

Processo : 100.873-9/2019
Origem : SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Setor :
Natureza : RELATÓRIO DE AUDITORIA GOVERNAMENTAL -
MONITORAMENTO - ORDINÁRIA
Interessado : 3ªCAE
Observação : FISCALIZAÇÃO N. 82/2019, COM OBJETIVO DE VERIFICAR
CONDIÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO NA UNIDADE DE
SAÚDE UPA NITEROI FONSECA.

RELATÓRIO DE AUDITORIA GOVERNAMENTAL

DADOS DA FISCALIZAÇÃO

Número da
fiscalização: 082/2019

Modalidade: AUDITORIA DE MONITORAMENTO

Forma de autorização: ORDINÁRIA

Ato originário: Processo 303.683-7/18

Jurisdicionado: Secretaria de Estado de Saúde

Local: UPA NITEROI FONSECA

Objetivo da
fiscalização: Verificar a organização e o funcionamento das
unidades de saúde estatais

Ofício de
apresentação: GAP/SGE nº 284/2019, de 20.02.19.

Período abrangido: 2018/2019

Período de execução: 29.04.19 a 03.05.19.

Equipe: Rafael da Silva Salvati Lopes, matrícula 02/4417
Marcos Octávio Dória de Araújo, matrícula 02/3098

Supervisão: Flavio Augusto de Oliveira Correia, matrícula
02/4332.

RESUMO

Trata-se de relatório da auditoria realizada na unidade de saúde UPA NITEROI FONSECA, no período entre 29.04.19 e 03.05.19, que teve como objetivo a verificação de suas condições de organização e funcionamento.

A presente auditoria foi incluída no Plano Anual de Auditoria Governamental - PAAG de 2019 (aprovado no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18), em virtude de decisão plenária no processo TCE-RJ nº 100.996-1/16, sendo uma das 41 (quarenta e uma) auditorias realizadas dentro da estratégia de monitoramento das condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por organizações sociais (OSS), que consistiu na verificação de 28 UPA's e 13 hospitais.

A partir do objetivo do trabalho foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

- Questão 1: O Sistema de climatização da unidade de saúde encontra-se em regular funcionamento?
- Questão 2: Os equipamentos médicos selecionados dentre os mínimos obrigatórios encontram-se funcionando regularmente?
- Questão 3: Os equipamentos de refrigeração estavam em condições de utilização adequadas para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 4: Os medicamentos existentes eram suficientes para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 5: A unidade de atendimento possui centro de apuração de custos implementado?
- Questão 6: A quantidade de leitos em condições regulares de uso existentes na unidade de saúde atende ao mínimo exigido pela normatização em vigor?
- Questão 7: Os bens e equipamentos selecionados, adquiridos com recursos do Contrato de Gestão, foram incorporados ao patrimônio do Estado?
- Questão 8: Os plantões médicos estão sendo efetivamente cumpridos?
- Questão 9: A Unidade de Saúde possui licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico?

- Questão 10: A Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em vigor?
- Questão 11: A Unidade de Saúde possui Certificado de Aprovação (CA) emitido pelo CBMERJ?

No desenvolvimento das atividades, foram aplicadas as técnicas de Exames físicos, exames de documentações originais, entrevistas, observação direta das atividades, circularização, correlação das informações obtidas e amostragem.

As principais constatações deste trabalho foram:

- Desconforto térmico de ambientes selecionados na unidade de saúde.
- Equipamentos médicos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.
- Equipamentos de refrigeração em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.
- Medicamentos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.
- Centro de apuração de custos não regularmente implementado na unidade de saúde.
- Bens e equipamentos da unidade de saúde ainda não incorporados ao patrimônio do Estado.
- Médicos disponíveis para atendimento em quantidade inferior ao mínimo exigido pelo contrato de gestão.
- Ausência de licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico na unidade de saúde.
- Ausência de Certificado de Aprovação emitido pelo Corpo de Bombeiros para a unidade de saúde.

Entre os benefícios estimados desta fiscalização destacam-se a melhoria geral da prestação de serviços de saúde à população, o aumento da disponibilidade de médicos, equipamentos e medicamentos nas unidades de saúde e o aperfeiçoamento do controle interno, externo e social sobre os contratos de gestão.



Este relatório buscou avaliar a unidade de saúde em aspectos relevantes do seu funcionamento, no sentido de propor medidas que reflitam na melhoria da prestação de serviço à população, bem como se a unidade estava organizada de forma a garantir a segurança na prestação desses serviços e a transparência na alocação dos recursos públicos, a fim de possibilitar o controle interno, externo e social.

Com base nos achados desta auditoria, foi sugerida COMUNICAÇÃO ao Secretário de Estado de Saúde para adoção de uma série de medidas concretas com vistas à correção dos problemas encontrados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. VISÃO GERAL DA AUDITORIA	8
1.2. ANTECEDENTES	11
1.3. VISÃO GERAL DO OBJETO.....	12
1.4. DADOS CADASTRAIS	13
2. RESULTADOS DA AUDITORIA.....	14
ACHADO 1: DESCONFORTO TÉRMICO DE AMBIENTES SELECIONADOS NA UNIDADE DE SAÚDE.	14
ACHADO 2: EQUIPAMENTOS MÉDICOS EM QUANTIDADE INFEIOR AO MÍNIMO OBRIGATÓRIO PARA O REGULAR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.	17
ACHADO 3: EQUIPAMENTOS DE REFRIGERAÇÃO EM QUANTIDADE INFERIOR AO MÍNIMO OBRIGATÓRIO PARA O REGULAR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.	21
ACHADO 4: MEDICAMENTOS EM QUANTIDADE INFERIOR AO MÍNIMO OBRIGATÓRIO PARA O REGULAR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.	24
ACHADO 5: CENTRO DE APURAÇÃO DE CUSTOS NÃO REGULARMENTE IMPLEMENTADO NA UNIDADE DE SAÚDE.	28
ACHADO 6: BENS E EQUIPAMENTOS DA UNIDADE DE SAÚDE AINDA NÃO INCORPORADOS AO PATRIMÔNIO DO ESTADO.....	30
ACHADO 7: MÉDICOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO EM QUANTIDADE INFERIOR AO MÍNIMO EXIGIDO PELO CONTRATO DE GESTÃO.	32
ACHADO 8: AUSÊNCIA DE LICENÇA DA AUTORIDADE SANITÁRIA LOCAL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RADIOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE.	36
ACHADO 9: AUSÊNCIA DE CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE SAÚDE.	38
3. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....	40
3.1. COMUNICAÇÃO - SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE	40

LISTA DE ANEXOS

Tabela I – ANEXOS	
Documento nº	Descrição
0001	MATRIZ DE PLANEJAMENTO
0002	OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO
0003	AN0003 - TSID 006 OFGAP284_2019_MON_SAUDE
0004	RESP_TSID 006 OFGAP284_2019_MON_SAUDE
0005	TSIDS FISC082_2019_MON_UPA NITERÓI
0006	RESPOSTA TSID01 FISC082_2019_MON_UPA NITERÓI
0007	MATRIZ DE ACHADOS
0008	FORMULÁRIOS
0009	TERMOS DE ENTREVISTA
0010	RELATÓRIOS FOTOGRÁFICOS
0011	LISTAGEM QUANTITATIVA - CLIMATIZAÇÃO - UPA NITERÓI
0012	FICHA HISTÓRICA CLIMATIZAÇÃO E ORDENS DE SERVIÇO
0013	INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI
0014	EQUIPAMENTOS MÉDICOS - UPA NITERÓI
0015	LISTAGEM QUANTITATIVA - REFRIGERAÇÃO
0016	RELATÓRIO DE ESTOQUE - FARMÁCIA 30.04.2019
0017	ASJ 241-2019 - OSSLAGOSRIO
0018	RELATÓRIO DE ESTOQUE - ALMOXARIFADO - 30.04.2019
0019	ASJ 187-2019-OSSLAGOSRIO
0020	FREQUENCIA MEDICA-JAN-2019 A MAR-2019
0021	RELATORIO DE ATENDIMENTOS-JAN-2019
0022	RELATORIO DE ATENDIMENTOS-FEV-2019
0023	RELATORIO DE ATENDIMENTOS-MAR-2019
0024	ASJ 250-2019-OSSLAGOSRIO
0025	PROTOCOLO LICENÇA SANITÁRIA - UPA NITERÓI
0026	ASJ 237-2019-OSSLAGOSRIO
0027	ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO - UPA 24H NITEROI
0028	EDITAL DE SELEÇÃO



Tabela I – ANEXOS	
0029	TERMO DE REFERÊNCIA
0030	CONTRATO DE GESTÃO
0031	TERMO ADITIVO CONTRATO DE GESTÃO
0032	PROGRAMA ARQUITETONICO MINIMO_UPA 24h
0033	DECRETO Nº 897_76
0034	PORTARIA Nº 453_98_MS_SVS
0035	PORTARIA Nº 10_17_GM_MS
0036	RESOLUÇÃO Nº 1551_17_SES_RJ - IMPLANTAÇÃO SISTEMA DE CUSTOS.
0037	MANUAL TÉCNICO DE CUSTOS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Visão geral da auditoria

1.1.1. Objetivo e questões de auditoria

A presente auditoria se refere à unidade de saúde UPA NITEROI FONSECA e foi incluída no Plano Anual de Auditoria Governamental - PAAG de 2019 (aprovado no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18), em virtude de decisão plenária no processo TCE-RJ nº 100.996-1/16, sendo uma das 41 (quarenta e uma) auditorias realizadas dentro da estratégia de monitoramento das condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por organizações sociais (OSS), que consistiu na verificação de 28 UPA's e 13 hospitais.

A partir do objetivo do trabalho, formularam-se as questões de auditoria adiante elencadas:

- Questão 1: O Sistema de climatização da unidade de saúde encontra-se em regular funcionamento?
- Questão 2: Os equipamentos médicos selecionados dentre os mínimos obrigatórios encontram-se funcionando regularmente?
- Questão 3: Os equipamentos de refrigeração estavam em condições de utilização adequadas para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 4: Os medicamentos existentes eram suficientes para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 5: A unidade de atendimento possui centro de apuração de custos implementado?
- Questão 6: A quantidade de leitos em condições regulares de uso existentes na unidade de saúde atende ao mínimo exigido pela normatização em vigor?
- Questão 7: Os bens e equipamentos selecionados, adquiridos com recursos do Contrato de Gestão, foram incorporados ao patrimônio do Estado?
- Questão 8: Os plantões médicos estão sendo efetivamente cumpridos?
- Questão 9: A Unidade de Saúde possui licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico?

- Questão 10: A Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em vigor?
- Questão 11: A Unidade de Saúde possui Certificado de Aprovação (CA) emitido pelo CBMERJ?

1.1.2. Ato de origem

A Presente auditoria tem origem no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18, que aprovou o Plano Anual de Auditorias Governamentais para o exercício de 2019.

1.1.3. Motivação da auditoria

Trata-se de auditoria realizada para fins de cumprimento à Determinação Plenária prolatada em 28.01.19, no âmbito do Processo TCE-RJ nº 100.996-1/16, em que o Tribunal julgou relevante a realização de auditorias para monitorar as condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por Organizações Sociais.

1.1.4. Metodologia utilizada

Os trabalhos foram realizados em conformidade com os princípios e diretrizes relevantes contidos nas Normas Brasileiras de Auditoria Aplicada ao Setor Público (NBASP) e com o Manual de Auditoria do TCE-RJ.

Para alcançar o objetivo da presente auditoria, foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria:

- Exames físicos em sistemas de climatização, equipamentos médicos e de refrigeração, estoques de medicamentos, materiais e leitos hospitalares;
- Exames de documentações originais referentes à manutenção dos sistemas de climatização e equipamentos médicos, existência de centros de apuração de custos, controle de estoques de medicamentos e materiais hospitalares, efetivo cumprimento dos plantões médicos, licenças e certificados de funcionamento;
- Entrevistas com gestores e servidores da unidade para verificação das condições de funcionamento do sistema de climatização, controle de estoques e de materiais hospitalares selecionados;
- Observação direta das atividades de plantão médico, funcionamento do sistema de climatização e equipamentos médicos;
- Circularização de informações acerca do efetivo cumprimento dos plantões médicos;

- Correlação das informações obtidas;
- Amostragem do controle de estoque de medicamentos e materiais hospitalares, bem como dos plantões médicos.

Insta salientar que foram almejados pontos de controle considerados relevantes no contexto do escopo da auditoria. Para tanto, foram considerados na matriz de planejamento alguns pontos das auditorias realizadas no ano de 2016 nas OSS, bem como acrescidos outros decorrentes de fragilidades de organização apontadas nas auditorias realizadas pela CTO e notícias veiculadas pelos meios de comunicação sobre o funcionamento precário de algumas unidades.

1.1.5. Limitações

Não ocorreram limitações.

