



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ FEDERAL DA
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO RIO DE JANEIRO

A **COMISSÃO DE SAÚDE** da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, CNPJ nº 30.449.862/0001-67, com sede no Edifício Lúcio Costa, Rua da Ajuda, 5, telefone (0xx21) 2588-1000, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP nº 20.040-000, endereço eletrônico comissaodesaude@alerj.rj.gov.br, apresentada por sua Presidente, Excelentíssima Senhora Deputada Martha Rocha, com domicílio funcional no mesmo endereço e idêntico endereço eletrônico, e por Procurador da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, com domicílio funcional e escritório profissional no mesmo endereço, além de idêntico endereço eletrônico, vem, respeitosamente, com fundamento nos preceitos insertos no art. 196 da Constituição da República, no 1º, *caput*, IV, e no art. 21, estes da Lei nº 7.347/1985 ajuizar **AÇÃO CIVIL PÚBLICA com requerimento de tutela antecipada de urgência**, em face da **UNIÃO FEDERAL**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 26.994.558/0001-23, a ser citada na pessoa do Excelentíssimo Senhor Doutor Procurador-Chefe da União, em obediência ao disposto no art. 35, IV, da Lei Complementar nº 73/1993, pelos fatos e fundamentos jurídicos que passa a expor.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

ISENÇÃO DE CUSTAS

Nos termos do art. 4º, *caput*, I, da Lei nº 9.289/1996, por ser órgão despersonalizado do Estado do Rio de Janeiro, há isenção de custas, as quais, de qualquer forma, não precisariam ser adiantadas por força do art. 18 da Lei nº 7.347/1985.

NATUREZA JURÍDICA DAS COMISSÕES PARLAMENTARES

A Constituição da República outorga às comissões parlamentares das Casas Legislativas significativa autonomia funcional a fim de que possam realizar suas funções principais, entre as quais buscarem garantir os direitos fundamentais concernentes às suas atribuições regimentais. Confira-se:

"Art. 58 O Congresso Nacional e suas Casas terão comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas no respectivo regimento ou no ato de que resultar sua criação.

.....
§ 2º Às comissões, em razão da matéria de sua competência, cabe:

I - discutir e votar projeto de lei que dispensar, na forma do regimento, a competência do Plenário, salvo se houver recurso de um décimo dos membros da Casa;

II - realizar audiências públicas com entidades da sociedade civil;

III - convocar Ministros de Estado para prestar informações sobre assuntos inerentes a suas atribuições;

IV - receber petições, reclamações, representações ou queixas de qualquer pessoa contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas;



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

V - solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão;

VI - apreciar programas de obras, planos nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento e sobre eles emitir parecer.

....."

Observe-se que, à luz do disposto no § 2º do art. 58 da Constituição da República, as atribuições das comissões parlamentares revelam significativa autonomia em face do plenário e dos órgãos administrativos da respectiva Casa Legislativa.

As normas da Constituição Federal foram reproduzidas na Constituição do Estado do Rio de Janeiro. Verifique-se:

"Art. 109 A Assembleia Legislativa terá comissões permanentes e temporárias, constituídas na forma e com as atribuições previstas nos respectivos Regimento ou ato legislativo de sua criação.

.....
§ 2º Às comissões, em relação a matéria de sua competência, além de outras atribuições previstas nesta Constituição, cabe:

I - discutir e votar projeto de lei que dispensar na forma do Regimento, a deliberação do plenário, salvo recurso de um décimo dos membros da Assembleia Legislativa;

II - realizar audiências públicas com entidades representativas da sociedade civil;

III - convocar, na forma do artigo 100 desta Constituição, Secretário de Estado ou Procurador-Geral para prestar informações sobre assuntos inerentes a atribuições de sua pasta;

IV - receber petições, reclamações, representações ou queixas contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas;



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

V - solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão;

VI - apreciar programas de obras, planos estaduais, regionais e setoriais de desenvolvimento e sobre eles emitir parecer.

....."

Na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, a
COMISSÃO DE SAÚDE tem as seguintes atribuições regimentais:

"Art. 25 Iniciados os trabalhos de cada sessão legislativa, a Mesa, dentro do prazo improrrogável de quinze dias, providenciará a organização das comissões permanentes.

Parágrafo único As comissões permanentes são:

.....
VIII - Comissão de Saúde;

.....
Art. 26 Compete às comissões permanentes:

I - discutir e votar projeto de lei que dispensar, na forma do Regimento, a deliberação do Plenário, salvo recurso de um décimo dos membros da Assembleia Legislativa;

II - realizar audiências públicas representativas da sociedade civil e convocar obrigatoriamente, na forma do § 2º do art. 43 deste Regimento, o "Fórum Permanente de Participação Popular no Processo Legislativo" para as reuniões que tenham por objetivo a apreciação de processo legislativo de sua iniciativa ou que haja sido distribuído;

III - convocar, na forma do art. 100 da Constituição Estadual, Secretário de Estado ou Procurador-Geral para prestar informações sobre assuntos inerentes a atribuições de sua pasta;

IV - receber petições, reclamações, representações ou queixas contra atos ou omissões das autoridades ou entidades públicas;



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

V - solicitar depoimento de qualquer autoridade ou cidadão;

VI - apreciar programas de obras, planos estaduais, regionais e setoriais de desenvolvimento, e sobre eles emitir parecer;

VII - converter, se considerar necessário, em diligência qualquer proposição, para comprovação ou juntada de requisitos legais.

.....
§ 8º À Comissão de Saúde compete se manifestar sobre todas as proposições relacionadas com a saúde pública, educação sanitária, atividades médicas e paramédicas, ação preventiva em geral, controle de drogas e medicamentos, exercício da medicina e profissões afins, e, ainda acompanhar os programas, projetos e ações governamentais na área de segurança alimentar.
....."

Da leitura conjunta dos dispositivos constitucionais e regimentais, decorre a atribuição da **COMISSÃO DE SAÚDE** - mesmo sendo órgão despersonalizado do Estado do Rio de Janeiro - de acompanhar, investigar e proteger todas as políticas que concernam a **saúde pública** no Estado do Rio de Janeiro.

SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL DIFUSO

Nos termos do art. 6º da Constituição da República, a saúde é um direito social, a qual, sendo dever do Poder Público, agora nos termos do art. 196 da Lei Maior, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

A qualidade de direito social outorga ao direito à saúde que seja reputado como direito fundamental. Os direitos fundamentais, de raiz inquestionavelmente histórica, estão irremediavelmente imbricados com o Estado moderno, evoluindo da garantia da liberdade, à busca da igualdade e à garantia da solidariedade. Nessa toada, a tradicional classificação dos direitos fundamentais em *gerações* vem sendo paulatinamente substituída pela identificação de suas *dimensões*, raciocínio que permite a coexistência, em vez da mera substituição, dos vários aspectos dos direitos fundamentais.

Não é difícil correlacionar a evolução do conceito de direito fundamental com as modificações histórico-políticas do Estado moderno e suas transformações quanto a seus limites e escopos jurídicos. Sobre o tema, demonstrando com invulgar proficiência o surgimento do Estado Social de Direito, o saudoso Professor Paulo Bonavides, *in* "O Estado Social e sua evolução rumo à democracia participativa", *Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie*, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010, p. 70, ensinou:

"É Estado social onde o Estado avulta menos e a Sociedade mais; onde a liberdade e a igualdade não se contradizem com a veemência do passado; onde as diligências do poder e do cidadão se convergem, por inteiro, para transladar ao campo de concretização de direitos, princípios e valores que fazem o Homem se acertar da possibilidade de ser verdadeiramente livre, igualitário e fraterno. A esse Estado pertence também a revolução constitucional do segundo Estado de



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

Direito, onde os direitos fundamentais conservam sempre o seu primado. Sua observância faz a legitimidade de todo o ordenamento jurídico."

Nos termos do Direito Constitucional contemporâneo, os direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde, não mais podem ser considerados normas programáticas, devendo ser vistos sob o ângulo da força normativa da Constituição como garantias do indivíduo e da coletividade.

Destarte, para além de reputar-se um direito individual, a saúde pública se qualifica como pertencente ao Povo, como generalidade indeterminável. Essa ampliação do conceito de direito à saúde a subtraiu, gradualmente, dos limites da tutela individual, conduzindo-a à seara do **direito difuso**, sem, evidentemente, impedir aquela tutela. Destarte, os direitos difusos são indetermináveis quanto à titularidade, não sendo juridicamente possível mensurá-los ou reparti-los.

Em síntese: não se pode negar que o direito fundamental à saúde é, conforme o comando insculpido no art. 81, parágrafo único, I, da Lei nº 8.078/1990, transindividual, de natureza indivisível, de que são titulares pessoas indeterminadas, ligadas meramente por circunstâncias fáticas, isto é, **direito difuso**.

ALARGAMENTO DA LEGITIMAÇÃO EXTRAORDINÁRIA

O art. 18 do vigente Código de Processo Civil tem a seguinte redação:



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

"Art. 18 Ninguém poderá pleitear direito alheio em nome próprio, salvo quando autorizado pelo **ordenamento jurídico**.

Parágrafo único Havendo substituição processual, o substituído poderá intervir como assistente litisconsorcial." (grifos acrescentados)

O art. 6º do Código de Processo Civil de 1973 - editado, portanto, na vigência do famigerado AI-5 - tinha a seguinte redação:

"Art. 6º Ninguém poderá pleitear, em nome próprio, direito alheio, salvo quando autorizado por **lei**." (grifos acrescentados)

É fácil observar-se que o Código de Processo Civil fruto da Constituição Cidadã de 1988 admite hipóteses de legitimação extraordinária muito mais amplas do que o revogado. Atualmente, não é somente a *lei*, mas o *ordenamento jurídico* que pode conferi-la. Torna-se, então, agora possível que se reconheça, com fundamento em princípios constitucionais, a legitimação extraordinária nas hipóteses em que ela se torne a via mais segura para a proteção judicial de direitos fundamentais, como é o direito difuso à saúde.

A questão decorre, em verdade, da necessidade de superação da clássica dualidade entre legitimação ordinária e legitimação extraordinária. Nessa senda, deve-se a Nelson Nery Junior, a apresentação à doutrina jurídica de teoria que permite alargarem-se os limites da legitimação processual, à luz da moderna predominância dos princípios.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

Defende-se, assim, com esteio na doutrina alemã, *selbständige Prozessführungsbefugnis*, haver uma "legitimação autônoma para a condução do processo". A expressão autonomia assume uma conotação de desligar, desunir a legitimidade processual da titularidade do direito material objeto do processo. Isso porque, percebeu-o, como sempre muito bem, Rodolfo de Camargo Mancuso, o critério de que o direito se utiliza para atribuir legitimidade para propositura de ações coletivas, ao contrário do que acontece com as ações individuais, não está baseado na titularidade do direito material invocado, mas na possibilidade de o autor coletivo se tornar o adequado portador dos interesses da comunidade. Vale dizer, deve-se aferir a sua aptidão, a sua idoneidade social para ser considerado como o representante adequado para a defesa judicial dos direitos superindividuais. É importante, pois, observar a inconsistência pragmática de operar, em tela de ações coletivas, com a clássica dicotomia do direito processual ortodoxo que classifica a legitimidade processual em ordinária e extraordinária, como de resto com muitos dos institutos do direito processual individual. Com efeito, não há como negar haver manifesta dissociação entre o titular do direito superindividual e o legitimado processual a defendê-lo em juízo através da ação coletiva.

Em conclusão, sobre a necessidade de ampliação do acesso à Justiça, Mauro Capeletti e Bryan Garth, *in* "Acesso à Justiça", Porto Alegre: Fabris, 1988, p. 31 e seguintes, pontificaram:

"O recente despertar de interesse em torno do acesso efetivo à Justiça levou a três posições básicas, pelo



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

menos nos países do mundo Ocidental. Tendo início em 1965, estes posicionamentos emergiram mais ou menos em sequência cronológica. Podemos afirmar que a primeira solução para o acesso - a primeira 'onda' desse movimento novo - foi a assistência judiciária; a segunda dizia respeito às reformas tendentes a proporcionar representação jurídica para os interesses 'difusos', especialmente nas áreas da proteção ambiental e do consumidor; e o terceiro - e mais recente - é o que nos propomos a chamar simplesmente 'ênfase de acesso à justiça' porque inclui os posicionamentos anteriores, mas vai muito além deles, representando, dessa forma, uma tentativa de atacar as barreiras ao acesso de modo mais articulado e compreensivo.

(...)

O segundo grande movimento no esforço de melhorar o acesso à

justiça enfrentou o problema da representação dos interesses difusos, assim chamados os interesses coletivos ou grupais, diversos daqueles dos pobres. Nos Estados Unidos, onde esse mais novo movimento de reforma é ainda provavelmente mais avançado, as modificações acompanharam o grande quinquênio de preocupações e providências na área da assistência jurídica (1965-1970).

Centrando seu foco de preocupação especificamente nos interesses difusos, esta segunda onda de reformas forçou a reflexão sobre noções tradicionais muito básicas do processo civil e sobre o papel dos tribunais. Sem dúvida, uma verdadeira 'revolução' está-se desenvolvendo dentro do processo civil. Vamos examiná-la brevemente antes de descrever com mais detalhes as principais soluções que emergiram.

A concepção tradicional do processo civil não deixava espaço para a proteção dos direitos difusos. O processo era visto apenas como um assunto entre duas partes, que se destinava à solução de uma controvérsia



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

entre essas mesmas partes a respeito de seus próprios interesses individuais. Direitos que pertencessem a um grupo, ao público em geral ou a um segmento do público não se enquadravam bem nesse esquema. As regras determinantes da legitimidade, as normas de procedimento e a atuação dos juízes não eram destinadas a facilitar as demandas por interesses difusos intentadas por particulares.

As reformas discutidas a seguir são a prova e os resultados das rápidas mudanças que caracterizaram essa fase. Verifica-se um grande movimento mundial em direção ao que o Professor Chayes denominou litígios de 'direito público' em virtude de sua vinculação com assuntos importantes de política pública que envolvem grandes grupos de pessoas. Em primeiro lugar, com relação à legitimação ativa, as reformas legislativas e importantes decisões dos tribunais estão cada vez mais permitindo que indivíduos ou grupos atuem em representação dos interesses difusos.

Em segundo lugar, a proteção de tais interesses tornou necessária uma transformação do papel do juiz e de conceitos básicos como a 'citação' e o 'direito de ser ouvido'. Uma vez que nem todos os titulares de um direito difuso podem comparecer a juízo — por exemplo, todos os interessados na manutenção da qualidade do ar, numa determinada região — é preciso que haja um 'representante adequado' para agir em benefício da coletividade, mesmo que os membros dela não sejam 'citados' individualmente. Da mesma forma, para ser efetiva, a decisão deve obrigar a todos os membros do grupo, ainda que nem todos tenham tido a oportunidade de ser ouvidos. Dessa maneira, outra noção tradicional, a da coisa julgada, precisa ser modificada, de modo a permitir a proteção judicial efetiva dos interesses difusos. A criação norte-americana da class action, abordada a seguir, permite que, em certas circunstâncias, uma ação vincule os



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

membros ausentes de determinada classe, a despeito do fato de eles não terem tido qualquer informação prévia sobre o processo. Isso demonstra as dimensões surpreendentes dessa mudança no processo civil. A visão individualista do devido processo judicial está cedendo lugar rapidamente, ou melhor, está se fundindo com uma concepção social, coletiva. Apenas tal transformação pode assegurar a realização dos "direitos públicos" relativos a interesses difusos.

(...)

O progresso na obtenção de reformas da assistência jurídica e da busca de mecanismos para a representação de interesses "públicos" é essencial para proporcionar um significativo acesso à justiça. Essas reformas serão bem sucedidas — e, em parte, já o foram — no objetivo de alcançar proteção judicial para interesses que por muito tempo foram deixados ao desabrigo. Os programas de assistência judiciária estão finalmente tornando disponíveis advogados para muitos dos que não podem custear seus serviços e estão cada vez mais tornando as pessoas conscientes de seus direitos. Tem havido progressos no sentido da reivindicação dos direitos, tanto tradicionais quanto novos, dos menos privilegiados. Um outro passo, também de importância capital, foi a criação de mecanismos para representar os interesses difusos não apenas dos pobres, mas também dos consumidores, preservacionistas e do público em geral, na reivindicação agressiva de seus novos direitos sociais.

O fato de reconhecermos a importância dessas reformas não deve impedir-nos de enxergar os seus limites. Sua preocupação é basicamente encontrar representação efetiva para interesses antes não representados ou mal representados. O novo enfoque de acesso à Justiça, no entanto, tem alcance muito mais amplo. Essa 'terceira onda' de reforma inclui a advocacia, judicial ou extrajudicial, seja por meio de advogados particulares ou públicos, mas vai além, Ela



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

centra sua atenção no conjunto geral de instituições e mecanismos, pessoas e procedimentos utilizados para processar e mesmo prevenir disputas nas sociedades modernas. Nós o denominamos ‘o enfoque do acesso à Justiça’ por sua abrangência. Seu método não consiste em abandonar as técnicas das duas primeiras ondas de reforma, mas em tratá-las como apenas algumas de uma série de possibilidades para melhorar o acesso.

