição, como segue:

Quadro A.1.b - Contratualização - exemplos por especialidades – Metas pactuadas e seu atingimento nos meses de set e out/2014:

Especialidade - ofertas abertas	Qt. Pactuada mensal	Média de realização set/out/2014	% de alcance da meta
Alergia/imunologia	50	31	62
Ginecologia cirurgia	300	98	33
Hematologia geral	40	08	20
Pediatria geral	200	18	09
Urologia geral	400	132	33

Da mesma forma como demonstrado no Quadro A.1.a, o HC não conseguiu atingir a meta para consultas abertas. E ainda, no mesmo período tantos os exames de alta como os de média complexidade não tiveram suas metas alcançadas. Destaque que no Relatório de Avaliação os exames de alta complexidade são elencados individualmente, por isso o alcance ou não das metas é identificado rapidamente. Já as metas dos exames de média complexidade são pactuadas em bloco, o que dificulta num primeiro momento a visualização individualizada do alcance das metas. Seguem exemplos de metas pactuadas, o seu atingimento e, se for o caso, sua fila de espera, para exames.

Quadro A.1.c – Exames de alta complexidade – meta x realização:

Tipo de exame	Qt. Pactuada Mensal	Média de realização set/dez/2014	Pacientes na fila	Tempo de espera na fila
RNA do HIV 1	607	451	Não pesquisado	Não pesquisado
Ecotransesofágica	12	5	Não pesquisado	Não pesquisado
Ecocárdio de Stress	50	34	Não pesquisado	Não pesquisado
Tomografia	700	258		6 a 8 meses
Ressonância Magnética	100	97	1300 pacientes	
Cintilografia	120	0	1180 pacientes	
Hemodinâmica	25	9	Não pesquisado	Não pesquisado
Quimioterapia	808	734	Não pesquisado	Não pesquisado
Litotripsia	15	56	Não pesquisado	Não pesquisado
Prótese auditiva	52	48	Não pesquisado	Não pesquisado

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho mensal da Contratualização de set a dez/2014; informações do SIH e entrevistas com os responsáveis pelas áreas.

Cumpr-se ressaltar que os exames de Tomografia Computadorizada possuem agenda a cada seis meses com vagas limitadas, o que significa que apenas duas vezes ao ano um número limitado de pacientes consegue agendar tais exames e o tempo médio de espera para a realização é de seis a oito meses, conforme levantamento realizado. Há cerca de 1.400 exames agendados até agosto/2015. O tempo médio entre a data de realização do exame e laudo é de aproximadamente 35 dias.

Uma vez que a contratualização é a principal fonte de recursos financeiros do HC, entende-se relevante o atingimento das metas para não incorrer em penalizações dos repasses.



Por meio da Nota de Auditoria nº 201501025-05, de 08 de maio de 2015, a CGU recomendou que o HC: *I - Otimizasse a distribuição de consultas por “tipos pactuados” – abertas, restritas, etc – de forma a evitar a ocorrência de não atingimento das metas; II - Para cada uma das metas, negociar junto ao Gestor Municipal, quantidades e valores condizentes com a demanda e a capacidade operacional do HC. Tomando como exemplo a Litotripsia do Quadro2, contra uma meta de 15 serviços foram realizados 56. Tal situação traz prejuízo ao HC, uma vez que o valor do repasse é proporcional ao volume de serviço, assim, poderia ser o caso de negociar junto ao Gestor Municipal novos quantitativos e valores; III - Identificasse situações análogas e fomentasse rotinas que aumentassem a eficiência dos serviços ofertados à REDE com a finalidade de elevar o índice de atingimento das metas.*

Por meio do Ofício ° 197/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSERH , de 02 de junho de 2015, informou que a Gerência de Atenção à Saúde deste Complexo Hospitalar tomou as seguintes providências: *“1 - Realização de contratos de metas com as unidades funcionais visando as metas institucionais, entre as quais se incluiu redução do tempo de permanência dos pacientes internados, aumento do número de procedimentos e procedimentos de alta complexidade (APACs), aumento da taxa de ocupação de salas do centro cirúrgico e aumento do número de procedimentos, cirúrgicos.*

2 - Relocação gradativa dos ambulatórios com remanejamentos das consultas. Em ata de CODIR de novembro de 2014 foi notificado que todos os bloqueios de ambulatórios só poderão ocorrer com a anuência da direção, reposição de consultas e aviso prévio de no mínimo 60 dias para relocação dos pacientes.

Desde novembro iniciamos campanha para remanejamento das consultas, ampliando o quadro de consultas novas, porém o mesmo tem que ser feito de forma gradativa, para interpor com as consultas já agendadas e evitando assim excedente da capacidade individual de atendimento.

3 – Constituída comissão para análise defasagem do ambulatório coordenada pela enf. (...) da Assessoria da Gestão da Qualidade com planejamento de otimização e correções que se fizerem necessárias. Esta comissão já se reuniu em 13 e 18 de maio de 2015 e tem próxima agenda para 01 de junho com levantamento das ações implantadas já no mês anterior para avaliação de impacto.

4- Em relação aos exames apontados, informamos que:

- Os exames de RNA do HIV 1 não apresenta fila de espera.*
- Para os exames de cintilografia não há profissional cadastrado no hospital e as solicitações são encaminhadas a Secretaria de Saúde que limita a realização conforme cota própria.*
- Os exames de tomografia e ressonância magnética são alvo de Processo Administrativo Disciplinar encaminhado por esta direção a Progepe em outubro de 2013 ainda aguardando resposta da Universidade. Ainda em relação à ressonância informamos que o aumento da quantidade dos exames está na dependência da liberação da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que foi solicitada ampliação da quantidade para 150 exames/mês, capacidade máxima do hospital neste momento, em troca de uma parcela, de exames de tomografia e aguardamos resposta da SMS.*
- O mesmo se refere à litotripsia em que hospital lida com cota limitada de 15 exames mês definida pela SMS.*
- As quimioterapias estão limitadas a capacidade de recursos humanos lotados no hospital uma vez que o Hospital dispõe de apenas 3 oncologistas no momento, tendo a escala coberta parcialmente e complementada com hematologistas.*



Ressaltamos, porém que todas as conversas realizadas na tentativa de melhor adequar as metas de contratualização junto ao gestor municipal se mostraram infrutíferas, onde mesmo pressionando com diversas reuniões e trocas de e-mails entre a Gerência da Unidade dos Ambulatórios, sob a anuência da DAS, o anexo de consultas foi mantido.”.

A resposta do HC esclarece algumas particularidades e limitações do contrato; indica que implantou Comissão para análise da defasagem do Ambulatório e que foram implantadas algumas ações corretivas, mas não evidencia quais foram; informa que está sendo realizada uma relocação gradativa dos ambulatórios com remanejamento de consultas em que será ampliado o quadro de consultas novas (REDE); que realizou contratos de metas com as Unidades funcionais visando o atingimento das metas pactuadas e por fim, que a partir de novembro de 2014 todos os bloqueios de ambulatório só poderiam ocorrer com a anuência da Direção de Assistência, com aviso prévio mínimo de 60 dias e haverá a reposição das consultas.

Todas as medidas adotadas pelo Gestor somente produzirão efeitos futuros e devem refletir no melhor desempenho da Instituição no atingimento das metas pactuadas com o Município. Cabe ressaltar que o HC não se propôs em aumentar a produção de consultas, ampliando a oferta semanal dos ambulatórios.

Causa

Governança deficitária adotada pela Instituição por longo período, gerando a desvalorização dos controles primários, seja inserção de informações no SIH, cumprimento de horário, seja racionalização no uso dos recursos, dentre outros essenciais para a boa gestão do Hospital.

Também foi identificada deficiência na gestão estratégica da organização, com fragilidades na definição de objetivos e metas mensuráveis quantitativamente e qualitativamente, considerando a capacidade produtividade instaladas, as previsões de demandas e os custos.