1.1.6. Benefícios estimados

Com relação aos benefícios estimados das propostas de encaminhamento para os achados deste relatório de auditoria, estimam-se os seguintes benefícios:

- Conforto térmico ambiental compatível com a necessidade exigida pelo tipo de serviço prestado nas Unidades de saúde.
- Redução do risco de agravamento da condição de saúde dos usuários devido ao aumento do risco de contaminação.
- Melhoria das condições de trabalho dos profissionais em serviço.
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.
- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários.
- Melhoria do controle interno, externo e social.
- Mitigação do risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão.
- Garantia da efetividade do indicador de eficiência do contrato de gestão que é diretamente relacionado ao percentual de repasse financeiro à organização social contratada.

- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

Considerando a estratégia de controle como um todo, destacam-se a melhoria geral da prestação de serviços de saúde à população, o aumento da disponibilidade de médicos, equipamentos e medicamentos nas unidades de saúde e o aperfeiçoamento do controle interno, externo e social sobre os contratos de gestão.

1.1.7. Volume de recursos fiscalizados

Estima-se que o volume de recursos fiscalizados alcança o montante de R\$ 12.580.505,64, valor correspondente ao contrato de gestão nº 016/2017, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do RJ e a organização social Instituto dos Lagos Rio.

Considerando a estratégia de controle como um todo, o volume de recursos fiscalizado nas atuais 41 unidades monitoradas em 2019 alcança um valor de aproximadamente R\$ 1.778.512.512,29/ano.¹

1.2. Antecedentes

O processo de publicização na área da saúde teve início em 2012, passando a gestão de parte das unidades de saúde para Organizações Sociais de Saúde, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos. Para tanto, é formalizado um contrato de gestão entre o estado e a organização social, em que são estabelecidas metas de atendimento médico para que o ente privado disponha de um determinado orçamento para gastar com a prestação dos serviços.

A avaliação global dessa política de publicização está sendo feita pela Coordenadoria de Auditorias Especializadas do TCE-RJ, no âmbito do Processo TCE-RJ nº 104.377-7/16, que aborda a gestão da saúde, desde o planejamento até a definição do modelo ideal para prestação dos serviços de saúde.

Já os aspectos relativos às condições de organização e funcionamento das unidades de saúde são abordados de forma coordenada entre aquela especializada e esta 3ª Coordenadoria de Auditoria Estadual.

Nesse sentido, as inspeções realizadas em 41 unidades de saúde no ano de 2016 identificaram diversas irregularidades relativas ao seu funcionamento e organização, oportunidade em que foi proposto ao estado que elaborasse um plano de ação específico com vistas ao esgotamento definitivo de todos os problemas identificados nas unidades de saúde, o qual não foi apresentado naquela oportunidade.

Desde então, alguns fatores dificultaram o saneamento das irregularidades, como a alta rotatividade no comando da SES, trocas das OSS, abertura de procedimento sancionatório em relação a determinadas OSS e celebração de novos contratos de

¹ Considerando a anualização do valor de todos os contratos de gestão atualmente em vigor.

gestão, além da grave crise financeira por que vem passando o Estado, com reflexos críticos sobre o repasse dos recursos financeiros pelo Estado naquele período.

Conforme decisão plenária no processo TCE-RJ nº 104.377-7/16, a individualização das responsabilidades de todos os envolvidos na precária situação em que se encontrava a prestação de serviços de saúde naquele período está sendo feita naquele processo, cabendo a esta 3ª CAE continuar monitorando as condições de organização e funcionamento das unidades de saúde, com vistas à melhoria da prestação de serviços à população, sem perder de vista a correta aplicação dos seus recursos.

Diante dessa estratégia de ação coordenada dos órgãos da SGE, delineada pela decisão plenária nas auditorias anteriores, e ainda considerando que 2019 é o primeiro ano da nova gestão do Poder Executivo estadual, decidiu-se por adotar na presente auditoria uma linha de tratamento que reflete o atual momento de controle consensual da administração pública e, a partir de uma análise prospectiva, promover o monitoramento das questões mais relevantes das inspeções de 2016, adicionando outros pontos de controle relevantes para a boa prestação do serviço à sociedade e para o fortalecimento do controle interno, externo e social sobre a publicização da saúde.

1.3. Visão geral do objeto

A atenção à saúde é direito de todo cidadão e um dever do Estado. Os artigos 196 a 198 da Carta Magna estabelecem acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Preveem que a saúde é um serviço de relevância pública, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e que as ações e serviços públicos de saúde devem ter atendimento integral, priorizando-se as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

De acordo com a lei nº 8.080/90, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

No corpo da citada lei, consta as atribuições dos Estados federados, dentre as quais destacam-se as seguintes:

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde (atribuição comum aos outros entes);
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ é o órgão do Governo do Estado responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde, o que inclui a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

Contudo, é fato público e notório que o serviço de saúde no ERJ é instável. Não são raras as vezes em que o cidadão necessita ingressar com ação judicial para obter tratamento de saúde ou medicamentos. Diversas são as notícias na mídia acerca da má prestação de serviço nas unidades públicas de saúde do Estado, notadamente naquelas geridas por Organizações Sociais.

1.4. Dados cadastrais

DADOS CADASTRAIS DO OBJETO AUDITADO			
Objeto:	UPA NITEROI FONSECA		
Edital de Seleção:	010/2017	Proc. TCE-RJ:	Não há
Valor Orçado:	12.580.505,64	Data-Base:	Dez/2017
Contratada:	Instituto dos Lagos Rio	CNPJ:	07.813.739/0002-42
Nº Contrato:	016/2017	Proc. TCE-RJ Contrato:	Não há
Valor Contratado:	12.580.505,64	Data Assinatura:	20.12.17

2. RESULTADOS DA AUDITORIA

ACHADO 1: Desconforto térmico de ambientes selecionados na unidade de saúde.

a) Critério

- Edital de Seleção nº 010/2017 (cláusula “1. OBJETO”, item “viii”);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (cláusula 3.7);
- Termo de Referência (cláusula 8.3.3, item “m”).

b) Evidências

- AN0008 - FORMULÁRIOS (fls. 1/2);
- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 1/2);
- AN0010 - RELATÓRIOS FOTOGRÁFICOS (fls. 1/3);
- AN0011 - LISTAGEM QUANTITATIVA - CLIMATIZAÇÃO - UPA NITERÓI (fls. 1/2);
- AN0012 - FICHA HISTÓRICA CLIMATIZAÇÃO E ORDENS DE SERVIÇO (fls. 1/47);
- AN0024 - ASJ 250-2019-OSSLAGOSRIO (fls. 2).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que os equipamentos de condicionamento ambiental não estavam funcionando na unidade de saúde, conforme especificado abaixo:

A equipe de auditoria, durante a visita in loco, deparou-se com a existência de diversos equipamentos de climatização avariados, alguns que funcionavam apenas na função de ventilação e outros que sequer ligavam.

Os equipamentos defeituosos estavam instalados em diferentes setores da Unidade de Saúde, quais sejam:

- Sala Amarela – Pediátrica – Havia 1 equipamento inoperante e outro funcionando apenas na função de ventilação;
- Sala Amarela – Adulto – Dos 4 equipamentos existentes no ambiente, 2 se encontravam inoperantes no momento da visita;
- Sala Vermelha – Havia 1 equipamento inoperante;
- Consultório nº 4 – Equipamento único existente na sala estava inoperante.

Da listagem acima, acrescentamos que o consultório nº 4 não estava sendo utilizado no momento da visita, justamente em virtude da falta da adequada climatização do ambiente.

Através de entrevista realizada com a direção da Unidade em 03/05/2019, esclareceu-se à equipe de auditoria que a inoperância dos equipamentos listados ocorreu devido ao desgaste natural das peças, tendo em vista o tempo de uso/vida útil dos equipamentos, já que se encontrariam em utilização desde a inauguração da Unidade. A direção acrescentou que teria feito prévio levantamento dos equipamentos inoperantes, em que se constatou a necessidade da compra de inventário novo, levando em consideração o alto custo exigido para reparo. Tal levantamento teria sido enviado à SES/RJ com apontamentos sobre a necessidade de recursos para as aquisições necessárias. Apesar da referência feita, a equipe de auditoria não teve acesso a tal levantamento.

Quanto à manutenção dos equipamentos que fazem parte do inventário da Unidade de Saúde, a direção informou que o Instituto dos Lagos Rio possuía um funcionário contratado responsável pela realização dos serviços de manutenção nos equipamentos de climatização. A equipe de auditoria recebeu cópias da comprovação dos procedimentos de manutenção realizados no período de outubro/2018 a março/2019 (Arquivo Digital AN0012 - FICHA HISTÓRICA CLIMATIZAÇÃO E ORDENS DE SERVIÇO, fls. 1/47).

Em informação adicional (AN0024 - ASJ 250-2019-OSSLAGOSRIO, fls. 2), o Diretor Administrativo/Financeiro da OSS apresentou esclarecimentos quanto ao tema, reconhecendo que a Unidade de Saúde enfrenta problemas relacionados ao mau funcionamento dos equipamentos de climatização, tendo em vista a idade dos equipamentos e o uso ininterrupto. O Diretor relatou que a OSS, ao longo de sua gestão, tem realizado as manutenções necessárias nos equipamentos, mas com reduzida eficácia, em razão do desgaste excessivo. Acrescentou que a SES/RJ já teria sido informada quanto aos problemas nos equipamentos de climatização e que a OSS estaria efetuando levantamento orçamentário, por meio de laudo de profissional especializado, para fins de aquisição de novos equipamentos. Por fim, esclareceu que havia 3 funcionários contratados para a realização das manutenções, estes lotados na Sede Administrativa da OSS.

Frisamos que o laudo realizado por profissional especializado, ao qual o Diretor Administrativo/Financeiro fez referência em sua resposta, não foi apresentado à equipe de auditoria.

d) Causas

- Deficiência da gestão da Organização Social em não garantir as condições básicas de funcionamento da unidade;
- Deficiência de fiscalização por parte da SES sobre a execução do contrato de gestão e sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde.

e) Efeitos

- Aumento do risco de contaminação cruzada nos ambientes de atendimento;
- Condições de trabalho dificultadas para os profissionais em serviço;
- Risco de agravamento da condição dos usuários.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação da climatização dos ambientes da unidade de saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Conforto térmico ambiental compatível com a necessidade exigida pelo tipo de serviço prestado nas Unidades de saúde;
- Redução do risco de agravamento da condição de saúde dos usuários devido ao aumento do risco de contaminação;
- Melhoria das condições de trabalho dos profissionais em serviço;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 2: Equipamentos médicos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.**a) Critério**

- Art. 1º, § 3º, II, e Anexo II, ambos da Portaria MS/GM nº 1.020, de 13 de maio de 2009 c/c art.16 da Portaria GM/MS nº 1.601, de 07 de julho de 2011;
- Edital de Seleção nº 010/2017 (Cláusula 1, item iv);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusulas 3.7 e 3.22);
- Termo de Referência (Cláusula 8.3.3, alínea c; Cláusula 8.5, item 8.5.2).

b) Evidências

- AN0008 - FORMULÁRIOS (fls. 3/4);
- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 3/5);
- AN0010 - RELATÓRIOS FOTOGRÁFICOS (fls. 5/6);
- AN0013 - INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI (fls. 1/7);
- AN0014 - EQUIPAMENTOS MÉDICOS - UPA NITERÓI (fls. 1/3).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que a unidade de saúde não possuía a quantidade mínima de equipamentos médicos de acordo com seu porte, conforme especificado abaixo:

No momento da visita verificou-se que a Unidade de Saúde não contava com equipamento desfibrilador/cardioversor na Sala de Observação Pediátrica. De acordo com informação obtida junto a direção da unidade (AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 3/5), em conjunto com inspeção in loco realizada pela equipe de auditoria, a unidade estaria dotada de 2 equipamentos desse tipo, um localizado na Sala de Observação Amarela – Adulto e outro na Sala de Observação Vermelha. O gestor alegou que, em caso de atendimento que necessite a utilização de equipamento desfibrilador/cardioversor, este seria realizado na sala vermelha, utilizando-se dos equipamentos localizados neste ambiente.

A legislação é explícita quanto aos equipamentos mínimos necessários para o adequado funcionamento de unidade de saúde classificada como UPA 24h. Exige-se a existência de equipamento desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso nas Salas de Observação Amarela (Adulto e Pediátrica) e na Sala de Observação Vermelha, com quantitativo mínimo de um equipamento para cada uma dessas dependências. Assim, apesar dos esclarecimentos apresentados, resta evidenciada a irregularidade na falta do equipamento, este de vital importância para unidades de saúde voltadas a atendimentos de urgência/emergência.

O Ministério da Saúde (MS), em 2009, expediu a Portaria nº 1.020 que, no inciso II, do § 3º, de seu art. 1º, explicita conforme transcrição a seguir:

“§ 3º As UPA e as SE devem atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na presente Portaria e na Política Nacional de Atenção às Urgências e, especialmente:

[...]

II - quanto ao mobiliário, materiais e equipamentos mínimos exigíveis, por porte, atender ao estabelecido no Anexo II a esta Portaria.”

O Anexo II da referida Portaria relaciona quantidades mínimas de equipamentos médicos para UPA's, de acordo com o Porte das mesmas. As regras estavam plenamente vigentes – cf. art. 16 da Portaria MS/GM nº 1.601/11 - quando da habilitação da UPA para o recebimento de recursos de investimento oriundos do MS (inclusive para compra de equipamentos), em 2010 (Fonte: www.sismobcidadeao.saude.gov.br).