(...)

A representação judicial — tanto de indivíduos, quanto de interesses difusos — não se mostrou suficiente, por si só, para tornar essas mudanças de regras ‘vantagens tangíveis’ ao nível prático. Tal como reconhecido pelo Brent Community Law Center de Londres, ‘o problema de ... execução das leis que se destinam a proteger e beneficiar as camadas menos afortunadas da sociedade é geral’. Não é possível, nem desejável resolver tais problemas com advogados apenas, isto é, com uma representação judicial aperfeiçoada. Entre outras coisas, nós aprendemos, agora, que esses novos direitos frequentemente exigem novos mecanismos procedimentais que os tornem exequíveis. Como afirma Jacob: ‘São as regras de procedimento que insuflam vida nos direitos substantivos, são elas que os ativam, para torná-los efetivos. Cada vez mais se reconhece que, embora não possamos negligenciar as virtudes da representação judicial, o movimento de acesso à Justiça exige uma abordagem muito mais compreensiva da reforma.

Poder-se-ia dizer que a enorme demanda latente por métodos que tornem os novos direitos efetivos forçou uma nova meditação sobre o sistema de suprimento — o sistema judiciário.

(...)

Ademais, esse enfoque reconhece a necessidade de correlacionar e adaptar o processo civil ao tipo de litígio. Existem muitas características que podem



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

distinguir um litígio de outro. Conforme o caso, diferentes barreiras ao acesso podem ser mais evidentes, e diferentes soluções, eficientes. Os litígios por exemplo diferem em sua complexidade. E geralmente mais fácil e menos custoso resolver uma questão simples de não-pagamento, por exemplo, do que comprovar uma fraude. Os litígios também diferem muito em relação ao montante da controvérsia, o que frequentemente determina quanto os indivíduos (ou a sociedade) despendirão para solucioná-los. Alguns problemas serão mais bem "resolvidos" se as partes simplesmente se "evitarem" uma à outra. A importância social aparente de certos tipos de requerimentos também será determinante para que sejam alocados recursos para sua solução. Além disso, algumas causas, por sua natureza, exigem solução rápida, enquanto outras podem admitir longas deliberações.

Tal como foi enfatizado pelos modernos sociólogos, as partes que tendem a se envolver em determinado tipo de litígio também devem ser levadas em consideração.

(...)

Por fim, é preciso enfatizar que as disputas têm repercussões coletivas tanto quanto individuais. Embora obviamente relacionados, é importante, do ponto de vista conceitual e prático, distinguir os tipos de repercussão, porque as dimensões coletiva e individual podem ser atingidas por medidas diferentes.

(...)

Mecanismos tais como os que já discutimos para a proteção dos interesses difusos são especialmente apropriados para a abordagem desses problemas. Alguns mecanismos, tais como a "class action", podem ser utilizados tanto para dar amparo aos indivíduos, quanto para impor os direitos coletivos duma classe. Muitos e importantes remédios, no entanto, tendem a servir apenas a uma ou outra das funções.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

É necessário, em suma, verificar o papel e importância dos diversos fatores e barreiras envolvidos, de modo a desenvolver instituições efetivas para enfrentá-los. O enfoque de acesso à Justiça pretende levar em conta todos esses fatores. Há um crescente reconhecimento da utilidade e mesmo da necessidade de tal enfoque no mundo atual."

LEGITIMAÇÃO EXTRAORDINÁRIA DA AUTORA

A Lei nº 4.717/1965, a Lei nº 7.347/1985 e a Lei nº 8.078/1990 - além, evidentemente, da Lei nº 8.429/1992, posto que esta seja estranha à questão ora posta sob a elevada apreciação desse Meritíssimo Juízo Federal - compõem o microsistema brasileiro de tutela dos direitos difusos.

Carlos Alberto de Salles, *in* "Duas faces da proteção judicial dos direitos sociais no Brasil", As grandes transformações do processo civil brasileiro: homenagem ao professor Kazuo Watanabe. São Paulo: Quartier Latin, 2009. p. 803, pontificou:

"A sistemática brasileira de processos coletivos está integralmente assentada sobre uma distinção estrutural entre direitos designados por difusos, coletivos e individuais homogêneos. Essas categorias servem de base para toda a disciplina processual das ações coletivas, condicionando diretamente o regime da legitimidade para agir e a abrangência da coisa julgada."

A sociedade contemporânea apresenta pendengas massificadas, as quais jamais serão solucionadas de modo efetivo com os institutos tradicionais - talvez, para esses conflitos, *anacrônico* seria melhor adjetivo... - do processo individual. É, pois,



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

necessário perseguirem-se institutos que os possam resolver e, nesse contexto, surgiram as ações coletivas. Esse microsistema de tutela de direitos difusos - essencial à moderna sociedade brasileira - só pode funcionar adequadamente quando as regras veiculadas em cada uma das suprarreferidas Leis se interpenetram e permitem a solidificação de sua proteção judicial. Interpretação de cada uma dessas Leis demasiadamente apegada à tradição conduziria à impossibilidade de reconhecerem-se casos de prescrição na ação civil pública e restringiria suas hipóteses de legitimação à literalidade do *caput* do art. 5º da Lei nº 7.347/1985.

Dessa forma, por força da combinação do art. 5º, *caput*, III, e art. 21, ambos da Lei nº 7.347/1985 com o art. 82, *caput*, III, da Lei nº 8.078/1990, é possível concluir-se que a **COMISSÃO DE SAÚDE**, órgão despersonalizado do Estado do Rio de Janeiro, tem legitimidade para a provocação do Poder Judiciário com o fim de ver protegido o direito fundamental difuso à saúde por meio de ação civil pública.

FATOS

A rede federal de hospitais localizada no Rio de Janeiro é a maior do Brasil, com papel estratégico assistencial, no âmbito do Sistema Único de Saúde, tanto no Estado quanto no País. Contudo, vem sofrendo ao longo do tempo, sistemático sucateamento e, a rigor, *desfinanciamento*, que afetam as estruturas, chegando a ocorrerem incêndios, como o recente, no Hospital Federal de Bonsucesso. Somam-se a esse quadro caótico intervenções éticas,



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

como a que se encontra em curso na emergência do Hospital Federal do Andaraí.

A rede hospitalar federal é composta pelas seguintes unidades hospitalares e institutos especializados: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal de Jacarepaguá Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO).

O funcionamento dos Hospitais Federais tem sido prejudicado pelo déficit crônico de força de trabalho em saúde, bem como pela falta de insumos e materiais indispensáveis. O quadro funcional têm sido preenchido **parcialmente** apenas por meio dos assim chamados *contratos temporários da União*. Atualmente, enfrenta-se déficit de mais de **dez mil** trabalhadores nas diversas área de atenção à Saúde.

No Relatório de Gestão de 2018 do Ministério da Saúde da Demandada, disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf, lê-se:

“Em 2018, a força de trabalho apresentou uma redução em torno de 10% em relação ao exercício de 2016. Essa diminuição foi resultado, principalmente, de aposentadorias e pensões.”



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

Na época, 2018, havia 22.613 Servidores ativos estatutários no Ministério da Saúde da Demandada. Em 2021, havia 18.894 Servidores ativos no Ministério da Saúde da Demandada, segundo seu Relatório de Gestão disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/relatorio_gestao_2021.pdf. Em outubro de 2021, quinze por cento desses Servidores já podiam aposentar-se.

Esse quantitativo demonstra a diminuição de cerca de quatro mil Servidores entre 2018 e 2021, sendo certo que a maior parte eram lotados no Rio de Janeiro, onde há a maior rede hospitalar federal do Brasil. Por outro lado, em 2018, havia 3.920 contratos temporários no Rio de Janeiro e, em 2021, eram apenas 3.550. Destarte, apesar das inúmeras aposentadorias, não ocorreu nenhum acréscimo no número de contratos temporários.

Considerando a Enfermagem - maior categoria profissional da Saúde - verificou a autarquia COREN-RJ, baseando-se em suas criteriosas e sucessivas fiscalizações, em março de 2021, que a rede hospitalar federal possuía um déficit estrutural de mais de seis centenas enfermeiros e mais de meio milhão de técnicos e auxiliares de enfermagem para atuação nos pré-falados Hospitais. Neste mês, estima-se tal déficit em mais de setecentos enfermeiros e mais de oitocentos técnicos e auxiliares. Estes fatores, somados à diminuição da força de trabalho de outras categorias e previsão de aposentadoria de milhares de servidores, implicaram o fechamento de leitos, que poderá ser agravado com as próximas jubilações.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

Por outro lado, o mesmo estudo aponta que existem, hoje, além dos leitos desativados definitivamente, outros seiscentos que estão ociosos, exclusivamente em virtude da falta de profissionais de saúde para prestarem a assistência adequada.

Praticamente confessando essa trágica situação, a Demandada, através de seu Ministério da Saúde e este por meio do EDITAL nº 6/22 - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE (disponível em https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/concursos/edital_retificado_2.pdf) selecionou cerca de quatro mil profissionais de saúde de diversas categorias para suprir o déficit.

Entretanto, o prejuízo assistencial pode ser agravado pelo encerramento, a partir de 1º de dezembro de 2022, de dois mil quinhentos e oitenta e três contratos temporários de profissionais das mais diversas categorias. Sobre o tema, a Demandada, por meio por meio do erudito Parecer nº 852/2022 de sua douta Advocacia-Geral da União, afirmou que esses contratos temporários só poderiam ser prorrogados por Medida Provisória, cujo texto inda aguarda apreciação da Casa Civil da Presidência da República.

Neste momento, esses Trabalhadores da Saúde sofrem com incertezas em relação à prorrogação ou renovação de seus contratos temporários. Soma-se a isso o fato de o Ministério da Saúde da ora Demandada não ter adotado nenhuma medida que seja capaz de suprir tal déficit.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

DIREITO

Os fatos acima narrados demonstram, a mais não poder, que os contratos temporários a serem encerrados em 1º de dezembro de 2022 devem ser prorrogados em defesa do direito fundamental à Saúde.

Desde já, pode-se imaginar que a Demandada, por sua douda Advocacia-Geral da União, sustentará a impossibilidade jurídica de prorrogação **jurisdicional** de contratos temporários, alegando violação ao Princípio da Separação de Poderes, inscrito no art. 2º da Constituição da República. Entretanto, o tema foi **completamente superado** pelo egrégio Plenário do colendo Supremo Tribunal Federal.

Demonstrando a impertinência do argumento que ora se imagina, a Lei nº 13.979/2020, cuja vigência **inicial** - nos termos de seu art. 8º combinado com o art. 1º do célebre Decreto Legislativo nº 6/2020 - terminaria em 31 de dezembro de 2020, foi **jurisdicionalmente** estendida em virtude de respeitável Decisão liminar, proferida em 30 de dezembro de 2020 pelo Excelentíssimo Senhor Ministro Ricardo Lewandowski e **referendada** por expressiva maioria - vencido, apenas, o Excelentíssimo Senhor Ministro Marco Aurélio - do colendo **Plenário** do egrégio Supremo Tribunal Federal, na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.625-DF. O venerando Acórdão decorrente do julgamento da Medida Cautelar foi publicado em 12 de abril de 2021.



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

Considerando-se tal precedente jurisprudencial - do egrégio Plenário do colendo Supremo Tribunal Federal -, é juridicamente possível prorrogar-se a vigência dos pré-falados contratos temporários até 1º de dezembro de **2023**, permitindo-se que a Demandada, por meio de seu Ministério da Saúde, faça cessar os riscos acima descritos.

PROVAS

Além dos hipertextos da rede mundial de computadores, que veiculam documentos elaborados pela Demandada e seus órgãos, juntam-se:

- a) o suprarreferido erudito Parecer nº 852/2022 da douta Advocacia-Geral da União;
- b) o criterioso Relatório, elaborado em 11 de novembro de 2022, do Sindicato dos Trabalhadores Federais em Seguridade e Seguro Social no Estado do Rio de Janeiro;
- c) o venerando Acórdão TCU nº 869/2022, o qual, em decorrência de auditoria operacional em um dos hospitais federais no Rio de Janeiro, constatou a situação catastrófica ora descrita, à qual estão submetidas, lamentavelmente, todos os demais Hospitais federais no Ri de Janeiro.

VALOR DA CAUSA

Considerando ser inestimável os direitos fundamentais à vida e à saúde, aponta-se, exclusivamente a fim de cumprir-se o inciso V



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

do *caput* do art. 319 do Código de Processo Civil, o valor **simbólico** de mil reais como valor da causa.

TUTELA ANTECIPADA DE URGÊNCIA

Estão presentes os requisitos para a concessão de tutela antecipada de urgência, esta consistente em, **jurisdicionalmente**, prorrogar-se por um ano a vigência de todos os contratos temporários de trabalho mantidos pela Demandada nos Hospitais federais do Rio de Janeiro.

O requisito de *fumus boni juris* decorre dos fundamentos constitucionais e legais acima sustentados.

O requisito de *periculum in mora* decorre da situação de colapso acima demonstrada: torna-se, então, urgente providência jurisdicional do Poder Judiciário Federal a fim de assegurar-se a manutenção desses contratos da Demandada, garantindo o direito constitucional à Saúde da população do Estado do Rio de Janeiro. Reafirme-se: caso não haja intervenção imediata e urgente, **os serviços das referidas unidades pararão**, causando irremediável desassistência à população do Estado do Rio de Janeiro.

CONCILIAÇÃO OU MEDIAÇÃO

A Demandante, imbuída que está do exclusivo propósito de, pelo menos, reduzir os malefícios do quadro dantesco acima demonstrado, aceita qualquer providência extraprocessual que



Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PROCURADORIA-GERAL

apresse a solução da tragédia ora documentada, pondo-se à disposição para mediação ou conciliação.

REQUERIMENTOS E PEDIDO

Pelo exposto, pedem-se:

- a) a concessão de tutela antecipada de urgência, esta consistente em, **jurisdicionalmente**, prorrogar-se por um ano a vigência de todos os contratos temporários de trabalho mantidos pela Demandada nos Hospitais federais do Rio de Janeiro.
- b) a citação da Demandada na pessoa do Excelentíssimo Senhor Doutor Procurador-Chefe da União, em obediência ao disposto no art. 35, IV, da Lei Complementar n° 73/1993;
- c) a intimação do douto Ministério Público Federal;
- d) ao final, a manutenção, por ordem jurisdicional, até 1° de dezembro de **2023**, de todos os contratos temporários de trabalho mantidos pela Demandada nos Hospitais federais do Rio de Janeiro, com fundamento no venerando Acórdão do egrégio Plenário do colendo Supremo Tribunal Federal proferido em virtude do julgamento da Medida Cautelar da Ação Direta de Inconstitucionalidade n° 6.625-DF

Edifício Lúcio Costa, 29 de novembro de 2022.

RODRIGO LOPES LOURENÇO
Procurador da Assembleia Legislativa
mat. n° 201.646-7 OAB/RJ n° 72.586



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ASSUNTOS DISCIPLINARES E DE PESSOAL

PARECER n. 00852/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.132592/2022-72

INTERESSADOS: DGH - DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E OUTROS

ASSUNTOS: CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

EMENTA: CONSULTA. DIREITO ADMINISTRATIVO. CONTRATO TEMPORÁRIO DA UNIÃO. LEI Nº 8.745, DE 1993. INVIABILIDADE JURÍDICA DE PRORROGAÇÃO DOS CONTRATOS TEMPORÁRIOS REFERENTES AO EDITAL Nº 14, DE 27/08/2020, COM BASE NA PORTARIA Nº 11.259, DE 05/05/2020. NECESSIDADE DE EDIÇÃO DE NOVA PORTARIA AUTORIZADORA.

1. RELATÓRIO

1. Trata-se do DESPACHO n. 04273/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 19/10/2022, oriundo da Coordenação-Geral de Análise Jurídica de Licitações, Contratos e Instrumentos Congêneres, por meio do qual redistribuiu a demanda a esta Coordenação-Geral de Assuntos Disciplinares e de Pessoal, para análise e manifestação (SAPIENS: seq. 10).

2. Na origem, verifica-se que esta Consultoria Jurídica foi instada a se manifestar sobre indagações feitas pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos, acerca da possibilidade/viabilidade jurídica de prorrogação de contratos temporários da União (SEI: 0029821894).

3. A partir dos documentos acostados aos autos, é possível compreender que a Portaria nº 11.259, de 05/05/2020, editada pelo Secretário Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia em conjunto com o Ministro de Estado da Saúde, autorizou a contratação por tempo determinado do quantitativo máximo de 4.117 (quatro mil, cento e dezessete) profissionais, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público na forma do inciso I do art. 2º da Lei nº 8.745, de 1993 (art. 1º) (SEI: 0029755892).

