

Revista do TCE

Tribunal de Contas do
Estado da Paraíba

Ano V | nº 9 | jan/jun. 2011
ISSN 2177-0867

ARTIGOS

O Estado Capitalista
no Quadro da Política de
Globalização Neoliberal

Auditoria Operacional:
o Sonho em Realidade

Auditoria Operacional:
Um marco nas ações do TCE/PB

RELATÓRIO

Relatório de Auditoria
Operacional no Hospital
de Emergência e Trauma



TCE/PB

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA



Revista do
TCE Tribunal de Contas do
Estado da Paraíba



Tribunal de Contas do
Estado da Paraíba



Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

Esta é uma Publicação Oficial do
Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
R. Geraldo Von Söhsten, 147, Jaguaribe
João Pessoa – PB 58.015 – 190
<http://portal.tce.pb.gov.br>

PARAÍBA, Revista do Tribunal de Contas do Estado. Ano V, n.9, jan./jun. 2011 – João Pessoa, Paraíba.

292 p. 16x22,5 cm il.

ISSN: 2177-0867

Publicação Semestral

Publicação Suspensa 2005 a 2009

Obras da Capa

José Altino de Lemos Coutinho

Xilogravura: Princesa do Miramar

Xilogravura: Princesa do Miramar e Limpa-Folha de Asa Azul

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Tânia Miranda Freire | Design Gráfico e Editorial

www.wix.com/trmirandaldesign

Projeto de Capa e Arte Final

Tânia Miranda Freire | Design Gráfico e Editorial

www.wix.com/trmirandaldesign

Revista do TCE/PB | Ano V | Edição nº 9 | jan/jun 2011

Impressão: Gráfica F&A

Tiragem: 500 exemplares

Distribuição Gratuita

A Capa

A capa deste edição da Revista TCE, contempla o artista paraibano, mestre na técnica da xilogravura, José Altino de Lemos Coutinho (João Pessoa, Paraíba, 1946). Gravador, pintor, ilustrador, professor, crítico. Estuda em João Pessoa com Arthur Cantalice e Gilvan Samico e em Salvador frequenta o ateliê de Emanuel Araújo, nos anos 60. Em 1969, chega ao Rio de Janeiro, estuda na Escolinha de Arte do Brasil, frequenta a Escola Nacional de Belas Artes, onde assiste aulas de Adir Botelho. De 1970

a 1978, leciona gravura e participa de projetos da Escolinha de Arte do Brasil.

Em 1979, volta para João Pessoa, trabalha como crítico de arte na imprensa e na Coordenação de Extensão da Universidade Federal da Paraíba.

É presidente da Associação dos Artistas Plásticos Profissionais da Paraíba e assessor de artes plásticas da Secretaria de Cultura.

Seu trabalho em xilogravura compreende a relação com a literatura de cordel.

Em 1980, volta ao Rio e participa, no ano seguinte, do Grupo Armação

Oficinas de Arte, Projeto Fotografia, Ponto de Vista da Criança, promovido por Kodak, Funarte e Ministério da Cultura. Retorna para João Pessoa.



Informações

Sobre a Revista TCE/PB

Editor

Prof. Dr. Marcílio Toscano Franca Filho

Sub Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da Paraíba, Professor da Faculdade de Direito da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Mestre (UFPB, 1999), Doutor (Universidade de Coimbra, FCT, 2006) e Pós-Doutor (European University Institute, Florença, 2008, *Calouste Gulbenkian Post-Doctoral Fellow*) em Direito. Foi consultor da ONU e do Banco Mundial.

Conselho Editorial

Min. Luiz Octávio Pires e Albuquerque Gallotti

Ministro aposentado do Supremo Tribunal Federal, Ex-Procurador do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, Ex-Ministro do Tribunal de Contas da União.

Prof. Dr. António José Avelãs Nunes

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal), Ex-Vice-Reitor da Universidade de Coimbra, Doutor *Honoris Causa* pelas Universidades Federais do Paraná, da Paraíba e de Alagoas.



Prof. Dr. Dirley da Cunha Júnior

Mestre em Direito pela Universidade Federal da Bahia e Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Professor da Universidade Federal da Bahia, Juiz Federal Titular da 5ª Vara da Seção Judiciária da Bahia.

Prof. Dr. Fabrício Macedo Motta

Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Doutor em Direito do Estado pela Universidade de São Paulo, Procurador do Ministério Público junto ao TCM/GO, Presidente do Instituto de Direito Administrativo de Goiás (IDAG).

Prof. Dr. Manoel Alexandre Cavalcante Belo

Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina, mestre em Ciência Política pela *Université des Sciences Sociales de Toulouse* (França) e Doutor de Estado em Ciência Política pela *Université des Sciences Sociales de Toulouse* (França). Professor Titular do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) e professor aposentado da Universidade Federal da Paraíba.

Prof. Dr. Pedro Sabino de Farias Neto

Pós-Doutor em Políticas e Estratégias pela Universidade de São Paulo, Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade de São Paulo, Mestre em Administração pela Universidade de São Paulo, Engenheiro Civil pela Universidade de São Paulo e Economista pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba.

Comissão Executiva

André Luiz de Almeida Pereira
Renata Carneiro Campelo Diniz
Luciano Gomes Félix de Medeiros

Sumário

5..... Informações Sobre a Revista TCE/PB**9..... Editorial****11..... Artigos**

13..... O Estado Capitalista
no Quadro da Política de Globalização Neoliberal

67..... Auditoria Operacional:
o Sonho em Realidade

91..... Auditoria Operacional:
um marco nas ações do TCE/PB

95..... Relatório

97..... Relatório de Auditoria Operacional
no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL)

99..... Resumo

105..... 1. Introdução

113..... 2. Visão Geral

117	3. Demanda, Capacidade de Atendimento e Perfil do HEETSHL
135	4. Atuação Estabelecida Entre o Estado e o Município de João Pessoa, com Relação ao HEETSHL
177	5. Recursos Humanos e Financeiros, Instalações Físicas e Equipamentos e Materiais Médico-Hospitalares e Medicamentos
249	6. Realização de Cirurgias
255	7. Conclusão
259	8. Proposta de Determinações e Recomendações
269	Apêndice I
270	Atendimento ao Paciente <i>Mapa de Processo – HEETSHL</i>
273	Resolução
275	Processo TC n° 03.748/08 <i>Mapa de Processo – HEETSHL</i>
287	Lista de Siglas
289	Lista de Gráficos, Tabelas e Figuras

Editorial

Para Além da Forma

Os Tribunais de Contas, no exercício de sua missão constitucional de fiscalizar os gastos públicos, há tempos que já não se limitam apenas a verificar a escrituração contábil dos entes fiscalizados, numa atitude meramente mecânica. Desde o final do último milênio, as Cortes de Contas nacionais e estrangeiras vêm emprestando cada vez mais valor e prestígio ao exame, com profundidade e rigor, da eficiência, da economicidade e da eficácia das despesas efetuadas pelos órgãos públicos jurisdicionados. Nesse quadro, a chamada “auditoria operacional” apresenta-se como uma ferramenta imprescindível à verificação dos resultados concretos das políticas públicas implementadas pelos gestores da *res publica*. Por meio deste instrumento basilar, a “auditoria operacional”, o Controle Externo esquadrinha não só a legitimidade e legalidade dos atos administrativos, mas, também, a otimização dos recursos estatais e a consistência dos resultados advindos das ações governamentais, além de apontar aos administradores o norte a ser seguido nas questões atinentes à consecução do interesse público primário.

Diante dessa premissa, o nono volume da Revista do Tribunal de Contas da Paraíba é inteiramente dedicado a esse tema tão atual quanto relevante: a auditoria operacional e a suas conexões com a implementação e a crítica das políticas públicas. Para tratar desse assunto, a Revista foi estruturada a partir de três eixos de conteúdo: inicialmente, ela traz uma bem elaborada análise do atual cenário de crise econômica internacional e seu impacto nas políticas sócio-econômica nacionais; a seguir, apresentam-se escritos sobre a própria natureza dogmática das

auditorias operacionais na avaliação de políticas públicas; por fim, é publicado um importante relatório de auditoria operacional produzido pelo Tribunal de Contas da Paraíba sobre a gestão da saúde pública no Estado. Registre-se desde já que esse não foi único relatório de auditoria operacional produzido até o momento pela Corte de Contas Paraíba, todavia, dada a excepcional fundamentalidade do direito à saúde e as suas enormes repercussões econômicas na seara do orçamento público, ele foi o escolhido para a publicação neste volume.

Justamente para realçar que a forma(lidade) requer sempre um olhar que a ultrapasse, esse nono número da Revista do Tribunal de Contas da Paraíba reproduz em sua capa e em algumas de suas páginas uma xilogravura do mestre paraibano José Altino de Lemos Coutinho, renomado xilogravador, pintor e crítico de arte. A xilogravura de Altino é daquelas artes que, para além da aparente ingenuidade formal, requer muitos outros talentos do seu autor – seja no desenho do tema sobre a tábua virgem, seja na escultura da madeira que servirá de matriz, seja na impressão e no manejo de cores, texturas e tintas que definirão a imagem pelos sulcos da madeira esculpida na pele do papel. Ao reproduzir a obra de José Altino, a Revista do Tribunal de Contas da Paraíba reproduz todo um percurso e, longe de tornar visível apenas um resultado pontual, procura jogar luz sobre todo um caminho.

Marcílio Franca
Editor

Artigos

“Acreditar^{na auditoria}
operacional
é acreditar que o serviço público
pode e deve ser diferente.”

Inaldo da Paixão Santos Araújo



O Estado Capitalista

no Quadro da Política de Globalização Neoliberal*

Prof. Dr. António José Avelãs Nunes**

I. Sob a inspiração do Neoliberalismo, uma onda privatizadora varreu a Europa e o mundo, desencadeada, fundamentalmente, por razões ideológicas. Privatizou-se tudo, entregando ao grande capital a produção e a distribuição de bens e de serviços essenciais à vida humana – inclusive, a água. Isso decorre da obediência ao dogma de que o mercado soluciona qualquer problema da melhor maneira, porque ele é o *único critério de racionalidade*, cujas soluções são infalíveis e indiscutíveis, para além do justo e do injusto.

Estas mudanças levantaram novas questões, obrigando a reequacionar o papel do Estado capitalista nas condições criadas.

Os mais moderados – ou realistas – logo notaram que as privatizações arrastavam consigo a necessidade de garantir a salvaguarda de determinados interesses públicos e a consequente imposição às empresas privadas que forneçam ‘serviços públicos’ de um conjunto de *obrigações de serviço público*, com o objetivo anunciado de acautelar o *interesse público*. Este, no tocante aos serviços públicos, consiste na garantia de sua qualidade, universalidade, segurança, continuidade e

* O texto que aqui se publica resulta da reflexão que venho fazendo há anos sobre o papel do Estado capitalista e as sucessivas máscaras que exhibe para disfarçar a sua natureza de estado de classe. Esta problemática foi abordada em um livro editado em Portugal pelas Edições Arante (Lisboa, 2010) e publicado depois no Brasil, com algumas alterações, pela Lumen Juris Editora (Rio de Janeiro, 2011), *As Voltas que o Mundo Dá... Reflexões a Propósito das Aventuras e Desventuras do Estado Social*. (NOTA DO EDITOR: foi mantida ao longo de todo o texto a grafia original portuguesa).

** Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal), Ex-Vice-Reitor da Universidade de Coimbra, Doutor Honoris Causa pelas Faculdades de Direito das Universidades Federais do Paraná (UFPR) e da Paraíba (UFPB) e Professor Honoris Causa pela Faculdade de Direito da Universidade Federal de Alagoas



acessibilidade ao conjunto da população (com base em um ‘preço razoável’, que impeça a exclusão de alguns por razões económicas).

A ideia de que os setores assim privatizados deveriam ser objeto de *regulação* passou a ser defendida por várias correntes políticas que apoiavam as privatizações e o esvaziamento do papel do Estado na economia. Uns, por puro oportunismo, visto que a defesa da regulação seria facilmente aceita junto à opinião pública. Esses são os que, agora, alcançados os objetivos pretendidos, clamam contra a regulação, acusando-a de constituir um obstáculo ao domínio absoluto do ‘mercado’ e da sua ‘racionalidade’ económica. Outros, por entenderem que o mercado, deixado a si próprio, não salvaguarda inteiramente o *interesse público* e não garante o objetivo público da ‘paz social’, indispensável ao funcionamento ‘organizado’ do capitalismo, sem o recurso a práticas abertamente antidemocráticas.

Nesse ínterim, começou a ganhar corpo a noção de “economia de mercado regulada” – ou “economia social de mercado” –, sobre a qual se construiu o conceito de *Estado regulador*, a nova máscara preferida pela social-democracia-neoliberal na sua cruzada, não mais contra o Socialismo, mas contra o *Estado keynesiano*, contra a presença do Estado na economia e contra o *Estado social*. Em nome das *virtudes da concorrência* e do *primado da concorrência*, ‘liberta-se’ o Estado das suas competências e das suas responsabilidades enquanto *Estado económico* (apostado em conseguir a subordinação do poder económico ao poder político democrático) e esvazia-se o conteúdo do *Estado social*, responsável pela *prestação de serviços públicos* e pela *redistribuição do rendimento*, com vista à redução das desigualdades.

Como compensação, oferece-se a *regulação do mercado*, sempre que se verificarem determinadas situações, especificadas abaixo.

Em primeiro lugar, quando houver *falhas de mercado*, como nas situações de *monopólio natural*, em que a concorrência é impraticável por não se justificar mais que um operador (é o caso, por exemplo, das redes de transporte ferroviário e das redes de transporte e de distribuição de eletricidade, de gás, de água potável e de saneamento).

Em segundo lugar, sempre que seja necessário garantir o respeito, por parte das empresas privadas, de certas *obrigações de serviço público* (observadas nos setores dos transportes públicos, dos correios, dos telefones e das telecomunicações), as quais, de outro modo, não seriam respeitadas por serem incompatíveis com a lógica do lucro.

Finalmente, sempre que seja necessário *proteger os consumidores* ou *tentar evitar ou reduzir os chamados custos sociais do desenvolvimento* (o caso mais típico é o dos danos ambientais resultantes de uma economia cujo móbil é o lucro).

2. Este foi o quadro em que surgiu, a partir dos anos 80 do século XX, o novo figurino do Estado capitalista, o *Estado regulador*.¹ A *defesa da concorrência* é entregue a agências – ou autoridades – de defesa da concorrência, enquanto a *regulação setorial* dos vários mercados regulados é confiada a agências reguladoras.²

1. Recolhemos a noção de *regulação económica* que consta do *Glossário de economia industrial e de direito da concorrência* divulgado pela OCDE em 1993 (*apud* J. Vasconcelos, *ob. cit.*): “Em sentido lato, a regulação económica consiste na imposição de regras emitidas pelos poderes públicos, incluindo sanções, com a finalidade específica de modificar o comportamento dos agentes económicos no setor privado. A regulação é utilizada em domínios muito diversos e recorre a numerosos instrumentos, entre os quais o controlo dos preços, da produção ou da taxa de rentabilidade (lucros, margens ou comissões), a publicação de informações, as normas e os limiares de tomada de participação. Diferentes razões têm sido avançadas a favor da regulação económica. Uma delas é limitar o poder de mercado e aumentar a eficiência ou evitar a duplicação de infra-estruturas de produção em caso de monopólio natural. Outra razão é proteger os consumidores e assegurar certo nível de qualidade, assim como o respeito de certas normas de comportamento (...). A regulação pode também ser adotada para impedir a concorrência excessiva e proteger os fornecedores de bens e serviços”. Mais sinteticamente, E. PAZ FERREIRA (“Em torno...”, *cit.*, 32): a regulação económica é “uma forma de intervenção através da qual se procura essencialmente preservar o equilíbrio económico de determinado setor que não seria logrado sem essa intervenção”. Em termos gerais, tendo em conta toda a atividade reguladora, P. GONÇALVES (*ob. cit.*, 540): a regulação “consiste na definição das condições normativas de funcionamento da atividade regulada e no controlo da aplicação e observância de tais condições”. Para uma análise da regulação económica, tendo em vista particularmente o setor elétrico, ver. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 408ss e 449ss.

2. Há quem fale de *regulação setorial* a propósito da regulação de um determinado setor de atividade (setor económico ou setor social) e de *regulação transversal* a propósito da regulação da concorrência, uma vez que o *direito da concorrência* é de aplicação transversal a toda a economia. Cfr. P. GONÇALVES, *ob. cit.*, 543. Em Portugal, existem *entidades reguladoras independentes* para atividades não diretamente económicas – a comunicação social, a saúde e o ensino superior –, e existe uma *Autoridade da Concorrência*, encarregada da regulação transversal no âmbito da aplicação do Direito da Concorrência (que é, essencialmente, Direito Comunitário, emanado dos organismos da União Europeia). A regulação setorial, no âmbito da atividade económica, exerce-se no setor financeiro (banca, seguros e mercado de valores mobiliários), no setor da energia, no setor postal e das comunicações eletrónicas, no setor da água e dos resíduos, no setor do transporte ferroviário, no setor da aviação civil e nos mercados das obras públicas e particulares e do imobiliário. À exceção do *Instituto dos Mercados de Obras Públicas e Particulares e do Imobiliário*, todas as demais entidades reguladoras são *entidades independentes*.

Para além destas formas de *hetero-regulação* (regulação exercida por uma entidade exterior à atividade regulada), o Estado português reconhece ainda certas formas de *autorregulação*. É o caso das ordens profissionais (ordem dos advogados e ordem dos médicos, por exemplo), para as quais o Estado transfere a competência para regular o exercício das respetivas profissões, no plano deontológico, disciplinar, económico e social. Há ainda certos casos de *regulação exercida por organismos privados* (as federações desportivas, certas entidades certificadoras de produtos agrícolas e a Caixa Central de Crédito Agrícola Mútuo).

No âmbito da CEE/UE, a entrega das funções referidas a entidades reguladoras independentes decorre, em grande medida, do quadro legal comunitário e da atuação da Comissão Europeia.

Os Tratados não proíbem a presença de empresas públicas nos vários setores de atividade econômica, entretanto aquelas são obrigadas a atuar de acordo com a lógica das empresas privadas e ficam sujeitas à sacrossanta *concorrência livre e não falseada*. Isso significa que, mesmo na área dos serviços públicos, não pode haver *setores reservados às empresas públicas*.

Imposta pelas instituições comunitárias, a liberalização do *mercado dos serviços públicos* – designação que colide com o conceito tradicional de *serviços públicos*, entendidos como *bens e serviços à margem do mercado* – traduziu-se claramente, segundo a lógica do *mercado* e da *concorrência*, na *desregulação* desses setores. A pressão resultante das necessidades decorrentes do *mercado interno único* acabou por conduzir à privatização das empresas públicas produtoras e distribuidoras de serviços públicos, servindo a *regulação* de capa protetora desse recuo histórico.³

Cientes da ‘traição’ que representa relativamente ao seu antepassado próximo (o *Estado social prestador de serviços públicos*), os defensores do Estado regulador esforçam-se por dar a entender que ele não abandonou inteiramente a sua veste de *Estado intervencionista*, invocando que o seu propósito é exatamente o de condicionar ou balizar a atuação dos agentes económicos, em nome da necessidade de *salvaguardar o interesse público*.

Argumenta-se que não é conveniente deixar o mercado entregue a si próprio (talvez por entender que ele não é, afinal, o tal mecanismo natural, intocável e acima de toda a suspeita) e proclama-se a necessidade de o Estado definir o seu estatuto jurídico (o *estatuto jurídico do mercado*). Esta *responsabilidade pública de regular* (ou *responsabilidade pública de garantia*) seria ainda uma forma de intervenção do Estado na economia, permitindo

3. Para atestar a ‘paternidade’ comunitária da regulação e das entidades reguladoras independentes, bastará recordar que, em Portugal, a legislação que instituiu as primeiras entidades reguladoras independentes resulta da transposição para a ordem jurídica portuguesa de Diretivas comunitárias. É o caso da ERSE (Entidade Reguladora do Setor Elétrico, depois convertida em Entidade Reguladora do Setor Energético, passando a abranger também o gás natural), imposta pelas Diretivas n.º 96/92/CE do Parlamento e do Conselho, de 19 de dezembro, e n.º 98/30/CE, de 22 de junho. Este é também o caso da ANACOM (Autoridade Nacional das Telecomunicações), criada por imposição da Diretiva n.º 2002/21/CE do Parlamento e do Conselho, de 7 de março. Cfr. E. PAZ FERREIRA, *ob. cit.*, 37/38.

apresentar o *Estado regulador* como um *Estado ativo* (até mesmo um *Estado dirigista*) no domínio da economia, que passaria a ser, como dissemos, uma *economia de mercado regulada* ou uma *economia social de mercado*.

Segundo esse ponto de vista, apesar de prestados por empresas privadas, os serviços públicos continuariam na esfera da responsabilidade pública. A regulação do mercado representaria, assim, o modo de o Estado assegurar a *realização do interesse público* e o respeito da *ordem pública económica*, apresentando-se o direito da regulação como a “disciplina jurídica do mercado e da economia, como o novo direito público da economia”.⁴

3. Não posso acompanhar esta operação redentora do Estado regulador, destinada a fazer-nos crer que, graças a ele, *os serviços públicos continuam na esfera da responsabilidade pública*.

Esse poderá ser um discurso cheio de ‘boas intenções’, mas parece-me ser um ‘discurso’ inconsistente. Com efeito, o *Estado regulador* é filho das políticas que anulam a responsabilidade do Estado no terreno da economia e esvaziam a sua capacidade de intervenção como operador nos setores estratégicos e na área dos serviços públicos. Foi ‘inventado’ justamente para encobrir as políticas que visam a impedir o Estado de assumir a sua tradicional responsabilidade no que toca à prestação de *serviços públicos à margem do mercado*. Não pode ser o contrário delas.

Defendo, por isso, que este *Estado regulador* se apresenta, fundamentalmente, como *Estado liberal*, visando, em última instância, a assegurar o funcionamento de uma *economia de mercado* em que a concorrência seja *livre e não falseada* e – afastada a intervenção do Estado – o mercado regule tudo, incluindo a vida das pessoas.

4. Na verdade, a ideologia neoliberal dominante impôs desde muito cedo a ideia de que esta função de regulação, embora justificada pela necessidade de salvaguarda do interesse público, não deveria ser

4. Cfr. P. GONÇALVES, *ob. cit.*, 536-542.

prosseguida pelo *Estado enquanto tal*, mas por *agências – entidades ou autoridades – reguladoras independentes*.

Estas são uma invenção norte-americana (fortemente ativada no quadro do *New Deal*), a qual chegou à Europa há uns trinta anos, através do Reino Unido,⁵ com uma diferença. Nos EUA, desde finais do século XIX, a *regulação* interveio como uma forma de ampliar a intervenção do Estado na economia. Nesse diapasão, a sua presença na cena europeia significa um retrocesso relativamente à importância do papel do Estado enquanto *Estado económico*, em especial no que se refere à produção e à prestação de serviços públicos.

Essa solução só se justifica, porque os ‘privatizadores’ neoliberais-conservadores, socialistas e sociais-democratas – entendem que o Estado democrático, declarado, por puro preconceito ideológico, incapaz de administrar o setor público da economia (incluindo a prestação de serviços públicos, com longa, profunda e positiva tradição na Europa), é também considerado incapaz de exercer bem a *função reguladora*.⁶

Ao substituírem o Estado no exercício dessa *função reguladora* (que não pode deixar de constituir o ‘conteúdo mínimo’ do ‘Estado mínimo’), as agências concretizam uma solução que respeita o dogma liberal da *separação entre o Estado e a economia*: o Estado deve manter-se afastado da economia, não deve intervir na economia e deve estar separado dela, porque a economia é a esfera privativa dos privados e o Estado é pura instância política.

Como reconhece Pedro Gonçalves, “é ao princípio liberal da ‘separação entre política e administração’ que se reconduz o fenómeno da

5. Cfr. Moreira/Maçãs, *ob. cit.*, 17-22 e J. L. CARDOSO, *ob. cit.*

6. O próprio Adam Smith parece ter sido menos papista que os ‘papas’ modernos do neoliberalismo, ao admitir que é dever do soberano “a *criação* e a *manutenção* daqueles serviços e instituições que, embora possam ser altamente benéficos para uma sociedade, são, todavia, de uma natureza tal que o lucro jamais poderia compensar a despesa para qualquer indivíduo ou pequeno número de indivíduos, não se podendo, portanto, esperar a sua criação e manutenção por parte de qualquer indivíduo ou pequeno número de indivíduos. A concretização deste dever exige despesas de variadíssimos graus nos diferentes períodos da sociedade”. Ao menos nestes domínios, até o patriarca do liberalismo admitia que o Estado produzisse e fornecesse determinados bens e serviços, motivo por que Milton Friedman, mais papista do que o papa, criticou as propostas smithianas, considerando-as “uma verdadeira caixa de Pandora”.

7. Cfr. *ob. cit.*, 549.

criação de entidades administrativas independentes”.⁷ Com o argumento de que as funções das entidades reguladoras são funções meramente técnicas, e não políticas, o que se pretende é ocultar da esfera da política (i. é, da competência dos órgãos políticos democraticamente legitimados) a ação destas entidades ditas independentes, alegando-se que, só assim, consegue-se a sua *neutralidade*.

Segundo alguns, essa *neutralidade* exigiria mesmo que o Estado abrisse mão da titularidade ou da participação no capital de qualquer empresa. Neste caso – invocam os mais radicais –, o Estado pode ser, como regulador, um *árbitro neutral*, estatuto incompatível com uma situação em que o Estado seja simultaneamente regulador e regulado. Tal raciocínio ‘esquece’, por conveniência, que este foi um dos argumentos invocados, em momento anterior, para justificar que não fosse o Estado, *enquanto tal*, a exercer a função reguladora, devendo esta ser confiada a *agências independentes do Estado*.

5. A ideia de subtrair a administração à ação da política presuppõe que a política é uma coisa feia ou uma doença perigosa que deve ser isolada. A política é a administração da cidade, o governo da *res publica* e o exercício da cidadania e da soberania.

Por outro lado, tal ideia traz consigo a substituição do *Estado democrático* por um *Estado tecnocrático*, que se pretende fazer passar por um *Estado neutro* – acima das classes –, governado por pessoas competentes que não pensam em outra coisa que não seja o interesse público.

Só que tal ‘Estado’ tem um pecado original, qual seja: não é um Estado democrático e é mais permeável à influência dos grandes interesses privados que o Estado democrático, pela simples e decisiva razão de que as entidades deste *não prestam contas* a ninguém nem respondem politicamente pela sua ação.

A entrega das tarefas de regulação económica às autoridades reguladoras independentes representa, pois, uma cedência às teses neoliberais do *esvaziamento do Estado* e da *morte da política*. Entende-se, por conseguinte, que o Estado não só não é bom empresário como é mesmo incapaz de assegurar, por si próprio, a prossecução e a protecção do interesse público,

mesmo em áreas tradicionalmente consideradas ‘fora do mercado’, como é o caso da saúde e da educação.⁸

Parece óbvio que não se pode esperar de um *Estado neutro*, que age segundo critérios técnicos e rejeita as opções políticas, a definição e a execução de *políticas públicas* (que visam, é claro, a promover interesses públicos relevantes). Essa tarefa implica escolhas políticas que comprometem o Estado. Ora, ao *Estado regulador* imputa-se o exercício da ‘função reguladora’, inventada para responder à necessidade de, perante a ‘*privatização*’ do próprio Estado, salvaguardar o interesse público.

Assim, ele não passa, a nosso ver, de um *Estado pseudo-regulador* (um Estado que, filho do culto das virtudes do mercado, praticamente não regula nada, porque a *livre concorrência* é a mãe de todas as virtudes) ou um *pseudo-Estado regulador* (um Estado que renuncia ao exercício, por si próprio, daquela ‘função reguladora’, confiada a entidades ‘independentes’, apresentadas como entidades ‘politicamente neutras’, que pautam a sua atuação por critérios puramente técnicos).

Em vez de Estado regulador, mais parece um *Estado enganador* (aquele que diz que faz algo que não faz, em obediência ao velho dogma liberal de que *o Estado deve estar separado da economia*), ou seja, um *Estado-fantasia*, trazido e envolto em poeira pelos ventos neoliberais dominantes.

6. Os defensores do Estado regulador esforçam-se por acentuar a nota de que as agências reguladoras independentes são *organismos técnicos, politicamente neutros e acima do Estado*, pondo em relevo que “o seu *ethos* radica na neutralidade da atuação sobre o mercado através da promoção da eficiência”.⁹ Todo esse esforço visa a justificar o fac-

8. Em Portugal, duas das últimas agências reguladoras criadas foram a *Entidade Reguladora da Saúde* e a *Agência de Avaliação e Acreditação da Qualidade do Ensino Superior*, que se pretende que constitua uma *entidade reguladora do ensino superior*. Curiosamente, dois setores em que o grande capital privado tem vindo a mostrar interesse crescente. Um dia destes, alguém se lembrará de defender que o financiamento pelo Estado dos sistemas públicos de saúde e de ensino é uma forma não tolerável de concorrência desleal com as empresas privadas ‘produtoras’ de serviços de saúde e de ensino. S. TAVARES DA SILVA (*ob. cit.*, 69) dá conta de que já se ensaiam soluções que tendem a confiar inteiramente aos mecanismos do mercado domínios típicos da socialidade, como é o caso da saúde.

9. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 430.

to de elas não prestarem contas perante nenhuma entidade legitimada democraticamente nem perante o povo soberano, no entanto sabemos conscientemente – mesmo os defensores do Estado regulador – que a prestação de contas é a pedra de toque da democracia. Sem ela, temos a *morte da política* e uma *ameaça à democracia*, tal como a entendemos.

Trata-se, a meu ver, de um esforço inglório, por ser demais evidente que essas agências exercem *funções políticas* e tomam *decisões políticas* com importantes repercussões sociais. Na verdade, as autoridades reguladoras independentes chamam a si parcelas importantes da *soberania*, pondo em causa, no limite, a sobrevivência do próprio *Estado de direito democrático*, substituído por essa espécie de *Estado oligárquico-tecnocrático*, que, em nome dos méritos dos ‘técnicos especialistas independentes’ que ‘governam’ este tipo de ‘Estado’, não é politicamente responsável perante ninguém, embora tome decisões que afetam a vida, o bem-estar e os interesses de milhões de pessoas.

Contesto, por isso, a legitimidade deste *poder tecnocrático* e defendo que as suas funções deveriam ser confiadas a entidades legitimadas democraticamente e politicamente responsáveis. A *política* não pode ser substituída pelo *mercado*, nem o *Estado democrático* pode ser substituído por qualquer *Estado tecnocrático*, em nome da velha ideia liberal de que a democracia se esgota na liberdade individual e de que a liberdade só é garantida pelo mercado e só se realiza no mercado.

7. As personalidades que integram as autoridades reguladoras independentes são escolhidas pelos méritos que lhes são reconhecidos pelos políticos que as escolhem, o que não é garantia de que tais ‘méritos’ sejam reais.

Quem garante a *independência* dessas personalidades? Serão elas independentes dos políticos que as escolhem? Diz-se que a sua independência decorre do respectivo estatuto, que não permite a sua destituição pelo poder político antes do termo do mandato e não permite ao Executivo dar-lhes ordens ou instruções sobre matérias inerentes à sua esfera de competências.

A política, no entanto, como se sabe, é um complicado jogo de influências além das aparências e dos estatutos formais, motivo por que o

juízo político não se confunde com o juízo jurídico, nem a responsabilidade política se confunde com a responsabilidade jurídica – civil ou criminal. Do mesmo modo, os órgãos que detêm ‘poder político’ e exercem ‘funções políticas’ devem estar sujeitos ao controle político democrático e à prestação de contas pelas suas decisões.

É claro, por outro lado, que as pessoas ‘competentes’ em certo setor trabalham normalmente nas empresas desse setor. Não surpreende, por isso, que as personalidades escolhidas pela sua experiência e pela competência na matéria saiam das empresas reguladas para integrar as entidades reguladoras. Bem sabemos que não vão para lá como ‘embaixadores’ – ou representantes – dos seus antigos ‘patrões’ – o que configuraria o regresso do *corporativismo sem disfarce* –, mas como *especialistas independentes e de elevados méritos*.

Creio, todavia, ser de prima evidência que a atividade reguladora se exerce “em domínios setoriais onde a pressão dos *lobbies* é sentida com particular intensidade”.¹⁰ Se tivermos presente esta realidade, parece difícil negar a existência de sérios riscos de os interesses e as pressões dos regulados (as poderosas empresas que dominam os setores regulados e as suas associações representativas) exercerem uma influência sensível (dominante?) sobre os reguladores. Isso se explica, porque estes, terminado o mandato e passado algum eventual período de ‘impedimento’, terão, naturalmente, o desejo – ou a ambição – de regressar aos seus antigos locais de trabalho e certamente a cargos mais destacados e melhor remunerados que aqueles que ocupavam antes de se transferirem para as entidades reguladoras.

8. São vários os argumentos invocados para justificar esta regulação “amiga do mercado” e a sua entrega a entidades independentes.¹¹ Não faltam, contudo, razões para legitimar as múltiplas reservas que são levantadas a essa concepção da função reguladora e ao modo como é exercida.

10. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 430.

11. Ver Moreira/Maçãs, *ob. cit.*, 10-12.

Muito agitada é a questão do *défice democrático* da solução que entrega a regulação a entidades independentes e dos perigos que ela representa para o Estado democrático e para a democracia.

Particular relevo ganhou, a este propósito, a discussão acerca da problemática da *independência dos bancos centrais*, enquanto titulares da política monetária (subtraída à soberania do Estado) e autoridades reguladoras independentes do mercado do crédito.¹²

A discussão acentuou-se na Europa, especialmente a partir da entrada em vigor da *União Económica e Monetária* (consagrada no Tratado de Maastricht), com a criação do *Sistema Europeu de Bancos Centrais* e do *Banco Central Europeu* (o mais ‘independente’ dos bancos centrais em todo o mundo) e a entrada em circulação do *euro* como *moeda única* dos países da UE, que a ela aderiram depois de cumprirem os apertados *critérios de convergência nominal*.¹³

As políticas neoliberais, entretanto, amputaram o Estado democrático das competências, dos meios e dos poderes que este assumiu, à medida que as sociedades se tornaram mais complexas e os interesses e as aspirações dos trabalhadores conquistaram um pequeno espaço no seio do poder político. Nesse diapasão, não falta quem entenda que, nestas novas condições, a *regulação da economia* (ou a *economia de mercado regulada*) não significa mais que a tentativa de tapar o sol com a peneira, já que a *mão invisível* do mercado deu lugar à *mão visível* dos grandes conglomerados transnacionais, os quais ‘mandam’ nos mercados e nas entidades ‘independentes’ que propõem regular os mercados. Os “mercados” são eles, e eles não querem ser regulados. Preferem, indubitavelmente, a liberdade total de movimentos e a impuseram como regra de ouro da ideologia neoliberal.

Em um texto de 2003, escreveu Michel Rocard, não com espírito crítico, mas em tom ‘beato’ de quem anuncia uma *verdade revelada* que temos de acatar como uma fatalidade (talvez até como uma benção): “numa economia mundialmente aberta, *não há lugar para a regulação* nem limites para a violência da concorrência”.¹⁴ Em um momento de lucidez,

12. Para mais desenvolvimentos, ver A. J. Avelãs Nunes, “Nota...”, cit.

13. Cfr. A. J. Avelãs Nunes, “A institucionalização...”, cit., “Algumas incidências...”, cit., e *A Constituição Europeia...*, cit.

14. Cfr. *Le Monde*, 19.6.2003 [sublinhado meu. AN].

este destacado dirigente socialista vem, afinal, reconhecer que, em um mundo governado pelas políticas neoliberais, *não há lugar para a regulação nem limites para a violência da concorrência* [descodificando: *nem limites para a violência dos grandes conglomerados internacionais*]. Em suma, a regulação é uma falácia e não é coisa para levar a sério, porque dela não resulta nada, nem pode resultar.

É uma confissão particularmente embaraçosa para todos os socialistas e os social-democratas, os quais, assumindo o papel de *gestores leais do capitalismo*, fazem pública profissão de fé nas virtudes do *Estado regulador* e na *economia social de mercado*, como se ambos fossem a antecâmara do socialismo (por certo o *socialismo do possível*, de que falava Miterrand).

9. Nos anos 50 e 60 do século XX, os socialistas e os social-democratas europeus consideravam uma ofensa intolerável a sua qualificação como *gestores leais do capitalismo*. Em Portugal, já depois de promulgada a Constituição de 1976, era frequente ouvir-se que, para eles, a social-democracia não era um fim em si mesmo, mas apenas um meio para chegar ao socialismo.

Os tempos, entretanto, mudaram, e, como bem sabia Camões, “*mudam-se os tempos, mudam-se as vontades*”. Hoje, os dirigentes dos partidos socialistas e social-democratas europeus juram que não são neoliberais (a ofensa, agora, é classificá-los como tal, tendo em conta as políticas neoliberais que prosseguem). Ambos confessam defender o capitalismo no que toca à produção – alegando defender uma *economia de mercado regulada* ou uma *economia social de mercado* –, mas juram rejeitar uma “sociedade de mercado”, alegando defender soluções socialistas no que toca à distribuição do rendimento.

Os equívocos de há meio século desapareceram. Como certamente defendem o capitalismo, privatizaram todo o setor empresarial do Estado, mesmo as empresas produtoras e prestadoras de *serviços públicos*, e inventaram depois o *Estado regulador* para calar a consciência e para sustentar o *slogan* de que o móbil da sua ação é a defesa do interesse público, culminando com a defesa do Estado social.

Na verdade, essa política de defesa de estruturas e relações de produção capitalistas e de uma lógica de distribuição socialista e a pos-

tura de *gestão leal do capitalismo* adotada pela social-democracia europeia representam uma equação teórica e política tão difícil de resolver quanto a *quadratura do círculo*.

Com efeito, sabemos, desde os fisiocratas, que as estruturas de distribuição do rendimento e da riqueza não podem considerar-se separadas das estruturas e das relações sociais de produção. Em outras palavras, a estrutura de classes da sociedade e as relações de produção que lhe são inerentes são os fatores determinantes da distribuição da riqueza e do rendimento. As relações de produção imprimem caráter ao modo de produção capitalista, pelo que, como é óbvio, a lógica da distribuição, no quadro de uma economia capitalista, não pode negar a lógica inerente às relações de produção capitalistas.¹⁵

Talvez por ter consciência disso, o dirigente socialista Lionel Jospin reconheceu que o projeto do proclamado *socialismo democrático* – ou “socialismo moderno”, como gostam de lhe chamar os seus defensores – reduz-se, afinal, a “fazer evoluir o capitalismo, mas progressivamente”. Parece claro que esta *gestão do capitalismo com preocupações sociais* é um projeto que não avança grande coisa relativamente ao ‘capitalismo’ saído da chamada

15. Adam Smith terá sido o primeiro economista a reconhecer que, nas sociedades em que “o trabalhador é uma pessoa e o proprietário do capital que o emprega é outra”, a renda e o lucro são *deduções ao produto do trabalho*, i. é, são uma parte do valor que os trabalhadores produtivos (“aqueles que alimentam, vestem e proporcionam habitação a todo o conjunto de pessoas”) acrescentam às matérias-primas por eles laboradas.

Sem recorrer a quaisquer considerações ‘moralistas’ (a *juízos morais* condenatórios do capitalismo ou dos capitalistas), Marx mostrou depois que a *exploração dos trabalhadores assalariados* é inerente ao capitalismo, porque o contrato de trabalho assalariado dá ao empregador (como ao comprador de qualquer outra mercadoria) o direito de utilizar a mercadoria adquirida (a *força de trabalho*), pondo os trabalhadores a trabalhar para si (tantas horas por dia e tantos dias por semana), e o direito de se apropriar do produto criado pelos trabalhadores contratados, cujo valor é superior ao salário pago (é o *mais-valor* ou *mais-valia*), condição sem a qual nenhum trabalhador será contratado, como Adam Smith já deixara claro: “Logo que começa a existir riqueza acumulada nas mãos de determinadas pessoas, algumas delas utilizá-la-ão para contratar indivíduos industriais a quem fornecerão as matérias-primas e a subsistência, a fim de obterem um lucro com a venda do seu trabalho, ou com *aquilo que esse trabalho acrescenta ao valor das matérias-primas*”. Como quem tem *riqueza acumulada* (capital) “só aplica capital numa indústria com vista ao lucro, (...) não teria qualquer interesse em empregá-los [aos *indivíduos industriais*] se não esperasse obter, com a venda do seu trabalho, um pouco mais do que o necessário para reconstituir a sua riqueza inicial”, o que, normalmente, acontecerá, porque “o valor dos salários é, em regra, restituído ao patrão com um lucro, por meio do valor acrescido do objeto sobre o qual o operário trabalhou”. Nas sociedades em que, de um lado, estão os *patrões* (que dispõem de *capital acumulado*) e, do outro, os trabalhadores (que têm de seu apenas “a sua força e habilidade de mãos”), “o valor que os trabalhadores acrescentam às matérias-primas consistirá em duas partes, uma das quais constituída pelos respetivos salários, e a outra pelos lucros do patrão”. Cfr. *Riqueza das Nações*, I, 148/149, 493/494 e 581-585.

“revolução dos gerentes”, gerentes acerca de que se afirmou que o seu *poder sem propriedade* não estava a serviço do capital (da *propriedade sem poder*), mas ao serviço do *bem comum*, do mesmo modo que as grandes empresas do “sistema industrial” galbraithiano se comportariam como “empresas dotadas de alma”.

Tal como defendia, nos anos setenta do século passado, a *teoria da convergênciados sistemas* (outro dos ícones da social-democracia europeia), o pensamento social-democrata dos nossos dias permanece fiel à ideia – idealista e negadora da história – de que não faz sentido uma alternativa socialista ao capitalismo, porque ambos os sistemas estão ‘condenados’ a convergir em um sistema misto ou em um sistema que supere ambos, reunindo o melhor dos dois. Para tanto, não é necessário lutar pelo socialismo, basta *fazer evoluir o capitalismo, progressivamente*.

O pessimismo ou a acomodação perante a realidade (o fatalismo de quem acredita na ‘verdade’ revelada pela Sr^a Thatcher de que *não há alternativa*) parecem ter evoluído mesmo para a tese segundo a qual o socialismo, enquanto doutrina, já não existe, não fazendo qualquer sentido a ideia de transformar a sociedade. É a conclusão a que chegamos se levarmos a sério as afirmações de Lionel Jospin – então primeiro responsável do Partido Socialista francês – no Congresso da Internacional Socialista (Paris, 1999).¹⁶

Mais perto de nós, as opções políticas de destacados dirigentes do PS francês parecem apontar no mesmo sentido. Durante a campanha eleitoral para o cargo de Presidente da República (2007), a candidata socialista apontou como chave das suas propostas de desenvolvimento económico esta ideia: “Relançaremos o crescimento económico, porque reconciliaremos os interesses das empresas e os interesses dos assalariados”.¹⁷

16. Cfr. A. DROBÁN, *ob. cit.*, 8. Os socialistas deixaram de se sentir envolvidos pelo repto de Marx, quando escreveu, nas *Teses sobre Feuerbach*, que os filósofos têm-se preocupado, até agora, em compreender o mundo, tendo chegado o momento de saber como transformá-lo.

17. Cfr. B. CASSEN, “Ressurreição...”, *cit.*, 5. Em editorial do jornal *Le Point* de 28.6.2007, o liberal de direita Claude Imbert põe o dedo na ferida: “A aspiração, repisada pelos nossos socialistas [os socialistas franceses. AN], de uma ‘Europa social’ à francesa é mais um devaneio. Entre os nossos parceiros, ninguém a quer. Nem os conservadores, nem os socialistas”.

Talvez ingenuamente (Quem sabe?), Ségolène Royal repetia Adam Smith – e Friedrich Hayek: assegurado o crescimento económico, o resto vem por si, não sendo necessárias quaisquer *políticas ativas* para promover maior igualdade e maior justiça social. Como, para haver crescimento económico, é necessário investimento privado, e este só haverá se houver lucros fartos, ela lançou este repto – talvez patriótico – aos empresários do seu país: “Façam lucros, aumentem os vossos rendimentos!”.¹⁸ O velho Turgot disse o mesmo, há uns séculos atrás (“enrichissez-vous, par le travail et par l’épargne”), e a Sr^a Thatcher e Tony Blair defenderam o mesmo, por palavras idênticas. *Les beaux esprits se rencontrent...*¹⁹

Encerrarei este apontamento dizendo que as grandes linhas de orientação da social-democracia europeia – intérprete do chamado “socialismo moderno” – parecem assentar na ideia de que *o mercado tudo resolve* (para quem acredite em fadas, talvez ajudado pela *mão invisível* de Adam Smith, mais presente que Keynes na doutrina e na prática política da social-democracia europeia). Este é, de resto, o princípio que informa os Tratados estruturantes da UE. Basta recordar o parágrafo 3º do art. 151º do TSFUE, de que decorre que a *harmonização social* no seio da União Europeia há de decorrer do “funcionamento do mercado interno”. As *políticas públicas* promotoras do progresso e da justiça social são coisas do passado.

10. Logo que eclodiu a crise que assola o mundo capitalista desde 2007/2008, várias foram as tentativas de a ‘explicar’ quase sempre com o objectivo de passar a mensagem de que não era uma *crise do capitalismo*, porque o capitalismo não tem nada que ver com as crises.

A Sr^a Merkel descobriu que a crise era o resultado de “excessos do mercado”. Outros, aparentando mais ‘profundidade’ de análise, defenderam que se tratava de uma *crise do Neoliberalismo*. Afastado – ou moderado

18. *Apud* F. RUFFIN, *ob. cit.*

19. Ignacio Ramonet (*ob. cit.*) sintetiza a sua análise sobre a ação do partido socialista francês, dizendo que “a sua experiência governamental o levou a bloquear os salários, a suprimir postos de trabalho, a liquidar as zonas industriais e a privatizar uma parte do setor público”, aceitando “a missão histórica, contrária à sua essência, de ‘adequar’ a França à globalização, de a ‘modernizar’ à custa dos assalariados e em proveito do capital”.

– o neoliberalismo, o mundo estaria salvo, e o capitalismo tinha garantida a sua ‘eternidade’ (aspiração tão velha como o próprio capitalismo, que ‘inventou’, no século XVIII, o mito do *fim da história*).

Pois bem. Independentemente de outras considerações, direi que, na minha opinião, o Neoliberalismo não é um fruto exótico que nasceu nos terrenos do capitalismo, nem é o produto inventado por ‘filósofos’ que não têm mais nada em que pensar. O neoliberalismo não existe fora do capitalismo. O neoliberalismo é o capitalismo na sua essência de sistema assente na exploração do trabalho assalariado, na maximização do lucro e no agravamento das desigualdades. O neoliberalismo é o reencontro do capitalismo consigo mesmo, depois de limpar os cremes das máscaras que construiu para se disfarçar. O neoliberalismo é o capitalismo puro e duro do século XVIII, mais uma vez convencido da sua eternidade e de que pode permitir ao capital todas as liberdades, incluindo as que matam as liberdades dos que vivem do rendimento do seu trabalho. O neoliberalismo é a expressão ideológica da hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, a qual foi construída e consolidada com base na ação do Estado capitalista, porque, ao contrário de uma certa leitura que dele se faz, o neoliberalismo exige um forte *Estado de classe* a serviço dos objetivos do setor dominante das classes dominantes, o capital financeiro.

Quem acompanha o desenrolar da presente crise do capitalismo só pode concluir que o Estado capitalista permanece no seu posto – como veremos mais à frente –, disposto a fazer o que for necessário para cumprir a sua missão de sempre: defender “os interesses dos ricos contra os pobres, os interesses dos que têm alguma coisa contra os que não têm coisa nenhuma” (Adam Smith). Como em vários outros momentos da sua história, ele aí está, cada vez mais autoritário e repressivo, a proteger determinados – e bem visíveis – interesses de classe, à custa do sacrifício impiedoso dos interesses – e até da dignidade – dos que vivem do seu trabalho.

Poucas vezes na história do capitalismo a *natureza de classe do Estado* terá sido tão nítida como nos tempos que correm: o *Estado capitalista* é hoje, sem disfarce, a *ditadura do grande capital financeiro*. O Estado capitalista, pois, anuncia que a notícia da sua morte terá sido exagerada, visto que, como sempre, alguns Estados são mais soberanos do que outros.

Em suma: se esta é uma crise do Neoliberalismo, ela é uma *crise do capitalismo*, prolongada e agravada pela ação do Estado capitalista de acordo com os dogmas neoliberais.

Outra tese muito difundida radica a origem da crise no falhanço da regulação e da supervisão. Os sinais exteriores da crise, inclusive, puseram em evidência a influência negativa da desregulamentação do setor financeiro e da absoluta liberdade de circulação do capital e de criação de ‘produtos financeiros’ derivados excessivamente complexos, inventados apenas para alimentar os ‘jogos de bolsa’, bem como as deficiências ao nível da atuação das autoridades responsáveis pela regulação e pela supervisão do setor, atuação frouxa, pouco transparente e cúmplice dos interesses do grande capital financeiro.

Pessoalmente, não vejo razão para surpresas. Subtraída da soberania do Estado a função reguladora, poderia esperar-se que ela tivesse êxito, uma vez confiada às *agências reguladoras ditas independentes*?

Sob o olhar cúmplice delas, o império do capital financeiro impôs a desregulamentação de toda a economia e, em especial, do setor financeiro e conseguiu o que queria: a entrega dos chamados ‘mercados’ aos especuladores e a entrega dos indivíduos – famílias –, das *empresas produtivas* e dos próprios *Estados nacionais* aos “mercados”, i. é, aos especuladores e aos que constituem a *sida [aids] da economia mundial* (Jacques Chirac *dixit*).

Da mesma maneira, sob a ‘autoridade’ dessas agências reguladoras, os bancos e o sistema financeiro em geral, libertos do controlo do Estado, lançaram-se no aventureirismo mais irresponsável – para usar linguagem diplomática –, comprometendo, nos ‘jogos de casino’, não só os interesses dos seus clientes, mas o investimento a médio e a longo prazos em atividades produtivas inovadoras e criadoras de riqueza.

Criadas em pleno ‘reinado’ do Neoliberalismo, essas agências e a sua ‘independência’ foram ‘inventadas’, porque todos sabem – a começar pelos seus ‘inventores’ – que, libertas do *dever de prestar contas* perante os órgãos do poder político legitimados democraticamente e do escrutínio político do povo soberano, ficam mais vulneráveis que o Estado à influência dos interesses económicos dominantes. Filhas do Neoliberalismo, elas adotam, naturalmente, os dogmas do seu criador. O destino da ‘regulação neoliberal’, *amiga do mercado*, só poderia ser a *desregulação*. Está de acordo com a sua natureza.

Na minha ótica, o Estado – *regulador* ou *desregulador* – cumpriu o seu papel de deixar o campo aberto à criação de um mercado financeiro unificado à escala mundial, à *livre circulação de capitais* e à *livre criação de produtos financeiros derivados*, inventados com todo o carinho dos seus criadores para alimentar as apostas no casino em que transformaram o mundo.

O Sr. Alan Greenspan, o grande apóstolo da desregulamentação – que se definia como “defensor ferrenho do livre funcionamento dos mercados”²⁰ –, sempre defendeu, como Presidente do FED, que quanto mais liberdade para o capital financeiro melhor para os negócios – e melhor para o mundo. Durante o seu consulado como ‘papa’ do mundo financeiro, revogou-se, nos EUA, uma lei do tempo do *New Deal*, a qual proibia os bancos de ‘investir’ na bolsa, i. é, de jogar no casino.²¹ A onda liberalizadora e desregulamentadora abriu as portas do casino aos bancos, e estes, como jogadores compulsivos, ‘queimaram’ no jogo, criminosamente, o dinheiro dos depositantes.

As suas responsabilidades foram-lhe recordadas em uma Comissão do Congresso, perante a qual, já em plena crise, Greenspan prestou declarações. “O senhor – disse-lhe o Presidente da Comissão – tinha autoridade para evitar práticas irresponsáveis que conduziram à crise dos empréstimos *subprime*. Foi avisado por muita gente para atuar nesse sentido. Agora a nossa economia como um todo está a pagar o preço”.²²

Na sequência do interrogatório, o Congressista recordou afirmações públicas de Greenspan defendendo as teses mais fundamentalistas do Neoliberalismo: “não é necessária qualquer regulação pública”, mesmo quando se trata de “transações de produtos derivados fora de bolsa”, porque “nada na regulação levada a cabo pelo Estado a torna superior à regulação do mercado”. Ademais, perguntou-lhe se se sentia pessoalmente responsável pelo que aconteceu. Greenspan não respondeu dire-

20. Cfr. A. GREENSPAN, *A Era...*, cit., 359.

21. O Glass-Steagall Act (1933), que proibiu os bancos comerciais de negociar com títulos mobiliários, foi revogado em 1999 pelo Gramm-Leach-Bliley Act, que veio libertar o setor financeiro das ‘peias’ da regulação. O FED, liderado por A. Greenspan, estimulou e aplaudiu a mudança. Cfr. A. GREENSPAN, *A Era...*, cit., 362/363.

22. As citações relativas a esta sessão no Congresso dos EUA foram colhidas em J. CASSIDY, *ob.cit.*, 4-6.

tamente, e o Presidente da Comissão continuou a citá-lo: “Eu tenho uma ideologia. O meu juízo é que mercados livres e de concorrência são, de longe, o melhor modo de organizar as economias. Tentamos as regulações. Nenhuma delas funcionou minimamente”. Isso soa como quem diz: *eu tenho uma ideologia* e atuei em conformidade com ela, porque só o *mercado livre* resolve os problemas.

Foi a vez do Congressista insistir: “O Senhor acha que a sua ideologia o empurrou para tomar decisões que o Senhor gostaria de não ter tomado? (...) O senhor enganou-se?” Resposta de Greenspan: “Eu cometi um erro ao presumir que os interesses próprios de organizações, especificamente bancos e outras, eram tais que constituíam o modo mais capaz de proteger os seus próprios acionistas e as suas ações nas empresas. (...) Na realidade, um pilar crítico da concorrência e do mercado livre quebrou. E penso que isso me chocou. Ainda não compreendi inteiramente porque é que isso aconteceu, e, obviamente, na medida em que eu veja claro o que aconteceu e porquê, eu mudarei os meus pontos de vista”.

Em outro momento das suas declarações, Greenspan afirmou: “Encontrei uma falha no modelo que eu considerava como a estrutura crítica de funcionamento que define o modo como o mundo funciona, se posso dizer assim”. Tentando concluir, o Presidente da Comissão interpelou Greenspan: “Por outras palavras, o Senhor acha que a sua concepção do mundo, a sua ideologia, não era correta”? Ao que Greenspan respondeu: “Precisamente”. Não deixou, contudo, de invocar que uma ideologia é, a seu ver, um quadro concetual indispensável para lidar com a realidade, e, *para existir, precisamos de uma ideologia* (“To exist, you need an ideology”).

É um diálogo curioso e elucidativo, o qual merece madura reflexão por todos aqueles que, à ‘esquerda’, em nome do pragmatismo, da ‘modernidade’ e da ‘respeitabilidade’ como políticos capazes de bem gerir o capitalismo, proclamam o *fim das ideologias* – porque, à maneira da Sr^a Thatcher, entendem que *não há alternativa* –, aceitando, como ‘comandos’ inevitáveis, os dogmas da ideologia neoliberal.

Como se diz atrás, há anos que os especialistas na matéria chamam a atenção dos responsáveis políticos para o perigo de os novos produtos financeiros, nomeadamente os *produtos derivados*, transformarem-se em “armas de destruição maciça”. O ‘desregulador-mor’ não ignorava esses estudos, mas, como todos os grandes do mundo, há de ter pensado que, nesta, como em todas as guerras, é o povo quem morre e sofre todos os sacrifícios.

Nas cimeiras do G20 de 2008 (Washington) e de 2009 (Pittsburg), falou-se da necessidade de reforçar os mecanismos de regulação e de supervisão do setor financeiro, entretanto não se foi além da conversa.²³ Quando o ‘negócio’ faliu, chamaram o povo para os salvar, e o povo está a pagar a fatura.²⁴

Passado o alarido inicial, a crise continua. Todos os reguladores e supervisores, todavia, continuam em seus postos, competentes e independentes como sempre, a dispor da vida das pessoas, sem perante elas responderem politicamente. Criaram-se as agências reguladoras independentes, a fim de que o povo eleitor acredite que, independentes e sábias, elas existem para defender o interesse público, no entanto, para isso, o povo soberano não pode pedir-lhes contas. Uma vez criadas, cumprem seus papéis. Nada mais se deve esperar delas. Como diz a sabedoria popular, não se pode pedir peras ao olmo.

11. É sabido que dura pouco a glória efêmera dos falsos heróis. É o que acontece com o *Estado regulador*, criticado hoje por alguns dos seus defensores de ontem.

Uns acusam as entidades reguladoras de *falta de transparência* (o que alimenta dúvidas quanto à sua *legitimidade meritocrática*), de *cometerem erros* e de se deixarem por vezes *‘capturar’* – pelos regulados ou pelo Estado.