Entende-se haver excesso de autonomia das Clínicas médicas e também da Unidade de Ambulatórios (perante a Direção do CHC) na definição da agenda de serviços, prejudicando o planejamento centralizado e a racional alocação dos recursos.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 606/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSERH, de 30 de novembro de 2015, o gestor apresentou as seguintes justificativas:

“A falta de compensação pela REDE dos bloqueios de agenda já foi tentado via negociação com a SMS sem sucesso, chegando-se, por exemplo, ao fato de se ofertar 100 consultas, mas houver bloqueio de 20, mesmo com atendimento destes pacientes em outros dias o desconto de metas ocorre. Em relação às ações corretivas mencionadas em resposta anterior, destaca-se que foram mutirões de hora extra dos poucos funcionários para lançamentos de procedimentos e fechamento de consultas, bloqueio inicial das Inter-consultas para liberação de toda agenda contratualizada (estas

consultas já estão liberadas novamente, sem permissão de bloqueios da agenda pactuada com o município) e distribuição das consultas ao longo da agenda diária para chegada gradativa dos pacientes. Em relação ao aumento das agendas ambulatoriais, informo que elas ocorreram naturalmente, à medida que se cobrou presença dos médicos do hospital desde junho de 2015, através de controle de ponto e catraca, bem como deslocamento de escalas para ambulatórios e admissão de novos médicos via concurso da EBSEERH, contemplando principalmente serviços fechados ou com defasagem em escalas. Em relação à reciclagem de pacientes permitindo retorno a rede e admissão de novos, estamos trabalhando junto à Secretaria de Saúde Municipal para a contra referência com as limitações de que o paciente ao retornar a UBS é encarado como paciente do HC e reencaminhado ao Hospital para seguimento. O mesmo ocorre quando se encaminha a outras especialidades. Em outubro de 2015 solicitamos ao Setor de Regulação que iniciasse um estudo para alta responsável e contra referência ambulatorial a rede, porém, conforme explicitado anteriormente, priorizamos o controle de leitos (o setor no momento conta com a Chefe do setor que também é responsável pelo faturamento, um médico e 2 enfermeiros que foram contratados através do concurso da EBSEERH e iniciaram suas atividades em novembro de 2015).”.

Análise do Controle Interno

Observa-se pelos esclarecimentos fornecidos pela Direção do CHC que as alterações propostas pelo CHC à SMS nem sempre são aceitas e as negociações são morosas e burocráticas. Algumas ações internas como a cobrança do cumprimento de horários e a distribuição dos pacientes em horários escalonados tendem a aumentar a quantidade de atendimentos e melhorar o atingimento das metas. A Contra referência (devolução do paciente à REDE Municipal para outros tratamentos) é uma estratégia que gera bons resultados, mas que se apresenta com certa resistência tanto de profissionais da casa como também dos Postos de Saúde Municipais, que entendem que, tendo o paciente tratado qualquer sintoma no CHC deve continuar a ser atendido pelo mesmo Hospital, independente se for novos sintomas ou continuidade ao tratamento iniciado no CHC. O Setor de Regulação que vem sendo estruturado no CHC tem dentre suas missões mapear toda oferta e demanda dos ambulatórios e propor alternativas para melhorar o fluxo dos pacientes, bem como a produção hospitalar sem prejudicar o atendimento ao paciente, ao contrário, tentar encontrar a melhor forma para que ele seja bem atendido em seu direito à saúde, seja no CHC, seja em outras estruturas da REDE Municipal.

Em resumo, percebe-se que a Direção vem introduzindo alterações nas rotinas de trabalho, porém os resultados dessas ações precisam ser mensurados ao longo de um período para que se possa avaliar se elas se mantiveram e quais foram os resultados positivos. Desta forma, mantêm-se as constatações e a inclusão das medidas adotadas em Plano de Providências Permanente para realização de monitoramento sistemático.

Recomendações:

Recomendação 1: Estipular metas quantitativas e qualitativas para a implantação de ações no âmbito da Unidade de Gestão Ambulatorial - UGA, tais como: equalização das ofertas de serviços (consultas e exames) com as demandas da REDE e das internas do

CHC; insistir nas negociações com o Gestor Municipal a fim de adequar o atendimento da demanda com o posterior faturamento dos serviços.

1.1.1.5 CONSTATAÇÃO

Inexistência de gerenciamento central gera distorções na oferta de consultas e baixa produtividade médica.

Fato

Em fevereiro de 2015 foi realizado levantamento da oferta de consultas dos ambulatórios e selecionadas três clínicas para amostragem, são elas: Gastroenterologia, Cardiologia e Ortopedia.

Quadro A.2. Ambulatórios de Gastroenterologia:

Médico/C	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
D.A.M. – 20 horas médica e 40 horas professora.	Hepatologia geral adulto - segunda - tarde	02 novos, 07 retornos e 12 extras (estimada 50% das extras para novos)	pacientes novos 97; pacientes em retorno 29.	Para novos 91 dias; em retorno 17 dias.
	Hepatopatia vírus adulto quinta – tarde	02 pacientes novos, 07 em retorno e 12 extras (as extras foram ignoradas para fins de tempo de espera).	pacientes em retorno 35.	38 dias.
	Hepatologia extra – segunda - tarde	12 extras	sem fila	sem fila
F.B.C. – 20 horas	Gastro retornos quinta – manhã	12 pacientes em retorno e 05 extras.	856 pacientes em retorno.	535 dias
H.M.A. – 40 horas	Doença inflamatória Intestinal segunda - manhã	01 paciente novo e 20 extras.	sem fila	sem fila
	Gastro C.A.S.A. (funcionários)	01 paciente novo	sem fila	sem fila
	Doença Bileo Pancreática compartilhado com Dr. J.C.P. e Dr ^a F.B.C. – quinta – manhã	05 pacientes novos, 05 em retorno e sem limite para extras.	sem fila	sem fila
M.L.A.P. - 40 horas	Hepatopatias alcoólicas – quarta – tarde	02 pacientes novos, 15 extras.	pacientes em retorno 343	Não há oferta
	Hepatopatia vírus – terça – tarde	02 pacientes novos, 05 da REDE e 15 extras.	Pacientes em retorno 35.	Não há oferta
	Ascite - sexta manhã	05 pacientes em retorno e 05 extras.	sem fila	sem fila
R.S.B 40 horas	Gastro inicial adulto –terça manhã	02 pacientes novos, 07 da REDE e 05 extras.	Pacientes novos 1981.	2123 dias
	Gastro geral adulto - terça manhã	06 pacientes em retorno e 01 extra.	sem fila	sem fila



Médico/C	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
	Gastro inicial adulto - quarta tarde	10 pacientes da REDE	sem fila	sem fila

A **previsão de dias** de espera é calculada tomando a quantidade de pacientes/oferta semanal*7,5 (30 dias/4 semanas).

Quadro A.3. Ambulatórios de Ortopedia:

Médico/CH	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
J.F.S. – 20 horas	Ortopedia geral adulto – quarta – tarde	01 paciente em retorno, 20 da REDE e 02 extras.	Sem Fila	Sem Fila
	Ortopedia trauma infectado - quarta – tarde	10 pacientes novos e 16 em retorno e extras sem limite.	Sem Fila	Sem Fila
	Ortopedia geral adulto – sexta – tarde	06 Pacientes Novos, 01 em retorno, 10 da REDE e 02 extras.	Sem Fila	Sem Fila
J.S.G. – 20 horas	Ortopedia coluna – quarta – manhã	05 pacientes novos e 15 em retorno e 10 extras.	pacientes novos 254; em retorno 1521 pacientes.	Para novos 381 dias; em retorno 761 dias.
	Orto lesão med. Traumática - quarta – manhã	03 em retorno e extras sem limites.	Sem Fila	Sem Fila
	Pré e pós-operatório - quarta – manhã	10 extras, sendo 05 para cada.	Sem Fila	Sem Fila
J.L.V.S. – 20 horas	Ortopedia pé - quarta – manhã	10 pacientes novos e 10 em retorno e extras sem limites.	pacientes em retorno 626.	410 dias.
L.R.L.P. – cedido do Estado	Ortopedia hemofilia – segunda - manhã	05 pacientes novos e 10 em retorno e extras sem limites.	pacientes em retorno 17.	13 dias.
	Ortopedia geral adulto – terça - tarde	05 pacientes novos, 01 em retorno, 30 da REDE e 02 extras.	sem fila	sem fila
	Hemofilia radiosinoviarrese – quinta - manhã	10 em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
L.E.M.R. – plantonista Funpar	Ortopedia pediátrica – terça - manhã	01 paciente novo, 08 em retorno, 05 da REDE e extras sem limites.	pacientes novos 304; em retorno 281 pacientes.	Para novos 2280 dias; em retorno 263 dias.
L.A.M.C.	Ortopedia pediátrica – sexta - manhã	25 em retorno e extras sem limites.	Pacientes em retorno 126.	38 dias.
M.A.– 40 horas de professor	Ortopedia geral adulto – segunda - manhã	05 pacientes novos, 01 em retorno, 20 da REDE e 02 extras.	sem fila	sem fila
	Ortopedia tumor – segunda – manhã	03 pacientes novos, 02 em retorno	sem fila	sem fila
	Ortopedia c.a.s.a. - segunda – manhã	02 pacientes novos	sem fila	sem fila
	Ortopedia c.a.s.a. - quarta – tarde	02 pacientes novos	sem fila	sem fila
	Ortopedia geral adulto – quinta - manhã	05 pacientes novos, 01 em retorno, 30 da REDE e 02 extras.	sem fila	sem fila