4. À época, a necessidade da contratação temporária foi justificada na NOTA TÉCNICA Nº 2/2020-RJ/DIGAD/RJ/SEMS/SE/MS, de 04/02/2020 (SEI: 0029755520).

5. Com efeito, foi publicado pela Subsecretaria de Assuntos Administrativos o Edital nº 14, de 27/08/2020, tornando pública a realização do Processo Seletivo Simplificado (SEI: 0029755753). Tal seleção pode ser melhor analisada no NUP 25001.002080/2020-19.

6. Ocorre que, não obstante efetivadas as contratações pretendidas, os hospitais e institutos federais localizados no Rio de Janeiro continuam enfrentando dificuldades na prestação dos serviços em razão da insuficiente quantidade de profissionais da saúde. Somado a isso, o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DHG/RJ) informou que as contratações feitas com fundamento na Portaria nº 11.259, de 05/05/2020 e no Edital nº 14, de 27/08/2020, estão na iminência de serem encerradas (mais precisamente em 01/12/2022), com reflexo de descontinuidade na prestação dos serviços públicos (0029346418).

7. Por isso, o Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro - DHG/RJ, no DESPACHO DGH/SE/MS, de 26/09/2022, reuniu informações e solicitou à Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA orientações sobre como deve proceder diante da situação (SEI: 0029416799).

8. Na oportunidade, questionou, ainda, sobre a possibilidade de "*viabilizar, ao menos, a manutenção do numerário de pessoal contratado por meio da autorização dada pela Portaria nº 11.259/2020, cuja vigência encerra-se em 01/12/2022, a fim de se evitar uma perda expressiva de profissionais lotados nas Unidades Federais de Saúde do Rio de Janeiro, cujo impacto repercutirá sobre a prestação dos serviços de saúde, gerando, conseqüentemente, a solução de continuidade desses serviços a partir de 01 de dezembro de 2022*" (SEI: 0029416799).

9. No DESPACHO COGEP/SAA/SE/MS, de 11/10/2022, a Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas discriminou as datas referentes às publicações dos editais de convocação e o quantitativo de profissionais contratados, no total de 2.583 (dois mil e quinhentos e oitenta e três) (SEI: 0029720520).

10. De posse desses elementos, a SAA formulou a esta CONJUR/MS **consulta** sobre a possibilidade de prorrogação dos contratos temporários fundamentados na Portaria nº 11.259, de 05/05/2020 (SEI: 0029821894).

11. É o breve relato dos fatos. Passo a examinar o caso e a fundamentar minha opinião.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1 DA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA: LEGISLAÇÃO APLICÁVEL E NATUREZA JURÍDICA

12. Antes de adentrar especificamente ao mérito da questão posta - análise jurídica sobre possibilidade de prorrogação dos contratos temporários - cumpre traçar um breve panorama acerca da legislação que rege a contratação temporária no âmbito da Administração Pública Federal.

13. De início, tem-se que a própria Constituição Federal de 1988 disciplina a hipótese em que a Administração poderá realizar contratação de pessoal por tempo determinado:

"Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

(...)

IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público";

14. Logo, percebe-se que a contratação por tempo determinado pressupõe a presença de requisito específico, consistente no atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público, tendo deixado a Constituição a cargo de lei ordinária definir as hipóteses nas quais a contratação temporária será autorizada.

15. Com efeito, disciplinando o inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, assim dispõe a Lei nº 8.745/1993 sobre a contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público:

"Art. 1º Para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, os órgãos da Administração Federal direta, as autarquias e as fundações públicas poderão efetuar contratação de pessoal por tempo determinado, nas condições e prazos previstos nesta Lei.

Art. 2º Considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público:

I - assistência a situações de calamidade pública;

II - assistência a emergências em saúde pública;

Art. 3º O recrutamento do pessoal a ser contratado, nos termos desta Lei, será feito mediante processo seletivo simplificado sujeito a ampla divulgação, inclusive através do Diário Oficial da União, prescindindo de concurso público.

Art. 4º As contratações serão feitas por tempo determinado, observados os seguintes prazos máximos:

I - 6 (seis) meses, nos casos dos incisos I, II e IX do caput do art. 2º desta Lei;

II - 1 (um) ano, nos casos dos incisos III e IV, das alíneas d e f do inciso VI e do inciso X do caput do art. 2º;

III - 2 (dois) anos, nos casos das alíneas b, e e m do inciso VI do art. 2º;

IV - 3 (três) anos, nos casos das alíneas "h" e "l" do inciso VI e dos incisos VII, VIII e XI do caput do art. 2º desta Lei;

V - 4 (quatro) anos, nos casos do inciso V e das alíneas a, g, i, j e n do inciso VI do caput do art. 2º desta Lei.

Parágrafo único. É admitida a prorrogação dos contratos:

I - no caso do inciso IV, das alíneas b, d e f do inciso VI e do inciso X do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda a 2 (dois) anos;

II - no caso do inciso III e da alínea e do inciso VI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda a 3 (três) anos;

III - nos casos do inciso V, das alíneas a, h, l, m e n do inciso VI e do inciso VIII do caput do art. 2º desta Lei, desde que o prazo total não exceda a 4 (quatro) anos;

IV - no caso das alíneas g, i e j do inciso VI do caput do art. 2º desta Lei, desde que o prazo total não exceda a 5 (cinco) anos;

V - no caso dos incisos VII e XI do caput do art. 2º, desde que o prazo total não exceda 6 (seis) anos; e

VI - nos casos dos incisos I e II do caput do art. 2º desta Lei, pelo prazo necessário à superação da situação de calamidade pública ou das situações de emergências em saúde pública, desde que não exceda a 2 (dois) anos.

(...)

Art. 12. O contrato firmado de acordo com esta Lei extinguir-se-á, sem direito a indenizações:

I - pelo término do prazo contratual;

II - por iniciativa do contratado.

III - pela extinção ou conclusão do projeto, definidos pelo contratante, nos casos da alínea h do inciso VI do art. 2º.

§ 1º A extinção do contrato, nos casos dos incisos II e III, será comunicada com a antecedência mínima de trinta dias. (grifo nosso)".

16. Na mesma linha, o Ministério da Economia, por meio de sua Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, expediu a **Instrução Normativa nº 1, de 27/08/2019**, dispondo sobre os critérios e procedimentos gerais a serem observados pela Administração Federal para solicitação de autorização de contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

17. Pois bem, traçado o panorama geral acerca da contratação temporária de pessoal no âmbito da Administração Pública Federal, passa-se, então, ao exame da questão principal.

2.2 DA ANÁLISE SOBRE A POSSIBILIDADE/VIABILIDADE DE PRORROGAÇÃO DOS CONTRATOS TEMPORÁRIOS AUTORIZADOS PELA PORTARIA Nº 11.259, DE 05/05/2020

18. A Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA apresentou a este Consultivo os seguintes questionamentos (SEI: 0029821894):

Nesse sentido, considerando a redação do Art. 2º, §§ 1º e 2º, que trata da questão do prazo de validade dos referidos contratos, esta SAA possui a seguinte indagação de cunho jurídico:

- a) No caso em tela, Administração poderá autorizar a prorrogação dos contratos realizados por meio da Portaria ME Nº 11.259, de 05/05/2020 ([0029755892](#))?
- b) Se sim, quais os fundamentos e os procedimentos que deverão ser adotados?

19. Sobre a vigência dos contratos temporários, a Portaria nº 11.259, de 05/05/2020, fez as seguintes previsões (SEI: 0029821894):

Art. 2º O prazo de validade dos contratos será de até seis meses, conforme previsto no inciso I do art. 4º da Lei nº 8.745, de 1993.

§ 1º Os contratos de que tratam o caput poderão ser prorrogados pelo prazo necessário à superação da situação da calamidade pública, desde que o prazo total não exceda dois anos.

§ 2º Decorrido o período de dois anos a partir da primeira contratação, não mais poderão vigor os contratos firmados com base na autorização de que trata esta Portaria.

20. Pelo teor dos artigos supramencionados da Portaria nº 11.259, de 05/05/2020, verifica-se que os contratos podem ser prorrogados apenas até o limite de 2 (dois) anos, sendo que, decorrido esse prazo **a partir da primeira contratação**, não mais poderão vigor os contratos firmados com base na autorização conferida pela Portaria.

21. Com efeito, na forma como preceitua a Portaria, a primeira contratação efetivada com base na Portaria nº 11.259, de 05/05/2020 é o marco definidor no prazo de vigência de todos os contratos que autoriza, que não poderão exceder, com suas prorrogações, a 2 (dois) anos.

22. Quanto ao prazo, esse se coaduna, outrossim, com as disposições da Lei nº 8.745/1993, que assim dispõe:

Art. 2º Considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público:

I - assistência a situações de calamidade pública;

II - assistência a emergências em saúde pública;

Art. 4º As contratações serão feitas por tempo determinado, observados os seguintes prazos máximos:

I - 6 (seis) meses, nos casos dos incisos I, II e IX do caput do art. 2º desta Lei;

VI - nos casos dos incisos I e II do caput do art. 2º desta Lei, pelo prazo necessário à superação da situação de calamidade pública ou das situações de emergências em saúde pública, desde que não exceda a 2 (dois) anos.

(...)

23. Nos autos não constam documentos que permitam aferir, categoricamente, a data da primeira contratação, razão pela qual a análise ora empreendida parte da premissa de que é fidedigna a data de 01/12/2022, informada pela área técnica como termo final das contratações autorizadas pela Portaria nº 11.259, de 05/05/2020.

24. Não obstante, tendo em vista que, na seleção aberta pelo Edital nº 14, de 27/08/2020, a primeira convocação se deu pelo Edital nº 18, de 19/11/2020, publicado no DOU de 20/11/2020, há correspondência temporal com a data apontada de 01/12/2022 para encerramento dos contratos (SEI: 0029720520, parágrafo 8; SEI: 0029416799).

25. Assim, **em resposta ao questionamento da alínea "a"** (SEI: 0029821894), a autorização para prorrogação dos contratos, com esteio na Portaria nº 11.259, de 05/05/2020, sob o ponto de vista jurídico, **se mostra inviável**, pois encontra entrave na literalidade do art. 2º do ato normativo em comento, que expressamente vinculou a vigência **dos contratos** à primeira contratação efetivada com base na Portaria.

26. **Em relação ao questionamento da alínea "b"**, levando-se em conta as razões apresentadas no questionamento anterior, em deixar de lado, ainda, a sensibilidade e relevância do problema posto de se garantir a continuidade dos serviços públicos de saúde prestados à população, vislumbra-se como possibilidade jurídica de equacionamento provisório do problema a solicitação aos órgãos competentes de edição de nova portaria autorizadora, nos moldes da Portaria nº 11.259, de 05/05/2020.

27. Nesse sentido, os contratos temporários referentes ao Edital nº 14, de 27/08/2020, poderiam ser mantidos até completarem seu prazo máximo legal, bem como haveria respaldo para novo processo seletivo simplificado (no caso de haver previsão para tanto), observadas as disposições constantes na Instrução Normativa nº 1, de 27/08/2019.

3. CONCLUSÃO

28. Ante o exposto, nos limites da análise jurídica e excluídos os aspectos técnicos, administrativos, o juízo de oportunidade e a conveniência, **opina-se** pela impossibilidade de que os contratos continuem a se fundamentar na Portaria nº

11.259, de 05/05/2020, assim que completado o prazo nela expressamente previsto, contado da primeira contratação.

29. Dessa forma, sob o prisma jurídico, uma possível solução é a edição de nova portaria autorizadora de contratações temporárias, alternativa essa que, junto a outras, deve ser avaliada pela área técnica e seus respectivos gestores, no âmbito da discricionariedade administrativa, levando-se em conta, ademais, a necessidade de se garantir a continuidade da prestação dos serviços públicos.

30. É de salientar que a orientação promovida por este Órgão Consultivo é quanto ao controle de legalidade da Administração, não implicando, necessariamente, a deliberação, que é prerrogativa do gestor, de modo que, caso este não acate o entendimento jurídico em epígrafe, o registro das posições divergentes permitirá a ele cotejar os elementos necessários para a fundamentação de sua posição, consoante art. 50, inciso VII, da Lei nº 9.784/1999.

31. Em caso de aprovação superior do presente parecer, sugere-se que este seja encaminhado (via SEI) à Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA), para ciência e adoção das medidas cabíveis.

À consideração superior.

Brasília, 25 de outubro de 2022.

FILIFE DE OLIVEIRA CIRQUEIRA
Advogado da União
Coordenador de Assuntos Disciplinares e de Pessoal

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000132592202272 e da chave de acesso 318d23d0



Documento assinado eletronicamente por FILIFE DE OLIVEIRA CIRQUEIRA, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1018665906 e chave de acesso 318d23d0 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): FILIFE DE OLIVEIRA CIRQUEIRA, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br). Data e Hora: 25-10-2022 16:12. Número de Série: 77218269410488336199396275606. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO SSLv1.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO, ASSUNTOS DISCIPLINARES E DE PESSOAL

DESPACHO n. 04348/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.132592/2022-72

INTERESSADOS: DGH - DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E OUTROS

ASSUNTOS: CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

1. Aprovo parcialmente o PARECER n. 00852/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU exarado pelo dr. Filipe de Oliveira Cirqueira, acolhendo em parte seus argumentos e suas conclusões; no trecho que discordo da posição em tela, sugiro resolução da questão jurídica objeto da divergência.
2. A Consultoria Jurídica junto ao Ministério da Saúde (CONJUR/MS) foi instada a se manifestar acerca da viabilidade jurídica de se prorrogar o prazo dos contratos temporários que foram firmados com base na Portaria nº 11.259, de 05/05/2020, da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, cujo escopo foi autorizar a contratação por tempo determinado de até 4.117 (quatro mil, cento e dezessete) profissionais a fim de atender à necessidade temporária de excepcional interesse público para assistência a situações de calamidade pública, nos termos do art. 2º, inciso I, da Lei nº 8.745/1993.
3. Após detida análise do caso concreto, bem como dos regramentos que disciplinam a matéria, o membro da Advocacia-Geral da União opinou pela **impossibilidade jurídica de se prorrogar os referidos contratos em razão de expressa vedação normativa**.
4. Ao examinar as razões que fundamentaram tais conclusões e cotejá-las com algumas das informações constantes nos autos, concordo que o pleito é **inviável**; contudo, **pondero outros aspectos que não foram abordados e que, no meu entendimento, agravam o obstáculo**.
5. Primeiramente, vale lembrar que a contratação inicial se deu nos autos do Processo nº 25001.002080/2020-19, cujo Processo Seletivo Simplificado foi objeto de análise deste subscritor, por meio do PARECER n. 00710/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU no NUP: 25001.002080/2020-19 (SEI: 0015817668).
6. A Lei nº 8.745/1993 é indene de dúvidas quanto ao prazo máximo permitido para prorrogação de contratos com fulcro no art. 2º, inciso I. De acordo com o art. 4º, inciso I, via de regra, contratações temporárias referentes às situações de assistência em calamidade pública não podem ultrapassar o prazo de 6 (seis) meses; no entanto, a limitação é excepcionada pelo inciso VI do parágrafo único do mesmo artigo, caso ainda não superada a situação calamitosa e desde que não exceda o tempo total de 2 (dois) anos.
7. Segundo informações juntadas, a primeira convocação ocorreu com a publicação do Edital nº 18, de 19/11/2020, no Diário Oficial da União nº 222, em 20/11/2020. A data efetiva dessa contratação decorrente da autorização dada pela Portaria ME nº 11.259, de 05/05/2020^[1], não consta nos autos; há apenas a menção de que o prazo, incluindo as prorrogações, se encerrará em 01/12/2022.
8. Logo, constata-se que os contratos vigentes já tiveram suas prorrogações efetivadas dentro do permitido pela legislação, sendo que **qualquer prolongamento contratual que extrapole o prazo de 2 (dois) anos não terá embasamento legal para ser autorizado**.
9. Acrescento, também, que as dilações efetivadas dos aprovados pelo Processo Seletivo instituído pelo Edital nº 14, de 27/08/2020, podem ter sido realizadas em contrariedade ao próprio Edital. Explico.
10. A disposição 1.2 do supracitado documento estabelece que *"as contratações temporárias objeto da presente Seleção terão o prazo contratual máximo de 06 (seis) meses, improrrogáveis, conforme parágrafo único, do artigo 2º, da Medida Provisória nº 974, de 28 de maio de 2020"* (SEI: 0029755753).
11. A MP nº 974, de 28/05/2020, que foi convertida na Lei nº 14.072, de 14/10/2020, autorizou a prorrogação de contratos por tempo determinado - especificamente - no âmbito do Ministério da Saúde.
12. A partir da leitura da exposição de motivos dessa MP, depreende-se que ela tinha o desiderato de protrair atipicamente as contratações autorizadas pela Portaria Interministerial MPOG/MS nº 58, de 26/03/2018, em razão da pandemia provocada pelo SARS-COV-2 (COVID-19). Ainda assim, a exceção do art. 2º serviu de base para justificar e autorizar a publicação do Edital nº 14/2020.
13. A legislação excepcional - que é ultrativa - previu a possibilidade de alongar os contratos desde que não ultrapassassem a data de 31/12/2020; já o edital foi categórico ao estabelecer que a contratação seria pelo prazo máximo de 6 (seis) meses - improrrogáveis.