Invocam outros os *custos da regulação*, que constituem um encargo extra, sem qualquer benefício social, antes em prejuízo dos consumidores e da capitalização do seu montante para novos investimentos por parte das empresas reguladas.

Muitos não perdoam ao Estado regulador a “excessiva ingerência na vida das empresas e no mercado”, a qual “acabou por impedir o fun-

23. Informação colhida no *Relatório Podimata* (aprovado pelo Parlamento Europeu em fevereiro/2011), 5.

24. Só para salvar da falência as duas ‘estrelas’ do crédito hipotecário (a *Fannie Mae* e a *Freddie Mac*), o Governo norte-americano injetou dinheiro público no valor de 200 mil milhões de dólares (setembro/2008), substituindo dívida privada por dívida pública. A Administração de G.W. Bush, que sempre considerou a intervenção do Estado na economia como um dos sinais da existência do *império do mal*, acabaria por protagonizar a mais dispendiosa intervenção do Estado na economia desde os anos trinta do século XX. As voltas que o mundo dá...

cionamento do mercado”²⁵, conduzindo as economias europeias a uma “crise de excesso de regulação”²⁶. Para quem pensa que o bem-estar das populações só pode resultar da *eficiência do mercado*, as necessidades da hora presente exigem *mais desregulação* e o *fim do Estado regulador*.

No cenário europeu, o Estado regulador parece não gozar de muito bom ambiente no seio da União Europeia e da legislação comunitária. Fala-se de “tensão entre regulação económica e regulação social, entre Estado neutro e Estado social, entre eficiência e promoção de valores sociais”. Além disso, adianta-se que se trata de “uma dimensão dificilmente extrínsecável [*sic*] dos documentos jurídicos europeus, como se comprova pela discussão sobre o sentido e extensão do ‘estado social europeu’, em que a intervenção directa dos Estados é sempre analisada *sob a suspeita do incumprimento dos critérios do mercado interno*”.²⁷ [sublinhados meus. AN] É grave – como é fácil de compreender – essa suspeita de que nem o Estado regulador satisfaz as exigências do mercado interno único e do *mercado livre* e da famosa *concorrência livre e não falseada*.

12. Perante tal suspeita, a solução apontada para a ultrapassar reside no *Estado incentivador do mercado*, *Estado orientador de comportamentos* e *Estado garantidor do bem-estar*, ou seja, reside na *incentivação do mercado*, na *orientação de comportamentos* e na *garantia dos direitos sociais* por obra e graça do *Estado garantidor* – ou *Estado garantia*, como outros preferem.²⁸

É este o último traje inventado para *vestir* um Estado que se quer, cada vez mais, *despido* das suas funções sociais, enterrando definitivamente o que resta da soberania económica do Estado e da sua capacidade para intervir em áreas vitais da *política* económica – apostada na subordinação do poder económico ao poder político democrático – e da *política social* – promotora da solidariedade e da justiça social, em nome

25. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 68, 432 e 442.

26. Cfr. L. CABRAL, *ob. cit.*

27. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 430.

28. Ver S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.* e F. A. FONSECA, *ob. cit.*

do referido *princípio da responsabilidade social coletiva*, que subjaz ao Estado social de matriz keynesiana.

Em Portugal, deve-se a Gomes Canotilho a primeira apresentação da problemática envolvida por este novo figurino do Estado capitalista, o *Estado garantidor*.²⁹

O Professor de Coimbra começa por salientar que este conceito surgiu no seio da social-democracia europeia, nomeadamente por obra da corrente apostada na renovação do pensamento social-democrata que ficou conhecida por *terceira via*, de que são figuras de proa, no plano teórico, Anthony Giddens (*The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, 1998) e, no campo da ação política, Tony Blair.

Em termos gerais, o *Estado garantidor* é definido, por um lado, como “um Estado ‘desconstrutor’ de serviços encarregados de prestações essenciais do cidadão” e, por outro lado, como “um estado ‘fiador’ e ‘controlador’ de prestações dos serviços de interesse geral por parte de entidades privadas”.

No plano teórico, Canotilho aponta várias *ambiguidades* (é a expressão usada por G. C.) ao conceito de *Estado garantidor*.

- a) Ele é frequentemente “um conceito descritivo das transformações do Estado”: afasta a responsabilidade do Estado quanto à produção de determinados serviços públicos e à prossecução, através de políticas ativas, de determinadas tarefas estaduais, confinando aquela responsabilidade ao “cumprimento das mesmas tarefas através de outras estruturas, a maior parte das vezes privadas”, e correndo-se o risco de o Estado garantidor se transformar em uma “terra de ninguém jurídica”, sem um recorte rigoroso da sua dimensão normativa (não se sabe muito bem qual a responsabilidade desse Estado garantidor, nem o que ele garante);
- b) Este Estado garantidor tem *alma de ‘estado social’ e corpo de empresa* (ou ao contrário: tem *corpo de ‘estado social’ e alma de*

29. Cfr. “O Estado garantidor...”, cit. Em certa medida, esta problemática está já pressuposta em outro estudo do Autor, tornado público também em 2008: “Bypass” social..., cit.

empresa): “pretende ainda garantir a socialidade, ou seja, os serviços sociais essenciais – desde a saúde, as telecomunicações, a energia, os transportes e a água –, mas confia a serviços privados ou de gestão privada a prossecução direta desses serviços”;

- c) Perante esta equação, o Estado garantidor só pode “garantir” aos *cidadãos* – agora considerados *utentes, consumidores* ou *clientes*³⁰ – a prestação pelos privados daqueles serviços sociais essenciais se, como “Estado ativador”, “apoiar ativamente a economia e a saúde económica das empresas encarregadas de produzir os serviços e os bens indispensáveis à efetivação da socialidade”;
- d) Estas tarefas de *garantir* e *ativar* constituem “uma operação de charme destinada a sugerir que, por um lado, o *estado garantidor* é um *estado social* e a sugerir, por outro lado, que é uma *tarefa pública social*” o dever do Estado de “garantir a capacidade de prestação das empresas [privadas] fornecedoras de serviços de interesse geral” [deixam de ser *serviços públicos essenciais* para se transformarem em *serviços de interesse geral*];
- e) “O charme desta operação é tanto maior – acrescenta Canotilho –, quando se insinua tratar-se (...) de uma situação de *win-win* entre estado e sujeitos privados”, mas – observa o ilustre constitucionalista – a atuação de um Estado que pretende garantir, simultaneamente, “a socialidade a favor dos utentes dos serviços” e “o equilíbrio económico das empresas” pode não conduzir a uma situação de *win-win*, i. é, a uma situação em que há ganhos para o Estado – para os cidadãos – e para as empresas privadas (daí que, nestas situações, assiste-se ao aumento das tarifas dos serviços públicos ou ao pagamento de compensações aos privados por parte do Estado);

30. No quadro do Estado social, as prestações sociais a cargo do Estado são consideradas *bens públicos*. Segundo a perspetiva neoliberal, o novo conceito de *serviços de interesse económico geral* “é uma fórmula de manutenção do acesso a bens essenciais (...), não já na qualidade de *cidadão social*, mas na qualidade de *utente* ou de *consumidor*” (J. J. Gomes CANOTILHO, «Bypass...», cit., 248).

- f) Ao *Estado garantidor-ativador* é confiada a responsabilidade de garantir a prestação efetiva dos serviços de interesse geral, mas também a responsabilidade pela garantia da “lógica econômica do mercado”, o que significa que *só o Estado assume responsabilidades, não cabendo nenhuma aos privados*.

13. É um bom retrato do Estado garantidor. Só que, na minha opinião, estas *ambiguidades* são, verdadeiramente, as características essenciais inscritas no código genético desse *Estado garantidor*.

Este Estado não tem corpo nem alma de Estado social, antes pretende transformar em mercado lucrativo – com lucros garantidos pelo Estado ‘garantidor’ – os serviços públicos prestados pelo *Estado social*, de acordo com princípios que os colocavam *à margem do mercado*. Ele não configura uma *operação de charme*. Trata-se da ponta de lança de uma operação de *publicidade enganosa*.

Ao contrário do que parece defender o meu Colega da Faculdade de Direito de Coimbra, entendo, por isso, que não é possível “legitimar” essas “novas formas e esta nova qualidade da atividade do estado”, que pretende fazer dele “um estado tendencialmente subsidiário”.

Concordo com Gomes Canotilho, quando ele sublinha que essa transformação esvazia o Estado da sua responsabilidade “pela prestação de serviços públicos essenciais à realização de grande número de direitos sociais”, pelo que ela só pode operar-se “à revelia da Constituição”. Não posso acompanhá-lo, contudo, quando ele parece sucumbir perante a “pressão da privatização” – que “legitima o primado da concorrência” –, a “crise do estado social” e o “triunfo esmagador do globalismo neoliberal”, fatores que, na sua ótica, vieram pôr em causa “não apenas a *gradualidade* – na realização dos direitos sociais –, mas também a *reversibilidade* das posições sociais” [sublinhados meus. AN], admitindo mesmo que “a atual pressão no sentido de transformar os serviços públicos em *indústrias de serviços* não tem necessariamente de ser remetida para o campo dos malefícios económicos do neoliberalismo”.³¹

31. Citamos, na parte final, J. J. Gomes CANOTILHO, «By-pass...», cit., 245 e 248-250. Mais uma vez, o sublinhado é meu [AN].

Entre as vantagens da nova ordem de coisas, Canotilho refere, no âmbito do direito à saúde, os ganhos de eficiência e de qualidade dos serviços à disposição dos doentes. Ficam, porém, por provar as melhorias de eficiência e de qualidade, as quais o próprio Tribunal de Contas português questiona, ao analisar as contas dos hospitais que funcionam no âmbito de parcerias público-privadas (PPP). É conhecido em Portugal que a generalidade dos estabelecimentos privados na área da saúde subsistem e ganham dinheiro, apenas porque se transferem para eles os doentes que poderiam ser atendidos no SNS, que ‘paga’ aqueles estabelecimentos privados, com prejuízo dos orçamentos e das condições de funcionamento dos hospitais e dos serviços do SNS, os quais continuam, em geral, a apresentar qualidade de muito superior à dos estabelecimentos privados.

No que se refere ao direito à educação, Canotilho reconhece que a orientação neoliberal conduz à “transformação de todo o sistema de ensino numa *empresa educacional*, centrada em problemas da utilização racional dos recursos e da gestão da qualidade” e sublinha que “a ideologia intrínseca da liberdade de aprender e de ensinar através da escola pública dá lugar a uma outra compreensão finalística”, que reduz o *direito à escola* ao “direito à aprendizagem das *leges artis* de uma profissão inserida no mercado de trabalho”.

Revela, no entanto, “serenidade bastante”, para aceitar como fator positivo o facto de passar a entender-se a rede de estabelecimentos de ensino como um todo –incluindo as escolas públicas ao lado das privadas e das cooperativas –, reconhecendo-se como *serviço público* o ensino ministrado em todos esses estabelecimentos, sistema que teria a vantagem de transformar as famílias em “árbitros do *mercado de ensino*, através do exercício do *direito à escolha de escola*”.

Depois de sublinhar essa ‘vantagem’, Canotilho adverte que a concepção de *rede integrada de estabelecimentos de ensino*, atrás referida, “só será uma interpretação em conformidade com a Constituição se ela não implicar a neutralização do imperativo constitucional de criação da rede de estabelecimentos públicos estatais de ensino público, pois é essa a *matriz republicana* de ensino constitucionalmente consagrada”.

Subscrevo esta última consideração, entretanto, com todo respeito, não consigo entender como a *matriz republicana da escola pública* pode ser compatível com a relegação do Estado e da escola pública para uma *posição*

subsidiária, sujeitando o sistema público de ensino às *regras da concorrência no mercado de ensino*. Nem me parece que ela seja compatível com o reconhecimento de qualquer direito das famílias – transformadas em “árbitros do mercado de ensino” – de escolher entre a escola pública e a escola privada, a que acresceria o direito de exigir do Estado o pagamento das despesas resultantes da opção pela escola privada.

Este “direito à escolha de escola” não está consagrado na Constituição portuguesa, pelo que o Estado só deve apoiar financeiramente as escolas privadas – em montantes idênticos aos que financiam as escolas públicas equivalentes – naquelas localidades em que – em razão do não cumprimento do preceito constitucional – não exista ainda escola pública. Trata-se, nestes casos, de garantir o *direito à educação*, e não de garantir um inexistente *direito à escolha de escola*.³²

Por maioria de razão, entendo também que a *matriz republicana da escola pública* retira qualquer base ao argumento dos que, dentro da lógica do ‘mercado’, venham alegar razões de *eficiência* e de *racionalidade*, para considerar injustificáveis a criação ou a manutenção de estabelecimentos públicos onde já existirem estabelecimentos privados. A existência de escolas privadas não pode impedir o cumprimento cabal do preceito constitucional que obriga o Estado a criar “uma rede de estabelecimentos públicos de ensino que cubra as necessidades de toda a população” (art. 75º, nº 1 CRP), constituído por escolas livres, iguais e laicas, onde todos, sem distinção, podem aprender e ensinar com inteira liberdade (art. 43º, nº 1 CRP).³³

32. Os liberais mais ‘ortodoxos’ não deixam lugar a quaisquer dúvidas: defendem que a escola pública deve ser considerada como supletiva, proclamam que o *direito à educação* deve ser entendido como *liberdade de escolha na educação* e sustentam que o conceito de *Estado garantia* contém, como seu elemento caracterizador, a *liberdade de escolha da escola*. Cfr. F. V. SOUSA, *ob. cit.*

33. Desenvolve-se hoje em Portugal uma luta política, no sentido de fazer aceitar a ideia de que o ensino fornecido pelas escolas privadas deve ser considerado *serviço público* e, por isso mesmo, financiado pelo Estado. Entre as entidades interessadas nesta cruzada está a Igreja Católica, que considera as suas escolas como “escolas públicas não estatais”. Na verdade, porém, no sítio online da Agência Ecclesia, pode ler-se que a missão de tais escolas é “a evangelização junto da juventude e das suas famílias”, exatamente o que a Constituição portuguesa proíbe, ao estabelecer que “o ensino público não será confessional” (art. 43º, nº 3). Algumas destas escolas impõem mesmo aos seus professores o dever de “participar na oração comunitária da manhã na Capela” (*Jornal de Notícias*, 1.2.2011).

Se aceitarmos, porém, que as escolas se transformem em *empresas educacionais*, não tardará que alguém venha defender, em nome dos princípios do mercado e da sacrossanta concorrência, que os Estados nacionais da UE não podem financiar nem ajudar financeiramente estas ‘empresas’, do mesmo modo que não podem ajudar quaisquer outras empresas – públicas ou privadas, sobretudo as públicas. Alguns poderão mesmo invocar que os estabelecimentos públicos, por serem financiados com dinheiros públicos, violam as regras da concorrência. Um pequeno passo bastará para que se defenda que a solução ideal é confiar a escola pública – paga com o dinheiro dos contribuintes – a parceiros privados, no quadro dos negócios das parcerias público-privadas.

A *matriz republicana da escola pública* não me parece também compatível com a aceitação de que a escola serve apenas para preparar profissionalmente os trabalhadores exigidos pelo mercado de trabalho, menosprezando a concepção da educação como fator essencial de desenvolvimento e valorização da personalidade humana e de libertação do homem. Seria reduzir o sistema público de ensino a um puro mecanismo de reprodução das estruturas capitalistas de produção e da estratificação social que lhes é inerente.

14. Regressando ao trecho de Gomes Canotilho acima citado, o que está em causa, no meu modo de ver, é, precisamente, a pressão dos interesses privados representados pelos grandes grupos económico-financeiros, que pretendem ‘matar’ o Estado social, substituindo-o pelo *Estado garantidor*.³⁴

Sabemos que não é fácil combater esses interesses e a *ideologia dominante* que os representa e os serve, a qual não quer o Estado social, quer destruir o sistema público de segurança social, o sistema público de saúde

34. Como Canotilho observa, “o *terceiro capitalismo*, com a sua *sociedade aberta*”, pretende substituir o “estado social constitucionalmente conformado” pelo *mercado*, em nome da tese segundo a qual “a empresa privada, a atuar no mundo global, será o único sujeito capaz de responder a um modelo de ação social universal” (cfr. «Bypass...», cit., 251). Concordo em absoluto: este ‘terceiro capitalismo’ (leia-se: grande capital) quer, em última instância, ‘governar’ a vida das pessoas, submetendo-a à lógica do lucro.

e o sistema público de educação e quer privatizar os serviços de água e de saneamento básico, os correios e as telecomunicações, os portos e os aeroportos, as florestas e as prisões.

Creio que o nosso dever como cidadãos universitários é resistir, no terreno do trabalho teórico (que nos ajuda a compreender a realidade) e no terreno da luta ideológica (que nos ajuda a combater os interesses estabelecidos e as ideias feitas), porque a luta ideológica é, hoje mais do que nunca, um fator essencial da luta política e da luta social – da luta de classes.

No plano jurídico, Canotilho tem consciência de que é preciso resistir, dando sentido ao projeto constitucional: «O que se exige, hoje, ao jurista – escreve ele³⁵ – é que, sem deixar de ser um *pessimista metodológico*, dê positividade à sua retórica, abrindo caminhos hermenêuticos capazes de auxiliarem a extrinsecação do direito constitucional. Ora, a nosso ver, “a floresta tem caminhos”. É preciso descobrir os caminhos da floresta...».

Muito bem. Só que entendo que os *caminhos da floresta* não podem conduzir-nos ao ‘jardim neoliberal’, em que se aceita que “a chamada tese da *irreversibilidade de direitos sociais adquiridos* se deve entender com *razoabilidade e racionalidade*, pois poderá ser necessário, adequado e proporcional *baixar os níveis de prestações essenciais*, para manter o núcleo essencial do próprio direito social” [é o ponto de vista de Gomes Canotilho, com sublinhados meus. AN].

Tomemos o direito à saúde. Se o SNS não assegurar *a todos, gratuitamente*, prestações compatíveis com o estado atual dos conhecimentos científicos, é claro que aqueles que podem pagar não se contentam com um serviço que proporciona apenas uma espécie de ‘mínimo vital’ e vão procurar os serviços de saúde privados, pagando para terem o melhor. Este não é um *caminho da floresta*, é o caminho da morte do serviço público de saúde, que ficará um *serviço para os pobres*, condenado a degradar-se rapidamente.

Mesmo assumindo que a Constituição deixou de ser uma *norma dirigente*, Canotilho entende que “não está demonstrado que não tenha capaci-

35. Cfr. «”Bypass...», cit., 257ss.

dade para ser uma *norma diretora*”, “um instrumento fiável e incontornável de comando numa sociedade”. Concordo nesse ponto com o constitucionalista português, mas já não posso acompanhá-lo, quando acrescenta que o conceito de *direção* só faz sentido no quadro de “uma nova arquitetura do estado”, caracterizada por “novas formas institucionalizadas de *cooperação* e de *comunicação*” entre o Estado, por um lado, e “os *atores sociais mais importantes* e os *interesses politicamente organizados*”, por outro lado.³⁶

Se não erro na minha interpretação, estes *caminhos da floresta* acabam por conduzir ao *Estado garantidor*, cuja ação “deve compreender esquemas múltiplos de mecanismos acionados por vários atores sociais”. No Estado de Direito Democrático – conclui Canotilho –, deve reconhecer-se “a *centralidade* diretora do direito, (...) mas não a sua *exclusividade*”, esclarecendo que o conceito de *direção* é “um *conceito analítico que engloba vários meios de direção* ao lado do direito (mercado, finanças, organizações)”. [eu é que sublinho. AN]

Independentemente do que se entenda por *finanças e organizações*, parece que este Estado terá de ‘dirigir’ a economia – e a vida das pessoas –, como que *em veste privada, em cooperação* com os *atores sociais mais importantes* (as grandes empresas privadas, certamente; talvez também os sindicatos) e com os *interesses politicamente organizados* (os partidos políticos? Estes estão no Governo ou na oposição), as ‘medidas de direção’, *contratando* com os seus *cooperantes* na direção do país (*nos termos do direito privado*), e o destino dos dinheiros públicos.

É um caminho pouco claro. Por aqui, passam os chamados *contratos de investimento*, através de que os Estados concedem às grandes empresas – multinacionais e até nacionais – gordas vantagens e benesses, normalmente secretas (ou não fosse o segredo a alma do negócio). Esta é a lógica das chamadas *parcerias público-privadas*, uma das grandes descobertas do Estado garantidor, por muitos consideradas o instrumento perfeito para garantir ao grande capital lucros avultados com risco zero, socializando as responsabilidades, os riscos e os prejuízos e privatizando os ganhos – prática que não poderá deixar de ser considerada, a meu ver, uma verdadeira *gestão danosa de dinheiros públicos*.

36. Cfr. *últ. ob. cit.*, 251ss [sublinhado meu. AN].

15. Esse Estado incentivador-garantidor coloca-se ao nível dos agentes privados (assumindo-se como uma espécie de *primus inter pares*) e subordina-se às regras do direito privado, para, deste modo, garantir a prossecução do interesse geral: “o Estado incentivador – escreve Susana Tavares da Silva, jovem Professora da Faculdade de Direito de Coimbra – é, fundamentalmente, aquele que *adota a roupagem privada e prossegue o interesse público a partir do mercado*”.³⁷

Este *Estado garantidor* é, assim, a forma bizarra através de que se pretende que o ‘Estado’ *garanta* a prestação dos serviços públicos essenciais, à luz dos padrões civilizacionais da nossa época, mesmo que a sua produção seja inteiramente entregue a empresas privadas que atuem segundo os mecanismos do mercado (talvez guiadas pela *mão invisível*).

Os defensores do *Estado incentivador-orientador-garantidor* reconhecem, candidamente, que “a necessidade de garantir a saúde económica das empresas que operam nos setores dos serviços públicos essenciais é fundamental para garantir os resultados pretendidos e, sobretudo, para garantir a prestação de um serviço essencial”. Entendem, contudo, que a solução está na “adoção preferencial de instrumentos de contratualização e de negociação” e na “auto-regulação privada”. Ao estado bastará proporcionar as condições para a “otimização do mercado”, “adotando comandos específicos de *corporate governance* e *responsabilidade social* no direito das sociedades”.

Tudo se resolverá, portanto, se for o mercado a resolver. Ao Estado bastará conseguir, através de regras e procedimentos adequados, que “as empresas são geridas de forma adequada, que contam com os administradores adequados cujas tarefas estão bem definidas e que estes atuam no mais rigoroso respeito pela lei e pelas boas práticas empresariais”.³⁸

À maneira do século XVIII, o mercado (o *mercado otimizado*) fica senhor absoluto da economia, afastando dela o Estado e ‘matando’ o *Estado económico* e o *Estado social*. O mercado substitui o Estado nas tarefas de ‘Governo’ da economia e de redistribuição do rendimento. Em contrapartida,

37. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 59 e 67 [sublinhados meus. AN].

38. Ver as referências em S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 438/439.

o Estado ‘paga’ às – grandes – empresas prestadoras de ‘serviços públicos’ o desempenho daquelas tarefas, garantindo-lhes os lucros que o mercado não poderia garantir-lhes.³⁹

Em benefício da transparência, o *Estado regulador* deixa de fazer de conta que regula, já que a ‘regulação’, apesar de levada a cabo por entidades independentes – e não pelo Estado – e de ser *politicamente neutra* e *tecnicamente competente*, só complica a vida ao mercado, impedindo, segundo a lógica liberal, o progresso e a melhoria do bem-estar para todos.

Talvez para evitar ‘roturas revolucionárias’, os defensores do mercado propõem uma solução de continuidade, insistindo nas vantagens de uma “regulação inteligente”, uma *regulação de diálogo e de garantia*, a qual funcione como *instrumento de participação dos interessados na produção das normas de comando* (em última instância, uma regulação que seja *autorregulação*, abertamente levada a cabo pelas grandes empresas monopolistas, que, verdadeiramente, são ‘donas do mercado’).

Apoiando-nos uma vez mais na tese de S. Tavares da Silva, diremos que este *Estado garantidor* surge como um “Estado orientado para a garantia dos direitos (dos *utentes*, mas também dos *atores do mercado*)”, levando a cabo uma *regulação de garantia* “orientada para a *proteção da liberdade de iniciativa económica* e de *garantia das posições jurídico-patrimoniais das empresas*, as quais, desenvolvendo a sua atividade em *plena liberdade – sem as ineficiências geradas pela regulação –*, hão de convergir na promoção do interesse público”. Isso significa que “o Estado deve reduzir – ou anular – a intervenção reguladora e promover instrumentos de *orientação* das atividades privadas para que estas se ajustem ao nível adequado de proteção individual definido segundo *instrumentos de colaboração público-*

39. A. La Spina e G. Majone – citados por S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 438 – defendem que “o papel do estado deixa de ser o de redistribuir riqueza para passar a ser o de promover e fomentar a criação de riqueza e o acesso a esta através dos mecanismos de distribuição do mercado e da dinâmica própria da sociedade”. Aqueles autores falam da “passagem de um modelo de *soma nula* – modelo de redistribuição em que o estado exige a uns para dar a outros – para um modelo de *ganho mútuo (win-win)* – modelo de *otimização do mercado* em que *ganham os agentes do mercado e os cidadãos*” [os dois últimos sublinhados são meus. AN]. Como se vê, são insondáveis os caminhos que conduzem ao paraíso, mas um *mercado otimizado* (seja lá o que for, não deve ser o mesmo que *mercado regulado*...), mas deve ser melhor que o *mercado*...) parece ser o caminho certo para o ‘milagre’ de conciliar os interesses das empresas e dos cidadãos. Estamos regressados ao *mundo maravilhoso da mão invisível*.

-privada e fixado em *standards* de direitos sociais e ambientais, bem como à promoção da inovação tecnológica”.⁴⁰

No *grande teatro do mundo*, os encenadores do ‘espetáculo’ despem o Estado capitalista das suas vestes ‘antiquadas’ de Estado providência e enfeitam-no com tantos adornos (Estado regulador, Estado ativo ou ativador, Estado precetor, Estado tutelar, Estado incentivador, Estado orientador, Estado supervisor e estratega, Estado supervisorador, Estado fiador, Estado contratualizador, Estado garantia, entre outros), os quais, em vez de o disfarçarem, põem a nú o seu propósito de o paralisar e asfixiar, provocando a *morte da política*.

Em resumo, para evitar as *ineficiências geradas pela regulação*, o melhor é o Estado não fazer regulação nenhuma, confiando a vida e o bem-estar das pessoas à *eficiência do mercado*.

O ‘mago’ da finança, Alan Greenspan, garante que a *mão invisível* smithiana continua viva e bem viva: “Na minha visão, de 1995 em diante, os mercados globais, em grande parte não-regulamentados, com algumas notáveis exceções, parecem avançar com tranquilidade de um para outro estado de equilíbrio. A mão invisível de Adam Smith está presente em escala global. (...) A aparente estabilidade do comércio e do sistema financeiro globais é a reafirmação de um princípio simples, consagrado pelo tempo, que foi promulgado por Adam Smith em 1776: os indivíduos que comerciam livremente uns com os outros, seguindo seus interesses próprios, geram uma economia estável e crescente. O modelo de mercado perfeito, típico de livro-texto, realmente funciona, se suas premissas básicas forem observadas: as pessoas devem ter liberdade para agir em busca de seus interesses individuais, sem as restrições de choques externos ou de políticas económicas. (...) Mesmo durante as crises, as economias sempre parecem corrigir-se a si mesmas (embora o processo às vezes demore um pouco)”.⁴¹

40. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 431/432 [quase todos os sublinhados são meus. AN]. A autora escreve, a certa altura (pág. 102): “Não podemos esquecer que esta função de garantia é ainda, como bem salientámos, um domínio exclusivo do estado”. Repare-se: *é ainda...* O risco de, um dia destes, tirarem ao *Estado garantidor* até esta *função de garantia* só não existe, porque o grande capital não pode dispensar esta *garantia* concedida pelo *Estado garantidor*: afinal, o *Estado capitalista* não tem feito outra coisa, ao longo da sua existência, que não seja garantir o estatuto e os privilégios do capital.

41. Cfr. A. GREENSPAN, *A Era...*, cit., 354/355.

Afinal, o ‘paraíso terrestre’ existe. Só precisamos *ter fé na mão invisível* – agora presente à escala global – e no *mercado perfeito* – que não é apenas coisa de livros de texto. Resta-nos, portanto, ser bons devotos, acreditando piamente na bondade da *mão invisível*. Se não acreditarmos, tanto pior para nós, porque, como as bruxas, a *mão invisível* existe, ainda que não acreditemos nela.

16. Admitindo-se que não tem qualquer relevância o facto de os serviços públicos essenciais serem produzidos pelo Estado e por ele fornecidos às populações, a produção e a prestação dos serviços públicos são atribuídas, no quadro do *Estado incentivador-orientador-garantidor*, a empresas privadas, considerando os seus defensores que este é “o modelo *mais eficiente, sustentável e socialmente justo* de garantia da efetiva prestação desses serviços à população”.⁴²

Em síntese, a ideia é esta: o Estado capitalista não tem que ser (não pode ser) um *Estado-empresário*, nem sequer um *Estado-prestador-de-serviços*, mesmo dos serviços públicos (ou serviços de utilidade pública), apesar da sua longa tradição neste domínio, ao menos na Europa. O Estado tem apenas de *garantir* que estes serviços sejam colocados à disposição dos utentes (*clientes*). Que sejam empresas públicas – ou serviços públicos – ou empresas privadas a fazê-lo é, a esta luz, perfeitamente indiferente. Em última instância, pretende-se, para evitar as *ineficiências geradas pela regulação*, que o Estado não faça regulação alguma, confiando a vida e o bem-estar das pessoas à *eficiência do mercado*.

Segundo essa lógica, um pequeno passo basta para isentar o *Estado garantidor* do dever de organizar e de manter um serviço público geral e universal de educação (nomeadamente no que toca ao ensino obrigatório e gratuito) que a todos garanta a liberdade de aprender e de ensinar, sem distinção de credos ou ideologias. O mesmo poderá admitir-se quanto ao serviço nacional de saúde, aos serviços de segurança social (as seguradoras privadas estão desejosas de os prestar),

42. Cfr. S. TAVARES DA SILVA, *ob. cit.*, 3.

aos serviços de água e de saneamento básico, aos serviços prisionais e até aos serviços de segurança (Não há por aí importantes multinacionais que já prestam esses serviços, incluindo serviços militares, em palcos de guerra?).

Os mais beatos fiéis das teses (neo)liberais proclamam abertamente que o seu *Estado garantia* assenta na “aceitação do papel fundamental e insubstituível do mercado e da propriedade privada na organização económica e social” e afirmam, como verdade absoluta, que *só o mercado livre garante a concorrência, só a concorrência garante a eficiência económica e só esta assegura o bem-estar* de cada um e de todos. Ademais, não escondem que a função essencial do *Estado garantia* é, a seu ver, a de *fomentar a concorrência*, i. é, a de *deixar funcionar o mercado*, passando de uma *lógica da oferta* para uma *lógica da procura*.⁴³ É a saudade incurável do que nunca existiu: os mercados de concorrência pura e perfeita.

À boa maneira de Milton Friedman, a *liberdade de escolha* – axioma segundo o qual cada indivíduo é o melhor juiz dos seus interesses e da melhor forma de os prosseguir, com vista à maximização do seu bem-estar – é proclamada como a pedra de toque do ‘novíssimo’ *Estado garantia*, a quem se confia a missão de “garantir a liberdade de escolha a todos os cidadãos”, missão que faria dele “o Estado social do século XXI”.⁴⁴

17. São propostas que configuram um regresso festivo – ainda que, às vezes, negado – ao *laissez-faire*, uma vez que, na minha leitura, o *Estado garantia* não passa de uma reinvenção do Estado liberal dos séculos XVIII e XIX, com alguns condimentos provenientes da doutrina social da Igreja (como o *princípio da subsidiariedade*, defendido em 1931 pelo Papa Pio XI na encíclica *Quadragesimo Anno*). Ele representa a insistência na tecla gasta da *soberania do consumidor*, como se alguém pudesse acreditar que, ao escolher o que quer, no exercício da sua *liberdade de escolha*, é o ‘consumidor’ que determina, também no que toca aos *serviços públicos* que satisfazem

43. Cfr. A. A. ALVES, *ob. cit.*

44. Cfr. F. A. FONSECA, *ob. cit.*

direitos fundamentais – educação, saúde, segurança social e justiça –, *o que se produz, como se produz e para quem se produz.*

De acordo com os cânones, os defensores do *Estado garantia* proclamam que “não há liberdade sem concorrência” e, para garantirem a *liberdade de escolha*, defendem que deve haver “concorrência livre e saudável na prestação de serviços e bens” – incluindo os *serviços públicos*, é claro. Ademais, alegam que “a concorrência tem de ser leal e saudável” e daqui concluem que, por isso mesmo, o *Estado garantia* deve apenas “estabelecer as regras do jogo e agir quando estas não são cumpridas”, porque o Estado “não deve ser jogador e árbitro ao mesmo tempo”.⁴⁵

Implícita está a ideia de que o papel do Estado só pode ser o de árbitro, porque, segundo esta dogmática, *as classes sociais não existem*, e o Estado é um *Estado acima das classes*, vocacionado para ser um *árbitro neutral*, zelador do *bem comum*. Negando-se aprioristicamente a existência de um *Estado de classe*, conclui-se que o Estado não pode ser jogador, i. é, o Estado deve ser impedido de prestar ele próprio quaisquer bens ou *serviços públicos*.

Na melhor das hipóteses, admite-se que o Estado intervenha *supletivamente*, como *Estado subsidiário*, qual seja: só deve criar escolas públicas onde não houver escolas privadas e não se conseguir estimular a *sociedade civil* a criá-las.⁴⁶ Ao *Estado subsidiário* caberia apenas *complementar a iniciativa privada*, estimular e apoiar a *sociedade civil* e os “corpos sociais intermédios” nela existentes. Este *Estado social subsidiário* perfila-se, afinal, como o Estado social impedido de o ser, por simples dedução dos axiomas ideológicos do Neoliberalismo.

É, mais uma vez, a atitude reacionária de quem, sob a bandeira pretensamente libertária da *liberdade de escolha*, pretende impor o regresso a tempos antigos, neste caso aos tempos em que os *corpos sociais intermédios* – nomeadamente a Igreja Católica – detinham o monopólio do ensino e da saúde, constituindo

45. Cfr. F. A. FONSECA, *ob. cit.*

46. Em *Capitalism and Freedom*, Milton Friedman – o grande defensor da *liberdade de escolha* na segunda metade do século XX – defende abertamente que o Estado não deve ocupar-se com a oferta de um serviço público de educação, porque o mercado pode perfeitamente oferecê-lo. Na mesma onda (quase provocatória), defende que deveriam ser privatizados os parques nacionais de *Yellowston* e de *Grand Canion*, com este argumento: “Se o público deseja este tipo de atividade o suficiente para aceitar pagar por ele, as empresas privadas terão todos os incentivos para oferecer tais parques”. Salve-se a franqueza brutal com que diz o que pensa, ‘virtude’ que não ostentam os seus seguidores destes tempos de crise, tempos sempre propícios aos pescadores de águas turvas.

o centro produtor da ideologia dominante anterior às revoluções burguesas, verdadeiro *pensamento único* desses tempos (tempos em que, sem qualquer sofisma, a liberdade de escolha não existia, nem a liberdade de pensamento, nem – para a grande maioria das pessoas – qualquer espécie de liberdade).

Como a *liberdade de escolha* é considerada “um instrumento essencial quer à prossecução do bem individual de cada um quer à prossecução do bem comum da sociedade”, a dedução lógica já se adivinha: “ser contra a liberdade de escolha é ser contra o bem de todos os cidadãos, é ser contra a verdadeira democracia”.⁴⁷

18. Em outro plano, o Estado social é acusado de ser “antissocial”, porque “amordaça a liberdade de escolha” e “se apoderou da liberdade de escolha dos cidadãos”, transformando-se em “Estado totalitário”, gerador de uma “sociedade de escravos”. A conclusão de tal juízo só pode ser a de Milton Friedman e de todos os neoliberais: destruir, custe o que custar, esse Estado social prestador de serviços públicos à margem do mercado. A solução ‘milagrosa’ está no *Estado garantia*, “uma bússola que nos ajuda a saber onde está o norte, o sul, o oeste e o leste”. A *condenação impiedosa* dos que não seguem o *catecismo neoliberal* é fatal, porque “ser-se contra o estado garantia é ser-se inimigo da liberdade”.⁴⁸ A ameaça totalitária do discurso neoliberal surge a cada passo, inevitavelmente.⁴⁹

47. Reporto-me a F. A. FONSECA, *ob. cit.* Comentando este trabalho de Fernando Adão da Fonseca, Gomes Canotilho afasta-se deste modelo de Estado social, argumentando que ele “peca pela sua incapacidade de compreender que a liberdade não se reduz a garantir a *capacidade de mercado* de muitos, mas em assegurar a real liberdade de milhões”; neste ínterim, “para haver liberdade de escolha, é preciso resolver um outro problema: o da igualdade” e ainda que “o *estado garantia dos mínimos* não resolve o problema da socialidade”, porque “o *minimalismo social* corre sempre o risco de reforçar as *desigualdades sociais* próximas da própria exclusão” (“Sobre os fundamentos...”, *cit.*, 40).

48. Cito, mais uma vez, F. A. FONSECA, *ob. cit.*

49. Se o Estado social é o “caminho da servidão” (Hayek, 1944) ou se ele é um *Estado totalitário, inimigo da liberdade*, parece lógico que, acompanhando Milton Friedman, considerem-se, no mesmo plano dos *inimigos externos*, os *inimigos internos*, entre os quais “os homens de boa vontade que desejam reformar a sociedade (...) e obter grandes transformações sociais”. A ameaça que representam é a de pretenderem reformar a sociedade, sustentando que o Estado deve ser um agente de transformações sociais, através de *políticas públicas* que promovam uma sociedade mais justa e mais igualitária. Sobre a redescoberta do inimigo interno e os perigos do “friendly fascism” e do “fascismo de mercado”, ver o meu *Neoliberalismo e Direitos Humanos*, nomeadamente o cap. VI.

Como se diz acima, os puristas do Neoliberalismo pretendem que o *Estado garantia* seja o *Estado social do século XXI*. Nesse diapasão, esconjuram o Estado social, mas, à cautela – porque tal é ainda politicamente correto –, continuam a falar de *Estado social*, que chamam “Estado social subsidiário”, para o pôr em confronto com o *Estado providência* de matriz keynesiana, nominado “Estado social-burocrático”, assim ‘batizado’ porque os seus padrinhos sabem bem que a burocracia suscita a aversão de toda a gente.

Vale lembrar, contudo, que o *Estado social* que se quer substituir pelo *Estado social subsidiário* tem outros defeitos, além de ser *burocrático*. Ele é também “estado de direção central”, “fortemente centralizado”, o qual “mata a inovação e o progresso” e – talvez o pior de tudo – é “gratuito e universal”.⁵⁰

Chegamos ao que importa, porque, acima de tudo, os adversários do Estado social não querem justamente um Estado que ofereça um serviço nacional de saúde universal e gratuito para todos os que procuram os seus serviços e um sistema público de ensino universal e gratuito, argumentando, ‘dogmaticamente’, que esse *Estado social*, além de ser *burocrático-totalitário* e *antissocial*, *desresponsabiliza os cidadãos* e *mata a liberdade de escolha*, *condição sine qua non da dignidade humana*.

19. Outro ‘crime’ do Estado providência é o que se traduz no enfraquecimento dos chamados “corpos sociais intermédios”. As lágrimas derramadas a este respeito parecem anunciar a saudade dos tempos em que, diante da falta de *direitos sociais*, a *caridade* era a única forma de assistência aos *pobrezinhos*.

Milton Friedman não esconde isso, mesmo quando defende que entre “os custos maiores da extensão das *governmental welfare activities*” está “o correspondente declínio das atividades privadas de caridade”, correntes no

50. Cfr. M. PINTO, *ob. cit.* Outros chamam ao *Estado garantia* “Estado social regulador”, por oposição ao “Estado social prestador”, a mais perigosa espécie do perigoso Estado social, aquela em que o Estado, em sentido lato, assume-se como prestador de *serviços públicos à margem do mercado*. Cfr. F. V. SOUSA, *ob. cit.*, 15.

Reino Unido e nos EUA no período áureo do *laissez-faire*, na segunda metade do século XIX. Este é um ponto de vista que só podemos compreender se tivermos presente que, para Friedman, “a caridade privada dirigida para ajudar os menos afortunados” é “o mais desejável” de todos os meios para aliviar a pobreza e é “um exemplo do uso correto da liberdade”.⁵¹

É claro que o professor de Chicago está a pensar na liberdade daqueles que *fazem a caridade*, todavia menospreza a liberdade dos que se vêem na necessidade de *estender a mão à caridade*, assim privados da sua *dignidade* e da sua *liberdade* como pessoas, os mais elevados dos valores a proteger, segundo o ideário liberal.

Defendendo que a única igualdade a que os homens têm direito é “o seu igual direito à liberdade”, o Liberalismo, escudado nesta liberdade e igualdade *formais*, não pode garantir a todos os homens a liberdade e a dignidade a que cada um tem direito. É uma proposta de regresso ao passado, a qual não contém a promessa de nenhum ‘paraíso’, mas contém a ameaça de nos fazer regressar ao ‘inferno perdido’ do apogeu do *laissez-faire*.

O Ayathola de Chicago fez discípulos. Um deles – Ronald Reagan – chegou a ser Presidente dos EUA. Nesta qualidade, defendeu que “os programas sociais comportam a longo prazo o risco de frustrar os americanos na sua grande generosidade e espírito de caridade, que fazem parte da sua herança”.⁵² Tudo lógico: para não frustrar os americanos ricos que gostam de fazer caridade, não se pode acabar com os pobres, objetivo ímpio do Estado social. Era o que faltava! Invertendo um dito corrente no século XVIII, poderíamos dizer que a *abundância de pobres* faz a felicidade dos ricos na Terra e permite-lhes ganhar um lugar no céu, como recompensa da sua “grande generosidade e espírito de caridade”.

51. Cfr. M. e R. FRIEDMAN, *ob. cit.*, 172-1178.

52. Citação colhida em H. ALLEG, *ob. cit.*, 107. Esta ‘filosofia’ tem, de resto, tradição nos EUA. Em uma comunicação ao país em 1931, o Presidente Hoover dizia que a crise (a *Grande Depressão*) que há dois anos arrasava a economia e a sociedade americanas só poderia ser enfrentada através da “manutenção do espírito de ajuda mútua através de donativos voluntários. Isto é de infinita importância para o futuro da América. Nenhuma acção do Estado, nenhuma doutrina económica, nenhum projecto ou plano económico pode substituir a responsabilidade que Deus impôs a cada homem e a cada mulher para com os seus vizinhos” (*Apud P. MATTICK, ob. cit.*, 126/127).

É esta visão do mundo que alimenta as teses dos que criticam o Estado social, porque, sendo uma “instituição burocrática”, “não pode assegurar o essencial do que o homem sofredor – todo o homem – tem necessidade: a amorosa dedicação pessoal”. Estou a citar a encíclica *Dens caritas est*, do Papa Bento XVI (25.12.2005), na interpretação que dela faz o atual bispo do Porto: “o Papa – escreve ele – refere-se aqui especialmente às atividades sócio-caritativas”.⁵³

Neste mesmo texto, Manuel Clemente declara preferir ao *Estado social* – que comete, a seu ver, o feio ‘crime’ de *regular e dominar tudo* –, o que designa por *Estado social subsidiário*, “um Estado que *generosamente* reconheça e apoie, segundo o *princípio da subsidiariedade*, as iniciativas que nascem das diversas forças sociais e conjugam *espontaneidade* e proximidade aos homens carecidos de ajuda” [sublinhados meus. AN]. Em vez de um Estado que se *organize e programe* para poder satisfazer os direitos sociais dos seus cidadãos, defende-se um *Estado subsidiário* que *não tem nada de social*, um Estado que não faça nada, a não ser, *subsidiariamente*, apoiar *generosamente* (como quem faz caridade) as forças sociais que *espontaneamente* se dispõem a *prestar assistência* aos “homens – *pobres* – carecidos de ajuda”. Sem pôr em causa os feitos e as intenções das pessoas e das instituições que se dedicam a ajudar o próximo, considero este modelo de organização do Estado como um intolerável retrocesso civilizacional.

Com base no velho mito individualista de que cabe a cada indivíduo (como seu *direito* e como seu *dever*) organizar a sua vida de modo a poder assumir, por si só, o *risco da existência* (o *risco da vida*) e acautelar o seu próprio futuro, os liberais dos nossos dias defendem que o *Estado capitalista* se mascare de *Estado garantia* – travestido de *Estado social subsidiário*. Deste modo, voltam as costas à cultura democrática e igualitária da época contemporânea, caracterizada não só pela afirmação da *igualdade civil e política* para todos, mas também pela busca da *redução das desigualdades* entre os indivíduos no plano económico e social, no âmbito de um objetivo mais amplo de libertar a sociedade e os seus

53. Cfr. Manuel CLEMENTE, *ob. cit.*, 42.

membros da *necessidade* e do *risco*, objetivo que está na base dos sistemas públicos de segurança social.

Tirando todas as consequências desse discurso, Milton Friedman defende, com toda a clareza, a necessidade de “derrubar definitivamente o Estado-providência”. Não são tão claros os (neo)liberais de hoje, embora se pressinta que desejam o mesmo que o seu mentor ideológico. Com efeito, se Friedman defende que os descontos obrigatórios para a segurança social são *um atentado contra a liberdade individual*, alguns liberais portugueses defendem que “os custos indiretos do trabalho” – os descontos para a segurança social – “são um dos principais entraves ao crescimento do emprego e à integração social”.⁵⁴ Perante este juízo tão severo, será difícil não concluir que também eles defendem a necessidade de destruir rapidamente o *Estado providência prestador do serviço público de segurança social*, porque o consideram um Estado *antissocial, inimigo das liberdades*, ou um *Estado totalitário* gerador de *sociedades de escravos*. Um Estado assim justifica a ‘guerra santa’ contra ele.⁵⁵

20. Para além de ser uma capa para encobrir a tentativa de fazer recuar duzentos anos o relógio da História, o *Estado garantidor* – ou *Estado garantia* – tem outra face, a sua face oculta (embora cada vez mais

54. Cfr. A. A. ALVES, *ob. cit.*

55. Esta ‘guerra santa’ tem hoje, em Portugal, o apoio ativo do Presidente da República e do Governo. Durante a campanha eleitoral de que resultou a sua eleição, o Presidente da República fartou-se de dizer que também ele defendia o Estado social, porque valorizava a ação das instituições privadas de solidariedade social. Como se não soubesse que estas prestam *assistência* ou fazem *caridade*, mas não garantem os *direitos* dos cidadãos à segurança social, em nome do *princípio da responsabilidade social coletiva*, que é a pedra de toque do Estado social. Valorizou mesmo, com a sua presença enquanto Presidente da República, uma ação que se traduziu no aproveitamento das sobras dos restaurantes para ajudar os *pobrezinhos, coitadinhos*... Recentemente, vem fazendo discursos em que defende, contrariando abertamente a Constituição que jurou respeitar e fazer respeitar, que “não cabe ao Estado arrecadar impostos para redistribuir, pelo que deve ser abandonado o modelo social europeu que foi adotado depois do 25 de Abril” (*Público*, 25.6.2011). Pela parte do Governo, a Secretaria de Estado da Segurança Social anunciou recentemente (jornais de 19.7.2011) um programa destinado a permitir que as pessoas que têm medicamentos de sobra em casa os possam entregar em uma farmácia, a fim de serem depois aproveitados para oferecer às famílias pobres. Fica de pé a questão de saber como se identificam *os pobres*, uma vez que as pessoas não têm um sinal na testa que as identifique como tal. Alguma autoridade mais eficiente, ainda é capaz de propor que *os pobres* sejam marcados a ferro e fogo, para não haver dúvidas (no século XVIII, os pobres foram condenados à morte, pelo simples facto de serem pobres, não tocados pela graça de Deus).

visível, qual *rabo de fora com gato escondido*), aquela que, na minha opinião, revela o seu verdadeiro sentido e alcance. Assim, entramos no mundo maravilhoso das *parcerias público-privadas* (PPP).

Pretende-se que o Estado capitalista deixe de prestar ele próprio os serviços de utilidade pública, mas defende-se que ele não poderá alhear-se da sua efetiva produção, o que significa que tem o dever de *garantir* ao capital privado as condições para que ele possa produzir esses serviços – em outros dizeres, possa desenvolver o seu *negócio* – sem solução de continuidade, i.é, à margem das incertezas da vida económica, que podem conduzir à falência das empresas.

Para evitar que tal aconteça, o Estado capitalista deve *garantir* às empresas privadas que produzem tais serviços *lucros certos e bastantes* para que elas possam viver sem sobressaltos. Neste sentido, é a vez de o Estado (o Estado capitalista) substituir o mercado, garantindo os lucros aos ‘investidores’, para os libertar do risco de eventuais prejuízos e da possibilidade de falência que o funcionamento do mercado poderia implicar.

Como um *super-Estado feudal*, o *Estado garantidor* assegura aos novos senhores feudais (os parceiros privados das PPP, concessionários da exploração de autoestradas, pontes, hospitais, centrais de produção de energia eólica ou solar) verdadeiras *rendas feudais*: em vez de lhes conceder terras, o *Estado garantidor* concede-lhes direitos de exploração de bens e serviços públicos, obrigando os ‘súbditos’ a pagar, através das taxas cobradas pela utilização daqueles bens e serviços – portagens –, as ‘rendas’ devidas aos senhores e comprometendo-se a pagar ele próprio (com o dinheiro dos impostos cobrados aos ‘súbditos’ que os pagam⁵⁶) o que faltar para perfazer as ‘rendas’ contratadas, se as taxas pagas diretamente pelos utilizadores não forem bastantes.

56. É pertinente esta reserva, porque, como nos Estados de *ancien régime*, em Portugal só o ‘Terceiro Estado’ (os trabalhadores por conta de outrem) paga impostos. O ‘clero’ e a ‘nobreza’ estão isentos ou fogem aos impostos (estão nesta situação os rendimentos do capital, a banca e os serviços financeiros, os rendimentos do trabalho de muitos profissionais liberais, os rendimentos da *economia paralela* – cerca de 1/4 do rendimento nacional –, os capitais que buscam refúgio nos paraísos fiscais e os rendimentos das empresas, dentre as quais cerca de 2/3 não pagam IRC).

No feudalismo, os servos pagavam rendas pelo uso da terra (vários dias de trabalho não pago nas terras do senhor) e pelo uso dos moinhos ou dos lagares (rendas pagas em espécie); agora, pagam rendas em dinheiro pelo uso das pontes, das estradas, edos hospitais. Se estas rendas não forem suficientes, o Estado (i. é, os ‘súbditos’ que pagam impostos) paga o resto, para garantir aos ‘senhores’ o estatuto privilegiado que lhes é devido. É, em última instância, uma verdadeira *privatização do Estado*.

Esta política de *feudalização do Estado* tem sido prosseguida também através das grandes empresas (públicas ou privadas) em que o Estado tem poder de intervenção, visto que são criados vários conselhos sem responsabilidades efetivas e vários lugares de administradores não executivos e de consultores de toda a espécie, apenas com o objetivo de garantir gordas *rendas feudais* aos membros desta nova ‘aristocracia’ parasita e predadora.

A serviço desse mesmo ‘patriótico’ objetivo estão muitos dos institutos públicos e das empresas públicas e municipais, com muitos lugares de administradores e presidentes de assembleias gerais, oferecidos, como *títulos de nobreza*, em função do *pedigree* atestado pelo cartão partidário dos partidos do poder.

Verdadeiras *rendas feudais* são os honorários pagos pelo Estado e por empresas na sua órbita a grandes escritórios de advogados e a consultores privados que fazem as leis por onde passam as tais reformas estruturais e os contratos através de que o *Estado garantidor* garante as *super-rendas* aos seus parceiros da ‘alta nobreza’ (o grande capital financeiro). Roma sempre pagou bem a quem a serve.

21. Se esta política lograsse o êxito almejado pelos seus defensores, ela seria uma das mais brilhantes invenções do capitalismo, o capitalismo dos verdadeiros ‘negócios da China’, já praticados às claras em todos os negócios cobertos pelo manto diáfano das *parcerias público-privadas*.

Na prática, isso acontece, sem qualquer disfarce, no que se refere às empresas do setor financeiro: como a sua saúde é essencial à saúde das economias e à coesão do tecido social, não podem ir à falência. Quando têm lucros astronómicos, pagam menos impostos do que um cidadão vulgar que vive do rendimento do seu trabalho; quando o

‘jogo’ corre mal, o Estado – verdadeiramente *Estado garantidor* – é chamado para pagar os custos.

O Tribunal de Contas português chama a atenção para a autêntica *gestão danosa de dinheiros públicos* que esta política traduz. Em um dos seus acórdãos, o TC mostra que, ao abrigo de uma PPP, o Estado transferiu já para o seu parceiro privado que construiu e explora a Ponte Vasco da Gama (Lisboa) dinheiro que dava para construir três pontes como aquela. Vale lembra ainda que o contrato não saiu do adro, tem ainda um longo e brilhante futuro à sua frente.⁵⁷

Segundo dados recentes da OCDE, Portugal é o país mais desigual da zona euro e está nos primeiros lugares da desigualdade entre o conjunto dos países da OCDE. Portugal é igualmente considerado um dos países mais corruptos da Europa e muito bem colocado entre os corruptos à escala mundial. Não admira, por isso, que Portugal seja também o país da Europa com maior número de PPP, tanto em percentagem do PIB como em percentagem das verbas inscritas no orçamento de Estado. Em 2009, Portugal tinha contratado três vezes mais PPP que a França, apesar de a população portuguesa não ser superior à da grande Paris.

O recurso a este ‘expediente’ começou em 1992, quando, nos países pioneiros, as PPP começavam a ser abandonadas. O motivo invocado para justificar o recurso a este expediente não é uma qualquer razão séria de eficiência, traduzida na diminuição de custos para os portugueses. Um dos objetivos deste ‘expediente’ é o de contornar as restrições impostas aos países membros do euro-grupo pelo Tratado de Maastricht e pelo famoso Pacto de Estabilidade e Crescimento, nomeadamente em matéria de déficit público e de dívida pública.

Como não poderia deixar de ser, também neste caso, as limitações impostas pelo modelo de integração europeia à soberania dos Estados-membros que integram a UE serviram, ao menos em Portugal, para abrir novos

⁵⁷. O atual presidente da empresa privada parceira do Estado português é a mesma pessoa que, enquanto ministro, assinou, há uns anos atrás, o respetivo contrato. Esta coincidência poderá não provar nada, mas lembra, irresistivelmente, a história da mulher de César.

campos de chorudos negócios para as grandes empresas – financeiras e outras –, sempre muito bem representadas por gente sua entre os membros dos Governos das últimas três décadas, as quais estão de braços abertos para receber nos seus órgãos de administração os que saem dos Governos (sobretudo daquelas pastas que lidam com o mundo dos grandes negócios).

São estas as práticas correntes na redação e na efetivação dos contratos celebrados pelos governos de Portugal com os seus parceiros privados (todos eles ligados aos grandes grupos que vêm dominando Portugal desde os tempos do fascismo, salvo o curto intervalo dos anos imediatamente posteriores à Revolução de 25 de abril de 1974⁵⁸): as derrapagens financeiras; as renegociações dos contratos sempre com cláusulas mais favoráveis aos privados; a assunção por parte do Estado português de todos os riscos do negócio, garantindo ao parceiro privado compensações financeiras, caso não sejam atingidas as metas acordadas (quase sempre escandalosas, consciente e criminosamente inflacionadas) e os prazos muito dilatados de vigência dos contratos.

Em finais de 2009, estes negócios envolvidos nas PPP – rodoviárias, ferroviárias e saúde – traduziam-se já em encargos para o Estado português (ou seja, para os contribuintes portugueses) no montante de 50 mil milhões de euros, e esse número, para gáudio dos ilustres parceiros privados escolhidos pelos governos portugueses, vai continuar a crescer (exponencialmente) nos anos vindouros.⁵⁹

58. Ver J. COSTA e outros, *Os Donos de Portugal*, cit.

59. Estas negociações são esclarecidas em um livro recente por alguém que as conhece por dentro, um Juiz do Tribunal de Contas que se jubilou recentemente. Neste livro, são serenamente analisadas todas as PPP (relacionadas com auto-estradas, estradas, pontes, hospitais, infra-estruturas de transporte ferroviário, estruturas portuárias), bem como a negligência (ou a diligência?) e a incompetência (será? Em alguns casos, o Governo decidiu contra o interesse público, apesar de sucessivas chamadas de atenção do Tribunal de Contas) dos responsáveis governamentais. Em um dos casos, após 18 anos de experiência neste campo, houve um Governo que fez um contrato particularmente ruinoso para o interesse público, chegando a garantir um lucro mais elevado do que o inicialmente proposto pelo parceiro privado (liderado por um ex-ministro pertencente ao partido socialista, responsável pelo Governo que concedeu tal benesse), em um contrato com um prazo escandalosamente longo, assinado entre amigos, sem concurso público, apesar de a lei portuguesa e as regras comunitárias o imporem. As coisas passaram de tal forma as marcas que, mesmo em um país de brandos costumes como é Portugal, o Ministério Público resolveu intervir por considerar tal contrato inconstitucional, e o Parlamento acabou por revogar o diploma que tinha homologado aquela tão exemplar PPP. Sobre estes assuntos, ver Carlos MORENO, *ob. cit.*, 99ss.