Médico/CH	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
M.M.N. – 40 horas	Ortopedia joelho – quinta - manhã	10 pacientes novos, 10 em retorno e extras sem limites.	pacientes em retorno 332.	249 dias.
	Ortopedia med.esportiva - quinta - manhã	05 pacientes novos, 15 em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
P.G.C.A. – 40 horas	Orto quadril – segunda – manhã – 1 hora	04 pacientes novos, 15 em retorno	pacientes novos 255; 1385 pacientes em retorno.	para novos 478 dias; em retorno 693 dias.
	Ortopedia pós-operatório - segunda – manhã	10 em retorno	sem fila	sem fila
	Ortopedia prótese - segunda – manhã	10 em retorno	pacientes em retorno 104.	78 dias.
P.S.S. – 20 horas	Ortopedia ombro – quarta – tarde	15 pacientes em retorno e 10 extras.	pacientes em retorno 733.	367 dias.
R.L.S. – 20 horas	Ortopedia mão – segunda - manhã	04 pacientes novos, 11 em retorno e extras sem limites.	pacientes em retorno 447.	pacientes em retorno 305 dias.

A previsão de dias de espera é calculada tomando a quantidade de pacientes/oferta semanal*7,5 (30 dias/4 semanas).

Quadro A.4. Ambulatórios de Cardiologia:

Médico/CH	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
A.L.S.J. – 40 horas	Cardiologia geral adulto segunda, quarta e sexta – manhã	18 (6 cada dia) pacientes em retorno e 12 extras (4 cada dia).	pacientes em retorno 799.	333 dias.
	Cardiologia adulto prioridade – segunda, quarta e sexta – manhã	12 extras (4 cada dia).	sem fila	sem fila
B.D.M. - 20 horas	Cirurgia vascular e extra para fístula – quarta manhã	01 paciente novo, 10 pacientes em retorno e 03 extras.	pacientes em retorno 1603.	1202 dias.
E.A.M.F.M. – 40 horas	Cardiologia/anestesiologia segunda – manhã	06 pacientes novos.	pacientes novos 99.	124 dias
	Cardiologia geral adulto – segunda e sexta – manhã	20 (10 cada dia) em retorno e 04 extras (2 cada dia).	pacientes em retorno 833.	331 dias.
	Cardiologia geral adulto – terça – tarde	08 em retorno e 02 extras.	pacientes em retorno 237.	222 dias.
E.F.L. – 40 horas	Cardiologia C.A.S.A – segunda, quarta e sexta - manhã	03 (1 cada dia) tanto para novos quanto para retorno	sem fila	sem fila
	Cardiologia geral adulto – segunda, quarta e sexta - manhã	12 (4 cada dia) pacientes novos, 24 (8 cada dia) em retorno e 6 extras (2 cada dia).	pacientes novos 288; em retorno 1426 pacientes.	pacientes novos 135 dias; em retorno 446 dias.
E.L.J. - professor	Dislipidemias – quarta – manhã	02 pacientes novos, 04 em retorno e 4 extras.	pacientes em retorno 146.	pacientes em retorno 274 dias.



Médico/CH	Ambulatório (período de 4 horas)	Oferta semanal de consulta	Pct em fila de espera	Previsão de dias de espera
G.T.F. – 20 horas	Cardio retorno internados – quinta - tarde	13 em retorno e 3 extras.	sem fila	sem fila
	Cardiologia/anestesiologia quinta - tarde	06 pacientes novos.	sem fila	sem fila
	Cardio grave – sexta - manhã	10 rede e extras sem limites	sem fila	sem fila
J.A.F.J. – 20 horas	Cardiovascular – 3ª segunda do mês	06 pacientes novos, 15 em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
L.A.M. - médico e professor – 40hs	Marcapasso – 1ª segunda do mês	15 em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
L.H.R. – 20 horas	Anticoagulantes – segunda, terça e quinta - manhã	12 (4 cada dia) pacientes novos, 06 (2 cada dia) em retorno e 35 extras.	sem fila	sem fila
L.A.F.B. – médico e professor – 40hs	Cardio residentes – segunda – tarde	06 em retorno e 03 extras.	210 pacientes.	263 dias.
M.I.M.S. – 20 horas	Doença de chagas – quarta e sexta	14 (7 cada dia) pacientes novos, 18 (9 cada dia) em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
M.Z.P.T.M. – 20 horas	Arritmias cardíacas – quinta - manhã	05 pacientes novos, 05 em retorno e 06 extras.	pacientes em retorno 604.	906 dias.
M.I.H.S. - professor	Insuficiência Cardíaca – terça - tarde	10 em retorno e extras sem limites.	sem fila	sem fila
	Dislipidemia prioridade – quarta – manhã	somente extras sem limite	sem fila	sem fila
P.R.S. – 40 horas	Cirurgia cardíaca – 4ª segunda do mês - tarde	06 pacientes novos, 15 em retorno.	sem fila	sem fila

A **previsão de dias** de espera é calculada tomando a quantidade de pacientes/oferta semanal*7,5 (30 dias/4 semanas).

Em relação aos ambulatórios da Gastroenterologia pode-se observar que havia no período fila de espera de quase um ano e meio para consultas no ambulatório de gastro retorno e quase seis anos para consultas iniciais. Chama a atenção o fato do ambulatório de Hepatopatia alcoólica ter 343 pacientes em retorno e não haver oferta, ou seja, esses pacientes ficarão no aguardo até que haja mudança na agenda.

Na clínica de ortopedia, em função das subespecialidades observam-se filas de um a seis anos de espera, com atendimento uma ou duas vezes por semana. Nos ambulatórios de cardiologia observam-se filas de pouco menos de um ano até 2,5 anos de espera. Enquanto que para outros não há filas de espera.

O ambulatório de “Cirurgia vascular e extra para fístula” havia fila de espera de 1603 pacientes com previsão de atendimento em mais de três anos. O atendimento é realizado por dois médicos que se revezam a cada quinzena. A produção no SIH é registrada em nome da médica, pois é a responsável pelo ambulatório.

Os dados foram extraídos do SIH com objetivo de identificar especialidades com filas de espera, sendo assim não foi possível identificar a demanda das especialidades em que



não há fila de espera e se toda a oferta de consultas é aproveitada ou se há ociosidade nos ambulatórios, ou seja, não há demanda suficiente para àquela especialidade. No entanto foi possível fazer um levantamento das consultas realizadas pelos profissionais registradas no SIH e construir a média diária de consultas realizadas. Cabe destacar que foram descartados registros identificados com erros, visto que algumas vezes a especialidade registrada não é a do médico.

Segue quadro comparativo da quantidade de consultas ofertadas x média de consultas realizadas no período avaliado de março de 2014 a fevereiro de 2015:

Quadro A.5. Produção médica dos ambulatórios de Gastroenterologia – mar/2014 a fev/2015.

Médico/CH	semanal amb.	Oferta semanal de consultas	Média ofertada por dia de atendimento	Produção anual SIH	Média por dia de atendimento	Outras atividades	Produção SIH
D.A.M. – 60 horas	8 horas (4hx2)	54	27	1254 consultas	13	sem registro	N/A
F.B.C. – 20 horas*	4 horas	17	17	sem registro	N/A	SED***	139 exames
H.M.A. – 40 horas	4 horas	31	15,5***	650	6,77	SED***	938 exames
M.L.A.P. - 40 horas	12 horas (4hx3)	51	17	1969	13,7**	sem registro	N/A
R.S.B 40 horas	8 horas (4hx2)	29	14,5	791	8,24	SED***	629 exames

*esteve afastada pela condição de gestante e logo após em licença maternidade no período avaliado.