14. Percebe-se que nem a atual legislação nem o edital admitem postergar os contratos, sobretudo porque no dia 22/05/2022 deixou de existir o fundamento das contratações excepcionais, haja vista que entrou em vigor a **Portaria GM/MS nº 913/2022** do Ministério da Saúde, a qual **declarou o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus**^[2].

15. Destaco, ainda, que o Decreto nº 5.392/2005, que declarava formalmente estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, depois de vigorar por 16 (dezesseis) anos, foi revogado pelo Decreto nº 10.810, de 27 de setembro de 2021.

16. Enfim, na linha do que vem sendo apontado pela CONJUR/MS - vide, por exemplo, o DESPACHO n. 00462/2020/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 12/02/2020, no NUP: 25001.002080/2020-19 (SEI: 0013546636) e o DESPACHO n. 04236/2021/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 02/12/2021, no NUP: 25000.169221/2021-65 (SEI: 0024139347, págs. 8-9), ambos da lavra deste subscritor -, historicamente, de tempos em tempos, são feitas tentativas de resolver apenas paliativamente a crônica situação.

17. Considerando que nenhuma providência definitiva foi adotada (provimento dos cargos por meio de concurso público), conforme alertado, estamos diante do mesmo cenário: expectativa de contratação precária. Ocorre que, agora, não me parece mais haver fundamento - emergência em saúde pública e/ou calamidade pública - que justifique tal medida.

18. Diante disso, para mitigar os efeitos dessa conjuntura e garantir a continuidade da prestação dos serviços públicos, entendo que, se for julgado conveniente e oportuno pelo gestor, a única alternativa é promover uma alteração legislativa - com urgência -, nos moldes da MP nº 974/2020.

19. Por fim, em que pese a consulta não tenha sido formulada pelo Ministro de Estado tampouco pelo Secretário-Executivo^[3], devido à relevância e à sensibilidade do tema, reputo ser de bom alvitre submeter esta manifestação - excepcionalmente - à apreciação do Consultor Jurídico.

Brasília, 27 de outubro de 2022.

FERNANDO MIZERSKI

Advogado da União

Coordenador-Geral de Gestão, Assuntos Disciplinares e de Pessoal

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000132592202272 e da chave de acesso 318d23d0

Notas

- ¹ [Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-11.259-de-5-de-maio-de-2020-256092403](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-11.259-de-5-de-maio-de-2020-256092403). Acesso em: 27/10/2022.
- ² [Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491). Acesso em: 27/10/2022.
- ³ [Art. 6º, inciso I, da Portaria CONJUR/MS de 21/12/2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por FERNANDO MIZERSKI, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1021815102 e chave de acesso 318d23d0 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): FERNANDO MIZERSKI, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br). Data e Hora: 27-10-2022 18:54. Número de Série: 77218269410488336199396275606. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO SSLv1.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DA CONSULTORIA JURÍDICA
ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS, BLOCO G, EDIFÍCIO SEDE, 6º ANDAR, BRASÍLIA/DF, CEP 70058-900

DESPACHO n. 04390/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU

NUP: 25000.132592/2022-72

INTERESSADOS: Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA/SE/MS e outros.

ASSUNTO: Consulta. Possibilidade jurídica de prorrogação dos contratos realizados por intermédio da Portaria ME/MS n. 11.259, de 05/05/2020, com fundamento na Lei nº 8.745/1993.

1. **Aprovo** parcialmente o PARECER n. 00852/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU, de 25/10/2022, da lavra do Coordenador de Assuntos Disciplinares e de Pessoal, o Advogado da União Filipe de Oliveira Cerqueira, corroborando integralmente com os termos do DESPACHO n. 04348/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU, subscrito em 27/10/2022, pelo Coordenador-Geral de Gestão, Assuntos Disciplinares e de Pessoal, o Advogado da União Fernando Mizerski, adotando seus fundamentos e conclusões.

2. Em síntese, esta Consultoria Jurídica responde à consulta formulada manifestando-se, à luz da atual legislação, pela impossibilidade jurídica da prorrogação dos contratos realizados por intermédio da Portaria ME/MS n. 11.259, de 05/05/2020, com fundamento na Lei nº 8.745/1993. **Reitera-se a sugestão levantada no item 18 do DESPACHO n. 04348/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU, recomendando-se imediata articulação com Ministério da Economia e Casa Civil.**

3. Pelo exposto, ao Apoio Administrativo desta Consultoria Jurídica, para que:

- o **a)** junte as presentes manifestações e encaminhe os autos virtuais à **Subsecretaria de Assuntos Administrativos - SAA/SE/MS**, para ciência do opinativo e demais providências que entender cabíveis; e
- o **b)** em seguida, archive-se o processo em epígrafe no sistema SAPIENS.

Brasília, 31 de outubro de 2022.

RAFAEL SCHAEFER COMPARIN

Advogado da União

Consultor Jurídico junto ao Ministério da Saúde

INDEXAÇÃO. SAA/SE/MS. DIREITO ADMINISTRATIVO. CONSULTA. CONTRATO TEMPORÁRIO DA UNIÃO. LEI Nº 8.745, DE 1993. PRORROGAÇÃO DOS CONTRATOS TEMPORÁRIOS REFERENTES AO EDITAL Nº 14, DE 27/08/2020, COM BASE NA PORTARIA ME/MS Nº 11.259, DE 05/05/2020. INVIABILIDADE JURÍDICA.

Atenção, a consulta ao processo eletrônico está disponível em <https://supersapiens.agu.gov.br> mediante o fornecimento do Número Único de Protocolo (NUP) 25000132592202272 e da chave de acesso 318d23d0



Documento assinado eletronicamente por RAFAEL SCHAEFER COMPARIN, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br), de acordo com os normativos legais aplicáveis. A conferência da autenticidade do documento está disponível com o código 1025773395 e chave de acesso 318d23d0 no endereço eletrônico <https://sapiens.agu.gov.br>. Informações adicionais: Signatário (a): RAFAEL SCHAEFER COMPARIN, com certificado A1 institucional (*.agu.gov.br). Data e Hora: 31-10-2022 16:48. Número de Série: 77218269410488336199396275606. Emissor: Autoridade Certificadora do SERPRO SSLv1.

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2022.

Ofício 219/2022 RD

À Equipe Transição Saúde Governo Luiz Inácio Lula da Silva
À Defensoria Pública Da União
Ao Conselho de Enfermagem
Ao Ministério Público Federal.

O SINDICATO DOS TRABALHADORES FEDERAIS EM SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - SINDSPREV/RJ, entidade sindical de primeiro grau, inscrita no CNPJ/MF sob o n 32.325.235/000-40, registrada no Ministério do Trabalho sob o nº 24370.008144/90-11, situado na rua Joaquim Silva, 98, 3º andar, Lapa, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20241-10, com fundamento no direito de petição, assegurado n art. 5º, XXXIV, vem através deste notificar o que se segue:

NOVA AMEAÇA DE DESLIGAMENTO EM MASSA DE CONTRATOS DE TRABALHO

Breve Histórico de Dificuldades Rede Federal de Saúde do Rio de Janeiro.

Exmo Senhores e Senhoras.

NO BIÊNIO 2017/2018 O INSTITUTO SÍRIO LIBANES ATRAVÉS DO CONVÊNIO PROADI SUS REALIZOU UM ESTUDO TÉCNICO DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL ONDE FOI CONSTATADO UM DÉFICIT DE MAIS DE 8 MIL PROFISSIONAIS NA REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO QUE É COMPOSTA POR 6 HOSPITAIS E 3 INSTITUTOS QUE TEM COMO SUA MISSÃO INSTITUCIONAL A ATENÇÃO A SAÚDE QUATERNÁRIA DE ALTA COMPLEXIDADE.

INSTA SALIENTAR QUE O PROADI SUS - PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É O INSTRUMENTO PARA QUE HOSPITAIS FAZEM JUS A CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM SAÚDE-CEBAS, ATRAVÉS DA SUPOSTA TRANSFERÊNCIA DE EXPERTISE EM TROCA DAS **ISENÇÕES DAS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS.**

EM 2018, O ÓRGÃO DE GESTÃO DE PESSOAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE FEZ UM ESTUDO TÉCNICO SEIMS 3074269, COM O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL E A CAPACIDADE REAL DE SERVIÇOS, O QUAL FOI APONTADO UM DÉFICIT SOMENTE DOS HOSPITAIS FEDERAIS E O INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA NA ORDEM DE 7.916 PROFISSIONAIS PARA MANTER AQUILO QUE ESTAVA FUNCIONANDO, SEM LEVAR EM CONTA OS LEITOS QUE AQUELA ÉPOCA JÁ SE ENCONTRAVAM FECHADOS POR DÉFICIT DE RH.

SOMENTE O INSTITUTO DE TRAUMATOLOGIA - INTO APONTAVA UM DÉFICIT DE 678 ENTRE MÉDICOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.

COMO SE JÁ NÃO BASTASSE A SITUAÇÃO ABSURDA DE RECURSOS HUMANOS A REDE AINDA SOFRE COM A FALTA DE ESTRUTURA FÍSICA OU CONDIÇÕES MÍNIMAS DE FUNCIONAMENTO.

EM SETEMBRO DE 2019, A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO COBROU EXPLICAÇÕES SOBRE A ESTRUTURA DE COMBATE A INCÊNDIO DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO QUE EM OUTUBRO DE 2020 VEIO A SOFRER UM INCÊNDIO DE GRANDES PROPORÇÕES, QUE VITIMOU MAIS DE 16 PESSOAS, ONDE LAUDOS TÉCNICOS DO PRÓPRIO GOVERNO APONTAVAM A PREVISIBILIDADE DA TRAGÉDIA PELO ALTO RISCO DE EXPLOÇÃO DOS GERADORES E PELO SUPER AQUECIMENTO DOS TRANSFORMADORES, O PRÉDIO NÃO TINHA SEQUER AUTORIZAÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS, ELEVADORES A PROVA DE FOGO, DETECTOR DE FUMAÇA OU QUAISQUER OUTRO TIPO DE INSTRUMENTO PREVENTIVO DE COMBATE A INCÊNDIO.

O HFB FOI ANUNCIADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE COMO A UNIDADE REFERÊNCIA PARA O ATENDIMENTO AO COVID PORÉM A CRISE DE RECURSOS HUMANOS MOTIVADA PELA RUPTURA EM MASSA DOS CONTRATOS TEMPORÁRIOS E A TRAGÉDIA POSTERIOR INVIABILIZOU OS PLANOS.

DE 2018 ATÉ A PRESENTE DATA, A REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO VEM CONVIVENDO COM O ABANDONO QUE GERA O APROFUNDAMENTO DE FECHAMENTOS DE SERVIÇOS E LEITOS DENTRO DA REDE, EMERGENCIA DO ANDARAÍ FOI INTERDITADA PELO CREMERJ, A EMERGÊNCIA DE BONSUCESSO FECHOU POR FALTA DE PROFISSIONAIS, PEDIATRIA DO ANDARAÍ, O QUE LEVOU A DEFENSORIA PÚBLICA NO CENÁRIO PANDEMICO PELO COVID19 A INGRESSAR COM UMA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5017491-62.2020.4.02.5101 PARA OBRIGAR A UNIÃO, O ESTADO DO RIO DE JANEIRO E O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO A SUPRIR EM SUAS NECESSIDADES A REDE FEDERAL, REQUISITANDO INCLUSIVE BENS E SERVIÇOS DE PESSOAS NATURAIS E JURÍDICAS, GARANTIDO SUA JUSTA INDENIZAÇÃO.

O GOVERNO APESAR DE TODO O APELO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS E INSTITUIÇÕES DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO, NÃO OFERECEU NENHUM PLANO A MÉDIO OU LONGO PRAZO QUE PUDESSE FAZER COM QUE OS QUASE 800 LEITOS OCIOSOS NA REDE FEDERAL ESTIVESSEM A DISPOSIÇÃO DO ENFRENTAMENTO DO COVID, SENÃO A MANUTENÇÃO VIA CONTRATO TEMPORÁRIO DA UNIÃO DE 4.117 TRABALHADORES.

APESAR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE TER DECLARADO EM 30 DE JANEIRO DE 2020, EM FUNÇÃO DO CONTÁGIO DO COVID19, O ESTADO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL E EM 03 DE FEVEREIRO DE 2020, O MINISTÉRIO DA SAÚDE DECLAROU O ESTADO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NACIONAL, EM MAIO DE 2020, NO AUGO DO PICO DA 1ª ONDA DO COVID O MINISTÉRIO DA SAÚDE "DESCOBRE" QUE NÃO TINHA AUTORIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA PARA CONTRATAR 523 TRABALHADORES , REDUZINDO OS



Sindicato dos Trabalhadores Federais em Seguridade e Seguro Social no Estado do Rio de Janeiro

CONTRATOS TEMPORÁRIOS DA UNIÃO DENTRO DA REDE FEDERAL PARA 3.594 PROFISSIONAIS ATRAVÉS DA MP 974 DE 28 DE MAIO DE 2020.

A DEFENSORIA PÚBLICA COM AMICUS CURE DE INÚMERAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS CONSEGUIU A LIMINAR PARA OBRIGAR O MINISTÉRIO DA SAÚDE A MANTER OS 4.117 PROFISSIONAIS TEMPORÁRIOS, ENTRETANDO A JUSTIÇA NÃO FIDELIZA AS VAGAS AOS TRABALHADORES EXISTENTES NAQUELE MOMENTO.

EM 27 DE AGOSTO DE 2020 O MS PUBLICA O EDITAL N 14, QUE JÁ SE APRESENTAVA CHEIO DE PROBLEMAS, NÃO RESPEITANDO AS ESPECIALIDADES DOS SERVIÇOS OFERTADOS PELA REDE, NA ENFERMAGEM, APESAR DA REGULAMENTAÇÃO DA ESPECIALIDADE DOS TÉCNICOS PELA RESOLUÇÃO COFEN 609/2019, NENHUMA ESPECIALIDADE ERA SOLICITADA.

EM 13 DE SETEMBRO DE 2020 FOI PUBLICADO A LISTA DE CLASSIFICAÇÃO, O QUE ESTAVA MUITO RUIM TENDIA A PIORAR E MUITO.

O SISTEMA ON LINE DAVA MARGEM DE ERROS DO CANDIDATO, AS CHAVES ROBÓTICAS NÃO ERAM OBJETIVAS, MUITOS CONVOCADOS COM PONTUAÇÃO ZERADA.

PESSOAS COM MAIS DE 10 ANOS DE CASAS NÃO CONSEGUIRAM PONTUAR, COM PÓS GRADUAÇÃO, ESPECIALIZAÇÃO, ACABARAM O PROCESSO SELETIVO COM NOTA ZERADA, CERCA DE 85% DO CORPO PROFISSIONAL, TREINADO, AMBIENTIZADO E CAPACITADO NÃO CONSEGUIU SER SELECIONADO NO NOVO CERTAME.

ALGUNS EXEMPLOS DE MILHARES:

Nomes: Marcelo da Silva Marinho Pacheco

Números de inscrição - d2Pe4o1G

Experiência : Técnico de enfermagem

Tempo de serviço

9 anos - Upa Rocinha

7 anos - Cer Centro

4 anos - Copa Dor

2 anos - HF ipanema

resultado de pontuação.0 pontos.

Amanda da Silva Lins

Inscrição OmJHR.wH

CPF: 09528268790

*Hospital Federal da Lagoa 3 anos até o momento

*Vida útil móvel de urgência 1 e 2 meses

*Hospital Alemão do Amparo

*1 anos e 9 meses até o momento.

8 anos como militar temporário

*Hospital geral do exército (HCE)- 6 anos

Rua Joaquim Silva, 98/A – Lapa – Rio de Janeiro – CEP 20241-110 – CNPJ 32.325.235/0001-40

Telefone (21) 3478-8230 – e-mail: diretoriasindsprevrj@gmail.com –

<http://www.sindsprevrj.org.br/jornal>

*Hospital Marcílio Dias
(Marinha do Brasil)- 2 anos
Pós graduação em Auditoria de enfermagem.
Cursos de resgat; pacientes críticos;
administração.
Pontuação:
Zero

Marcella Dias Lima Valadao
Inscrição: SdPYGXSñ
Enfermeira / pós graduada em paciente crítico com ênfase em cti
9 anos de tempo de serviço
Pontuação : 3
Nome: Rosângela da Silva Moreira
Número de inscrição:S8r_JLJV
Tempo de experiência:
Polícia Militar 30 anos aposentada e 16 anos de carteira assinada
Symone Lacerda Sampaio
Enfermeira
Inscrição: (7hsquvB)
para o Processo Seletivo de Renovação de Contrato. 6•.Certame 2020

Tenho 23 anos de formada e atuando estes anos todos.