22. A ‘justificação’ do lucro como compensação do risco assumido pelo empresário-investidor é recorrentemente utilizada desde Adam Smith, que, apesar de considerar o lucro como *dedução* ao valor acrescentado às matérias-primas pelos trabalhadores produtivos, acabou por ‘legitimá-lo’, enquanto rendimento que cabe àquele que “arrisca o seu capital nessa aventura” – a aventura do investimento e da contratação de trabalhadores assalariados.

Pois bem. Este *Estado garantidor* foi inventado para garantir enormes lucros ao grande capital, dispensando-o da maçada de assumir riscos. A teoria ‘legitimadora’ de Adam Smith fica sem utilidade, mas a ‘justificação’ teórica deste Estado garantidor não passa de uma máscara mais, das muitas que o Estado capitalista se utilizou ao longo dos tempos para se afirmar como *Estado acima das classes* e para disfarçar a sua natureza de *Estado de classe*, que o próprio Adam Smith deixou tão claramente definida.

O *Estado garantidor* inventou mesmo o *capitalismo sem falências*, ao menos para os bancos que são “too big to fail”. Para justificar esta ‘invenção’, alega-se que os bancos não podem falir, porque a saúde do sistema financeiro, nomeadamente do sistema bancário, é essencial à saúde da economia e à salvaguarda da coesão social e, no limite, à defesa da soberania nacional – evitando-se a bancarrota do Estado. Alegam outros que a *estabilidade do sistema financeiro* é um *bem público*.

Quando os banqueiros comprometem nos jogos de bolsa as poupanças que a comunidade lhes confia, alega-se que o interesse público (pois claro!) obriga os Estados a intervir para os salvar da falência, gastando milhões e milhões, patrioticamente ‘roubados’ a quem trabalha e paga honradamente os seus impostos.

Muito bem. Se isto é verdade, então, a única conclusão que se me afigura lógica é a de que deve caber ao Estado a propriedade e a gestão do sistema financeiro, a gestão da poupança nacional, a definição das prioridades do investimento a realizar com ela e a responsabilidade pela ‘produção’ daquele *bem público*, chamando a si o controlo dos operadores financeiros, para acabar com os ‘jogos de casino’ e para garantir que os operadores financeiros atuem sempre tendo apenas em vista o interesse público e não descurem “o seu papel de financiador das necessidades da economia real”.

23. No âmbito da presente crise, a atuação do Estado capitalista tem comprovado esta sua natureza de classe, nos EUA, na Europa, em Portugal, por toda a parte. Neste mundo globalizado, a *política de globalização neoliberal* impôs as regras que deixaram à solta o grande capital financeiro, livre para se lançar na ‘empresa’ de ganhar fortunas nos ‘jogos de casino’.

Quando os excessos do jogo levaram os grandes especuladores à beira da falência, o Estado – sob a responsabilidade de conservadores, socialistas ou sociais-democratas – aparece a salvá-los da bancarrota, com o dinheiro que cobra aos contribuintes, em grande parte trabalhadores por conta de outrem. Os banqueiros e os especuladores que provocaram a crise recebem milhões e milhões para continuarem a fazer o que sempre fizeram: ganhar muito dinheiro a curto prazo, ainda que, para isso, tenham de passar para plano secundário as necessidades da economia real. O grande capital financeiro, que esteve na origem da crise, manteve as posições de comando.

A OCDE calculou há tempos que, em todo o mundo, foram mobilizados, nesta cruzada salvadora, 11,4 mil milhões de dólares, o que equivale a dizer que cada habitante do planeta contribuiu com 1.676 dólares para salvar da bancarrota os que utilizam a poupança coletiva para jogar na roleta dos *jogos da bolsa* e em outros ‘jogos’, à margem da economia real e à custa dela e mesmo à margem da lei.⁶⁰ De então para cá, já pagamos muito mais.

Após a falência do *Lehman Brothers*, a Administração de G. W. Bush, invocando o risco do efeito sistémico (que até então ignorara), acabou por garantir que não haveria mais falências de bancos. Apesar de sempre ter proclamado que a intervenção do Estado na economia era uma das marcas

60. Cfr. F. LORDON, *ob. cit.*, 6. Em Portugal, tanto quanto se sabe (e talvez se saiba pouco, porque o segredo é a alma do negócio, e é de negócios que se trata), o Estado português já gastou pelo menos 4000 milhões de euros para tapar o buraco financeiro aberto no Banco Português de Negócios pelos atos criminosos da sua administração. Por ordem do FMI-UE-BCE, o BPN foi vendido a preço de saldo (70 milhões de euros) a um grupo que inclui um cliente do banco que junto dele contraiu um empréstimo de mais de 1.500 milhões de euros, que, segundo os jornais, não pagou. Esta nova casta de predadores é muito mais sabida do que os velhos senhores feudais, que sabiam muito pouco de finanças.

do *império do mal*, viria a protagonizar a mais dispendiosa intervenção do Estado na economia desde os anos trinta, transformando em dívida pública a dívida privada contraída no ‘jogo’ pelos grandes senhores da finança.

Na primavera de 2009, ficou claro que o colapso geral só foi evitado graças à intervenção do Estado capitalista garantidor, sem precedentes na história do capitalismo, atingindo um valor correspondente a 80% do PNB nos EUA e no Reino Unido.⁶¹

O já referido *Relatório Podimata* (aprovado no Parlamento Europeu em fevereiro/2011) afirma com toda a clareza que “o setor financeiro abdicou, em grande medida, do seu papel de financiador das necessidades da economia real”, salientando que “foram gastos milhares de milhões de dólares para salvar os principais atores do sector financeiro que eram demasiado grandes para falir” (à escala da UE, estima-se que o salvamento do sistema financeiro absorveu 26% da riqueza produzida em um ano).⁶²

À escala portuguesa, o *Memorando de Entendimento* acordado com a *troika* FMI-UE-BCE pelo Governo socialista português (com o apoio do PSD e do CDS e o aplauso do Presidente da República) traduziu-se no empréstimo de 78 mil milhões de euros a Portugal, pelos quais o País pagará, durante sete anos, uma taxa de juros média à roda de 5,1% ao ano.

Deste dinheiro, uma fatia de 35 mil milhões de euros deve ser reservada para a concessão de garantias pelo Estado português à emissão de obrigações pela banca privada, que, sozinha, não tem crédito na praça, apesar do muito dinheiro que ganha.

Outra fatia de 12 mil milhões é destinada a financiar o reforço do capital dos bancos privados que atuam em Portugal, mecanismo “concebido de forma a preservar, durante uma fase inicial, o controlo da gestão dos bancos pelos seus acionistas privados e a permitir-lhes a opção de recompra da participação do Estado”.

61. Cfr. E. STOCKHAMMER, *ob. cit.*, 6, que cita dados da UNCTAD.

62. Cfr. *Relatório Podimata*, cit., 17.

O *negócio* está claro: diz a *troika* que os bancos privados precisam de reforçar os seus capitais; manda a *troika* que o povo português entre com o dinheiro necessário (que tem de pedir emprestado à *troika*, a uma taxa de juro de 5,1%); a *troika* acrescenta que o povo português, apesar de passar a ser acionista desses bancos privados, fica afastado da sua gestão, que continua entregue aos acionistas privados, que tão exemplarmente os têm gerido; quando a onda passar, o povo português fica obrigado a vender aos ditos acionistas a sua participação no capital (talvez a um preço simbólico).

Aos bancos nada se exige como contrapartida, ao menos em matéria de prioridades na concessão de crédito à economia (favorecer o investimento produtivo, prioridade ao setor exportador etc.).

É, verdadeiramente, o *Estado garantidor*, o Estado que garante os interesses da pequena elite do grande capital financeiro.

24. Perante a tempestade, os ultraliberais de ontem defendem hoje que o Estado capitalista mude de máscara mais uma vez, intervindo na economia para tentar manter tudo na mesma. O próprio Alan Greenspan perdeu por completo a vergonha, esquecendo a sua história de apóstolo do mercado livre e absolutamente desregulado, ao admitir que “pode vir a ser necessário nacionalizar temporariamente alguns bancos, de forma a facilitar uma reestruturação rápida e ordeira (...), permitindo ao Governo transferir os títulos tóxicos para um *banco mau* [leia-se: um *banco público*, *nacionalizado*] sem ter o problema de lhes atribuir um preço”. É a confissão da mais completa cumplicidade entre o grande capital financeiro e os círculos do poder político, dando corpo ao que alguém já chamou de “croney capitalism” (*capitalismo de compadrio*).

Comentando a situação nos EUA, Joseph Stiglitz salienta a Administração americana “pouco ou nada fez para ajudar os milhões de americanos que têm vindo a perder a sua casa. Os trabalhadores que perdem o emprego só têm direito a subsídio durante 39 semanas. Depois, ficam por sua conta e risco. Mas o mais grave é que, perdendo o emprego, perdem também o seguro de saúde. (...) Enquanto os ricos e os poderosos pedem ajuda ao governo sempre que podem, os necessitados praticamente não têm acesso ao sistema de segurança social”. Por fim, conclui que “este

sucedâneo de capitalismo, no qual se socializam as perdas e privatizam os lucros, está condenado ao fracasso”.⁶³

Acompanho-o neste voto/previsão. Todos sabemos que não faltam razões para deitar fora os catecismos neoliberais, porque o Neoliberalismo está completamente desacreditado no plano teórico, e os resultados das políticas neoliberais são consabidamente desastrosos. Na verdade, todavia, o Neoliberalismo não saiu de cena: os pontos deste ‘teatro do mundo’ continuam a soprar aos atores em palco os mesmos textos, e os governantes de turno não conhecem outra cartilha.

De igual modo, para as mudanças necessárias, não basta acreditar-mos que é possível um mundo melhor: o voluntarismo e as boas intenções nunca foram o motor da história. Essas mudanças hão de verificar-se como resultado das leis de movimento das sociedades humanas. Sabemos igualmente que os povos organizados podem acelerar o movimento da história e podem ‘fazer’ a sua própria história, dispondo-se à luta para tornar o sonho realidade, e, se o sonho comanda a vida, a utopia ajuda a fazer o caminho.

O direito ao sonho e à utopia tem hoje mais razão de ser que nunca. Afinal, a progresso científico e tecnológico confirmam a utopia marxista: a humanidade há de, um dia, saltar do reino da necessidade para o reino da liberdade.

63. Cfr. *Diário Económico*, 15.6.2009.

Referências

Bibliográficas

- ALLEG, Henri – *SOS América*, trad. port., Editorial Caminho, Lisboa, 1987.
- ALVES, André Azevedo – “Estado garantia e solidariedade social”, em *Nova Cidadania*, nº 32, abril-junho/2007, 20-25.
- ATTALI, Jacques – *Verbatim I*, Paris, Fayard, 1993.
- AVELÃS NUNES, António José – “Nota sobre a independência dos bancos centrais”, em *Ensaios de Homenagem a Manuel Jacinto Nunes*, ISEG-UTL, Lisboa, 1996 (também publicado em *Estudos Jurídicos*, Revista da PUC/PR, Vol. IV, nº 1, agosto/1997, 51-70);
- “A institucionalização da União Económica e Monetária e os Estatutos do Banco de Portugal”, em *Boletim de Ciências Económicas*, Vol. XLV-A (especial), Coimbra, FDUC, 2002, 65-98;
 - “Algumas incidências constitucionais da institucionalização da União Económica e Monetária”, em *Revista de Direito Mercantil, Industrial, Económico e Financeiro*, Ano XLII (Nova Série), nº 129, jan-março/2003, 7-29;
 - *Neoliberalismo e Direitos Humanos*, Editorial Caminho, Lisboa, 2003; também editado no Brasil, Renovar, Rio de Janeiro/São Paulo, 2003;
 - *A Constituição Europeia – A constitucionalização do neoliberalismo*, Coimbra Editora/Editora Revista dos Tribunais, Coimbra/São Paulo, 2006/2007.
- CABRAL, Luís – “O Estado Garantia e a Regulação”, em *Nova Cidadania*, Ano IX, nº 3, set/2007, 20-23.
- CANOTILHO, J. J. Gomes – *Estudos sobre Direitos Fundamentais*, 2ª edição, Coimbra Editora, Coimbra, 2008 – “O tom e o dom na



teoria jurídico-constitucional dos direitos fundamentais”, em *Estudos...*, *ob. cit.*, 115-136;

– «”Bypass” social e o núcleo essencial de prestações sociais», em *Estudos...*, *cit.*, 243-268;

– “O Estado Garantidor. Claros-Escuros de um conceito”, em A. J. AVELÃS NUNES e J. N. MIRANDA COUTINHO (Orgs.), *O Direito e o Futuro. O Futuro do Direito*, Edições Almedina, Coimbra, 2008, 571-576.

CARDOSO, José Lucas – *Autoridades Administrativas Independente e Constituição*, Coimbra Editora, Coimbra, 2002.

CASSEN, Bernard – “Ressurreição da ‘Constituição’ Europeia”, em *Le Monde Diplomatique* (ed. port.), dez/2007, 5.

CASSIDY, John – *How Markets Fail – The Logic of Economic Calamities*, Londres, Allen Lane/Penguin Books, 2009.

CLEMENTE, Manuel – “Um Estado social subsidiário”, em *Nova Cidadania*, Ano VIII, nº 31, jan-março/2007.

COSTA, Jorge, L. Fazenda, C. Honório, F. Louçã e F. Rosas – *Os Donos de Portugal – Cem Anos de Poder Económico (1910-2010)*, Edições Afrontamento, Porto, 2010.

DROBÁN, Alexandre – “A crise das ideias da social-democracia”, em *Vértice*, nº 157, março-abril/2011, 5-8.

FONSECA, Fernando Adão da – “Estado Garantia: o Estado Social do Século XXI”, em *Nova Cidadania*, nº 31, jan-março/2007, 24-29.

FRIEDMAN, Milton e Rose – *Liberdade para escolher*, trad. port., Europa-América, Lisboa, s/d (1ª ed. americana, 1979).

GONÇALVES, Pedro – “Direito Administrativo da Regulação”, em *Estudos de Homenagem ao Professor Doutor Marcello Caetano no Centenário do seu Nascimento*, Coimbra Editora, Coimbra, 2006, 535-573.

GREENSPAN, Alan – *A Era da Turbulência – Aventuras em um novo mundo*, trad. bras., Elsevier editora/Campus, São Paulo, 2008.

HALIMI, Serge – “As promessas do NÃO”, em *Le Monde Diplomatique* (edição portuguesa), junho/2005, 1-3;

– “A esquerda governamental conta a sua história”, em *Le Monde Diplomatique* (edição portuguesa), nº 6/II Série, abril de 2007, 8/9.

LECHEVALIER, A. e WASSERMANN, G. – *La Constitution Européenne – Dix Clés pour comprendre*, Paris, La Découverte, 2005.

LOMBARDINI, Siro – *La grande crisi – Il 1987 come il 1929?*, Cacucci Editore, Bari, 1987.

LORDON, F. – “E se encerrássemos as bolsas ?”, em *Le Monde Diplomatique* (ed. port.), fev/2010.

MATTICK, Paul – *Economics, Politics and the Age of Inflation*, M. E. Sharpe, N. York, 1978.

MOREIRA, Vital e MAÇÃS, Fernanda – *Autoridades Reguladoras Independentes – Estudo e Projecto de Lei-Quadro*, Coimbra Editora, Coimbra, 2003.

MORENO, Carlos – *Como o Estado gasta o nosso dinheiro*, LeYa, Lisboa, 2010.

PAZ FERREIRA, Eduardo – “Em torno da regulação económica em tempos de mudança”, em *Revista de Concorrência e de Regulação*, Ano 1, nº 1, jan-março/2010, 31-54.

PINTO, Mário – “O peso do estado”, em *Público*, 3.1.2005.

RAMONET, Ignacio – “Populismo francês”, em *Le Monde Diplomatique* (ed. port.), nº de junho/2007.

RUFFIN, François – “Não há dinheiro para os salários?”, em *Le Monde Diplomatique* (ed. port.), janeiro/2008, 6.

SARRE, Georges – *L’Europe contre la Gauche*, Paris, Eyrolles, 2005.

SOUSA, Francisco Vieira – “Estado, liberdade e educação”, em *Nova Cidadania*, abril-junho/2007, 13-19.

STOCKHAMMER, Engelbert – “Neoliberalism, Income Distribution and the Causes of the Crisis”, em <http://researchonmoneyandfinance.org>, versão 0.6:17 junho 2010.

TAVARES DA SILVA, Suzana Maria Calvo Loureiro – *O Setor Elétrico Perante o Estado Incentivador, Orientador e Garantidor*, Tese de Doutoramento, Coimbra, 2008.

VASCONCELOS, Jorge – “O estado regulador”, em José Nunes PEREIRA et al., *A Regulação em Portugal*, Edição da ERSE, Lisboa, 2000.

Auditoria Operacional: o sonho em realidade

Inaldo da Paixão Santos Araújo*

“Acreditar na auditoria operacional é acreditar que o serviço público pode e deve ser diferente.”

I. A Auditoria Governamental e a Ordem Constitucional

A auditoria governamental é a atividade sistemática por meio de que, no Setor Público, confronta-se uma condição – o que é – com um determinado critério – o que deve ser –, objetivando a emissão de um relatório imparcial e direto, o qual contenha as constatações positivas e negativas. Essa modalidade auditorial integra o controle público como espécie inculpada constitucionalmente e compreende um conjunto de ações coordenadas e integradas, pretendendo, entre outros aspectos, contribuir com a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial de entes públicos, quanto à “legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas”. No Brasil, a auditoria governamental é realizada, precipuamente, pelos Tribunais de Contas.

Entre as constituições republicanas, a Carta de 1988 foi, sem dúvida, a que mais ampliou as atribuições dos Tribunais de Contas brasileiros, principalmente no que se refere às atividades de auditoria. Embora introduzida como competência das Casas de Controle pela Constituição de 1967, em contraponto à análise prévia e formal, a auditoria era restrita aos aspectos financeiros e orçamentários¹ e realizada de forma assistemática, sem rigor

* Mestre em Contabilidade. Auditor do Tribunal de Contas (BA). Professor universitário. Escritor.



metodológico e sem a observância de padrões normativos². Com o novo ordenamento jurídico, a prática auditorial dessas instituições de controle foi instada a dar um salto de qualidade, abrangendo desde a regularidade contábil, com foco na adequação dos relatórios financeiros, até a efetividade das políticas públicas³, que é, em essência, o cerne da auditoria operacional.

Em face dessa nova ordem, observaram-se, nos últimos anos, avanços significativos na realização de auditorias por Tribunais de Contas, principalmente em função da busca de experiências internacionais e de parcerias com organismos multilaterais de financiamento e com instituições estrangeiras de controle, destacando-se, dentre eles: o desenvolvimento de amplas ações de capacitação, como, por exemplo, o Programa Avançado de Auditoria Governamental (PAAG⁴); a publicação de manuais de auditoria; a tradução e a adoção das Normas de Auditoria da Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai); a execução do projeto de elaboração das Normas de Auditoria Governamental (NAGs); a implementação do Projeto de Aperfeiçoamento do Controle Externo com Foco na Redução da Desigualdade Social (Cerds⁵), financiado pelo *Department for International Development* (DFID), da Grã-Bretanha e

1. Nos termos do art. 72, III, da Constituição Federal de 1967, a avaliação dos resultados alcançados pelos administradores era reservada ao sistema de controle interno do Poder Executivo.

2. As Normas de Auditoria Governamental (NAGs) aprovadas, em caráter experimental, pela Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), em 2007, e recomendadas pelo Instituto Rui Barbosa (IRB), em sua versão final; em 2010, encontram-se em fase de adoção pelos Tribunais de Contas brasileiros. Recentemente, os Tribunais de Contas do Distrito Federal, da Bahia e do Tocantins aprovaram resoluções para adotarem formalmente essas Normas. O Tribunal de Contas do Espírito Santo incluiu a adoção em seu Planejamento Estratégico.

3. Aqui se utiliza a expressão “efetividade das políticas públicas” no seu sentido mais amplo, abrangendo questões de economicidade, de eficiência, de eficácia, de qualidade, de redução de gastos, de combate ao desperdício, à corrupção, aos malfeitos e às práticas inadequadas, do realizar no tempo certo, dentre outros aspectos, que devem sempre servir como norte para o gestor público.

4. Financiado pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), o Programa Avançado de Auditoria Governamental (PAAG) foi um extenso programa de capacitação de servidores de Tribunais de Contas brasileiros, realizado em 3 polos (Bahia, São Paulo e Brasília), com duração de cerca de 900 horas, em que foram debatidas as mais modernas práticas contábeis e auditoriais vigentes.

5. Esse programa objetivou o “estabelecimento de conceitos, técnicas e metodologias para avaliação de ações de governo, por meio de uma abordagem participativa, com vistas ao fortalecimento do controle social, aproximando os Tribunais de Contas das pessoas diretamente interessadas no resultado de políticas públicas e contribuindo para a cidadania e garantia do acesso a serviços prestados pelo Estado para grande parte da população”, conforme o sítio <http://www.tce.ba.gov.br>.

a execução exitosa do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros (Promoex⁶).

Pode-se afirmar que essas notáveis iniciativas objetivaram, em suma, tornar real a inspiração preconizada no espírito do art. 71, IV, da Constituição Federal, o qual estabelece que, por iniciativa própria ou do Parlamento, os Tribunais de Contas devem realizar auditorias contábeis (abarcando os aspectos orçamentários, financeiros e patrimoniais) e operacionais (envolvendo os aspectos de economicidade, eficiência e eficácia). A seguir, apresenta-se uma classificação ligeiramente adaptada apenas por conveniência didática, na forma demonstrada na infografia n.º 01:



Fonte: O autor.

Outro ponto que também pode ser afirmado com razoável certeza e segurança é que a tipificação da auditoria governamental em orçamentária, financeira e patrimonial (entendidas, neste artigo, como ramificações da auditoria contábil) decorre da forte influência nos constituintes de 1988 dos conceitos relacionados aos sistemas de registro de contas predomi-

6. O Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados, Distrito Federal e Municípios Brasileiros (Promoex), financiado pelo Banco Internacional de Desenvolvimento (BID), “tem como objetivo a modernização e o fortalecimento institucional do sistema de controle externo no âmbito dos estados e municípios brasileiros, de forma a garantir a sua integração nacional e aumentar a eficiência e eficácia das ações de fiscalização e controle, contribuindo para a efetiva e regular aplicação dos recursos públicos estaduais e municipais, em benefício da sociedade”, conforme o sítio <http://www.tce.ba.gov.br>.

nantes na Contabilidade aplicada ao Setor Público, que, nos termos do art. 89 da Lei Federal n.º 4.320/1964, deveria evidenciar os fatos ligados à administração “orçamentária, financeira, patrimonial e industrial”.

2. Pressupostos Históricos e Conceituais

O processo auditorial consubstancia-se no planejamento das ações a serem implementadas, na documentação das evidências comprobatórias da conformidade ou não das informações, confrontadas com os critérios objetivos – normas de controle interno, boas práticas administrativas, estruturas de relatórios financeiros, padrões de desempenho, princípios de contabilidade, legislação pertinente, entre outros –, e na comunicação dos achados auditoriais, positivos ou negativos, aos atores interessados. Essa comunicação é materializada em relatório objetivo, imparcial, justo e oportuno. Além disso, o auditor deverá verificar se as recomendações propostas nos relatórios de auditoria anteriores foram implementadas na fase que é comumente denominada de acompanhamento ou monitoramento.

A atividade auditorial, como instrumento de controle, originou-se no âmbito estatal, principalmente quando o rei encaminhava seus “questores” para verificar se tudo quanto era devido ao Estado (e o Estado era o rei) fora recolhido ao erário. Percebe-se que o cerne do controle era a receita do reino. A despesa, até o advento da Magna Carta inglesa de 1215, não era nem poderia ser controlada, pois ao rei tudo era lícito, tudo era permitido fazer e gastar.

No que se refere à gênese da forma colegiada do controle, Silva (1999, p. 21) resgata o dizer de Ruben Rosa, que, ao citar *Athènes*, de Robert Cohen, assevera que, na Grécia antiga, “encontram-se os primeiros vestígios dos Tribunais de Contas”, pois

anualmente, eram eleitos dez tesoureiros da deusa Atenas, perante os quais todos quantos exerciam parcela da administração deveriam não só justificar os atos de sua gestão como prestar contas dos dinheiros recebidos. Na mesma linha, a publicidade das contas sujeitas à aprovação da assembleia era regra. Gravava-se em pedra para permitir um exame perene dos cidadãos.

Portanto, fica evidenciado que a prática da *accountability* e do Princípio da Transparência remonta há mais de dois mil anos e surgiu, como não poderia ser diferente, no berço da democracia.

No setor privado, entretanto, com o advento do mercantilismo, mas, fundamentalmente, com a Revolução Industrial e com o surgimento de grandes corporações financiadas com o capital privado de muitos (sociedades anônimas), tornou-se necessária a participação de um profissional especialista e independente para certificar se os relatórios financeiros (chamados de demonstrações contábeis, no Brasil) representavam adequadamente ou não a posição patrimonial e o resultado das operações. Assim, surgiram os contadores públicos certificados que culminaram nos atuais auditores independentes, o que proporcionou um salto evolutivo na auditoria contábil.

Esses profissionais, ao se associarem, deram origem às famosas empresas privadas de auditoria externa ou independente, tais como: *Price and Waterhouse*⁷, *Arthur Young & Company*, *Ernst & Ernst*⁸ e a hoje extinta *Arthur Andersen*, em face do escândalo financeiro envolvendo um dos seus clientes, a empresa americana *Enron Corporation*⁹.

O surgimento dessas firmas e a subsequente regulamentação do mercado de capitais, com a obrigatoriedade da publicação de relatórios financeiros e a manifestação (parecer ou relatório de auditoria) dos auditores independentes¹⁰, ocasionaram a sistematização do processo auditorial no setor privado, mormente com a aprovação de normas de auditoria por

7. Atual *PricewaterhouseCoopers International Limited*, em face da fusão, no fim da década de 1990, das empresas *Price and Waterhouse* com a *Coopers & Lybrand*.

8. Em 1989, a *Arthur Young* e a *Ernst & Ernst* uniram-se e surgiu a *Ernst & Young*. No Brasil, a *Ernst & Young* integrou suas operações com a *Terco*, resultando na *Ernst & Young Terco*.

9. A *Enron Corporation* era uma companhia americana, líder do ramo de eletricidade e gás natural. A *Enron* chegou a faturar 101 bilhões de dólares em 2000 e a empregar cerca de 21 mil pessoas, no entanto foi à falência em face de um escândalo financeiro envolvendo fraude nas demonstrações contábeis.

10. No Brasil, a Lei n.º 6.404, de 15/12/1976 – Lei das Sociedades Anônimas –, estabelece em seu art. 177, § 3º, que “As demonstrações financeiras das companhias abertas observarão, ainda, as normas expedidas pela Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e serão obrigatoriamente submetidas à auditoria por auditores independentes nela registrados (Redação dada pela Lei n.º 11.941, de 2009)”.

organismos independentes, tais como a *International Federation of Accountants* (IFAC). No Brasil, destacam-se, como órgãos normativos de auditoria, o Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e o Ibracon – Instituto dos Auditores Independentes do Brasil.

Essa evolução verificada na auditoria privada se fez refletir, em parte, em alguns órgãos estrangeiros de controle público, tais como o *Government Accountability Office* (GAO) americano, o *Office of the Auditor General of Canada* (OAG) e o *National Audit Office* (NAO) do Reino Unido, os quais editaram normas de auditoria governamental, principalmente a partir dos anos 70. Como ícone desse processo, destaca-se o *Yellow Book*¹¹ do GAO.

No Brasil, a regulamentação da auditoria independente iniciou-se no final dos anos 60 em razão de exigências do Banco Central do Brasil (BCB), mas, somente com a aprovação da Lei n.º 6.404/1976 e com a edição dos primeiros normativos auditoriais, pelo CFC e pelo Ibracon, a profissionalização da atividade se materializou, apesar de que, no setor público, a auditoria governamental – inserida no ordenamento jurídico pátrio com a Constituição Federal de 1967 e que teve seu escopo significativamente ampliado com a Carta de 1988, como descrito – não incorporou prontamente esses avanços.

Embora louváveis iniciativas de alguns Tribunais de Contas em implantar procedimentos metodológicos calcados em experiência internacional, não se pôde constatar a efetividade desejada nas ações de controle, precipuamente em face da ausência de um parâmetro normativo adotado pelos 34 Tribunais de Contas brasileiros¹².

Nada obstante, registre-se, por responsabilidade histórica, que o Tribunal de Contas da União (TCU), por meio da Resolução n.º 206, de 27/11/1980, a qual dispunha sobre a realização da auditoria financeira e orçamentária, talvez já influenciada por certa tendência internacional, esta-

11. O *Yellow Book* é a denominação das Normas de Auditoria Governamental do *Government Accountability Office* (GAO) americano, em face da cor amarela da clássica capa dessa publicação.

12. 01 Tribunal de Contas da União, 26 Tribunais estaduais, 01 do Distrito Federal, 02 municipais (Rio de Janeiro e São Paulo) e 04 dos municípios (Bahia, Ceará, Goiás e Pará).

beleceu a necessidade de serem realizadas “auditorias programáticas”, que se destinavam à análise qualitativa da despesa pública com o objetivo de se avaliar a eficiência administrativa, materializando o embrião da prática, que seria denominada de auditoria operacional com foro constitucional.

Apesar desses esforços iniciais, pode-se afirmar que, somente com o advento da Constituição Federal de 1988, começaram a ser realizadas as primeiras auditorias operacionais. Silva (1999, p. 132) registra a apreciação pelo Plenário do Tribunal de Contas da União (TCU), em 06/09/1989, da auditoria realizada na “Empresa de Trens Urbanos de Porto Alegre S.A. (Trensurb), cujo voto condutor, da lavra do ministro Luciano Brandão, recebeu elogios de todos os ministros presentes à sessão”. Araújo (2006, p. 955), no artigo “Auditoria Operacional: das Diretrizes da Intosai à prática”, publicado na revista *Zênite ILC*, n.º 153, registra que, em 16/01/1990, o Tribunal de Contas do Estado da Bahia (TCE-BA) concluiu auditoria que objetivou verificar as condições operacionais da Barragem de Pedra do Cavalo, durante o período de cheias de 1989, na Bacia do Paraguaçu, assim como avaliar o desempenho do corpo técnico responsável pelo gerenciamento da barragem. Assim, o Pleno do TCE-BA, em 08/02/1990, recomendou que fossem:

[...] adotadas urgentes medidas para a correção das falhas operacionais apuradas para melhor capacitação técnica e material da Barragem, a fim de enfrentar os eventos da natureza e, na impossibilidade de evitar graves danos à população, ao menos, amenizá-los. [...], que fossem verificadas, também no prazo de 30 (trinta) dias, a sua estrutura e operacionalidade, no sentido de se examinar a existência de sequelas da enchente que pudessem afetar o seu perfeito funcionamento.

3. Tipos de Auditoria Governamental

Na forma apresentada no introito deste artigo, a auditoria governamental pode ser resumidamente classificada em auditoria contábil e operacional, embora a doutrina apresente as mais variadas classificações e tipos de auditoria.

A auditoria contábil ou financeira, na forma preconizada pela Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores

(Intosai¹³), é a “avaliação independente, materializada em um parecer que representa uma garantia razoável de que a situação financeira de uma entidade, bem como os resultados e a utilização de recursos, são apresentados de forma adequada de acordo com uma estrutura de relatório financeiro”. Essa estrutura, no Brasil, é constituída pelas Normas Brasileiras de Contabilidade Técnicas – Setor Público (NBC TSP¹⁴), emitidas pelo Conselho Federal de Conta-

13. A Organização Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai), que possui como lema “a experiência mútua em benefício de todos”, é instituição apolítica, filiada à Organização das Nações Unidas (ONU), que objetiva a troca de ideias sobre as melhores práticas de auditoria pública no mundo. Ela possibilita o fomento de intercâmbios de experiências entre as instituições superiores de controle das finanças públicas, ou simplesmente entidades de fiscalização superior (EFSs), de todo o mundo. Seu primeiro congresso, denominado de INCOSAI, aconteceu em Havana, em 1953, com a participação de 34 entidades. Após mais de meio século de existência, a Intosai conta com, aproximadamente, 190 membros. Em novembro de 2010, a Intosai aprovou sua nova estrutura de normas e diretrizes para a auditoria governamental que são denominadas de *International Standards of Supreme Audit Institutions* (ISSAI), disponível no site <http://www.issai.org/>. As ISSAIs da Organização apresentam a seguinte estrutura básica, composta de quatro níveis: 1º. Princípios Fundamentais (ISSAI 1 – Declaração de Lima); 2º. Pré-requisitos para o Funcionamento das Entidades Fiscalizadoras (ISSAI 10 – Declaração do México; ISSAI 11 – Diretrizes da Intosai e boas práticas relacionadas à Independência das Entidades Fiscalizadoras; ISSAI 20 – Princípios de Transparência e de Prestação de Contas; ISSAI 21 – Princípios da Transparência – Boas Práticas; ISSAI 30 – Código de Ética e ISSAI 40 – Controle de Qualidade); 3º. Princípios Fundamentais de Auditoria (Normas de Auditoria) e 4º. Diretrizes de Auditoria (Requisitos de Auditoria Contábil, Operacional e de Cumprimento).

14. As Normas Brasileiras de Contabilidade Técnicas – Setor Público (NBC TSP), atualmente vigentes, estão assim estruturadas: NBC TSP 16.1 – Conceituação, Objeto e Campo de Aplicação: apresenta as definições básicas que norteiam o desenvolvimento das demais normas; NBC TSP 16.2 – Patrimônio e Sistemas Contábeis: conceitua o patrimônio e os sistemas de informação, objetivando contribuir para a transparência das contas públicas; NBC TSP 16.3 – Planejamento e seus Instrumentos sob o Enfoque Contábil: apresenta o controle contábil do processo de planejamento; NBC TSP 16.4 – Transações Governamentais: apresenta conceitos, natureza e aspectos das transações que afetam o patrimônio público.

NBC TSP 16.5 – Registro Contábil: enfoca as características dos registros, sempre em observância aos princípios; NBC TSP 16.6 – Demonstrações Contábeis: apresenta o conjunto de demonstrações contábeis essenciais para melhor evidenciar o patrimônio; NBC TSP 16.7 – Consolidação das Demonstrações Contábeis: apresenta regras para a divulgação de grandes agregados do patrimônio público; NBC TSP 16.8 – Controle Interno: descreve aspectos conceituais do controle interno para o fortalecimento do sistema de informação; NBC TSP 16.9 – Reavaliação e Depreciação dos Bens Públicos: determina a adoção das práticas de depreciação, amortização e exaustão; NBC TSP 16.10 – Avaliação e Mensuração de Ativos e Passivos em Entidades do Setor Público: apresenta critérios e procedimentos para melhor registrar e evidenciar os ativos e passivos.

NBC TSP 16.11 – Custos no Setor Público: estabelece as diretrizes básicas para implantação de Sistema de Informações de Custos no serviço público.

bilidade (CFC), as quais se encontram atualmente em processo de convergência com as *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS), recomendadas pela Federação Internacional de Contadores (IFAC). Registre-se ainda como importante, que, para a Intosai, as denominações auditoria financeira e auditoria de regularidade são, com frequência, utilizadas indistintamente.

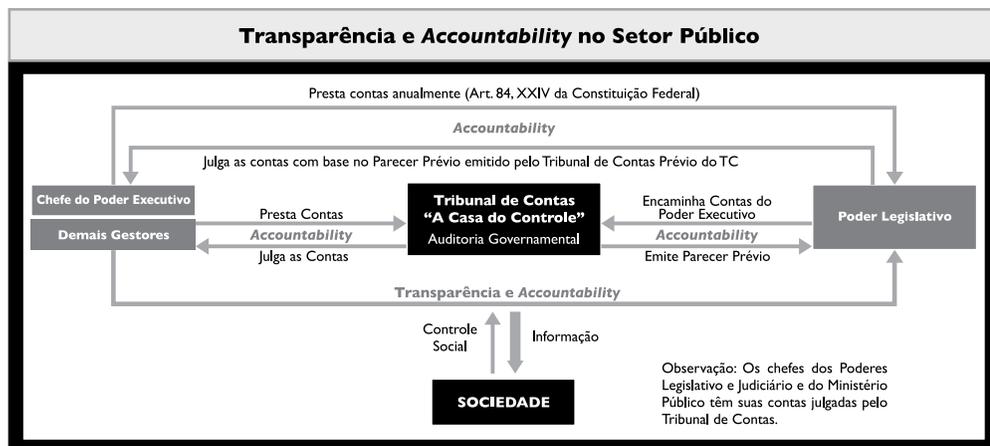
A auditoria operacional, por seu turno, conforme o conceito aprovado pela Intosai, compreende “o exame da economicidade, eficiência e eficácia com as quais a entidade auditada utiliza seus recursos no exercício de suas funções, sendo conhecida, também, como auditoria de otimização de recursos”. A auditoria operacional, por vezes, também é denominada de auditoria de rendimento ou de gestão, como preferem os países de língua espanhola, *performance audit*¹⁵ e *value for money audit*¹⁶, como utilizam, respectivamente, os americanos e os ingleses, ou auditoria de resultados para o português, na forma pactuada no convênio de padronização de conceitos comuns utilizados no âmbito do controle externo firmado entre os Tribunais de Contas da União (TCU) e o Tribunal de Contas de Portugal (TCP), em 1996, publicado no Boletim do TCU n.º 14/1996.

Além disso, um tema que merece sempre ser registrado é a importância da auditoria para garantir o processo da *accountability* governamental, que, na forma preconizada no glossário das Normas de Auditoria Governamental (NAGs), representa a “obrigação que têm as pessoas ou entidades, às quais foram confiados recursos públicos, de prestar contas, responder por uma responsabilidade assumida e informar a quem lhes delegou essa responsabilidade.” Pode-se afirmar e também defender que auditar, no Setor Público, é verificar com independência o fiel cumprimento dos princípios da *accountability*, sempre sob o manto da total transparência.

15. Auditoria de desempenho, em livre tradução.

16. Auditoria do valor pelo dinheiro, em livre tradução.

A infografia n.º 2 demonstra a prática da *accountability* no Setor Público:



Fonte: O autor.

A auditoria operacional, que, como visto, é uma exigência constitucional no Brasil, abrange, em sinopse, a aplicação de procedimentos técnicos para avaliar o desempenho e a eficácia das ações de um ente ou de uma atividade, objetivando a apresentação de comentários e de sugestões para melhorar a gestão dos recursos e identificar aspectos de ineficiência, desperdícios, práticas indevidas, desvios e abusos. Essa atividade surgiu no âmbito da auditoria governamental a partir dos anos 70, em razão da necessidade de se aprimorar os relatórios emitidos pelos auditores, no que se refere aos resultados da gestão e às questões de economicidade, eficiência e eficácia, em face das limitações das informações financeiras.

No glossário de termos técnicos, apresentado pelas Normas de Auditoria Governamental (NAGs), tem-se o seguinte conceito:

1102.1.2 – AUDITORIA OPERACIONAL: exame de funções, subfunções, programas, ações (projetos, atividades, operações especiais), áreas, processos, ciclos operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de se emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e das entidades da Administração Pública e o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia, efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade.

4. Componentes da Auditoria Operacional

Como dedução lógica e inquestionável da definição consagrada, pela Intosai, para a auditoria operacional, dada a público mais uma vez na Norma Internacional de Auditoria de Entidades Superiores de Fiscalização n.º 1003 (ISSAI 1003) – Glossário de termos das Diretrizes de Auditoria Financeira –, aprovada em 2010, a essência desse tipo de auditoria está relacionada à compreensão dos conceitos dos seus componentes, a saber: economicidade, eficiência e eficácia, as quais, nesse ramo do conhecimento, possuem conotações específicas.

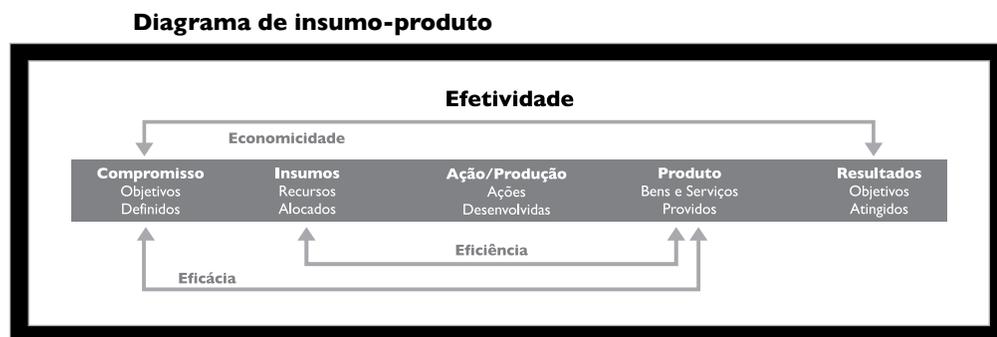
Dessa forma, a economicidade compreende a aquisição de insumos de forma adequada, ao menor custo, sem detrimento da qualidade. Nos termos preconizados pela Intosai, “é a ação que consiste em reduzir ao mínimo o custo dos recursos empregados em uma atividade sem deixar de considerar a devida qualidade”. Em outras palavras, significa gastar pouco, fazer ao menor custo, mas com o melhor padrão de qualidade.

A eficiência pressupõe a utilização desses insumos de maneira oportuna. Compreende a consecução dos melhores resultados com a utilização mínima de recursos. Esse componente da auditoria operacional possui uma relação direta com a produtividade, que, em resumo, significa fazer mais com menos insumos e no menor tempo. Para a Intosai, a eficiência “representa a relação entre produto, em termos de bens, serviços e outros resultados, e os recursos utilizados para produzi-los”, ou seja, fazer bem-feito e no tempo certo.

A eficácia, por fim, corresponde à confrontação entre os resultados verdadeiros obtidos e os objetivos propostos. Nos dizeres da Intosai, compreende “o grau com que os objetivos são alcançados e a relação entre os resultados desejados e os resultados reais de determinada atividade”. Assim, fazer o que é certo, o que é justo e o que se espera é ser efetivo.

Determinados órgãos de controle também têm inserido, no âmbito de auditoria operacional, o conceito de efetividade. Na linha dessa interpretação, que não possui guarida nas normas da Intosai, a eficácia estaria relacionada, exclusivamente, ao alcance das metas, e a efetividade ao impacto das políticas públicas.

O Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União apresenta um diagrama de insumo-produto adaptado das Diretrizes de Aplicação das Normas de Auditoria Operacional da Intosai (ISSAI 3000), o qual ilustra, com propriedade, a dimensão da auditoria operacional com base na citada linha de interpretação:



Fonte: Manual de auditoria do TCU. Modelo adaptado de ISSAI 3000/1.4, 2004.

Assim, conclui-se, em síntese, que a auditoria operacional é a modalidade de auditoria governamental que objetiva verificar se o ente auditado (órgão, programa, projeto e atividade) obteve os resultados desejados, no tempo certo e ao menor custo possível.

5. Metodologia da Auditoria Operacional

No que se refere à metodologia, a condução da auditoria operacional abarca as fases de planejamento, execução, relatório e acompanhamento das recomendações propostas.

Uma verdadeira auditoria operacional (há aquelas que assim são rotuladas, mas nada são; há aquelas que são, sem assim serem chamadas) começa a ser idealizada com uma boa questão. Como toda boa questão carece sempre de uma boa resposta, esta pode ser dada com a auditoria operacional. Em seguida, inicia-se o planejamento, fase em que deve ser avaliado se há condições efetivas para o desenvolvimento dos trabalhos auditoriais. Nessa fase, podem ser utilizados diversos métodos, tais como

análises de riscos, entrevistas com atores interessados, exame documental, análises SWOT¹⁷ e análises de problemas.

Posteriormente, os auditores governamentais aplicam as técnicas para obtenção de evidências (análises comparativas, exames antes e depois, pesquisa por amostragem, pesquisa de estudos de caso, pesquisa quase experimental e coleta de dados, tais como: análise secundária e pesquisa bibliográfica, *surveys* ou questionários, entrevistas, seminários e audiências públicas, observações diretas, grupos especializados, grupos focais, grupos de referência e especialistas, dentre outras) que darão suporte ao relatório a ser emitido e distribuído oportunamente aos atores interessados, demonstrando os trabalhos realizados, pois, em observância ao Princípio da Transparência, não adianta apenas fazer, mas sim dar ampla divulgação ao que se faz.

O relatório de uma auditoria operacional, embora não possua uma estrutura rígida e padronizada, o que é natural, em face da diversidade dos temas que essa modalidade auditorial pode abarcar¹⁸, deve apresentar alguns elementos norteadores, tais como: sumário executivo, objetivo e escopo dos trabalhos, justificativas ou o porquê dos trabalhos, questão ou problema de auditoria, metodologia utilizada, custo da auditoria, resultado da auditoria com a descrição objetiva dos achados negativos ou positivos, recomendações propostas, benefícios esperados e conclusão.

Como as novas demandas sociais estão a exigir um novo padrão de informações geradas pela auditoria governamental realizada pelos Tribunais de Contas, seus relatórios – item essencial para comunicar a adequação das prestações de contas dos gestores públicos (auditoria contábil) e a avaliação dos resultados das políticas públicas (auditoria operacional) – devem ser elaborados para facilitar a interpretação dos fenômenos de gestão do setor público por parte dos seus atores interessados.

17. Técnica de análise de cenários internos e externos utilizada em planejamento estratégico. A sigla SWOT deriva do acrônimo de palavras em inglês, sendo *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).

18. As Diretrizes para Aplicação de Normas de Auditoria Operacional (ISSAI n.º 3000), da Intosai, corroboram essa afirmação ao enfatizar que “Os auditores operacionais podem tratar de grande quantidade de temas e perspectivas que abrangem a totalidade do setor público. Também podem utilizar — e combinar — uma grande diversidade de métodos para coletar e processar informação, e em uma auditoria os dados podem ser coletados com diferentes propósitos”.

6. Da Teoria à Prática da Auditoria Operacional: a experiência do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

Uma das primeiras auditoras, no Brasil, a se preocupar e documentar o tema da auditoria operacional no Setor Público foi Barros (2000), que, em sua dissertação intitulada “Auditoria de Desempenho nos Tribunais de Contas Estaduais”, defendida em dezembro de 1999, na Universidade de São Paulo, apresentou um diagnóstico da situação da auditoria operacional, 11 anos após a promulgação da Constituição Federal, demonstrando que, dos 20 Tribunais de Contas que responderam à pesquisa realizada (74,1% do universo), 08 (cerca de 40% Tribunais de Contas respondentes) declararam realizar, na época, essa modalidade de auditoria. Entre as recomendações apresentadas pela pesquisadora, destaca-se a necessidade de “maior divulgação dos trabalhos dos Tribunais de Contas Estaduais, principalmente junto à sociedade em seu sentido amplo”.

Araújo (2001), no livro *Introdução à Auditoria Operacional*¹⁹, publicado pela Editora FGV, atualmente na 4ª edição, e elaborado com base em estudos iniciados em 1998, já sinalizava a importância da auditoria operacional para evitar o mau uso dos recursos públicos, ao comentar sobre uma auditoria realizada em uma empresa estadual de transporte terrestre, que se encontrava em fase de liquidação, na forma descrita a seguir:

[...] para um serviço ser eficaz e atender às demandas da sociedade não importa se ele é público ou privado. O que realmente importa é que ele seja bem administrado, sem ingerências políticas, sem controle irracional de tarifas e que de fato funcione com efetividade.

A segunda razão, e talvez a mais importante, decorre do fato de uma das minhas primeiras experiências profissionais como auditor governamental ter sido auditar os aspectos contábeis e financeiros de uma empresa pública de transportes de passageiros um ano antes da sua liquidação.

19. Decorrente de trabalho monográfico “Auditoria Operacional: um enfoque introdutório”, vencedor do Prêmio Osvaldo Velloso Gordilho, concedido pelo Tribunal de Contas do Estado da Bahia (TCE-BA), em 04/11/1999.

Naquele ano de 1987, não era comum na área governamental realizar auditorias adentrando-se nos aspectos operacionais e contribuir de forma mais efetiva para uma melhor accountability pública. Mas, se auditorias operacionais tivessem sido realizadas sistematicamente antes do processo de liquidação, o destino daquela empresa seria outro? Quem poderá responder agora?

Em um dos pioneiros e aprofundados artigos sobre o tema, em que procurou explicitar a “função da auditoria operacional na avaliação e no controle de entidades governamentais”, Rocha (1990) profetizava que, embora houvesse um “crescente interesse despertado” sobre essa modalidade auditorial introduzida pela Constituição de 1988, o caminho que deveria ser trilhado pelos Tribunais de Contas era “longo e difícil”, pois, além da decisão política para pô-la em prática, seria indispensável disponibilizar recursos (materiais e financeiros) e profissionais de auditoria governamental devidamente capacitados a conduzi-la.

De forma visionária, assim concluía seu artigo o citado autor:

A capacitação técnica, por sua vez, só ocorrerá com o desencadeamento de um esforço concreto e permanente de treinamento e aperfeiçoamento, a partir do qual os profissionais envolvidos sintam-se motivados e sejam incentivados a desenvolver, com a seriedade e a profundidade necessárias a auditoria operacional.

Por fim, devemos observar que as transformações ocorridas no mundo mostram, claramente, que as mudanças não acontecem por acaso, e que embora, por vezes, os caminhos que levam a elas nos pareçam longos e os resultados inatingíveis, a vontade, a seriedade, a persistência, a convicção e a honestidade de propósitos, quando traduzidas em ideias claras e em um trabalho competente, têm o poder de encurtar distâncias e precipitar soluções.

Assim, podemos estar certos de que o desenvolvimento e a consolidação da auditoria operacional governamental, no Brasil, mais do que qualquer outro fator, dependem, fundamentalmente, de nós, profissionais que atuamos no controle.

Hoje, passados 23 anos da promulgação da Constituição Federal e após relevantes ações perpetradas por Tribunais de Contas, tais como

aprovação de manuais técnicos específicos²⁰, apoio de organismos multilaterais de financiamentos²¹ e de agências de desenvolvimento²² e o Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros (Promoex), que apresentou, ressaltando-se, como um dos seus componentes, a integração desses Tribunais ao ciclo de gestão governamental, incluindo a realização de auditorias operacionais, pode-se afirmar que essa modalidade auditorial se faz, cada vez mais, presente no universo dos Tribunais de Contas, em especial, quando se aborda a questão da governança corporativa.

Nesse sentido, ao se discutir a governança corporativa no Setor Público, Silva (2011, p. 58), em magistral artigo “Considerações sobre o controle do Controle: reflexões sobre uma ciência desconhecida”, publicado na Revista do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, n.º 48, set/2011, relembra que:

[...] a grande maioria dos órgãos de controle ainda mantém o foco nos aspectos da legalidade e, conseqüentemente, não atentou para as mudanças surgidas a partir da Constituição de 1988, no que se refere ao princípio da eficiência, incluído no artigo 37 por força da Emenda Constitucional n.º 19.

Com efeito, um dos objetivos do Promoex é a realização de auditorias operacionais em, pelo menos, 75% dos Tribunais de Contas brasileiros, até o final da primeira fase, prevista para 30 de junho de 2012. Conforme Vivaldo Evangelista Ribeiro, auditor do Tribunal de Contas do Estado da Bahia e coordenador do Grupo Temático de Auditoria Operacional do Programa, em apresentação na cidade de Belo Horizonte, em 16/11/2011, em pesquisa realizada junto aos 33 Tribunais de Contas brasileiros, em se-

20. Manual de Auditoria Integrada, de 1986, pelo Tribunal de Contas do Estado da Bahia (TCE-BA), o Manual de Auditoria de Desempenho, de 1989, pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e a tradução das Diretrizes para Aplicação de Norma de Auditoria Operacional da Intosai pelo (TCE-BA).

21. Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco de Fomento Alemão KfW.

22. Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID).

tembro de 2005, apenas 14 Tribunais (42,4% do total) realizavam auditoria operacional. Por sua vez, em 2011, segundo os dados apresentados pelo auditor, ao menos 29 Tribunais realizam auditorias operacionais, representando 88% do total, suplantando a meta nacional do Programa.

As principais áreas e temas auditados, no âmbito deste Programa, por exercício, são: 2008 – Educação: Formação de Professores do Ensino Fundamental; 2009 – Saúde: Estratégia de Saúde da Família, Assistência Farmacêutica, Regulação Assistencial e Serviço de Urgência/Emergência; 2010 – Saneamento: Abastecimento de Água, Gestão de Perdas/Micromedição de Água, Esgotamento Sanitário e Ações de Água e Esgoto e Resíduos Sólidos e 2011 – Meio Ambiente: Unidade de Conservação, Licenciamento Ambiental, Resíduos Sólidos, Compensação Ambiental, Fiscalização Ambiental e Monitoramento das Águas.

Pode-se constatar, assim, como dito, que a ampla internalização da prática da auditoria operacional no âmbito dos Tribunais de Contas e a presente iniciativa da Corte de Contas do Estado da Paraíba em divulgar os resultados de trabalhos desenvolvidos nessa modalidade contribuem, significativamente, para a sensibilização de todos os atores interessados em uma nova forma de controlar a Administração Pública, transformando aquilo que, no passado, era uma quimera, em realidade presente cada vez mais.

Nessa ação que muito colabora para a transparência da Administração Pública, o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, que realiza auditorias operacionais desde o exercício de 2007, dá a público, em sua inteireza, relatórios das auditorias operacionais realizadas nas áreas de saneamento básico, saúde e educação, envolvendo não somente a avaliação de ações em programas governamentais, como também do desempenho operacional de unidade hospitalar.

Assim, compõem essa coletânea os Relatórios de Auditoria Operacional aprovados pela Corte de Contas do Estado da Paraíba, apresentados em ordem cronológica, a saber:

1. Formação de Professores do Ensino Fundamental;
2. Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL);
3. Estratégia de Saúde da Família e 4. Sistema de Abastecimento de Água.

Os trabalhos realizados objetivaram avaliar:

- I. Em que medida o planejamento e a implementação de ações de formação de professores possibilitam a consecução dos resultados;
- II. Se existem sistemas adequados de controle operacional das ações de formação de professores;
- III. Se o desempenho de uma unidade hospitalar é compatível com sua estrutura;
- IV. Se a gestão municipal atende às diretrizes e aos princípios da estratégia saúde da família;
- V. Se há acompanhamento, monitoramento e avaliação estadual do desenvolvimento da estratégia saúde da família nos municípios;
- VI. Se o planejamento e a implantação dos sistemas de abastecimento de água permitem a universalização do acesso e;
- VII. Em que medida os sistemas funcionam com qualidade e são sustentáveis econômico-financeiramente.

A leitura dos relatórios compilados nesta publicação, que, de logo, recomenda-se, revelará ao leitor a gama de possibilidades a serem desbravadas pela auditoria operacional no Setor Público, se realizada de forma sistemática, parametrizada e calcada em normas profissionais de auditoria. Portanto, cabe às instituições de controle incentivar, cada vez mais, a realização dessa modalidade de auditoria, disponibilizando pessoal motivado e capacitado, além de recursos financeiros e materiais suficientes.

7. Conclusão

A análise desses trabalhos de auditorias operacionais, realizadas com esmero por profissionais de auditoria governamental do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, possibilitou um viajar da teoria – apresentada, em resumo, neste desprezioso artigo – à tão desejada e necessária prática. Ao apresentarem a metodologia adotada, os resultados alcançados, as recomendações sugeridas e as propostas de encaminhamento dos relatórios de auditoria sob comento, esses profissionais permitem ao leitor uma

oportunidade ímpar de conhecer o processo auditorial de *per se*, bem como oferecem ao Governo desse Estado nordestino propostas de soluções, que, uma vez implementadas, em muito podem contribuir para a melhoria da efetividade (em seu sentido mais abrangente) do serviço público, ou seja, fazer o que se espera, no tempo certo, ao preço justo, com transparência e sob o manto da ética.

Desse modo, quando os sonhos do passado se fazem presentes e viram realidade, espera-se que os Tribunais de Contas continuem afirmando se as contas estão ou não corretas, mas que possam também informar à sociedade (beneficiária final) que os recursos empregados nas ações avaliadas proporcionaram resultados efetivos à coletividade. De igual modo, jamais deixem de acreditar na auditoria operacional, pois acreditar na auditoria operacional é acreditar que o serviço público pode e deve ser diferente.

Não basta fazer, é preciso divulgar, e, nessa necessária trilha da transparência (no sentido mais puro de mostrar-se ou de deixar-se ver), muito bem caminha o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, que, por isso, merece encômios de todos aqueles que são apaixonados pela auditoria operacional.