** média de 19 se for excluída a produção do ambulatório de Ascite, cuja atividade foi iniciada em set/2014.

***consultas extras sem limites

****realização de exames no Serviço de Endoscopia Digestiva.

Quadro A.6. Produção médica dos ambulatórios de Ortopedia – mar/2014 a fev/2015.

Médico/CH	semanal amb.	Oferta semanal de consultas	Média ofertada por dia de atendimento	Produção anual SIH	Média por dia de atendimento	Outras atividades	Produção SIH
J.F.S. – 20 horas	8 horas (4hx2)	68	34*	1071	11,15	CC	30 procedimentos
J.S.G. – 20 horas	2 horas	43	21,5*	1010	21	CC	31 procedimentos
J.L.V.S. – 20 horas	4 horas	20	20*	943	19,64	CC	18 procedimentos
L.R.L.P. – cedido do Estado	12 horas (4hx3)	63	21*	694	4,81	CC	17 procedimentos
L.E.M.R. – plantonista Funpar	4 horas	14	14*	428	8,91	CC	06 procedimentos
L.A.M.C.	3 horas	28	28	458	9,54	sem registro	N/A



M.A. – 40 horas de professor	15 h (6hx2+3h)	78	26	732	05	CC	04 procedimentos
M.M.N. – 40 horas	5 horas	40	40*	862	17,95	CC	48 procedimentos
P.G.C.A. – 40 horas	1 hora por mês	39	39	1574	32,79	CC	199 procedimentos
P.S.S. – 20 horas	4 horas	25	25	1271	26,48	CC	42 procedimentos
R.L.S. – 20 horas	3 horas	25	25*	422	14 – produção ago/2014 a fev/2015	CC	30 procedimentos

*oferta de consultas extras sem limites

Quadro A.7. Produção médica dos ambulatórios de Cardiologia – mar/2014 a fev/2015.

Médico/CH	CH semanal amb.	Oferta semanal de consultas	Média ofertada por dia de atendimento	Produção anual SIH	Média por dia de atendimento	Outras atividades	Produção SIH
A.L.S.J. – 40 horas	12h30 min (4hx2+4h30min)	42	14	1029	7,14	UCP - Eletrocardiografia	1487 e 15 registros de alta médica no período
B.D.M. (C.J. dividem ambulatório) 20 horas cada	4 horas	14	14	402	8,37	UCP/CC	18 procedimentos e 12 registros de alta médica no codnome de C.J.
E.A.M.F. M. – 40 horas	11 horas (4hx2+3h)	40	13,33	495	3,44	UCP - Eletrocardiografia	1011 – média diária de 9,72 exames.
E.F.L. – 40 horas	15 horas (5hx3)	45	15	1476	10,25	UCP	67 registros de alta médica no período
E.L.J. - professor	4 horas	10	10	112 (out a fev)	5,6		Sem registro nos SIH
G.T.F. –	11 hs	32*	16	477	4,97		Só



20 horas	(6h+5h)						ambulatórios
J.A.F.J. – 20 horas	3 horas por mês	21*	10,5		Sem produção*		Sem registro de cirurgia
L.A.M. - médico e professor – 40hs	4 horas por mês	15*	15	202	18,33	CC/UCP	33 cirurgias no período
L.H.R. – 20 horas	13h30 min (4hx2+5h30min)	53	18	3797	26,36	UCP	Sem registro de produção no SIH
L.A.F.B. – médico e professor – 40hs	3 horas	09	09	292	6,08	Exames + visitas UCP	1327 e 18 registros de alta médica no período.
M.I.M.S. – 20 horas	05 horas (2h30minx2)	32*	16	444	4,63	Exames + visitas UCP	820 exames
M.Z.P.T.M. – 20 horas	2 horas	16	16	138	4,92 (mai-set a fev)	Exames + visitas UCP	77 exames
M.I.H.S. - professor	8 horas (4hx2)	10*	05	203	2,11	UCP – sem escala	58 registros de alta médica no período.
P.R.S. – 40 horas	4 horas por mês	21	21	130	11,81	UCP/C	16 cirurgias no período

*oferta de consultas extras sem limites

**consta produção no SIH de 368 consultas realizadas no período, porém somente duas em sua especialidade, uma em março e outra em setembro de 2014.

Quadro A.8 - Percentual de produção em relação à oferta dos ambulatórios da amostra – mar/2014 a fev/2015:

Médico/CH	Média ofertada por dia de atendimento	Média por dia de atendimento	% de produção em relação à oferta -
D.A.M. – 60 horas	27	13	48,15
F.B.C. – 20 horas*	17	N/A	0
H.M.A. – 40 horas	15,5***	6,77	43,68
M.L.A.P. - 40 horas	17	13,7*	80,59
R.S.B - 40 horas	14,5	8,24	56,83
J.F.S. – 20 horas	34*	11,15	32,79



Médico/CH	Média ofertada por dia de atendimento	Média por dia de atendimento	% de produção em relação à oferta -
<i>J.S.G. – 20 horas</i>	21,5*	21	97,67
<i>J.L.V.S. – 20 horas</i>	20*	19,64	98,20
L.R.L.P. – cedido do Estado	21*	4,81	22,90
<i>L.E.M.R. – plantonista Funpar</i>	14*	8,91	63,94
<i>L.A.M.C.</i>	28	9,54	34,07
M.A. – 40 horas de professor	26	05	19,23
<i>M.M.N. – 40 horas</i>	40*	17,95	44,88
<i>P.G.C.A. – 40 horas</i>	39	32,79	84,08
<i>P.S.S. – 20 horas</i>	25	26,48	105,92
R.L.S. – 20 horas	25*	14	56
<i>A.L.S.J. – 40 horas</i>	14	7,14	51
<i>B.D.M. - 20 horas</i>	14	8,37	59,79
<i>E.A.M.F.M. – 40 horas</i>	13,33	3,44	25,81
E.F.L. – 40 horas	15	10,25	68,33
<i>E.L.J. - professor</i>	10	5,6	56
G.T.F. – 20 horas	16	4,97	31,06
J.A.F.J. – 20 horas	10,5	Sem produção**	0
L.A.M. - médico 20 horas	15	18,33	122,2
L.H.R. – 20 horas	18	26,36	146,44
<i>L.A.F.B. – 20 horas</i>	09	6,08	67,56
M.I.M.S. – 20 horas	16	4,63	28,94
<i>M.Z.P.T.M. – 20 horas</i>	16	4,92	30,75
M.I.H.S. - professor	05	2,11	4,42
P.R.S. – 40 horas	21	11,81	56,24
TOTAL	557,33	326,99	58,67

O quadro A.8 demonstra que dos 30 médicos analisados três realizaram consultas em quantitativo acima da oferta; quatro produziram de 80 a 98% da oferta; nove produziram entre 50% e 68,33%. Os 14 demais realizaram menos da metade das consultas que se propuseram a fazer. A média geral foi de 58,67% (326,99 consultas realizadas ante 557,33 consultas ofertadas semanalmente), demonstrando uma “perda” de 230,34 consultas por dia.

Na oferta estão incluídas as consultas oferecidas à REDE e as geradas por meio de pedidos de consultas, sejam pacientes novos ou retornos, incluindo as extras.

Segue quadro com a identificação da distribuição da carga horária do profissional.

Quadro A.9 - Distribuição da carga horária dos médicos entre ambulatórios e outras atividades em fevereiro/2015 – Gastroenterologia:

Médico/CH	CH presencial	CH no ambulatório	CH outras atividades
D.A.M. – 60 horas	08	4h-seg e 4h-qui	Atividades com alunos + sobreaviso.
F.B.C. – 20 horas*	12	4 horas quinta pela manhã	8 horas no Serviço de Endoscopia Digestiva + sobreaviso.
H.M.A. – 40 horas	16	4h-seg e 4h-qui no consultório do Dr. J.C.P.)	8 horas no Serviço de Endoscopia Digestiva + sobreaviso.