Experiência em CTI, Clínica Médica,17 anos atuando como Enfermeira Hemoterapeuta,Enfa Auditora.

Tive nota 0 (zero)

Nomes:Jessica De Araujo Pereira
Números de inscrição o_V6up07
Experiência Enfermeira em unidade de internação clínica/oncológica
Tempo de serviço:7 anos e 2 meses (De 05/07/13 até a data vigente)
E resultado de 0

ALGUNS SETORES DO PRÓPRIO MINISTÉRIO DA SAÚDE, OBSERVANDO O CAOS QUE SERIA A RUPTURA ABRUPTA DE TANTOS VÍNCULOS EM UM MOMENTO TÃO DELICADO, EM ESPECIAL DO RIO DE JANEIRO QUE PARA ALÉM DA CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA LIDAVA COM OS INUMEROS SUSPEITAS DE DESVIOS DE RECURSOS TÃO BEM MATERIALIZADA PELA CPI DO COVID, ATRAVÉS DA NOTA TECNICA 113/2020 SAES/NUJUR DA SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, CLAMAVA PELA RAZOABILIDADE E EFICIÊNCIA NA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS, AFIRMANDO QUE AS EQUIPES DEVERIAM SER MANTIDAS, QUE NÃO SERIA RAZOÁVEL EM MOMENTO PANDEMICO SUBSTITUIR OS VÍNCULOS DE PROFISSIONAIS EXPERIENTES E CAPACITADOS POR NOVOS CONTRATOS QUE SERIAM DE NATUREZA PRECARÍSSIMA,

IMPRORROGÁVEL E APENAS PELO PRAZO DE 6 MESES, MAS NADA IMPEDIU A SANHA DEMISSIONÁRIA DO GOVERNO BOLSONARO E SEU MINISTRO DA SAÚDE, EM CONLUIO COM A SUPERITENDÊNCIA DO RIO DE JANEIRO QUE SE DEBRUÇAVA PRIORITARIAMENTE EM PROMOVER OBRAS NAS FACHADAS DE PRÉDIOS ADMINISTRATIVOS DE 23 MILHÕES.

O MÁXIMO QUE SE ALCANÇOU FOI A PRORROGAÇÃO ATÉ 28 DE FEVEREIRO DE APENAS 1.419 PROFISSIONAIS DO CONTRATO TEMPORÁRIO ATRAVES DA MP 1022 DE 31 DE DEZEMBRO DE 2020.

EM DEZEMBRO DE 2020, NO INÍCIO DA 2º ONDA DE COVID19, TÍNHAMOS A DEMISSÃO EM MASSA DE 2.175 TRABALHADORES TEMPORÁRIOS SOBRE A FARSA DE NÃO SELEÇÃO NO PROCESSO SELETIVO FRAUDADO DE NUMERO 14.

O CAOS SE INSTALA NA REDE COM O APROFUNDAMENTO DE FECHAMENTOS DE LEITOS E SERVIÇOS, CTI COM 5 LEITOS DO HFCF FECHA, SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLOGICA DA LAGOA FECHA, E CENTENAS DE LEITOS DOS HOSPITAIS FEDERAIS.

NO DIA 3 DE JANEIRO DE 2021 A SITUAÇÃO DA REDE ERA TÃO GRAVE QUE A DEPUTADA ENFERMEIRA REJANE- PC DO B- RJ, PROMOVEU A DENÚNCIA DO GOVERNO BOLSONARO E DE SEU MINISTRO DA SAÚDE JUNTO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE POR NEGLIGENCIAR O CUIDADO E ASSISTÊNCIA, ATENTANDO DIRETAMENTE CONTRA A VIDA DAS PESSOAS QUE DESESPERADAS BUSCAVAM LEITOS HOSPITALARES.

unidade	Leitos livres	Leitos ocupados	impedidos	Cedidos	reservados	Taxa ocupação
Servidores	53	124	148	15	63	73%
Andaraí	22	110	74	23	46	77%
Ipanema	0	36	93	3	5	93%
Cardoso	0	65	57	4	50	96%
bonsucesso	102	38	242	00	0	27%
Lagoa	0	74	161	00	00	100%
Into	54	183	78	16	0	72%
INC	6	69	91	0	0	92%
Total	237	699	941	61	164	78,75%

OS PROFISSIONAIS QUE CONSEGUIRAM SER SELECIONADOS, EM ESPECIAL DA ENFERMAGEM, A GRANDE MAIORIA NÃO TINHA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS UNIDADES FEDERAIS, TÃO POUCO SABIAM LIDAR COM PACIENTES GRAVES OU EMERGENCIAIS, E O PRAZO DA PRORROGAÇÃO DOS 1.419 CTUS FOI INSUFICIENTE PARA TREINÁ- LOS, ATÉ PORQUE AS EQUIPES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA TAMBÉM ESTAVAM DESESTRUTURADAS .

VEJAMOS O QUE RESPONDE A CHEFE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES SOBRE A FISCALIZAÇÃO REALIZADA PELO COREN RJ A PARTIR DE INÚMERAS DENÚNCIAS ENCAMINHADAS:

Resposta a denúncia Hospital federal Cardosos Fontes- Coren/RJ

Caixa de entrada



Setor de Fiscalizacao

6 de abr. de
2021 16:51

para mim

Prezada,

Em resposta à denúncia, informamos que a instituição Hospital Federal Cardoso Fontes foi fiscalizada em 15/03/2021 sendo emitido o TERMO DE FISCALIZAÇÃO Nº 434.035/2021 – RETORNO E BRIEFING nº 434.014/2021.

O objeto da denúncia foi checado e retrata:

- A Enfermeira Responsável Técnica declarou que embora tenham recebido 89 Enfermeiros e 77 Técnicos de Enfermagem pelo 6º certame, os profissionais aprovados no concurso, a maioria, nunca trabalhou, não possuem experiência profissional e desconhecem princípios básicos da Enfermagem. Informou que precisou reduzir o número de APHs pois não há condições técnicas desses novos profissionais assumirem outros plantões.
- De acordo com a RT a orientação do Ministério da Saúde é treinar e capacitar esses profissionais. Contudo, o serviço de Educação Continuada encontra-se desfalcado. Fazem parte desse serviço três Enfermeiras sendo que uma fica com o programa de residência de Enfermagem e as demais encontram-se em licença médica.
- Quanto a vacina contra a Covid-19, a Enfermeira RT declarou que até o momento somente 40% do efetivo do Hospital em tela foi vacinado. A Saúde do Trabalhador e a Direção do Hospital alegam que não têm vacina. Com o aumento do número de casos de pessoas contaminadas pela Covid-19 e com o óbito recente de uma funcionária AOSD do CME em decorrência do coronavírus, essa inquietude e sensação de abandono apresentada pelos profissionais de Enfermagem só aumentam, disse a Enfermeira Responsável Técnica. Assim sendo, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde a imunização contra a Covid-19 para os profissionais de Enfermagem do Hospital Federal Cardoso Fontes.

Informamos que foi encaminhado Ofício à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro solicitando novas doses de vacina aos profissionais de enfermagem.

Destacamos que o Departamento de Fiscalização do Coren-RJ e os demais representantes da Autarquia permanecem disponíveis e vigilantes nas questões que envolvem o exercício profissional da enfermagem, a proteção dos profissionais e da sociedade.

As ações fiscais na instituição prosseguem visando sanar as irregularidades e ilegalidades encontradas.

À disposição para maiores esclarecimentos.

--

Atenciosamente,

Roberta Ferreira



**Enfermeiro Fiscal do Atendimento Interno
Departamento de Fiscalização**

Sede: Av. Presidente Vargas, 502 - 4º, 5º e 6º andares

Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20071-000

Telefax: (21) 3232-8730 - 2516-1353 - 2253-4814

Home Page: www.coren-rj.org.br

NO DIA 16/ 04/ 2021 EM AUDIÊNCIA CONJUNTA DAS COMISSÕES DE SAÚDE DA ALERJ E DA CAMARA DE VEREADORES , APÓS A COMISSÃO DE SAÚDE GANHAR LIMINAR JUNTO A 23º VFRJ DETERMINANDO QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE SE ABSTENHA DE PROMOVER QUAISQUER DEMISSAO IMOTIVADA NA REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, O SUPERITENDENTE DO MS, GENERAL GEORGE DIVÉRIO APÓS PROMOVER A DEMISSÃO EM MASSA DE MAIS DE 4.000 TRABALHADORES ATRAVÉS DE UMA FRAUDE PROCESSUAL NA SELEÇÃO, TEVE O CINISMO DE AFIRMAR QUE NÃO CONSEGUIA LOTAR PROFISSIONAIS POIS OS TRABALHADORES NÃO QUERIAM TRABALHAR DIRETAMENTE COM O COVID, E OS QUE CONTRATAVA NÃO QUERIAM CUMPRIR A CARGA HORÁRIA, ATRIBUINDO A ESSA MENTIRA O FATO DE NÃO REABRIR OS LEITOS NA REDE FEDERAL E ENTREGAR PARTE DO HOSPITAL DA LAGOA PARA A REDE DORTRIBUINDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE FORAM HERÓICOS A RESPONSABILIDADE DO CAOS NA REDE FEDERAL.

NO DIA 16 DE ABRIL DE 2021, SEGUNDO LEVANTAMENTO DO VEREADOR PAULO PINHEIRO PSOL - PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SAÚDE DA CAMARA DE VEREADORES, EXISTIAM PELOS DADOS DISPONIBILIZADOS NO CADASTRO NACIONAL DA SAUDE CERCA DE 773 LEITOS IMPEDIDOS EM NOVE HOSPITAIS FEDERAIS, O QUE SERIA O DOBRO NECESSÁRIO PARA ZERAR A FILA DO COVID QUE NAQUELE DIA ESTAVA EM 364

PESSOAS, DESSES LEITOS, EM AO MENOS SEIS HOSPITAIS 387 NÃO PODERIAM ABRIR EM FUNÇÃO DE NÃO HAVER PESSOAL CONFORME FOI RELATADO NA Audiência DE CONCILIAÇÃO DA 23ª VFRJ.

NA AUDIÊNCIA OS DIRETORES INFORMARAM O QUANTITATIVO DE LEITOS OCIOSOS EM FUNÇÃO DE FALTA DE RH.

HGB - 6 LEITOS, SENDO QUE MAIS DE 200 LEITOS FORAM FECHADOS EM FUNÇÃO DO Incêndio DO PRÉDIO 1 QUE ATÉ HOJE APESAR DE INUMERAS PROMESSAS NÃO FOI REABERTO.

HFCF - 59 LEITOS

HFSE - 108

HFI- 48

HFL - 95

INCA - 22

INC- 14

INTO - 35

ANDARAI - NÃO COMPARECEU A AUDIÊNCIA, ENTRETANDO EM MARÇO CONTAVA COM 78 LEITOS IMPEDIDOS.

POR FIM CABE REGISTRAR O CINISMO, A IRRESPONSABILIDADE, A NEGLIGÊNCIA E A OMISSÃO DO COORDENADOR DE GESTÃO DE PESSOAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, SENHOR ADEMIR LAPA, QUE NO DIA 24/2021, INCITADO A SE PRONUNCIAR NA TRAMITAÇÃO DA MP 1022/ 2020 QUE PORROGOU OS CONTRATOS DE 1.419 TRABALHADORES DO CTUS ATÉ O DIA 28 DE FEVEREIRO DE 2021 SOLICITOU A MODIFICAÇÃO DO PRAZO PREVISTO NO ART.1º DA MP 1022/2020 SOLICITANDO QUE O MESMO FOSSE AMPLIADO ATE 30 DE JUNHO DE 2020 FRENTE AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA COVID 19 E A NECESSIDADE DE MANTER OS SERVIÇOS E NO DIA 05 DE ABRIL DE 2021 INSTRUMENTALIZA A RESPOSTA MINISTERIAL JUNTO A AÇÃO EXITOSA DA COMISSÃO DE SAÚDE DA ALERJ INFORMANDO QUE A SUBSTITUIÇÃO ESTA SE DANDO DE FORMA ESCALONADA PARA ELIDIR QUALQUER DESCONTINUIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, ATUANDO DE FORMA VIL NEGACIONISTA PARA OS QUASE 800 LEITOS OCIOSOS NA REDE JUSTAMENTE POR FALTA DE PESSOAL.

DE ANTE MÃO PEDIMOS DESCULPAS PELA EMOÇÃO DAS PALAVRAS, MAS ELA EXPRESSA A ANGÚSTIA DE UMA ENTIDADE SINDICAL QUE JUNTO

COM SUA BASE SOCIAL VIVENCIOU TRAUMAS TÃO PROFUNDOS E CHOCANTES DE NEGLIGÊNCIA, IRRESPONSABILIDADE, DESAMOR A VIDA DO OUTRO, QUE NÃO RESTA DÚVIDA, QUE NO TOCANTE AO RIO DE JANEIRO, SE CONFIGUROU POR PARTE DO MINISTRO DA SAÚDE E DO PRESIDENTE BOLSONARO UM CRIME CONTRA A SAÚDE PÚBLICA, POR SUA INOPERÂNCIA, RECORRENTE E PROPOSITAL DE PROVER A REDE FEDERAL, A MAIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE FUNCIONAMENTO PARA O COMBATE AO COVID19, ACENTUANDO A PRECARIÉDADA DE OFERTAS DE LEITOS PÚBLICOS AS CENTENAS DE PESSOAS QUE AGONIZAM A ESPERA DA ESPERANÇA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE É OBRIGATORIEDADE DO ESTADO PRESTAR, PROMOVENDO RUPTURAS EM MASSA DE VÍNCULOS DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS EXPERIENTES E CAPACITADOS QUE DETINHAM CONDIÇÕES PARA GARANTIR A ASSISTÊNCIA E O CUIDADO DE FORMA SEGURA E EFICAZ AOS USUÁRIOS DA REDE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

ESTE CENÁRIO DE DESESPERANÇA COM A AUSÊNCIA DE CONCURSOS PÚBLICOS PARA CARGOS EFETIVOSSE APROFUNDA COM SERVIDORES EFETIVOS AMARGANDO 6 ANOS SEM NENHUM TIPO DE REPOSIÇÃO SALARIAL COM UMA PERDA INFLACIONÁRIA NA ORDEM DE 44% EM SEUS VENCIMENTOS, EM UMA REALIDADE DE AUSÊNCIA DE DIALOGO E NEGOCIAÇÃO ONDE TODOS OS INSTRUMENTOS DE COLETIVIDADE FORAM DESCONSTRUÍDOS COMO OS CONSELHOS GESTORES, AS MESAS DE NEGOCIAÇÕES, PREDOMINANDO PRÁTICAS AUTORITÁRIAS QUE RESULTARAM EM SEQUER AS PECÚNIAS INDENIZATORIAS SEREM MAJORADAS DA FORMA DEVIDA, DESDE 2017 QUE EM DECORRÊNCIA DOS AUTOS DA AÇÃO 0012153-13.2011.4.02.5101 QUE O MINISTÉRIO DA SAUDE DISPÕE DE LAUDO TÉCNICO AMBIENTAL ELABORADO PELO PRÓPRIO QUE CONCEITUA O GHE- GRUPO HOMOGÊNEO DE EXPOSIÇÃO A RISCO BIOLÓGICO POR AMBIENTE DE TRABALHO ATESTANDO A UM GRUPO ESPECÍFICO O DIREITO DE FAZER JUS NA FORMA DA LEGISLAÇÃO VIGENTE AO GRAU MÁXIMO DE INSALUBRIDADE E SEQUER ISSO FOI EFETIVADO POR ESTE GOVERNO INCORRENDO EM CENTENAS DE ACÕES INDIVIDUAIS, OS TRABALHADORES DA REDE FEDERAL NUNCA FORAM RECONHECIDOS COMO LINHA DE FRENTE NO COMBATE AO COVID, ESCALAS DE TRABALHOS SÃO MODIFICADAS SEM NENHUMA NEGOCIAÇÃO OU ACOMODAÇÃO PRÉVIA.

DURANTE TODO GOVERNO BOLSONARO OS SERVIDORES FORAM OS GUARDIÕES DOS INTERESSES COLETIVOS ATUANDO SOBRE O MANTO PROTETIVO DESTA ENTIDADE SINDICAL TRAZENDO A LUZ PARA A SOCIEDADE E INSTITUIÇÕES PERTINENTES TODOS OS INDÍCIOS DE MAU USO DO ERÁRIO E DANOS SOCIAIS QUE OCORRERAM DURANTE ESTE PERÍODO.