Muito mais ainda se teria a escrever, mas, se assim procedesse, estar-se-ia privando, por mais tempo e talvez de forma desnecessária, o leitor de poder desfrutar do prazer de conhecer o conteúdo dos quatro relatórios de auditoria operacional que integram esta publicação, os quais possibilitaram ao autor dessas modestas palavras introdutórias constatar (somente para utilizar uma expressão muito típica no universo auditorial) que, em verdade, o sonho se transformou em realidade.

Referências

Bibliográficas

ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos. Auditoria Operacional: das Diretrizes da INTOSAI à prática. Revista de Licitações e Contratos – ILC. Curitiba, n. 153, p. 955, nov. 2006.

_____. Introdução à auditoria: breves apontamentos de aula. Salvador, 1998. 348 p.

_____. Introdução à Auditoria operacional. São Paulo: FGV, 2000. 136 p.

ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos; ARRUDA, Daniel; BARRETTTO, Pedro Humberto Teixeira. Auditoria Contábil: enfoque teórico, normativo e prático. São Paulo: Saraiva, 2008. 366 p.

BARROS, Elizabeth Ferraz. Auditoria de desempenho nos Tribunais de Contas estaduais brasileiros. São Luís, MA: [S.I.], 2000. 254 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Constituição (1967). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

BRASIL. Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Manual de auditoria de desempenho. Brasília, DF: TCU, 1998.



BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Seprog. Manual de Auditoria Operacional. 3. ed. Brasília, DF: TCU/Seprog, 2010. 71 p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Resolução nº 206, de 27 de novembro de 1980. (Revogada). Dispõe sobre o exercício da auditoria financeira e orçamentária, o julgamento das contas dos responsáveis por bens e valores públicos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

CANADÁ, Ottawa. Manual de auditoria integrada: parte 1 – geral. Tradução TCE-BA. Ottawa: Gabinete do Auditor Geral do Canadá, 1984.

COTIAS E SILVA, Artur Adolfo. O Tribunal de Contas da União na história do Brasil: evolução histórica, política e administrativa (1890–1998). In: BRASIL. Tribunal de Contas da União. Prêmio Serzedello Corrêa 1998: Monografias Vencedoras. Brasília, DF: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 1999. 281 p.

ESCRITÓRIO de *Accountability* Governamental (GAO). Normas de auditoria governamental; Revisão 2003. Tradução de Pedro Humberto Teixeira Barretto e Jayme Baleeiro Neto. Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia. 2005. 254 p.

ESCRITÓRIO do Auditor Geral do Canadá (OAG). Glossário de Termos de Auditoria: parte integrante do Manual de Auditoria Integrada. Tradução de Maria Emiliania Passos *et al.* Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 1995. 64 p. (Série de Traduções do TCE nº 06).

ESCRITÓRIO Nacional de Auditoria. *National Audit Office* (NAO). Um Modelo para Auditoria de Otimização de Recursos – (*value for money audits* – *VFM*). Tradução do Tribunal de Contas do Estado da Bahia. Salvador: TCE, 1995. 20 p. (Série de Traduções do TCE nº 01).

EVERARD, P.; WOLTER, D. Seleções de termos e expressões utilizados em matéria de auditoria externa das finanças públicas. Sydney, Austrália: Intosai. 1989. 196 p.

INTOSAI. Diretrizes para aplicação de normas de auditoria operacional: normas e diretrizes para auditoria operacional baseadas nas normas de auditoria e na experiência prática da INTOSAI. Tradução de Inaldo da Paixão Santos Araújo e Cristina Maria Cunha Guerreiro. Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 2005.

KELL, Walter G.; BOYNTON, William C. Auditoria moderna. 2. ed. México: Continental. 1995, 836 p.

LAURENT, Philippe. Pratique de L’Audit Operationéli. Paris: les ed. D Organisation, 1991.

ORGANIZAÇÃO Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai). Diretrizes para aplicação de normas de auditoria operacional: normas e diretrizes baseadas nas normas de auditoria e na experiência prática da Intosai. Tradução de Inaldo da Paixão Santos Araújo e Cristina Cunha Guerreiro. Salvador: TCE/BA, 2005. 166 p. (Série de Traduções do TCE nº 10).

RAMIÓ, Carles. Las auditorías administrativas en el sector público: experiencias en la administracion regional de Cataluña. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, vol. IV, n. 1, p. 185-206. jan/jun, 1995.

RAMIÓ, Carles; MAS, Jordi. La auditoría operativa en la práctica – técnicas de mejora organizativa. Barcelona: Marcombo. 1997. 393 p.

REIDER, Harry R. The complete guide to operational auditing. New York: Jonh Wiley & Sons, Inc., 1993. 282 p.

ROCHA, Arlindo Carvalho. A função da auditoria operacional na avaliação e no controle de entidades governamentais. Revista do Tribunal de Contas da União, Brasília, DF, n. 44, abr/jun. 1990, p. 67-79.

SILVA, Lino Martins. Considerações sobre o controle do Controle: reflexões sobre uma ciência desconhecida. Revista do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 48, set. 2011, p. 54-40.

Auditoria Operacional: um marco nas ações do TCE/PB

Antônio Gomes Vieira Filho*

A Auditoria Operacional é mais uma das alternativas de aplicação *praxis causum* dos métodos, técnicas e procedimentos de Auditoria Geral com vistas à apreciação do desempenho dessa natureza em processos, procedimentos, planos, programas e projetos organizacionais, com fundamento nos conceitos de eficiência, eficácia, economicidade e efetividade.

Embora haja registros de sua prática desde a segunda metade do Séc. XX, com o surgimento das agências internacionais de fomento, somente nos últimos anos verificou-se um grande interesse por trabalhos de Auditoria Operacional, à luz das mudanças introduzidas no paradigma administrativo, sobretudo na área pública. Transparência, comprometimento público com ações orientadas para o bem comum, adoção de práticas de Governança Corporativa por entidades públicas, passaram à ordem do dia, e a Auditoria Operacional, como uma luva, vestiu-lhes do manto de legitimidade que a sociedade impõe e exige, cada vez mais, de seus governantes.

No Brasil, destacou-se sobremaneira o Programa de Modernização do Controle Externo – PROMOEX, capitaneado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), cujos vetores incluem as práticas de Auditoria Operacio-

* Auditor (Conselheiro Substituto) do TCE/PB. Mestre em Administração Financeira e professor universitário.



nal como instrumento capaz de assegurar à sociedade a legitimidade dos atos de seus gestores públicos. Assim, ainda na última década do século passado, o TCE/PB iniciou estudos e proporcionou treinamento a alguns de seus técnicos, para que passassem a adotar o enfoque operacional nos relatórios de auditoria de gestão.

Em 2008, iniciou-se o primeiro trabalho de Auditoria Operacional realizado por técnicos do TCE/PB na área de saúde, tendo como objeto de estudo o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Em seguida, passou-se à execução de um trabalho piloto nacionalmente, na área de educação, tendo como foco a formação de professores do ensino fundamental. Na sequência, foi realizada uma segunda auditoria operacional na área de saúde, avaliando as estratégias de saúde da família, programa que sucedeu ao PSF. Por fim, realizou-se a primeira auditoria operacional na área de saneamento, direcionado para os sistemas de abastecimento de água do Estado da Paraíba. Atualmente, encontra-se em andamento mais um trabalho, este tendo por enfoque o meio ambiente.

São múltiplas e praticamente ilimitadas as possibilidades da Auditoria Operacional como tecnologia capaz de evidenciar e avaliar os resultados da ação dos gestores, principalmente na área pública, em que a principal característica da gestão – a descontinuidade administrativa – tende a diminuí-los. Ao adotar de forma regular e recorrente a sua prática, o TCE/PB dá um importante salto qualitativo em seus trabalhos, alinhando-os com o pensamento e os anseios da sociedade, cada vez mais consciente da necessidade do bom uso dos recursos públicos e dos resultados da ação de seus governantes e gestores públicos, único meio disponível para a construção de uma nova realidade melhor e mais digna para todos.

Não há dúvidas de que a iniciativa do PROMOEX, consoante se constata em praticamente todos os órgãos brasileiros de controle externo, representa um novo capítulo na história dos Tribunais de Contas, garantindo sua integração nacional e a sua modernização inevitável, decorrente da necessidade de que se consiga buscar políticas públicas e ações governamentais que estejam de acordo com as necessidades da população, o que resultará em benefícios.

A definição dos temas/áreas de auditoria operacional é, geralmente, realizada em âmbito nacional, com base em sugestões fornecidas pela Diretoria do PROMOEX às Cortes de Contas Estaduais e Municipais

brasileiras, com alguma margem de discricionariedade para determinados programas e ações, desde que inseridos em uma temática específica mais abrangente, a exemplo, atualmente, do Saneamento. Nada, entretanto, obstaculiza que cada órgão de controle externo defina as áreas/temas consideradas prioritárias para a realização de auditorias operacionais, notabilizando-se, neste aspecto, os Tribunais de Contas do Município do Rio de Janeiro e do Distrito Federal, os quais assumiram posição de destaque nesse aspecto.

A metodologia corrente geralmente aplicada em auditorias operacionais públicas é uma adaptação da proposta do ISSAI (Implementation Guidelines for Performance Auditing), concebida pelo INTOSAI (International Organisation of Supreme Audit Institutions), que é a organização central para o escrutínio público externo. Há mais de 50 anos, a INTOSAI fornece um quadro institucional para transferir e aumentar o conhecimento, com o objetivo de melhorar a auditoria externa pública mundial e, conseqüentemente, reforçar a posição, a competência e o prestígio da ISC diferentes em seus respectivos países. De acordo com o lema da INTOSAI, *experientia prodest mutua omnibus*, a troca de experiências entre os membros da INTOSAI e as conclusões e devidas perspectivas constituem uma garantia de que a auditoria do governo avança continuamente em direção a novos objetivos. Com esta filosofia, o conhecimento e a experiência dos órgãos de controle externo públicos são disseminados e compartilhados entre as instituições, de modo que todas tenham as mesmas oportunidades evolutivas.

No presente momento, o TCE da Paraíba efetua estudos com vistas à análise do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações oportunamente feitas à Secretaria de Estado da Educação (monitoramento já concluído) e à Secretaria de Estado da Saúde – Hospital de Trauma Humberto Lucena (monitoramento em execução) –, resultantes da Auditoria Operacional. Quanto ao trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família, o processo encontra-se na fase de notificação dos gestores para apresentarem planos de ações, e, por último, o Relatório elaborado sobre Sistemas de Abastecimento de Água foi encaminhado aos gestores envolvidos para suas considerações, antes de ser relatado em Plenário.

Esta publicação veio em boa hora preencher uma lacuna que, inclusive, foi motivo de demandas por partes de jurisdicionados, profissionais

da área e representantes de entidades públicas, os quais estão interessados em conhecer, em toda extensão, os trabalhos realizados, tal a variedade e a qualidade das informações contidas nos relatórios. Na condição de relator desses primeiros trabalhos e, mais ainda, como estudante da temática, é, para mim, motivo de orgulho poder, de algum modo, colaborar para a consolidação da auditoria operacional no TCE/PB, enxergando, na prática, um manancial de trabalhos orientados para a melhoria da condição humana, da existência e das perspectivas do nosso povo sofrido.

O material produzido pelo grupo de trabalho durante a realização das auditorias operacionais encontra-se disponível para acesso na rede interna do Tribunal em `Publico\\tcepb-arq- AOP` e, brevemente, será publicado através do *website* do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba.



Relatório

“São múltiplas
e praticamente ilimitadas as possibilidades da Auditoria Operacional como tecnologia capaz de evidenciar e avaliar os resultados da ação dos gestores, principalmente na área pública, em que a principal característica da gestão – a descontinuidade administrativa – tende a diminuí-los.”

Antônio Gomes Vieira Filho

Relatório de Auditoria

Operacional no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL)

Processo TC nº 03748/08

Relator: Auditor Substituto de Conselheiro Antônio Gomes Vieira Filho

Modalidade: Avaliação de Desempenho Operacional

Objetivo: Auditoria operacional no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Ato de designação: Portaria nº 05 de 12 de fevereiro de 2008

Período abrangido pela auditoria: exercícios de 2001 a 2007 e os meses de janeiro a julho de 2008

Período de realização da auditoria: de 12 de fevereiro a 12 de setembro de 2008

Composição da equipe:

Auditor de Contas Públicas	Matrícula
Adriana Falcão do Rêgo Troccoli	370.110-7
Emmanuel Teixeira Burity	370.293-6
Maria de Fátima Araújo (Coordenação)	370.013-5

Unidade: Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL)



Vinculação: Secretaria de Estado da Saúde

Responsáveis: Diretor Geral – HEETSHL:

Ginaldo Lago Filho – de agosto/2001 a dezembro/2002

Tirone dos Santos Soares – de janeiro/2003 a julho/2004

Newton de Araújo Leite – de agosto/2004 a junho/2005

Juan Jaime Alcoba Arce (interino) – de junho/2005 a outubro/2005

Jomar Paulo Neto – desde outubro/2005

Resumo

A auditoria operacional realizada no Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL) teve como objetivo avaliar o desempenho da instituição auditada, sob as dimensões da economicidade, da eficiência e da eficácia. Na fase de planejamento, a aplicação de técnicas de diagnóstico ajudou a definir o problema de auditoria: “O HEETSHL foi criado dentro de uma política nacional de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência. A sociedade, portanto, desde sua instalação, conferiu-lhe alta credibilidade que, paradoxalmente, somada à carência da rede hospitalar em geral, vem desvirtuando o perfil da instituição e comprometendo a qualidade dos serviços prestados”. A partir do problema, foi definido o escopo da auditoria, demonstrado na matriz de planejamento.

O HEETSHL atende pacientes de toda a Grande João Pessoa e demais municípios do Estado da Paraíba, além de outros oriundos das cidades circunvizinhas dos Estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Constatou-se que a sua demanda de atendimentos é superior à capacidade, causando superlotação. Foram feitas recomendações de adoção de medidas, dentre outras, no sentido de reavaliar a operacionalização da Central de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, para que distribua, com mais eficiência e de forma equilibrada, os atendimentos de pacientes, observando o perfil de cada unidade hospitalar. Também foram recomendadas a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência, em cumprimento às normas



do Ministério da Saúde, e a elaboração de um protocolo estadual de referências e contra-referências.

O Termo de Compromisso Entre Entes Públicos celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa formalizou a contratação de serviços hospitalares do HEETSHL, sob gerência do Estado, estabelecendo metas físico-financeiras e de avaliação qualitativa. Observou-se que a maioria das ações, metas, indicadores e produtos constantes do TCEP não foram implementados ou alcançados. Cabe recomendar a prorrogação, por meio de aditivo do TCEP, com a finalidade de sua implementação.

Após sete anos de instalação, não existe uma normatização do funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, ou seja, Regimento Interno, organograma oficial próprio, estrutura organizacional e Plano de Cargos e Salários. O HEETSHL não dispõe de um quadro próprio de pessoal, mas prestadores de serviço que ingressaram através de um Processo Seletivo para contratação temporária, realizado em 2001; servidores efetivos da Secretaria de Estado da Saúde, com lotação no Hospital; servidores de outros órgãos, sejam estaduais, federais ou municipais; prestadores de serviço sem qualquer vínculo e, mais recentemente, servidores admitidos em concurso realizado pela SES em 2007, no caso de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista farmacêutico, assistente social e técnicos em enfermagem e em radiologia. Quanto ao cargo de médico, atuam ainda prestadores de serviço contratados através de Processo Seletivo, realizado já em 2008, tendo em vista o não-preenchimento de vagas previstas no concurso de 2007, além de médicos pertencentes a cinco cooperativas – COOPANEST, COORT, COOPECIR, COOPED e COOMIT.

Necessário se faz que se proceda à contratação de candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007 e à identificação do quantitativo indispensável para cada função no Hospital, providenciando-se novos certames até que seja efetivado um quadro próprio de pessoal, o que possibilitará a capacitação e o equacionamento de remunerações, inclusive no que tange à gratificação de produtividade.

O HEETSHL só foi considerado como Unidade Orçamentária do Estado no exercício de 2005, mas, mesmo assim, não de forma plena. Todos os recursos para o Hospital são oriundos do Tesouro do Estado – SES – ou do FESEP, inclusive os repasses efetuados pelo Sistema Único

de Saúde do Ministério da Saúde, os quais são transferidos através da SMS-JP para o Estado.

Verificou-se não haver uma prática de concentração das despesas relacionadas ao hospital, sendo realizadas de formas variadas. Em decorrência, não foi possível precisar o montante exato de recursos disponibilizados para o HEETSHL, evidenciando-se, entretanto, serem insuficientes e/ou ineficientemente geridos, tendo em vista o acúmulo de débitos com fornecedores e prestadores de serviço, a falta de materiais e o nível insatisfatório de conservação de equipamentos e das instalações.

Dentre outras recomendações feitas quanto ao assunto, ressalta-se a necessidade de se elaborar um orçamento individual para a unidade hospitalar, de acordo com as despesas essenciais (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos e outros), mesmo que não seja unidade gestora, mas que viabilize efetivar um controle e uma estimativa de custos, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina.

Examinando-se a questão referente à realização de cirurgias, constatou-se haver um alto índice de cancelamento de cirurgias agendadas, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há internação e onerando os custos do Hospital. Para reverter a situação, recomendou-se implantar um controle mais eficaz, utilizando-se, de forma efetiva, o módulo Centro Cirúrgico do HOSPUB, além de outros registros, o qual possibilitaria detectar as causas motivadoras de tais cancelamentos e uma otimização do serviço.

Na sessão do dia 18 de dezembro de 2008, por decisão plenária, foi aprovada a Resolução RPL-TC-049/2008, de que constaram determinações e recomendações, cujo grau de cumprimento e implementação foi examinado, por ocasião de Monitoramento realizado ao final do primeiro semestre de 2011. Cumpre salientar que, a partir de julho de 2011, foi firmado contrato de gestão entre o Estado da Paraíba, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Cruz Vermelha Brasileira Filial do Estado do Rio Grande do Sul, com vistas ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde no HEETSHL. O monitoramento, contudo, não abrange o período da gestão da Cruz Vermelha, a partir de julho do corrente. Os aspectos relativos à licitação e à legalidade

do contrato de gestão são objeto dos Processos TC nº 10113/11 e 10295/11, respectivamente.

Não obstante, é oportuno observar que alguns dos aspectos tratados pela Auditoria Operacional realizada no Hospital de Trauma têm estreita relação com alguns pontos do Projeto Básico e das metas para os serviços de saúde a cargo da Cruz Vermelha, constando, entretanto, apenas valores financeiros, sem os respectivos quantitativos e/ou indicadores. Alguns desses aspectos são os seguintes:

- a) Rever e iniciar os processos de implantação das comissões de Controle de Infecção Hospitalar, de Ética Médica, de Revisão de Prontuários, de Prevenção de Acidentes, dentre outras;
- b) Observar a política nacional de humanização do Ministério da Saúde;
- c) Auxiliar a contratante (SES) na análise das guias de internação e guias de atendimento ambulatorial faturados e enviados aos órgãos competentes;
- d) Possibilidade de contratação de profissionais médicos também por via cooperativa ou pessoa jurídica;
- e) Pagamento de remuneração extra com base em produtividade e critérios de avaliação a funcionários efetivos do Estado lotados no HEETSHL;
- f) Promover o atendimento de urgência e emergência à população de qualidade e resolutivo;
- g) Permitir o direcionamento para os hospitais da rede, pela Central de Regulação de Vagas, dos casos com necessidade de internação;
- h) Estabelecer um mecanismo para conhecer a origem e fluxos de pacientes entre as diferentes unidades de saúde, incluindo origem da demanda dos pacientes atendidos, fluxos existentes entre Unidades de Saúde, dentre outros.

Com relação ao Monitoramento da Auditoria Operacional realizada, observou-se que, de certa forma, o acompanhamento das providências tomadas em resposta às recomendações/determinações exaradas pelo TCE, em interação com os gestores responsáveis, foi dificultado diante das constantes mudanças ocorridas tanto na gestão do hospital como da Secretaria

e do próprio Executivo Estadual. As várias equipes dirigentes do hospital, entretanto, foram bastantes receptivas à auditoria durante as visitas técnicas e reuniões, não ocorrendo o mesmo em relação aos três titulares da SES, que se sucederam desde 2008. Cabe ainda ressaltar que qualquer um dos três sucessivos Chefes do Executivo sequer ponderou sobre a recomendação do Tribunal de Contas de transformar o HEETSHL em uma Fundação.

Das determinações emanadas desta Corte de Contas, por intermédio da Resolução RPL-TC-049/2008, duas foram cumpridas e duas parcialmente cumpridas. Três delas, entretanto, não foram cumpridas, quais sejam:

- a) De responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, conjuntamente com a Direção do HEETSHL:
 - I. providenciem a formação de um quadro próprio de médicos efetivos ou, enquanto não seja possível o preenchimento total através de concurso público, a contratação, através de processo seletivo simplificado, por tempo determinado, observando-se as especialidades e quantitativos condizentes com as necessidades reais do HEETSIL; e
 - II. identifiquem o quantitativo necessário para o desempenho de todas as atividades do hospital e realizem concurso público para contratação de pessoal destinado aos cargos que não foram contemplados no certame de 2007;
- b) De responsabilidade da Direção do HEETSHL;
- c) Implante a Comissão de Revisão de Prontuários em cumprimento à Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina.

Com relação às recomendações, do ponto de vista puramente percentual, tem-se que 67% foram implementadas, parcialmente implementadas ou estão em implementação. Isto demonstra o impacto positivo gerado em múltiplos aspectos, pela Auditoria Operacional realizada naquela instituição. Apesar de as recomendações não implementadas representarem apenas 30 % do total, muitas dessas possuem grande relevância para a melhoria do desempenho, não somente da instituição auditada, como da rede estadual de urgência e emergência, com reflexos diretos na qualidade do atendimento à população.

Como consequências da não-implementação dessas recomendações e mesmo da implementação apenas parcial de outras, podem ser citadas:

- a) A superlotação de pacientes, em especial na Emergência, pela demanda tanto espontânea como regulada (através do SAMU/Central de Regulação Municipal de João Pessoa) que continua superior à capacidade de atendimento do hospital, além do não-encaminhamento de forma eficiente de pacientes fora do perfil (emergência e trauma) para outros estabelecimentos de saúde;
- b) A não-recuperação de gastos com alguns procedimentos de alta e média complexidade, por:

I. Não regularização de cadastros;

II. Falhas no preenchimento de prontuários que, se informatizados, reduziriam as glosas;

III. Ultrapassarem os valores pactuados como tetos de recursos do SUS;

- c) Fragilidade no registro e no controle do tempo de espera para realização de cirurgias eletivas, pela não-implantação de gerenciamento informatizado.

Da análise das determinações cumpridas e recomendações implementadas, vê-se que os pilares da instituição continuam a apresentar sinais de fragilidade, a saber – problemas relacionados a pessoal, recursos financeiros não estipulados e não garantidos, deficiência no gerenciamento de equipamentos e falta de autonomia de gestão da equipe dirigente da instituição. Por sua vez, a gestão da saúde e, em particular, da rede hospitalar interfere diretamente no desempenho do hospital de emergência e trauma. Por conseguinte, a instalação de Central Estadual de Regulação é imprescindível, em articulação com as Prefeituras do Estado, a partir de uma planificação da rede de atenção à saúde, englobando todos os níveis de complexidade. A instalação das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs mostra-se oportuna, se bem gerenciada dentro da rede de atendimento de urgência e emergência.

I. Introdução

Antecedentes

- 1.1. A Constituição Federal de 1988 atribuiu aos Tribunais de Contas, dentre outras competências, aquela de auxiliar o Poder Legislativo na fiscalização operacional das entidades da administração direta e indireta. A auditoria operacional ocupa-se da análise dos aspectos relativos à economicidade, à eficiência, à eficácia, à efetividade e à equidade das ações, programas, órgãos ou atividades da Administração Pública, contribuindo para o aperfeiçoamento da ação governamental.
- 1.2 O Tribunal de Contas da Paraíba participa do Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios Brasileiros – PROMOEX–, o qual tem, dentre os seus objetivos, a implementação da auditoria operacional nos Tribunais de Contas. Por designação da Presidência do Tribunal de Contas da Paraíba, foi constituído Grupo Especial de Trabalho, em 12 de fevereiro de 2008, para a realização de auditoria operacional nos órgãos por ele jurisdicionados. O presidente do TCE/PB, conselheiro Arnóbio Alves Viana, determinou a realização de avaliação de desempenho do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, hospital de referência no atendimento de urgência e emergência.

Identificação do Objeto da Auditoria

1.3 Situado na Rua Orestes Lisboa, sem número, no Conjunto Pedro Gondim, em João Pessoa, Paraíba, o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena tem a missão de *“Promover a dignidade da pessoa humana, preservando-lhe e resgatando-lhe a saúde, oferecendo-lhe atendimento de boa qualidade, universal e igualitário”*¹. Com a visão de *“Tornar-se hospital de referência nacional do atendimento de urgência e emergência ao paciente politraumatizado”*², o HEETSHL presta atendimento gratuito a qualquer paciente que lhe seja encaminhado ou que a ele se dirija espontaneamente, especialmente no que se refere à urgência, à emergência e à internação de pacientes acometidos de politraumatismos.

1.4 O HEETSHL realiza atendimentos nas áreas de: anestesiologia; cirurgias geral, pediátrica, plástica, torácica e vascular; clínica médica geral; endoscopia digestiva; tratamento intensivo; neurocirurgia; oftalmologia; otorrinolaringologia; pediatria; radiologia; traumatologia; urologia; cirurgia buco-maxilo-facial e angiologia.

Objetivos da Auditoria

1.5 A auditoria operacional realizada teve como objetivo avaliar o desempenho da instituição auditada, sob as dimensões da economicidade, da eficiência e da eficácia. Buscou-se analisar o desempenho operacional das principais funções do Hospital de Trauma: os atendimentos de urgência e emergência. A aplicação de técnicas de diagnóstico, como se verá adiante, permitiu a identificação de fraquezas e ameaças que orientaram a definição do problema de auditoria.

1. _____. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Termo de Compromisso entre entes públicos. Anexo II. João Pessoa, nov. de 2007.

2. Idem.

1.6 Foi identificado o seguinte problema de auditoria: O HEETSHL foi criado dentro de uma política nacional de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência. A sociedade, portanto, desde sua instalação, conferiu-lhe alta credibilidade que, paradoxalmente, somada à carência da rede hospitalar em geral, vem desvirtuando o perfil da instituição e comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

1.7 A partir do problema, foram elaboradas as seguintes questões de auditoria:

1. A demanda do Hospital é compatível com:

- a) Seu perfil de Urgência e Emergência?
- b) Sua capacidade de atendimento?
- c) Sua área geográfica de atuação?

2. Em que medida tem sido observada a Pactuação estabelecida entre o Estado e o Município de João Pessoa, com relação ao HEETSHL?

3. Há disponibilidade suficiente e adequada de recursos humanos e financeiros, de equipamentos e materiais médico-hospitalares e de medicamentos para o pleno funcionamento do hospital?

4. O Hospital tem utilizado sua capacidade máxima de realização de cirurgias?

1.8 A escolha dos aspectos abordados nas questões de auditoria decorreu da identificação de suas relevâncias no contexto da instituição.

CrITÉRIOS

1.9 Os critérios de auditoria utilizados, padrões gerais para se emitir opinião sobre o desempenho do HEETSHL, encontram-se em normas do Ministério da Saúde, Resoluções dos

Conselhos Regional e Federal de Medicina, Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor Regionalizado, Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, o Termo de Compromisso entre Entes Públicos, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (SMS–JP), dentre outras. O Anexo II do TCEP apresenta um Plano Operativo Anual, que contém metas físico-financeiras para o HEETSHL, assim como metas, ações, produtos e indicadores qualitativos. Foi analisada a eficácia, quanto ao alcance destas metas e à implementação das ações.

Metodologia

- 1.9.1.** Durante a fase de planejamento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a diretoria do HEETSHL e com pessoas que atuam em setores de importância estratégica para a auditoria, como Urgência/Emergência, Contas Médicas, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Recursos Humanos, Manutenção, Nutrição, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Bloco Cirúrgico etc. Com isso, buscou-se obter um diagnóstico da situação do Hospital, bem como saber da existência de dados e informações necessárias, como indicadores hospitalares e sistemas informatizados.
- 1.10** Também foram pesquisados relatórios anteriores do Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, de fiscalização do Conselho Regional de Medicina e de atividades elaborados pelos setores do HEETSHL, Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, celebrado entre o Estado e o Município de João Pessoa, literatura sobre gestão hospitalar e informações disponíveis na *Internet*, principalmente em *sites* oficiais dos governos federal, estadual e municipal.

- 1.11** Além disso, foi realizada pesquisa, por meio de questionário, contendo questões fechadas e abertas sobre os possíveis problemas existentes e possibilidades de melhoria, o qual foi disponibilizado a todos os que exercem atividades no Hospital (fls.13). Os resultados contribuíram para a realização das técnicas de diagnóstico.
- 1.12** Foram, então, aplicadas as seguintes técnicas de diagnóstico: Mapa de Processo, Análise *SWOT*, Diagrama de Verificação de Risco e Análise *Stakeholder*.
- 1.13** O Mapa do Processo do atendimento de urgência e emergência³ representa graficamente os passos seguidos no processo de atendimento de pacientes, da forma que é realizado atualmente. Nele se destacam alguns dos problemas e oportunidades de melhoria identificados.
- 1.14** A Análise *SWOT*, cuja sigla é originada do inglês (*strength, weakness, opportunities, threats*), busca identificar as forças e fraquezas do ambiente interno, assim como as oportunidades e ameaças do ambiente externo. Com base na Análise *SWOT*, foi elaborado o Diagrama de Verificação de Risco, em que os riscos que podem afetar o desempenho da instituição estão relacionados com seus graus de impacto e probabilidade de ocorrência.
- 1.15** A Análise *stakeholder* teve o objetivo de identificar os principais atores envolvidos com o ente auditado. Buscou conhecer os seus interesses e como esses irão afetar a instituição objeto da auditoria. Os *stakeholders*, ou atores, são aqueles que têm influência ou importância decisiva para o sucesso da organização.

3. Apêndice I.

- 1.16** Ao final do planejamento, foi realizada uma reunião com a Diretoria do HEETS HL e outras pessoas que atuam no hospital, em que foram apresentados os resultados das técnicas de diagnóstico, bem como a Matriz de Planejamento, elaborada a partir delas. Na ocasião, foram explicitadas, quanto à Matriz de Planejamento, as questões de auditoria, com as informações requeridas, fontes de informações, estratégias metodológicas, métodos de análise de dados, limitações e o que a análise de cada questão permitiria dizer.
- 1.17** Na fase de execução, constituíram estratégias metodológicas as visitas de estudo ao HEETS HL e a outros hospitais que constam como de retaguarda, no Plano Estadual de Saúde, e a utilização de dados primários e secundários. Os métodos consistiram em observação direta, coleta de registros administrativos e a realização de entrevistas estruturadas e semiestruturadas com a Direção do HEETS HL e de outros hospitais (Instituto Hospitalar General Edson Ramalho – IHGER, Hospital Municipal Santa Isabel, Hospital São Vicente de Paulo e Complexo Hospitalar de Mangabeira), com a Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa e com várias coordenações e chefias do HEETS HL.
- 1.18** Dentre as limitações observadas, pode-se mencionar: os entrevistados, ao defenderem seus interesses, por vezes conflitantes com os de outros, podem comprometer a relevância e a confiabilidade das informações; os dados disponibilizados normalmente não contemplam avaliação de desempenho; há dificuldade de obtenção de dados referentes a recursos humanos e financeiros e à execução de procedimentos pactuados; alguns Relatórios de Atividades do HEETS HL são superficiais em suas abordagens; inexistência de uma prática de registro de cancelamentos de cirurgias com suas respectivas causas, etc.

Forma de Organização do Relatório

- 1.19** Este relatório apresenta a auditoria operacional realizada no HEETS HL, por integrantes do Grupo Especial de Trabalho, iniciado, no **Capítulo 2**, com uma visão geral da instituição auditada, em que é discutida a relevância do tema e a importância do objeto de auditoria – hospital de referência no atendimento de urgência, emergência e de politraumatizados no Estado da Paraíba.
- 1.20** O **Capítulo 3** trata da primeira questão de auditoria, em que se procura conhecer as características da demanda, expondo-se os principais motivos de atendimentos, a procedência dos pacientes e o número de internações, confrontando-se com a capacidade de atendimento.
- 1.21** No **Capítulo 4**, é avaliado o cumprimento da Pactuação estabelecida no TCEP, celebrado entre o Estado da Paraíba, representado pela SES, e o Município de João Pessoa, representado pela Secretaria Municipal de Saúde. O TCEP formaliza a contratação de serviços hospitalares ofertados por hospitais sob gestão municipal e gerência do Estado e a respectiva forma de pagamento, estabelecendo metas físicas, volume da prestação de serviços e metas qualitativas referentes à humanização do atendimento e à melhoria da qualidade do atendimento prestado.
- 1.22** Os aspectos relacionados a recursos humanos foram abordados no **Capítulo 5**, dividindo-se, para efeito didático, em quatro grupos – *Direção, Chefia, Coordenação e Secretária; Saúde/Médicos, Saúde/Outros e Apoio* –, em que são apresentados levantamentos referentes a quantitativo, vínculo com a instituição e formas e valores de remuneração. Este capítulo trata também dos recursos financeiros concernentes ao HEETS HL, investigando-se o grau de autonomia financeira e, conseqüentemente, de poder de decisão quanto à gestão, além de analisar a estrutura do Hospital no que tange à instalação física, equipamentos, materiais médico-hospitalares e medicamentos.

- 1.23** A última questão prevista na Matriz de Planejamento- Realização de Cirurgias – é vista no **Capítulo 6**, e, apesar da escassez de material que servisse de subsídio para seu exame, foi intencionalmente escolhido o assunto por se referir a uma etapa crítica do Mapa de Processo, tendo em vista a prática rotineira de cancelamento de cirurgias e suas implicações, tais como internação prolongada, contribuindo para superlotação e elevação de custos.
- 1.24** Em todo o relatório, à medida que são identificados “achados de auditoria”, ou “oportunidades de melhoria”, são feitas sugestões para que o Tribunal de Contas da Paraíba recomende aos gestores a adoção de medidas, no sentido de solucionar ou minimizar os efeitos dos problemas que acarretam mau desempenho operacional. Em alguns casos, por se tratar de questão de natureza legal, o TCE/PB determinará o re-estabelecimento da legalidade. Ao final do relatório, as conclusões estão registradas, e as sugestões são agrupadas na Proposta de Recomendações.



2. Visão Geral

Relevância do Tema

- 2.1** A saúde é um direito social do cidadão, assegurado pela Constituição Federal, e um dever do Estado. Cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Como parte dos direitos à saúde, o cidadão deve ter acesso à Atenção Especializada e Hospitalar em função da necessidade de saúde e indicação clínica.⁴ O crescimento da população, juntamente com o aumento de índices de violência e outros fatores, tem contribuído para o aumento da demanda nas portas de entrada dos serviços de saúde. Como consequência, os estabelecimentos de saúde têm experimentado grandes fluxos de pacientes e familiares, o que, diante da falta de melhor organização dos serviços, tem comprometido sua eficiência. Atento a estes fatos, o Ministério da Saúde adotou a Política Nacional de Humanização, que tem como um de seus objetivos melhorar a qualidade do atendimento nos estabelecimentos públicos de saúde, por meio de acolhimento digno. A humanização da saúde, também chamada

4. _____. Ministério da Saúde. Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Humaniza SUS, tem como alvo principalmente os profissionais que atuam em instituições de saúde.

2.2 No Estado da Paraíba, o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena destaca-se como referência no atendimento de urgência e emergência e na internação de pacientes politraumatizados. Está registrado como pronto-socorro especializado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A importância do HEETSHL é conhecida de toda a população pessoense, paraibana e, até mesmo, de Estados vizinhos, sendo um dos maiores hospitais públicos da Paraíba, tanto em número de leitos quanto em número de atendimentos. A seleção do HEETSHL como objeto de auditoria operacional é oportuna, em razão das dificuldades enfrentadas pelos hospitais, públicos e privados, em atender à crescente demanda pelos seus serviços. O incremento da necessidade de serviços de atenção ambulatorial e hospitalar, além do aumento da capacidade de atendimento, pode comprometer não só a qualidade do serviço como pôr em risco a saúde e, sobretudo, a vida.

Histórico e Dados Técnicos

2.3 O HEETSHL originou-se da necessidade de se construir, em João Pessoa, uma unidade hospitalar para o atendimento de pacientes de emergência e trauma. Em 1998, o Ministério da Saúde criou o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Em 09 de junho de 1999, a Lei Estadual de nº 6.746 instituiu o HEETSHL, vinculado à SES, o qual foi concluído em 30 de agosto de 2000. Sua inauguração só ocorreu em 20 de julho de 2001, tendo iniciado o atendimento a pacientes em 06 de agosto de 2001.

2.4 O HEETSHL dispõe de: Centro Cirúrgico, com seis salas de cirurgia; duas salas de pequenas intervenções cirúrgicas de emergência; Centro de Diagnóstico de Imagem, com ressonância magnética, tomografia computadorizada, raio X com sistema digital de imagem, ultra-sonografia e endoscopia. Dispõe ainda de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) – adulto (dez leitos) e infantil (quatro leitos); Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), tratamento hiperbárico (dois leitos); enfermarias e postos de observação.

2.5 Os serviços gerais são: Administração; Lavanderia; Central de Materiais e Esterilização; Farmácia; Almoxarifado; Oficinas (elétrica, mecânica e marcenaria); Zeladoria; Engenharia Clínica; Corpo de Manutenção; Vestiários; Necrotério; Verificação de Óbitos; Central de Transplantes; Corpo de Resgate (bombeiros); Garagem; Câmaras de Cadáveres; Banco de Órgãos; Câmara Frigorífica; Câmara de Lixo; Lixeira para contaminados e Guaritas.

3. Demanda, Capacidade de Atendimento e Perfil do HEETSHL

Objetivo da Avaliação

3.1 Com o objetivo de avaliar se o HEETSHL oferece serviços de atendimento com eficiência, buscou-se verificar, neste Capítulo, em que condições são prestados esses serviços, partindo-se, inicialmente, do exame da relação entre as características da demanda real no HEETSHL e o seu perfil e capacidade de atendimento. Vale ressaltar que, entre 1999 e 2006, registrou-se, na Paraíba, um aumento de óbitos por causas externas – que têm relação direta com os atendimentos realizados no HEETSHL. Nesse período, o percentual em relação ao total de óbitos cresceu de 7 % para mais de 10 %. As mortes causadas por homicídio, acidentes de trânsito e suicídio representaram 67 % do total de causas externas.⁵

Demanda e Capacidade de Atendimento

3.2 O HEETSHL dispõe de 138 leitos utilizáveis, sendo 26 na Clínica Neuro e Buco, 28 nas Clínicas Trauma e Geral, 16 na Clínica

5. _____. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde.



Cirúrgica e Trauma, 4 na Clínica Médica e Neuro, 2 na Clínica de Queimados, 3 na UTI Pediátrica, 12 na Clínica Pediátrica, 10 na UTI Adulto, 6 na Semi-intensiva, 8 na UTQ, 4 na Enfermaria Especial, 4 na Clínica Médica/ Urgência, 5 na Emergência/Pediatria e 10 na Emergência Geral. Possui 6 salas de cirurgia, mas apenas em 5 são realizadas cirurgias. Conta com os serviços médicos nas especialidades de anestesiologia, cirurgias geral, pediátrica, plástica, torácica e vascular; clínica médica geral, endoscopia digestiva, tratamento intensivo, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, radiologia, traumatologia, urologia, cirurgia buco-maxilo-facial e angiologia.

3.3 De modo geral, devido às facilidades e à segurança que oferecem em face da concentração de recursos humanos e tecnológicos, os hospitais são os equipamentos de saúde preferidos, tanto pela população como pelos profissionais da área. Embora o número de leitos não tenha aumentado, desde a inauguração do HEETSHL, o número total de atendimentos apresentou crescimento em todos os exercícios, com exceção do exercício de 2004. Entre os exercícios de 2002 e 2003, registrou-se um crescimento de 20 %, e, entre 2002 e 2007, o crescimento foi de 32 %, sendo registrados 53.445 atendimentos em 2007. A Tabela 1, a seguir, relaciona os principais motivos de atendimento, conforme foi informado no cadastro de entrada dos pacientes.

Tabela 1. Atendimentos por motivo de 2002 a 2007.

Motivo de Atendimento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Acidente de bicicleta	916	1.226	1.266	1.256	1.109	1.248
Acidente de automóvel	1.753	1.758	1.526	1.455	1.456	1.386
Atropelamento	1.135	1.412	1.495	1.562	1.396	1.355
Queimadura	1.353	1.426	1.265	1.334	1.253	1.259
Arma de fogo	599	685	673	778	769	814
Queda	793	8.737	8.369	8.732	8.419	8.058
Corpo estranho	2.581	2.900	3.163	3.439	3.649	3.979
Acidente de moto	2.482	2.947	3.381	3.183	3.287	4.045
Queda de escada	129	135	139	180	223	222
Trauma	1.831	1.162	1.240	1.845	2.701	3.577
Fratura Exposta	23	9	9	2	2	1

Arma branca	315	513	598	556	587	571
Agressão física	862	1.285	1.395	1.492	1.352	1.327
Desmaio	529	648	713	739	650	674
Acidente vascular cerebral	393	523	537	852	1.067	1.273
Hipertensão	1.030	1.162	960	942	1.005	1.028
Dor de cabeça	1.338	1.931	1.841	1.915	2.436	2.647
Dor no tórax	361	349	336	990	530	626
Dor de estômago	312	302	262	149	165	228
Fraturas diversas	78	20	8	3	3	1
Dor de coluna	652	767	633	486	727	924
Retorno	425	539	1.655	611	623	701
Dor muscular	563	441	294	248	461	402
Alcoolismo	94	118	46	35	36	40
Febre	355	267	168	103	140	226
Corte	1.994	2.412	2.498	2.421	2.133	2.280
Pancada	2.374	2.959	2.650	2.761	2.774	2.589
Sangramento	313	522	706	664	741	714
Dor abdominal	1.180	1.964	1.938	2.157	2.555	2.683
Torcicolo	153	74	73	37	35	21
Problema Cardíaco	165	337	286	313	317	306
Insuficiência respiratória	197	268	286	387	389	413
Diabetes	47	52	44	25	44	70
Crise nervosa	56	119	124	154	161	189
Outros	13.085	8.395	8.807	5.635	6.494	7.568
TOTAIS	40.466	48.364	49.384	47.441	49.689	53.445

Fonte: SAME (documento às fls. 72).

Tabela 2. Atendimentos/serviços realizados de 2001 a 2007

Discriminação	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atendimentos Emerg/Urg.	11.535	40.975	46.905	49.345	47.375	49.662	48.865
Movimentações *	1.847	6.491	7.274	8.422	9.734	9.926	9.830
Óbitos totais	175	572	671	639	844	933	950
Exames de imagem **	10.287	40.233	42.398	45.210	47.757	-	-
Exames laboratoriais	19.565	72.790	72.061	74.445	81.388	97.184	83.762
Cirurgias Realizadas	1.181	4.529	4.733	4.330	3.859	4.119	4.013

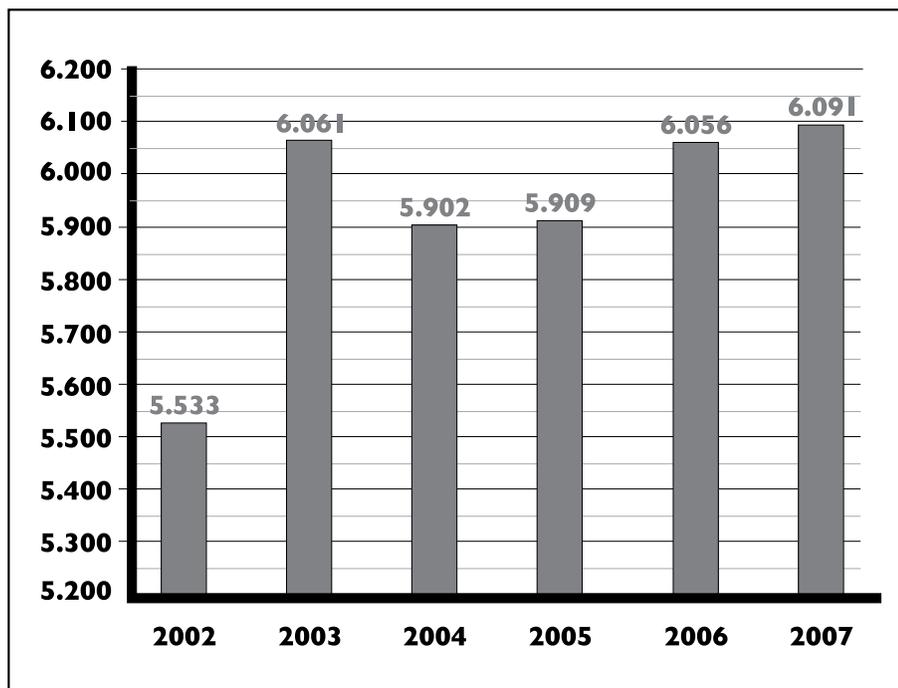
Fonte: SAME

* Internações + transferências de uma clínica ou UTI para outra unidade/clínica, a partir de setembro/04, passou a se denominar "Movimentações".

** A partir de janeiro/06, o Setor de Diagnóstico por Imagem não mais forneceu os dados do Centro de Imagem.

3.4 Por outro lado, o número anual de internações aumentou em 9,5 %, entre 2002 e 2003 e, a partir de então, estabilizou em torno de 6.000 internações, conforme o **Gráfico 1**. Esta estabilização, como se verá adiante, revela indícios de que, mantidos os índices atuais de média de permanência e taxa de ocupação, o HEETSHL mantém-se na sua capacidade máxima de internações, o que traz como consequência a ocorrência frequente de superlotação.

Gráfico 1. Internações por motivo de 2002 a 2007



Fonte: SAME

3.5 Desde as primeiras visitas de estudo realizadas no HEETSHL, a equipe de auditoria constatou a ocorrência de superlotação na Urgência, na Emergência e nas enfermarias, com a presença de pacientes colocados em macas, nos corredores, devido à insuficiência de leitos. Tal constatação também foi feita quan-

do das duas fiscalizações realizadas pelo Conselho Regional de Medicina – CRM. O relatório da fiscalização do CRM, realizada em 01 de outubro de 2007, reporta o seguinte: “No setor de observação existem seis leitos, sendo que dois pacientes estavam em macas. A capacidade da sala de observação é para quatro leitos”. E ainda: “O setor destinado à observação de pediatria é improvisado em um corredor, onde existem cinco leitos, em continuidade existe uma enfermaria masculina com seis leitos, porém havia quatro macas, perfazendo o total de dez pacientes internados, demonstrando mais uma vez a superlotação no setor”. Na segunda fiscalização do CRM, realizada em 14 de março de 2008, constatou-se a continuidade da superlotação: “SETOR DE URGÊNCIA existe uma área onde os pacientes mais graves são internados. Observa-se um excesso de pacientes internados alguns em macas (grifo nosso)”.⁶ A superlotação



Figura 1 – Superlotação no Setor de Urgência

6. _____. Relatórios de Fiscalização do CRM, às fls. 14.

também foi um dos problemas do HEETSHL informados no questionário aplicado às pessoas que desenvolvem atividades no hospital, como subsídio para a análise *SWOT*.

3.6 Além das constatações de superlotação, por meio de observação direta, existem outros fatores que corroboram a incapacidade do HEETSHL de atender toda a sua demanda espontânea e referenciada, a saber, indicadores hospitalares. A Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de recomendações técnicas ideais que servem de referência para orientação dos gestores do SUS. Os parâmetros estabelecidos por esta portaria destinam-se a subsidiar a análise da necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, a auxiliar na elaboração do planejamento e da Programação Pactuada Integrada (PPI) e a auxiliar no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS. Dentre os indicadores para avaliação hospitalar, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, consta a taxa de ocupação hospitalar (TxOH), calculada por meio da seguinte fórmula:

$$\text{TxOH} = \frac{\text{NPD} \times 100}{\text{NLD}}$$

Onde: NPD = Número de pacientes dia⁷ (em um período)

NLD = Número de leitos dia⁸ (no mesmo período)

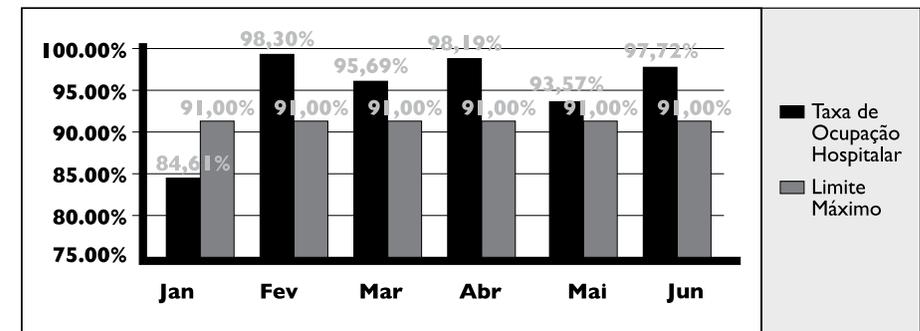
3.7 O anexo da Portaria nº 1.101/GM informa que o Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48 % de ocupação/leito/ano,

7. Paciente dia: Unidade de medida da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado. O dia da alta somente será computado se ocorrer no mesmo dia da sua internação (fonte: http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page_search.php?lang=&letter=P).

8. Leito dia: Unidade de medida que representa disponibilidade de leito hospitalar em um dia hospitalar (fonte: http://e-glossario.bvs.br/glossary/public/scripts/php/page_search.php?lang=&letter=L).

para o SUS, contra 80 a 85 % que seria a média desejável. O Plano Operativo Anual, anexo do Termo de Compromisso Entre Entes Públicos firmado entre a SES e a SMS-JP, fixou como meta para a taxa de ocupação hospitalar, no seu período de vigência – um ano, a partir de 08 de novembro de 2007 –, índice menor que 91 %, que foi o registrado no exercício de 2006. Cabe ressaltar que este índice de 91 % já é superior à taxa ideal, segundo o Ministério da Saúde, que é de 80 %. Ocorre que a taxa de ocupação hospitalar do HEETSHL, nos meses janeiro a junho de 2008, ultrapassou o limite da meta, como demonstra o gráfico seguinte.

Gráfico 2. Taxa de ocupação hospitalar de janeiro a junho de 2008



Fonte: SAME

3.8 Nos meses de fevereiro, abril e junho, a TxOH ficou próxima de 100 %, sendo 98,30, 98,19 e 97,72 %, respectivamente. Vale salientar que a média de permanência⁹ mensal, no primeiro semestre, manteve-se relativamente baixa, oscilando entre 3,25 e 4,09 dias, o que reforça a conclusão de que, mesmo tendo maximizado a produtividade dos leitos, o HEETSHL

9. A média de permanência é um indicador usado para definir a produtividade de leitos. Segundo a Portaria nº 1.101/GM, a média de permanência hospitalar Brasil/SUS/99 foi de 5,98 dias.

não consegue atender satisfatoriamente a toda sua demanda de internações. A **Tabela 3**, a seguir, contém os principais indicadores hospitalares existentes no HEETSHL.

Tabela 3. Indicadores hospitalares do HEETSHL, no período de agosto de 2001 a junho de 2008

INDICADORES	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
Média de Permanência (1)	3,75	5,95	4,15	3,61	3,65	3,79	3,94	3,80
Taxa de Ocupação (2)	55,2	86,28	82,6	85,53	83,15	84,61	88,14	94,68
Média Paciente-dia (3)	3,12	1,79	2,01	2,09	2,42	2,47	2,45	2,26
Mortalidade Global (4)	7,04	9,76	8,98	8,53	9,06	9,92	9,82	9,58
Mortalidade Institucional (5)	5,15	5,4	6,27	6,51	6,63	8,03	6,4	6,83
Índice de Renovação (6)	0,49	3,88	4,85	5,25	6,02	6,36	5,44	5,44
Intervalo de Substituição (7)	7,91	2,43	3,2	3,14	3,27	3,79	3,8	5,89

Fonte: SAME (documento às fls. 130).

* Período de agosto a dezembro de 2001.

** Período de janeiro a junho de 2008.

(1) Internações acumuladas / Saídas (altas + óbitos + remoções + transferências).

(2) Internações acumuladas X 100 / número de leitos X número de dias no mês.

(3) Internações dia / número dias mês.

(4) Óbito total X 100 / saídas (altas + óbitos + remoções + transferências).

(5) Óbitos após 24 horas de entrada no hospital X 100 / saídas.

(6) Número de saídas / número de leitos.

(7) 100 – Taxa de Ocupação X Média Permanência / Taxa de Ocupação.

3.9 Uma visão geral do perfil de atendimento do HEETSHL e do Sistema Estadual de Urgência e Emergência proporcionará uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para a superlotação no HEETSHL.

Perfil de Atendimento

3.10 O Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011 (fls. 224) dividiu o território paraibano em quatro macrorregiões de saúde (ver **Gráfico 3**). Cada uma delas é composta por um determinado número de municípios agrupados a partir

de características demográficas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, levando em conta ainda a oferta de serviços e as relações intermunicipais. Os municípios de João Pessoa e Campina Grande desempenham a função de pólos estaduais, concentrando atendimentos de maior complexidade.

Gráfico 3. Divisão do Estado da Paraíba por Macrorregiões de saúde



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

3.11 As estratégias de ação do Estado e dos municípios não são isoladas, mas integradas no contexto da Programação Pactuada Integrada, introduzida pela Norma Operacional Básica nº 01/96, do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 1996). A Portaria nº 1.097/2006 do Ministério da Saúde define a PPI como “um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde”. Por meio da PPI, são definidos os limites financeiros destinados à assistência da população própria dos municípios e das referências recebidas de

outros municípios. A PPI envolve, além de outras atividades¹⁰, a assistência ambulatorial e hospitalar, definindo as responsabilidades dos entes federativos, de forma a garantir o acesso da população a esses serviços, e tem como objetivos:

- Buscar a equidade de acesso da população, em qualquer nível de complexidade;
- Orientar a alocação de recursos financeiros;
- Definir os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso à assistência à saúde.

O processo de estabelecimento da PPI tem as seguintes etapas:

- Etapla Preliminar de Programação;
- Programação Municipal;
- Pactuação Regional;
- Consolidação da PPI Estadual.

3.12 Na Paraíba, segundo o Plano Estadual de Saúde, a implementação da Programação Pactuada Integrada/99 foi prejudicada pela inexistência de mecanismos de controle do fluxo de usuários nas referências estabelecidas. A potencialização dos objetivos da PPI requer um mecanismo de regulação, permitindo a marcação de serviços em tempo real e garantindo o acesso do usuário. Essa falta de controle prejudica a eficiência do atendimento da rede hospitalar, gerando atendimentos fora do perfil e sobrecarga nas unidades hospitalares.

3.13 O Plano Estadual de Saúde reporta ainda, como problema a ser enfrentado, o não-envolvimento dos municípios, em Gestão Plena de Atenção Básica, no controle e na emissão de

10. A PPI também envolve as atividades de vigilância sanitária de epidemiologia e controle de doenças.

Autorização de Internações Hospitalares. A participação dos municípios contribuiria para uma visão geral da situação, por meio do sistema, além de co-responsabilidade em prover o acesso aos serviços hospitalares. Consta do Plano Estadual de Saúde a informação de que o projeto da Rede Estadual de Urgência e Emergência está sendo redefinido para atender às necessidades atuais de organização da assistência à saúde.

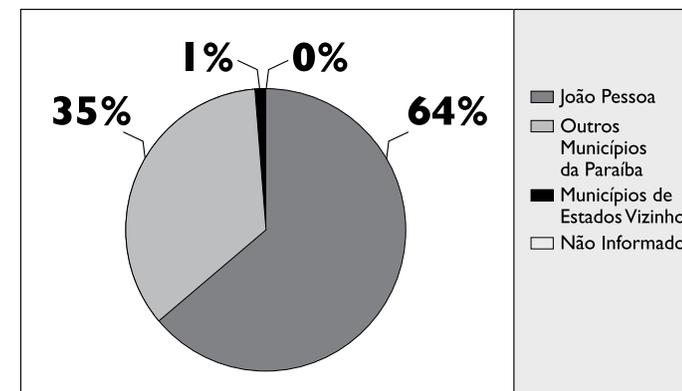
3.14 Cerca de 36 % de todos os atendimentos realizados no HEETSHL são de pacientes oriundos de outros municípios da Paraíba, senão João Pessoa, e dos Estados vizinhos de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Desde o exercício de 2003, o índice de participação de outros municípios paraibanos no total de atendimentos tem aumentado, chegando a 37,24 %, em 2007 (ver **Tabela 4**).

Tabela 4. Atendimentos por procedência.

Procedência	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Quant.	%										
João Pessoa	26.558	65,63	32.166	66,51	32.137	65,07	30.124	63,50	30.968	62,32	32.878	61,52
Outros Municípios da Paraíba	13.257	32,76	15.475	32,00	16.599	33,61	16.811	35,43	18.154	36,53	19.905	37,24
Municípios de Estados Vizinhos	606	1,50	712	1,47	640	1,30	502	1,06	564	1,14	662	1,24
Não Informado	45	0,11	11	0,02	8	0,02	4	0,01	3	0,01	-	-
Total	40.466	100%	48.364	100%	49.384	100%	47.441	100%	49.689	100%	53.445	100%

Fonte: SAME (documento às fls. 177).