Médico/CH	CH presencial	CH no ambulatório	CH outras atividades
M.L.A.P. - 40 horas	12	4h-ter, 4h-quá e 4h-sex	Passa visita aos pacientes internados. Há registro de alta médica em 25 dias no período. + sobreaviso.
R.S.B 40 horas	16	4h-ter e 4h-quá	8 horas no Serviço de Endoscopia Digestiva. Passa visita com os alunos na enfermaria da UPA – pacientes internados em observação + sobreaviso.

Quadro A.10 - Distribuição da carga horária dos médicos entre ambulatórios e outras atividades em fevereiro/2015 - Ortopedia

Médico/CH	CH presencial*	CH no ambulatório	CH outras atividades
J.F.S. – 20 horas	12	4hqua e 4hsex	CC quarta à tarde – 4h terça reunião técnica.
J.S.G. – 20 horas	10	2 horas quarta	7h - qui CC – 1h - qua visita + reunião técnica e sobreaviso
J.L.V.S. – 20 horas	09	4 horas quarta - tarde	5h - qua CC + reuniões + sobreaviso
L.R.L.P. – cedido do Estado	12	4hseg, 4h ter e 4hqui	Sobreaviso
L.E.M.R.– plantonista Funpar	8	4 horas terça	CC na terça feira à tarde
L.A.M.C.	20	3 horas sexta	Chefe do Serviço de Ortopedia Visita ao CC todos os dias – 1h por dia. Reuniões e serviços administrativos
M.A.– 40 horas de professor	15	6h - seg, 3h - qua e 6hqui	CC – reunião técnica e sobreaviso
M.M.N. – 40 horas	33 horas	5 horas quinta	3h - seg visitas – 6h - ter CC – 6h - qua enfermaria - 1h - qui visita – 12h - sex CC + sobreaviso
P.G.C.A. – 40 horas	22	1 hora segunda	5h - CC seg – 6h - terça no Banco de Ossos; 10h - sex CC + sobreaviso
P.S.S. – 20 horas	09	4 horas quarta - tarde	5h - qua CC
R.L.S. – 20 horas	10h30min	3 horas segunda	5h - seg CC – 2h30 - ter reuniões + 2h noite reunião técnica + sobreaviso

*Foram desconsideradas as horas de reuniões.

Quadro A.11 - Distribuição da carga horária dos médicos entre ambulatórios e outras atividades em fevereiro/2015 – Cardiologia:

Médico/CH	CH presencial	CH no ambulatório	CH outras atividades
A.L.S.J. – 40 horas	19 horas	4h – seg; 4h30 – qua; e 4h - sex	4h30min - ter e qui – laudos e exames UCP
B.D.M. (divide ambulatório)	09 horas	4 horas quarta	5h CC + sobreaviso



Médico/CH	CH presencial	CH no ambulatório	CH outras atividades
com J.C.) 20 horas cada			(C.J. além do ambulatório somente sobreaviso)
E.A.M.F.M. – 40 horas	33 horas	4h – seg; 3h – ter; e 4h - sex	22h de segunda a sexta na UCP.
E.F.L. – 40 horas	20 horas	5h – seg; 5h – qua; e 5h - sex	5h - qui CTIC
E.L.J. - professor	Ao menos 4 horas de ambulatório.	4 horas quarta	Não pesquisada
G.T.F. – 20 horas	19h30min	6h - qui e 5h - sex	9h30min revisão de prontuários e exames.
J.A.F.J. – 20 horas	10 horas (contabilizado 1 hora de amb. Por semana)	3 horas - 1 segunda ao mês	6h - seg CC – 3hqui UCP – visita em leitos sem horário específico + sobreaviso
L.A.M. - médico e professor – 40hs	16 horas (contabilizado 1 hora de amb. Por semana)	4 horas 1 segunda ao mês	6h terça CC – 3h – seg; 3h – ter; e 3h - qui UCP sem horários específicos + sobreaviso
L.H.R. – 20 horas	20 horas	13h30 seg ter e qui	4h30min biblioteca na quarta e sexta atividades no sindicato SIMEPAR (2 horas)
L.A.F.B. – médico e professor – 40hs	42h30	3 horas seg	3h30 - seg. UCP; 6h30 - ter – UCP; 4h30 - qua – UCP + 12h plantão presencial CTIC; 6h30 qui – UCP; 6h30 – sex – UCP.
M.I.M.S. – 20 horas	13 horas	2h30qua e 2h30sex	8h seg ter e quinta - UCP + sobreaviso
M.Z.P.T.M. – 20 horas	8 horas	2h - qui	4h - seg UCP; 2h visitas na sex + sobreaviso
M.I.H.S. - professor	Ao menos 8 horas de ambulatório.	4h - ter e 4h - qua	Não pesquisada
P.R.S. – 40 horas	12 horas	4 horas uma segunda ao mês	6h ter CC – ter e qui reunião técnica 2h e horários de visitas não especificados + sobreaviso

Observou-se que a maioria dos médicos analisados não cumpre a jornada de trabalho integralmente de forma presencial. Seguem informações sintéticas dos dados dos quadros A.9, A.10 e A.11:

Quadro A.12 - informações sintéticas

Especialidade	Nº Médicos	CH Presencial*	CH Ambulatório	CH Outras atividades	CH Jornada**	% Assiduidade
Cardiologia	14	234	92	142	352	66,5%
Gastro	5	64	40	24	160	40%
Ortopedia	11	117	61	56	284	41,2%
Total Geral	30	415	193	222	796	

* - CH Presencial = CH Ambulatório + CH Outras Atividades



** - CH Jornada = soma da jornada semanal regular dos profissionais (20 ou 40 horas). Para os docentes, por convenção, foi atribuído a CH equivalente à CH Presencial.

Ao longo do trabalho foram observadas fragilidades na execução do atendimento ambulatorial nas clínicas de cardiologia, gastroenterologia e ortopedia. Os apontamentos foram levados ao conhecimento do Gestor por meio da Nota de Auditoria nº 201501025-09, de 06 de outubro de 2015, como segue:

1) Necessidade de unificação/padronização do gerenciamento da fila de espera e distribuição dos serviços:

Foi observado que as consultas ofertadas à REDE representam a menor parte das consultas realizadas no HC, sendo a grande parte, consultas de origem interna, emitidas por meio do Pedido de Consulta Interno – PC. A Direção do HC possui baixa ingerência sobre a oferta de serviços de cada uma das clínicas/ambulatório, competindo a cada um dos profissionais a oferta de serviços conforme critérios não conhecidos. Conseqüentemente, a oferta de consulta fica a cargo dos médicos das respectivas clínicas. Tal gestão tem demonstrado certa incoerência, na medida em que alguns ambulatórios apresentam longas filas de esperas, alguns têm demanda, mas não há oferta do serviço enquanto que outros, segundo informações do SIH, têm mais oferta que demanda.

A emissão descentralizada (isto é, por decisão de cada um dos médicos) de PCs prejudica o controle de oferta e demanda dos serviços. O médico emitente do PC não possui conhecimento sobre a situação da “fila de espera” do ambulatório destino, assim, poderá ocorrer situação de encaminhamento de paciente em ambulatório já com grande fila. Por sua vez, o excesso de “encaminhamentos internos” poderá estrangular a capacidade de abertura de consultas externas de um ou outro ambulatório.

Para uma adequada gestão e controle das consultas (tanto externas como internas), é necessária a implantação de uma “Central de Regulação Única” que atende todas as clínicas, com informações sobre oferta e demanda (fila) de todos. A Central deve tornar transparente a “Agenda” para todos os interessados, de modo que, ao decidir emitir um PC, o médico requerente possa identificar a situação de fila de espera (especialmente a data provável da consulta) do ambulatório destino. Bem como, os ambulatórios também poderão controlar a demanda de serviços, de modo a equilibrar as consultas externas e internas.

Em relação à oferta de serviços, a Direção do HC, por meio da Central de Regulação, deve assumir o controle desta atividade. Compete à Direção do HC definir a oferta (isto é, a produtividade esperada de cada uma das clínicas/ambulatórios/profissionais), para tanto, a mesma deve definir critérios objetivos de produtividade (quantitativa e qualitativa), de modo a garantir uma eficiente e homogênea distribuição dos serviços.

Vale descrever que, por mais que o SIH gerencie a agenda dos pacientes, o mesmo não é amigável, dificultando o seu uso administrativo/gerencial. Muitas das consultas gerenciais requerem extração de dados pela TI, dificultando o seu uso diário como ferramenta operacional.