Os equipamentos médicos selecionados como objetos do procedimento de auditoria foram aqueles cuja quantidade mínima por ambiente permaneceu inalterada para UPA's de Porte equivalente quando comparados:

- o rol do Anexo II da Portaria MS/GM nº 1.020/09; e
 - o rol constante do Programa Arquitetônico Mínimo para UPA 24h, versão 2.0/2018, item “Mobiliário e Equipamentos”, válido para UPA's novas e ampliadas, nos termos dispostos na Portaria MS/GM nº 10, de 03 de janeiro de 2017.
- Verificou-se que havia equipamentos médicos que não funcionavam adequadamente, conforme especificado abaixo:

Em procedimento adicional, a equipe de auditoria observou, por meio de inspeção in loco, dentre os equipamentos listados no inventário da unidade (Arquivo Digital AN0014 - EQUIPAMENTOS MÉDICOS - UPA NITERÓI, fls. 1), a ausência de dois equipamentos do tipo ventilador eletrônico microprocessado junto a leitos localizados na Sala de Observação Vermelha. A direção da Unidade de Saúde esclareceu que os equipamentos se encontravam inoperantes e de posse da empresa contratada para prestação de serviços de manutenção (CARDIOMED), a qual estaria aguardando o fornecimento de peças necessárias para conclusão do reparo. Nenhuma ordem de serviço ou documento equivalente foi apresentado à equipe de auditoria, não sendo possível determinar o decurso de tempo em que os equipamentos se encontravam defeituosos.

A processadora de filmes de raio-x da unidade também se encontrava inoperante, fator que estaria impedindo a realização dos exames radiológicos naquele momento.

Por meio de entrevista aplicada em 03/05/2019 (Arquivo Digital AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 3/5), o supervisor administrativo da unidade esclareceu que em 26/04/2019 havia sido aberto chamado para reparo do equipamento à empresa CARDIOMED e que em 02/05/2019 a peça necessária teria sido adquirida para realização do serviço a partir de 03/05/2019.

Por fim, a equipe de auditoria observou que o equipamento desfibrilador/cardioversor da Sala Amarela Adulto não se encontrava no ambiente. Questionada quanto o fato, a direção da unidade (Arquivo Digital AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 3/5) informou que a bateria necessária para funcionamento do equipamento estava avariada e que a compra de peça nova se encontrava pendente por intermédio da empresa CARDIOMED. O desfibrilador encontrava-se inoperante em sala utilizada para armazenamento de equipamentos médicos.

Até o término da execução de auditoria naquela unidade os equipamentos relatados acima não estavam em funcionamento e maiores esclarecimentos não foram dados a respeito do andamento dos serviços de reparo.

d) Causas

- Deficiência da gestão da Organização Social em não garantir as condições básicas de funcionamento da unidade;
- Deficiência de fiscalização por parte da SES sobre a execução do contrato de gestão e sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde.

e) Efeitos

- Assistência médica inadequada aos pacientes.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a adequação do número de equipamentos médicos disponíveis por ambiente da unidade de saúde, ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 3: Equipamentos de refrigeração em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.**a) Critério**

- Art. 1º, § 3º, II, e Anexo II, ambos da Portaria MS/GM nº 1.020, de 13 de maio de 2009 c/c art.16 da Portaria GM/MS nº 1.601, de 07 de julho de 2011;
- Edital de Seleção nº 010/2017 (Cláusula 1, item iv);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusula 3.8, item viii);
- Termo de Referência (Cláusula 8.3.3, alínea c; Cláusula 8.5, item 8.5.2).

b) Evidências

- AN0008 - FORMULÁRIOS (fls. 5);
- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 6/7);
- AN0010 - RELATÓRIOS FOTOGRÁFICOS (fls. 4);
- AN0013 - INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI (fls. 1/7);
- AN0015 - LISTAGEM QUANTITATIVA – REFRIGERAÇÃO (fls. 1/2).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que a unidade de saúde não possuía a quantidade mínima de equipamentos de refrigeração de acordo com seu porte, conforme especificado abaixo:

A Unidade de Saúde não possui equipamentos de refrigeração nos postos de enfermagem localizados nas salas de observação amarela, adulto e pediátrico, e na sala de observação vermelha.

O Ministério da Saúde (MS), em 2009, expediu a Portaria nº 1.020 que, no inciso II, do § 3º, de seu art. 1º, explicita conforme transcrição a seguir:

“§ 3º As UPA e as SE devem atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na presente Portaria e na Política Nacional de Atenção às Urgências e, especialmente:

[...]

II - quanto ao mobiliário, materiais e equipamentos mínimos exigíveis, por porte, atender ao estabelecido no Anexo II a esta Portaria.”

O Anexo II da referida Portaria relaciona quantidades mínimas de equipamentos para UPA's, inclusive de refrigeração, de acordo com o Porte das mesmas. As regras estavam plenamente vigentes – cf. art. 16 da Portaria MS/GM nº 1.601/11 - quando da habilitação da UPA para o recebimento de recursos de investimento oriundos do MS

(inclusive para compra de equipamentos), em 2010 (Fonte: www.sismobcidadeao.saude.gov.br).

Os equipamentos de refrigeração selecionados como objetos do procedimento de auditoria detalhado no FORMULÁRIO N° 3, fl. 5 do Anexo AN0008 – FORMULÁRIOS, foram aqueles cuja quantidade mínima por ambiente permaneceu inalterada para UPA's de Porte equivalente quando comparados:

- o rol do Anexo II da Portaria MS/GM nº 1.020/09; e
- o rol constante do Programa Arquitetônico Mínimo para UPA 24h, versão 2.0/2018, item “Mobiliário e Equipamentos”, válido para UPA's novas e ampliadas, nos termos dispostos na Portaria MS/GM nº 10, de 03 de janeiro de 2017.

Questionada quanto ao fato, a administração da Unidade de Saúde, em entrevista aplicada pela equipe de auditoria, relatou que, a unidade já conta com equipamentos de refrigeração na sala de medicação e na farmácia, locais onde ficam concentradas as medicações que necessitem de armazenamento refrigerado e que, por essa razão, não haveria necessidade de haver equipamentos nos postos de enfermagem das salas de observação médica.

Ocorre que a necessidade da existência de equipamentos de refrigeração nos postos de enfermagem é uma exigência da legislação que determina o quantitativo mínimo necessário de mobiliários e equipamentos para o funcionamento de uma UPA 24h.

Apesar das proximidades das dependências dentro da Unidade, em situações emergenciais a existência de equipamento de refrigeração dentro das salas de observação seria imprescindível para melhor atendimento aos pacientes.

d) Causas

- Deficiência da gestão da Organização Social em não garantir as condições básicas de funcionamento da unidade;
- Deficiência de fiscalização por parte da SES sobre a execução do contrato de gestão e sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde.

e) Efeitos

- Possibilidade de degradação de medicamentos;
- Assistência médica inadequada aos usuários.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação do número de equipamentos de refrigeração em regular funcionamento ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 4: Medicamentos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.

a) Critério

- Edital de Seleção nº 010/2017 (Cláusula “OBJETO”, item “i”);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusulas 3.7);
- Termo de Referência (Cláusula 3.1, Item “c”; cláusula 8.2.3, item “g”; ANEXO II, itens 3 e 4).

b) Evidências

- AN0008 - FORMULÁRIOS (fls. 6/9);
- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 8/19);
- AN0016 - RELATÓRIO DE ESTOQUE - FARMÁCIA 30.04.2019 (fls. 1/19);
- AN0019 - ASJ 187-2019-OSSLAGOSRIO (fls. 1).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que a unidade de saúde não possuía medicamentos, conforme determinado no Termo de Referência do Contrato de Gestão.

Inicialmente, frisamos informação fornecida pela OSS Instituto dos Lagos Rio, por meio do OFÍCIO ASJ Nº 187-2019, no qual se consignou que os relatórios emitidos pelo sistema de estoque da Unidade de Saúde apresentam nomenclatura de status como “crônico” quando do atingimento do ponto de estoque mínimo. Porém, o sistema de estoque não apresenta a referida nomenclatura para os medicamentos com estoque zerado, exibindo para estes o status “Sem Consumo”. O fato ocorre em virtude de que a aquisição de medicamentos daquela unidade de saúde é baseada no consumo médio de períodos pré-determinados de reposição de estoque, não havendo como no momento da visita se determinar, por meio do sistema de gestão de estoques da Unidade, um valor específico de ponto mínimo de estoque, gerando limitação para conferência dos dados.

Assim a análise se pautou em observar se havia em estoque os medicamentos constantes da grade mínima obrigatória prevista no Termo de Referência e, diante da informação prestada pela OSS, questionou-se sobre os medicamentos que apresentavam status crônico no sistema, quais sejam:

ID	MEDICAMENTO
1.	ATENOLOL 50MG
2.	CAPTOPRIL 25MG
3.	INSULINA REGULAR HUMANA 10 UI/ML

4.	SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME 100G
----	-------------------------------------

A Administração da unidade informou apenas que estaria em processo de compra dos medicamentos listados (Arquivo Digital “AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA” – fls. 8/10).

Adicionalmente, em análise realizada em relatório emitido pelo Sistema de Estoque da Unidade de Saúde (Arquivo Digital “AN0016 - RELATÓRIO DE ESTOQUE - FARMACIA 30.04.2019” - fls. 1/19), em conjunto com visita in loco à farmácia na mesma data, a equipe de auditoria observou que a Unidade de Saúde não possuía os seguintes medicamentos exigidos pelo Termo de Referência do CG nº 016/2017:

ID	MEDICAMENTO
1.	CLOREXIDINE 0,12%
2.	AMOXICILINA 50 MG/ML + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 12,5 MG/ML PÓ P/SUSP.ORAL FR. 75 ML A 100ML APÓS RECONSTITUIÇÃO
3.	AMOXICILINA 50 MG/ML PÓ P/SUSP.ORAL - FR.150 ML APÓS RECONSTITUIÇÃO
4.	AMOXICILINA 500 MG
5.	AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG
6.	AZITROMICINA 500 MG COMP.
7.	BENZILPENICILINA PROCAINA 300.000 UI + BENZILPENICILINA POTÁSSICA 100.000 UI - SUSPENSÃO INJETÁVEL
8.	BENZOATO DE BENZILA 25%
9.	CEFALEXINA PARA USO ADULTO
10.	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 500 MG COMP.
11.	CLINDAMICINA CLORIDATO 300MG
12.	DEXAMETASONA 4MG COMP.
13.	DICLOFENACO POTASSICO 50 MG DRÁGEA
14.	ESTREPTOQUINASE
15.	GLICOSE 10% SOL. HIPERTÔNICA - SISTEMA FECHADO - FR. 250ML
16.	HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSÃO
17.	IBUPROFENO SOLUÇÃO ORAL
18.	IVERMECTINA 6MG COMPRIMIDOS
19.	METRONIDAZOL 250MG
20.	NISTATINA 100.000 UI/ML SUSP. ORAL
21.	POLIGELINA (GELATINA + ELETROLITOS) 3,5% - INJETAVEL
22.	PROTAMINA SULFATO 1000 UI - INJETÁVEL
23.	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL
24.	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA SUSPENSÃO ORAL
25.	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPRIMA 80 MG COMPRIMIDOS
26.	VERAPAMIL CLORIDRATO 2,5 MG/ML - INJETÁVEL

A Direção da Unidade, no seio de entrevista realizada em 03/05/2019 (Arquivo Digital “AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA” – fls. 8/10), apresentou justificativas quanto à falta dos medicamentos, da seguinte forma:

- Itens 1, 17, 22 – Estaria em processo de compra;

- Itens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 23, 24 e 25 – Estoque zerado, em virtude de serem pertinentes a dispensação externa, que não estaria acontecendo na unidade;
- Itens 7 e 15 – Pouca demanda na unidade, tendo ocorrido perda de frascos por vencimento do prazo de validade. Estaria em processo de aquisição, sem expectativa de recebimento;
- Item 21 – Substituível por ampolas de eletrólitos (kcl e nacl);
- Item 26 – Compra estaria sendo providenciada. A unidade só possuía em estoque a apresentação em comprimidos.

Conforme se observa dos esclarecimentos apresentados pela Direção da Unidade de Saúde, não havia em estoque alguns medicamentos administrados rotineiramente na Unidade.

Quanto aos medicamentos informados como sendo destinados à dispensação, para consumo externo à Unidade, não logra êxito tal justificativa, já que são medicamentos constantes da grade mínima obrigatória estabelecida no Termo de Referência. O item 8.2.3, item g, daquele documento prevê que a entidade contratada deve observar a necessidade de utilização obrigatória da grade de medicamentos padronizada pela SES/RJ constante do Anexo II (Arquivo Digital “AN0029 - TERMO DE REFERÊNCIA” - fls. 17).