CHEGAMOS AO ANO DE 2022, COM NOVA AMEAÇA DE ONDA VARIANTE DE COVID, E COM O MESMO CENÁRIO DE DESMANTELAMENTO DA REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO GERADO PELA POLÍTICA ABSURDA DE

GERENCIAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICA DE SAÚDE PERMANENTE COM RECURSOS HUMANOS BASEADO EM CONTRATOS TEMPORÁRIOS.

A PORTARIA 11.259 DE MAIO DE 2020 DA SECRETARIA ESPECIAL DE DESBUROCRATIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA EM CONJUNTO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE AUTORIZOU A CONTRATAÇÃO DE 4.117 CONTRATOS TEMPORÁRIOS DA UNIÃO PARA ATENDER A NECESSIDADE ESPECIAL TEMPORÁRIA DE INTERESSE PÚBLICO DA REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COM FUNDAMENTO NO INCISO I, DO ARTIGO 2º, DA LEI 8.745, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1993, QUE ASSIM DETERMINA:

Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

Art. 2º Considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público:

I - assistência a situações de calamidade pública;

EM 25 DE OUTUBRO DE 2022, ATRAVÉS DE CONSULTA DO DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR (DGH) DO RIO DE JANEIRO JUNTO A SECRETARIA DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SAA) E DESTA, À CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTÉRIO (CONJUR), A ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO ATRAVÉS DO PARECER Nº 00852 INFORMOU AO MINISTÉRIO DA SAÚDE DA IMPOSSIBILIDADE ADMINISTRATIVA DE RENOVAÇÃO DOS CONTRATOS DE 2.583 CONTRATOS TEMPORÁRIOS DA UNIÃO LOTADOS NA REDE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO.

ESSES CONTRATOS EXPIRAM NO DIA 1 DE DEZEMBRO DE 2022, E A ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO INFORMA QUE A SOLUÇÃO PARA O IMPASSE É A PUBLICAÇÃO DE NOVA MEDIDA PROVISÓRIA AUTORIZATIVA PARA MANUTENÇÃO DESSAS CONTRATAÇÕES TEMPORÁRIAS TENDO EM VISTA JÁ NÃO VIGORAR O ESTADO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.

PARA RETRATAR A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA QUE A PERDA DESSES PROFISSIONAIS REPRESENTAM PARA UMA REDE QUE AINDA DETÉM 940 LEITOS FECHADOS POR FALTA DE RECURSOS HUMANOS REPRODUZIMOS ABAIXO O APURADO COM AS RESPONSÁVEIS TÉCNICAS DE ALGUNS DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM NA REDE:

Situação Cardoso Fontes.(sic)

“Após consulta ao cadastro de dimensionamento de pessoal de enfermagem concluímos que atualmente nossas escalas de serviços estão compostas por um total de 88 enfermeiros pelo 6º certame e 9 enfermeiros pelo 7º certame. Já com relação a equipe de auxiliares de enfermagem temos 52 pelo 6º certame e 48 pelo 7º certame. Ressaltamos também que durante o último ano tivemos demissões sem a devida reposição das vagas. Sendo assim essa Divisão manifesta extrema preocupação com o encerramento do sexto certame sem a viabilização de imediata reposição e/ou



Sindicato dos Trabalhadores Federais em Seguridade e Seguro Social no Estado do Rio de Janeiro
substituição adequada dos profissionais que já se encontram adaptados e treinados em nossa instituição.”

Situação Hospital Federal de Ipanema.(sic)

“No dia 01/12/2022,

Vamos perde do 6 certame.

82 enfermeiros.

95 técnicos de enfermagem.

Pode até informar, que dentro da computação dos enfermeiros, vamos perde as chefias da Central de material e esterilização, da Endoscopia Digestiva e do 6 andar.”

HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO (sic)

“No 6 certame temos 84 técnicos e 76 enfermeiros. No 7 certame temos 181 técnicos e 77 enfermeiros. Hoje o somatório dos certames representam p os enfermeiros 50% do efetivo.

E dentro desses profissionais estão as chefias das clínicas médicas e cirúrgicas. Quase toda a unidade de internação adulto”

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA (SIC)

“A Equipe de Enfermagem CTU do HFL é composta hoje da seguinte forma:

6 Certame : 114 Enfermeiros /89 TE

7 Certame: 35 Enfermeiros / 65 TE

No momento com a chegada dos novos CTUs leitos no setor de pediatria, CTI ped e clínica cirúrgica foram abertos, mantendo-se o quantitativo do sexto + sétimo certame.

Além dos leitos abertos com os servidores temporários do 7 Certame, caso não seja repostada a força de trabalho do 6 Certame, outros leitos fecharão por falta de pessoal.

A situação é preocupante, pois a força de trabalho será muito reduzida.

O HFL perderá até 1 de dezembro: 79 enfermeiros e 24 TE treinados.”



Sindicato dos Trabalhadores Federais em Seguridade e Seguro Social no Estado do Rio de Janeiro

COMO PODEM OBSERVAR A SITUAÇÃO É GRAVÍSSIMA E PODE INCLUSIVE SUSCITAR A INTERDIÇÃO ÉTICA DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES EM QUESTÃO TRAZENDO UM DANO IRREPARÁVEL A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE NOSSO ESTADO ONDE MILHARES DE PESSOAS AGUARDAM NAS FILAS DE CIRURGIAS O TRATAMENTO DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE.

DESTA FORMA ESTA ENTIDADE SINDICAL VEM POR MEIO DESTE REQUERER QUE MEDIDAS URGENTES SEJAM ADOTADAS NO SENTIDO DE SE PRESERVAR OS VÍNCULOS DE TRABALHO EXISTENTE NA REDE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E QUE SEJAM FINALMENTE INSTRUÍDOS OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA O PROVIMENTO DE CARGOS EFETIVOS POR MEIO DE CONCURSO PÚBLICO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO PARA A REDE FEDERAL.

DIRETORIA COLEGIADA SINDSPREV/RJ

GRUPO I – CLASSE V – Plenário
TC 015.144/2021-6.
Natureza: Auditoria.
Interessado: Tribunal de Contas da União.
Entidade: Hospital Federal da Lagoa.
Representação legal: não há.

SUMÁRIO: AUDITORIA OPERACIONAL. IDENTIFICAÇÃO DE POSSIBILIDADES DE MELHORIA NA EFICIÊNCIA DO HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA. ESCASSEZ DE PESSOAL, SOBRETUDO DE ENFERMEIROS. LEITOS IMPEDIDOS DE USO. TEMPO ELEVADO DE INTERNAÇÃO. ALTA TAXA DE CANCELAMENTO DE CIRURGIAS. PERFIL ASSISTENCIAL AFASTADO DAS NECESSIDADES DO PÚBLICO REFERENCIADO. RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

Trata-se de auditoria de natureza operacional realizada com o objetivo de identificar possibilidades de melhoria na eficiência do atendimento prestado pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL).

2. A seguir, transcrevo o relatório da fiscalização:

“(…)

1. Introdução

1. Trata-se de relatório de auditoria que visa analisar a eficiência do Hospital Federal da Lagoa, com foco em identificação de eventuais desperdícios de recursos, bem como testar e validar a minuta do documento Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares elaborada no âmbito do Relatório de Levantamento de Eficiência em Unidades Hospitalares Públicas (TC 015.993/2019-1). A fiscalização foi autorizada por meio de Despacho do Ministro Vital do Rêgo, datado de 20/5/2021, proferido nos autos do processo administrativo 012.921/2021-1 (peça 6).

Problema

2. Índícios de insustentabilidade do SUS indicados pelo Tribunal de Contas da União (TC 014.791/2019-6, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler) e elevados índices de ineficiência no sistema apontados pelo Banco Mundial (*in* Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017) são os problemas que levaram a Secretaria de Controle Externo da Saúde a configurar como um dos seus objetivos estratégicos “fomentar o aperfeiçoamento da gestão dos órgãos e entidades da área da saúde com foco na eficiência e qualidade dos serviços prestados”.

3. Segundo modelo de Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis - DEA*) concebido pelo Banco Mundial - BM, haveria 71% de ineficiência média nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS. O TCU desenvolveu análise similar utilizando uma base de dados diferente da que foi utilizada pelo BM, introduziu modificações nas variáveis, mas encontrou resultados parecidos, reforçando os indícios de baixo desempenho nos hospitais do SUS (peça 50 do TC 015.993/2019-1).

4. Diante desse contexto, percebe-se a necessidade de compreender com mais detalhes as causas desse potencial desperdício nessas unidades, uma vez que a perspectiva inicial do problema foi de uma visão geral. Assim, por meio de auditorias, pretende-se compreender quais são as grandes fontes de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que podem ser replicadas no país. Assim, diante de um maior amadurecimento sobre o problema espera-se trazer elementos mais consistentes para que os tomadores de decisão possam transformar a realidade em prol dos pacientes e do contribuinte.

5. A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e os seus resultados possam ser consolidados, está sendo testado um referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos. Este documento (peça 98) tem como base a identificação dos principais riscos à entrega de valor para o usuário dos serviços.

6. O conceito de valor que utilizaremos neste trabalho é o utilizado por Michael Porter (2010), o qual remete a ideia de entrega dos melhores resultados assistenciais pelo menor custo possível. Segundo o *Institute for Healthcare Improvement – IHI*, o inverso de valor é desperdício.

7. O Hospital Federal da Lagoa foi selecionado pela unidade técnica (SecexSaúde) para ser objeto do teste piloto a fim de verificar a pertinência dos parâmetros estabelecidos no mencionado referencial. O TC 036.007/2020-0 apresenta a produção de conhecimento que fundamentou a escolha da mencionada unidade para execução desta auditoria piloto.

Metodologia

8. A base metodológica utilizada neste trabalho é a versão 2 da minuta de referencial de auditoria para analisar a eficiência dos hospitais públicos.

9. Em breves palavras, são levantadas informações para construir a visão geral detalhada sobre o hospital, inclusive compreendendo suas relações com o ambiente externo. Neste processo parte-se dos aspectos mais gerais para os mais específicos, levantando-se os principais riscos para entrega de valor para os usuários dos serviços e para o contribuinte. Mais informações sobre a metodologia empregada neste trabalho estão na peça 118 do processo TC 015.144/2021-6.

Questões de auditoria

10. As questões de auditoria elaboradas foram decorrentes do processo mencionado no parágrafo anterior, dando origem à matriz de planejamento (peça 42).

11. As questões abordadas neste trabalho foram as seguintes:

Questão 1: O modelo de recrutamento de pessoal e seu correspondente quadro no HFL, no período de 2019 a 2021, gera algum prejuízo ao referido hospital, considerando o princípio constitucional da eficiência (art. 37 da CF)?

Questão 2: O processo de entrada de pacientes no HFL no ano de 2021 atende às necessidades do seu público-alvo, em sintonia com a Política Nacional de Regulação do SUS (Portaria de Consolidação nº 2, anexo 26, capítulo 1)?

Questão 3: O fluxo de atendimento dos pacientes clínicos no HFL, nos anos de 2019 a 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Questão 4: A taxa de suspensão de cirurgias no HFL, no período de abril de 2021 a agosto de 2021, atende aos parâmetros de excelência reconhecidos no meio hospitalar?

Limitações

12. Por se tratar do primeiro trabalho em hospital realizado pela equipe, utilizando-se o aludido referencial, pode-se mencionar que os auditores estão em processo de amadurecimento no tema.

13. No entanto, para mitigar o risco de auditoria, foi feita uma parceria com o Seção de Auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Seaud-RJ) a fim de viabilizar a participação da auditora Jaldeci Leite Silva como membro especialista da equipe. Além disso, a equipe teve o apoio e supervisão metodológica da Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o Controle Externo e o Combate à Corrupção (SOMA) / TCU, por meio do Diretor Antonio França da Costa.

14. Cabe mencionar, também, a parceria com o Dr. Welfane Cordeiro Júnior, médico intensivista e ex-coordenador do Projeto Lean nas Emergências, que ministrou um curso sobre gestão e eficiência hospitalar durante todo o período da auditoria e prestou suporte técnico à equipe.

15. Uma limitação importante para esse trabalho é o fato de ela ter sido realizada no ambiente virtual em virtude das medidas de segurança sanitária adotadas em reação à pandemia ocasionada pelo Covid-19.

2. Visão Geral

Aspectos gerais de sua história

16. De acordo com os dados históricos compulsados pela equipe de auditoria, em 1952 o grupo Sul América Seguros iniciou a construção do hospital para atender seus funcionários. O hospital foi concluído em 1958. À época, foram contratados os arquitetos Oscar Niemeyer, Hélio Uchôa, o paisagista Roberto Burle Marx e o artista Athos Bulcão para conceberem a estrutura.

17. Ao longo do tempo, o hospital chegou a ser destinado/denominado como hospital dos bancários. Em 1967, a unidade passou a pertencer ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passando a integrar o Governo Federal. A estrutura do hospital é tombada como patrimônio cultural.

18. Desde pelo menos a década de 1970, o hospital atende (quase) todas as especialidades. Sempre teve um perfil cirúrgico de média e de alta complexidade. Desse período até a atualidade, o hospital perdeu algumas especialidades por remanejamentos de equipes com outros hospitais do Rio de Janeiro. O primeiro ano que o hospital passou a receber residentes foi provavelmente em 1972.

19. Para o Dr. Vasco Lauria, ex-Diretor do HFL, a pior fase do hospital foi durante o período em que ele foi “municipalizado”, que ocorreu ao final dos anos 90 e permaneceu assim até 2005. Das doze salas cirúrgicas presentes na estrutura, chegou-se a se ter apenas quatro em operação. Algo semelhante ocorreu também com os leitos de UTI, que foram drasticamente reduzidos. No processo de “re-federalização”, o hospital teve o INCA (Instituto Nacional de Câncer) como patrono. Depois criou-se o DGH (Departamento de Gestão Hospitalar), que foi sucedido pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (SEMS-RJ), devido ao pertencimento direto à estrutura do Ministério da Saúde e sua orçamentação direta na LOA (Lei Orçamentária Anual).

20. Atualmente, o HFL se mantém como um hospital de média e alta complexidade de porta fechada. Durante a pandemia do Covid-19, a unidade foi posta como “hospital de retaguarda”. Um andar inteiro foi posto à disposição de internações de Covid e isso só foi possível devido a um acordo com a Rede D’Or, para fornecimento de recursos humanos complementares.

Figura 1 – evolução histórica da fachada do hospital.



Fonte: apresentação do setor de planejamento e gestão da qualidade do HFL.

Estrutura e serviços do HFL (capacidade)

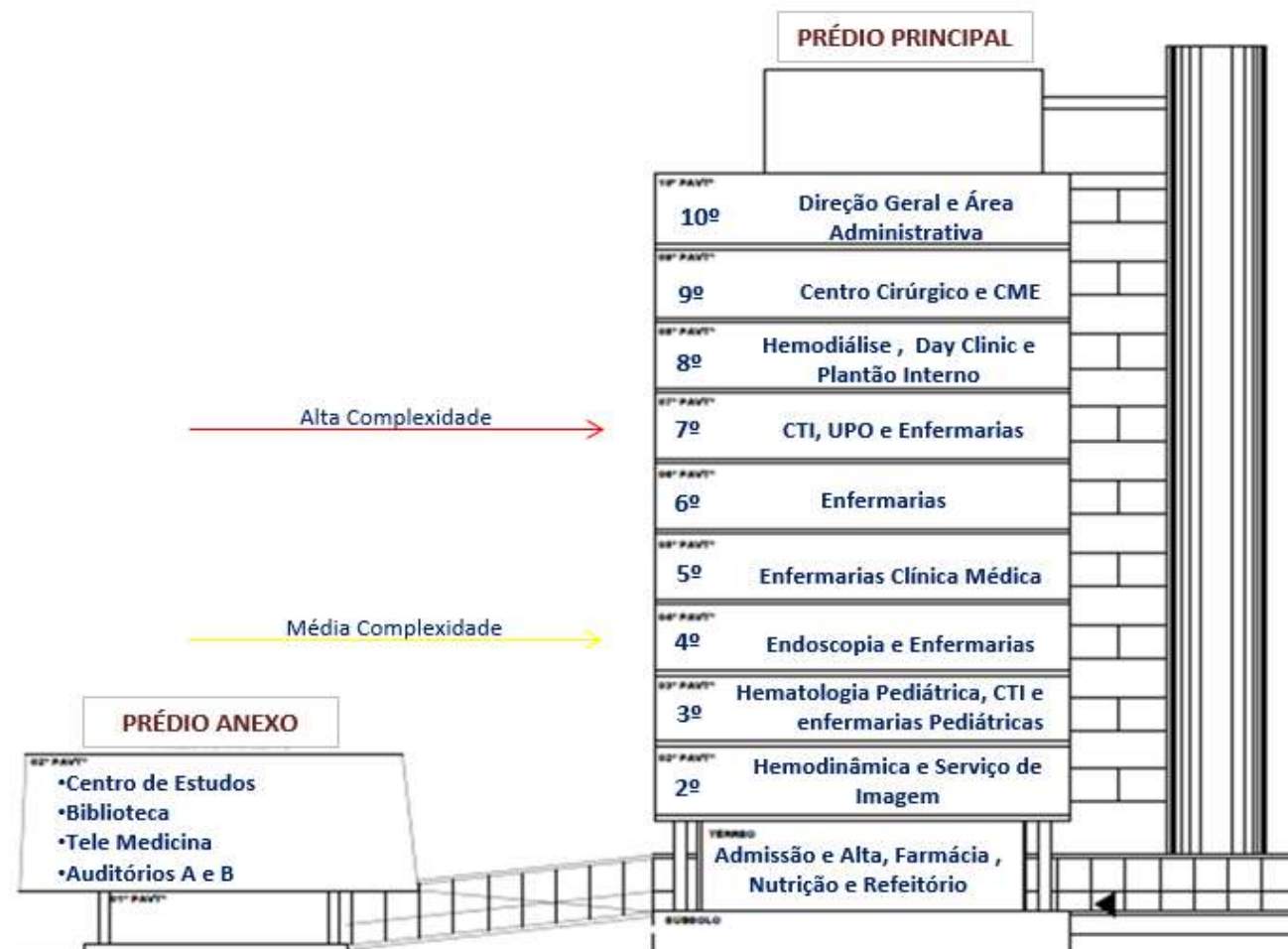
21. Trata-se de um hospital geral de porte médio e natureza pública que faz parte da administração direta da União, pois é um órgão do Ministério da Saúde. Presta serviços de média e alta complexidade, com capacidade para até 249 leitos voltados, especialmente, para atendimento cirúrgico em várias especialidades. Apesar disso, possui atendimento clínico, com destaques para o tratamento oncológico, inclusive pediátrico.