Por fim, apesar de a análise ter sido efetuada sobre “Consultas”, a inconsistência pertinente à descentralização também foi verificada nos exames/diagnósticos laboratoriais, internações e cirurgias, sendo relevante o HC unificar o gerenciamento destes serviços.

Para os itens abordados foram recomendados ao Gestor: I - *a implantação de uma “Central de Regulação Única” para todos os ambulatorios, centralizando a gestão do agendamento e distribuição dos serviços e garantindo a transparência dos atos realizados.* II – *a centralização do gerenciamento sobre a oferta de serviços, definindo critérios objetivos para a produtividade (quantitativa e qualitativa) esperada por clínica/ambulatorio/profissional.*

2) Fluxo de controle sobre Consulta de Emergência:

A prerrogativa de um médico poder emitir PC para atendimento emergencial, apesar de clinicamente necessária e justificável, cria uma situação de risco ao controle. Isto é, sob o pretexto de “emergência”, poderá ser dada a preferência a um paciente em detrimento ao outro.

Com a finalidade de reduzir tal risco, entende-se necessário criar uma instância de revisão de atendimentos emergenciais (não se limitando somente às consultas, mas também aos demais serviços realizados em caráter emergencial). Tais revisões podem ser realizadas amostralmente, de tempo em tempo, por comissão especialmente designada para tal propósito.

Assim foi recomendada: *a adoção de rotinas de revisão amostral dos serviços realizados em caráter de urgência/emergência. Tal revisão deveria ser realizada por comissão específica, em intervalos regulares.*

3) Ausência de critério para a contra referência:

Conforme já descrito, quando identificadas novas necessidades de atendimento (além da demanda original que fundamentou o encaminhamento pela rede) para o paciente externo, o HC encaminha internamente o paciente para as diversas especialidades. Tal prática vem gerando diversas deficiências, tais como:

- não atingimento das metas de consultas contratualizadas com o gestor municipal, especialmente no tocante à consulta inicial aberta. Os encaminhamentos internos não estão sendo contabilizados, se quer, como consulta restrita;
- desequilíbrio entre o número de ofertas de consultas iniciais e consultas restritas;
- a ausência de informação não permite avaliar se é preferível para o paciente (isto é, o tempo de espera será menor) o encaminhamento interno ou a contra referência. Conforme ilustrados nos quadros A.2, A.3 e A.4, existem especialidades com fila de espera superior a um ano;

Para este apontamento foi recomendada: *a definição de realização da contra referência, baseada na expectativa de atendimento. Caso a fila interna seja muito extensa, entende-se preferível retornar o paciente à REDE.*

A respeito destes apontamentos o Gestor se manifestou por meio do Ofício nº 553/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSERH, de 06 de novembro de 2015:



- *"O Complexo Hospitalar de Clínicas da UFPR está passando por reestruturação de seu organograma dentro do qual está previsto o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde - SRAS, cujo principal objetivo é gerir os processos regulatórios intra-hospitalares, que possibilitem o acesso regulado pelo gestor do SUS aos serviços ofertados pelo hospital, a gestão da oferta de leitos, consulta e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - SADT e monitoramento e avaliação das metas pactuadas na contratualização com o gestor;*
- *Com relação aos Pedidos de Consultas Internos, temos a informar que estamos em processo de organização do fluxo dentro do qual estão sendo realizadas alterações no sistema SIH de maneira que o PC tenha como campo obrigatório a indicação de onde deverá ser agendada a consulta, se no próprio CHC quando o pedido estiver relacionado com a patologia já em tratamento ou na Unidade Básica de Saúde - UBS quando se tratar de patologia totalmente distinta, salientando que estas são orientações do Departamento de Redes de Atenção à Saúde da SMS. Desta maneira o médico assistente tem a responsabilidade do encaminhamento correto e qualquer desvio neste sentido poderá ser identificado através do Codinome do mesmo no sistema SIH;*
- *Ainda como ação inicial do SRAS em conjunto com a Unidade de Gestão Ambulatorial - UGA estamos com projeto piloto de contra referência nas especialidades de Pneumologia, Endocrinologia e Reumatologia que deverá ser estendido para as demais especialidades do CHC;"*

4) Elevado tempo de espera no dia da consulta:

Conforme descrito no Relatório, quando da consulta inicial, o paciente é informado da data e da hora do atendimento (em intervalos de 15 minutos). Entretanto, efetivamente os pacientes são sujeitos a longas esperas, uma vez que o SIH/HC não permite o agendamento em intervalos de 15 minutos. Assim foi recomendado o aperfeiçoamento do sistema de forma a permitir que a agenda reflita o horário real de atendimento.

5) Falta de fidedignidade das informações registradas no SIH:

Conforme descrito no Relatório, foram identificadas diversas inconsistências nas informações registradas no SIH. Tais deficiências geram os seguintes prejuízos:

- dificuldade de identificar a produção real do profissional/unidade/HC;
- considerando que no HC existe atuação de residentes, poderá ocorrer registro de produção de residentes em nome de um ou outro servidor médico;
- existência de dados inconsistentes – como consulta registrada em nome de médico de especialidade distinta; e
- risco de prejuízo no faturamento.

Uma vez que como principais causas foram levantadas a falta de equipamentos de informática e falta de capacitação/qualificação dos profissionais, entende-se necessário o investimento e aperfeiçoamento nas rotinas administrativas.

Neste sentido foi sugerido que: *houvesse o aperfeiçoamento das rotinas administrativas para o registro das informações no SIH, sendo preferível o próprio médico registrar o serviço realizado, concomitantemente com a sua ocorrência. Ainda, que houvesse a geração de relatórios gerenciais periódicos, com informações como produção*



individual e setorial, de modo que as Clínicas possam realizar auto diagnóstico no intuito de retificar os dados e planejar ações futuras.

O Gestor informou que: "A partir de 2015 procedemos com mudanças no agendamento de consultas para alguns ambulatórios fracionando os horários de chegada possibilitando até três horários diferentes; e com relação às inconsistências identificadas no registro de profissionais nas consultas médicas informamos que os funcionários foram orientados e que um assistente administrativo foi destacado exclusivamente para tal controle;"

6) Otimizar a produção em consultas para garantir o atingimento das metas:

Conforme descrito nos quadros A.1.a e A.1.b foi verificado o não cumprimento das metas para consultas abertas e restritas (em diversos meses). O HC historicamente vem realizando cerca de 30.000 consultas/mês, logo, o não atingimento de uma meta de cerca de 6.000 consultas pactuadas não constitui falta de produção, mas sim, deficiência no processo de informação/comunicação.

Seguem principais causas.

a) Priorização na oferta das consultas restritas:

A consolidações das informações dos quadros A.2, A.3 e A.4 demonstram que:

Quadro A.13 - % de oferta por tipo de consulta

Clínica	Novas (Abertas)	% Horiz.	Retorno (Restritas)	% Horiz.	Extra	% Horiz.	TOTAL
Cardiologia	83	22,87%	190	52,34%	90	24,79%	363
Gastroenterologia	39	21,31%	42	22,95%	102	55,74%	183
Ortopedia	194	47,43%	195	47,68%	20	4,89%	409
TOTAL	316	33,09%	427	44,71%	212	22,20%	955

Apesar de a contratualização estabelecer um parâmetro de uma consulta restrita para cada três consultas abertas, a média das clínicas analisadas demonstra um volume de atendimento 33% maior para consultas restritas.

Tal distribuição dos serviços (entre consultas abertas e restritas) gera uma perda de receita desnecessária, uma vez que o HC dispõe de capacidade produtiva para o seu atingimento.

b) Deficiência no processo de alimentação do e-Saúde:

Entende-se que há perda de consulta (para contabilização na meta) em função da alimentação inadequada do e-Saúde, especialmente nos casos de encaminhamento interno – isto é, quando um paciente externo é encaminhado para outra especialidade. Esta “nova consulta em outra especialidade” não é informada ao gestor municipal, não contabilizando nas metas, seja como “aberta” ou “restrita”.

Diante destes resultados foi proposto ao gestor que: *efetuasse controle sobre o volume de ofertas de consultas abertas e restritas, de modo a atingir as metas da contratualização. Ainda, que definisse, junto ao Gestor de Saúde, metodologia para*



contabilização de referências internas, de modo a não ocasionar perdas apesar da existência da produção.