O Termo de Referência é claro quanto aos itens que compõem a Grade Mínima de Medicamentos para a adequada administração aos pacientes da UPA 24h, essenciais para o seu adequado funcionamento. (Arquivo Digital “AN0029 - TERMO DE REFERÊNCIA” - fls. 50/56)

d) Causas

- Deficiência da gestão da Organização Social em não garantir as condições básicas de funcionamento da unidade;
- Deficiência de fiscalização por parte da SES sobre a execução do contrato de gestão e sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde;
- Desatualização da grade mínima de medicamentos prevista no edital de seleção e o contexto atual.

e) Efeitos

- Assistência à saúde insatisfatória.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação do quantitativo mínimo de medicamentos previstos no Termo de Referência, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Promover a contínua atualização da grade mínima de medicamentos, de forma a que seja possível manter um critério de controle válido sobre a prestação dos serviços de saúde à população.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais;
- Melhoria do controle interno, externo e social.

ACHADO 5: Centro de apuração de custos não regularmente implementado na unidade de saúde.

a) Critério

- Resolução nº 1.551, de 11 de julho de 2017 – SES/RJ (art. 1º ao 3º);
- Programa Nacional de Gestão de Custos - Manual Técnico de Custos – 2006 – Ministério da Saúde.
- Processo TCE-RJ 104.377-7/16.

b) Evidências

- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 20);
- AN0017 - ASJ 241-2019 – OSSLAGOSRIO (fls. 2).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que a unidade de saúde não possuía centro de apuração de custos implementado, conforme especificado abaixo:

Através de entrevista aplicada em 30/04/2019 (AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 20), a equipe de auditoria obteve informação de que os responsáveis pela gestão do sistema de custos da unidade estariam em processo de adequação do tratamento das informações a fim de se alinhar aos padrões exigidos pela SES e pelo Ministério de Saúde. Os dados relativos à apuração de custos da unidade não estariam sendo inseridos em sistema apropriado (Apurasus). Adicionalmente, informou-se à equipe de auditoria que a OS Instituto dos Lagos Rio estaria em negociação com empresa especializada em gerenciamento de custos para realização do levantamento das informações e consequente inserção no sistema Apurasus.

O Diretor Administrativo/Financeiro da OSS Lagos-Rio informou, por meio do ofício ASJ. nº 241/2019 (Arquivo Digital “AN0017 - ASJ 241-2019 – OSSLAGOSRIO”, fls. 2), que devido a mudanças na padronização das informações pela Secretaria Estadual de Saúde, novo modelo para tratamento dos dados estaria em processo de implantação.

Sob nosso ponto de vista, merece destaque o tempo decorrido desde a assinatura do Contrato de Gestão até a execução de auditoria (cerca de 1 ano e meio). Quando da assinatura do termo contratual, a legislação estadual que exige a adesão das unidades de saúde ao Programa Nacional de Gestão de Custos já se encontrava em vigor. Além disso, a Organização Social já destinou parte de seu quadro de funcionários (AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 20) para operacionalização da gestão de custos da unidade de saúde, o que não justifica a contratação de empresa terceirizada para tal função, o que geraria custo adicional desnecessário.

d) Causas

- Deficiência da gestão da Secretaria de Saúde, no sentido em que o PNGC existe há mais de dez anos, com disponibilização gratuita de sistema informatizado para registro dos dados de custos das unidades de saúde e a SES ainda não implementou esse recurso na unidade de saúde;
- Ausência de fiscalização da SES, no sentido de estabelecer prazos e acompanhar a implantação do sistema de forma efetiva.

e) Efeitos

- Risco de dano ao Erário pela possibilidade de repasse orçamentário de valores acima do necessário à operacionalização da unidade de saúde;
- Prejuízo do controle interno, externo e social.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata implantação do centro de custos, de acordo com o Plano Nacional de Gestão de Custos - PNGC, de forma a possibilitar a apuração dos custos da unidade de saúde de forma padronizada e estruturada nos relatórios emitidos pelo sistema, devendo haver no mínimo 02 (dois) funcionários responsáveis, conforme preconiza a art. 2º da Resolução nº 1.551, de 11 de julho de 2017 – SES/RJ.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria do controle interno, externo e social;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 6: Bens e equipamentos da unidade de saúde ainda não incorporados ao patrimônio do Estado.**a) Critério**

- Edital de Seleção nº 010/2017 (Cláusula 1, item iv);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusulas 3.23, 3.23.1, 3.23.2, 3.23.3 e 3.23.4);
- Termo de Referência integrante do Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusula 8.5.8).

b) Evidências

- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 21);
- AN0010 - RELATÓRIOS FOTOGRÁFICOS (fls. 7/8);
- AN0013 - INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI (fls. 1/7);
- AN0014 - EQUIPAMENTOS MÉDICOS - UPA NITERÓI (fls. 1/3);
- AN0019 - ASJ 187-2019-OSSLAGOSRIO (fls. 1/2).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que havia bens/equipamentos que não foram incorporados ao patrimônio do Estado.

Mediante análise de planilhas de bens fornecida pela direção da Unidade de Saúde (AN0013 - INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI e AN0014 - EQUIPAMENTOS MÉDICOS - UPA NITERÓI), constatamos a existência de diversos bens e equipamentos médicos sem a devida informação a respeito de número de inventariação de patrimônio do Estado.

Corroborando o fato, na planilha de inventário apresentada (AN0013 - INVENTÁRIO DE BENS - UPA NITERÓI) há 612 itens listados, dos quais 484 não apresentam número de patrimônio, ou seja, cerca de 79% dos itens.

A Assessoria Jurídica da Organização Social Instituto dos Lagos Rio informou que os bens sem identificação de número de patrimônio não mais a possuem por conta da deterioração da etiqueta de inventariação do Estado, acrescentando que a SES/RJ possui ciência dos bens que compõem o inventário da Unidade de Saúde (Arquivo Digital AN0019 - ASJ 187-2019-OSSLAGOSRIO, fls. 1).

Nenhuma documentação relativa a alguma comunicação à SES foi apresentada à equipe de auditoria, mas observamos que no sítio eletrônico da Organização Social, em seção destinada à transparência/prestação de contas, há link disponível para

aferição do inventário patrimonial da Unidade
(http://institutolagosrio.com.br/sistema/adm/rel_anual/12_2_3_2018.pdf).

Em procedimento adicional, através de inspeção física, a equipe observou que alguns equipamentos realmente não possuíam identificação quanto a número de patrimônio do Estado e fez questionamento diretamente à Direção da unidade, quanto aos seguintes:

ID	ITEM	LOCALIZAÇÃO
1.	VENTILADOR ELETRÔNICO (OXYLOG 3000)	SALA VERMELHA
2.	VENTILADOR ELETRÔNICO (OXYLOG 3000)	SALA VERMELHA
3.	GERADOR	SALA DO GERADOR
4.	PROCESSADORA DE FILMES – RAIOS X	SALA DE RAIOS-X

A direção da Unidade de Saúde esclareceu, por meio de entrevista realizada em 03/05/2019 (Arquivo Digital AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA, fls. 21), que a unidade realmente possui equipamentos não incorporados ao patrimônio do Estado, por conta de pendente visita da SES/RJ à unidade para levantamento e incorporação dos bens. Esclareceu, adicionalmente, que a OSS Instituto dos Lagos Rio sinaliza em suas prestações de contas junto à SES a existência de bens e equipamentos não patrimoniados em seu inventário, fato que comprovamos, conforme relatado em parágrafo anterior.

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Prejuízo do controle interno, externo e social.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Inventariar e incorporar os bens das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais ao sistema de patrimônio do Estado, incluindo identificação física nos bens.

g) Benefício da proposta

- Melhoria do controle interno, externo e social.

ACHADO 7: Médicos disponíveis para atendimento em quantidade inferior ao mínimo exigido pelo contrato de gestão.

a) Critério

- Art. 1º da Portaria MS/GM/CIT nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 c/c Item 2.2 do Anexo da mesma Portaria (Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência);
- Edital de Seleção nº 010/2017 (Cláusula 1, itens i e v);
- Contrato de Gestão nº 016/2017 (Cláusula 3.1);
- Termo de Referência (Item 5.1).

b) Evidências

- AN0008 - FORMULÁRIOS (fls. 10/11);
- AN0009 - TERMOS DE ENTREVISTA (fls. 22);
- AN0020 - FREQUÊNCIA MÉDICA - JAN-2019 A MAR-2019 (fls. 1/27);
- AN0021 - RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS - JAN-2019 (fls. 1/206);
- AN0022 - RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS - FEV-2019 (fls. 1/178);
- AN0023 - RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS - MAR-2019 (fls. 1/216);
- AN0024 - ASJ 250-2019-OSSLAGOSRIO (fls. 1/2).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que o quantitativo de profissionais médicos atuando nos plantões era inferior ao estabelecido no Termo de Referência do Contrato de Gestão, conforme especificado abaixo:

A equipe de auditoria obteve informações de registros de frequências dos médicos e de atendimentos dos meses de JAN/2019, FEV/2019 e MAR/2019. Levando em consideração que há 2 turnos de plantões médicos por dia (diurno e noturno), por meio de amostragem, foram selecionados aleatoriamente, diante dos dados obtidos, 10 turnos de plantões médicos por mês (5 turnos diurnos e 5 turnos noturnos), totalizando 30 turnos.

Da análise realizada sobre a amostra selecionada, restou evidenciado que a Unidade de Saúde não cumpre o previsto no Termo de Referência, no que tange ao quantitativo de médicos clínicos necessários nos turnos diurnos. O documento estipula a exigência de que nos plantões diurnos sejam disponibilizados para atendimento ao público 4 médicos clínicos e 2 médicos pediatras.

Em todos os turnos diurnos analisados (total de 15) havia registros de frequência e de atendimentos de apenas 3 médicos clínicos e de 2 médicos pediatras. Questionada quanto à inconsistência encontrada (diferença a menor de 1 médico clínico), a OSS

Instituto dos Lagos Rio, por meio de ofício de sua Assessoria Jurídica (Asj. n. 250/2019), informou que a instituição realizou, por conta própria, redimensionamento do quantitativo de médicos, objetivando conferir fôlego financeiro à unidade. Acrescentou-se que o atendimento ao público não foi prejudicado, pois considera que o quantitativo disponibilizado atualmente é satisfatório para as necessidades da Unidade de Saúde.

Frise-se que, apesar dos esclarecimentos apresentados, não foi realizado qualquer aditamento ao Termo de Referência. Este, como parte integrante do Contrato que é, estabelece, pormenorizadamente, a forma como deve ocorrer a prestação dos serviços. A Contratada, assim como o Ente Contratante, fica condicionada ao pactuado nesses documentos e qualquer alteração deve ser realizada através de instrumentos administrativos apropriados, nos termos previstos na lei.

Quanto a isto, o Termo de Referência, em seu item 8.3.11, alínea “b” (Arquivo Digital AN0029 - TERMO DE REFERÊNCIA, fls. 20), estabelece que:

“A Organização Social de Saúde deve formalizar a possível execução de modo distinto de serviços já previstos em Contrato, devendo apresentar as razões do seu pleito, com demonstrações das vantagens e garantia do cumprimento do Contrato.”

d) Causas

- Deficiência na fiscalização, por parte da SES, da execução do Contrato de Gestão;
- Não implementação de controle de frequência dos profissionais médicos por ponto biométrico;
- Ausência de requisitos que confirmam fidedignidade ao controle de frequência dos profissionais médicos implementado na unidade de saúde;
- Meta de atendimento subdimensionada em relação ao número mínimo de médicos previstos no contrato de gestão, o que permite que a OSS atinja a meta prescindindo da capacidade mínima de atendimentos dos médicos contratados.

e) Efeitos

- Aumento do tempo de espera para atendimento na unidade de saúde;
- Prejuízo à qualidade do atendimento médico, devido à sobrecarga de atendimentos por médico em determinados períodos do plantão;
- Risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato de gestão: (i) garanta a disponibilidade para atendimento dos profissionais médicos plantonistas durante todo o período de todos os plantões; (ii) promova o imediato controle biométrico de entrada e saída dos médicos que trabalham na unidade de saúde, conforme previsto no contrato; (iii) disponibilize mensalmente a lista dos médicos que trabalharam na unidade e a respectiva carga horária no local próprio da página da Secretaria de Saúde na internet.

Instaurar o devido processo administrativo sancionatório contra a OSS para que, caso não justificadas as irregularidades evidenciadas no presente achado, sejam aplicadas as sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização específico sobre o cumprimento da carga horária dos profissionais médicos das unidades de saúde geridas por OSS, em que conste, no mínimo, procedimento para verificar se cada unidade mantém a disponibilidade do quantitativo mínimo de profissionais clínicos (socorristas) e pediatras previsto no respectivo Contrato de Gestão durante todos os períodos de todos os plantões, tendo em vista que os gastos com pessoal compõem a maior parte das despesas suportadas pelo Estado.

Adequar a meta de atendimento prevista no contrato de gestão ao porte da unidade de saúde, levando em consideração a regulamentação do Ministério da Saúde, especialmente o Regulamento Técnico das unidades não hospitalares de urgência e emergência aprovado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2048/2002, as demais portarias regulamentadoras das UPAs, de forma a garantir que a meta seja quantificada de acordo com a quantidade mínima de médicos por plantão prevista no contrato de gestão e também com o número adequado de atendimentos por médico por hora em cada plantão.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários;
- Mitigação do risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão;
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais;



-
- Garantia da efetividade do indicador de eficiência do contrato de gestão que é diretamente relacionado ao percentual de repasse financeiro à organização social contratada.