22. Tem em seu complexo (figura 2), um pequeno prédio ambulatorial de dois andares e um subsolo voltado, especialmente, para consultas e exames. Porém, sua maior estrutura é um prédio de dez andares, onde localizam-se as enfermarias, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva.

23. Tem atividade de ensino. O HFL possui prédio para moradia de residentes, chamada coloquialmente de “prediozinho” da rua Faro. Quase todas as especialidades recebem residentes e são credenciadas a cada cinco anos ao Ministério da Educação (MEC). As residências não têm vinculação a nenhuma universidade específica.

24. O detalhamento de toda a estrutura do hospital pode ser acessado na peça 55 (planilha 2.4).

Figura 2 – Esquema sobre a estrutura do HFL.



Fonte: equipe gerencial do HFL.

Estratégia e aspectos relacionados ao HFL na rede de atenção

25. A liderança do hospital menciona uma histórica vocação do HFL na prestação de serviços cirúrgicos. No entanto, ao analisar o histórico mais recente de produção do hospital (peça 27), percebe-se que não há uma especialização nos serviços prestados pelo hospital. Mesmo na área cirúrgica, há uma ampla diversidade de especialidades.

26. O mapa estratégico do hospital (peça 15) também não aponta um caminho específico de atuação, indicando como missão proporcionar atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade. Esse é um indicativo de que não se sabe qual o problema se pretende resolver. Não fica claro qual é o objetivo do hospital na rede assistencial. Essa ausência de definição do perfil assistencial dos hospitais federais foi destacada no item 9.1.1 do Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, sob relatoria do Ministro Bruno Dantas. No capítulo 3.2 deste relatório, serão adicionadas mais informações a esse respeito, especialmente os efeitos que essa indefinição de papel na rede traz no atendimento à demanda dos complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro/RJ.

27. Para a equipe do Proadi-SUS essa vocação deveria ser configurada de acordo com a demanda da rede de atenção. Os especialistas asseveraram que falta uma definição clara sobre o papel de cada hospital federal no estado do Rio de Janeiro.

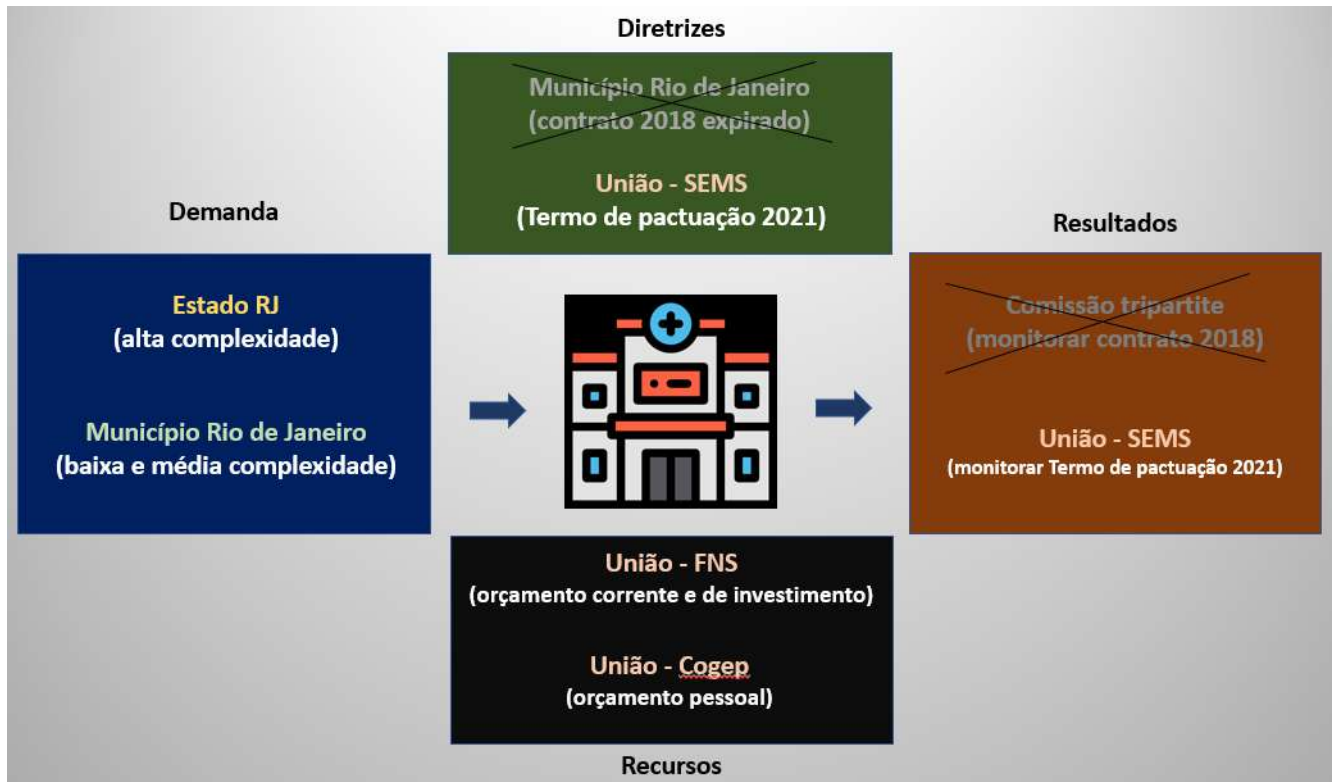
Estrutura de governança do HFL

28. Inspirado pelo Referencial Básico de Governança Organizacional do TCU, pode-se conceber governança como a aplicação de práticas de liderança, de estratégia e de controle, que permitem aos mandatários de uma organização pública e às partes nela interessadas avaliar sua situação e demandas, direcionar a sua atuação e monitorar o seu funcionamento, de modo a aumentar as chances de entrega de bons resultados aos cidadãos, os quais são os verdadeiros titulares dos recursos empregados.

29. Conforme mencionado acima, não se identificou na estratégia do HFL objetivos claros para sua atuação. Diante disso, há um desafio relevante para que os atores envolvidos possam direcionar as ações e monitorar seus resultados. O público-alvo do hospital é a população do estado do Rio de Janeiro, especialmente sua capital. Logo, as diretrizes deveriam atender as necessidades epidemiológicas desta região. No entanto, o vínculo do hospital é com a União, que atualmente exerce o direcionamento para suas ações, mas não tem um mecanismo sistemático para avaliação.

30. Abaixo segue um esquema resumido da estrutura que envolve o processo de governança do hospital.

Figura 3 - Estrutura de governança que envolve o HFL.



Fonte: elaboração própria, por parte da equipe de auditoria, com base nos documentos e informações fornecidas pelo HFL, SEMS/RJ, Cogep/MS, complexos reguladores do estado e da capital do Rio de Janeiro.

31. Percebe-se que não se tem a identificação de uma liderança única, gerando um aparente conflito de competências entre os entes. Esse fato será mais bem explorado no capítulo 3.2 sobre as entradas da demanda no HFL.

32. Internamente, o hospital se organiza conforme o esquema inserido no Anexo 1 deste relatório. Além da estrutura de assessoramento à direção do hospital, destacam-se no organograma as duas coordenações: administrativa e assistencial. Sob a perspectiva externa, verificou-se que a União é responsável por suprir os recursos correntes e de investimento para o funcionamento do hospital por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Também está na esfera federal os recursos para área de pessoal, processados pela Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas – Cogep/MS.

33. A Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – SEMS/RJ também tem potencial participação na função gerencial perante o HFL. Está em vigência um termo de pactuação de metas dessa Superintendência com o HFL (peça 19). Apesar de a SEMS/RJ mencionar que tem recebido os indicadores do HFL, afirmou que não atua gerencialmente sobre eles ainda (peça 39 – extratos).

34. Em que pese essa atuação gerencial da SEMS/RJ, o hospital tem uma relação funcional mais próxima do município do Rio de Janeiro, o qual é o responsável por boa parte da regulação do acesso às vagas dos serviços prestados pelo HFL. De acordo com o contrato de 2018 (com vigência expirada) e o esboçado em 2020, mas não assinado, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ (peças 95 e 18), seria competência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de

Janeiro/RJ – SMS/RJ identificar os problemas e definir as prioridades no âmbito municipal, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde sob gestão municipal e monitorar o aproveitamento das vagas oferecidas pela unidade federal para consultas de primeira vez, tomando medidas, quando for o caso, para redução do absenteísmo e da ociosidade de modo que ocorra o seu melhor aproveitamento possível.

35. O estado também se relaciona funcionalmente com o hospital, regulando as vagas referentes a algumas especialidades.

36. No âmbito dos contatos de 2018 e 2020 mencionados acima, entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, existia a previsão de uma comissão de acompanhamento tripartite que seria prevista em ato normativo do Ministério da Saúde e instituída pelo gestor local, que deveria se reunir, no mínimo, trimestralmente. Caberia a esta comissão avaliar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas descritas nesses contratos, avaliar a compatibilidade da produção assistencial com a capacidade instalada e adequar as metas pactuadas e outras adequações que se fizerem necessárias. No entanto, essa comissão não foi instituída pelo Ministério da Saúde.

Orçamento e incentivos

37. O Hospital Federal da Lagoa possui, na prática, duas grandes fontes de recursos. A primeira é o orçamento diretamente gerido pelo HFL, previsto na lei orçamentária anual (LOA) de cada exercício. Já a segunda fonte são os recursos destinados a pagamento de pessoal do hospital, os quais são custeados pelo orçamento de pessoal do Ministério da Saúde, gerida pela Coordenação-Geral de Pessoal (Cogep) do Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Recursos destinados ao HFL.

Exercício	Recursos próprios¹	Recursos de pessoal²	Total
2021*	R\$ 59.559.998,00	R\$ 95.555.517,46	R\$ 155.115.515,46
2020	R\$ 84.001.941,24	R\$ 171.002.579,50	R\$ 255.004.520,74
2019	R\$ 80.191.195,67	R\$ 175.599.971,70	R\$ 255.791.167,37
2018	R\$ 72.449.689,42	R\$ 172.089.117,16	R\$ 244.538.806,58
2017	R\$ 68.652.765,45	R\$ 161.089.380,02	R\$ 229.742.145,47
2016	R\$ 73.401.999,72	R\$ 137.143.052,42	R\$ 210.545.052,14

*Até 30 de junho (1º semestre)

¹Fonte: Tesouro Gerencial, disponibilizado pelo HFL, provisão orçamentária recebida.

²Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

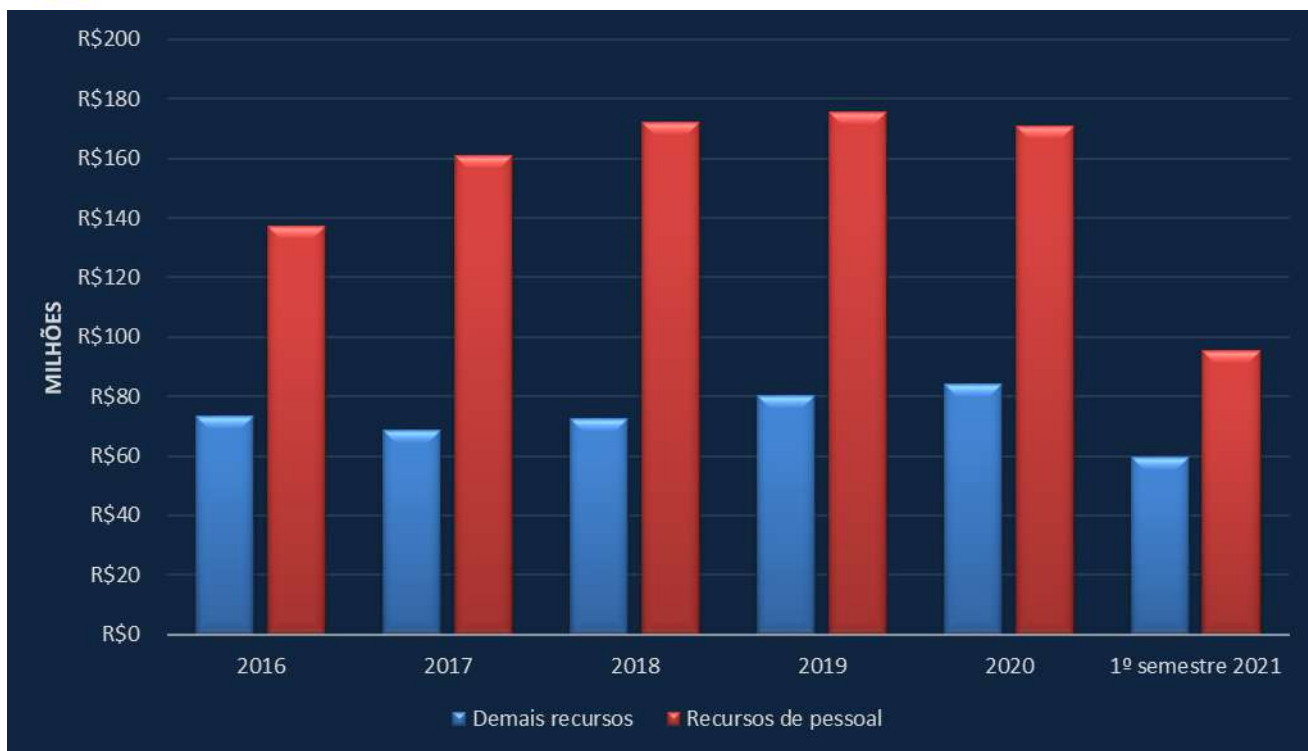
38. Embora os recursos destinados ao custeio de pessoal não seja uma fonte de recursos gerido diretamente pelo hospital, convém considerar também esse recurso na análise, pois é um recurso indispensável à operação da unidade hospitalar e de maior materialidade.

39. Os valores do orçamento próprio apresentados no quadro anterior correspondem à descentralização orçamentária propriamente dita para a unidade gestora do HFL. A despesa com pessoal, por sua vez, foi extraída do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), visto que a execução da despesa com pessoal ocorre de forma consolidada no Ministério da Saúde, não sendo possível extrações isoladas do HFL nas bases do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi). Dessa forma, dada essa limitação da disponibilidade da informação, os valores dos recursos geridos pelo hospital e os recursos destinados a salários não correspondem à mesma etapa da execução da despesa.

40. Os valores com despesas de pessoal apresentados no quadro supramencionado se referem a despesas custeados exclusivamente com recursos federais, incluindo servidores aposentados e pensionistas, não abrangendo as despesas com eventuais servidores estaduais ou municipais cedidos ao HFL.

41. Nada obstante, as despesas de pessoal apresentadas incluem servidores do HFL cedidos a outros órgãos, além de incluir salários com contratações temporárias.

Figura 4 - Recursos de pessoal total x demais recursos – HFL.