Gráfico 4. Percentagens de atendimentos por procedência de 2002 a 2007.



3.15 A Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. O Regulamento estabelece que os Municípios Pólo Estadual que realizam procedimentos de Alta Complexidade devem ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou interestaduais da alta complexidade. As Centrais de Regulação são as estruturas responsáveis pela regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, dentre outros. O Plano Estadual de Saúde para 2008 a 2011 estabeleceu como meta a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência.

3.16 Diante do exposto, cabe recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que:

- a) apresente um cronograma para a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência e para a elaboração de um protocolo estadual de referências e contrarreferências;
- b) adote medidas para redução da superlotação no atendimento do HEETSHL;
- c) reconduza a Taxa de Ocupação Hospitalar do HEETSHL à meta fixada.

Sistema Estadual de Urgência e Emergência

3.17 O HEETSHL presta atendimento gratuito para pacientes do SUS ou qualquer outro que procure ser atendido, especialmente em casos de urgência e emergência e de internação para pacientes acometidos de politraumatismos. Como hospital de referência em urgência e emergência, sua demanda divide-se entre espontânea e referenciada, integrando o Sistema Estadual de Urgência e Emergência, que é composto pelos hospitais relacionados na Tabela 5.

Tabela 5. Rede Estadual de Urgência e Emergência.

Unidade Hospitalar	Retaguarda/ Suporte	Município
1 – Hospital E. de Emer. e Trauma Sen. Humberto Lucena	–	João Pessoa
2 – Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro	–	Patos
3 – Hospital de Urgência	–	Campina Grande
4 – Hospital Regional Manoel Abrantes Gonçalves	–	Sousa
5 – Hospital Pedro I	retaguarda	Campina Grande
6 – Hospital São Vicente de Paulo	retaguarda	João Pessoa
7 – Hospital Universitário Lauro Wanderley	retaguarda	João Pessoa
8 – Hospital Municipal de Pronto-Socorro “Santa Isabel”	retaguarda	João Pessoa
9 – Hospital General Edson Ramalho	retaguarda	João Pessoa
10 – Hospital Regional	Suporte	Guarabira
11 – Hospital Regional	Suporte	Picuí
12 – Hospital Regional	Suporte	Monteiro
13 – Hospital Regional de Monteiro	Suporte	Piancó
14 – Hospital Regional de Cajazeiras	Suporte	Cajazeiras

Fonte: Plano Estadual de Saúde (2008-2011).

3.18 Apesar de alguns hospitais figurarem, no Plano Estadual de Saúde, como de retaguarda – Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Universitário Lauro Wanderley, Hospital Municipal de Pronto Socorro Santa Isabel e Hospital General Edson Ramalho –, não tem sido atendida, de forma eficiente, neste sentido, a necessidade do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. A função de retaguarda, se desempenhada por outros hospitais, contribuiria para aumentar a eficiência da rede hospitalar mediante cooperação entre unidades hospitalares, em situações em que alguma unidade não tem condição de atender sua demanda.

3.19 A transferência de pacientes fora do perfil de um hospital para outros hospitais pode não ser viável, em caso de não haver leitos suficientes em toda a rede hospitalar. Com o objetivo de melhor conhecer a situação de alguns hospitais da Rede Estadual de Urgência e Emergência, em João Pessoa, foram realizadas visitas de estudo e entrevistas, nos dias 22 e 25 de agosto de 2008, em algumas destas unidades hospitalares – Hospital São

Vicente de Paulo, Instituto Hospital General Édson Ramalho, Hospital Municipal de Pronto-Socorro Santa Isabel e Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity, pois o último, mesmo não integrando ainda a Rede de Urgência e Emergência, irá absorver os serviços de urgência, emergência e traumatologia hoje prestados pelo Santa Isabel. Também foi encaminhado ofício ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU), solicitando informações sobre indicadores e leitos.

3.20 Nas entrevistas realizadas com diretores, administradores e técnicos de unidades hospitalares, uma reclamação frequente dos entrevistados foi a ineficiência das unidades básicas de saúde, em ações de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, fazendo com que muitos pacientes cheguem aos hospitais com agravamento do estado de saúde. Em muitos casos, um melhor acompanhamento dos pacientes, nos Postos de Saúde da Família – PSF, contribuiria para reduzir a demanda por serviços da rede hospitalar. As entrevistas e inspeções contribuíram para a obtenção de dados importantes como indicadores hospitalares (fls. 489), úteis para se estabelecer comparativos, como se verá adiante.

3.21 O Hospital General Édson Ramalho, sob a gerência da SES, dispõe de 151 leitos, sendo 78 na unidade de internação, 07 no Centro de Terapia Intensiva, 44 na maternidade, 08 na urgência e o restante em outros setores. Ele é referência no atendimento de média complexidade, com atendimentos em clínica médica, cirurgia, obstetrícia e centro de tratamento intensivo. Está registrado no CNES como hospital geral. Por ocasião da visita de estudo, constatou-se superlotação nos atendimentos de urgência com a existência de pacientes deitados em macas e bancos, nos corredores. No período de janeiro a julho de 2008, a menor taxa de ocupação hospitalar foi de 76,58 %, registrada no mês de maio, e a maior foi de 98,87 %, registrada em julho. No mesmo período, a média de permanência oscilou entre a mínima de 3,88 dias e a máxima de 5,47 dias.

3.22 O Hospital São Vicente de Paulo dispõe de 148 leitos e realiza atendimentos de clínica geral, neurologia e nefrologia, contando com um serviço de hemodiálise. Realiza diversos tipos de cirurgias eletivas, como de histerectomia, cisto de ovários, vesícula, apêndice e neurocirurgia. No mês de agosto de 2008, o São Vicente de Paulo solicitou à Diretoria de Regulação da SSM-JP o credenciamento e habilitação da unidade de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e cirurgia vascular. Também informou à regulação que disponibiliza um equipamento de arco cirúrgico de última geração com capacidade de realizar procedimentos de média e alta complexidade a preço da tabela do SUS. No momento em que a equipe de auditoria esteve neste Hospital, verificou-se a existência de cerca de 22 leitos vazios e utilizáveis, além da inexistência de superlotação ou pacientes colocados em macas. De fato, a menor taxa de ocupação hospitalar mensal do São Vicente de Paulo, no período de janeiro a julho de 2008, foi de apenas 40,19 %, registrada em fevereiro, e a maior taxa foi de 71,70 %, confirmando a situação encontrada *in loco*. A média de permanência mensal oscilou entre 6,25 % a 6,97 %. Na entrevista com a Diretoria, foi confirmado que alguns atendimentos, especialmente em neurologia, realizados no HEETSHL poderiam ser feitos no São Vicente de Paulo. Do total de internações ocorridas no HEETSHL, em 2007, autorizadas pela Central de Regulação do Município, 130 referiram-se à insuficiência respiratória aguda e 126 a diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica. Estes procedimentos também poderiam ser realizados no Hospital São Vicente de Paulo.

3.23 Há, portanto, oportunidades de melhoria, sendo recomendável que a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa:

- a) Avalie a qualidade do atendimento de pacientes nos Postos de Saúde da Família;
- b) Considere a viabilidade de deferir o pedido de credenciamento e habilitação do Hospital São Vicente de Paulo como alta complexidade;

- c) Reavalie a operacionalização da Central de Regulação, com vistas a uma melhor distribuição dos pacientes encaminhados ao HEETSHL, de acordo com o seu perfil;
- d) Encaminhe e autorize a internação, por meio da Central de Regulação, de pacientes com insuficiência respiratória aguda e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica no Hospital São Vicente de Paulo ou em outras unidades hospitalares, reduzindo os encaminhamentos deste tipo para o HEETSHL.

3.24 O Hospital Municipal de Pronto-Socorro Santa Isabel conta com 105 leitos e é especializado em clínica geral, pediatria, ortopedia traumatológica, cirurgia geral, torácica e neurocirurgia. Está registrado como hospital geral no CNES. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2008, a TxOH ficou em torno de apenas 62 %, atingindo o ápice do primeiro semestre, em abril, com 81,7 %. Segundo informação da Diretoria Administrativa do Santa Isabel, os atendimentos de urgência traumatológica e pediatria, em breve, não serão mais realizados naquela instituição e passarão a ser feitos no Hospital de Orto-traumatologia do Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity. Ainda sobre o Hospital Santa Isabel, cabe destacar que, em 2005, foi firmado um Pacto de Otimização do Atendimento de Urgência e Emergência na Saúde Pública da Cidade de João Pessoa, entre representantes do Município de João Pessoa e do Estado. Tal Pacto tem como objetivo priorizar o atendimento no HEETSHL e no Santa Isabel, conforme as características do perfil de cada instituição. À época, estimou-se que houvesse uma diminuição da demanda do HEETSHL, em cerca de 20 %, entretanto, como se vê na Tabela 1, isso não ocorreu. O Pacto estabeleceu como competências do Hospital Santa Isabel: fraturas fechadas, luxações fechadas, osteomielites agudas, artrites sépticas, lesões ligamentares agudas, atendimento de urgências e emergências clínico-cirúrgicas e cirurgias eletivas. Observa-se que, com a iminente transferência dos atendimentos de ur-

gência traumatológica para o Hospital de Orto-traumatologia de Mangabeira, o objeto desse Pacto perecerá.

- 3.25** O Hospital Universitário Lauro Wanderley polariza atendimento de todos os municípios do Estado, sendo referência para atenção ambulatorial especializada, entretanto, em cumprimento ao disposto no Plano Diretor de Regionalização do Estado e à Programação Pactuada e Integrada, atende as referências pactuadas para o Município de João Pessoa. No período de janeiro a julho de 2008, a TxOH do Hospital Universitário oscilou entre a mínima de 63,70 % (em janeiro) e a máxima de 73,02 % em abril. No mesmo período, a média de permanência mínima e máxima foi de 7,41 e 13,72, respectivamente.
- 3.26** O Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity abrange, de forma integrada, os Hospitais de Orto-traumatologia e Humberto da Nóbrega, além do Pronto Atendimento de Saúde Mental e a Unidade Santa Maria. Tal complexo hospitalar é referência na atenção de emergência e urgência, clínica, cirúrgica e psiquiátrica no Município de João Pessoa e também a atenção específica no atendimento de traumato-ortopedia, tanto em casos de urgência quanto de cirurgias eletivas. Em entrevista com as Diretorias Geral, Técnica, Administrativa e de Cuidados, a equipe de auditoria foi informada de que a maioria dos procedimentos ora realizados no HEETSHL também poderá ser realizada no Hospital de Orto-traumatologia. Vislumbra-se, portanto, uma valiosa oportunidade de melhoria, haja vista a possibilidade de que muitos dos pacientes encaminhados para o HEETSHL, pela Diretoria de Regulação do Município, poderão ser atendidos no Hospital de Orto-traumatologia, distribuindo-se a demanda deste gênero com maior eficiência. O Complexo Hospitalar de Mangabeira conta com 115 leitos, sendo 60 de cirurgias, 25 clínicos, 2 de pediatria, 8 de psiquiatria, 4 de hospital-dia, 8 de UTI adulto, 4 de UTI de

queimados e 4 isolamento. O Complexo Hospitalar disponibilizará à população o atendimento ambulatorial em ortopedia e cirurgia buco-maxilo-facial, atendimento de urgência e emergência em cirurgia geral, clínica médica e ortopedia/traumatologia. Dispõe ainda de Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI) e sala de redução de fraturas.

3.27 É necessário e recomendável que a SES inclua o Hospital de Orto-traumatologia no Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Também é mister que a SES e a Secretaria Municipal de João Pessoa articulem-se, no sentido de estabelecer, de forma clara e eficiente, o papel de cada instituição integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, principalmente, quanto ao Hospital de Orto-Traumatologia do Complexo Hospitalar de Mangabeira e ao HEETSHL, inclusive com redefinição de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, de forma a manter o equilíbrio do sistema, reduzindo a sobrecarga de atendimentos suportada hoje pelo HEETSHL.

4. Atuação Estabelecida Entre o Estado e o Município de João Pessoa, com Relação ao HEETSHL

4.1 A PPI deverá ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é composta por representantes do Estado e dos Municípios¹¹. A Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB/PB) é um colegiado composto por cinco representantes da SES da Paraíba e cinco do órgão de representação dos Secretários Municipais do Estado da Paraíba.

4.2 Com relação ao Município de João Pessoa, a CIB/PB homologou, em 12 de novembro de 2007, por meio da Resolução nº 379/CIB-PB, o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP), celebrado entre o Estado da Paraíba, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, e o Município de João Pessoa, representado pela Secretária Municipal de Saúde. O TCEP tem como objeto “a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob gestão municipal e gerência do Estado, localizadas no município de João Pessoa, definindo o papel do hospital no sistema municipal integrando-o à rede de forma regionalizada e hierarquizada de acordo com a abrangência e o perfil

11. NOA-SUS 01/2002.



*inerente a cada unidade hospitalar...*¹² Sua vigência é doze meses, a partir da data de sua assinatura (08 de novembro de 2007), podendo ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer uma de suas cláusulas e condições estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de noventa dias a partir do sexto mês de vigência.

4.3 Integram o TCEP (Anexo II) os Planos Operativos Anuais referentes a sete hospitais estaduais situados em João Pessoa, quais sejam: Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Sanatório Cliford, Hospital de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, Maternidade Frei Damião, Hospital Psiquiátrico Colônia Juliano Moreira e Hospital Infantil Arlinda Marques.

Metas Físicas e Financeiras do TCEP

4.4 O Plano Operativo Anual do HEETSHL, anexo do TCEP, estabeleceu metas físicas de procedimentos, metas financeiras de repasse e ainda metas e indicadores de avaliação qualitativa. Como meta financeira, programou a destinação de R\$ 8.525.536,08 (oito milhões, quinhentos e vinte e cinco mil, quinhentos e trinta e seis reais e oito centavos) anuais, destinados pela Secretaria Municipal de Saúde, retirados do teto financeiro da assistência do Município, em duodécimos mensais de R\$ 710.461,34 (setecentos e dez mil, quatrocentos e sessenta e um reais e trinta e quatro centavos), sendo R\$ 158.055,87 (cento e cinquenta e oito mil, cinquenta e cinco reais e oitenta e sete centavos) referentes à Assistência Ambulatorial e R\$

12. TCEP, cláusula primeira – do objeto, fls. 571.

552.405,47 (quinhentos e cinquenta e dois mil, quatrocentos e cinco reais e quarenta e sete centavos) da Assistência Hospitalar. As metas financeiras são diretamente proporcionais às metas de procedimentos, como se vê nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Metas físico-financeiras para a Atenção Ambulatorial

Procedimentos	Meta Física /mês	Meta Financeira / mês (R\$ 1,00)	Meta Física /ano	Meta Financeira / ano (R\$ 1,00)
Proc. médicos e outros de nível superior e médio	7.406	60.157,50	88.872	721.890,00
Cirurgias ambulatoriais especializadas	782	18.300,78	9.384	219.609,36
Procedimentos traumato-ortopédicos	235	8.882,91	2.820	106.594,92
Ações especializadas em odontologia	21	376,22	252	4.514,64
Patologia clínica	4.487	13.795,04	53.844	165.540,48
Radiodiagnóstico	3.560	28.642,67	42.720	343.712,04
Exame de ultrassonografia	303	5.910,18	3.636	70.922,16
Diagnose	626	6.974,73	7.512	83.696,76
Terapias especializadas	196	4.488,70	2.352	53.864,4
Anestesia	31	460,04	372	5.520,48
Tomografia	106	10.067,10	1.272	120.805,20
TOTAL	17.753	158.055,87	213.036	1.896.670,44

Tabela 7. Metas físico-financeiras para a Atenção Hospitalar

Clínicas	Meta Física /mês	Meta Financeira / mês	Meta Física /ano	Meta Financeira / ano
Clínica médica	94	55.614,31	1.128	667.371,72
Clínica cirúrgica	378	492.664,58	4.536	5.911.974,96
Pediatria	08	4.126,58	96	49.518,96
TOTAL	480	552.405,47	5.760	6.628.865,64

4.5 O acompanhamento e avaliação dos resultados das metas estabelecidas pelo TCEP deve ser realizado por uma Comissão de Acompanhamento composta pela SMS-JP e SES/PB que designarão técnicos e um representante do Controle Social. O TCEP dispõe que esta comissão se reunirá, no mínimo,

trimestralmente, avaliando o cumprimento das metas físicas e qualitativas. Esta comissão deverá apresentar à CIB a avaliação do adimplemento das metas previstas no Plano Operativo. Ocorre, no entanto, que a Comissão de Acompanhamento não foi designada, e, conseqüentemente, não existem relatórios de avaliação do cumprimento das metas.

4.6 Conforme dados fornecidos pela Coordenação de Contas Médicas do HEETSHL, houve modificação na tabela do SUS, a partir do mês de janeiro de 2008. As nomenclaturas dos grupos de procedimentos da nova da tabela são diferentes daquelas que serviram de base para a fixação das metas acima. Portanto, a equipe de auditoria só pôde aferir o cumprimento das metas relativas ao mês de dezembro de 2008. Também não foram apresentados dados da execução físico-financeira para a atenção hospitalar. A execução físico-financeira dos procedimentos para a atenção ambulatorial pactuados, no mês de dezembro de 2008, foi a seguinte:

Tabela 8. Execução físico-financeira da Atenção Ambulatorial

Procedimentos	Quantidade realizada em dezembro/ Físico	Diferença em relação à meta	Quantidades realizadas em dezembro/ Financeiro (R\$ 1,00)	Diferença em relação à meta (R\$ 1,00)
Proc. médicos e outros de nível superior e médio	9.113	1.707	89.737,36	29.579,86
Cirurgias ambulatoriais especializadas	778	-4	17.452,39	-848,39
Procedimentos traumato-ortopédicos	264	29	9.043,88	160,97
Ações especializadas em odontologia	10	-11	175,25	-200,97
Patologia clínica	5.932	1.445	19.362,30	5.567,26
Radiodiagnóstico	3.968	408	31.199,25	2.556,58
Exame de ultrassonografia	231	-72	6.814,30	904,12
Diagnose	545	-81	5.136,17	-1.838,56
Terapias especializadas	117	-79	2.363,13	-2.125,57
Anestesia	34	3	504,56	44,52
Tomografia	105	-1	9.938,90	-128,20
TOTAL	21.097	3.344	191.727,49	33.671,62

4.7 De uma forma geral, no mês de dezembro de 2007, as metas físico-financeiras foram superadas, embora não tenham sido atingidas em seis, do total de onze grupos de procedimentos. Em termos percentuais, os menores índices de realização de metas físicas observou-se nos grupos “Ações especializadas em odontologia” – com realização de 48 % da meta fixada – e “Terapias Especializadas – com 60%.

4.8 Também é oportuno recomendar à SES/PB e à SMS-JP que instituem a Comissão de Acompanhamento, que deverá obter os dados restantes da execução físico-financeira pactuada e apresentar à CIB os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas. Isto é essencial, especialmente para se avaliar em que medida as metas de procedimentos e de clínicas constantes nas Tabelas 6 e 7 estão sendo cumpridas, de forma a permitir medidas saneadores no caso de ineficácia.

Metas e Indicadores de Avaliação Qualitativa do TCEP

4.9 As metas de qualidade contemplam as áreas de Atenção à Saúde, da Gestão e do Desenvolvimento Profissional. As metas, ações e indicadores para avaliação de desempenho da área de Atenção à Saúde classificam-se em:

- Metas e indicadores relacionados à humanização e;
 - Metas e indicadores relacionados à Urgência e Emergência.
- Neste Capítulo, a partir deste ponto, buscar-se-á avaliar a eficácia das metas e indicadores qualitativos. Cada meta/ação ou indicador/produto será demonstrado em um quadro, seguindo-se sua avaliação. Com relação à alínea “a”, o Plano Operativo contém as seguintes metas e indicadores relacionados à humanização.

Quadro 1.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implementar ouvidoria institucional para escuta de usuários e trabalhadores.	Ouvidoria implementada, com aplicação de questionário e sistemática de respostas com divulgação de resultados.

4.10 Quadro 1. Esta ação, até o presente, não foi implementada. Como agente de defesa dos direitos do cidadão dentro da instituição, a ouvidoria deve ser um canal de comunicação entre os pacientes, seus familiares, servidores do HEETSHL e a instituição. O campo destinado a produtos, no quadro acima, revela que esta ouvidoria deve caracterizar-se como pró-ativa, não se limitando apenas ao recebimento de reclamações, mas também pesquisando a opinião dos usuários e divulgando os resultados. Sua implementação é muito importante, para a Direção, como instrumento de controle para ações corretivas, visando à melhoria de desempenho da institucional e à satisfação dos usuários. É recomendável a implantação da ouvidoria, com aplicação de questionário e sistema de respostas com divulgação de resultados.

Quadro 2.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar o acolhimento com classificação de risco e prioridade de atendimento.	Acolhimento com avaliação de risco e prioridade de atendimento implantado.

4.11 Quadro 2. Não implementado. O acolhimento com classificação de risco é parte da Política Nacional de Humanização do SUS. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde

de ou grau de sofrimento.¹³ Com a classificação de risco, o paciente é avaliado logo na sua chegada ao Pronto-Socorro e classificado para atendimento em uma das quatro áreas a seguir: **Área Vermelha** – destinada ao recebimento das urgências e emergências clínicas e traumatológicas –, **Área Amarela** – destina-se ao atendimento de pacientes críticos e semi-críticos, com estabilização já iniciada –, **Área Verde** – corresponde aos pacientes não críticos, em observação ou internados aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda – e **Área Azul** – consultas de baixa e média complexidade com pacientes cuja condição não caracteriza urgência ou emergência. Observe-se que os pacientes classificados na Área azul não correspondem ao perfil do HEETSHL, que é de urgência e emergência.

4.12 No início da auditoria operacional, na fase de planejamento, foi constatada a inexistência de acolhimento com classificação de risco no HEETSHL. No mês de julho de 2008, foram introduzidas algumas práticas nesse sentido, incumbindo-se servidoras recém concursadas como técnicas de enfermagem de receber os pacientes, antes da feitura do cadastro, as quais realizam triagem, gerando-se uma oportunidade para que se faça um trabalho de conscientização sobre o verdadeiro perfil do HEETSHL, especialmente junto aos que costumemente ali acorrem, a exemplo de ambulâncias oriundas de outros municípios. O acolhimento com classificação de risco, nos moldes recomendados, deve ser feito por equipe multidisciplinar – composta, no mínimo, por clínico geral, enfermeiro e assistente social –, sendo avaliado o grau de prioridade, como já dito. Para tanto, fazem-se necessários o treinamento de profissionais, a adaptação dos ambientes e a implementação de novas rotinas.

13. Cartilha da PNH. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco.

4.13 Apesar de configurarem apenas experimentos e não poderem ser consideradas como programa de acolhimento com classificação de risco, as iniciativas são louváveis, refletindo a preocupação de responsáveis por setores envolvidos, como a Emergência, que elaborou, inclusive, proposta de uma Central de Acolhimento que traria, segundo ela, dentre outros benefícios:

- a) Diminuição do fluxo de pacientes sem perfil para o HEETSHL;
- b) Humanização do atendimento aos pacientes graves, oferecendo uma melhor assistência, e redirecionamento para outros serviços dos pacientes de menor gravidade que não se enquadram no perfil de atendimento;
- c) Trabalhar com ética, evitando vícios comuns no serviço público e o assistencialismo.

Consta ainda, da proposta, um protocolo de atendimento de urgência. Cabe recomendar à Direção do HEETSHL, conjuntamente com a SES, que adote medidas para implementação do acolhimento com classificação de risco, incluindo o treinamento de equipe multidisciplinar, de acordo com o protocolo a ser aprovado, para caracterização dos ambientes, conforme as cores de cada Área, e outras medidas que se fizeram necessárias.

Quadro 3.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar sistema de alta com referência estabelecida e registrada, aos serviços de saúde da rede SUS.	Apresentação de plano pós-alta para a continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção.

4.14 Quadro 3. Não implementada. Segundo informação da Diretoria, não existe no HEETSHL sistema de alta com referência aos serviços de saúde da rede SUS. Observe-se que a criação do sistema é necessária também para a transferência de pacientes atendidos pelo HEETSHL para hospitais de retaguarda, de for-

ma a reduzir a taxa de permanência. Com a diminuição do tempo de permanência dos pacientes, os leitos do Hospital são liberados mais rapidamente, diminuindo a taxa de permanência. Isso contribui para a redução da superlotação, uma vez que mais leitos estarão disponíveis em um mesmo período. É cabível recomendar à Direção do HEETSHL a implantação do sistema de alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede SUS e a criação do plano pós-alta para continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção.

Quadro 4.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implementar as ações de equipe multiprofissional de referência para o usuário e familiares.	<ul style="list-style-type: none"> – Equipe multiprofissional de referência para usuários e acompanhantes com horários definidos para atendimento à família e/ou sua rede social. – Registro de reuniões para informações aos familiares, com esclarecimentos sobre os direitos dos usuários e serviços disponíveis.

4.15 Quadro 4. Não implementado. A referência para usuários e acompanhantes tem se concretizado apenas pelo apoio do Serviço Social do HEETSHL, contando com o trabalho de assistentes sociais e psicólogos. É recomendável também implementar estas ações e seus produtos.

Quadro 5.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar o acolhimento e suporte para familiares e acompanhantes.	Equipe multiprofissional implantada para o acolhimento e suporte aos familiares e acompanhantes dos pacientes na urgência e emergência.

4.16 Quadro 5. Não implementado. Tal como se viu na ação anterior, não foi criada a equipe multiprofissional de que trata a Ação, entretanto vale ressaltar que não possuem nível superior, não havendo, dentre os integrantes da equipe, nenhum assistente social do Serviço Social do HEETSHL. Cabe recomendar a criação de uma equipe multiprofissional, com a participação de assistentes sociais e psicólogos para o acolhimento e suporte aos familiares dos pacientes.

Quadro 6.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Instituir visita de 4h/dia para usuários internados, salvo nos casos em que houver recomendação médica em contrário.	<ul style="list-style-type: none"> – Horas de visita/dia. – Taxa de Paciente com Acompanhante – Visita de no mínimo de 4h/dia, considerando horários especiais (integrais) para acompanhantes de crianças, gestantes, idosos e outros casos identificados pela equipe como “situações especiais”.

4.17 Quadro 6. Parcialmente implementado. A visita de 4h/dia ainda não foi instituída. Atualmente, a visita aos pacientes é diária, com apenas uma hora de duração. O horário, entretanto, é especial para acompanhantes de crianças, gestantes, idosos e outros casos especiais. Em entrevista realizada com servidora do Serviço Social, foi dito que a ampliação do horário de visita depende de um entendimento entre médicos, enfermeiros e a Direção da instituição. É recomendável que os setores responsáveis pelo horário de visitas instituíam visitas de 4h/dia e sejam criados e acompanhados os indicadores “horas de visita/dia e taxa de paciente com acompanhante”.

Quadro 7.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Avaliar o grau de Satisfação do usuário	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicação de instrumento para avaliação do grau de satisfação do usuário. – % de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços. – % de usuários pesquisados.

4.18 Quadro 7. A implementação desta meta está diretamente relacionada à criação da ouvidoria. Como vimos no parágrafo 4.10, não houve sua criação, prejudicando a avaliação do grau de satisfação do usuário. Também não houve a criação dos dois indicadores do quadro acima, a saber, o percentual de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços e o percentual de usuários pesquisados. A aplicação de instrumento de avaliação do grau de satisfação do usuário pode trazer informações úteis sobre sua opinião relativa aos aspectos mais variados do atendimento. Dentre os principais, pode-se destacar:

- a) Tempo médio gasto em todo o percurso desde a recepção à consulta médica;
- b) Tempo de consulta médica;
- c) Esclarecimento de dúvidas e busca de informações do paciente pelo médico;
- d) Resolutividade do atendimento;
- e) Facilidade de marcação de exames;
- f) Demora na realização de procedimentos;
- g) Higienização.

É recomendável a criação dos indicadores “% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços” e “% de usuários pesquisados”.

Metas e Indicadores Relacionados à Urgência e Emergência

4.19 O desempenho do HEETSHL quanto às metas que envolvem aspectos ligados aos atendimentos de urgência e emergência foi melhor do que o relativo às metas de Atenção à Saúde. São descritas nos parágrafos seguintes, em negrito, as metas de urgência e emergência e uma avaliação sucinta quanto à sua eficácia.

4.20 Meta: **Manter adesão à Política da Vaga Zero nas Urgências, nos termos da Portaria nº. 2048/GM, de 5 de novembro de 2002.** Meta alcançada. Não obstante as dificuldades de superlotação nos atendimentos de urgência e emergência, o HEETSHL tem cumprido o objetivo de receber todo e qualquer paciente que procure os seus serviços, seja por se tratar de uma unidade de referência ou pela demanda espontânea.

4.21 Meta: **Comunicar à Central de Regulação do SAMU sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.** Esta meta vem sendo cumprida pelo HEETSHL. É oportuno registrar que a Administração do HEETSHL tem verificado, com frequência, a ausência de comunicação por parte do SAMU, em muitos casos, ao não informar com antecedência o encaminhamento de vítimas de acidente.

4.22 Meta: **Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU.** Meta alcançada. Como já foi dito no parágrafo 3.17, o HEETSHL tem garantido o atendimento gratuito, não somente aos pacientes encaminhados pela Central de Regulação do Município, como também aos oriundos da demanda espontânea.

4.23 Meta: **Informar imediatamente à Central de Regulação do SAMU se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingir seu limite máximo de atuação.** Meta alcançada. Embora o HEETSHL tenha, com frequência, comunicado à Regulação do Município as situações em que os recursos diagnósticos ou terapêuticos atingiram o seu limite máximo, esta ação não tem tido a utilidade esperada, em virtude da adesão à Política da Vaga Zero. Neste ínterim, mesmo quando ocorre essa situação, os pacientes são trazidos pelo SAMU e recebidos pelo HEETSHL.

4.24 Meta: **Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médico da unidade solicitante de menor complexidade assim demandarem.** Meta não alcançada. Desconhece-se esta meta; se acontece, é de forma eventual.

4.25 Meta: **Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves.** Meta não alcançada. Seu cumprimento depende da implementação do acolhimento com classificação de risco e prioridade de atendimento.

4.26 Meta: **Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte do SAMU, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível.** Meta alcançada.

4.27 Meta: **Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU.** Meta alcançada, em virtude da adesão à Política da Vaga Zero.

4.28 Meta: **Apresentar o agendamento das cirurgias eletivas (pacientes já avaliados) por especialidade bem**

como a relação das altas dadas pós-cirurgia ao **Complexo Regulador Municipal**. Esta meta é inapropriada, pois não são realizadas cirurgias eletivas no HEETSHL, mas apenas ocorre que cirurgias são postergadas, com se verá no **Capítulo 6**.

Metas e Indicadores Relacionados à Política de Medicamentos

Quadro 8.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Desenvolver processo educativo junto aos consumidores de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> – N° de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos. – Materiais para informação e comunicação elaborados (folder, cartilhas e outros).

4.29 **Quadro 8.** Não implementada – Inexistem atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores acerca de medicamentos. É recomendável implementar esta ação e criar o indicador número de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos.

Quadro 9.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	Registro das atividades de inspeção e fiscalização da Vigilância Sanitária.

4.30 **Quadro 9.** Implementada. Constatou-se, na farmácia, a existência do registro de fiscalização da Vigilância Sanitária.

Quadro 10.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter sistema de farmácias satélites	Rotinas setoriais para pronto atendimento, enfermarias e cirurgias.

4.31 **Quadro 10.** Meta alcançada. O assunto será melhor explicado no **Capítulo 5**.

Indicadores e Metas Relacionados à Saúde do Trabalhador

Quadro 11.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Registrar a incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.	Registro da incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho.

4.32 **Quadro 11.** Meta não alcançada. A Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho (NR-5) dispõe sobre o objetivo, constituição, organização e atribuições da Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes (CIPA), tornando obrigatória a sua constituição e manutenção em empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados. Tal comissão tem

o objetivo de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho. Conforme o relatório da auditoria realizada pelo TCE/PB, referente ao período de janeiro a setembro de 2005, no HEETSHL, constatou-se, naquela ocasião, o seguinte: “*não ocorrem reuniões da Diretoria da CIPA, tendo em vista a saída de alguns de seus membros e a não eleição de uma nova diretoria, contrariando a NR-5. Os trabalhos desenvolvidos pela equipe resumem-se em colher dados dos acidentes que ocorrem, emitindo relatórios, conforme dados da tabela que se segue. Por outro lado, no que diz respeito à prevenção de acidentes, por parte da CIPA, este trabalho espera a escolha de uma nova diretoria e uma programação de atividades a serem desenvolvidas*”. Em entrevista realizada durante a presente auditoria operacional, foi informado que a CIPA está inativa desde o mês de outubro de 2005. A Portaria Interna nº 065/2004, de 29 de setembro de 2004, nomeou servidores para comporem a CIPA com o mandato de um ano (fls. 698). Desde o final do mandato outorgado nesta portaria, não houve nova eleição. Em 18 de abril de 2008, foi feita convocação para inscrições de candidatos a representantes dos empregados na CIPA, contudo ainda não foi constituída nova comissão. Cabe recomendar que o HEETSHL mantenha em operação a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Quadro 12.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho.	Número de notificações de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

4.33 Quadro 12. As notificações de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho devem ser realizadas por meio de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), enviada ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), à Delegacia Regional do Trabalho, ao Sindicato de Classe do Traba-

lhador, ao Segurado ou Dependente e ao SUS. Devido à inoperância da CIPA, isso não tem sido observado. É recomendável a correção desta falha.

Quadro 13.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Participar da Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (RENAST).	Registro de participação na RENAST

4.34 Quadro 13. Não implementada. A RENAST é uma rede formada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Tem o objetivo de articular ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do trabalhador.¹⁴ As Secretarias de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. É oportuno recomendar que o HEETSHL verifique a viabilidade de participar da RENAST.

Quadro 14.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Levantar o número e identificar as causas de absenteísmo.	Levantamento trimestral das causas de absenteísmo.

¹⁴. A Portaria nº 1679/GM dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integrada à saúde do trabalhador no SUS.

4.35 Quadro 14. Parcialmente implementado – Existe sistema de controle de horário de entrada e saída (ponto eletrônico), com identificação da impressão digital. Por outro lado, nenhuma medida foi tomada até o presente, no sentido de obter dados relativos às causas das faltas e atrasos de servidores no trabalho. Inexistem relatórios trimestrais ou de qualquer período, neste sentido. Como vista à criação de uma ferramenta útil ao gerenciamento do problema, é de se recomendar que o HEETSHL faça o levantamento trimestral das causas de absenteísmo.

Quadro 15

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Comissão de Biossegurança.	Relatórios mensais.

4.36 Quadro 15. Meta não alcançada. A biossegurança envolve procedimentos de controle do risco no manuseio de agentes químicos, físicos e biológicos. Quanto a esta meta, verificou-se a inexistência de Comissão de Biossegurança. A CCIH, entretanto, tem desempenhado parcialmente este papel. Atualmente, é feito o controle de acidentes com materiais perfuro-cortantes e fluidos orgânicos (acidentes ocupacionais). Existem relatórios mensais (informativo mensal) de indicadores epidemiológicos. Para um melhor desempenho no controle da biossegurança, é recomendável a criação de uma Comissão de Biossegurança.

Quadro 16

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Adotar cuidados de biossegurança.	Equipamentos de proteção individual (EPI) e cumprimento das normas e rotinas de biossegurança.

4.37 Quadro 16. Parcialmente cumprida. As ações de biossegurança são desempenhadas pela CCIH.

Quadro 17

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Coleta individualizada de resíduos.	– Coleta individualizada de resíduos radioativos, químicos, biológicos e comuns. – Manutenção das Comissões de Cuidados de resíduos individualizados.

4.38 Quadro 17. Tem sido mantida a coleta individualizada de resíduos. Os materiais radioativos são acondicionados em baldes lacrados e seguros cuja remoção é feita por empresa contratada. Não foi criada ainda a Comissão de Cuidados de Resíduos Individualizados. O trabalho desta comissão tem sido realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que também tem a incumbência de monitorar os resíduos hospitalares. Segundo entrevista com a Administração do Hospital, a CCHI tem suprido razoavelmente a inexistência de uma Comissão de Cuidados de resíduos individualizados.

Quadro 18

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter a Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Apresentação das atas das reuniões da CIPA.

4.39 Quadro 18. Não cumprida. Desde outubro de 2005, terminou o mandato dos últimos integrantes da CIPA. Está prevista a realização de novas eleições. Cabe determinar com urgência a realização de novas eleições de forma a regularizar o funcionamento da CIPA.

Quadro 19.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Realizar o mapeamento de risco do Hospital.	Mapeamento de risco realizado.

4.40 **Quadro 19.** O mapeamento de risco do HEETSHL deve ser elaborado pela CIPA, o que não foi feito até o presente. É recomendável a realização do mapeamento logo após a eleição dos membros da CIPA.

Metas e Indicadores Relacionados à Política de Sangue e Hemoderivados

Quadro 20.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter Comitê Transfusional ativo.	Relatório anual do Comitê Transfusional.

4.41 **Quadro 20.** Meta não alcançada. Não existe Comitê Transfusional ativo nem relatório anual.

Quadro 21.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Informatizar o Serviço do Hemoterapia com o sistema HEMOVIDA/DATASUS/MS.	Número de profissionais capacitados no sistema HEMOVIDA/DATASUS/MS.

4.42 **Quadro 21.** Implementada. O serviço de banco de sangue do HEETSHL utiliza o sistema HEMOVIDA, contando com profissionais capacitados na utilização do sistema.

Quadro 22.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e qualificar equipe multidisciplinar para o atendimento às urgências e emergências hematológicas.	Equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento às urgências e emergências hematológicas relacionadas à oncologia.

4.43 **Quadro 22.** Implementada. Existe equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento às urgências e emergências hematológicas.

Quadro 23.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Incentivar o aumento de número de doações de sangue.	Registro de atividades de incentivo à doação de sangue.

4.44 **Quadro 23.** Não alcançada. Não tem havido incentivo ao aumento da doação de sangue no HEETSHL. A demanda por sangue tem sido superior à quantidade doada. O banco de sangue existente na instituição pode ser considerado uma extensão do Hemocentro, de onde é recebido o sangue utilizado no HEETSHL. No sentido de ampliar a oferta de sangue e combater o problema de falta de sangue, cabe recomendar a implantação de mais campanhas de doação de sangue e também o incentivo à doação, por familiares dos pacientes, com o apoio dos assistentes sociais do Hospital.

Quadro 24.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar reações pós-transfusionais ao sistema nacional de hemovigilância.	Número de notificações de reações pós-transfusionais.

4.45 Quadro 24. Não implementada. Atualmente não é feita a notificação de reações pós-transfusionais ao Sistema Nacional de Hemovigilância. Não há dados de notificações. É recomendável a implantação de um serviço de Hemovigilância que exerça o controle de reações pós-transfusionais.

Metas e Indicadores Relacionados à Política de Alimentação e Nutrição

Quadro 25.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter atualizados os protocolos clínico-cirúrgicos.	Número de protocolos clínico-cirúrgicos elaborados, implantados e atualizados.

4.46 Quadro 25. Os protocolos clínico-cirúrgicos não foram elaborados. Foi informado que, com a realização do último concurso e a futura criação do Regimento Interno, espera-se que, em breve, possa haver uma formalização dos diversos protocolos clínico-cirúrgicos. Também será necessária a participação ativa dos coordenadores das clínicas neste processo. Sugere-se que, no monitoramento das recomendações do Tribunal de Contas, seja verificado se esta ação foi implementada.

Quadro 26.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Elaborar cardápios para dieta normal e para as patologias específicas, com porcionamento e intervalos de tempo específicos.	Cardápios elaborados para dietas normais e patologias específicas.

4.47 Quadro 26. Implementada. Foi informado pelo Serviço de Nutrição e Dietética que existem dietas para pacientes com hipertensão, hepatopatas, diabéticos, nefropatas e portadores de outras patologias.

Quadro 27.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Padronizar as dietas específicas para preparo de exames.	Dietas padronizadas para preparo de exames.

4.48 Quadro 27. Não implementada. O Serviço de Nutrição alegou que, por não ser comum a ocorrência de dietas específicas para preparo de exames, não existe padronização.

Quadro 28.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Padronizar as fichas de preparação das refeições com informações nutricionais.	Fichas de preparação das refeições padronizadas.

4.49 Quadro 28. Implementada. Existem fichas padronizadas para a alimentação enteral.

Quadro 29.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Garantir a segurança e a qualidade dos alimentos de forma a fornecer uma alimentação saudável aos pacientes e adequada às dietas prescritas.	Apresentação do controle de qualidade dos alimentos utilizados nas preparações das dietas.

4.50 Quadro 29. Implementada. O controle de qualidade dos alimentos é feito em todas as fases do processo: na sua aquisição, manipulação, higienização, cocção e acondicionamento, no porcionamento e na distribuição.

Quadro 30.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Estimular práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.	Registro de atividades informativas educativas de incentivo às práticas alimentares saudáveis.

4.51 Quadro 30. Não implementada. Embora sejam realizadas palestras educativas e treinamentos, tanto na manipulação dos alimentos quanto na higienização do pessoal do Serviço de Nutrição e Dietético, é recomendável o desenvolvimento permanente de atividades informativas, junto a todos que atuam no Hospital e aos pacientes, conscientizando-os da importância de práticas alimentares saudáveis.

Metas e Indicadores Relacionados à Política de Transplantes

Quadro 31.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Capacitação total para a localização de potencial doador de órgãos, com possibilidade diagnóstica completa para morte encefálica atestada pelo SNT.	Taxa de mortalidade institucional (média mensal, por série histórica), para o cálculo da captação efetiva de doadores de órgãos.

4.52 Quadro 31. Não implementada. A última capacitação para a Comissão Intra-hospitalar de Captação de Órgãos foi rea-

lizada em 2006. Por outro lado, existem registros da taxa de mortalidade institucional. Cabe recomendar ao HEETSHL promover a capacitação para localização de potencial doador de órgãos.

Quadro 32.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter em funcionamento a Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos.	Número de doadores captados (Parâmetros: estirna-se que 10% dos óbitos ocorridos em UTI e 1% dos óbitos de uma determinada população sejam com diagnóstico de morte encefálica).

4.53 Quadro 32. Não implementada. A Comissão Intra-Hospitalar não atua com eficiência. Inexiste uma carga horária definida para o trabalho dos seus membros. Algumas de suas atribuições são realizadas pela Central de Transplantes – órgão pertencente à SES. É recomendável a definição de um horário de trabalho para a Comissão Intra-Hospitalar e fazê-la atuar com eficácia.

Quadro 33.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Notificar à Central de Transplantes do Estado de todos os casos de ocorrências de morte encefálica (potenciais doadores de órgãos) na instituição, no momento de seu diagnóstico.	% de notificações de ocorrências de morte encefálica em relação ao número total de ocorrências de morte encefálica.

4.54 Quadro 33. Não alcançada. Nem todos os casos de morte encefálica são notificados devido à dificuldade de

comprovação desses óbitos através de exames, conforme determinado pela Resolução nº 1.480/97 do CFM. Segundo entrevista realizada na Central de Transplantes, há dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica. Cabe recomendar a adoção de medidas para solucionar as dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica.

Quadro 34.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar rotina hospitalar que permita a entrevista aos familiares de todos os pacientes que evoluem para óbito durante a internação, a fim de oferecer a possibilidade de doação de órgãos.	Rotina implantada.

4.55 **Quadro 34.** Não implementada. Esta rotina é realizada pela Central de Transplantes quando deveria sê-lo pela Comissão Intra-Hospitalar de Captação de Órgãos.

Metas e Indicadores para Avaliação de Desempenho na Área de Gestão Hospitalar

Quadro 35.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Constituir Comissão para acompanhamento das metas pactuadas no Plano Operativo.	Comissão Constituída com representante dos usuários.

4.56 **Quadro 35.** Como já foi dito no parágrafo 4.5., não se constituiu Comissão para acompanhamento das metas.

Quadro 36.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Estabelecer normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços.	Setores com normas e rotinas técnicas e operacionais estabelecidas.

4.57 **Quadro 36.** Não implementada. Não foram estabelecidas normas e rotinas técnicas e operacionais. Cabe recomendar à Direção do HEETSHL que tome as medidas necessárias à sua implementação.

Quadro 37.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter serviço próprio de manutenção predial e de equipamentos hospitalares.	Serviço de manutenção predial e de equipamentos hospitalares em funcionamento

4.58 **Quadro 37.** Tem sido mantido o serviço próprio de manutenção. São realizados apenas serviços de menor complexidade. Serviços em equipamentos de alta complexidade, como tomógrafos e aqueles utilizados para exames de arteriografia, são terceirizados.

Quadro 38.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Elaborar Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares (vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância).	Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares elaborado.

4.59 Quadro 38. Esta ação está pendente de implementação. Não foi elaborado o Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares. Segundo informação fornecida pela Divisão Médica, cabe à CCIH a elaboração do Plano. Também se verificou a inexistência do Núcleo Hospitalar Epidemiológico, referido na Portaria nº 2.529/GM. Nos termos desta portaria, o NHE deve ser implantado com o apoio da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e do gestor estadual do SUS. É recomendável a elaboração de Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares e a criação do Núcleo Hospitalar Epidemiológico.

Quadro 39.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter atualizados os sistemas informatizados de Regulação Ambulatorial e Hospitalar, desenvolvidos e disponibilizados pela Secretaria.	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação de comprovação do envio da agenda confirmando os procedimentos realizados e regulados pela Central de Regulação Ambulatorial. – Apresentação de comprovação do envio de mapas de leitos com vagas disponíveis de leitos de enfermarias e UTI.

4.60 Quadro 39. Meta cumprida. O registro dos atendimentos ambulatoriais é feito por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e os da atenção hospitalar, pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O acompanhamento das internações e dos números de leitos é feito através do Sistema de Regulação (SISREG), que é um sistema de informações *online* disponibilizado pelo DATASUS. Por meio do SISREG, a SMS-JP visualiza o mapa de leitos do HEETSHL, identificando o número de leitos disponíveis, praticamente em tempo real.

Quadro 40.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter sistema de gestão de custos hospitalares, dando suporte às unidades e direcionando as atividades de custeio e as ações de tomada de decisão gerencial.	Apresentação trimestral ao Conselho de Acompanhamento do Convênio da estrutura de despesas por item, conforme classificação; pessoal, medicamentos e materiais hospitalares e outras despesas.

4.61. Quadro 40. Não existe sistema de gestão de custos hospitalares. Com relação ao sistema HOSPUB, foi dito que ele não é corretamente alimentado pelo HEETSHL.

Quadro 41.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter programa de gerenciamento hospitalar informatizado, abrangendo todas as áreas e interligando, de forma sistêmica, as unidades de produção, as de apoio e as de administração.	Programa de gerenciamento informatizado em funcionamento.

4.62 Quadro 41. Foi informado que não existe programa de gerenciamento hospitalar informatizado, tal qual previsto na meta acima. É recomendável que a Direção do HEETSHL examine a viabilidade de implantar programa de gerenciamento informatizado.

Quadro 42.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Aplicar pesquisa de avaliação do nível de qualidade do Hospital (PNASS).	Apresentação dos resultados da avaliação PNASS ao Conselho de Acompanhamento do Convênio.

4.63 Quadro 42. O objetivo do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde é avaliar os serviços de saúde do SUS, quanto à eficiência, à eficácia e à efetividade das estruturas, dos processos e dos resultados, relacionadas ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde. A pesquisa visa à obtenção de dados sobre a satisfação dos usuários e sobre as condições e relações de trabalho. Conforme informação da gerência, o HEETSHL não aplicou a pesquisa. Cabe recomendar que o HEETSHL verifique a viabilidade de aplicação da pesquisa de avaliação do nível de qualidade.

Quadro 43.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Credenciamento como Hospital Colaborador do Projeto Hospital Sentinela ligado à ANVISA, que visa ao desenvolvimento de ações e tecnologias de gerenciamento de resíduos hospitalares.	Descrever o processo de Credenciamento como Hospital Colaborador do Projeto Sentinela ligado à ANVISA.

4.64 Quadro 43. O HEETSHL não está credenciado como colaborador do Projeto Hospital Sentinela. É recomendável que o HEETSHL adote medidas no sentido examinar a viabilidade do credenciamento junto ao Projeto Hospital Sentinela.

Quadro 44.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter em funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação de relatórios da CCIH. <ul style="list-style-type: none"> – Taxa de infecção hospitalar cirúrgica por 100 procedimentos. – Incidência de infecção em ferida cirúrgica limpa. – Incidência de pneumonias associadas a ventiladores mecânicos.

4.65 Quadro 44. Implementada. O Ministério da Saúde determinou que os hospitais constituam a CCIH, órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.¹⁵ Compete à CCIH, dentre outras competências: elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar; avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos seus membros executores. No HEETSHL, a CCIH ocupa um espaço físico próprio, no andar térreo do HEETSHL. É formada por uma equipe multiprofissional com representantes da área médica, de enfermagem, laboratório, farmácia e direção. Foram apresentados relatórios de atividades e relatório de indicadores epidemiológicos, como taxa de infecção hospitalar e taxa de pacientes com infecção hospitalar, dentre outras informações.

Quadro 45.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter em funcionamento Comissão de Análise de Óbitos.	Apresentação mensal de Relatório da Comissão de Revisão de Óbitos.

4.66 Quadro 45. Não foi implantada a Comissão de Análise de Óbitos. Sua função é avaliar a totalidade dos óbitos e dos laudos necroscópicos, quando houver. Os relatórios mensais devem ser apresentados à Diretoria. Caber recomendar a Direção do HEETSHL a sua implantação imediata.

15. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Gabinete do Ministro da Saúde.

Quadro 46.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Implantar e manter em funcionamento Comissão de Revisão de Prontuários.	Apresentação trimestral de relatório contendo itens relacionados à organização do prontuário e à qualidade dos registros.

4.67 **Quadro 46.** Não implementada. Não existe Comissão de Revisão de Prontuários. A revisão de prontuários, entretanto, vem sendo realizada por médicos do HEETSHL que atuam junto ao Setor de Contas Médicas. Cabe ao Tribunal de Contas determinar que o HEETSHL implante a Comissão de Revisão de Prontuários para cumprimento da Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Quadro 47.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Manter em funcionamento a Comissão de Ética Médica.	Apresentação de relatórios da Comissão de Ética Médica.

4.68 **Quadro 47.** Foi verificado que também não existe Comissão de Ética Médica. Vale salientar que sua instituição é uma exigência do CFM, por meio da Resolução nº 1.657/2002. Todos os estabelecimentos de assistência à saúde devem eleger entre o seu corpo clínico comissões de ética com funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina. Cabe determinar a implantação de Comissão de Ética Médica.

Quadro 48.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Informar os Indicadores de Atenção Hospitalar pactuados.	Informar trimestralmente os indicadores pactuados.

4.69 **Quadro 48.** Não implementado. O SAME dispõe dos indicadores pactuados, mas a Comissão de Acompanhamento do TCEP não foi criada. Cabe a esta Comissão apresentar à CIB os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas. A **Tabela 9**, a seguir, apresenta as metas e indicadores da atenção hospitalar pactuados.

Metas e Indicadores da Atenção Hospitalar Pactuados

4.70 O Plano Operativo Anual fixou as seguintes metas para a atenção hospitalar:

Tabela 9. Metas para indicadores da atenção hospitalar.

Indicadores	Resultado em 2006	Metas 2007/2008
Média de permanência nos leitos	6,6	<6,6
% Internações de Urg./Emerg.com AIH autorizada pela Secretaria	100%	100%
Taxa de mortalidade	10,34%	<10,34%
Taxa de infecção hospitalar	6%	<5%
Taxa de ocupação hospitalar	91%	<91%
% de leitos na Central de Regulação	100%	100%

4.71 De janeiro a junho de 2008, os indicadores “média de permanência” e “taxa de mortalidade” apresentaram desempenho dentro da média, enquanto que a “taxa de infecção hospitalar” e a “taxa de ocupação” não atenderam às metas fixadas, como demonstra a tabela seguinte.

Quanto ao percentual de internações de urgência/emergência e de leitos na Central de Regulação, não se obteve os dados correspondentes.

Tabela 10. Indicadores de metas não alcançadas da atenção hospitalar.

Indicador	Meta	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.
Taxa de infecção hosp.	<5%	9,02%	7,90%	8,17%	6,81%	–	–
Taxa de ocupação hosp.	<91%	84,61%	98,30%	95,69%	98,19%	93,57%	97,72%

Exercício de 2008 | Fonte: SAME.

4.72 A análise da taxa de ocupação hospitalar foi feita no **Capítulo 3**. Quanto à taxa de infecção hospitalar, é oportuno citar parte da conclusão do Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina, realizada em 14 de março de 2008: “Considerando o precário nível de higienização em setores da urgência e emergência, denota-se que a Comissão de Infecção Hospitalar é pouco atuante ou com pouca capacidade resolutive”. A constatação do CRM foi corroborada por meio de entrevista realizada na auditoria operacional que revelou que atualmente existe apenas um servidor da higienização em cada setor, sendo insuficiente para atender a necessidade do serviço. A insuficiência de higienização também foi mencionada como um dos problemas do HEETSHL, no questionário que serviu de subsídio para a análise *SWOT*. As possíveis causas do elevado índice de infecção hospitalar podem ser encontradas no Relatório de Atividades da CCIH, referente ao período de janeiro a junho de 2008 (fls.742). No item VI do citado Relatório, a Comissão relaciona as dificuldades encontradas no período. Dentre as principais, encontram-se as seguintes:

- a) Demora do encaminhamento dos resultados dos exames microbiológicos realizados pelo LACEN;
- b) Falta do laboratório de microbiologia na estrutura do HEETSHL;
- c) Número insuficiente de profissionais de higiene e limpeza, acarretando descumprimento das normas e rotinas elaboradas pela CCIH e descumprimento das orientações da Vigilância Sanitária;
- d) Higiene e limpeza inadequada em toda a estrutura física;
- e) Falta de manutenção preventiva e corretiva na estrutura física, nos materiais, nos sistemas de climatização e nos equipamentos médico-hospitalares;
- f) Número insuficiente de roupas para pacientes e profissionais;
- g) Distribuição pela Farmácia de almotolias com produtos manipulados sem tampa;
- h) Distribuição pelo Setor de Higiene e Limpeza de produtos sem tampa, sem identificação, sem data de validade e sem o responsável técnico;
- i) Inexistência do Programa de Educação Continuada nos diversos setores;
- j) Falta de saboneteiras e porta papel-toalha nos setores;
- k) Dispensação irregular/insuficiente de sabão líquido e papel-toalha;
- l) Não cumprimento das recomendações da CCIH por ocasião das visitas técnicas;
- m) Falta de lixeiras com tampa e pedal;
- n) Falta de cumprimento do Cronograma de Limpeza Terminal.

4.73 Note-se que as recomendações da CCIH não têm sido cumpridas. Portanto, cabe ao Tribunal de Contas do Estado da Paraíba recomendar à Direção do HEETSHL e à SES que, no âmbito de suas competências, tomem as medidas necessárias para solucionar os problemas elencados acima, e outros que houver, de forma a reconduzir a taxa de infecção hospitalar aos níveis pactuados.

Metas e Indicadores para Avaliação de Desempenho na Área de Desenvolvimento Profissional

Quadro 49.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do Hospital.	Registro das atividades de qualificação com base na educação permanente para os trabalhadores do Hospital.

4.74 **Quadro 49.** Não implementada. Apesar de existir o setor competente (NECE), as ações voltadas aos que atuam no Hospital são esporádicas. Sugere-se que o HEETSHL faça um levantamento das necessidades de treinamentos dos funcionários. Também é recomendável a definição de um calendário para a realização de palestras científicas ou cursos de capacitação para a área médica.

Quadro 50.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Promover integração e relações de cooperação técnica entre os diferentes serviços do Hospital e a rede do SUS.	Registro de atividades de qualificação com os profissionais da Atenção Básica para a continuidade do cuidado ao paciente.

4.75 **Quadro 50.** Não implementada. Não há registros de atividades de qualificação referentes a esta ação.

Quadro 51.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Qualificar os profissionais que trabalham na área de alimentação e nutrição.	Número de profissionais qualificados na área de alimentação e nutrição.

4.76 **Quadro 51.** Implementada. O treinamento é feito no próprio Serviço de Nutrição e Dietética. Ocorre, porém, que muitos, frequentemente, após receberem qualificação, deixam o HEETSHL, sendo contratados por outras instituições de saúde, no intuito de receberem melhores salários.

Quadro 52.

Ação/Meta	Indicadores/Produtos
Promover a atualização da informação dos profissionais prescritores e dispensadores para padronização de condutas.	Número de atualizações e/ou qualificações para os profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco de automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.