ACHADO 8: Ausência de licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico na unidade de saúde.

a) Critério

- Portaria do Ministério da Saúde MS/SVS n.º 453 de 01/06/98 – Itens 3.4 e 3.6.

b) Evidências

- AN0017 - ASJ 241-2019 – OSSLAGOSRIO (fls. 2);
- AN0025 - PROTOCOLO LICENÇA SANITÁRIA - UPA NITERÓI (fls. 1).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que unidade de saúde não possui licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico, conforme especificado abaixo:

A Unidade de Saúde não apresentou a licença necessária para a regularidade da prestação de serviço radiológico, fornecendo apenas cópia de protocolização de documentos junto à autoridade sanitária local. O protocolo apresentado data de 03/04/2018 e não faz referência aos documentos entregues. Porém, não foram dados esclarecimentos a respeito do andamento do processo decorrente.

Frisamos dispositivo do Edital de Seleção (Anexo II, item 2.b.v) que estabeleceu a obrigatoriedade de:

“Apresentar a Licença Inicial ou Protocolo de Funcionamento da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para o do Serviço de Radiologia, até no máximo o nono (9º) mês do início da atividade em cada Unidade de Pronto Atendimento.”

Frisamos que o Contrato de Gestão nº 016/2017 foi assinado em 20/12/2017 e que até a data da presente auditoria, realizada em período posterior a 9 meses da assinatura do contrato, não foi emitida a licença, restando evidenciada a irregularidade documental no funcionamento do serviço radiológico da Unidade.

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Possível inadequação da instalação da Raio-X da Unidade de Saúde.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Providenciar a licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

ACHADO 9: Ausência de Certificado de Aprovação emitido pelo Corpo de Bombeiros para a unidade de saúde.**a) Critério**

- Decreto Nº 897, de 21 de setembro de 1976 (art. 5º; 9º, inciso VII).

b) Evidências

- AN0026 - ASJ 237-2019-OSSLAGOSRIO (fls. 1/5);
- AN0027 - ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO - UPA 24H NITEROI (fls. 1).

c) Situação Encontrada

- Verificou-se que unidade de saúde não possuía Certificado de Aprovação emitido pelo CBMERJ, conforme especificado abaixo:

Por meio de sua Assessoria Jurídica, a OSS contratada apresentou esclarecimentos quanto ao tema, informando que a entidade estaria tendo dificuldades na obtenção do Certificado de Aprovação, fato comunicado anteriormente à SES/RJ. A OSS informa que já realizou todas as ações necessárias ao seu alcance a fim de dar cumprimento às exigências necessárias para obtenção do Certificado.

Foi apresentada cópia do ofício ASJ n. 210/2016 (Arquivo Digital AN0026 - ASJ 237-2019-OSSLAGOSRIO, fls. 5), documento por meio do qual a OSS relatou à SES/RJ a dificuldade na obtenção do Certificado, porém o ofício faz referência a unidade de saúde distinta à auditada por esta equipe, fato pelo qual as alegações não serão levadas em consideração.

Foi fornecida cópia do alvará de funcionamento da unidade, o qual apesar de ser definitivo, é explícito quanto a que este não importa em reconhecimento de regularidade relativa a normas aplicáveis ao funcionamento da unidade, incluindo condições de edificação para prevenção de incêndios.

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Potencial risco de incêndio na unidade de saúde.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Providenciar o Certificado de Aprovação (CA) da unidade junto ao CBMERJ.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

3. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Pelo exposto, sugere-se ao Egrégio Plenário a adoção das seguintes medidas:

3.1. COMUNICAÇÃO - Secretário de Estado de Saúde

Fundamentação: §1º do artigo 6º da Deliberação TCE/RJ nº 204/96
Responsável: Secretário de Estado de Saúde

3.1.1. Para cumprimento das seguintes DETERMINAÇÕES:

- 3.1.1.1. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação da climatização dos ambientes da unidade de saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 1)
- 3.1.1.2. Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório. (Achado 1, Achado 2, Achado 3, Achado 4, Achado 5)
- 3.1.1.3. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a adequação do número de equipamentos médicos disponíveis por ambiente da unidade de saúde, ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 2)
- 3.1.1.4. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação do número de equipamentos de refrigeração em regular funcionamento ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 3)
- 3.1.1.5. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata adequação do quantitativo mínimo de medicamentos previstos no Termo de Referência, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 4)
- 3.1.1.6. Promover a contínua atualização da grade mínima de medicamentos, de forma a que seja possível manter um critério de controle válido sobre a prestação dos serviços de saúde à população. (Achado 4)

- 3.1.1.7. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a imediata implantação do centro de custos, de acordo com o Plano Nacional de Gestão de Custos - PNGC, de forma a possibilitar a apuração dos custos da unidade de saúde de forma padronizada e estruturada nos relatórios emitidos pelo sistema, devendo haver no mínimo 02 (dois) funcionários responsáveis, conforme preconiza a art. 2º da Resolução nº 1.551, de 11 de julho de 2017 – SES/RJ. (Achado 5)
- 3.1.1.8. Inventariar e incorporar os bens das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais ao sistema de patrimônio do Estado, incluindo identificação física nos bens. (Achado 6)
- 3.1.1.9. Adequar a meta de atendimento prevista no contrato de gestão ao porte da unidade de saúde, levando em consideração a regulamentação do Ministério da Saúde, especialmente o Regulamento Técnico das unidades não hospitalares de urgência e emergência aprovado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2048/2002, as demais portarias regulamentadoras das UPAs, de forma a garantir que a meta seja quantificada de acordo com a quantidade mínima de médicos por plantão prevista no contrato de gestão e também com o número adequado de atendimentos por médico por hora em cada plantão. (Achado 7)
- 3.1.1.10. Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização específico sobre o cumprimento da carga horária dos profissionais médicos das unidades de saúde geridas por OSS, em que conste, no mínimo, procedimento para verificar se cada unidade mantém a disponibilidade do quantitativo mínimo de profissionais clínicos (socorristas) e pediatras previsto no respectivo Contrato de Gestão durante todos os períodos de todos os plantões, tendo em vista que os gastos com pessoal compõem a maior parte das despesas suportadas pelo Estado. (Achado 7)
- 3.1.1.11. Instaurar o devido processo administrativo sancionatório contra a OSS para que, caso não justificadas as irregularidades evidenciadas no presente achado, sejam aplicadas as sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 7)
- 3.1.1.12. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato de gestão: (i) garanta a disponibilidade para atendimento dos profissionais médicos plantonistas durante todo o período de todos os plantões; (ii) promova o imediato controle biométrico de entrada e saída dos médicos que trabalham na unidade de saúde, conforme previsto no contrato; (iii) disponibilize mensalmente a lista dos médicos que trabalharam na unidade e a respectiva carga horária no local próprio da página da Secretaria de Saúde na internet. (Achado 7)
- 3.1.1.13. Providenciar a licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico. (Achado 8)

3.1.1.14. Providenciar o Certificado de Aprovação (CA) da unidade junto ao CBMERJ.
(Achado 9)

3.1.2. Para que observe as seguintes RECOMENDAÇÕES:

3.1.2.1. Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.
(Achado 1, Achado 2, Achado 3, Achado 4, Achado 5, Achado 7)

3ªCAE, 08/10/2019

MARCOS OCTÁVIO DORIA DE ARAUJO
Analista de Controle Externo
Matrícula 02/003098

RAFAEL DA SILVA SALVATI LOPES
Assistente
Matrícula 02/004417

Senhor Coordenador-Geral,

Após revisão do presente Relatório de Auditoria Governamental, nos termos previstos pelos artigos 7º e 8º, da Portaria SGE n.º 05, de 28/05/2019, ratifico a proposta de encaminhamento apresentada.

3ªCAE, 08/10/2019

ALESSANDRO FRANCISCO S. DE OLIVEIRA
Assessor
Matrícula 02/002758

Senhor Subsecretário-Adjunto da SUE,

O presente Relatório de Auditoria Governamental foi por mim SUPERVISIONADO, conforme as disposições contidas nos artigos 4º e 5º, da Portaria SGE n.º 05, de 28/05/2019, estando APROVADO e em condições de prosseguimento.

3ªCAE, 08/10/2019

FLAVIO AUGUSTO DE OLIVEIRA CORREIA
Coordenador-Geral
Matrícula 02/004332

DE ACORDO.

Ao NDG, em prosseguimento.

SUE, 08/10/2019

JORGE EDUARDO SALGADO SALLES
Subsecretário-Adjunto
Matrícula 02/003691

Processo : 100.907-6/2019
Origem : SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Setor :
Natureza : RELATÓRIO DE AUDITORIA GOVERNAMENTAL -
MONITORAMENTO - ORDINÁRIA
Interessado : 3ª CAE
Observação : FISCALIZAÇÃO Nº. 99 COM OBJETIVO DE VERIFICAR
CONDIÇÕES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE
SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES.

RELATÓRIO DE AUDITORIA GOVERNAMENTAL

DADOS DA FISCALIZAÇÃO

Número da
fiscalização: 099/2019

Modalidade: AUDITORIA DE MONITORAMENTO

Forma de autorização: ORDINÁRIA

Ato originário: Processo 303.683-7/18

Jurisdicionado: Secretaria de Estado de Saúde

Local: HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

Objetivo da
fiscalização: Verificar a organização e o funcionamento das
unidades de saúde estatais

Ofício de
apresentação: Ofício nº 284/2019 – GAP/SGE

Período abrangido: 2018/2019

Período de execução: 03.06.19 a 14.06.19.

Equipe: Rafael Goulart Cerrone, matrícula 02/4300
Glaucio Ferreira Barros, matrícula 02/3440

Supervisão: Flavio Augusto de Oliveira Correia, matrícula
02/4332.

RESUMO

Trata-se de relatório da auditoria realizada na unidade de saúde HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES, no período entre 03.06.19 e 14.06.19, que teve como objetivo a verificação de suas condições de organização e funcionamento.

A presente auditoria foi incluída no Plano Anual de Auditoria Governamental - PAAG de 2019 (aprovado no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18), em virtude de decisão plenária no processo TCE-RJ nº 101.646-5/16, sendo uma das 41 (quarenta e uma) auditorias realizadas dentro da estratégia de monitoramento das condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por organizações sociais (OSS), que consistiu na verificação de 28 UPA's e 13 hospitais.

A partir do objetivo do trabalho foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

- Questão 1: O Sistema de climatização da unidade de saúde encontra-se em regular funcionamento?
- Questão 2: Os equipamentos médicos selecionados dentre os mínimos obrigatórios encontram-se funcionando regularmente?
- Questão 3: Os equipamentos de refrigeração estavam em condições de utilização adequadas para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 4: Os medicamentos existentes eram suficientes para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 5: A unidade de atendimento possui centro de apuração de custos implementado?
- Questão 6: A quantidade de leitos em condições regulares de uso existentes na unidade de saúde atende ao mínimo exigido pela normatização em vigor?
- Questão 7: Os bens e equipamentos selecionados, adquiridos com recursos do Contrato de Gestão, foram incorporados ao patrimônio do Estado?
- Questão 8: Os plantões médicos estão sendo efetivamente cumpridos?
- Questão 9: A Unidade de Saúde possui licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico?

- Questão 10: A Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em vigor?
- Questão 11: A Unidade de Saúde possui Certificado de Aprovação (CA) emitido pelo CBMERJ?

No desenvolvimento das atividades, foram aplicadas as técnicas de Exames físicos, exames de documentações originais, entrevistas, observação direta das atividades, circularização, correlação das informações obtidas e amostragem.

As principais constatações deste trabalho foram:

- Equipamentos médicos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.
- Bens e equipamentos da unidade de saúde ainda não incorporados ao patrimônio do Estado.
- Médicos disponíveis para atendimento em quantidade inferior ao mínimo exigido pelo contrato de gestão.
- Ausência de licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico na unidade de saúde.
- Ausência de Certificado de Aprovação emitido pelo Corpo de Bombeiros para a unidade de saúde.

Entre os benefícios estimados desta fiscalização destacam-se a melhoria geral da prestação de serviços de saúde à população, o aumento da disponibilidade de médicos, equipamentos e medicamentos nas unidades de saúde e o aperfeiçoamento do controle interno, externo e social sobre os contratos de gestão.

Este relatório buscou avaliar a unidade de saúde em aspectos relevantes do seu funcionamento, no sentido de propor medidas que reflitam na melhoria da prestação de serviço à população, bem como se a unidade estava organizada de forma a garantir a segurança na prestação desses serviços e a transparência na alocação dos recursos públicos, a fim de possibilitar o controle interno, externo e social.