7) Elevado índice de não realização das consultas ofertadas:

Conforme ilustrado no Quadro A.8, no âmbito da amostra analisada (três clínicas e 30 médicos), para uma oferta diária de atendimento de 557,33 pacientes, somente foram efetivamente atendidos 327 pacientes, representando um índice de atendimento de 58,67% frente à oferta.

A análise comparativa das informações constantes no quadro A.8 (número de consultas ofertadas e realizadas) com as informações dos quadros A.2, A.3 e A.4 (especialmente as colunas relacionadas o número de pacientes em fila de previsão de dias de espera) demonstram a existência de médicos cuja oferta foi superior ao número de pacientes efetivamente atendidos, porém com pacientes em fila de espera, o que demonstra uma inconsistência. Segue quadro ilustrativo:

Quadro A.14 – Número de consultas ofertadas x realizadas x pacientes em fila

Médico/CH	Média ofertada por dia de atendimento	Média por dia de atendimento	Nº de pacientes em fila de espera
D.A.M. – 60 horas	27	13	161
F.B.C. – 20 horas*	17	N/A	856
M.L.A.P. - 40 horas	17	13,7*	982
R.S.B - 40 horas	14,5	8,24	198
L.R.L.P. – cedido do Estado	21*	4,81	17
L.E.M.R.– plantonista Funpar	14*	8,91	343
L.A.M.C.	28	9,54	126
M.M.N. – 40 horas – 40 horas	40*	17,95	332
P.G.C.A. – 40 horas	39	32,79	1744
R.L.S. – 20 horas (produção ago/2014 a fev/2015)	25*	14	447
A.L.S.J. – 40 horas	14	7,14	799
B.D.M.	14	8,37	1603
E.A.M.F.M. – 40 horas	13,33	3,44	1169
E.F.L. – 40 horas	15	10,25	1714
E.L.J. - professor	10	5,6	146
L.A.F.B. – médico e professor – 40hs	09	6,08	263
M.Z.P.T.M. – 20 horas	16	4,92	982
P.R.S. – 40 horas	21	11,81	733

O quadro A.14 ilustra a existência de especialidades com pacientes em fila de espera, apesar do número de atendimentos realizados ser inferior ao número da oferta, o que indica deficiência no processo de distribuição dos pacientes.

A UAMB deverá otimizar a alocação dos pacientes, de forma a não ocorrer tais perdas, atentando para fatores como: expectativa média de não comparecimento; agendamento de pacientes extras baseados nas expectativas de não comparecimento; o número de pacientes extras poderá ser baseado na expectativa de pacientes emergenciais; e identificar a causa do fenômeno ilustrado no quadro A.14.



Assim foi sugerido ao Gestor que: *adotasse medidas para redução do índice de não realização das consultas ofertadas, de modo a evitar perdas de produção e aperfeiçoasse os fluxos de agendamento, confirmação e encaixe de pacientes, de modo a evitar perdas de consultas. Atentar para a lista de pacientes em fila de espera, de modo a otimizar a alocação destes.*

8) Existência de potencial produtivo para consultas:

Conforme ilustrado no quadro A.14 anterior (bem como nos quadros A.2, A.3 e A.4), no âmbito das três clínicas analisadas existe uma fila de espera de 13.981 pacientes.

Conforme já descrito anteriormente, aparenta existir deficiência no gerenciamento desta fila de espera, considerando que o quantitativo de consultas ofertadas superou o quantitativo de consultas realizadas no período escopo de exame. Entre Mar/2014 a Fev/2015, os 30 médicos da amostra realizaram 20.084 consultas, isto é, conforme ilustrado no Quadro A.8, esta realização representa 58,67% do potencial produtivo ofertado. Logo, caso 100% das ofertas fossem realizadas, o número de consulta no período seria de 34.232, ou seja, 14.148 consultas a mais. Nota-se que, o número de pacientes em fila de espera é de 13.981, assim, desconsiderando as subespecialidades, caso 100% da oferta fosse preenchida, não haveria fila de espera.

E ainda, no quadro A.14, nota-se a existência de profissionais com pacientes em fila, mesmo cumprindo a cota de consultas ofertadas (linhas destacadas). Entretanto, conforme ilustrado no quadro A.12, nas três clínicas analisadas existe um relevante quantitativo de CH não aproveitada (usualmente, utilizada em jornada em sobreaviso), sendo: cardiologia – 139,5 horas semanais para 14 profissionais; gastroenterologia – 96 horas semanais para 5 profissionais; e ortopedia – 124,5 horas semanais para 11 profissionais.

Assim, conclui-se que, em termos gerais, somente com o preenchimento das consultas ofertadas é possível à eliminação da fila. Em caso de necessidades específicas em função das subespecialidades, as clínicas ainda contam com potencial produtivo (em média, mais de 50% da CH ainda à disposição para atendimento das situações específicas).

Considerando a existência de tal potencial, o mesmo poderá ser utilizado para reduzir a fila de espera existente e ampliar a produção.

Considerando a existência de potencial produtivo, foi recomendada a verificação junto ao Gestor de Saúde a possibilidade de ampliar as metas (e consequentemente ampliar o repasse financeiro).

Em sua manifestação o Gesto pontuou que:

- *"Efetuamos alterações importantes no fluxo do registro das ofertas de consultas no E-saúde passando de um percentual de 43% de atingimento da pontuação nos primeiros meses deste ano para 95% nos últimos quatro meses avaliados aumentando significativamente o desempenho das metas;*
- *Houve aumento na oferta de consultas abertas para a Rede (anexo I) de 4.628 para 5.640 consultas abertas;*

- *O anexo I do contrato de metas está sendo revisto para que possa atender as necessidades da Rede, as necessidades internas de encaminhamentos relacionados e a adequação de horários dos profissionais;*
- *A confirmação das consultas em data próxima a agendada se torna inviável devido ao montante expressivo das mesmas e da falta de pessoal administrativo para realizar tal confirmação;*
- *O registro de consultas restritas no E-saúde no momento de sua efetivação é inviável até que se tenha processo licitatório para contratação de pessoal administrativo para realizar a rotina;*
- *Será padronizado o formulário de bloqueio de consultas onde o tempo mínimo de solicitação será de 90 dias, o mesmo deverá ser avaliado e o bloqueio ocorrerá somente após a autorização da chefia da UGA, caso a solicitação seja realizada após o prazo e já tenha consultas agendadas no ambulatório o profissional responsável deverá disponibilizar agenda para reposição das mesmas ou indicar outro profissional que venha a substituí-lo no período de ausência;*
- *Todas as consultas realizadas sejam elas externas da rede, internas ou retornos da própria instituição, são registradas no Boletim de Produção Ambulatorial do DATASUS;*
- *O CHC está estudando alternativas para substituição do Sistema de Informação Hospitalar existente por outro que permita acesso a relatórios gerenciais e maior controle;*
- *O CHC apresentou ao gestor, no momento da negociação da contratualização, proposta de aumento na oferta das consultas a qual foi rejeitada por falta de verbas advindas do Ministério da Saúde. Salientamos que o contrato ainda não foi assinado até o presente momento e que o CHC mantém a proposta de ampliação de ofertas."*

9) Reavaliação da necessidade de contratação dos profissionais médicos:

O concurso público (edital nº 02/2015) em andamento no HC/UFPR prevê a contratação de:

- 15 médicos cardiologistas;
- 2 médicos gastroenterologistas; e
- 13 médicos ortopedista e traumatologista.

Atualmente as clínicas contam com: cardiologia – 44 médicos; gastroenterologia – 8 médicos; e ortopedia – 10.

Conforme ilustrado no Quadro A.12 e comentados logo acima, o potencial produtivo dos médicos já existente é suficiente para atender e ampliar a oferta de serviços, sendo necessária a reavaliação das novas contratações.

Diante deste fato foi recomendada a reavaliação da necessidade de contratação, considerando a demanda prevista dos serviços para os médicos já existentes e para as novas contratações. Vale salientar que, a demanda deve ser quantitativamente razoável, isto é, não deve abrir uma clínica/ambulatório se a demanda for irrisória. Também deve ser considerado os fatores como: elegibilidade do serviço pelo SUS; disposição do Gestor de Saúde em demandar tais serviços; e viabilidade econômica do novo serviço.

Para esse apontamento o Gestor não se manifestou.