4.77 **Quadro 52.** Meta não alcançada. Não há dados sobre atualizações e/ou qualificações para os prescritores e dispensadores a respeito dos temas elencados.

5. Recursos Humanos e Financeiros, Instalações Físicas e Equipamentos e Materiais Médico-Hospitalares e Medicamentos

Recursos Humanos

- 5.1 Após sete anos de instalação, não existe uma normatização do funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, ou seja, Regimento Interno, organograma oficial próprio ou estrutura organizacional, não sendo, por conseguinte, claramente determinadas as atribuições e interfaces dos vários níveis hierárquicos da instituição, com seus cargos.
- 5.2 O HEETSHL não dispõe de um quadro próprio de pessoal, atuando neste prestadores de serviço que ingressaram através de um processo seletivo para contratação temporária realizado em 2001 (Edital SES nº 01, de 02/03/2001); servidores efetivos da SES, com lotação no hospital; servidores de outros órgãos, sejam estaduais, federais ou municipais; prestadores de serviço sem qualquer vínculo e, mais recentemente, servidores admitidos em concurso realizado pela SES em 2007 (Edital nº 04/2007/SEAD/SES), no caso de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social, técnico em enfermagem e técnico em radiologia.
- 5.3 Quanto aos médicos, atuam ainda prestadores de serviço contratados através de processo seletivo realizado já em 2008 (Edital SES/01/2008, de 24/03/08), tendo em



vista o não-preenchimento de vagas previstas no concurso de 2007, e médicos pertencentes a cinco cooperativas – COOPANEST, COORT, COOPECIR, COOPED e COOMIT.

- 5.4 Para facilitar a compreensão de tão diversificado leque de situações inseridas na instituição, no que tange a pessoal, dividimos em quatro grupos, denominando-os: Grupo de Direção, Chefia, Coordenação e Secretária, Grupo de Saúde/Médicos, Grupo de Saúde/Outros e Grupo de Apoio.
- 5.5 O levantamento de cargos existentes, com seus quantitativos e respectivas remunerações, foi dificultado pela falta de consistência dos registros na SES e na SEAD, responsável a última por esse controle, já que o Hospital Estadual de Emergência e Trauma é uma unidade dentro de sua organização estrutural. O material fornecido pelas duas citadas Secretarias encontra-se às fls. 764/802.
- 5.6 Optou-se, então, pelos dados fornecidos pelo HEETSHL, mesmo constatando-se divergência entre as escalas de plantões dos setores e a Folha de Produtividade – competência abril/2008, que concerne ao pagamento efetuado pelo próprio Hospital (fls. 890/994). A partir de tais informações e com o auxílio do Setor de Recursos Humanos do HEETSHL, foram elaboradas as tabelas relativas a Pessoal. Também serviram de subsídio para exame os Relatórios de Atividades elaborados por alguns setores no segundo semestre de 2007 e agora em 2008 (fls.1.964/2.337).

Grupo – Direção, Chefia, Coordenação, Secretária

Tabela 11. Quantitativo de pessoal – Cargos de Direção, Chefia, Coordenação, Secretária

Cargo	Previsão Legal		Nomenci.	Preench.	Portaria
	Lei nº 8.186/07	Não			
Diretor Geral	X		CSS-1	1	AG 4.621-07
Diretor Técnico*	X		CSS-2	0	PI 007/08
Diretor Administrativo	X		CSS-2	1	AG 1.575/08
Chefe do Núcleo Médico	X		CSS-4	0	PI 017/05
Chefe do Núcleo de Enfermagem	X		CSS-4	0	-
Chefe do Núcl. de Ações Estratég. Especiais	X		CSS-4	1	AG 3.792/08
Chefe da Unid. de Tratamento Intensivo	X		CSS-4	0	-
Chefe da Unid. de Clínica Médica	X		CSS-4	0	-
Chefe do Banco de Olhos	X		CSS-4	1	AG 3.611/08
Chefe do Núcleo de Auditoria	X		CSS-4	0	-
Chefe do Núcleo de Recursos Humanos	X		CSS-4	0	-
Chefe do Núcleo de Mat. e Patrimônio	X		CSS-4	0	-
Chefe do Núcleo de Material*		X	-	1	-
Chefe do Núcleo Financeiro	X		CSS-4	0	-
Chefe do Núcleo Financeiro*			-	1	PSES 421/05
Chefe do Núcl. de Engenharia e Manutenção	X		CSS-4	0	-
Secretária da Direção Geral	X		CSS-5	0	AG 1.738/08
Chefe da Assessoria Jurídica		X	-	1	PI 061/04

Chefe de Gabinete da Direção Geral		X	-	I	-
Coordenador de Auditoria*		X	-	I	-
Coordenador de Comunicação e Imprensa		X	-	I	PI 012/07
Coordenador de Manutenção Geral*		X	-	I	PI 041/04
Chefe do Núcleo de Pessoal*		X	-	I	PSES 423/05
Coordenador Geral de Enfermagem*		X	-	I	PI 012/08
Coordenador Adj. Geral De Enfermagem		X	-	I	PI 020/07
Coordenador Médico da UTI		X	-	I	-
Coordenador Médico da Cirurgia Geral			-	0	-
Coordenador Médico da Cirurg. Plástica		X	-	I	-
Coordenador Médico da Clínica Médica		X	-	I	PI 035/05
Coordenador Médico de Traumatologia		X	-	I	PI 005/08
Coordenador Médico de Pediatria		X	-	I	-
Coordenador Médico de Anestesiologia		X	-	I	-
Coordenador Médico de Neurologia		X	-	I	-
Coordenador Médico de Radiologia		X	-	I	-
Coordenador de Buco-Maxilo Facial		X	-	I	PI 011/05
Coordenador de Enferm. do C. Cirúrgico		X	-	I	PI 027/07
Coordenador de Enferm. do CME		X	-	I	PI 016/07
Coordenador de Enferm. do Posto I		X	-	I	PI 030/07
Coordenador de Enferm. do Posto II		X	-	I	PI 029/07
Coordenador de Enferm. da Urgência		X	-	I	-
Coordenador de Enferm. da Emergência		X	-	I	PI 123/04

Coordenador de Enferm. da Semi-Intensiva		X	-	I	PI 047/07
Coordenador de Enferm. da UTQ		X	-	I	-
Coordenador de Enferm. do CDI		X	-	I	PI 022/08
Coordenador de Enferm. da Pediatria		X	-	I	-
Coordenador de Enferm. da UTI Adulto		X	-	I	PI 053/07
Coordenador de Enferm. da UTI Móvel		X	-	I	PI 040/07
Coordenador De Agência Transfusional		X	-	I	-
Coordenador De Contas Médicas		X	-	I	PI 013/05
Coordenador De Farmácia		X	-	I	PI 014/05
Coordenador da Nutrição		X	-	I	PI 044/07
Coordenador de Psicologia		X	-	I	PI 031/07
Coordenador de Fisioterapia		X	-	I	PI 050/03
Coordenador de Serviço Social		X	-	I	PI 026/05
Coordenador do CCIH		X	-	I	PI 026/06
Coordenador do SAME		X	-	I	-
Coordenador do Almoxarifado		X	-	I	PI 023/07
Coordenador do CPD		X	-	I	-
Coordenador de Segurança Patrimonial		X	-	I	PI 019/06
Coordenador de Maqueiros e Gessistas		X	-	I	-
Coordenador das Recepções		X	-	I	PI 013/07
Coordenador da Caldeira		X	-	I	-
Coordenador de Transportes		X	-	I	PI 026/08
Coordenador de Patrimônio		X	-	I	PI 056/07
Coordenador de OSM		X	-	I	PI 025/08
Coordenador de Higienização e Limpeza		X	-	I	PI 009/08

Coordenador do NECE		X	-	1	PI 027/08
Coordenador da Lavanderia		X	-	1	PI 031/05
Supervisor da Telefonia		X	-	1	-
Supervisor Patrimonial		X	-	3	-
Gerenciador do Centro de Imagem		X	-	1	PI 002/08
Presidente da CPL		X	-	1	PSES 065/08
TOTAL				63	

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL e legislação pertinente.

*Apesar de existir cargo com denominação igual ou semelhante preenchido através de Portaria Interna ou da SES, o previsto na Lei n° 8.186/07 não está preenchido.

5.7 Em 17/03/2007, foi publicada no DOE a Lei n° 8.186/07, definindo a Estrutura Organizacional da Administração Direta do Poder Executivo Estadual, abrangendo a SES e suas unidades, por meio de que ficaram estabelecidos, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, quinze cargos comissionados, denominados Cargos de Serviço de Saúde, sendo um CSS-1 – Diretor Geral, dois CSS-2 – Diretores Administrativo e Técnico, onze CSS-4 – Chefias e um CSS-5 – Secretária (fls. 810/825).

5.8 A citada lei substituiu a Lei n° 6.982/2001, que criou nove cargos em comissão na Secretaria da Saúde do Estado, destinados à instalação do HEETSHL (fls. 805/808).

5.9 Como se depreende da **Tabela 11**, dos sessenta e três cargos de direção, chefia, coordenação e de secretária existentes atualmente, com previsão legal ou não, cinco foram nomeados através de ato do Governador, com fundamento na citada lei, quais sejam:

- Diretor Geral
- Diretor Administrativo
- Chefe do Núcleo de Ações Estratégicas

- Chefe do Banco de Olhos
- Secretária da Direção Geral

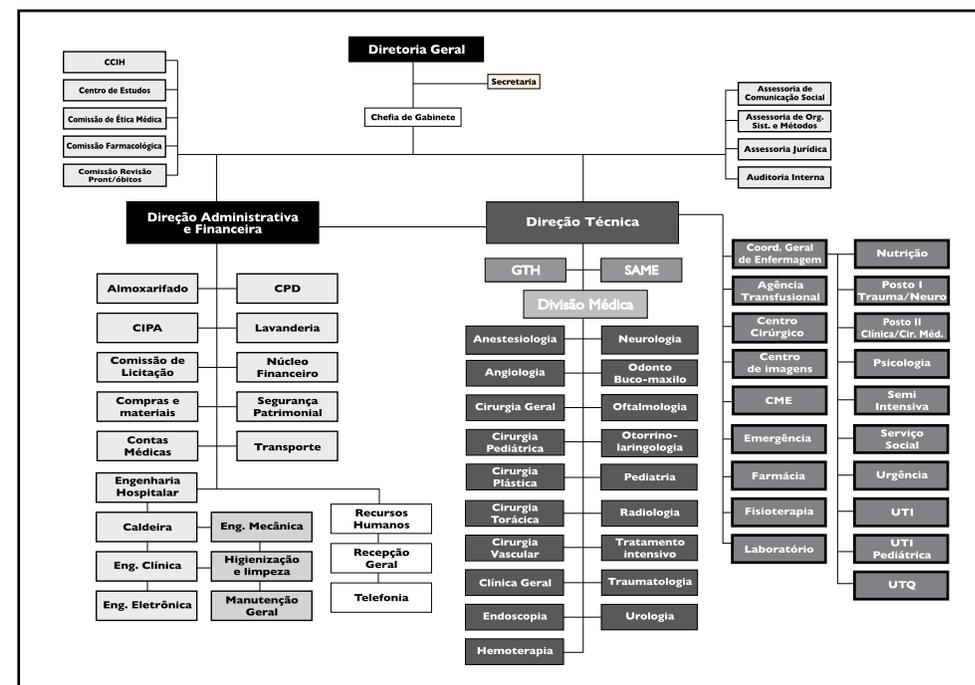
5.10 Do restante dos cargos atualmente preenchidos, três decorreram de atos do Secretário de Estado da Saúde:

- Chefe do Núcleo Financeiro
- Chefe do Núcleo de Recursos Humanos (Pessoal)
- Presidente da CPL

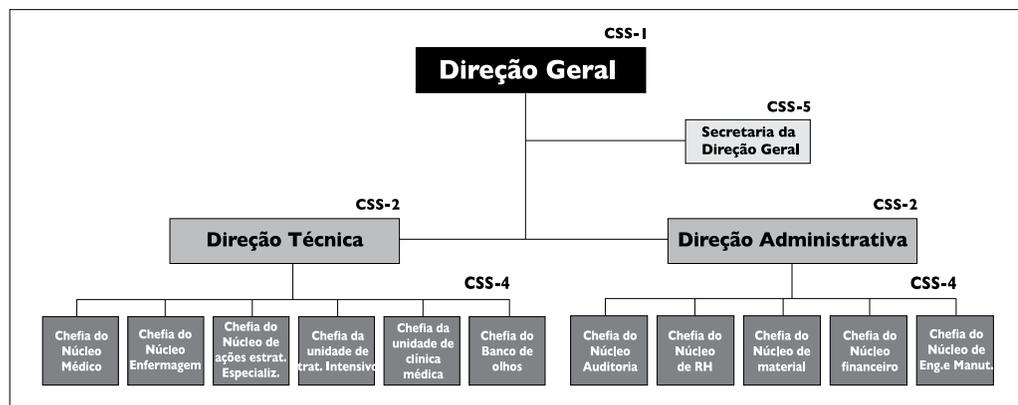
5.11 Quanto aos demais, a maioria dos cargos foi preenchida através de portarias internas, e, quanto a alguns, inexistente portaria.

5.12 A seguir, estão apresentados o “Organograma funcional” da estrutura do HEETSHL, não oficializado, mas existente na prática, e o estabelecido pela Lei Estadual n.º 8.618/07.

Gráfico 5. Organograma funcional



Fonte: CEJAMO – S.R. Vilar.

Gráfico 6. Organograma oficial básico

Fonte: Lei Estadual nº 8.618/07.

5.13 Encontram-se anexas cópias de portarias e da Folha de Pagamento referente ao mês de abril/08 e Relação Nominal dos Cargos e Ocupantes (fls. 843/889, 948/994 e 995/997).

5.14 É premente a necessidade de se elaborar, além do Regimento Interno, a estrutura organizacional do Hospital com as atribuições e remunerações dos cargos de direção, chefia, coordenação e secretária, além de previsão de penalidades, em casos de omissão e transgressão. A falta de preenchimento legal dos cargos e de normatização prejudica a operacionalização da instituição, pois, uma vez que não estão devidamente definidas as responsabilidades dos cargos detentores de poder de decisão e legalmente preenchidos, as deliberações e, até mesmo, as rotinas de trabalho sofrem entrave. Faz-se necessário também rever a real necessidade de cada cargo e sua interligação no organograma.

5.15 Cabe, portanto, recomendar à SES, em conjunto com a Direção do HEETSHL, a adoção de providências neste sentido.

Grupo de saúde/médicos

5.16 A Tabela a seguir demonstra a situação existente em julho de 2008, detalhando-se não somente por especialidades, como

também por vínculo com o HEETSHL, não estando nela incluídos os médicos cooperados (Relação às fls. 998/1.003).

Tabela 12. Quantitativo de pessoal – Grupo Saúde Médicos

Especialidade	PS/01	S/vínc.	Efet.	Concurso/2007		PS/08	Atuando ¹	Nec. Prev. ²	Nec. Real	Déficit ³
				Ed.04/07	Apres.					
Anestesiata	1	0	2	26	4	2	9	28	28	22
Cardiologista	0	0	0	3	3	0	3	3	3	0
Cir.Geral	1	5	4	22	11	0	21	26	26	11
Cir. Pediátrico	0	0	0	7	2	0	2	7	10	8
Cir.Plástico	3	1	2	7	6	0	12	9	10	2
Cir.Torácico	0	0	0	7	1	1	2	7	10	9
Cir.Vascular	0	0	0	7	2	1	3	7	10	8
Clín.Geral	5	7	6	22	7	0	25	26	26	13
Endoscopista	0	0	2	5	4	0	6	7	10	4
Hemodinamicista	0	0	0	3	3	0	3	3	0	-3
Hematologista	0	0	0	2	2	0	2	2	2	0
Intensivista Adulto	1	1	3	32	4	2	11	34	34	27
Int.Pediátrico	0	0	0	8	3	1	4	8	10	7
Nefrologista	0	0	0	3	2	0	2	3	3	1
Neurocirurgião	0	5	0	14	2	0	7	14	14	12
Neurologista	0	0	0	3	1	2	3	3	3	2
Oftalmologista	0	0	0	7	6	0	6	7	10	4
Otorrinolaring.	0	0	0	7	2	0	2	7	10	8
Pediatra	0	0	1	13	11	0	12	14	14	2
Psiquiatra	0	0	1	1	1	0	2	2	2	0
Radiologista	4	1	1	7	6	0	12	8	10	3
Traumat/Ortoped	1	5	1	28	2	4	13	29	29	26
Urologista	0	0	0	7	6	0	6	7	10	4
Cir.Mão E Microc.	0	0	0	3	3	0	3	3	3	0
Neurocir. Endovascular	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Arteriograf./Membros	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Broncoscopista	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Total	16	25	23	244	94	13	171	264	295	178

Fonte: Setor de Recursos Humanos e Chefe de Divisão Médica – HEETSHL, e legislação pertinente.

1. *Pr.Sel./ 2001 + S/vinc. + Efetivo+ conc.Apres. + Pr.Sel./2008.*
2. *Efetivo + ed.04/07.*
3. *Necessidade real (-) (efetivo + conc. Apres.).*

5.17 No Edital do Processo Seletivo de 2001 (Edital SES nº 01, de 02/03/2001, fls. 803/804), foram previstas apenas 119 vagas para médico. Pelo porte do Hospital, percebe-se que o quantitativo foi subestimado, o que propiciou, desde o início das suas atividades, a presença das cooperativas médicas que vêm participando não na forma prevista na Constituição Federal, com atuação complementar, mas com uma atuação decisiva, ou seja, criando uma dependência em relação às cooperativas – COORT, COOPANEST, COOPECIR, COOPED e COOMIT para o funcionamento do Hospital.

5.18 Com o passar dos anos, a maioria dos médicos que ingressaram através do processo seletivo abdicaram deste vínculo e passaram a atuar como membros de cooperativas médicas, restando apenas dezesseis, grande parte sob liminar judicial, com o vínculo de prestador de serviço ainda do Processo Seletivo de 2001, os quais, por uma carga horária de 20 horas semanais, percebem R\$ 415,00 de salário pela Secretaria de Administração do Estado – SEAD e R\$ 540,00 por plantão, com exceção dos Cirurgiões Plásticos e Radiologistas que recebem um valor menor (R\$ 250,00) por plantão, já que recebem também por “serviços profissionais” (fls. 1.072).

5.19 Aos médicos que ingressaram através do PS/2001, somaram-se alguns da SES, lotados no HEETSHL, e outros que não possuem vínculo com o serviço público ou cujos vínculos são com outros órgãos do Estado, Prefeituras Municipais ou órgãos federais, percebendo o vencimento no órgão de origem e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 20 horas semanais, outras formas de remuneração como plantões e “serviços profissionais” (atualmente apenas cirur-

giões plásticos e radiologistas), à semelhança do estabelecido para os do Processo Seletivo de 2001.

5.20 Os valores recebidos a título de “serviços profissionais” estão apresentados na **Tabela 13**. Como se pode verificar nos documentos fornecidos pelos Setores de Contas Médicas e de Recursos Humanos (fls.1.189/1.341), desde a instalação do Hospital, eram repassados valores para todos os profissionais médicos, exceto cooperados, em decorrência de procedimentos realizados e faturados para o SUS. A partir de junho de 2004, somente os médicos cirurgiões plásticos e radiologistas continuaram a receber por estes serviços, os primeiros através de um rateio por igual (valor atual – R\$ 3.444,69/mensal/cada), e os segundos, proporcionalmente aos procedimentos realizados (alcançando até um patamar de R\$ 7.000,00/mensal/individual). Conforme foi informado, não existe formalização deste acordo e nenhuma fundamentação legal para este recebimento.

Tabela 13. Valores de serviços profissionais de médicos – HEETSHL

Mês	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
JAN	–	56.271,83	83.574,55	113.976,65	71.076,39	50.869,46	70.276,12	44.526,56
FEV	–	41.174,30	67.367,11	94.827,05	70.575,83	62.934,05	66.969,65	57.238,23
MAR	–	35.703,87	85.155,41	100.134,48	59.206,17	65.713,13	61.558,54	56.437,09
ABR	–	48.143,05	80.172,04	78.042,62	64.864,59	58.212,82	69.489,28	58.577,85
MAI	–	39.118,69	90.423,08	106.613,99	63.213,87	77.761,99	66.754,16	51.919,37
JUN	–	52.651,20	76.108,79	73.157,37	75.742,55	71.760,29	71.205,50	–
JUL	–	70.800,88	105.689,49	69.732,22	76.411,60	70.109,53	83.392,68	–
AGO	–	69.100,43	103.251,58	73.239,81	75.433,19	79.430,79	80.040,47	–
SET	–	74.969,45	90.159,27	50.548,53	58.567,40	73.455,62	65.560,79	–
OUT	–	75.350,25	93.655,91	77.577,77	74.432,76	58.771,80	59.402,99	–
NOV	44.802,45	78.112,74	98.249,84	74.580,18	70.791,71	68.226,99	69.783,35	–
DEZ	46.024,88	69.066,10	105.482,27	54.668,30	77.820,60	60.675,82	78.099,33	–
Total	90.827,33	710.462,79	1.079.289,34	967.098,97	838.136,66	797.922,29	842.532,86	268.699,10

Fonte: Contas Médicas – HEETSHL/Demonstrativo de Valores da Produtividade dos Médicos.

5.21 Em 2007, foi, pela primeira vez, efetivado um concurso público para contratação de algumas categorias de pessoal destinado ao HEETSHL, dentre elas a de médico, sendo fixado um vencimento de R\$ 713,96 e um Adicional de Representação de R\$ 2.632,37, totalizando R\$ 3.346,33, por uma carga semanal de 24 horas (fls. 826/840). Não tendo o referido concurso logrado êxito ao ponto de preencher o quantitativo necessário para o funcionamento do hospital, foi realizado, em 2008, processo seletivo para contratação por tempo determinado, oferecendo-se as mesmas condições estabelecidas para os concursados, conforme estabelecido no Edital SES 01/2008 (fls.841/842).

5.22 Foram considerados como pertencentes a um Quadro do Hospital apenas os que já eram funcionários da SES (coluna “Efetivo-HEETSHL” da **Tabela 12**) e os que ingressaram através de concurso público realizado em 2007 (coluna Concurso/2007 – Apres.” – **Tabela 12**).

5.23 Na coluna “Atuando”, estão computados todos os que exercem atividade no Hospital, exceto cooperados, seja pelo vínculo ainda do Processo Seletivo de 2001, seja sem vínculo, como foi explicado, mais os efetivos, os concursados e os novos contratados em decorrência do Processo Seletivo de 2008 (171 profissionais).

5.24 A “Necessidade Prevista”, constante na **Tabela 12**, refere-se à do Edital do Concurso de 2007 mais os já efetivos. A prática, todavia, demonstra que houve falhas nas especialidades e quantitativos previstos no último concurso. Com a colaboração do Setor de Recursos Humanos e do Chefe da Divisão Médica, elaborou-se uma outra coluna na tabela, denominada “Necessidade Real”, levando-se em conta a realidade do Hospital e peculiaridades, tais como a desnecessidade de médico hemodinamicista, por se referir a especialidade mais a Unidades de Cardiologia, aumento no quantitativo previsto para a maioria

das especialidades, além de apontar especialidades não contempladas no concurso, quais sejam: neurocirurgião endovascular, arteriografista de membros e broncoscopista. A necessidade real do hospital, assim calculada, atinge, então, 295 profissionais. Há, por conseguinte, um déficit de 178, considerando-se enquadrados na equipe própria do hospital, como já dito, apenas os efetivos (23) e os concursados de 2007 (94).

5.25 Este Tribunal já se pronunciou por diversas vezes pela ilegalidade da atuação das cooperativas médicas no HEETSHL, diante da proibição constitucional de terceirização de atividade-fim em serviços de saúde em caráter permanente e não complementar (CF, arts. 37 e 199, § 1º). Prestam, no entanto, serviço ao HEETSHL, desde 2001, cinco cooperativas médicas – Cooperativa dos Anestesiologistas da Paraíba/COOPANEST, Cooperativa de Ortopedia e Traumatologia da Paraíba/COORT, Cooperativa dos Cirurgiões da Paraíba/COOPECIR, Cooperativa dos Pediatras da Paraíba/COOPED e Cooperativa dos Médicos Intensivistas da Paraíba/COOMIT.

5.26 Dos instrumentos formalizadores dos contratos e aditamentos que fundamentam as prestações de serviço dessas cooperativas, só foram fornecidos pela SES e pelo HEETSHL os seguintes (fls. 1.078/1.187):

- COOPANEST – Contrato PJ 69/01, firmado com a SES, alterado pelos Termos Aditivos nºs 01/01 e 02/02, e Contrato PJ 78/04, alterado pelos Termos Aditivos nºs 01/05, 02/05, 03/06 e 04/07, com vigência até dezembro de 2008;
- COORT – Contrato PJ 71/01, firmado com a SES, alterado pelo Termo Aditivo nº 01/01; Contrato PJ 03/04 e Contrato PJ 76/04, alterado pelos Termos Aditivos nº 01/05, 02/05, 03/06, 04/06 e 05/07, com vigência até dezembro de 2008;
- COOPECIR – Contrato PJ 70/01, firmado com a SES, alterado pelo Termo Aditivo nº 01/01; Contrato PJ 02/04 e, por fim, Contrato PJ 77/04, alterado pelos Termos Adi-

tivos nºs 01/05, 02/05, 03/06 e 04/07, com vigência até dezembro de 2008;

- COOPED – Contrato PJ 35/04, firmado com a SES, com vigência expirada;
- COOMIT – Contrato PJ 36/04, firmado com a SES, com vigência expirada.

5.27 Buscaram-se, junto ao HEETS HL bem como à SES, informações acerca das despesas com essas cooperativas, sem, no entanto, serem fornecidas com precisão. Optou-se, assim, pelos dados disponíveis no Sistema de Acompanhamento de Gestão de Recursos – SAGRES, os quais são apresentados na **Tabela 14**. Mesmo assim, não se pôde coletar dados totalmente exatos, tendo em vista que os empenhos não são feitos de uma única forma, ou seja, tais despesas vêm sendo empenhadas em várias rubricas (não somente 39 – Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, como também na rubrica 92 – Despesa de Exercícios Anteriores – e, até mesmo, na 11 – Pessoal Civil), além de terem como credores tanto a própria cooperativa como, em outras ocasiões e exercícios, o responsável financeiro do hospital ou o próprio HEETS HL, com seu CNPJ.

Tabela 14. Despesa empenhada com cooperativas médicas

ANO	COOPED	COOMIT	COOPECIR	COORT	COOPANEST	TOTAL
2002	*	*	1.319.394,77	844.529,15	954.285,25	3.118.209,17
2003	*	*	1.711.812,02	843.970,52	914.324,03	3.470.106,57
2004	239.760,00	344.520,00	3.104.257,60	1.328.024,00	1.519.071,39	6.535.632,99
2005	873.360,00	1.312.740,24	3.836.947,20	1.371.216,00	1.682.304,00	9.076.567,44
2006	1.050.298,06	1.410.480,00	3.930.964,10	1.570.164,00	1.876.844,39	9.838.750,55
2007	1.038.959,86	1.392.578,44	4.396.502,00	1.860.223,70	2.092.365,60	10.780.629,60
2008**	319.680,00	297.000,00	1.878.505,40	794.822,85	658.902,40	3.948.910,65
TOTAIS	3.522.057,92	4.757.318,68	20.178.383,09	8.612.950,22	9.698.097,06	46.768.806,97

Fonte: SAGRES – Sistema de Acompanhamento da Gestão de Recursos da Sociedade.

* Não consta como credor nem nos históricos de empenhos.

** Até 27/06/08.

5.28 Percebe-se, pelo exame dos valores levantados, o alto custo que tais contratos representaram e ainda representam para o HEETS HL, lembrando, mais uma vez, que a introdução das cooperativas médicas nas atividades do hospital, em tais circunstâncias, deu-se em face da não-realização necessária de concurso público para contratação de profissionais médicos que pertenceriam a um quadro efetivo da unidade hospitalar que estava sendo instalada em 2001, o que criou uma situação de dependência em relação à mão-de-obra imprescindível para o desempenho das atividades da instituição.

5.29 É impossível precisar o gasto atual total com a equipe médica do hospital, já que existem alguns profissionais que têm seus vencimentos pagos pelo Estado e por outra Secretaria, geralmente de Saúde. Evidencia-se, contudo, ser mais econômica a formação de um quadro próprio de médicos para o HEETS HL, pois, se for multiplicado o quantitativo total de médicos necessários (Necessidade real – 295) pelo salário mensal bruto fixado para os concursados (R\$ 3.346,33), tem-se um montante de R\$ 987.167,35, pouco superior ao valor de R\$ 898.385,80, despendido mensalmente em 2007, em média, apenas com o pagamento das cinco cooperativas médicas (R\$ 10.780.629,60: 12 meses).

5.30 Além da economia monetária, a formação de um quadro próprio de médicos possibilitaria, a médio prazo, a capacitação dos médicos e um maior comprometimento desses profissionais. Depois de formada e capacitada a equipe médica, seria viável também pensar em uma forma de incentivo, como, por exemplo, o rateio geral, entre todas as categorias, de recursos advindos de Serviços Profissionais, uma vez atingidas ou superadas metas qualitativas e quantitativas estipuladas.

Grupo de saúde/outras

5.31 No Grupo de Saúde/Outros, foram reunidos todos os demais profissionais, excetuando-se médicos, relacionados à atividade-fim do Hospital, ou seja, atendimento de pacientes, englobando os três níveis de formação – superior, médio, básico (fls. 1.004/1.029). A **Tabela 15** – Quantitativo de Pessoal – Grupo Saúde – Outros – mostra os cargos existentes, com quantidade e vínculo com o HEETSHL.

Tabela 15. Quantitativo de pessoal – grupo saúde – outros

CARGO	Processo Selet. /2001		S/Vínc./ HEETSHL	Efetivo/ HEETSHL	Concurso /2007		Atuando	Neces. Previs-ta*
	Edital 01/01	PS/ HEETSHL			Ed. 04/07	Apres		
Cir.Buco-Maxilo	5	5	6	0	7	0	11	7
Enfermeiro	27	13	68	7	73	14	102	80
Assist. Social	4	3	16	3	15	1	23	18
Psicólogo	4	3	21	2	9	3	29	11
Fisioterapeuta	4	1	33	3	19	0	37	22
Nutricionista	6	6	5	3	6	2	16	9
Bioquímico	0	0	6	0	7	0	6	7
Farmacêutico	4	2	6	2	6	2	12	8
Téc. Enfermagem	30	20	150	0	307	115	285	307
Aux. Enfermagem	50	29	69	4	0	0	102	0
Téc. Laboratório	0	0	0	0	11	0	0	11
Téc. Radiologia	8	6	21	0	23	1	28	23
Téc. Câmara Escura	0	0	0	2	0	0	2	2
Aux. Farmácia	2	1	8	0	0	0	9	0
Aux. Nutrição	0	0	4	0	0	0	4	0
Gessista	0	0	18	1	0	0	19	1
Maqueiro	0	0	18	0	0	0	18	0
Visitador Sanit.	0	0	0	1	0	0	1	1
Atendente	0	0	0	3	0	0	3	3
Agente de Saúde	0	0	0	1	0	0	1	1
Total	144	89	449	32	483	138	708	511

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL, e legislação pertinente.

*EFETIVO + EDITAL 04/07.

5.32 As necessidades previstas foram calculadas a partir da soma dos Servidores efetivos com as vagas previstas no Edital nº 04/07, referente ao único concurso já realizado para admissão de pessoal para o hospital. As necessidades reais não foram levantadas, tendo em vista que alguns cargos imprescindíveis ao seu funcionamento sequer constaram do Edital do mencionado concurso. Para se estipular os cargos com seus respectivos quantitativos necessários, objetivando-se a formação de um quadro próprio do HEETSHL, recomenda-se à Secretaria de Saúde do Estado que seja ouvida a opinião de pessoas que atuam no hospital (a nível de Direção, Chefia ou mesmo Coordenação) e detenham experiência acerca das atividades desenvolvidas e das demandas de mão-de-obra nos diversos setores.

5.33 Observando-se o Edital do Processo Seletivo para contratação temporária realizado em 2001 (Edital SES nº 01, de 02/03/2001, fls. 803/804), verifica-se que os quantitativos de algumas cargos foram subestimados, a exemplo de enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico, e outros cargos, importantes para o funcionamento do Hospital, não foram contemplados, a exemplo de bioquímico, gessista e maqueiro.

5.34 Diferentemente dos profissionais médicos, dentre os quais muitos abandonaram seu vínculo de prestador de serviço do Processo Seletivo de 2001, para se tornarem participantes de cooperativas médicas que atuam no HEETSHL, a grande maioria dos profissionais do Grupo de Saúde – Outros permanecem com este vínculo, restando 89 pessoas nessa situação. Desses prestadores de serviço, os de nível superior (odontólogo buco-maxilo, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo) percebem, por uma carga horária de 20 horas semanais, um salário de R\$ 415,00 pela Secretaria de Estado da Administração – SEAD, R\$ 540,00 por sete plantões e R\$ 72,00 por plantão extra. Os de nível médio percebem o mesmo valor

de salário (salário mínimo nacional) e R\$ 24,00 por plantão, no caso de técnico de enfermagem e de técnico em radiologia, e R\$ 21,10, os demais cargos (fls. 1.072/1.074).

5.35 A estes prestadores de serviço oriundos do PS de 2001, foram, ao longo dos anos e à semelhança dos profissionais médicos, acrescentando-se alguns servidores da SES, lotados no HEETSHL (que atualmente somam 32), e outros que não possuem vínculo com o serviço público ou cujos vínculos são com outros órgãos do Estado, Prefeituras Municipais, órgãos federais, ou o próprio Estado, mas atuando em desvio de função, que totalizam 449, percebendo os de:

- **Nível superior:** o vencimento no órgão de origem, no caso de possuir algum vínculo, e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 20 horas semanais, gratificação de R\$ 540,00 por sete plantões e R\$ 72,00 por plantão extra;
- **Nível médio:** o vencimento no órgão de origem, no caso de possuir algum vínculo, e, por suas atividades no HEETSHL, para uma carga horária de 30 horas semanais ou 10 plantões por mês, gratificação de R\$ 24,00 por plantão.

5.36 No concurso público para contratação de pessoal destinado ao HEETSHL, foram previstas vagas para alguns cargos deste grupo, quais sejam:

- **De nível superior** – cirurgião dentista buco-maxilo, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, bioquímico, farmacêutico – sendo fixados, por uma carga horária de 40 horas semanais, um salário de R\$ 594,97 e um adicional de representação de R\$ 410,37, perfazendo um total de R\$ 1.005,34;
- **De nível médio** – técnico de enfermagem, técnico em laboratório e técnico em radiologia – sendo fixados um vencimento de R\$ 417,80 e um adicional de representação de R\$ 120,00, o que totaliza R\$ 537,80, por uma carga semanal de 40 horas ou 13 plantões por mês.

5.37 Com relação ao pessoal de enfermagem, houve falha no concurso público realizado, especificamente no que tange ao HEETSHL, em virtude do perfil exigido não atender ao necessário para o desempenho das atividades de urgência, emergência e trauma, cabendo recomendar à SES e ao HEETSHL para que, em se realizando novo certame, atente para esta peculiaridade e, desde já, ofereça aos novos servidores desta área treinamento para capacitá-los devidamente para o trabalho requerido.

5.38 Foram considerados como pertencentes a um Quadro do Hospital apenas os que já eram funcionários da SES e não estão atuando no HEETSHL com desvio de função (coluna “Efetivo” da Tabela, em número de 32) e os que ingressaram através de concurso público realizado em 2007 (coluna “Concurso/2007 – Apres”. – **Tabela 15**), em número de 138, totalizando 170 servidores de todos os cargos deste grupo.

5.39 Na coluna “Atuando”, estão computados todos os que exercem atividade no Hospital, seja pelo vínculo ainda do Processo Seletivo de 2001, seja sem vínculo, como foi explicado, mais os efetivos e os concursados apresentados (708 profissionais).

5.40 As necessidades previstas foram calculadas a partir da soma dos servidores efetivos com as vagas previstas no Edital nº 04/07, referente ao único concurso já realizado para admissão de pessoal para o hospital. As necessidades reais não foram levantadas, tendo em vista que alguns cargos imprescindíveis ao seu funcionamento sequer constaram do Edital do mencionado concurso. Para se estipular os cargos com seus respectivos quantitativos necessários, objetivando-se a formação de um quadro próprio do HEETSHL, recomenda-se, mais uma vez, à Secretaria de Saúde do Estado que seja ouvida a opinião de pessoas que atuam na instituição (a nível de Direção,

Chefia ou mesmo Coordenação) e detenham experiência acerca das atividades desenvolvidas e das demandas de mão-de-obra nos diversos setores. Convém lembrar ainda que surgiram também novos cargos nos últimos anos, como técnico de enfermagem e técnico em laboratório, cujos cursos de formação foram reconhecidos e anteriormente não existiam, motivo por que tende a desaparecer o cargo de auxiliar de enfermagem.

Grupo de apoio

- 5.41** Foram incluídos neste grupo os ocupantes de cargos que não sejam dos *Grupos Saúde – Médicos e Outros* nem do *Grupo Direção, Chefia, Coordenação, Secretária*.
- 5.42** A partir do exame da Folha de Produtividade referente ao mês de abril/2008 e de pesquisa feita junto ao hospital, depreende-se existirem, neste grupo, 102 ocupantes de cargos de nível básico, 230 de nível médio e 24 de nível superior, totalizando 356 pessoas, os quais estão discriminados nas **Tabelas 16, 17 e 18**, elaboradas com o auxílio do Setor de Recursos Humanos do HEETSHL, pois, no caso específico deste grupo, torna-se ainda mais difícil coletar as informações junto à SES (fls. 1.031/1.071).
- 5.43** Este quantitativo, porém, não é estável, uma vez que o ingresso é feito, na grande maioria, através da simples inclusão na Folha de Produtividade, sem formalização legal de vínculo com o hospital, com solicitação do responsável pelo setor afirmando haver necessidade de substituição de pessoal e autorização do Diretor Geral do HEETSHL ou por determinação da SES (fls. 1.075).
- 5.44** Com relação a este Grupo, ainda não foi realizado qualquer concurso público para admissão de pessoal. Os quantitativos

de alguns cargos são aquém da necessidade real, a exemplo de analista de sistema, administrador, contador, auditor médico, motorista, artífices (encarregados por reparos – pintor, encanador, eletricista) etc. Existem, por outro lado, cargos sem qualquer necessidade ou lógica, a exemplo de professor e psicopedagogo.

- 5.45** Deste universo (Grupo de Apoio), alguns são originários do Processo Seletivo realizado em 2001, quando da instalação do hospital, observando-se, no próprio edital, que o quantitativo foi subdimensionado, o que, juntamente com a não-realização posterior de concurso público, permitiu a admissão crescente e continuada de pessoal. Ocorreu também que, para alguns cargos, imprescindíveis para o funcionamento do hospital, não foram sequer previstas vagas, a exemplo de auditor médico, administrador etc.
- 5.46** Como inexistente Quadro de Pessoal do HEETSHL, não há quantitativo estabelecido para os cargos, acarretando descontrole de admissão e remunerações indignas (no nível básico, a maioria, mesmo trabalhando sessenta horas por semana, percebe valores abaixo do Salário Mínimo Nacional). Em decorrência, a qualidade da prestação do serviço é insatisfatória, sendo exemplo representativo o da limpeza, lavanderia e cozinha. A inexistência de um quadro de pessoal também inviabiliza a capacitação e treinamento de mão-de-obra.
- 5.47** Grande parte dos integrantes do Grupo de Apoio contratados como prestadores de serviço do Processo Seletivo de 2001 permanecem com o vínculo. Desses prestadores de serviço, os de nível superior percebem o salário mínimo pela Secretaria de Estado da Administração – SEAD e uma gratificação de R\$ 540,00, por turno de 6 horas, podendo dobrar a jornada (dois turnos) e receber R\$ 1.080,00. Do mesmo modo, processa-se para os demais níveis, diferenciando-se

apenas os valores das gratificações (R\$ 211,00/R\$422,00 para nível médio e R\$ 178,00/R\$376,00 para nível básico) (fls. 1.073/1.074).

5.48 A segurança do hospital é realizada atualmente por servidores da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros que recebem os salários nos órgãos referidos, por carga horária lá estabelecida. No HEETSHL, trabalham, de forma extra, em plantões de 12 horas, percebendo R\$ 35,00 por plantão diurno e R\$ 40,00 por plantão noturno, a título de produtividade. Denominam-se “Apoio Operacional” e são coordenados por três “Supervisores Patrimoniais”, os quais percebem R\$ 55,00 por plantão e estão incluídos na **Tabela 11** – Grupo Direção, Chefia, Coordenação, Secretária.

5.49 Além dos prestadores de serviço do PS de 2001, exercem atividades de apoio:

- Servidores efetivos (da SES, lotados no HEETSHL) e de outros órgãos que recebem o salário na unidade de origem e a gratificação já mencionada;
- Prestadores de serviço sem vínculo algum, percebendo apenas a gratificação nos moldes descritos.

5.50 Parte do pessoal que exerce atividades na Lavanderia, Limpeza (Higienização) e Nutrição (cozinha) é escalado não por turno, mas por plantão de 12 horas, para o qual recebem apenas R\$ 17,80 por plantão.

5.51. Com relação ao nível superior, observa-se disparidade de valores percebidos por ocupantes de cargos assemelhados, como é o caso de auditor interno e assessor jurídico.

Tabela 16. Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível superior

Cargo	Processo Seletivo/2001		S/Vínc.	Efetivo (HEETSHL)	Atuando
	Edital 01/01	PS			
Analista de Sistema	1	1	0	0	1
Administrador	0	0	2	2	4
Contador	1	0	1	0	1
Economista	0	0	0	1	1
Auditor Médico	0	0	3	0	3
Engenheiro Mecânico	1	1	0	0	1
Engenheiro Eletrônico	0	0	1	0	1
Engenheiro Químico	0	0	0	1	1
Engenheiro Clínico	1	0	0	0	0
Professor	0	0	3	0	3
Psicopedagogo	0	0	1	0	1
Assessor de Compras	0	0	1	0	1
Assessor Contábil	0	0	1	0	1
Assessor Jurídico	0	0	3	0	3
Assistente de Compras	0	0	3	0	3
Total	4	2	17	5	24

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL e legislação pertinente.

Tabela 17. Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível médio

Cargo	Processo Seletivo /2001		S/Vínc.	Efetivo	Atuando
	Edital 01/01	PS			
Almoxarife	2	2	0	0	2
Auxiliar de Almoxarife	2	1	4	1	6
Artífices e Aux. Artíf.	9	7	4	1	12
Assist. Administrativo	13	9	31	5	45
Dispenseiro	0	2	0	0	2
Motorista	4	2	6	0	8

Operador de Informática	2	0	5	0	5
Recepcionista	5	3	36	3	42
Secretária	3	8	5	4	17
Técnico em Reprografia	0	1	0	0	1
Téc. em Segur.Trab.	0	0	1	0	1
Téc. de Nível Médio	0	0	0	2	2
Auxiliar de Higienização	0	0	53	0	53
Telefonista	4	0	6	0	6
Apoio Operacional (Seg.)	0	0	28	0	28
Total	44	35	179	16	230

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL e legislação pertinente.

Tabela 18. Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível básico

Cargo	Processo Seletivo /2001		S/Vínc.	Efetivo	Atuando
	Edital 01/01	PS			
Cozinheiro	11	5	5	0	10
Auxiliar de Cozinha	9	6	11	0	17
Copeiro	6	4	17	0	21
Costureira	1	1	6	1	8
Engomador	4	7	7	0	14
Operad. de Lavanderia	6	4	22	0	26
Operad. De Caldeira	0	5	0	0	5
Aux. de Serviços Gerais	10	0	0	0	0
Aux. de Reprografia	0	0	1	0	1
Total	47	32	69	1	102

Fonte: Setor de Recursos Humanos – HEETSHL e legislação pertinente.

5.52 Os custos com Recursos Humanos são significativos em relação ao total de custos de um hospital. Assim, faz-se mister que se identifique o quantitativo necessário para realizar cada fun-

ção e se estabeleçam metas gerenciais com implantação ativa da capacidade de trabalho. Quanto aos candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007 para provimento de diversos cargos, é recomendável que se proceda à contratação imediata, necessária, inclusive, à ativação de alguns serviços do hospital, como o de exames laboratoriais.

5.53 Em praticamente todos os setores do hospital, há queixa de necessidade de capacitação de pessoal, existindo, no HEETSHL o Núcleo de Estudos e Capacitação e Estágios – NECE, a quem competiria implementar ações visando ao treinamento e à capacitação da mão-de-obra, em especial a permanente (pessoal efetivo), mas atualmente o setor funciona basicamente para administrar a concessão de estágios, sendo, por sinal, perceptível a presença de um quantitativo exagerado de estagiários nas dependências do hospital.

5.54 Quanto à disparidade de remunerações, há a necessidade de se equacionar a produtividade de modo a diminuir a distorção entre os valores ofertados aos diversos profissionais, bem como corrigir o atraso em que se dá o pagamento, atualmente de dois meses (em julho, foi pago o mês de abril), pois tais aspectos geram insatisfação e desestímulo aos que exercem atividades na instituição.

Recursos Financeiros

5.55 O Hospital Estadual de Emergência e Trauma só foi considerado, desde sua instalação, como Unidade Orçamentária do Estado no exercício de 2005 e, mesmo assim, não de forma plena, como será comprovado no decorrer desta exposição. Todos os recursos para o hospital são oriundos do Tesouro do Estado – SES ou do Fundo Estadual de Saúde – FESEP, inclusive os repasses efetuados pelo SUS/MS, os quais são transferidos através da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa para o Estado. Faz-se conveniente deixar claro

que os valores faturados e cobrados ao SUS pelos serviços prestados no HEETSHL são recuperados não para o hospital especificamente, mas retornam para o Sistema de Saúde do Estado, ou seja, para a SES ou para o FESEP.

5.56 Deve-se ressaltar que a Gestão de Recursos do SUS/MS no Município de João Pessoa está a cargo da Secretaria de Saúde Municipal, tendo em vista que se trata de Gestão Plena de Saúde. A questão de pactuação de serviços e metas foi anteriormente abordada neste relatório, no **Capítulo 4**.

5.57 Focaremos, entretanto, o tema neste Capítulo, notadamente no que diz respeito aos recursos repassados pelo SUS ao Estado, advindos de procedimentos realizados pelo HEETSHL, os quais decorrem, basicamente, de dois tipos de cobrança:

- SIA – Sistema de Informação Ambulatorial que, no caso do HEETSHL, refere-se aos atendimentos realizados na Urgência/Emergência;
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar, referente às internações registradas através de AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

5.58 A partir de informações fornecidas pelo Setor de Contas Médicas – HEETSHL e pela Diretoria de Regulação da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa (fls. 1.343/1.376 e 1.377/1.407), foram compilados os valores de recursos do SUS, repassados pelo Município ao Estado, com referência a procedimentos faturados no HEETSHL, os quais estão demonstrados nas Tabelas 19 e 20. Analisando-se os exercícios de 2005, 2006 e 2007, os quais estão com as informações completas, e fazendo-se uma comparação com as despesas levantadas com relação ao HEETSHL, **Tabela 21** a seguir, vê-se que os recursos decorrentes de faturamento do SUS equivalem a cerca de 38% das despesas (§ 5.69).

Tabela 19. Repasses de recursos do SUS – valores pagos, segundo HEETSHL

(R\$ 1,00)

	2001*	2002	2003	2004**	2005	2006	2007
SIA	–	–	1.046.225,50	–	993.260,73	1.310.044,93	1.528.746,89
AIH	1.249.611,71	5.544.853,59	6.141.255,81	5.026.746,12	7.492.214,79	8.170.386,59	8.078.968,84
APAC	–	–	33.941,34	–	75.083,46	117.131,90	119.014,63
Total	1.249.611,71	5.544.853,59	7.221.422,65	5.026.746,12	8.560.558,98	9.597.563,42	9.726.730,36

Fonte: Setor de Contas Médicas – HEETSHL.

* Só foram fornecidos dados a partir de agosto.

** Só foram fornecidos dados referentes ao período de janeiro a agosto.

Tabela 20. Repasses de recursos do SUS – valores pagos, segundo SSM-JP

(R\$ 1,00)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SIA	142.471,38	1.449.205,04	1.056.165,55	1.209.802,14	993.260,74	1.374.913,36	1.528.746,89
AIH*	–	222.693,00	6.171.917,38	7.289.542,66	7.521.131,64	8.176.507,16	8.079.129,61
APAC**	–	–	24.011,78	62.316,55	75.083,45	117.837,90	118.852,78
Total	142.471,38	1.671.898,04	7.252.094,71	8.561.661,35	8.589.475,83	9.669.258,42	9.726.729,28

Fonte: Diretoria de Regulação – Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa.

* Não constam dados referentes a 2001 e somente aos meses de setembro, novembro e dezembro/2002.

** Só constam dados a partir de agosto/2003.

5.59 A Coordenação de Contas Médicas do HEETSHL é responsável pelo faturamento e, para tanto, procede ao levantamento de todos os procedimentos contidos nos prontuários, com a finalidade de cobrá-los de acordo com o regulamentado em Portarias/SUS. É necessário, por conseguinte, que não apenas o setor se mantenha atualizado com a legislação pertinente, como também implemente rotinas de fluxo de documentos no hospital, para que se atinja o percentual máximo de recu-

peração dos dispêndios, ou seja, recupere efetivamente todos os procedimentos realizados passíveis de tal cobertura.

- 5.60** Além do Coordenador e de funcionários administrativos, o setor trabalha conjuntamente com dois médicos auditores que revisam os prontuários, buscando corrigir as falhas constatadas no preenchimento dos formulários e laudos elaborados pela equipe médica e paramédica. Inexiste oficialmente, como dito no Capítulo 4, uma Comissão de Revisão de Prontuários.
- 5.61** Segundo informações colhidas, ocorre ainda uma média de 8% de perdas, devido a glosas efetuadas pelos auditores externos (pertencentes à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa) e pelo próprio sistema DATASUS–MS ou extravio de formulários e laudos, tanto com relação ao SIA como ao SIH, estimada aproximadamente em R\$ 19.000,00 e R\$ 52.000,00/mês, respectivamente.
- 5.62** O prejuízo mais significativo, porém, dá-se em função das limitações impostas pelo Cadastro – SAI, existente junto à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa – SMS–JP, resultando em uma diferença mensal de R\$ 70.000,00 entre o Produzido e o Quantificado, em razão do Teto Financeiro estipulado, como mostram os documentos de fls.1.343/1.345.
- 5.63** Dentro da mesma questão, existem ainda procedimentos de Alta Complexidade sendo realizados pelo HEETSHL que não estão cadastrados ou apresentam pendências no cadastro, tais como Cirurgia Cardiovascular (SIPAC nº 805), Busca Ativa de Órgãos (SIPAC nº 2412) e no Serviço de Nutrição Enteral e Parenteral. Esse prejuízo, estimado aproximadamente em R\$ 85.000,00 mensais, está demonstrado nos documentos de fls. 1.343/1.344 e 1.346/1.347, esclarecendo-se que, em cima do valor da tabela do SIH, deveria ser acrescentado ainda 50% do valor, em razão do HEETSHL

ser referenciado em urgência/emergência, se esses cadastramentos estivessem regularizados.

- 5.64** Ressalte-se também que o prejuízo até março do corrente ano era ainda maior, pois, só então, o HEETSHL foi oficialmente cadastrado em Alta Complexidade em Trauma-ortopedia, e a tabela SUS encontra-se bastante defasada em comparação com as tabelas de remuneração dos planos de saúde privados.
- 5.65** Cabem recomendações à Direção do HEETSHL e à Secretaria de Saúde, para que sejam tomadas providências que visem à agilização e à correção de falhas nos registros de procedimentos realizados, possibilitando um incremento nos repasses do SUS/MS, tais como:
- Implementação de prontuário eletrônico – software;
 - Treinamento do pessoal incumbido de preenchimento;
 - Previsão de obrigação de preenchimento completo e correto e penalidade por incorreções e/ou omissões em registro interno;
 - Renovação de cadastramentos existentes a tempo (como cirurgia neurológica, que se expira em novembro/2008) e cadastramento de procedimentos pendentes e faltantes.
- 5.66** No que concerne ao custeio das despesas referentes ao HEETSHL, basicamente tem sido feito, ao longo desses sete anos, das seguintes formas:
- Por empenhos, tendo como credor o HEETSHL – como entidade jurídica (com seu cnpj);
 - Pagando o próprio tesouro (ses ou fesepe) a algumas cooperativas, geralmente cooanest, coort e coopecir;
 - Pagando o próprio tesouro a fornecedores e a prestadores de serviço que constem como credores de empenhos referentes a aquisições e a prestações de serviço para o

HEETSHL especificamente e para a rede hospitalar de uma forma geral (equipamentos, oxigênio, medicamentos e materiais médico-hospitalares, manutenção de equipamentos etc.);

- Em forma de adiantamentos em favor de responsável pelo setor financeiro ou do diretor administrativo;
- Pela ação da SES 4066 – manutenção do hospital de traumas de João Pessoa;
- Além de ele próprio (o estado – através da sead ou SES) arcar com despesas com vencimentos de pessoal, concursados e funcionários que já eram do estado e atuam no HEETSHL.

5.67 Vê-se, portanto, que as despesas são extremamente pulverizadas, configurando-se uma difícil tarefa reunir as informações a elas referentes para se compor os gastos do HEETSHL. Apesar de solicitado à SES e ao HEETSHL dados acerca do montante de recursos desembolsados pelo Estado para atender à necessidade do hospital, não foram fornecidos subsídios suficientes que permitissem um exame preciso (fls. 1.738/1.757), tal como ocorreu quando da instrução do Processo TC nº 07135/05, referente à Inspeção Especial realizada por este Tribunal no Hospital em 2005.

5.68 Por tal motivo, optou-se por adotar os dados contidos no Sistema de Acompanhamento de Gestão – SAGRES/TCE–PB, alimentados pelos gestores. A investigação ficou impossibilitada no que se refere ao exercício de 2001, quando ainda não operava o citado Sistema, mas a realização de despesas de 2002 até maio de 2008 está exposta na **Tabela 21 – Despesa por Credor** e explanada em seguida, oferecendo uma visão geral do que foi possível levantar com relação às despesas, como também estão anexados relatórios e empenhos extraídos do SAGRES (docs. fls. 1.410/1.722).

Tabela 21. Despesas efetuadas referentes ao HEETSHL por credor

(R\$ 1,00)

Credor	2002		2003		2004	
	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago
1. HEETSHL (CNPJ 087778268003771)	–	–	–	–	–	–
2. Joaneite Raulino da Silva (Até Maio/03)	12.130.355,42	12.130.355,42	4.243.313,34	4.243.313,34	–	–
3. Kleber Thadeu L. Bonates (Até Maio/04)	–	–	9.130.232,29	9.130.232,29	8.703.304,28	8.703.304,28
4. Joaquim F. De Souza (A Partir De Jun/04)	–	–	–	–	7.812.644,99	6.081.663,79
5. COOPANEST	954.285,25	954.285,25	104.823,80	104.823,80	1.122.784,00	1.068.435,61
6. COOPECIR	1.319.394,77	1.319.394,77	124.324,40	124.324,40	2.239.745,60	2.095.228,70
7. COORT	844.529,15	844.529,15	74.334,20	74.334,20	915.416,00	853.856,00
8. Vários	2.205.876,92	985.565,14	850.176,26	816.088,95	3.601.917,32	3.026.978,01
9. COOPED	–	–	–	–	239.760,00	239.760,00
10. COOMIT	–	–	–	–	344.520,00	344.520,00
Totais	17.454.441,51	16.234.129,73	14.527.204,29	14.493.116,98	24.980.092,19	22.413.746,39

Fonte: SAGRES – Pesquisa por credor.