Com base nos achados desta auditoria, foi sugerida COMUNICAÇÃO ao Secretário de Estado de Saúde para adoção de uma série de medidas concretas com vistas à correção dos problemas encontrados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1. VISÃO GERAL DA AUDITORIA	6
1.2. ANTECEDENTES	9
1.3. VISÃO GERAL DO OBJETO.....	10
1.4. DADOS CADASTRAIS	11
2. RESULTADOS DA AUDITORIA.....	12
ACHADO 1: EQUIPAMENTOS MÉDICOS EM QUANTIDADE INFERIOR AO MÍNIMO OBRIGATÓRIO PARA O REGULAR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE.	12
ACHADO 2: BENS E EQUIPAMENTOS DA UNIDADE DE SAÚDE AINDA NÃO INCORPORADOS AO PATRIMÔNIO DO ESTADO.....	15
ACHADO 3: MÉDICOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO EM QUANTIDADE INFERIOR AO MÍNIMO EXIGIDO PELO CONTRATO DE GESTÃO.	17
ACHADO 4: AUSÊNCIA DE LICENÇA DA AUTORIDADE SANITÁRIA LOCAL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RADIOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE.	20
ACHADO 5: AUSÊNCIA DE CERTIFICADO DE APROVAÇÃO EMITIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE SAÚDE.	22
3. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....	23
3.1. COMUNICAÇÃO - SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE	23

LISTA DE ANEXOS

Tabela I – ANEXOS	
Documento nº	Descrição
0001	MATRIZ DE PLANEJAMENTO
0002	OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO
0003	TSID 008 OFGAP284_2019_MON_SAUDE
0004	RESP_TSID 008 OFGAP284_2019_MON_SAUDE
0005	TSID 001_099_2019
0006	TSID 002_099_2019
0007	EDITAL DE SELEÇÃO
0008	TERMO DE REFERÊNCIA
0009	CONTRATO DE GESTÃO
0010	TERMO ADITIVO CONTRATO DE GESTÃO
0011	FORMULÁRIOS
0012	JUSTIFICATIVAS
0013	INVENTÁRIO
0014	ESCALAS MÉDICAS
0015	RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS CTI
0016	REQUERIMENTO LICENÇA RADIOLOGIA
0017	REQUERIMENTO CA
0018	PORTARIA Nº 453_98_MS_SVS
0019	PORTARIA Nº 10_17_GM_MS
0020	RESOLUÇÃO Nº 1551_17_SES_RJ
0021	MANUAL TÉCNICO DE CUSTOS
0022	PORTARIA Nº 3432_98_MS
0023	PORTARIA Nº 354_14_MS
0024	RESOLUÇÃO CFM 2.077_14
0025	RESOLUÇÃO ANVISA Nº 07_10_MS
0026	RESOLUÇÃO SES Nº 434_12
0027	DECRETO Nº 897_76
0028	MATRIZ DE ACHADOS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Visão geral da auditoria

1.1.1. Objetivo e questões de auditoria

A presente auditoria se refere à unidade de saúde HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES e foi incluída no Plano Anual de Auditoria Governamental - PAAG de 2019 (aprovado no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18), em virtude de decisão plenária no processo TCE-RJ nº 101.646-5/16, sendo uma das 41 (quarenta e uma) auditorias realizadas dentro da estratégia de monitoramento das condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por organizações sociais (OSS), que consistiu na verificação de 28 UPA's e 13 hospitais.

A partir do objetivo do trabalho, formularam-se as questões de auditoria adiante elencadas:

- Questão 1: O Sistema de climatização da unidade de saúde encontra-se em regular funcionamento?
- Questão 2: Os equipamentos médicos selecionados dentre os mínimos obrigatórios encontram-se funcionando regularmente?
- Questão 3: Os equipamentos de refrigeração estavam em condições de utilização adequadas para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 4: Os medicamentos existentes eram suficientes para o regular funcionamento da unidade de saúde?
- Questão 5: A unidade de atendimento possui centro de apuração de custos implementado?
- Questão 6: A quantidade de leitos em condições regulares de uso existentes na unidade de saúde atende ao mínimo exigido pela normatização em vigor?
- Questão 7: Os bens e equipamentos selecionados, adquiridos com recursos do Contrato de Gestão, foram incorporados ao patrimônio do Estado?
- Questão 8: Os plantões médicos estão sendo efetivamente cumpridos?
- Questão 9: A Unidade de Saúde possui licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico?

- Questão 10: A Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em vigor?
- Questão 11: A Unidade de Saúde possui Certificado de Aprovação (CA) emitido pelo CBMERJ?

1.1.2. Ato de origem

A Presente auditoria tem origem no processo TCE-RJ nº 303.683-7/18, que aprovou o Plano Anual de Auditorias Governamentais para o exercício de 2019.

1.1.3. Motivação da auditoria

Trata-se de auditoria realizada para fins de cumprimento à Determinação Plenária prolatada em 28.01.19, no âmbito do Processo TCE-RJ nº 101.646-5/16, em que o Tribunal julgou relevante a realização de auditorias para monitorar as condições de organização e funcionamento das unidades de saúde estaduais geridas por Organizações Sociais.

1.1.4. Metodologia utilizada

Os trabalhos foram realizados em conformidade com os princípios e diretrizes relevantes contidos nas Normas Brasileiras de Auditoria Aplicada ao Setor Público (NBASP) e com o Manual de Auditoria do TCE-RJ.

Para alcançar o objetivo da presente auditoria, foram aplicadas as seguintes técnicas de auditoria:

- Exames físicos em sistemas de climatização, equipamentos médicos e de refrigeração, estoques de medicamentos, materiais e leitos hospitalares;
- Exames de documentações originais referentes à manutenção dos sistemas de climatização e equipamentos médicos, existência de centros de apuração de custos, controle de estoques de medicamentos e materiais hospitalares, efetivo cumprimento dos plantões médicos, licenças e certificados de funcionamento;
- Entrevistas com gestores e servidores da unidade para verificação das condições de funcionamento do sistema de climatização, controle de estoques e de materiais hospitalares selecionados;
- Observação direta das atividades de plantão médico, funcionamento do sistema de climatização e equipamentos médicos;
- Circularização de informações acerca do efetivo cumprimento dos plantões médicos;

- Correlação das informações obtidas;
- Amostragem do controle de estoque de medicamentos e materiais hospitalares, bem como dos plantões médicos.

Insta salientar que foram almejados pontos de controle considerados relevantes no contexto do escopo da auditoria. Para tanto, foram considerados na matriz de planejamento alguns pontos das auditorias realizadas no ano de 2016 nas OSS, bem como acrescidos outros decorrentes de fragilidades de organização apontadas nas auditorias realizadas pela CTO e notícias veiculadas pelos meios de comunicação sobre o funcionamento precário de algumas unidades.

1.1.5. Limitações

Importa esclarecer que a equipe de auditoria se deparou com limitações no exame da questão de auditoria nº 08, relacionada ao efetivo de profissionais médicos. Inicialmente, havia sido planejado buscar registros da prestação de serviço médico, por meio do fornecimento de relatórios dos sistemas utilizados pela unidade.

Os relatórios de atendimentos médicos apresentados em resposta do item 1.b do TSID nº 01.099.2019, entretanto, não se prestaram a evidenciar que os quantitativos de intensivistas presentes atendia ao preconizado pela legislação em vigor, tendo em vista que não identificavam o turno em que era prestado o serviço, nem a qualidade (plantonista ou rotina) dos profissionais. Dessa forma, o procedimento de auditoria adotado teve de ser mais simples e menos confiável, limitando-se ao contraste entre os quantitativos de profissionais indicados nas escalas médicas e o mínimo previsto pelos critérios adotados.

1.1.6. Benefícios estimados

Com relação aos benefícios estimados das propostas de encaminhamento para os achados deste relatório de auditoria, estimam-se os seguintes benefícios:

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários.
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.
- Melhoria do controle interno, externo e social.
- Mitigação do risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão.
- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

Considerando a estratégia de controle como um todo, destacam-se a melhoria geral da prestação de serviços de saúde à população, o aumento da disponibilidade de médicos, equipamentos e medicamentos nas unidades de saúde e o aperfeiçoamento do controle interno, externo e social sobre os contratos de gestão.

1.1.7. Volume de recursos fiscalizados

Estima-se que o volume de recursos fiscalizados alcança o montante de R\$ 228.306.126,00, valor correspondente ao contrato de gestão nº 004/2017, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do RJ e a organização social Instituto dos Lagos Rio.

Considerando a estratégia de controle como um todo, o volume de recursos fiscalizado nas atuais 41 unidades monitoradas em 2019 alcança um valor de aproximadamente R\$ 1.778.512.512,29/ano.¹

1.2. Antecedentes

O processo de publicização na área da saúde teve início em 2012, passando a gestão de parte das unidades de saúde para Organizações Sociais de Saúde, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos. Para tanto, é formalizado um contrato de gestão entre o estado e a organização social, em que são estabelecidas metas de atendimento médico para que o ente privado disponha de um determinado orçamento para gastar com a prestação dos serviços.

A avaliação global dessa política de publicização está sendo feita pela Coordenadoria de Auditorias Especializadas do TCE-RJ, no âmbito do Processo TCE-RJ nº 104.377-7/16, que aborda a gestão da saúde, desde o planejamento até a definição do modelo ideal para prestação dos serviços de saúde.

Já os aspectos relativos às condições de organização e funcionamento das unidades de saúde são abordados de forma coordenada entre aquela especializada e esta 3ª Coordenadoria de Auditoria Estadual.

Nesse sentido, as inspeções realizadas em 41 unidades de saúde no ano de 2016 identificaram diversas irregularidades relativas ao seu funcionamento e organização, oportunidade em que foi proposto ao estado que elaborasse um plano de ação específico com vistas ao esgotamento definitivo de todos os problemas identificados nas unidades de saúde, o qual não foi apresentado naquela oportunidade.

Desde então, alguns fatores dificultaram o saneamento das irregularidades, como a alta rotatividade no comando da SES, trocas das OSS, abertura de procedimento sancionatório em relação a determinadas OSS e celebração de novos contratos de gestão, além da grave crise financeira por que vem passando o Estado, com reflexos críticos sobre o repasse dos recursos financeiros pelo Estado naquele período.

¹ Considerando a anualização do valor de todos os contratos de gestão atualmente em vigor.

Conforme decisão plenária no processo TCE-RJ nº 104.377-7/16, a individualização das responsabilidades de todos os envolvidos na precária situação em que se encontrava a prestação de serviços de saúde naquele período está sendo feita naquele processo, cabendo a esta 3ª CAE continuar monitorando as condições de organização e funcionamento das unidades de saúde, com vistas à melhoria da prestação de serviços à população, sem perder de vista a correta aplicação dos seus recursos.

Diante dessa estratégia de ação coordenada dos órgãos da SGE, delineada pela decisão plenária nas auditorias anteriores, e ainda considerando que 2019 é o primeiro ano da nova gestão do Poder Executivo estadual, decidiu-se por adotar na presente auditoria uma linha de tratamento que reflete o atual momento de controle consensual da administração pública e, a partir de uma análise prospectiva, promover o monitoramento das questões mais relevantes das inspeções de 2016, adicionando outros pontos de controle relevantes para a boa prestação do serviço à sociedade e para o fortalecimento do controle interno, externo e social sobre a publicização da saúde.

1.3. Visão geral do objeto

A atenção à saúde é direito de todo cidadão e um dever do Estado. Os artigos 196 a 198 da Carta Magna estabelecem acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Preveem que a saúde é um serviço de relevância pública, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, e que as ações e serviços públicos de saúde devem ter atendimento integral, priorizando-se as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

De acordo com a lei nº 8.080/90, o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

No corpo da citada lei, consta as atribuições dos Estados federados, dentre as quais destacam-se as seguintes:

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde (atribuição comum aos outros entes);
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ é o órgão do Governo do Estado responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde, o que

inclui a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

Contudo, é fato público e notório que o serviço de saúde no ERJ é instável. Não são raras as vezes em que o cidadão necessita ingressar com ação judicial para obter tratamento de saúde ou medicamentos. Diversas são as notícias na mídia acerca da má prestação de serviço nas unidades públicas de saúde do Estado, notadamente naquelas geridas por Organizações Sociais.