Considerações finais sobre as manifestações:



As respostas do Gestor indicam que ações estão sendo iniciadas e outras ampliadas com vistas a melhorar os fluxos e proporcionar mais qualidade aos procedimentos no CHC.

Com a implantação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde - SRAS os processos de oferta e demanda de serviços deverão ter seus fluxos revisados com a finalidade de interromper as distorções e incrementar ações que gerem qualidade ao ambiente hospitalar.

A revisão de metas da contratualização com o Gestor Municipal deverá propiciar o atingimento das mesmas pelo CHC e conseqüentemente o aumento de receita.

O Gestor não apresentou proposta para o incremento de produção médica a fim de diminuir as filas de pacientes existentes para algumas especialidades. Também não se manifestou sobre as novas contratações de funcionários da EBSEH.

Causa

Governança deficitária adotada pela Instituição por longo período, gerando a desvalorização dos controles primários, seja inserção de informações no SIH, cumprimento de horário, seja racionalização no uso dos recursos, dentre outros essenciais para a boa gestão do Hospital.

Também foi identificada deficiência na gestão estratégica da organização, com fragilidades na definição de objetivos e metas mensuráveis quantitativamente e qualitativamente, considerando a capacidade produtiva instalada, as previsões de demandas e os custos.

Entende-se haver excesso de autonomia das Clínicas Médicas e da Unidade de Ambulatórios (perante a Direção do CHC) na definição da agenda de serviços, prejudicando o planejamento centralizado e a racional alocação dos recursos.

Manifestação da Unidade Examinada

Por meio do Ofício nº 606/2015_GAB_Super/CHC-UFPR/EBSEH, de 30 de novembro de 2015, o gestor apresentou as seguintes justificativas:

“Observação há de se fazer em relação à oferta e pacientes em lista, uma vez que a oferta é apenas para a rede e os pacientes são em lista interna do hospital (oferta restrita), como no caso citado da hepatologia. No exemplo dado ao ambulatório da cirurgia vascular, informamos que existia apenas 2 médicos que se revezavam no atendimento dos pacientes e em toda retaguarda do hospital nos 7 dias da semana, uma vez que houve RECUSA dos professores da Cirurgia Vascular em ajudar na assistência, sendo estes responsáveis apenas pelo ensino. Em função desta desproporcionalidade de carga horária necessária e apenas 2 cirurgiões, sem residentes para auxílio, a direção propôs escala que contemplasse sobreaviso, permitindo assim a cobertura sem a qual não se poderia oferecer atendimento proposto de alta complexidade.”

“A implantação de uma central única de agendamentos também é entendimento desta direção como solução parcial e importante fator de melhoria na prestação de serviços, porém condicionada a contratação de funcionários qualificados para tal.”

“Centralizar o gerenciamento sobre a oferta de serviços já começou a ser implantada com a estruturação iniciada do Setor de Regulação que contemplará todas estas ações.”

Em relação ao fluxo de controle de consultas de emergências o CHC informa que *“Já estruturado através do controle das consultas iniciais abertas e permitindo que outras consultas sejam apenas somadas e não substitutivas. Fica pendente ainda negociação (junto ao gestor municipal) para compensação em relação a bloqueios não dependentes da instituição (Exemplo: greves) e outros como férias e afastamentos obrigatórios. Os afastamentos para estudos e eventos já estão sendo normatizados e negociados na forma de compensação interna, porém esta compensação não tem sido aceita pelo gestor municipal.”*

“Considerando as tentativas frustradas em negociações (junto ao gestor municipal) para contemplar toda demanda produzida, informo que até o momento não vislumbramos solução... No início de novembro de 2015 a EBSEH encaminhou representante da sede para intermediar negociação junto a SMS, sem conseguir progresso frente a irredutibilidade do gestor municipal.”

“A gerência de Atenção à Saúde bloqueou a autonomia que permitia alterações de agendas e negociou com o gestor o realocamento das vagas de agenda descobertas até 48 horas antes, aproveitando melhor os horários vagos de agenda.”

“Além das ações acima, a implantação de uma central única de agendamento, com regulação das ofertas é o caminho encontrado e encontra-se em fase de estruturação através do setor de regulação.”

“A proposta de chamamento de médicos previa a substituição de contratos terceirizados com redução dos custos ao hospital e priorizando serviços de emergência, conforme capacitação. Para cardiologia os profissionais foram lotados na UTI cardiológica, onde até então o plantão era coberto por professores e em parte com regime de sobreaviso para poder atender a escala em sua plenitude; os ortopedistas foram lotados no plantão para atendimento de emergências uma vez que o concurso anterior realizado em gestões anteriores foi direcionado a subespecialidades não contempladas na necessidade atual do hospital; a gastroenterologia previa o chamamento para reduzir a carga de sobreaviso do serviço e antecipar a necessidade de ecoendoscopia (procedimento não realizado por nenhum dos profissionais do corpo clínico atual do hospital); quanto ao número citado vale lembrar que este é o número total de convocados e não reflete a realidade final dos contratados, uma vez que a "quebra" no chamamento respondeu por aproximadamente 50%. (ver número dos que assumiram em cada especialidade).”

Análise do Controle Interno

As respostas do Gestor demonstram que a Direção vem introduzindo alterações nas rotinas dos serviços da Unidade de Ambulatórios, além de reforçar as tratativas com o Gestor Municipal no intuito de customizar o Contrato em conformidade com as peculiaridades do Hospital. Pelos relatos apresentados, tal negociação é árdua diante das recusas e limitações do Gestor Municipal. Observa-se que a implantação ou melhoria de alguns serviços dependem de novas contratações sejam de servidores ou de terceirizados, no caso de serviço de confirmação prévia da consulta dias antes da sua realização, atualizações do SIH, alimentação de dados do E-Saúde, bem como outras atividades administrativas que impactam na qualidade do serviço realizado. Segundo a Direção o Setor de Regulação, que será responsável por identificar as ofertas e demandas e eventuais falhas de fluxos, está sendo implantado, mas como atuará em todo o Complexo Hospitalar foram priorizados outros serviços. No entanto, algumas ações já começam a serem introduzidas na Unidade de Ambulatórios como o escalonamento dos horários de consultas e a elaboração de critérios para solicitação de bloqueio de agenda médica.

Todas essas ações devem apresentar resultados positivos que deverão ser mensurados ao longo de um período. Desta forma, mantêm-se as referidas constatações e a inclusão das medidas adotadas em Plano de Providências Permanente para realização de monitoramento sistemático.

Recomendações:

Recomendação 1: Adoção de instrumentos gerenciais que possam medir a produção da Unidade, respeitando as particularidades de cada ambulatório.

Recomendação 2: Observação criteriosa da demanda da Unidade antes de realizar novas contratações, especialmente em relação aos concursos já em andamento.

Recomendação 3: Definição de metas e indicadores de produtividade, definindo métricas para mensurar padrões de desempenho no propósito de constituir um banco de dados para futuros planejamentos e avaliações de rendimento.

III – CONCLUSÃO

As informações levantadas demonstram deficiências no gerenciamento dos Serviços de do Serviço de Ambulatório, tais como:

- falta de organização da gestão da “fila de espera” de consultas, não sendo transparente o critério preferência/ordenamento de atendimento;
- ausência de critério para a contra referência, gerando a formação de longas filas de espera para o paciente e o não atingimento das metas contratualizadas com o Gestor Municipal;
- falta de fidedignidade das informações de produção hospitalar registradas no Sistema SIH;
- elevado tempo de espera no dia da consulta;



- necessidade de ampliação da produtividade médica, considerando a capacidade produtiva disponível;
- reavaliação de novas contratações de médicos por meio de Concurso Público; e
- necessidade de otimização das escalas, alocando os profissionais conforme períodos de alto e baixo volume de serviço.

No contexto geral, entende-se que há deficiência na gestão estratégica da organização, em função da ausência de definição de objetivos, metas e indicadores mensuráveis quantitativamente e qualitativamente, considerando a capacidade produtiva instalada, as previsões futuras de demandas, de receitas e dos custos.

Também há problema de governança, em função do excesso de autonomia das Clínicas Médicas e da Unidade de Ambulatórios (perante a Direção do CHC) na definição da agenda de serviços, prejudicando o planejamento centralizado e a racional alocação dos recursos.

Curitiba/PR, 23 de janeiro de 2017.