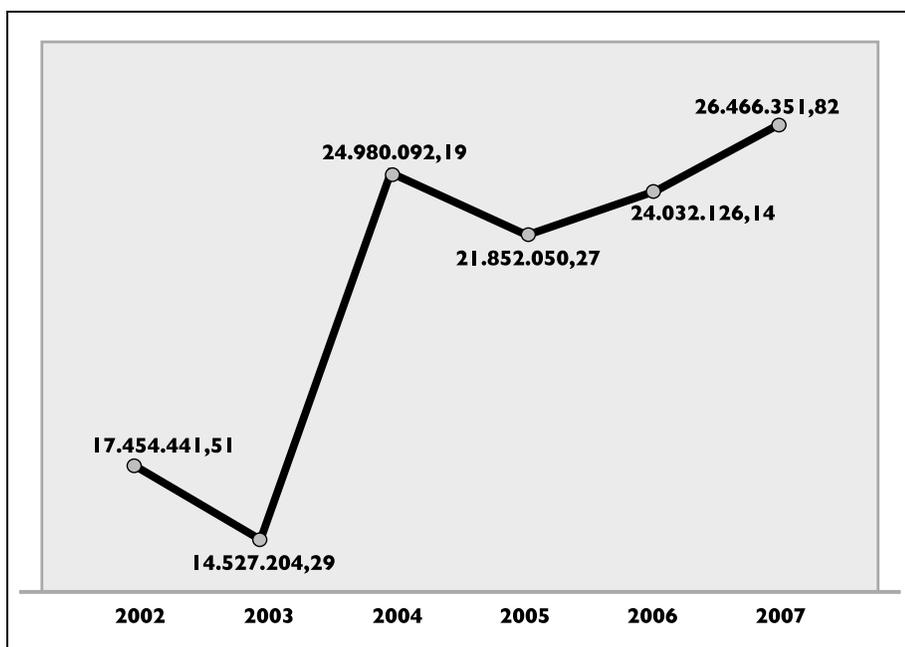
Tabela 21. (continuação)

Nº	2005		2006		2007		2008 (até 31/05)	
	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago	Empenhado	Pago
I	6.777.517,97	6.777.517,97	10.306.726,45	10.125.826,45	10.626.346,21	9.523.585,97	4.379.532,48	4.379.532,48

Continuação da Tabela 21. Despesas efetuadas referentes ao HE-ETSHL por credor

2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	3.512.758,71	3.512.758,71	398.205,31	398.205,31	60.999,99	60.999,99	557.400,00	557.400,00
5	1.682.304,00	1.682.304,00	1.876.844,39	1.736.652,39	2.092.365,60	1.927.640,00	658.902,40	658.902,40
6	3.836.947,20	3.836.947,20	3.930.964,10	3.930.964,10	4.396.502,00	4.396.502,00	1.878.505,40	1.878.505,40
7	1.371.216,00	1.371.216,00	1.570.164,00	1.570.164,00	1.860.223,70	1.860.223,70	794.822,85	794.822,85
8	4.073.526,39	3.707.836,76	5.949.221,89	5913863,59	7.429.914,32	7.376.440,32	2648832,45	1.782.088,59
9	239.760,00	239.760,00	-	-	-	-	-	-
10	358.020,00	358.020,00	-	-	-	-	-	-
*	21.852.050,27	21.486.360,64	24.032.126,14	23.675.675,84	26.466.351,82	25.145.391,98	10.917.995,58	10.051.251,72

* Totais.

Gráfico 7. Incremento da despesa empenhada, ano a ano

5.69 Comparando-se os volumes de recursos do SUS, angariados através de faturamentos de procedimentos realizados no HE-ETSHL, a partir da análise dos exercícios de 2005, 2006 e 2007, os quais estão com as informações completas (média de R\$ 9.300.000,00/ano), com as despesas empenhadas levantadas (média de R\$ 24.000.000,00/ano), vê-se que tais recursos equivalem a cerca de 38 %.

Exercício de 2002

5.70 A Unidade Gestora, neste exercício, foi a SES – código 250001, e não consta nenhum empenho que tenha o HEETSHL como credor.

5.71 Três das cooperativas médicas (COOPANEST – R\$ 954.285,25, COOPECIR – R\$ 1.319.394,77 e COORT – R\$ 844.529,15) foram, elas próprias, credoras de empenhos. As outras duas (COOPED e COOMIT) não o foram, recebendo por meio de outros credores, possivelmente pela responsável pelo Setor Financeiro do hospital à época.

5.72 A grande maioria dos empenhos (no total de R\$ 12.130.355,42) ocorreram no nome da responsável pelo Setor Financeiro (Joanete Raulino da Silva). Neste íterim, pelo histórico dos empenhos, depreende-se que foram destinados a:

- Produtividade – R\$ 4.337.486,28 (rubricas 11 – Vencimentos e Vantagens Físicas – Pessoal Civil e 92 – Despesa de Exercício Anterior);
- Material de consumo – R\$ 3.491.752,42 (rubrica 30; os empenhos não informam fornecedores, mercadorias etc.);
- Plantões Médicos – R\$ 3.174.434,00 (não há descrição da especialidade, provavelmente estão aí incluídas as cooperativas COOPED e COOMIT, mas o valor é alto para ser

apenas dessas duas cooperativas; as rubricas utilizadas foram 11 e 92);

- Serviços de Terceiros – R\$ 1.115.437,30 (o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.);
- Limpeza e Higienização – R\$ 9.253,42;
- Diárias – R\$ 1.992,00.

5.73 Os outros credores foram incluídos na coluna “Vários”. Destacam-se, entre eles, o Banco do Brasil – empenho destinado à aquisição de equipamento *Toshiba* e para capacitação de dentistas cirurgiões buco-maxilo –, Oxigênio do Nordeste, Moraes Martins e Cia. Ltda., Tomocenter, Vitrans – Limpeza e Conservação de Imóveis, Elfort etc.).

Exercício de 2003

5.74 Como em 2002, a Unidade Gestora neste exercício foi a *Secretaria da Saúde – código 250001*, e não consta nenhum empenho tendo o próprio HEETSHL como credor. Com relação às cooperativas médicas, só foram localizados três empenhos, em todo o exercício, tendo como credoras a COOPANEST, COOPECIR e COORT, um para cada (R\$ 104.823,80, R\$ 124.324,40 e R\$ 74.334,20). Há indícios de que as cooperativas médicas foram pagas através de adiantamentos concedidos aos responsáveis financeiros do HEETSHL, pois alguns empenhos contêm especificação de plantões médicos nos históricos.

5.75 A grande maioria dos empenhos ocorreram nos nomes dos responsáveis pelo Setor Financeiro, em forma de adiantamento (Joanete Raulino da Silva, até maio – somando R\$ 4.243.313,34 –, e Kléber Thadeu L. Bonates, a partir de junho – R\$ 9.130.232,29). Pelo histórico dos empenhos, constataram-se as seguintes destinações:

- Produtividade – R\$ 5.661.203,97 (rubricas 11 e 92);
- Material de consumo – R\$ 2.311.125,39;
- Plantões médicos, sem especificar especialidade – R\$ 1.494.139,00 (rubrica 11);
- Plantões médicos, especificando “cirurgião” – R\$ 1.587.487,62;
- Plantões médicos, especificando “anestesista” – R\$ 809.500,23;
- Plantões médicos, especificando “ortopedista” – R\$ 769.636,32;
- Serviços de Terceiros – R\$ 758.455,10 – como em 2002, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.76 A coluna “Vários” engloba os outros credores no montante de R\$ 850.176,26, podendo ser citados empenhos em favor da Vitrans – Limpeza e Conservação de Imóveis, Banco do Brasil – para aquisição de equipamento –, Moraes Martins e Cia. Ltda. (exames), Tomocenter Ltda., Oxigênio do Nordeste, Elfort, ADLIM Terceirização em Serviços Ltda. etc.

Exercício de 2004

5.77 Em 2004, a Unidade Gestora dos recursos referentes ao HEETSHL permaneceu sendo a *SES – código 250001*. Também não consta, neste exercício, nenhum empenho tendo o HEETSHL como credor.

5.78 Diferentemente dos exercícios anteriormente abordados, neste exercício, constam empenhos tendo as cooperativas médicas COOPED e COOMIT como credoras (R\$ 239.760,00 e R\$ 344.520,00, respectivamente). As outras cooperativas – COOPANEST, COOPECIR e COORT – voltaram a constar como credoras de empenhos de valores representativos (R\$ 1.036.732,39, R\$ 2.239.745,60 e R\$ 915.416,00). Todas as cinco, todavia, possivelmente receberam também valores transferidos pelos responsáveis por adiantamentos do HEETSHL, como veremos a seguir.

5.79 Foram dois os responsáveis por adiantamentos em 2004 – Kléber Thadeu L. Bonates, até julho (total de R\$ 8.703.304,28), e, a partir de agosto, Joaquim Francisco de Souza Filho – no montante de R\$ 7.812.644,99. Somando-se os dois valores, chega-se à vultosa importância de R\$ 16.515.949,27. Pelo histórico, depreende-se que foram empenhados para despesas com:

- Produtividade – R\$ 8.641.103,00;
- Material de consumo – R\$ 5.123.207,14;
- Plantões médicos, sem especificar especialidade – R\$ 179.086,13 (rubrica 92 – dez/03)
- Plantões médicos, especificando “cirurgião” – R\$ 864.512,00;
- Plantões médicos, especificando “anestesista” – R\$ 482.339,00;
- Plantões médicos, especificando “ortopedista” – R\$ 412.608,00 (rubricas 11 e 92);
- Serviços de Terceiros – R\$ 813.094,00 – como em 2002 e 2003, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.80 Os outros credores foram incluídos na coluna “Vários” e totalizam R\$ 3.601.917,32, destacando-se ADLIM Terceirização em Serviços Ltda. e Moraes Martins e Cia. Ltda. (exames).

Exercício de 2005

5.81 Em 2005, oficialmente o HEETSHL constituiu uma Unidade Orçamentária, tramitando, neste Tribunal, o Processo TC nº 02614/06, relativo a sua Prestação de Contas Anual.

5.82 Continuou, todavia, a haver diversidade de formas de realização de despesa. Em parte dos empenhos em que ele consta como Unidade Gestora, código 251501 – Hospital de Traumas de João Pessoa/FESEP (R\$ 10.851.044,36), ele foi, ao mesmo tempo, credor – CNPJ 08778268003771 –, no total de R\$ 6.777.517,97 (valor empenhado e pago), sendo utilizado para

pagamento de produtividade (R\$ 5.382.697,97) à COOMIT (R\$ 835.380,00) e à COOPED (R\$ 559.440,00).

5.83 Além disso, o Hospital, como Unidade Gestora, empenhou despesas de outros credores, que somaram R\$ 4.073.526,39 (Exomed Ltda., CIAN Comp. Ind. de Alimentos do Nordeste, HIGIENE Conservação e Limpeza Ltda. e outros).

5.84 Neste mesmo exercício, o FESEP também efetuou despesas, ele próprio como Unidade Gestora, no total de R\$ 11.001.005,91, concernentes ao HEETSHL, tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 1.682.304,00;
 - COOPECIR – R\$ 3.836.947,20;
 - COORT – R\$ 1.371.216,00;
 - COOPED – R\$ 239.760,00;
 - COOMIT – R\$ 358.020,00.
- Diretor Administrativo do HEETSHL – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho (em forma de adiantamentos, que importaram em R\$ 3.512.758,71), contemplando:
 - Produtividade – R\$ 2.159.108,00
 - Material de Consumo – R\$ 1.062.475,47, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 97.675,00 – como nos outros exercícios, o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.
 - COOMIT – R\$ 119.340,24;
 - COOPED – R\$ 74.160,00.

Exercício de 2006

5.85 Em 2006, o HEETSHL deixou de ser uma Unidade Orçamentária. A Unidade Gestora dos recursos referentes ao HEETSHL foi o FESEP – código 510001.

5.86 Os empenhos em que o hospital foi credor – CNPJ 08778268003771 – totalizaram R\$ 10.306.726,45, tendo sido pagos R\$ 10.125.826,45. Os valores foram empenhados para pagamento de produtividade (R\$ 7.845.948,39) à COOMIT (R\$ 1.410.480,00) e à COOPED (R\$ 1.050.298,06).

5.87 Neste mesmo exercício, o *FESEP* também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 1.876.844,39;
 - COOPECIR – R\$ 3.930.964,10;
 - COORT – R\$ 1.570.164,00.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho (em forma de adiantamentos, que importaram em R\$ 398.205,31), contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 230.420,27, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 167.785,04 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.88 Os outros credores que não sejam o próprio hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários”, e os registros de seus empenhos estão na Ação 4066 – Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa, totalizando o empenhado R\$ 5.949.221,89 e o pago R\$ 5.913.863,59.

Exercício de 2007

5.89 A Unidade Gestora voltou, em 2007, a ser a *SES* – código 250001. Os empenhos em que o hospital foi credor – CNPJ 08778268003771 –, totalizaram R\$ 10.626.346,21, tendo sido pagos R\$ 9.523.585,97. Os valores foram empenhados para pa-

gamento de produtividade (R\$ 8.189.907,91) à COOMIT (R\$ 1.392.578,44) e à COOPED (R\$ 1.038.959,86), além de complemento de folha de pagamento em nome de Juan Jaime Alcoba Arce (R\$ 3.500,00) e Lúcio Ney Carneiro Vieira (R\$ 2.400,00).

5.90 Neste mesmo exercício, a SES também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 2.092.365,60;
 - COOPECIR – R\$ 4.396.502,00;
 - COORT – R\$ 1.860.223,70.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho, em forma de dois adiantamentos, que importaram em R\$ 60.999,99, contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 46.000,00, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 14.999,99 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador, etc.

5.91 Os outros credores, que não sejam o próprio hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários”, e os registros de seus empenhos estão na Ação 4066 – Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa, totalizando o empenhado R\$ 7.429.914,32 e o pago R\$ 7.376.440,32. Podem ser citados Toshiba Medical do Brasil Ltda., Biodiagnose Lab. Análises Clínicas Ltda., Air Liquide Brasil Ltda., SR Representações de Produtos Médicos, Exomed Ltda., Ortoplan Comercial Ltda., Tomocenter Diag. Médico por Imagem Ltda., Tecnocenter Mat. Médicos etc.

Exercício de 2008

5.92 Em 2008, a Unidade Gestora continuou sendo a *SES* – código 250001. O SAGRES está alimentado com os da-

dos até 31 de maio do corrente. Os Empenhos em que o Hospital foi credor – CNPJ 08778268003771 –, somam R\$ 4.379.532,48, tendo sido totalmente pagos. Os valores foram utilizados para pagamento de produtividade (R\$ 3.762.852,48) à COOPED (R\$ 319.680,00) e à COOMIT (R\$ 297.000,00).

5.93 A SES também efetuou despesas concernentes ao HEETSHL, mas tendo como credores:

- Cooperativas médicas
 - COOPANEST – R\$ 658.902,40;
 - COOPECIR – R\$ 1.878.505,40;
 - COORT – R\$ 794.822,85.
- Diretor Administrativo do Hospital – Sr. Joaquim Francisco de Souza Filho, sendo utilizadas as contas correntes 2003090, 7003093 e 2005146 – Banco Real –, as quais importaram em R\$ 557.400,00, contemplando:
 - Material de Consumo – R\$ 142.400,00, sem especificar fornecedor e material;
 - Serviços de Terceiros – R\$ 415.000,00 – o histórico não informa tipo de serviço, prestador etc.

5.94 Os outros credores, que não sejam o próprio Hospital, as cooperativas médicas ou Joaquim Francisco de Souza Filho, foram incluídos na coluna “Vários”, e os registros de seus empenhos estão na *Ação 4066 – Manutenção do Hospital de Traumas de João Pessoa*, totalizando o empenhado R\$ 2.648.832,45 e o pago apenas R\$ 1.782.088,59. Verifica-se que, dentre tais empenhos, o valor de R\$ 2.426.190,72 foi empenhado para aquisição de material de consumo (rubrica 30 – medicamentos, material médico-hospitalar, oxigênio, material de limpeza etc.), R\$ 221.581,73 para serviços de terceiros (rubrica 39 – exames, vale-transporte etc.) e R\$ 1.060,00 para diárias (rubrica 14).

Gráfico 8. Distribuição percentual da despesa empenhada/2008

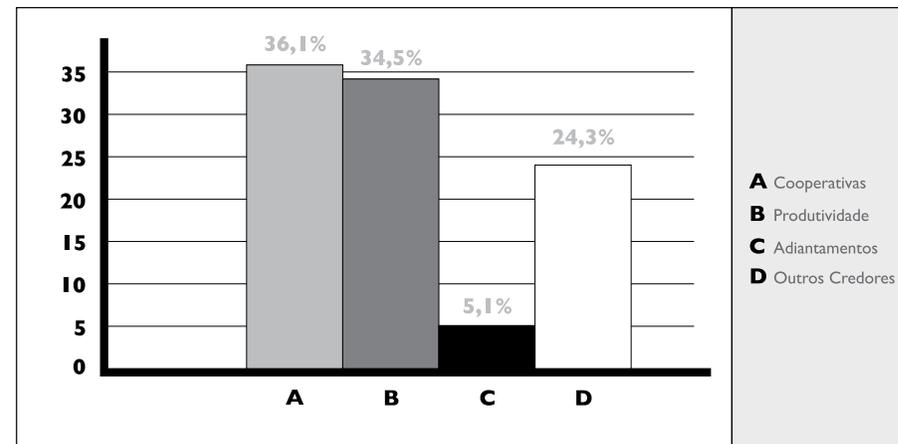
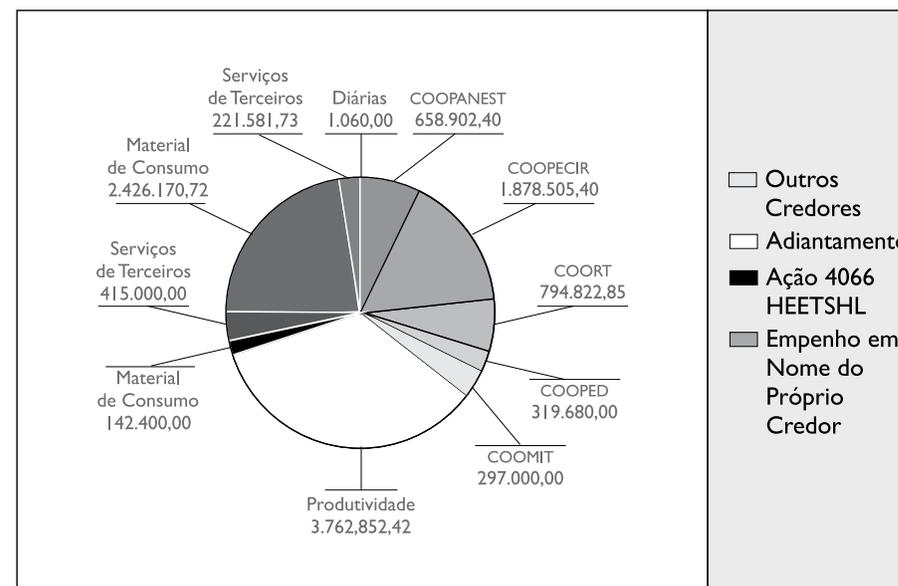


Gráfico 9. Detalhamento da despesa empenhada/2008



5.95 Sob a justificativa de não haver descontinuidade nos serviços oferecidos pelo HEETSHL, por falta de medicamentos

e de materiais médico-hospitalares ou pela não- prestação de serviços de terceiros, o hospital recorreu, ao longo dos anos, a fornecedores e a prestadores de serviço sem empenhamento prévio, contraindo dívidas, que não foram registradas contabilmente, o que gerou um acúmulo de passivos ocultos referentes aos exercícios de 2003, 2004 e 2005 no total de R\$ 5.346.965,53, conforme foi apontado no Processo TC nº 02615/06, relativo à Prestação de Contas do FESEP/2005 (fls.1.723/1.729).

5.96 Segundo Planilha fornecida pela Direção Administrativa do HEETSHL, o total de dívidas para com fornecedores de bens e serviços importava, em 04/09/2008, em R\$ 3.114.832,73 (fls.1.732/1.737).

5.97 O não-cumprimento dessas obrigações financeiras, assumidas sem formalidade, tem levado algumas empresas a não mais fornecerem mercadorias ou prestarem serviço em tais circunstâncias e, até mesmo, a demonstrarem desinteresse de participarem de licitações referentes ao HEETSHL.

5.98 Tem-se que vários fatores agravam a problemática de recursos financeiros do hospital, dentre eles, a contenção de custos por parte dos que financiam o sistema e a insaciável demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade.

5.99 Apesar de não ser possível estabelecer com precisão o montante de recursos disponibilizados para o HEETSHL, é evidente não serem suficientes e/ou eficientemente geridos, tendo em vista o acúmulo de débitos com fornecedores e prestadores de serviço, a falta de materiais e o nível insatisfatório de conservação de equipamentos e das instalações.

5.100 A partir das análises apresentadas, verifica-se não haver uma prática de concentração e compilação das despesas relaciona-

das à unidade hospitalar em foco, a qual permitisse um levantamento mais exato de dados referentes a seus custos e, conseqüentemente, um planejamento de um orçamento que viesse a custear e a manter a instituição em funcionamento razoável.

5.101 Afora a diversidade de formas de realização das despesas (de exercício para exercício, a Unidade Gestora varia; ao mesmo tempo em que o HEETSHL é um dos credores, responsabilizando-se por alguns pagamentos, outras despesas são empenhadas e têm como credores os fornecedores/prestadores de serviço; ora as cooperativas médicas são credoras elas mesmas, ora não etc.), os históricos dos empenhos não oferecem uma descrição completa, dificultando uma apuração mais acurada, e o sistema contábil oficial do Estado – SIAFI – não permite emissão de relatório para se levantar custos por categoria de despesa.

5.102 No que concerne ao hospital, faz-se conveniente utilizar, de forma efetiva, o HOSPUB e, se necessário, implementar outros sistemas, para controlar, por exemplo, a gestão de materiais médico-hospitalares, medicamentos, equipamentos e gêneros alimentícios, com senhas de acesso restritas, em setores como Almoxarifado, Nutrição, Farmácia, dentre outros.

5.103 Quanto ao Estado, este deve elaborar um orçamento individual para a unidade hospitalar, de acordo com os custos necessários (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.), mesmo que não seja unidade gestora, mas que seja efetivado um controle mensal e anual de estimativa de custos, planejamento e acompanhamento, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina. Isso permitiria avaliar a gestão, analisar relações custo/benefício, mensurar desempenhos com indicadores e cobrar resultados dos gestores diretos do HEETSHL.

Instalações Físicas e Equipamentos

Instalações físicas

5.104 Implantado em local estratégico e em terreno amplo (28.200 m²), o HEETSHL conta com 12.016,00 m² de área construída, abrangendo, como se pode observar em *layouts* anexos (fls. 1.760/1.775):

- Um edifício principal, com três pavimentos, funcionando no:
 - Sub-solo** – Administração, Laboratório e Necrotério;
 - Térreo** – na parte anterior, com acesso pela Recepção Principal: Urgência (com consultórios, sala de pequenas cirurgias, repouso de profissionais, Psicologia, Serviço Social, Sala de Observação etc.) e Emergência (com Pronto-atendimento, Sala de Observação do PA, Consultório de Ortopedia, Sala de Redução, Posto de Enfermagem, repouso de profissionais, salas de Observação Feminina, Masculina e Pediatria etc.), além de CDI; por sua vez, na parte posterior: Farmácia, Almoarifado, Nutrição/Dietética, Lavanderia etc.
 - Superior – Unidades de Tratamento Intensivo (UTI, UTQ, Semi-intensiva e UTI Pediátrica), Bloco Cirúrgico, enfermarias (Masculina e Feminina) etc.
- Dois anexos, localizados um junto ao edifício principal, onde funcionam as oficinas de manutenção (carpintaria e mecânica), além da subestação, e outro mais afastado, que abriga o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

5.105 A área livre está ocupada por arruamentos, ajardinamento, estacionamento para 150 veículos, com guaritas e heliponto. A pavimentação em placas sextavadas de concreto não oferece uma superfície adequada para o trânsito de veículos em resgate de pacientes politraumatizados, recomendando-se o asfaltamento do acesso à Recepção – entrada da Emergência/Urgência. Foi ainda constatada a inexistência de seguranças

nas guaritas de acesso ao hospital, sendo recomendável a ativação delas para maior controle de entrada e saída.

5.106 Apesar de contar com uma estrutura física favorável, em virtude de a construção ser relativamente nova e com concepção arquitetônica já voltada para sua finalidade, não se manteve, passados os anos, o nível de conservação e limpeza terminal necessários, chegando-se a um estado de depreciação das instalações físicas e de higienização precária visíveis.

5.107 Há, então, uma necessidade premente de recuperação de piso e de esquadrias (portas revestidas em fórmica), em diversos locais, e de recuperação e/ou ampliação das instalações elétricas, hidro-sanitárias e de vapor, tendo sido observado vazamento na saída de vapor no Setor de Nutrição, onde precisa ser inclusive reinstalado o sistema de água térmica nas tubulações para desinfecção de utensílios.

5.108 O espaço físico em si também necessita de intervenção, não necessariamente ampliação, mas remanejamentos e adaptações (reformas) em diversos setores, podendo ser citados:

- **Nutrição** – aumentar o espaço do refeitório, avançando com a alvenaria no espaço externo; permutar a sala da despensa com a da coordenação – para dar acesso a visitantes e fornecedores –, sem necessidade de penetrar na cozinha; construção de repouso, pois está improvisado nas dependências do WC, podendo ser o espaço dividido para os dois usos; colocar uma separação entre a entrada de mantimentos e o depósito de lixo; adequar o ambiente em que é preparada a Dieta Enteral¹⁶, em observância às exigências necessárias ao credenciamento;

16. Designa toda e qualquer alimentação, com macronutrientes, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral.

- **UTQ** – transferência do acesso para a Terapia Semi-Intensiva por outro local, pois a passagem dos pacientes por este setor os torna suscetíveis de contaminação;
- **Circulações** – aproveitamento de circulações amplas que existem e estão sendo ocupadas de forma improvisada (sala de maqueiros), coordenações de Fisioterapia e Enfermagem etc);
- **Sala de Observação Pediátrica da Emergência** – separar da parte Masculina, pois são integradas;
- **Central de Material e Esterilização** – CEME – divisão da porta de expurgo ao meio para servir de guichê e barreira para entrada de outros profissionais na área suja;
- **Farmácia** – em espaço contíguo, instalar a sala de Dieta Parenteral, dentro das exigências contidas na Portaria n.º 272/98- MS/SNVS, preenchendo-se os requisitos para o credenciamento junto ao SUS;
- **Repouso de profissionais** (médicos e equipe de enfermagem) – dividir por sexo, oferecendo privacidade, e melhorar a ventilação/refrigeração;

5.109 É recomendável a terceirização dos serviços de limpeza, pois é notória a não-prestação de forma satisfatória, sendo, inclusive, a higienização terminal (de tetos, portas e paredes, por exemplo) reclamada na maioria dos setores.

5.110 Faz-se conveniente também estudar a viabilidade de se utilizar outras formas de energia senão o óleo diesel, como vem sendo feito em hospitais de outros Estados da Federação.

5.111 Salienta-se ainda constarem, nos Relatórios de Atividades elaborados pelos setores, no segundo semestre de 2007 e, agora, em 2008, várias reclamações acerca das instalações físicas do hospital (fls.1.965/2.337).



Figura 2 – Observação Masculina / Emergência integrada à Observação Pediátrica (falta de privacidade)

Equipamentos

Equipamentos médico-hospitalares

5.112 Em 22/04/2008, foi realizada vistoria nos diversos setores do HEETSHL, atendo-se aos equipamentos médico-hospitalares existentes, os quais estão discriminados na **Tabela 22**, apresentada nas páginas seguintes.

5.113 A insuficiência de equipamentos e a falta de manutenção preventiva, a exemplo de módulos de monitor, respiradores, oxímetros e copos de umidificadores, são queixas de quase todos os setores do HEETSHL, como se depreende da leitura de seus Relatórios de Atividades (fls.1.965/2.337).

Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Setor	Equipamento	Quant.	Funciona S/N	Obs.
UTI Adulto	Servoventilador Takaoka	13	S	Mais dois de reserva
	Câmaras Hiperbáricas	2	S	–
	Carro de parada Ecafix c/ desfibrilador G&E Marquete – Tecnimed	2	S	–
	Foco móvel Hanaulux	1	S	–
	Tensiômetro portátil	2	S	–
	Monitor completo Dixtal	12	S	–
	Bomba de infusão Lifemed	30	S	–
	Oxímetro Takaoka	10	S	–
	Balança Welmy	1	S	–
	Ambu	13	S	–
	Estetoscópio	12	S	–
	Bisturi elétrico WEM	1	S	–
	Compressor pneumático Orthofix	4	S	–
	Bipap (estimulador)	1	S	–
	Monitor de pique	1	S	–
	Capinógrafo	1	S	–
	Negatoscópio	2	S	–
	Eletrocardiógrafo portátil Deltronix	1	S	–
	Eletroencefalógrafo Medtron	1	N	Não está sendo utilizado
	Leito	10	–	–
Conjunto de pontos – ar, O2 e vácuo	10	S	–	

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Semi-Intensiva	Leito	5	–	–
	Monitor completo Dixtal	7	S	–
	Balança	1	S	–
	Desfibrilador	1	S	–
	Tensiômetro	1	S	–
	Ventilador mecânico	3	S	–
	Bomba de infusão	4	S	–
	Oxímetro móvel Takaoka	3	S	–
	Foco cirúrgico	1	S	–
	Conjunto de pontos – ar, O2 e vácuo	5	S	–
	UTQ	Berço	3	–
Balança		1	S	–
Carro de parada c/ cardioversor		1	S	–
Monitor completo Dixtal		6	S	–
Eletrocardiógrafo G&E Marquete		1	S	–
Bomba de infusão		3	S	–
Ventilador mecânico		2	S	–
Oxímetro móvel Takaoka		2	S	–
Leito		5	–	–
Enferm. pediátr.		Leito	8	–
	Berço	4	–	–

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

UTI Pediátrica	Balança pediátrica	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–
	Bomba a vácuo	2	S	–
	Ventilador mecânico	4	S	Um é empréstimo
	Bomba de infusão	12	S	–
	Oxímetro móvel Takaoka	4	S	–
	Monitor completo Dixtal	3	S	–
UTI Pediátrica	Eletrocardiógrafo	1	S	–
	Tensiômetro	2	S	–
	Berço aquecido Olide – Matrix	1	S	–
	Leito	3	S	–
	Carro de parada Exafix	1	S	–
	Foco cirúrgico	1	S	–
	Posto II – Enf.fem.	Foco auxiliar portátil	1	S
Tensiômetro		1	S	–
Bomba de infusão		1	S	–
Oxímetro portátil		1	S	–
Desfibrilador		1	S	–
Leito		21	S	–
Conjunto de pontos – ar, O2 e vácuo		12	S	–
Posto I – masc.	Leito	56	–	–
	Tensiômetro de coluna	3	S	–
	Foco auxiliar	3	S	–
	Eletrocardiógrafo	1	S	–
	Tensiômetro de parede	12	S	Quantidade aproximada

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

C.E.M.	Autoclave elétrica Baumer	1	S	–
	Autoclave elétrico–vapor Baumer	1	N	Em manutenção
	Autoclave vapor Baumer	1	S	–
	Esterilizador a seco Sterrad 1005	1	S	Não está sendo utilizado devido ao alto custo
Bloco cirúrgico	Mesa ortopédica	9	S	–
	Carro de anestesia Takaoka	6	S	–
	Foco de teto duplo (16 lumin.) Sismatec	3	S	–
	Foco de teto simples (8 lumin.) Sismatec	3	S	–
	Bisturi eletrônico WEM	6	S	–
	Garrote pneumático Scandmed	1	S	–
	Vídeo-Laparoscópio	4	S	–
	Monitor de multi–parâmetro (compl.)	10	S	Um em manutenção
	Conjunto de pontos – 2 ar, 2 vácuo, 2 O2 e 1 NO2	7	S	–
	Negatoscópio	7	S	–
	Carro de medicação Stryker	1	S	–
	Motor da furadeira de Buxo Stryker	1	S	–
	Microscópio para Neurocirurgia Zeiss	1	S	–
	Bisturi para neurocirurgia	1	S	–
	Bomba de infusão	1	S	–
Foco auxiliar	1	S	–	
Móvel para gesso Stryker	1	S	–	
Arco cirúrgico Phillips	1	S	–	

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Bloco cirúrgico	Raio X portátil Siemens	1	S	–
	Aplicador de contraste MF	1	S	–
	Dermatome	2	S	–
	Balança eletrônica	1	S	–
	Bisturi eletrônico Detronix	3	S	–
	Bomba de infusão	2	S	–
	Aparelho Ultracision	1	S	Não é utilizado
	Motor de buco-maxilo	1	S	–
	Desfibrilador	1	S	–
	Fluxo laminar Pachane	1	S	–
	Microscópio Leika	1	S	–
	Microscópio Mitaka	1	S	–
	Instrum. (motores para serra e perfuradores) e órteses p/ cirurg. Especializadas (neuro, buco-maxilar, ortopedia, tórax, vascular)	–	–	Sem quantificação
Recup. Pós-Anestesia	Foco de parede	6	S	–
	Leito	6	S	–
	Monitor de multi-parâmetro	4	S	–
	Bomba de infusão	3	S	–
	Respirador mecânico	2	S	–
	Maca	30	–	Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados e circulações
	Suporte para soro	80	–	Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Recup. Pós-Anestesia	Mesas auxiliares em inox	30	–	Quantidade aproximada nos diversos setores relacionados
Observ. Pediátr./ Emerg.	Leito infantil	5	–	Um sem colchão
	Maca	1	–	Ferrugem
	Oxímetro	2	S	–
	Tensiômetro de coluna	1	S	–
	Saída de oxigênio e ar comprimido	12	S	–
	Saída de vácuo	4	S	–
Observ. Mascul./ Emerg.	Leito	7	–	–
	Maca	1	–	–
	Monitor Dixtal	0	–	Cf. inform., existiam 04 monitores, retirados há cerca de 2 anos; existem apenas 2 suportes
	Balança	1	N	Ferrugem
	Suporte para soro	6	–	–
Observ. Femin./ Emerg.	Saída de oxigênio e ar comprimido	6	S	–
	Leito	4	–	–
	Saída de oxigênio e ar comprimido e foco	4	S	–
	Maca	2	–	–
	Oxímetro	1	S	–
	Suporte para oxímetro	2	–	–
Suporte para soro	2	–	–	

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Consult. Ortopedia/ Emerg.	Negatoscópio	1	S	–
	Bancada de inox com saboneteira e porta-papel	1	–	–
Observ. Pronto Atendim./ Emerg.	Leito	4	–	–
	Maca Hidráulica	1	S	–
	Maca	1	–	–
	Ventilador Takaoka	1	S	–
	Saída de oxigênio e ar comprimido	6	S	–
	Aspirador cirúrgico Sismatec	1	S	–
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/oxímetro, aparelho de pressão e ECG
	Bomba de infusão	1	S	–
Sala de Redução/ Emerg.	Negatoscópio	1	S	–
	Maca	2	–	–
	Aparelho de anestesia Takaoka	1	S	–
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/oxímetro, aparelho de pressão e ECG
	Negatoscópio	1	S	–
	Aspirador cirúrgico Stryker	2	S	–
Pronto Atendim./ Emerg	Maca Hidráulica	1	S	–
	Maca	3	–	–
	Monitor completo Dixtal	3	S	–
	Oxímetro móvel Takaoka	2	S	–
	Ventilador Takaoka	2	S	–
	Aspirador cirúrgico	2	S	–
	Foco cirúrgico Hanalux	1	S	–

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Pronto Atendim./ Emerg	Desfibrilador Tecnimed	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–
	Carro de suporte p/soro e medicação	2	–	–
	Mesa de sutura	2	–	–
Consult./ Emerg.	Maca	2	–	–
	Foco de luz	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–
S. Maqueiros/ Recep. Princ.	Maca	6	–	–
Pequenas cirurgias/ Urg.	Foco cirúrgico circ. 8 lâmpadas Sismatec	1	S	–
	Mesa de cirurgia Sismatec	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–
	Aspirador cirúrgico Sismatec	1	S	–
	Aparelho de anestesia Takaoka	1	S	–
	Foco cirúrgico portátil	1	S	–
	Monitor completo Dixtal	1	S	C/ ECG
Cons. Pediátr./ Urg.	Mesa de instrumentação em inox	2	–	–
	Carro de medicação	1	–	–
	Balança digital Filizola	1	S	–
Cons. Oftalm. Otorr./Urg.	Balança pediátrica Welmy	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–
Cons. Oftalm. Otorr./Urg.	Aspirador	1	S	–

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Cons. Oftalm. Otorr./ Urg.	Foco cirúrgico circ.8 lâmpadas Sismatec	1	S	–
	Bisturi elétrico Deltronix	1	S	–
	Aparelho de exame Igal	1	S	–
	Aparelho de exame Tiplus	1	S	–
	Aparelho de exame Topicom	1	S	–
	Aparelho de exame Paradigm	1	S	–
	Aparelho de exame Zeiss	1	S	Microscópio Oftálmico
Consult. Clínico/ Urg.	Maca	4	–	–
	Negatoscópio	1	S	–
S.Observ./ Urgência	Leito	8	–	–
	Maca	3	–	–
	Monitor	7	S	Faltando apenas em um leito
	Oxímetro portátil	1	S	–
	Saída de ar comprimido e oxigênio	8	S	–
	Bomba de infusão	1	S	–
	Carro de parada cardíaca completo General Electric	1	S	C/ desfibrilador, ECG e cardioversor
	Suporte para soro	10	–	–
	Biombo	4	–	–
	Estetoscópio	8	S	–
Ventilador Takaoka	4	S	–	
Negatoscópio	1	S	–	

Continuação da Tabela 22. Vistoria de Equipamentos

Recep./ CDI	Aparelho de Raio X móvel Phillips	1	S	–
Recep./ CDI	Maca	3	–	–
Sala de Raio X 1/ CDI	Aparelho de Raio X telecomandado Phillips, com bancada de controle e 2 geradores	1	N	A sala não é utilizada, apenas guarda o aparelho Phillips que não funciona desde 2001
	Carro de parada cardíaca completo Ecafix	1	S	Pertence ao Bloco Cirúrgico, estava nesta sala apenas para ser guardado
	Arco cirúrgico Schimadzu	1	S	Do Bl. Cirúrgico; para cirurgia ortopédica, não faz arteriografia
Sala de Raio X 2/ CDI	Aparelho de Raio X Intecal CR 125-300	1	S	–
Sala de revelação/ CDI	Processador Macrotec	2	S	–
Sala de laudos/ CDI	Negatoscópio	5	S	–
Sala de Tomografia/ CDI	Tomógrafo helicoidal	1	S	–
	Bomba injetora	1	N	Nunca funcionou
	Monitor completo	1	N	–
	Carro de parada cardíaca	1	S	–
	Oxímetro	1	S	–
	Negatoscópio	1	S	–

Sala de Ultrasonografia/ CDI	Aparelho de ultrassom Toshiba	I	S	-
	Aparelho de ultrassom portátil Sonosite	I	S	-
	Monitor	I	S	-
S. Endoscopia/ CDI	Monitor	I	S	-
	Cardioversor	I	S	-
	Carro de anestesia	I	S	-
	Aspirador cirúrgico	I	S	-
	Aparelho de endoscopia fixo Pentax	I	S	-
	Aparelho de endoscopia móvel	I	S	-
	Fonte de luz móvel	I	S	-
	Videoscópio fibro	I	S	-
	Retosigmoidoscópio	I	S	-
	Colonoscópio	I	S	-
Broncoscópio	I	S	Cf. inform., não é de propriedade do HEETSHL	

5.114 Existem equipamentos no Setor de Manutenção para serem recuperados, porém o reparo torna-se antieconômico, a exemplo de bombas de infusão *Santronic*, uma vez que o mercado oferece hoje modelos mais modernos e de fabricantes com manutenção mais acessível a um custo pouco superior ao do reparo. A necessidade do hospital com referência a este equipamento é de 100 unidades, dispondo atualmente de 60 da marca *Lifemed*, em regime de comoda-

to, obrigando-se o Hospital a pagar por “equipos” para as bombas. Em razão do atraso de tal pagamento e da pouca aquisição (o hospital já dispunha de estoque), a firma SR Representações de Produtos Médicos Hospitalares comunicou, em 30/07/2008, a retirada das bombas emprestadas dentro de sessenta dias (fls. 1.776/1.777).

5.115 Como um dos aparelhos fixos de Raio X não é utilizado, como veremos mais adiante, o único em atividade, da marca *Intecal*, é bastante antigo e insuficiente para a demanda, recomendando-se a aquisição de outro aparelho de Raio X de 500.000 amperes. Só existe também um tomógrafo em uso, cuja manutenção requeria a substituição de peças, solicitadas pela Direção do HEETSHL à SES desde o início de 2008 e não atendida, ocorrendo, até mesmo, em certo período de julho, a paralisação do funcionamento. Além do reparo desse aparelho, é recomendável a aquisição de mais um, de modo a atender à demanda do serviço sem transtornos.

5.116 Foi constatada ainda a existência de equipamentos não utilizados ou subutilizados, devendo, em cada caso, ser estudada a viabilidade do uso ou outra destinação:

– **Aparelho de Raio X Telecomandado Phillips com bancada de controle e dois geradores** – adquirido para a instalação do hospital, com recursos do Convênio Reforsus. Deixou de funcionar logo no início das atividades do HEETSHL, e, desde então, não foi realizado o conserto devido à pendência no contrato de manutenção. Tal aparelho ocupa, com seus acessórios, uma Sala de Raio X que poderia ser utilizada. Sugere-se, por conseguinte, a aquisição de outro aparelho de Raio X de manutenção viável;



Figura 3 – Aparelho de raio X sem utilização

- **Esterilizador de plasma, computadorizado, marca *Sterrad*** – adquirido para a instalação do hospital, pela SES com recursos do Estado, no montante de R\$ 1.260.000,00. Não está sendo utilizado devido ao alto custo dos insumos (ver foto). Poderia, no caso, ser examinada a possibilidade de se firmar parceria com outros hospitais, os quais pagariam pelos insumos para utilizá-lo, em vez de mandar o material para fazer a esterilização na cidade de Recife – PE, como acontece atualmente;
- **Neuronavegador** – Sistema de intervenção, fixação e estabilização para neurocirurgias – adquirido para instalação do hospital, pela SES, com recursos do Estado, no montante de R\$ 5.616.000,00. Nunca foi utilizado em decorrência da falta de treinamento de profissionais médicos e hoje necessitaria também de uma atualização de *software* (ver foto). O custo por hora de utilização deste aparelho, se pago, estaria em torno de R\$ 6.500,00;



Figura 4 – Neuronavegador não utilizado

- **Bomba injetora de contraste** para exames realizados com o tomógrafo (ver foto);
- **Termo-desinfetadoras** – uma na CME, que nunca foi utilizada, por falta de mão-de-obra qualificada para sua instalação e operacionalização e por requerer material específico; outra na Nutrição, cujo uso foi suspenso pelo custo alto de insumos;
- **Câmaras Hiperbáricas** (duas) – são equipamentos de alto custo de aquisição e de manutenção que são subutilizados, podendo ser feitas parcerias com outros hospitais para melhor aproveitamento do investimento realizado e redução de custo de utilização e manutenção para o HEETSHL (ver foto). A “oxigenoterapia hiperbárica”¹⁷ é indicada, como

17. Regulamentada pelo CFM, através da Resolução nº 1.457/95.

método terapêutico principal ou adjuvante, para portadores de diversas patologias, como, por exemplo, lesões por esmagamento e síndrome compartimental, pneumoencéfalo, intoxicação por monóxido de carbono e inalação de fumaça, doença descompressiva, embolia gasosa arterial, abscesso cerebral e doença de Crohn.

5.117 Existem dois arcos cirúrgicos, um *Phillips*, que pode ser utilizado para cirurgia ortopédica e arteriografia, e outro da marca *Shimadzu*, que só se destina à cirurgia ortopédica. Sugere-se a substituição deste último por outro menos complexo, de fabricação nacional, que realizasse também arteriografia.

5.118 O HEETSHL não dispõe de aparelho para broncoscopia, utilizado para retirada de objetos estranhos introduzidos no organismo humano, imprescindível para ocorrências deste tipo de emergência. O aparelho que vinha sendo utilizado é de propriedade de médico que não pertence ao quadro do hospital, devendo-se, portanto, ser providenciada a aquisição do mencionado aparelho, na maior brevidade possível.

5.119 Os exames laboratoriais são atualmente realizados no ambiente do hospital (espaço físico próprio), mas com equipamentos e mão-de-obra terceirizados (empresas Biodiagnose e Moraes Martins & Cia Ltda. – contratos através da SES). Tendo já sido realizado concurso público para contratação de médicos hematologistas, bioquímicos e técnicos em laboratório, necessário se faz também que a SES providencie a aquisição dos equipamentos, para que o serviço próprio do HEETSHL funcione.

5.120 De maneira geral, os equipamentos médico-hospitalares existentes no HEETSHL foram adquiridos quando da instalação do hospital, estando hoje, em face do tempo e da intensidade do uso e com o agravante da falta de manutenção periódica, sucateados e/ou no limite de sua vida útil.

5.121 Seria recomendável realizar uma avaliação geral e providenciar a aquisição, nos casos necessários, de novos equipamentos, de preferência de marcas nacionais, com respectivos contratos de manutenção, assim como a contratação de manutenção com firmas que representam marcas de equipamentos já existentes (fls.1.778/1.795), como *Baumer* (autoclaves), *Stryker* (câmara de videolaparoscopia, *drills microdrivers* etc.), *Dixtal* (sistemas de monitoração com módulos ECG, batimentos, gases etc.) e *Takaoka* (aparelhos de anestesia, servo-ventiladores). É imprescindível que a administração do hospital disponha de sistema efetivamente ágil de aquisição e conserto de peças de reposição, em conjunto com fornecedores especializados ou seus representantes.

5.122 A equipe técnica de formação superior do Setor de Manutenção do HEETSHL é composta por um engenheiro eletrônico e um mecânico, sendo recomendável aumentar o quantitativo de forma a possibilitar serviços de manutenção e acompanhamento (vistoria) quando de serviços necessariamente realizados por terceiros.

5.123 Quanto aos equipamentos que foram retirados do HEETSHL e remanejados/cedidos para outras unidades hospitalares do Estado, inclusive no Município de Bananeiras, ou de órgão federal (hemodiálise, eletroencefalógrafo e outros), recomenda-se que o Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES, efetue levantamento e oficialize registro das ocorrências, além disso, nos casos necessários, que sejam os equipamentos repostos, especificamente quanto à hemodiálise, para ativação do serviço, beneficiando muitos pacientes e trazendo mais credenciamentos para o hospital.

5.124 Afora os equipamentos eletrônicos sobre o qual discorremos, é visível a necessidade de uma recuperação mais incisiva de leitos e macas (conserto, pintura etc).

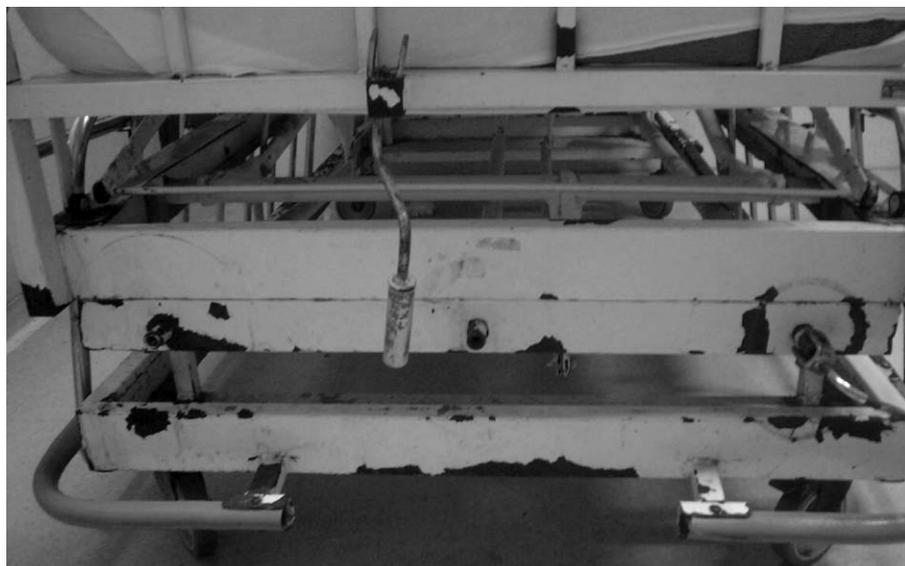


Figura 5 – Leito em péssimo estado de conservação

Equipamentos de informática

5.125 Grande parte dos equipamentos de informática estão em uso desde a instalação do HEETSHL, funcionando, na maioria dos setores, 24 horas por dia. Em decorrência da escassez de recursos para aquisição de novos equipamentos e, até mesmo, de peças de reposição, há um reaproveitamento de sucatas, através de remontagens que consomem tempo demasiado da mão-de-obra dos técnicos, o qual poderia ser empregado em uma manutenção mais eficaz e em outras tarefas como, por exemplo, atualização de programas e mapeamento.

5.126 Recomenda-se, portanto, que o arsenal de equipamentos seja atualizado e aumentado, de forma a atender às necessidades do HEETSHL, em especial a utilização otimizada do Sistema Integrado de Informação de Ambiente Hospitalar – HOSPUB. Esse Sistema, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, objeti-

va fornecer soluções de tecnologia da informação para gerenciamento, gestão e controle social do SUS em unidades hospitalares, resultando sua utilização em maior eficiência e qualidade no registro e acesso a dados. O HOSPUB pode ser implantado de forma modulada, total ou parcial, de acordo com as necessidades do estabelecimento de saúde, sendo composto de doze módulos: Emergência, Ambulatório, Internação, Centro Cirúrgico, Apoio à Diagnose e Terapia, Arquivo Médico (Estatístico), Recursos Humanos, Financeiro, Almojarifado, Farmácia, Perinatal, Administração e Informações¹⁸.

5.127 Apesar de se encontrar o referido sistema instalado em todos os computadores do HEETSHL, há setores que não o utilizam para controle de estoque, tais como Nutrição, Lavanderia, Centro de Esterilização de Material – CEM e Farmácia e o Centro Cirúrgico para registros concernentes a procedimentos cirúrgicos. Existe ainda a dificuldade de suporte técnico, que é feito pelo DATASUS, via *e-mail* e/ou contato telefônico, tornando-se lento e agravando-se os problemas causados por eventuais falhas.

5.128 O Centro de Processamento de Dados – CPD do HEETSHL está capacitado para realizar o devido treinamento dos usuários do HOSPUB, bem como para orientar e gerenciar o cadastramento de senhas de acesso.

Veículos

5.129 No que se refere à frota de veículos do HEETSHL, cabe ressaltar a necessidade de se substituir o veículo equipado com

18. Conforme site <http://w3.datasus.gov.br/HOSPUB>.

a UTI Móvel, pois o modelo (Caminhão Mercedes Benz) é inadequado para a finalidade do transporte, por não permitir um deslocamento sem trepidação. Há ainda outro veículo idêntico que se encontra parado, sem equipamentos de terapia de cuidados, tendo sido ambos adquiridos no início das atividades do hospital.



Figura 6 – Inadequação de veículo usado para UTI Móvel

Materiais

Materiais médico-hospitalares e medicamentos

5.130 Há reclamação na maioria dos setores acerca da carência de materiais médico-hospitalares e medicamentos, a exemplo de água destilada 1.000 ml, papel grau cirúrgico de variados tamanhos, máscara de Venturi, aparadeiras e muitos outros.

5.131 Como foi comentado no item referente a Equipamentos de Informática, o Sistema HOSPUB não é atualmente utilizado no Setor de Farmácia, recorrendo-se à contagem física e manual para levantamento de estoque, o que é feito anualmente. Mensalmente, faz-se uma verificação do consumo ocorrido e uma estimativa das necessidades, elaborando-se solicitação para a Direção, para que seja providenciada licitação ou compra direta, dependendo do montante e da urgência.

5.132 A entrada de medicamentos na Farmácia é realizada na divisão denominada *Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF*, registrada por cópias de notas fiscais, e as saídas realizadas na divisão denominada *Farmácia de Distribuição Central* e na *Farmácia Satélite do Bloco Cirúrgico*, através de requisições de setores mais prescrições médicas (formulário *Solicitação de Medicamentos*, em que não há identificação do quantitativo recebido, às fls.1.961).

5.133 Existe também a prática de permuta, concessão e recebimento de empréstimos de medicamentos entre o HEETSHL e outras unidades hospitalares públicas não apenas do Estado (formulário em forma de ofício, às fls.1.962).

5.134 Da mesma forma que ocorre com medicamentos, a aquisição de órteses e próteses se dá após solicitação à Direção, no entanto, apesar de a entrada de caixas deste material ser realizada pela Farmácia, não há uma verificação do conteúdo, sendo encaminhadas à CEM e ao Bloco Cirúrgico. Algumas firmas fornecedoras, cujos contratos são firmados pela SES, fazem-se, até mesmo, presentes no Bloco Cirúrgico, através de funcionárias próprias que disponibilizam os materiais, sob a forma de consignação, a exemplo da *Traumer*, *Ortoplan* e *Ortal*, de materiais de ortopedia, e da *Lang* e *Biomédica*, de neurologia.

5.135 O atesto do fornecimento de órteses e próteses, o qual deverá ser pago diretamente aos fornecedores com recursos do

SUS, é efetuado em notas fiscais por parte do Coordenador de Contas Médicas, em conjunto com a Chefia de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

5.136 Considerando-se a grande diversidade de medicamentos (ampliada ainda mais pela diversidade de pacientes atendidos fora os do perfil do HEETSHL) e o intenso movimento de entrada e saída, dado o porte do Hospital, não se pode conceber que seja possível um controle eficaz sem o auxílio da informática. Para que se passe a utilizar tal ferramenta, faz-se necessário proceder ao inventário geral, introduzindo os dados do estoque no sistema, e, a partir daí, ser o HOSPUB – módulo *Farmácia* usado rotineiramente, quanto à entrada e à saída de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares.

5.137 O controle de estoques *online* (consulta em terminais de vídeo dos saldos de estoques permanentemente atualizados) associado à realização de inventários rotativos (contagem física contínua de grupos de itens por vez), possibilitaria um confronto em que seria medida a acurácia dos estoques, a qual representa o indicador de avaliação da gestão dos locais de armazenagem¹⁹.

5.138 A informatização da Farmácia permitiria também a emissão de relatórios periódicos mais precisos acerca do quantitativo de medicamentos e materiais médico-hospitalares consumidos, viabilizando uma avaliação de custo e subsidiando a atuação de uma Comissão de Padronização de Medicamentos.

5.139 Devem constituir essa comissão médicos representantes das diferentes áreas de atuação do Hospital (ortopedia, pediatria etc.),

19. BARBIERI, José Carlos e MACHLINE, Claude. Logística hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Saraiva, 2006.

assim como farmacêuticos e enfermeiros, cujo trabalho de seleção de medicamentos e itens afins poderia, de forma simultânea:

- Reduzir a variedade desnecessária, ou seja, estabelecer um menor número de fórmulas e formas farmacêuticas;
- Garantir uma qualidade farmacológica de acordo com as normas de vigilância sanitária;
- Cumprir as prescrições médicas.

5.140 O Setor da Farmácia, através de uma profissional farmacêutica, é responsável também pelo preparo de Dieta Parenteral²⁰, realizada atualmente em uma das salas do Bloco Cirúrgico, apesar de não ser rotineira a prescrição por parte dos médicos do Hospital e de necessitar o serviço de adequações (de espaço físico, entrosamento de equipe multidisciplinar – médico, nutricionista e farmacêutico – e credenciamento junto ao SUS).

5.141 Por fim, quanto a gases medicinais utilizados no HEETSHL (oxigênio, óxido nitroso e ar comprimido), é conveniente que seja estudada a possibilidade de se providenciar uma usina de oxigênio, a exemplo de experiências adotadas pelo Município de João Pessoa e pela Unimed, as quais, na prática, mostraram-se 80% mais econômicas que a aquisição do material.

Outros materiais

5.142 Constitui reclamação constante nos diversos setores do HEETSHL o não-suprimento satisfatório de roupa (confeccionada e lavada no próprio Hospital – lençóis, batas, cam-

20. Designa a alimentação composta por micronutrientes (água, glicose, aminoácidos, lipídios, eletrólitos, vitaminas e minerais, introduzida através de uma veia).

pos operatórios etc), de equipamentos de proteção individual (luvas, botas etc), além de utensílios, especialmente no Setor de Nutrição, cujo arsenal encontra-se bastante desgastado e reduzido. Há que se adotar mecanismos, no sentido não somente de suprir a demanda, como também de controlar a devolução dos materiais reutilizáveis, especialmente no que tange à rouparia e EPI.

Gestão de Qualidade

5.143 Em razão da necessidade de as empresas reduzirem custos e aumentarem sua produtividade, têm-se buscado a modernização de métodos e técnicas de gestão. Dentre os programas que têm obtido maior aceitação, pode ser citado o “5 S”, termo derivado de cinco palavras japonesas (*seiri, seiton, seiso, seiketsu e shitsuke*), as quais foram traduzidas para o português como os “cinco sentidos” – de utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina, considerado o programa base²¹.

5.144 A implementação de programas de gestão de qualidade, a exemplo do 5S, traz resultados significativos também na área de saúde, seja qual for o tipo de estabelecimento – hospital, clínica ou laboratório –, contribuindo para:

- Redução de desperdícios;
- Maior integração entre os profissionais e comprometimento;
- Capacitação do corpo funcional;
- Introdução de rotinas padronizadas com aperfeiçoamento contínuo dos processos de trabalho, alcançando a instituição, em consequência, mais credibilidade e condições de prestar um melhor serviço à sociedade.

5.145 Tendo em vista a complexidade da instituição e o contexto em que está inserido o HEETSHL, é por demais oportuno que se implemente programa de gestão de qualidade que abranja todos os setores, pois, a partir da aplicação das técnicas características de tal programa, haveria uma mobilização dos que atuam no Hospital, criando-se uma nova cultura e facilitando-se a introdução de práticas necessárias, como a de registro e de padronização de procedimentos operacionais, com relação às rotinas de trabalho.