1.4. Dados cadastrais

DADOS CADASTRAIS DO OBJETO AUDITADO			
Objeto:	HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES		
Edital de Seleção:	002/2017	Proc. TCE-RJ:	Não há
Valor Orçado:	228.306.126,00	Data-Base:	Set/2017
Contratada:	Instituto dos Lagos Rio	CNPJ:	07.813.739/0002-42
Nº Contrato:	004/2017	Proc. TCE-RJ Contrato:	Não há
Valor Contratado:	228.306.126,00	Data Assinatura:	28.09.17

2. RESULTADOS DA AUDITORIA

ACHADO 1: Equipamentos médicos em quantidade inferior ao mínimo obrigatório para o regular funcionamento da unidade de saúde.

a) Critério

- Resolução Anvisa nº 07/2010 (art. 58).
- Portaria 895/2017 -MS (Apêndice I).
- Edital de Seleção nº 002/2017, item 3.5.

b) Evidências

- AN0011 – Formulários, fls. 01/03.

c) Situação Encontrada

Em inspeção física, verificou-se, conforme indicado no Formulário nº 2 (Arquivo Digital: “AN0011 – FORMULÁRIOS”, fls. 01/03) que a unidade de saúde, indo de encontro ao previsto na RDC Anvisa nº 07/2010 (Arquivo Digital: “AN0025 – RESOLUÇÃO ANVISA Nº 07_10_MS”, fls. 07/11), não possuía a quantidade mínima exigida para os seguintes equipamentos médicos, tendo em vista a amostra adotada:

EQUIPAMENTOS	QUANT. PREV.	QUANT. OBSERV.
UTI Trauma:		
eletrocardiógrafo portátil	1 para cada 10 leitos (3)	1
equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	1 para cada 5 leitos (7)	3
maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	1 para cada 10 leitos ou fração (4)	1
ventilador mecânico específico para transporte, com bateria	1 para cada 10 leitos ou fração (4)	1
UTI Adulto:		
eletrocardiógrafo portátil	1 para cada 10 leitos (2)	1
equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	1 para cada 5 leitos (5)	2
maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	1 para cada 10 leitos ou fração (3)	1

ventilador mecânico específico para transporte, com bateria	1 para cada 10 leitos ou fração (3)	1
UTI Pediátrico		
Berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios	1 por leito (11)	1
maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	1 para cada 10 leitos ou fração	0

Cabe ressaltar que, conforme previsto nos procedimentos de auditoria, foi solicitado o inventário de bens e equipamentos da unidade. Do contraste entre a referida documentação e o observado em inspeção física, porém, a equipe de auditoria constatou que aquela não se prestava como evidência para o presente achado de auditoria. Isso porque o critério adotado não diz respeito ao total de cada item possuído pela unidade de saúde, mas o quantitativo disponibilizado especificamente para cada UTI. Dessa forma, foi considerado achado de auditoria sempre que determinado equipamento ou mobiliário não se encontrava disponibilizado no quantitativo exigido no ambiente auditado no exato momento da inspeção.

Destaque-se que, por meio do item 1 do TSID nº 002.099.2019 (Arquivo Digital: "AN0006 - TSID 002_099_2019", fls. 02/03), foram solicitadas justificativas para as inconformidades observadas. A Administração do HEAT, entretanto, não apresentou resposta.

d) Causas

- Deficiência da gestão da Organização Social em não garantir as condições básicas de funcionamento da unidade.
- Deficiência de fiscalização por parte da SES sobre a execução do contrato de gestão e sobre as condições de funcionamento das unidades de saúde.

e) Efeitos

- Assistência médica inadequada aos pacientes.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a adequação do número de equipamentos médicos disponíveis por ambiente da unidade de saúde, ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários.
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 2: Bens e equipamentos da unidade de saúde ainda não incorporados ao patrimônio do Estado.

a) Critério

- Contrato de Gestão nº 004/2017 (Cláusulas 2ª e 3ª - Itens 3.23.1 a 3.23.4).

b) Evidências

- AN0012 - JUSTIFICATIVAS, fls. 03/04.
- AN0013 – INVENTÁRIO, fls. 01/311.

c) Situação Encontrada

Por meio da análise da planilha inventário de bens apresentada pela Administração do HEAT (Arquivo Digital “AN0013 – INVENTÁRIO”, fls. 01/311), a equipe de auditoria verificou que diversos bens e equipamentos relacionados não continham o devido número de patrimônio atribuído pela SES/RJ.

Nos termos do Contrato de Gestão nº 004/2017 (Cláusulas 2ª e 3ª - Itens 3.23.1 a 3.23.4), entretanto, a entrega de bens e equipamentos pela SES à OSS para a gestão da unidade de saúde deve ser formalizada e controlada por Termo de Permissão de Uso (Anexo VI do Contrato de Gestão), enquanto que aqueles que forem adquiridos pela contratada (ou recebidos por meio de doação) durante a execução contratual devem ser incorporados ao patrimônio do Estado. Tais disposições contratuais exigem, ainda, a atualização cadastral e patrimonialização de todos esses bens pelo órgão competente do Estado do Rio de Janeiro.

Destaque-se que, em resposta ao item 4 do TSID nº 01 (Arquivo Digital “AN0005 – TSID 01_099_2019”, fl. 03), foi informado pela própria unidade de saúde em questão que não havia sido celebrado termo de permissão de uso dos bens entregues pela SES/RJ, nem efetuada a doação pela OSS no que concerne aos bens adquiridos com recursos do contrato de gestão, bem como ratificada a ausência de registro de patrimônio para alguns dos itens inventariados (Arquivo Digital “AN0012 - JUSTIFICATIVAS”, fls. 03/04).

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Prejuízo do controle interno, externo e social.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Inventariar e incorporar os bens das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais ao sistema de patrimônio do Estado, incluindo identificação física nos bens.

g) Benefício da proposta

- Melhoria do controle interno, externo e social.

ACHADO 3: Médicos disponíveis para atendimento em quantidade inferior ao mínimo exigido pelo contrato de gestão.

a) Critério

- RDC Anvisa nº 07/2010, art. 14, I e II;
- Item 4.1.33 do Termo de Referência (Anexo I ao Edital de Seleção nº 002/2017).

b) Evidências

- AN0011 - FORMULÁRIOS, fls. 04/09;
- AN0014 – ESCALAS MÉDICAS, fls. 10/12.

c) Situação Encontrada

Primeiramente, cabe ressaltar que os relatórios de atendimentos médicos (Arquivo digital “AN0015 – RELATÓRIOS DE ATENDIMENTOS CTI”, fls. 01/112), apresentados em resposta ao item 1.b do TSID nº 01.099.2019 (Arquivo digital “AN0005 - TSID 001_099_2019”, fl. 02), não se prestaram a evidenciar que os quantitativos de intensivistas presentes atendia ao preconizado pela legislação em vigor, tendo em vista que não identificavam o turno em que era prestado o serviço, nem a qualidade (plantonista ou rotina) dos profissionais.

Dessa forma, o procedimento de auditoria adotado teve de ser mais simples e menos confiável, limitando-se ao contraste entre os quantitativos de profissionais indicados nas escalas médicas e o mínimo previsto pelos critérios adotados.

Mesmo diante das limitações impostas, porém, seguindo a aludida metodologia, observou-se, conforme indicado no Formulário nº 09B (Arquivo digital “AN0011 - FORMULÁRIOS”, fls. 06/07), que, no que diz respeito aos médicos diaristas que prestam atendimento no CTI Pediátrico, foi disponibilizado, em 15 dias (metade da amostra adotada), quantitativo de profissionais inferior ao exigido no art. 14, I e II, da RDC Anvisa nº 07/2010 (Arquivo digital “AN0025 - RESOLUÇÃO ANVISA Nº 07_10_MS”, fl. 04).

Destaque-se que, embora alguns dos dias que integraram a amostra aleatória refiram-se a sábados e domingos, a legislação que rege o tema não faz ressalva quanto à não obrigatoriedade de médicos diaristas/rotineiros escalados durante os feriados e fins de semana, restando clara a

imprescindível assistência ininterrupta desses profissionais aos pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

Nesse sentido, merece destaque a seguinte recomendação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira ao tratar dos médicos diaristas:

“Como a assistência aos pacientes submetidos ao tratamento intensivo é contínua, sete dias por sete dias na semana, trinta ou trinta e um dias por mês, o nosso entendimento é que é necessária a oferta destes serviços em todos os períodos.”²

Cabe também lembrar, quanto à contratação em questão, o estabelecido no Item 4.3.27 do Termo de Referência (Anexo I ao Edital de Seleção nº 002/2017), fixando à OSS contratada a obrigatoriedade de:

“Executar atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva com profissionais médicos habilitados ao atendimento do usuário crítico, em quantidades compatíveis com a RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010 – ANVISA, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI porte II, ou ainda outras de publicação mais recente que revoguem ou aperfeiçoem estas disposições.”

Por fim, urge também informar que foram solicitadas justificativas para as inconformidades observadas, por meio do item 3 do TSID nº 002.099.2019 (Arquivo digital “AN0006 – TSID 002_099_2019”, fls. 03/04), embora a administração do HEAT não tenha apresentado resposta.

d) Causas

- Deficiência na fiscalização, por parte da SES, da execução do Contrato de Gestão.
- Não implementação de controle de frequência dos profissionais médicos por ponto biométrico.
- Ausência de requisitos que confirmam fidedignidade ao controle de frequência dos profissionais médicos implementado na unidade de saúde.

e) Efeitos

- Aumento do tempo de espera para atendimento na unidade de saúde.
- Prejuízo à qualidade do atendimento médico, devido à sobrecarga de atendimentos por médico em determinados períodos do plantão.

² Disponível em

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/dezembro/10/REVISADO_Duvidas_Frequent es__NOVEMBRO_-_2018_.pdf.

- Risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato de gestão: (i) garanta a disponibilidade para atendimento dos profissionais médicos plantonistas durante todo o período de todos os plantões; (ii) promova o imediato controle biométrico de entrada e saída dos médicos que trabalham na unidade de saúde, conforme previsto no contrato; (iii) disponibilize mensalmente a lista dos médicos que trabalharam na unidade e a respectiva carga horária no local próprio da página da Secretaria de Saúde na internet.

Instaurar o devido processo administrativo sancionatório contra a OSS para que, caso não justificadas as irregularidades evidenciadas no presente achado, sejam aplicadas as sanções previstas no Contrato de Gestão.

Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização específico sobre o cumprimento da carga horária dos profissionais médicos das unidades de saúde geridas por OSS, em que conste, no mínimo, procedimento para verificar se cada unidade mantém a disponibilidade do quantitativo mínimo de profissionais clínicos (socorristas) e pediatras previsto no respectivo Contrato de Gestão durante todos os períodos de todos os plantões, tendo em vista que os gastos com pessoal compõem a maior parte das despesas suportadas pelo Estado.

Recomendação

Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da oferta de serviços de saúde aos usuários.
- Mitigação do risco de dano ao erário por inexecução parcial do contrato de gestão.
- Aumento da expectativa de controle por parte dos gestores das unidades de saúde estaduais.

ACHADO 4: Ausência de licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico na unidade de saúde.

a) Critério

- Portaria do Ministério da Saúde MS/SVS n.º 453 de 01/06/98 – Itens 3.4 e 3.6.

b) Evidências

- AN0016 – REQUERIMENTO LICENÇA RADIOLOGIA, fl. 01.

c) Situação Encontrada

Verificou-se que a unidade de saúde não possuía licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico.

Destaque-se que, em resposta ao item 5.a do TSID nº 001 (Arquivo Digital: “AN0005 - TSID 001_099_2019”, fls. 03/04) a Administração do HEAT alegou que possuía a aludida documentação (Arquivo Digital: “AN0012 – JUSTIFICATIVAS”, fl. 02).

Em que pese o exposto, foi apresentado como prova apenas o requerimento para a obtenção da licença junto ao órgão competente (Arquivo Digital: “AN0016 – REQUERIMENTO LICENÇA RADIOLOGIA”, fl. 01), de forma que, ao tempo da inspeção, a unidade se encontrava irregular, configurando, portanto, achado de auditoria.

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Possível inadequação da instalação da Raio-X da Unidade de Saúde.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Providenciar a licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico.



g) Benefício da proposta

- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

ACHADO 5: Ausência de Certificado de Aprovação emitido pelo Corpo de Bombeiros para a unidade de saúde.

a) Critério

- Decreto Nº 897, de 21 de setembro de 1976 – Art. 5º e 9º.

b) Evidências

- AN0017 – REQUERIMENTO CA, fl. 01.

c) Situação Encontrada

Verificou-se que a unidade de saúde não possuía Certificado de Aprovação – CA emitido pelo CBMERJ.

Destaque-se que, em resposta ao item 5.c do TSID nº 001 (Arquivo Digital: “AN0005 - TSID 001_099_2019”, fls. 03/04) a Administração do HEAT alegou que possuía a aludida documentação (Arquivo Digital: “AN0012 – JUSTIFICATIVAS”, fl. 02).

Em que pese o exposto, foi apresentado como prova apenas o requerimento para a obtenção da licença junto ao órgão competente (Arquivo Digital: “AN0017 – REQUERIMENTO CA”, fl. 01), de forma que, ao tempo da inspeção, a unidade se encontrava irregular, configurando, portanto, achado de auditoria.

d) Causas

- Não identificada.

e) Efeitos

- Potencial risco de incêndio na unidade de saúde.

f) Propostas de Encaminhamento

Determinação

Providenciar o Certificado de Aprovação (CA) da unidade junto ao CBMERJ.

g) Benefício da proposta

- Melhoria da segurança da unidade de saúde.

3. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Pelo exposto, sugere-se ao Egrégio Plenário a adoção das seguintes medidas:

3.1. COMUNICAÇÃO - Secretário de Estado de Saúde

Fundamentação: §1º do artigo 6º da Deliberação TCE/RJ nº 204/96
Responsável: Secretário de Estado de Saúde

3.1.1. Para cumprimento das seguintes DETERMINAÇÕES:

- 3.1.1.1. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que promova a adequação do número de equipamentos médicos disponíveis por ambiente da unidade de saúde, ao preconizado pelo Ministério da Saúde, inclusive repassando recursos de investimento contratuais, se for o caso, sob pena de aplicação das sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 1)
- 3.1.1.2. Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização das Unidades de Saúde Estaduais em que conste, no mínimo, a verificação periódica das questões de auditoria do presente relatório. (Achado 1)
- 3.1.1.3. Inventariar e incorporar os bens das unidades de saúde geridas por Organizações Sociais ao sistema de patrimônio do Estado, incluindo identificação física nos bens. (Achado 2)
- 3.1.1.4. Estabelecer formalmente um Plano de Fiscalização específico sobre o cumprimento da carga horária dos profissionais médicos das unidades de saúde geridas por OSS, em que conste, no mínimo, procedimento para verificar se cada unidade mantém a disponibilidade do quantitativo mínimo de profissionais clínicos (socorristas) e pediatras previsto no respectivo Contrato de Gestão durante todos os períodos de todos os plantões, tendo em vista que os gastos com pessoal compõem a maior parte das despesas suportadas pelo Estado. (Achado 3)
- 3.1.1.5. Instaurar o devido processo administrativo sancionatório contra a OSS para que, caso não justificadas as irregularidades evidenciadas no presente achado, sejam aplicadas as sanções previstas no Contrato de Gestão. (Achado 3)

- 3.1.1.6. Notificar a Organização Social, por meio de procedimento administrativo formal, para que, sob pena de aplicação das sanções previstas no contrato de gestão: (i) garanta a disponibilidade para atendimento dos profissionais médicos plantonistas durante todo o período de todos os plantões; (ii) promova o imediato controle biométrico de entrada e saída dos médicos que trabalham na unidade de saúde, conforme previsto no contrato; (iii) disponibilize mensalmente a lista dos médicos que trabalharam na unidade e a respectiva carga horária no local próprio da página da Secretaria de Saúde na internet. (Achado 3)
- 3.1.1.7. Providenciar a licença da autoridade sanitária local para prestação de serviço radiológico. (Achado 4)
- 3.1.1.8. Providenciar o Certificado de Aprovação (CA) da unidade junto ao CBMERJ. (Achado 5)

3.1.2. Para que observe as seguintes RECOMENDAÇÕES:

- 3.1.2.1. Expedir ato regulamentando, no mínimo, a periodicidade em que acontecerão as fiscalizações das unidades de saúde geridas por OSS com a incorporação dos novos procedimentos determinados por este Tribunal. (Achado 1, Achado 3)

3ªCAE, 09/10/2019

GLAUCIO FERREIRA BARROS
Matrícula 02/3440

RAFAEL GOULART CERRONE
Assistente
Matrícula 02/004300



Senhor Coordenador-Geral,

Após revisão do presente Relatório de Auditoria Governamental, nos termos previstos pelos artigos 7º e 8º, da Portaria SGE n.º 05, de 28/05/2019, ratifico a proposta de encaminhamento apresentada.

3ªCAE, 09/10/2019

ALESSANDRO FRANCISCO S. DE OLIVEIRA
Assessor
Matrícula 02/2758

Senhor Subsecretário da SUE,

O presente Relatório de Auditoria Governamental foi por mim SUPERVISIONADO, conforme as disposições contidas nos artigos 4º e 5º, da Portaria SGE n.º 05, de 28/05/2019, estando APROVADO e em condições de prosseguimento.

3ªCAE, 09/10/2019

FLAVIO AUGUSTO DE OLIVEIRA CORREIA
Coordenador-Geral
Matrícula 02/004332

Ao NDG, em prosseguimento.

SUE, 09/10/2019

JORGE EDUARDO SALGADO SALLES
Subsecretário-Adjunto
Matrícula 02/003691

ILMO (A). SR. (A) PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERNA DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS - CICP.

Chamamento Público nº 006/2019

Processo Administrativo nº 201900010038452

ABEAS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, já qualificada nos autos do processo supra, por seu advogado que esta subscreve, vem, perante Vossa Senhoria, apresentar **RECURSO ADMINISTRATIVO** em face da decisão da Comissão Interna de Chamamento Público da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, que **HABILITOU O INSTITUTO DOS LAGOS - RIO**, por meio da Ata de abertura de sessão pública do chamamento supracitado, cujos fatos e fundamentos, seguem adiante.

DA TEMPESTIVIDADE DO RECURSO:

Verifica-se que no dia 10 de janeiro de 2020, ocorreu a publicação da Ata de Abertura de Sessão Pública. Tendo em vista que o prazo recursal previsto no item 7.4 do Edital de Chamamento 006/2019 é de 02 (dois) dias úteis após a publicação do Informativo de Resultado Preliminar, que ocorrerá no site da SES/GO, a contagem final dar-se-á no dia 14 de janeiro de 2020. Tempestivo, portanto, tempestivo o presente recurso.

1. DOS FATOS E FUNDAMENTOS:

A Comissão Interna de Chamamento Público da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás decidiu pela **HABILITAÇÃO DO INSTITUTO LAGOS – RIO**, rebatendo os apontamentos realizados na sessão de abertura do chamamento público supracitado.

Ocorre que, com a devida vênia à Comissão Interna de Chamamento Público da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – CICIP/GAB/SESGO, merece reforma, vez que o Recorrido não cumpriu com os requisitos constantes da alínea “c” do inciso II do artigo 2º da Lei 15.503/2005, senão vejamos:

Preleciona o item j.5 do Edital de Chamamento 006/2019:

j.5) Declaração de Conhecimento/Cumprimento da Lei Estadual nº 15.503/2005;

De igual forma, dispõe a alínea “c” do inciso II do parágrafo 2º da Lei 15.503/2005:

c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composições e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei, bem assim, como órgão de fiscalização, um conselho fiscal, com as atribuições e composição previstas na Seção III desta Lei; grifo nosso

...

Pois bem,

Extrai-se dos Estatutos Sociais apresentados pelo Recorrido, em especial nas páginas 32 a 35, que, o Recorrido possui mais de um conselho de administração, prática esta que é vedada pela alínea “c” do inciso II do parágrafo 2º da Lei 15.503/2005.

Há de ser verificado, por esta Douta Comissão, que há previsão expressa na alínea “c” do inciso II do parágrafo 2º da Lei 15.503/2005, de que existe vedação quanto à existência de mais de um conselho de administração, pois a vontade do legislador foi a de limitar a existência de vários conselhos de administração, até mesmo para evitar subordinações e conflitos em órgãos de tamanha envergadura na composição de uma Organização Social.

O artigo 28 do Estatuto Social do Recorrido prevê:

Art. 28. O Conselho de Administração é o órgão de deliberação superior, com função normativa e fiscalizadora, e exerce a coordenação, o controle e a avaliação do Instituto.

De igual sorte, o artigo 29 do Estatuto Social do Recorrido dispõe:

Art. 29. Considerando que o Conselho de Administração deve ser estruturado respeitando-se os moldes previstos na Lei Federal nº 9.637/98, o Conselho do Instituto será estruturado da seguinte maneira:

a – 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público.

b – 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil.

c – até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados.

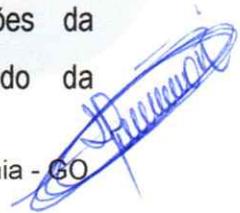
d – 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade mora.

e – 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos pelos empregados da entidade.

...

Já o Parágrafo Primeiro disciplina:

Parágrafo Primeiro: Em vista das possíveis variações da composição requerida pelos entes federativos, quando da



qualificação como Organização Social, o Instituto poderá criar um Conselho de Administração Regional, **sem prejuízo da composição prevista na Lei Federal**, para se adequar na seguinte proporção:

- I. Até 55% (cinquenta e cinco por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou associados;
- II. 35% (trinta e cinco por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- III. 10% (dez por cento) de membros eleitos pelos empregados da entidade.

Parágrafo Segundo: O Conselho de Administração Regional, com atuação específica em determinado local e, vinculado a determinado projeto, deverá obedecer a disposição instituída na legislação vigente no âmbito daquela localidade, inclusive em relação ao percentual de indicação de representação do Poder Público.

Parágrafo Terceiro: Havendo a criação do Conselho Regional, este terá as mesmas atribuições e obrigações previstas no art. 32, com atuação restrita e proporcional ao projeto do qual é vinculado e suas decisões serão **subordinadas ao Conselho principal, prevalecendo as determinações deste em detrimento do outro, no caso de conflito.**

De acordo com o Estatuto Social do Recorrido, é incontestável que este último, em sua composição, prevê mais de um Conselho de Administração, sendo um destes (arts. 28 e 29 do Estatuto Social) com composição diversa daquela prevista na alínea "c", do inciso II do artigo 2º e um Conselho de Administração Regional (parágrafo primeiro do art. 29), onde a composição obedece à composição determinada pelo inciso I do artigo 3º da Lei 15.503/2005.

A existência de mais de um Conselho de Administração, além de ser expressamente vedada pela alínea “c” do inciso II do artigo 2º da Lei 15.503/2005, traz conflito entre os dois Conselhos de Administração, senão vejamos:

A alínea “c”, do inciso II do artigo 2º da Lei 15.503/2005 determina que o Conselho de Administração da Organização Social dever ser órgão de deliberação superior.

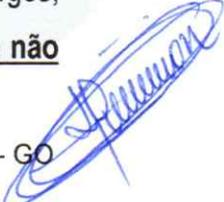
Nesse sentido, é latente que o Conselho de Administração Regional, cuja composição atende ao previsto no inciso I do artigo 3º da Lei 15.503/2005, previsto no Parágrafo Primeiro do Estatuto Social do Recorrido NÃO É ÓRGÃO DE DELIBERAÇÃO SUPERIOR, visto que este é subordinado ao Conselho de Administração previsto nos artigos 28 e 29 do referido Estatuto.

No mesmo sentido, conforme se extrai do Parágrafo Terceiro do artigo 29 do Estatuto Social, o Conselho de Administração Regional, repisa-se, cuja composição atende ao previsto no inciso I do artigo 3º da Lei 15.503/2005, tem suas decisões subordinadas ao Conselho principal, prevalecendo as determinações deste em detrimento ao outro, no caso de conflito.

Ademais, conforme se verifica das atividades privativas dos Conselhos de Administração, não estão previstas as seguintes atividades previstas no artigo 4º da Lei 15.503/2005, a seguir:

V – fixar a remuneração dos membros da diretoria, em valores compatíveis com os de mercado onde, no Estado de Goiás, atua a organização social, desde que não superiores ao teto estabelecido pelo art. 92, XII da Constituição Estadual;

VII – aprovar por maioria, no mínimo de 2/3 (dois terços) de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras, alienações, admissão de pessoal, bem como o plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados da entidade, que não



poderá ultrapassar o limite de 90% (noventa por cento) da maior remuneração paga aos membros da diretoria; grifo nosso.

É de bom alvitre ressaltar que o entendimento desta Douta Comissão de que o Recorrente atraiu a aplicação do § 2º do artigo 2º da Lei 15.503/2005, deve ser revista, senão vejamos:

Inicialmente, faz-se necessário ressaltar que o § 2º do artigo 2º da Lei 15.503/2005, atribui prerrogativa **para fins de qualificação como Organização Social**, àquela já qualificada perante a União, os demais Estados e o Distrito Federal, de reconhecida experiência, especialmente técnica, nas áreas de suas atuações, cuja qualificação dar-se-á igualmente por decreto do Chefe do Executivo. Grifo nosso.

Tal prerrogativa não é estendida ao processo de Chamamento Público, vez que certamente feriria ao princípio da isonomia, causando desequilíbrio entre os participantes, pois aqueles com prerrogativa no parágrafo 2º do artigo 2º da Lei 15.503/2005 teriam vantagem em relação aos demais concorrente, vez que não precisariam atender à situações específicas previstas na Lei 15.503/2005.

Ainda assim, faz-se necessário apontar que o Recorrido não apresenta reconhecida experiência, especialmente técnica, na medida em que, conforme comprovam os relatórios de auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – TCE-RJ, vem atuando com imperícia em, no mínimo, duas Unidades de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, vez que foram apresentados pelo órgão de controle externo inúmeras irregularidades (documentos anexos).

DO PEDIDO:

Ante o exposto, requer seja o presente recebido e processado na forma da lei, **com efeito suspensivo e devolutivo**, e, ao final que a Comissão Interna de Chamamento Público da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, reconsidere sua decisão com provimento ao recurso para determinar a **INABILITAÇÃO** do **INSTITUTO LAGOS - RIO**, tendo em vista o descumprimento das regras letais, bem como àquelas constantes no edital de chamamento



006/2019, em especial a alínea “c”, inciso II do artigo 2º e artigo 4º, incisos V e VII da Lei 15.503/2005.

Requer, ainda, caso não ocorra a reconsideração, faça este subir, devidamente informado, à autoridade superior, em conformidade com o § 4º, do art. 109, da Lei nº 8666/93, observando-se ainda o disposto no § 3º do mesmo artigo.

Pede deferimento.

Goiânia, Goiás, 14 de janeiro de 2020.


.p.p. Lacy Mariano de Araújo Júnior

OAB/GO 39.806