5.146 Com a sedimentação de uma gestão de qualidade, a utilização de outros indicadores, afora os oficiais do MS, seria viabilizada, de modo a permitir melhorar e monitorar continuamente a eficiência e a produtividade do Hospital.

21. LAPA, Barros e Alves – Praticando os 5 sentidos. Qualitymark Editora, Rio de Janeiro, 1996.

6. Realização de Cirurgias

6.1 O Bloco Cirúrgico dispõe de seis salas, sendo utilizadas atualmente da seguinte forma:

- Salas 1 e 2 – normalmente para cirurgias de ortopedia;
- Sala 3 – para Neurocirurgia;
- Sala 4 – cirurgias geral e vascular;
- Sala 5 – amputação e buco-maxilo;
- Sala 6 – para preparação de Dieta Parenteral, por profissional especializado da Farmácia.

6.2 As cirurgias foram didaticamente divididas, no presente relatório, em “cirurgias de emergência” e “cirurgias postergáveis”. As de emergência ocorrem de pronto, na tentativa de salvar vidas de pacientes que chegam ao HEETSHL, vítimas de acidentes ou outros. Quando não se exige tal prioridade, o paciente é submetido a avaliações, exames e/ou observação, sendo depois encaminhado para internação, onde permanece até que seja agendada a cirurgia, denominando-se, por isso, “postergável”, como se depreende do **Mapa de Processo**, técnica de auditoria aplicada, constante do **Apêndice I** deste relatório.

6.3 O enfoque desta questão de auditoria está, então, neste tipo de cirurgia, que não vem sendo efetuada em um ritmo desejável, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há



internação, à espera de se submeterem a intervenções cirúrgicas. Vale comentar que internações prolongadas oneram os custos de um hospital, devendo-se estar atento para o período de internação estabelecido pelo SUS para cada diagnóstico, procedendo-se à alta no tempo fixado ou ao registro devido de intercorrências em prontuários médicos, de modo a justificar um maior tempo demandado de internação.

6.4 Por ocasião das fiscalizações realizadas pelo CRM, constatou-se a existência de cirurgias suspensas, além disso, havia um número representativo de pacientes aguardando cirurgias, alguns há tempo considerável.

6.5 A mesma constatação foi feita por esta auditoria durante as várias visitas técnicas realizadas ao HEETSHL, podendo a situação ser exemplificada com a citação de algumas ocorrências:

- Em 30/07/08, estavam marcadas oito cirurgias, mas só foi possível a realização de uma, devido à superlotação na RPA, não tendo como transferir pacientes para enfermarias ou UTI, que também estavam superlotadas;
- Em 1º de agosto de 2008, contabilizou-se treze pacientes internados, aguardando cirurgia, dentre os quais onze de ortopedia, um de plástica e um de neuro, este último desde o mês de junho; já no dia 11, este número aumentou para vinte pacientes, dezenove de ortopedia e um geral; vê-se, assim, que o quantitativo é bastante variável, havendo períodos em que o problema se agrava (fls. 2.340/2.345);
- Conflitos gerados na equipe médica entre cooperados e servidores recém-admitidos por concurso público, trazendo transtornos à escala de plantões e, em consequência, à programação de cirurgias;
- Durante o mês de abril, houve cancelamentos de cirurgia, em virtude da falta de soro ringer lactato, justificada pela exigência da vigilância sanitária de adaptação do recipiente de 100 ml do sistema aberto para o fechado;

- A não-especificação, com antecedência, dos materiais, especialmente órteses e próteses, é uma das causas de suspensão de cirurgia, à medida que o cirurgião responsável deixa algumas vezes de realizá-la, afirmando não corresponder o material disponibilizado ao indicado;
- A programação de cirurgias não é formalizada através de memorandos, formulários ou qualquer outro tipo de documento, fazendo o médico anestesista, responsável pela avaliação de véspera, apenas uma relação manuscrita de uma média de seis a oito pacientes considerados aptos, a qual é transcrita em quadro localizado no bloco cirúrgico e modificada diariamente, registrando-se, dessa forma, apenas a situação momentânea, ou seja, daquela data.

6.6 Infere-se, então, que vários são os motivos de cancelamentos de cirurgias postergáveis, não sendo possível uma avaliação mais profunda, tendo em vista a ausência de registros, uma vez que só se contabilizam no Bloco Cirúrgico, ao final, as cirurgias realizadas, cujos dados (fls.2.346/2.426) estão compilados na **Tabela 23**.

Tabela 23. Cirurgias por tipo e exercício

Tipo	2001*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
Oftalmologia	17	115	89	52	6	11	2	4
Geral	85	610	702	905	756	577	527	182
Ortopedia	154	1800	1745	1707	2006	2818	2867	1007
Buco-Maxilo	82	634	609	396	333	280	265	104
Neuro	69	533	540	481	390	338	328	83
Plástica	46	463	419	234	232	244	230	117
Arterio	0	0	25	2	0	0	0	12
Tórax	7	45	78	45	40	168	168	27
Otorrino	1	4	11	6	5	13	14	5
Vascular	18	195	212	118	135	176	169	75

Continuação da Tabela 23. Cirurgias por tipo e exercício

Urologia	7	63	43	15	42	2	2	8
Captação	0	15	6	19	3	2	0	0
Angio	0	128	0	12	0	0	0	0
Cirurgia de Mão	0	0	0	56	0	5	0	0
Endoscopia	2	21	0	0	0	0	0	0
Pediátrica	9	95	0	0	0	0	0	0
Total	497	4.721	4.479	4.048	3.948	4.634	4.572	1.624

Fonte: Bloco Cirúrgico – HEETSHL.

*Só foram disponibilizados os dados de agosto e dezembro.

** Dados referentes ao período de janeiro junho.

6.7 Da análise da referida tabela, percebe-se que tem sido mantida uma média de 4.400 cirurgias por ano, ressaltando-se, porém, que, pelo quantitativo acumulado até junho de 2008, não se atingirá essa média. Quanto aos tipos de cirurgia, predominam as de ortopedia, destacando-se ainda geral, buco-maxilo, neuro, plástica e vascular.

6.8 O Setor de Estatística – SAME, que utiliza o módulo do HOSPUB denominado *Arquivo Médico*, responsável pelo cadastramento dos prontuários de todos os pacientes egressos, também forneceu quantitativos de procedimentos cirúrgicos em geral (fls.2.427), os quais estão transcritos na **Tabela 24**. Cotejando-se esses dados com os fornecidos pelo Bloco Cirúrgico (totais), apresentados na **Tabela 23**, observam-se divergências, não tendo sido oferecida explicação plausível para tal.

Tabela 24. Cirurgias realizadas, segundo o SAME

Serviço	2001 (ago/dez)	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cirurgias Realizadas	1.181	4.529	4.733	4.330	3.859	4.119	4.013

Fonte: SAME/HEETSHL

6.9 O subsistema ou módulo do HOSPUB denominado *Centro Cirúrgico* tem como objetivo efetuar a marcação de cirurgias e emissão dos mapas cirúrgicos, identificando os profissionais envolvidos e os recursos utilizados. Destacam-se, dentre suas aplicações:

- Controle de cirurgias, informando marcações, realizações e cancelamentos;
- Acesso a informações específicas do centro cirúrgico existentes no sistema, através de rotinas de consultas;
- Registro de informações relativas às cirurgias de emergência;
- Emissão de mapa cirúrgico selecionando as cirurgias previamente marcadas pelas clínicas;
- Racionalização do uso das tabelas utilizadas no HOSPUB;
- Elaboração de demonstrativo de índices e indicadores da clínica cirúrgica.

6.10 Para reverter a situação encontrada no HEETSHL, com relação a cancelamentos de cirurgias por conta de superlotação de leitos e, no sentido inverso, o acúmulo de pacientes internados em decorrência de suspensões de cirurgias, é preciso implantar um controle que detecte os pontos que precisam ser atacados. Recomenda-se que seja utilizado o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de se recorrer, caso se faça necessário suplementar os registros, a livros de ocorrências e/ou outro sistema eletrônico com identificação do paciente, data de internação, diagnóstico, material requisitado, data de agendamento de cirurgia, data e causa de eventual cancelamento e data de realização de cirurgia, material utilizado, cirurgião responsável, etc.

7. Conclusão

- 7.1** A atenção ambulatorial e hospitalar, como parte das ações e serviços públicos de saúde, é um direito do cidadão assegurado pela Constituição Federal. É dever do Estado garantir, com equidade, o acesso universal à assistência médico-hospitalar. O crescimento da demanda espontânea e referenciada nas portas de entrada das unidades de saúde tem comprometido a qualidade do atendimento, constituindo-se um desafio a ser enfrentado pelos gestores do Sistema Único de Saúde.
- 7.2** O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena enfrenta dificuldades em atender a sua demanda, sendo frequente a superlotação nos atendimentos de urgência e emergência. Muitos dos pacientes atendidos no HE-ETSHL estão fora do perfil da instituição. Recomenda-se a adoção de medidas, dentre outras, no sentido de reavaliar a operacionalização da Central de Regulação do Município de João Pessoa, para que distribua, com mais eficiência e de forma equilibrada, os atendimentos de pacientes, observando o perfil de cada unidade hospitalar. De igual modo, são imprescindíveis a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência em cumprimento às normas do Ministério da Saúde e a elaboração de um protocolo estadual de referências e contrarreferências.



7.3 O Termo de Compromisso entre Entes Públicos apresenta ações, metas, indicadores e produtos que podem aumentar a eficiência do desempenho operacional do HEETSHL e humanizar o atendimento ao paciente. O acompanhamento e a avaliação dos resultados das metas estabelecidas no TCEP não estão sendo realizados pela Comissão de Acompanhamento que deve ser composta pela SMS–JP e SES/PB, os quais designarão técnicos e um representante do Controle Social. A maioria das mais de cinquenta ações e metas de avaliação qualitativa do TCEP não foram implementadas ou alcançadas. Muitos dos indicadores e produtos presentes no Plano Operativo – anexo do TCP – não foram criados. Algumas das ações não implementadas são decorrentes de exigências legais, como manter a CIPA e a Comissão de Ética Médica e implantar e manter em funcionamento Comissão de Revisão de Prontuários. Outras, embora não o sejam, têm grande importância para a implementação da Política de Humanização do SUS, como o acolhimento com classificação de risco. Cabe recomendar a prorrogação do TCEP, por meio de aditivo, para que as ações, metas, indicadores e produtos qualitativos sejam implementados e alcançados.

7.4 Apesar de o HEETSHL ser concebido dentro de um Programa do Governo Federal de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência, tendo sua construção e aparelhamento demandado longo período até ser instalado, não houve a preocupação dos governantes do Estado em prover a unidade hospitalar de recursos humanos e financeiros próprios de forma a garantir seu funcionamento pleno. Em face disso, muitos dos achados de auditoria tiveram origem no início de suas atividades e perduram até hoje, a exemplo da inexistência de previsão de orçamento de custeio e a não-oficialização de normas básicas (Regimento Interno, Estrutura Organizacional, Plano de Cargos e Salários, comissões específicas etc.),

acarretando inadequações tais como a atuação de cooperativas médicas não de forma suplementar, como previsto na CF/88, e a contratação contínua de prestadores de serviço, a sub-utilização ou mesmo não utilização de equipamentos de alta tecnologia, além da falta de conservação e de manutenção de instalações e equipamentos básicos.

- 7.5** Visando a contribuir para um melhor desempenho da instituição, foram feitas várias recomendações e determinações à Direção do HEETSHL e à Secretaria a que este é vinculado – SES –, dentre elas, a contratação imediata de candidatos aprovados no concurso público realizado em 2007; a identificação do quantitativo necessário para realizar cada função no Hospital, providenciando-se novos certames até que seja efetivado um quadro próprio de pessoal; a capacitação e o equacionamento de remunerações, inclusive no que tange à gratificação de produtividade; a elaboração de um orçamento individual para a unidade hospitalar, mesmo que não seja unidade gestora, mas que viabilize efetivar um controle e uma estimativa de custos, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia, no que se refere às suas atividades de rotina.
- 7.6** Tendo sido constatado um alto índice de cancelamento de cirurgias agendadas, acarretando acúmulo de pacientes nos setores onde há internação e onerando os custos do hospital, recomendou-se implantar um controle mais eficaz, utilizando-se, de forma efetiva, o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de outros registros, o que possibilitará detectar as causas motivadoras de tais cancelamentos e uma otimização do serviço.
- 7.7** O detalhamento de todas as sugestões de determinações e recomendações encontra-se na Proposta de Recomendações, no **Capítulo 8**. Espera-se que sua implementação contribua para melhorar o desempenho operacional do HEETSHL, au-

mentando sua eficiência, economicidade e eficácia no cumprimento de metas, bem como resulte em melhor qualidade do serviço prestado à população e melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros do Estado.

8. Proposta de Determinações e Recomendações

8.1 No sentido de contribuir para a melhoria do desempenho operacional do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, apresentam-se as propostas de determinações e recomendações, a seguir:

I) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal de João Pessoa que:

1. Articulem-se, no sentido de estabelecer, de forma clara e eficiente, o papel de cada instituição integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, em destaque, quanto ao Hospital de Horto-traumatologia e ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma, inclusive com redefinição de autorizações de internação hospitalar, de forma a manter o equilíbrio do sistema, reduzindo a sobrecarga de atendimentos suportada por alguns hospitais, principalmente pelo HEETSHL (§ 3.27.);
2. Instituem a Comissão de Acompanhamento, que deverá obter os dados restantes da execução físico-financeira pactuada e apresentar à Comissão Intergestores Bipartite os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas (§ 4.8.);
3. Prorroguem o Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, por meio de aditivo, para que as ações, metas, indicadores e produtos qualitativos sejam implementados e alcançados (§ 7.3.).



II) Determinar à Secretaria de Estado da Saúde e à Direção do HEETSHL que:

1. Remetam ao Tribunal de Contas do Estado, no prazo de 60 dias, plano de ação contendo o cronograma de adoção das medidas necessárias e respectivos responsáveis pela implementação das determinações e recomendações que vieram a ser prolatadas;
2. Normatizem o funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, elaborando-se Regimento Interno, organograma oficial próprio do HEETSHL e/ou estrutura organizacional e determinando-se claramente as atribuições e interfaces dos vários níveis hierárquicos da instituição, com seus cargos, atribuições e remunerações, além de previsão de penalidades, em casos de omissões e transgressões (§ 5.14.);
3. Providenciem a formação de um quadro próprio de médicos efetivos ou, enquanto não seja possível o preenchimento total através de concurso público, a contratação, através de processo seletivo simplificado, por tempo determinado, observando-se as especialidades e quantitativos condizentes com as necessidades reais do HEETSHL (§ 5.29.);
4. Identifiquem o quantitativo necessário para o desempenho de todas as atividades do Hospital e realizem concurso público para contratação de pessoal destinado aos cargos que não foram contemplados no certame de 2007 (§§ 5.32. E 5.40.);
5. Efetuem levantamento e oficializem registro das ocorrências referentes à cessão de equipamentos, através do Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES (§ 5.123.).

III) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde que:

1. Apresente um cronograma para a instalação da central estadual de regulação médica de urgência e para a elaboração de um protocolo estadual de referências e contrarreferências (§ 3.16.);
2. Adote medidas para redução da superlotação no atendimento do HEETSHL (§ 3.16.);

3. Reconduza a Taxa de Ocupação Hospitalar do HEETSHL à meta fixada (§ 3.16.);
 4. Inclua o hospital de Orto-traumatologia no Sistema Estadual de Urgência e Emergência (§ 3.27.);
 5. Proceda à contratação imediata dos aprovados no concurso público realizado em 2007, necessária, inclusive, à ativação de alguns serviços do Hospital, como o de exames laboratoriais (§ 5.52.);
 6. Elabore um orçamento individual para o heesthl, de acordo com os custos necessários (de pagamento de pessoal, aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.), E efetive um controle mensal e anual de estimativa de custos, planejamento e acompanhamento, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina (§ 5.103.);
 7. Estude a viabilidade de se utilizar outras formas de energia no Hospital, senão o óleo diesel (§ 5.110.);
 8. Substitua o veículo equipado com a UTI móvel por outro de modelo apropriado, aliene o semelhante que se encontra sem serventia e adquira um outro, mesmo de porte menor, mas que seja apropriado para a finalidade (§ 5.129.);
 9. Estude a economicidade da instalação de uma usina de oxigênio, em relação aos gastos com aquisição do material (§ 5.141.).
- IV) Recomendar à Secretaria de Estado da Saúde, conjuntamente com a Direção do HEETSHL, que:**
1. Estabeleçam grupo de contato, com a participação de representantes da Secretaria de Estado da Saúde e do HEETSHL, para acompanhamento, pelo Tribunal de Contas do Estado, das determinações e recomendações;
 2. Adotem medidas para a efetivação da implementação do acolhimento com classificação de risco, incluindo o treinamento de enfermeiros e médicos de acordo com o protocolo aprovado, para a caracterização dos ambientes, conforme as cores de cada Área, e outras medidas que se fizeram necessárias (§ 4.13.);

3. Dentro de suas competências, tomem as medidas necessárias para solucionar os problemas elencados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e outros que houver, de forma a reconduzir a taxa de infecção hospitalar aos níveis pactuados (§ 4.73.);
4. Em se realizando novo certame para contratação de pessoal de enfermagem, atentem para que sejam observadas as peculiaridades dos serviços prestados pelo HEETSHL, exigindo-se um enquadramento do perfil/conhecimento dos candidatos em urgência, emergência, trauma, instrumentação cirúrgica e cuidados de terapia intensiva (§ 5.37.);
5. Estudem formas de se efetuar o pagamento de produtividade sem atraso e de se equacionar tal gratificação, de modo a diminuir a distorção entre os valores ofertados aos diversos profissionais, e/ou de se oferecer incentivo, como, por exemplo, rateio geral, entre todas as categorias cabíveis, de recursos advindos de serviços profissionais, uma vez atingidas ou superadas metas qualitativas e quantitativas estipuladas (§§ 5.30. e 5.54.);
6. Implementem ações, junto ao Núcleo de Estudos e Capacitação e Estágios, visando ao treinamento e à capacitação da mão-de-obra, em especial a permanente (pessoal efetivo) (§ 5.53.);
7. Providenciem rotinas para execução de regularização dos cadastros de procedimentos de Alta e Média Complexidade, em especial de cirurgia cardiovascular, busca ativa de órgãos e no serviço de Nutrição Enteral e Parenteral (§ 5.63.);
8. Procedam ao levantamento, o mais preciso possível, das dívidas relativas ao HEETSHL, para quitação, resgatando-se a credibilidade junto a fornecedores e prestadores de serviço (§ 5.95.);
9. Providenciem a contratação de serviços de recuperação de piso e esquadrias, bem como de recuperação e/ou ampliação das instalações elétricas, hidro-sanitárias e de vapor, e a reinstalação do sistema de água térmica nas tubulações do Setor de Nutrição (§ 5.107.);
10. Providenciem a contratação de serviços de asfaltamento do acesso de veículos à entrada da Emergência/Urgência e de reforma do espaço físico do HEETSHL, em diversos setores, dentre eles (§§ 5.105 E 5.108):

- Nutrição – com o aumento do espaço do refeitório, avançando com a alvenaria no espaço externo; permuta da sala da despensa com a da coordenação – para dar acesso a visitantes e fornecedores –, sem necessidade de penetrar na cozinha; construção de repouso, pois está improvisado nas dependências do WC, podendo ser o espaço dividido para os dois usos; colocação de uma separação entre a entrada de mantimentos e o depósito de lixo; adequação do ambiente em que é preparada a Dieta Enteral, em observância às exigências necessárias ao credenciamento;
 - UTQ – transferência do acesso para a Terapia Semi-Intensiva por outro local, pois a passagem dos pacientes por este setor os torna suscetíveis de contaminação;
 - Circulações – aproveitamento de circulações amplas que existem e estão sendo ocupadas de forma improvisada (sala de maqueiros, coordenações de Fisioterapia e Enfermagem etc.);
 - Sala de Observação Pediátrica da Emergência – separação da parte masculina;
 - Central de Material e Esterilização – divisão da porta de expurgo ao meio para servir de guichê e barreira para entrada de outros profissionais na área suja;
 - Farmácia – em espaço contíguo, instalação da sala de Dieta Parenteral, dentro das exigências contidas na Portaria N° 272/98 – MS/SNVS, preenchendo-se os requisitos para o credenciamento junto ao SUS;
 - Repouso de profissionais (médicos e equipe de enfermagem etc.) – Divisão por sexo, oferecendo privacidade, melhora da ventilação/refrigeração.
11. Terceirizem os serviços de limpeza (§ 5.109.);
 12. Adquiram outro aparelho de Raio X e outro de tomografia, bem como de aparelho para broncoscopia, equipamentos para o laboratório, além de novos monitores com módulos, oxímetros e bombas de infusão, de preferência de marcas nacionais, com respectivos contratos de manutenção (§§ 5.115., 5.116., 5.117., 5.118., 5.119. E 5.121.);

13. Coloquem em funcionamento ou incrementem o uso de equipamentos não utilizados ou subutilizados, se possível firmando parceria com outros hospitais que rateariam os custos: neuronavegador (treinando profissionais médicos e atualizando *software*), esterilizador de plasma *Sterrad*, câmaras hiperbáricas e termodesinfetadoras (§ 5.116.);
14. Estudem a possibilidade de se substituir um dos arcos cirúrgicos (marca *Phillips*) por outro menos complexo, de fabricação nacional, o qual realize também arteriografia (§ 5.117.);
15. Contratem serviços de manutenção com firmas que representem marcas de equipamentos já existentes e vão continuar em uso, como *Baumer* (autoclaves), *Stryker* (câmera de videolaparoscopia, drills microdrivers etc.), *Dixtal* (sistemas de monitoração com módulos ECG, batimentos, gases etc.) E *Takaoka* (aparelhos de anestesia, servo-ventiladores) (§ 5.121.);
16. Nos casos necessários, providenciem a reposição de equipamentos cedidos, especificamente quanto à hemodiálise, para ativação do serviço (Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES) (§ 5.123.);
17. Procedam à recuperação mais incisiva de leitos e macas (conserto, pintura etc.) (§ 5.124.);
18. Atualizem e aumentem o arsenal de equipamentos de informática (§ 5.126.);
19. Supram a demanda de materiais gerais – roupa e equipamentos de proteção individual – e utensílios, em especial do Setor de Nutrição (§ 5.142.);
20. Implementem programa de gestão de qualidade em todos os setores do Hospital e na instituição como um todo (§ 5.145);

V) Recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa que:

1. Avalie a qualidade do atendimento de pacientes nas Unidades de Saúde da Família (§ 3.23.);
2. Considere a viabilidade de deferir o pedido de credenciamento e habilitação do Hospital São Vicente de Paulo como alta complexidade (§ 3.23.);
3. Reavalie a operacionalização da Central de Regulação, com vistas a uma melhor distribuição dos pacientes en-

caminhados ao HEETSHL, de acordo com o seu perfil (§ 3.23.);

4. Encaminhe e autorize a internação, por meio da Central de Regulação, de pacientes com insuficiência respiratória aguda e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica no Hospital São Vicente de Paulo ou outras unidades hospitalares, reduzindo os encaminhamentos deste tipo para o HEETSHL (§ 3.23.);

VI) Determinar à Direção do HEETSHL que:

1. Realize novas eleições dos membros da CIPA, de forma a regularizar seu funcionamento (§ 4.39.);
2. Implante a Comissão de Revisão de Prontuários em cumprimento à Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (§ 4.66.);
3. Implante a Comissão de Ética Médica em atendimento à Resolução nº 1.657/2002 do CFM (§ 4.68.);

VII) Recomendar à Direção do HEETSHL que:

1. Implante a ouvidoria, com aplicação de questionário e sistema de respostas com divulgação de resultados (§ 4.10.);
2. Implante o sistema de alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede SUS e a criação do plano pós-alta para continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção (§ 4.14.);
3. Implemente as ações de equipe multiprofissional de referência para o usuário e familiares (§ 4.15.);
4. Crie uma equipe multiprofissional, com a participação de assistentes sociais, para o acolhimento e o suporte aos familiares dos pacientes (§ 4.16.);
5. Institua visita de 4h/dia e crie os indicadores “horas de visita/dia e taxa de paciente com acompanhante” (§ 4.17.);
6. Crie os indicadores “% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços” e “% de usuários pesquisados” (§ 4.18.);

7. Desenvolva processo educativo junto aos consumidores de medicamentos e crie o indicador “número de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos” (§ 4.29.);
8. Verifique a viabilidade da participação do HEETSHL na Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (§ 4.34.);
9. Faça o levantamento trimestral das causas de absenteísmo (§ 4.35.);
10. Crie uma Comissão de Biossegurança (§ 4.36.);
11. Realize o mapeamento de risco do HEETSHL, logo após a eleição dos membros da CIPA (§ 4.40.);
12. Implante mais campanhas de doação de sangue e também incentive a doação por familiares dos pacientes com o apoio dos assistentes sociais do Hospital (§ 4.44.);
13. Implante um serviço de hemovigilância que exerça o controle de reações pós-transfusionais (§ 4.45.);
14. Realize atividades informativas de incentivo às práticas alimentares saudáveis junto a todos que atuam no hospital e aos pacientes (§ 4.51.);
15. Promova a capacitação para localização de potencial doador de órgãos (§ 4.52.);
16. Defina um horário de trabalho para a Comissão Intra-hospitalar, fazendo-a atuar com eficácia (§ 4.53.);
17. Adote medidas para solucionar as dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica (§ 4.54.);
18. Estabeleça normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços (§ 4.57.);
19. Elabore o Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares e a Criação do Núcleo Hospitalar Epidemiológico (§ 4.59.);
20. Examine a viabilidade de implantar programa de gerenciamento informatizado (§ 4.62.);
21. Verifique a viabilidade de aplicação da pesquisa de avaliação do nível de qualidade (§ 4.63.);
22. Examine a viabilidade do credenciamento junto ao Projeto Hospital Sentinela (§ 4.64.);

23. Implante e mantenha em funcionamento Comissão De Análise de Óbitos que deverá apresentar Relatório Mensal (§ 4.66.);
24. Defina um calendário para a realização de palestras científicas ou cursos de capacitação para a área médica (§ 4.74.);
25. Implante rotinas de fluxo de documentos no Hospital, inclusive com prontuário eletrônico, para que se recupere efetivamente os gastos efetuados com procedimentos realizados, passíveis de cobertura do SUS (§§ 5.59. e 5.65);
26. Utilize, de forma efetiva, o HOSPUB e, se necessário, implemente outros sistemas, para controlar, por exemplo, a gestão de procedimentos, materiais médicos, medicamentos, equipamentos e gêneros alimentícios, com senhas de acesso restritas, em setores como Urgência, Emergência, Centro Cirúrgico, Almoxarifado, Nutrição, Farmácia etc. (§ 5.102.);
27. Coloque pessoal de segurança para controle de entrada e saída de veículos nas guaritas (5.105);
28. Capacite, através do Centro de Processamento de Dados do HEETSHL, os usuários do HOSPUB, bem como oriente e gerencie o cadastramento de senhas de acesso (§ 5.128.);
29. Proceda ao inventário geral do estoque da Farmácia, introduzindo os dados no Sistema HOSPUB, e, a partir daí, seja o módulo *Farmácia* usado rotineiramente quanto à entrada e à saída de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares (§ 5.136.);
30. Realize inventários rotativos na Farmácia e confronte-os com os dados do HOSPUB, medindo a acurácia dos estoques (§ 5.137.);
31. Constitua uma Comissão de Padronização de Medicamentos (§ 5.138 E 5.139.);
32. Adote mecanismos de controle da devolução de materiais reutilizáveis, especialmente no que tange à rouparia e EPI (§ 5.142.);
33. Utilize efetivamente o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de que recorra, caso se faça necessário suplementar os registros, a livros de ocorrências e/ou outro sistema eletrônico com identificação do paciente, data de internação, diagnóstico, material requisitado, data de agendamento de cirurgia, data e

causa de eventual cancelamento e data de realização de cirurgia, material utilizado, cirurgião responsável etc. (§ 6.10.).

VIII) Remeter cópia deste relatório de auditoria operacional, do relatório e voto do Relator, correspondente ao respectivo processo, e do Acórdão que vier a ser prolatado:

1. Ao Secretário de Estado da Saúde;
2. À Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa;
3. Aos Diretores do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
4. Ao Secretário de Planejamento e Gestão;
5. Ao Secretário Chefe da Controladoria Geral do Estado;
6. Ao Presidente da Assembléia Legislativa;
7. À Procuradora Geral de Justiça;
8. Ao Presidente da Câmara Municipal de João Pessoa;
9. Ao Presidente do Conselho Regional de Medicina;
10. Ao Diretor Geral da Agência Estadual de Vigilância.

IX) Determinar a realização de monitoramento pela DIAFI acerca da implementação das determinações e recomendações do Acórdão que vier a ser prolatado.

João Pessoa, 12 de setembro de 2008.

Adriana Falcão do Rêgo Tróccoli
ACP Matr. 370.110-7

Emmanuel Teixeira Burity
ACP Matr. 370.293-6

Maria de Fátima Araújo
ACP Matr. 370.013-5



Apêndice I

“Para as mudanças necessárias, não basta acreditarmos que é possível um mundo melhor: o voluntarismo e as boas intenções nunca foram o motor da história.”

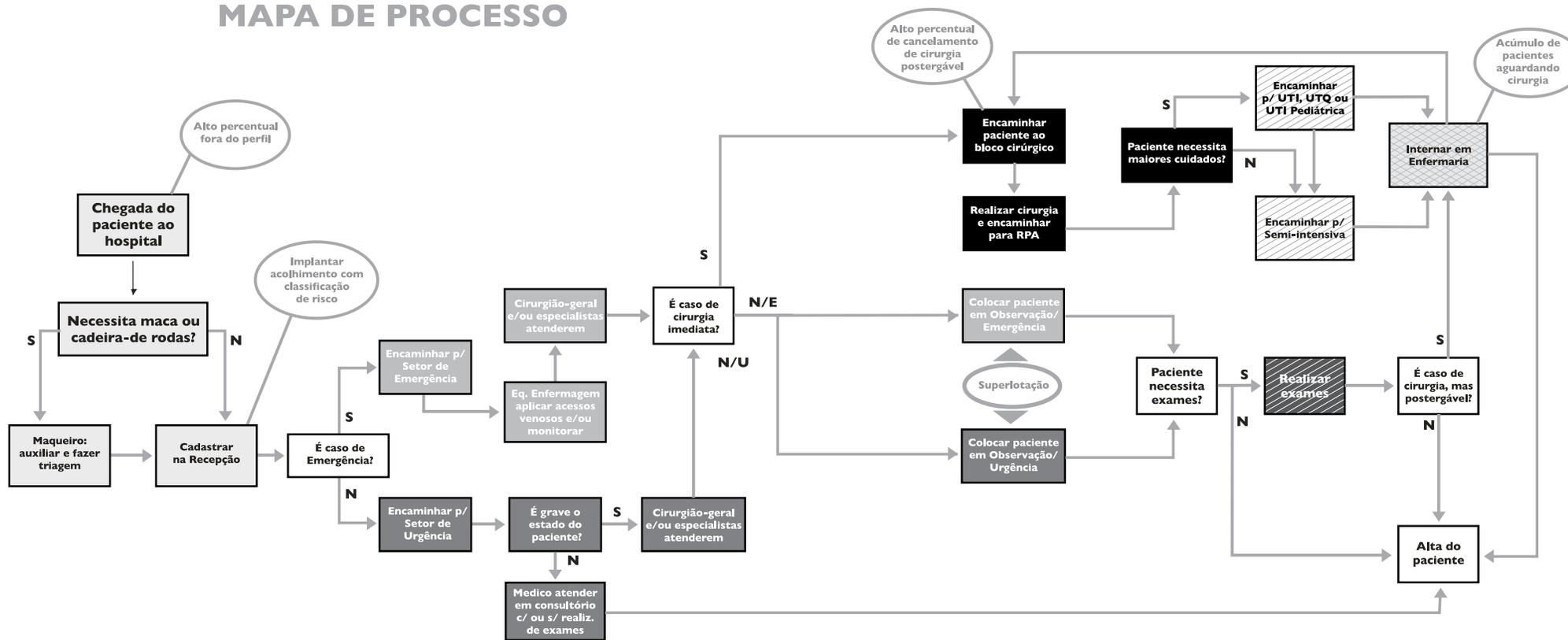
Antônio José Avelãs Nunes

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO Auditoria de Desempenho Operacional

Atendimento ao Paciente MAPA DE PROCESSO



Recepção

Emergência

Urgência

Bloco Cirúrgico

UTI, UTQ, Semi-Intensiva,
UTI Pediátrica

Postos/Enfermarias

CDI

Alto percentual de cancelamento de cirurgia postergável

Acúmulo de pacientes aguardando cirurgia

Resolução

“Ao reproduzir
a obra de José Altino, a Revista do
Tribunal de Contas da Paraíba re-
produz todo um percurso e, longe
de tornar visível apenas um resulta-
do pontual, procura jogar luz sobre
todo um caminho.”

Marcílio Franca



Processo TC nº 03.748/08

Objeto: AUDITORIA OPERACIONAL

Entidade/unidade: Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba – Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

AUDITORIA OPERACIONAL realizada no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. Recomendações e sugestões. Assinação de prazos.

RESOLUÇÃO RPL – TC nº 49/2008

Os MEMBROS do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, em decorrência do que consta no Processo TC nº 03.748/08, que trata de AUDITORIA OPERACIONAL realizada no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, a qual compreendeu todo o período de sua instalação e funcionamento até o presente exercício,

Considerando a relevância dos trabalhos, os levantamentos procedidos, os exames, as avaliações, os resultados obtidos à luz de procedimentos técnicos, as conclusões a que chegou a comissão especialmente designada para esse fim e ainda a urgência da necessidade de encaminhamentos e tendo em vista o propósito maior do interesse público,

RESOLVEM:

I) RECOMENDAR à Sua Excelência o Governador do Estado da Paraíba, para que designe comissão formada por representantes das Secretarias de Estado do Planejamento, da Administração, da Saúde e do próprio Hospital, para elaborarem projeto de lei a ser encaminhado à Augusta Assembléia Legislativa do Estado, cujo propósito seja a criação de uma Fundação que venha a administrar o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, recebendo seu patrimônio em regime



de comodato e passando, daí em diante, a geri-lo, assim como aos recursos, obrigações, gastos, custos e resultados daquela unidade de saúde pública;

II) RECOMENDAR à Secretaria de Estado da Saúde e à Secretaria Municipal de João Pessoa que:

1. Articulem-se, no sentido de estabelecer, de forma clara e eficiente, o papel de cada instituição integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, destacadamente quanto ao Hospital de Horto-Traumatologia e ao Hospital Estadual de Emergência e Trauma, inclusive com redefinição de Autorizações de Internação Hospitalar, de forma a manter o equilíbrio do sistema, reduzindo a sobrecarga de atendimentos suportada por alguns hospitais, principalmente pelo HEETSHL (§ 3.27.);
2. Instituem a Comissão de Acompanhamento, que deverá obter os dados restantes da execução físico-financeira pactuada e apresentar à Comissão Intergestores Bipartite os relatórios trimestrais de avaliação do cumprimento das metas (§ 4.8.);
3. Prorroguem o Termo de Compromisso Entre Entes Públicos, por meio de aditivo, para que as ações, metas, indicadores e produtos qualitativos sejam implementados e alcançados (§ 7.3.).

III) DETERMINAR à Secretaria de Estado da Saúde, conjuntamente com a Direção do HEETSHL, que, no prazo de 60 (Sessenta) dias:

1. Remetam ao Tribunal de Contas do Estado cronograma de adoção das medidas necessárias e respectivos responsáveis pela implementação das determinações e recomendações que vieram a ser prolatadas;
2. Normatizem o funcionamento da instituição e de sua estrutura de pessoal, elaborando-se Regimento Interno, organograma oficial próprio do HEETSHL e/ou estrutura organizacional e determinando-se claramente as atribuições e

- interfaces dos vários níveis hierárquicos da instituição, com seus cargos, atribuições e remunerações, além de previsão de penalidades, em casos de omissões e transgressões (§ 5.14.);
3. Providenciem a formação de um quadro próprio de médicos efetivos ou, enquanto não seja possível o preenchimento total através de concurso público, a contratação, através de processo seletivo simplificado, por tempo determinado, observando-se as especialidades e quantitativos condizentes com as necessidades reais do HEETSHL (§ 5.29.);
4. Identifiquem o quantitativo necessário para o desempenho de todas as atividades do hospital e realizem concurso público para contratação de pessoal destinado aos cargos que não foram contemplados no certame de 2007 (§§ 5.32. e 5.40.);
5. Efetuem levantamento e oficializem registro das ocorrências referentes à cessão de equipamentos, através do Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES (§ 5.123.).

IV) RECOMENDAR à Secretaria de Estado da Saúde que:

1. Apresente um cronograma para a instalação da Central Estadual de Regulação Médica de Urgência e para a elaboração de um protocolo estadual de referências e contrarreferências (§ 3.16.);
2. Adote medidas para redução da superlotação no atendimento do HEETSHL (§ 3.16.);
3. Reconduza a Taxa de Ocupação Hospitalar do HEETSHL à meta fixada (§ 3.16.);
4. Inclua o Hospital de Orto-traumatologia no Sistema Estadual de Urgência e Emergência (§ 3.27.);
5. Proceda à contratação imediata dos aprovados no concurso público realizado em 2007, necessária, inclusive, à ativação de alguns serviços do hospital, como o de exames laboratoriais (§ 5.52.);
6. Elabore um orçamento individual para o HEETSHL, de acordo com os custos necessários (de pagamento de pessoal,

aquisição de material, limpeza e conservação, manutenção de equipamentos etc.), e efetive um controle mensal e anual de estimativa de custos, planejamento e acompanhamento, de forma que a instituição possa funcionar com autonomia no que se refere às suas atividades de rotina (§ 5.103.);

7. Estude a viabilidade de se utilizar outras formas de energia no Hospital, senão o óleo diesel (§ 5.110.);
8. Substitua o veículo equipado com a UTI Móvel por outro de modelo apropriado, aliene o semelhante que se encontra sem serventia e adquira um outro, mesmo de porte menor, mas que seja apropriado para a finalidade (§ 5.129.);
9. Estude a economicidade da instalação de uma usina de oxigênio, em relação aos gastos com aquisição do material (§ 5.141.).

V) RECOMENDAR à Secretaria de Estado da Saúde, conjuntamente com a Direção do HEETSHL, que:

1. Estabeçam grupo de contato, com a participação de representantes da Secretaria de Estado da Saúde e do HEETSHL, para acompanhamento, pelo Tribunal de Contas do Estado, das determinações e recomendações;
2. Adotem medidas para a efetivação da implementação do acolhimento com classificação de risco, incluindo o treinamento de enfermeiros e médicos de acordo com o protocolo aprovado, para a caracterização dos ambientes, conforme as cores de cada Área, e outras medidas que se fizeram necessárias (§ 4.13.);
3. Dentro de suas competências, tomem as medidas necessárias para solucionar os problemas elencados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e outros que houver, de forma a reconduzir a taxa de infecção hospitalar aos níveis pactuados (§ 4.73.);
4. Em se realizando novo certame para contratação de pessoal de enfermagem, atentem para que sejam observadas as peculiaridades dos serviços prestados pelo HEETSHL, exigindo-se um enquadramento do perfil/conhecimento dos

candidatos em urgência, emergência, trauma, instrumentação cirúrgica e cuidados de terapia intensiva (§ 5.37.);

5. Estudem formas de se efetuar o pagamento de produtividade sem atraso e de se equacionar tal gratificação, de modo a diminuir a distorção entre os valores ofertados aos diversos profissionais, e/ou de se oferecer incentivo, como, por exemplo, rateio geral, entre todas as categorias cabíveis, de recursos advindos de Serviços Profissionais, uma vez atingidas ou superadas metas qualitativas e quantitativas estipuladas (§§ 5.30. e 5.54.);
 6. Implementem ações, junto ao Núcleo de Estudos e Capacitação e Estágios, visando ao treinamento e à capacitação da mão-de-obra, em especial a permanente (pessoal efetivo) (§ 5.53.);
 7. Providenciem rotinas para execução de regularização dos cadastros de procedimentos de Alta e Média Complexidade, em especial de cirurgia cardiovascular, busca ativa de órgãos e no serviço de Nutrição Enteral e Parenteral (§ 5.63.);
 8. Procedam ao levantamento, o mais preciso possível, das dívidas relativas ao HEETSHL, para quitação, resgatando-se a credibilidade junto a fornecedores e a prestadores de serviço (§ 5.95.);
 9. Providenciem a contratação de serviços de recuperação de piso e esquadrias, bem como de recuperação e/ou ampliação das instalações elétricas, hidro-sanitárias e de vapor, e a reinstalação do sistema de água térmica nas tubulações do Setor de Nutrição (§ 5.107.);
 10. Providenciem a contratação de serviços de asfaltamento do acesso de veículos à entrada da Emergência /Urgência e de reforma do espaço físico do HEETSHL, em diversos setores, dentre eles (§§ 5.105 e 5.108):
- **Nutrição** – com o aumento do espaço do refeitório, avançando com a alvenaria no espaço externo; permuta da sala da despensa com a da coordenação - para dar acesso a visitantes e fornecedores -, sem necessidade de penetrar na cozinha; construção de repouso, pois está improvisado nas dependên-

- cias do WC, podendo ser o espaço dividido para os dois usos; colocação de uma separação entre a entrada de mantimentos e o depósito de lixo; adequação do ambiente em que é preparada a Dieta Enteral, em observância às exigências necessárias ao credenciamento;
- **UTQ** – transferência do acesso para a Terapia Semi-Intensiva por outro local, pois a passagem dos pacientes por este setor os torna suscetíveis de contaminação;
 - **Circulações** – aproveitamento de circulações amplas que existem e estão sendo ocupadas de forma improvisada (sala de maquiagem, coordenações de Fisioterapia e Enfermagem etc.);
 - **Sala de Observação Pediátrica da Emergência** – separação da parte Masculina;
 - **Central de Material e Esterilização** – divisão da porta de expurgo ao meio para servir de guichê e barreira para entrada de outros profissionais na área suja;
 - **Farmácia** – em espaço contíguo, instalação da sala de Dieta Parenteral, dentro das exigências contidas na Portaria nº 272/98-MS/SNVS, preenchendo-se os requisitos para o credenciamento junto ao SUS;
 - **Repouso de profissionais (médicos e equipe de enfermagem etc.)** – divisão por sexo, oferecendo privacidade, melhora da ventilação/refrigeração;
11. Terceirizem os serviços de limpeza (§ 5.109.);
 12. Adquiram outro aparelho de Raio X e outro de tomografia, bem como de aparelho para broncoscopia, equipamentos para o laboratório, além de novos monitores com módulos, oxímetros e bombas de infusão, de preferência de marcas nacionais, com respectivos contratos de manutenção (§§ 5.115., 5.116., 5.117., 5.118., 5.119. e 5.121.);
 13. Coloquem em funcionamento ou incrementem o uso de equipamentos não utilizados ou subutilizados, se possível firmando parceria com outros hospitais que rateariam os custos: neuronavegador (treinando profissionais médicos e

- atualizando *software*), esterilizador de plasma *Sterrad*, câmaras hiperbáricas e termodesinfectoras (§ 5.116.);
14. Estudem a possibilidade de se substituir um dos arcos cirúrgicos (marca *Phillips*) por outro menos complexo, de fabricação nacional, o qual realize também arteriografia (§ 5.117.);
 15. Contratem serviços de manutenção com firmas que representam marcas de equipamentos já existentes e vão continuar em uso, como *Baumer* (autoclaves), *Stryker* (câmara de videolaparoscopia, drills microdrivers etc.), *Dixtal* (sistemas de monitoração com módulos ECG, batimentos, gases etc.) e *Takaoaka* (aparelhos de anestesia, servo-ventiladores) (§ 5.121.);
 16. Nos casos necessários, providenciem a reposição de equipamentos cedidos, especificamente quanto à hemodiálise, para ativação do serviço (Setor de Patrimônio do HEETSHL, em conjunto com o setor responsável da SES) (§ 5.123.);
 17. Procedam à recuperação mais incisiva de leitos e macas (conserto, pintura etc.) (§ 5.124.);
 18. Atualizem e aumentem o arsenal de equipamentos de informática (§ 5.126.);
 19. Supram a demanda de materiais gerais - rouparia e equipamentos de proteção individual- e utensílios, em especial do Setor de Nutrição (§ 5.142.);
 20. Implementem programa de gestão de qualidade em todos os setores do Hospital e na instituição como um todo (§ 5.145);

VI) RECOMENDAR à Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa que:

1. Avalie a qualidade do atendimento de pacientes nas unidades de Saúde da Família (§ 3.23.);
2. Considere a viabilidade de deferir o pedido de credenciamento e habilitação do Hospital São Vicente de Paulo como alta complexidade (§ 3.23.);
3. Reavalie a operacionalização da Central de Regulação, com vistas a uma melhor distribuição dos pacientes encaminhados ao HEETSHL, de acordo com o seu perfil (§ 3.23.);

4. Encaminhe e autorize a internação, por meio da Central de Regulação, de pacientes com insuficiência respiratória aguda e diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica, no Hospital São Vicente de Paulo ou outras unidades hospitalares, reduzindo os encaminhamentos deste tipo para o HEETSHL (§ 3.23.);

VII) DETERMINAR à Direção do HEETSHL que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias,

1. Realize novas eleições dos membros da CIPA, de forma a regularizar seu funcionamento (§ 4.39.);
2. Implante a Comissão de Revisão de Prontuários em cumprimento à Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (§ 4.66.);
3. Implante a Comissão de Ética Médica em atendimento à Resolução nº 1.657/2002 do CFM (§ 4.68.);

VIII) RECOMENDAR à Direção do HEETSHL que:

1. Implante a ouvidoria, com aplicação de questionário e sistema de respostas com divulgação de resultados (§ 4.10.);
2. Implante o sistema de alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede SUS e a criação do plano pós-alta para continuidade do cuidado no domicílio e em outros níveis de atenção (§ 4.14.);
3. Implemente as ações de equipe multiprofissional de referência para o usuário e familiares (§ 4.15.);
4. Crie urna equipe multiprofissional, com a participação de assistentes sociais, para o acolhimento e suporte aos familiares dos pacientes (§ 4.16.);
5. Institua visita de 4h/dia e crie os indicadores “horas de visita/dia e taxa de paciente com acompanhante” (§ 4.17.);
6. Crie os indicadores “% de satisfação de usuários segundo os diferentes serviços” e “% de usuários pesquisados” (§ 4.18.);

7. Desenvolva processo educativo junto aos consumidores de medicamentos e crie o indicador “número de atividades de educação, informação e comunicação aos consumidores de medicamentos” (§ 4.29.);
8. Verifique a viabilidade da participação do HEETSHL na Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (§ 4.34.);
9. Faça o levantamento trimestral das causas de absenteísmo (§ 4.35.);
10. Crie uma Comissão de Biossegurança (§ 4.36.);
11. Realize o mapeamento de risco do HEETSHL, logo após a eleição dos membros da CIPA (§ 4.40.);
12. Implante mais campanhas de doação de sangue e também incentive à doação por familiares dos pacientes com o apoio dos assistentes sociais do Hospital (§ 4.44.);
13. Implante um serviço de hemovigilância que exerça o controle de reações pós-transfusionais (§ 4.45.);
14. Realize atividades informativas de incentivo às práticas alimentares saudáveis junto a todos que atuam no Hospital e aos pacientes (§ 4.51.);
15. Promova a capacitação para localização de potencial doador de órgãos (§ 4.52.);
16. Defina um horário de trabalho para a Comissão Intra-hospitalar, fazendo-a atuar com eficácia (§ 4.53.);
17. Adote medidas para solucionar as dificuldades para a realização de exames de eletroencefalograma e testes clínicos para diagnóstico de morte encefálica (§ 4.54.);
18. Estabeleça normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços (§ 4.57.);
19. Elabore o Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares e a criação do Núcleo Hospitalar Epidemiológico (§ 4.59.);
20. Examine a viabilidade de implantar programa de gerenciamento informatizado (§ 4.62.);
21. Verifique a viabilidade de aplicação da pesquisa de avaliação do nível de qualidade (§ 4.63.);
22. Examine a viabilidade do credenciamento junto ao Projeto Hospital Sentinela (§ 4.64.);

23. Implante e mantenha em funcionamento Comissão de Análise de Óbitos que deverá apresentar Relatório mensal (§ 4.66.);
24. Defina um calendário para a realização de palestras científicas ou cursos de capacitação para a área médica (§ 4.74.); ,
25. Implante rotinas de fluxo de documentos no Hospital, inclusive com prontuário eletrônico, para que se recupere efetivamente os gastos efetuados com procedimentos realizados, passíveis de cobertura do SUS (§§ 5.59. e 5.65);
26. Utilize de forma efetiva o HOSPUB e, se necessário, implemente outros sistemas para controlar, por exemplo, a gestão de procedimentos, materiais médicos, medicamentos, equipamentos e gêneros alimentícios, com senhas de acesso restritas, em setores como Urgência, Emergência, Centro Cirúrgico, Almoxarifado, Nutrição, Farmácia etc. (§ 5.102.);
27. Coloque pessoal de segurança para controle de entrada e saída de veículos nas guaritas (5.105);
28. Capacite, através do Centro de Processamento de Dados do HEETSHL, os usuários, do HOSPUB, bem como oriente e gerencie o cadastramento de senhas de acesso (§ 5.128.);
29. Proceda ao inventário geral do estoque da Farmácia, introduzindo os dados no Sistema HOSPUB, e, a partir daí, seja o módulo *Farmácia* usado rotineiramente quanto à entrada e à saída de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares (§ 5.136 ; *I(r V)*)
30. Realize inventários rotativos na Farmácia e confronte-os com os dados do HOSPUB, medindo a acurácia dos estoques (§ 5.137.);
31. Constitua uma Comissão de Padronização de Medicamentos (§ 5.138 e 5.139.);
32. Adote mecanismos de controle da devolução de materiais reutilizáveis, especialmente no que tange à rouparia e à EPI (§ 5.142.); .
33. Utilize efetivamente o módulo *Centro Cirúrgico* do HOSPUB, além de que recorra, caso se faça necessário suplementar os registros, a livros de ocorrências e/ou outro sistema eletrônico com identificação do paciente, data de internação, diagnóstico, material requisitado, data de agendamento de cirurgia, data e

causa de eventual cancelamento e data de realização de cirurgia, material utilizado, cirurgião responsável etc. (§ 6.10.).

IX) REMETER cópia deste relatório de auditoria operacional, do relatório e voto do Relator, correspondente ao respectivo processo e do Acórdão que vier a ser prolatado:

1. Ao Exmo. Sr. Governador do Estado;
2. Ao Presidente do Conselho Estadual de Saúde;
3. Ao Secretário de Estado da Saúde;
4. À Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa;
5. Aos Diretores do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
6. Ao Secretário de Planejamento e Gestão;
7. Ao Secretário Chefe da Controladoria Geral do Estado;
8. Ao Presidente da Assembléia Legislativa;
9. À Procuradora Geral de Justiça;
10. Ao Presidente da Câmara Municipal de João Pessoa;
11. Ao Presidente do Conselho Regional de Medicina;
12. Ao Diretor Geral da Agência Estadual de Vigilância Sanitária.

X) DETERMINAR a realização de monitoramento, pela DIAFI, da implementação das determinações e recomendações da decisão que vier a ser prolatada pelo TCE/PB.

Publique-se, registre-se e cumpra-se

TC Sala das Sessões – Plenário Ministro João Agripino.

João Pessoa, 18 de dezembro de 2008

Lista de Siglas

Conselheiro Antonio Nominando Diniz Filho
PRESIDENTE EM EXERCÍCIO

Cons. José Marques Mariz

Cons. Fernando Rodrigues Catão

Cons. Subst. Marcos Antônio da Costa

Cons. Subst. Antônio Cláudio Silva Santos

Aud. Antônio Gomes Vieira Filho
RELATOR

Fui Presente:

Procuradora Geral Ana Teresa Nóbrega
REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CEM – Centro de Esterilização de Material
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIPA – Comissão Intersetorial de Prevenção de Acidentes
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem
CEME – Central de Material e Esterilização
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COOMIT – Cooperativa dos Médicos Intensivistas da Paraíba
COOPANEST – Cooperativa dos Anestesiologistas da Paraíba
COOPECIR – Cooperativa dos Cirurgiões da Paraíba
COOPED – Cooperativa dos Pediatras da Paraíba
COORT – Cooperativa de Ortopedia e Traumatologia da Paraíba
CPD – Centro de Processamento de Dados
DIAFI – Diretoria de Auditoria e Fiscalização
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FUSEP – Fundo Estadual de Saúde

HEETSHL – Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas
 HOS PUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
 HU – Hospital Universitário Lauro Wanderley
 IHGER – Instituto Hospitalar General Édson Ramalho
 INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
 LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
 MS – Ministério da Saúde
 NHE – Núcleo Hospitalar Epidemiológico
 NOB – Norma Operacional Básica
 NR-5 – Norma Regulamentadora Número Cinco
 PA – Pronto Atendimento
 PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
 POA – Plano Operativo Anual
 PPI – Programação Pactuada Integrada
 RENAST – Rede Nacional da Saúde do Trabalhador
 RPA – Recuperação Pós-Anestésica
 SAGRES – Sistema de Acompanhamento da Gestão de Recursos da Sociedade
 SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 SEAD – Secretaria de Estado da Administração
 SES – Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba
 SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais
 SIH – Sistema de Informações Hospitalares
 SNT – Sistema Nacional de Transplantes
 SMS-JP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa
 SUS – Sistema Único de Saúde
 TCE/PB – Tribunal de Contas do Estado da Paraíba
 TCEP – Termo de Compromisso Entre Entes Públicos
 TxOH – Taxa de Ocupação Hospitalar
 UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
 UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados

Lista de Tabelas, Gráficos e Figuras

Lista de Tabelas

Tabela 1 – atendimentos por motivo de 2002 a 2007;
Tabela 2 – atendimentos/serviços realizados de 2001 a 2007;
Tabela 3 – Indicadores hospitalares do HEETSHL, no período de agosto de 2001 a junho de 2008;
Tabela 4 – atendimentos por procedência;
Tabela 5 – Rede Estadual de Urgência e Emergência;
Tabela 6 – Metas físico-financeiras para a Atenção Ambulatorial;
Tabela 7 – Metas físico-financeiras para a Atenção Hospitalar;
Tabela 8 – Execução físico-financeira para a Atenção Ambulatorial;
Tabela 9 – Metas para indicadores da Atenção Hospitalar;
Tabela 10 – Indicadores de metas não alcançadas da Atenção Hospitalar;
Tabela 11 – Quantitativo de pessoal – Cargos de Direção, Chefia, Coordenação, Secretária;
Tabela 12 – Quantitativo de pessoal – Grupo Saúde Médicos;
Tabela 13 – Valores de serviços profissionais de médicos – HEETSHL;
Tabela 14 – Despesa Empenhada com cooperativas médicas;
Tabela 15 – Quantitativo de pessoal – grupo saúde – outros;
Tabela 16 – Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível superior;
Tabela 17 – Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível médio;
Tabela 18 – Quantitativo de pessoal – grupo apoio – nível básico;
Tabela 19 – Repasses de Recursos do SUS – valores pagos, segundo o HEETSHL;

Tabela 20 – Repasses de Recursos do SUS – valores pagos, segundo a SMS–JP;

Tabela 21 – Despesas efetuadas referentes ao HEETSHL por credor;

Tabela 22 – Vistoria de Equipamentos;

Tabela 23 – Cirurgias por tipo e exercício;

Tabela 24 – Cirurgias realizadas, segundo o SAME.

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Internações por motivo de 2002 a 2007;

Gráfico 2 – Taxa de ocupação hospitalar de janeiro a junho de 2008;

Gráfico 3 – Divisão do Estado da Paraíba por Macrorregiões de saúde;

Gráfico 4 – Percentagens de atendimentos por procedência de 2002 a 2007;

Gráfico 5 – Organograma funcional;

Gráfico 6 – Organograma oficial básico;

Gráfico 7 – Incremento da despesa empenhada, ano a ano;

Gráfico 8 – Distribuição percentual da despesa empenhada/2008;

Gráfico 9 – Detalhamento da despesa empenhada/2008.

Lista de Figuras

Figura 1 – Superlotação no Setor de Urgência;

Figura 2 – Observação Masculina / Emergência integrada à observação Pediátrica (falta de privacidade);

Figura 3 – Aparelho de raio X sem utilização;

Figura 4 – Neuronavegador não utilizado;

Figura 5 – Leito em péssimo estado de conservação;

Figura 6 – Inadequação de veículo usado para UTI Móvel.



Tribunal de Contas do
Estado da Paraíba

Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

R. Geraldo Von Söhsten, 147, Jaguaribe

João Pessoa – PB 58.015 –190

<http://portal.tce.pb.gov.br>



TCE/PB

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DA PARAÍBA

Tribunal de Contas do
Estado da Paraíba
www.portal.tce.pb.br

Tel.: 83 3208.3300 | Fax: 83 3208.3364