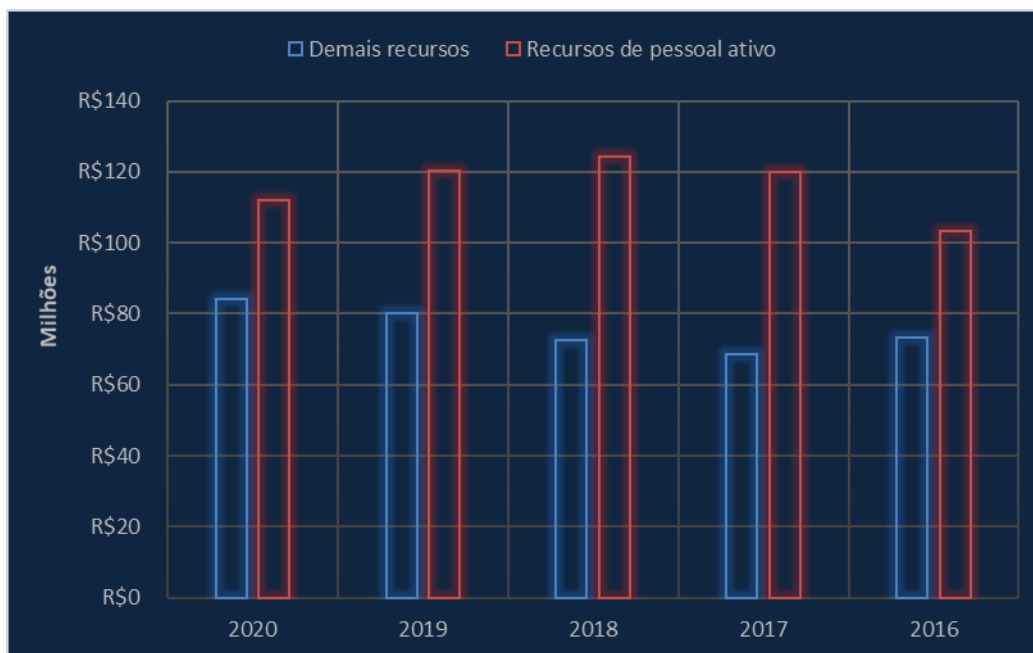


Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

42. A Figura 4 ilustra a materialidade e a relevância das despesas de pessoal da unidade em seu orçamento como um todo, correspondendo a aproximadamente dois terços de todos os recursos federais destinados a custear o HFL. Vale dizer, para cada R\$ 1,00 gasto com despesas que não sejam relacionadas à folha de pagamento, R\$ 2,00 são gastos com salários/aposentadorias/pensões e seus respectivos encargos.

43. Ao considerar apenas as despesas com pessoal ativo do hospital, o montante gasto com salários e encargos superam todas as demais despesas somadas. Os montantes estão plotados na figura a seguir:

Figura 5 - Recursos de pessoal ativo x demais recursos – HFL.



Fonte: Tesouro Gerencial e Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape).

44. A consistente aproximação das colunas ilustra os efeitos da não reposição de pessoal na composição da despesa, que reduz a diferença de ambos os montantes.

45. É apresentado a seguir um detalhamento das despesas de pessoal do HFL. Também é notável o reflexo da não reposição de pessoal com um crescimento consistente das despesas com aposentados e uma redução constante das despesas com pessoal efetivo ao longo dos anos.

Quadro 2 – Recursos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021 (R\$)	2020 (R\$)	2019 (R\$)	2018 (R\$)	2017 (R\$)	2016 (R\$)
Ativo permanente	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00
Car. Comissão	72.256,70	194.891,95	123.783,57	198.829,15	151.320,39	358.701,00
Contr. temporário	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Ativ. outro órgão	31.636,82	68.040,63	54.892,12	106.205,36	0,00	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22
Cedido	642.173,35	1.282.387,97	1.272.201,37	1.428.002,16	1.640.953,32	1.503.852,45
TOTAL	95.555.517,46	171.002.579,50	175.599.971,70	172.089.117,16	161.089.380,02	137.143.052,42

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

46. Conhecendo o orçamento da unidade, buscou-se levantar o total de saídas hospitalares (altas + óbitos) anuais, a fim de comparar os recursos alocados no HFL por saída hospitalar. Porém, após apreciação de versão preliminar deste relatório, os gestores do HFL esclareceram que o número de saídas hospitalares informado pelo próprio hospital não era condizente com o total de internações registradas

anualmente. O motivo alegado é que as saídas de pacientes com alta no mesmo dia da internação (paciente hospital dia) não são contabilizadas no e-SUS *report*, sistema usado para gerar a informação de altas (peça 120).

47. A direção do hospital, em alternativa ao número de saídas hospitalares, informou também o total de internações em 2019 e 2018, que totalizaram 10.924 e 10.070 internações, respectivamente. Há uma diferença de 3.598 e 3.446 internações a mais do que saídas hospitalares, quantidade muito superior ao número de leitos do HFL, o que comprova a inconsistência dos dados de saídas originalmente informados (peça 120, 121 e 122).

Quadro 3 – Saídas hospitalares x internações.

Exercício	Saídas Totais	Internações Totais	Diferença
2020	4852	Não informado	#
2019	7326	10.924	-3.598
2018	6624	10.070	-3.446
2017	6962	Não informado	#
2016	7020	Não informado	#

Fonte: Hospital Federal da Lagoa, 1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 120 e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS (peça 121 e 122).

48. Apesar dessa limitação, é possível apurar a relação de receita alocada no HFL por internações para os exercícios de 2018 e 2019.

Quadro 4 – Receita por internação.

Exercício	Orçamento Próprio (a)	Pessoal Ativo (b)	Receita Total (a+b)	Internações Totais	Receita por internação
2019	R\$ 80.191.195,67	R\$ 120.326.033,63	R\$ 200.517.229,30	10.924	R\$ 18.355,66
2018	R\$ 72.449.689,42	R\$ 124.367.328,86	R\$ 196.817.018,28	10.070	R\$ 19.544,89

Fonte: (i) Tesouro Gerencial, (ii) Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape) e (iii) Hospital Federal da Lagoa (1249/2021/HFL/RJ/SEMS/SE/MS e 29/2022/HFL/RJ/SEMS/SE/MS) peça 120.

3. Achados de auditoria

Capítulo 3.1 - Desafios do HFL na área de pessoal

49. O HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em relação ao seu perfil de qualificação, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital, principalmente por carência de enfermeiros (nível superior e médio) e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal utilizado para manter a força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada.

Descrição da situação encontrada

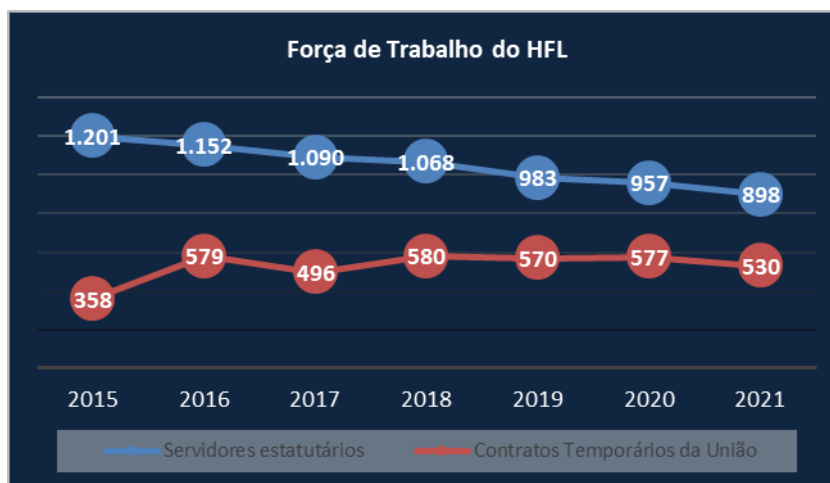
Critério

50. Os principais critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada foram: Resolução Conselho Federal de Enfermagem - Cofen 543/2017 - Dimensionamento de enfermagem; Lei 8.745/1993 (Lei do CTU), especialmente os dispositivos que ressaltam a vigência limitada do contrato e as circunstâncias em que esse regime de recrutamento deve ser aplicado; Lei 8.112/1990; arts. 13 e 14, da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Anvisa 7/2010 - Requisitos mínimos para funcionamento de UTI.

Reposição do quadro de servidores, por meio de temporários, aquém do número de aposentadoria nos últimos cinco anos.

51. Ao cotejar os relatórios de gestão produzidos pelo HFL de 2015 a 2019 e as documentações encaminhadas pela instituição, verificou-se um constante ritmo das aposentadorias dos servidores estatutários em contraposição a uma manutenção do quantitativo de Contratos Temporários da União - CTUs desde 2016, com a diminuição deste tipo de contratação nesse ano. Assim, constata-se que ao longo dos últimos cinco anos não está ocorrendo a devida reposição dos servidores estatutários. O gráfico 1 abaixo retrata a situação.

Gráfico 1 – Evolução histórica da força de trabalho do HFL.



Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e resposta aos Ofício Fiscalis 107/2021 – 1.

52. Para reforçar os dados acima, observa-se o quadro abaixo com o detalhamento das despesas de pessoal do HFL atinentes aos principais vínculos, no qual fica evidenciado o crescimento dos gastos com os aposentados, com aumento de 72% no comparativo entre 2016 e 2020. Nessa linha, os gastos com pensionistas aumentaram 260% no mesmo comparativo. Em contraposição, houve uma queda de

20% dos gastos com servidores estatutários do HFL. Já os gastos com os CTUs mantiveram-se, basicamente, constante entre os anos de 2018 e 2020.

Quadro 5 – Gastos com pessoal detalhado por vínculo.

Vínculo	1º sem. 2021 (R\$)	2020 (R\$)	2019 (R\$)	2018 (R\$)	2017 (R\$)	2016 (R\$)
Estatutário HFL	40.737.392,46	81.987.057,88	88.583.294,83	94.987.301,10	102.269.248,55	101.427.244,75
Aposentados	28.881.847,87	57.448.256,68	53.955.841,30	46.628.001,87	39.986.624,23	33.207.791,00

Contr. Tempor.	24.199.358,48	28.345.460,35	30.291.861,74	27.646.991,09	16.044.433,70	0,00
Pensionista	990.851,78	1.676.484,04	1.318.096,77	1.093.786,43	996.799,83	645.463,22

Fonte: Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (Siape), disponibilizado pela Cogep-MS.

53. A equipe de fiscalização realizou diversas entrevistas com as chefias de vários setores do HFL e, todos foram uníssonos sobre a carência de pessoal, principalmente no quadro de enfermagem (nível superior e nível médio) e algumas especialidades médicas, notadamente anestesistas. Assim, a equipe requisitou à instituição que discriminasse o quantitativo necessário de profissionais para atender plenamente a capacidade da instituição e que será encaminhada ao MS no próximo certame. No quadro abaixo, serão destacadas apenas as carências de enfermeiros e de anestesistas, como exemplos.

Quadro 6 - Necessidades de pessoal em especialidades relevantes, sob a perspectiva do HFL.

Categoria	Servidor + Cedidos + FS	CTU	Total existente	Aposentáveis (1)	Abono (2)	Total existente (1+2)	Necessidade
Médico – Anestesiologia	22	14	36	1	3	32	20
Auxiliar/Tec. de Enferm.	359	92	462	53	27	382	197
Tec. de enferm. (instr. cir.)	0	0	0	0	0	0	33
Enfermeiro	70	111	183	15	15	153	50

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.1, alíneas “a” e “b”.

54. Com base especialmente na resposta à requisição da equipe de auditoria e na análise dos extratos de entrevistas, serão destacadas a seguir algumas constatações.

55. Em primeiro lugar, vale ressaltar o grande déficit no quadro de enfermagem, tanto de nível médio quanto de nível superior, que representam juntos aproximadamente 50% das vagas que o hospital pretende solicitar ao MS. Convém mencionar que para o cálculo do quadro necessário de enfermagem, o hospital utilizou a Resolução Cofen 543/2017, que estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo das diferentes categorias de enfermagem. Já as especialidades médicas que necessitam ao todo de 149 profissionais, as que mais carecem, nessa ordem, são: anestesiologia (20), clínica médica (18), intensivista (18) e radiologia (11).

56. Os gestores do HFL apontam a necessidade de acréscimo de 613 novos funcionários em 92 categorias profissionais para o pleno funcionamento de todas as instalações da instituição, número muito superior ao solicitado pela instituição em 2018 (151) e 2019 (368). Para esse cálculo, o HFL excluiu do quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento, os profissionais que estão recebendo abono permanência e os aptos a se aposentarem nos próximos cinco anos, o que poderá levar a excesso de pessoal na instituição, se no próximo certame as necessidades estabelecidas forem todas atendidas pelo Ministério da Saúde (MS) com aval do Ministério da Economia (ME), tendo em vista que os servidores que recebem abono não se aposentarão de imediato e em período único, bem como os outros servidores só preencherão os requisitos da aposentadoria ao longo de cinco anos.

57. Depreende-se, também, que o hospital apontou a necessidade de 46 novas categorias profissionais (totalizando 155 contratos) que não compõem o atual quadro funcional, tais como: técnico em

instrumentação cirúrgica; farmacêutico-oncologia; enfermeiro (hemoterapia e neonatologia); nefrologista transplantante, entre outros. Sobre isso, vale mencionar que a contratação de profissionais especialistas em determinadas áreas pode suprir a deficiência, relatada pelos gestores, de profissionais pouco preparados para o porte do HFL, que atende média e alta complexidade, é eminentemente cirúrgico e forte no tratamento oncológico. Entretanto, em linha com o entendimento da equipe do Proadi-SUS (consultoria Lean nas Emergências, em agosto de 2020), a

grande variedade de especialidades, especialmente da área médica, pode gerar ineficiência e pouca especialização da instituição, pois não há ganho de escala e aumenta-se o risco para paciente, pois o hospital acaba pulverizando procedimentos, mas em pouca quantidade.

58. Diante do exposto, em que pese alguns apontamentos supramencionados, ficou evidenciado que a reposição dos servidores aposentados, por meio de temporários, está aquém das necessidades da instituição, cada vez mais demandada pela rede de atenção à saúde, como será evidenciado no capítulo 3.2 deste relatório.

Aposentadorias e os problemas decorrentes do envelhecimento do quadro de pessoal

59. A equipe de fiscalização identificou como uma das causas para insuficiência de pessoal frente à estrutura da instituição, o envelhecimento do quadro de servidores estatutários do HFL e os seus efeitos, tais como aposentadorias e afastamentos médicos.

60. Ressalta-se que, em 2005, ocorreu o último concurso realizado pelo Ministério da Saúde (MS) para provimento de cargos nos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro/RJ, tendo a posse da maioria dos aprovados ocorridas até 2010. Desde então, para suprir as necessidades dessas instituições, o MS tem se socorrido de CTUs. Assim, os últimos servidores estatutários já têm no mínimo dez anos de serviço.

61. Em entrevista com a chefe do Setor de Enfermagem do HFL, foi relatado que a equipe de enfermagem estaria envelhecendo com muitas comorbidades, principalmente as de natureza ortopédica e psiquiátrica, ultimamente em razão da pandemia. Com base em documentos requisitados na auditoria, constatou-se que 101 servidores estão recebendo abono permanência, ou seja, já preencheram os requisitos de aposentaria, e que a saída de todos os servidores representaria um decréscimo de 11,24% dos atuais estatutários. Nessa linha, verificou-se que 115 servidores são elegíveis a aposentadoria nos próximos cinco anos, mediante o cumprimento dos requisitos de tempo e idade, o que representaria um decréscimo de 12,80% dos atuais estatutários, e que somados ocorrerá uma perda de 24% nos próximos anos.

62. Com efeito, algumas categorias sofrem mais com tais eventos (aposentadorias e envelhecimento). Os médicos, por exemplo, possuem 27,31% do quadro de estatutários nesta situação, os enfermeiros (NS) 41,67% e os auxiliares de enfermagem (NM) 21,50%. O quadro abaixo mostra os cargos que apresentam maiores riscos.

Quadro 7 – Número de profissionais que estão em condições ou próximos a aposentadoria em especialidades importantes para o funcionamento do hospital.

Categoria	Abono	Aposentáveis
Auxiliar de Enfermagem (AE)	27	53
Enfermeiros (Enf.)	15	15
Médicos (diversas especialidades)	24	41
Total	66	109

Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, subitem 2.2.

63. No quadro de enfermagem, há 184 AE com idade superior a cinquenta anos. O último concurso para nível médio ocorreu em 1994, com posse, ocorrida em 1995, para quase todos os servidores. Assim, deduz-se que quase todos os AE estão com no mínimo de 25 anos de serviço na instituição. Acrescenta-se, ainda, que as atividades desenvolvidas por esses profissionais, envolvem esforço físico, resistência, concentração e movimentos finos, e que com a idade mais avançada e os problemas decorrentes, por consequência, afeta o rendimento do profissional, impactando na escala, na necessidade de aumento de servidores, consoante relato da chefe de enfermagem do HFL.

64. Outrossim, a aposentadoria dos servidores apresenta um elevado risco de perda de conhecimento acumulado, o que pode ocasionar disfunções ao ambiente organizacional e às atividades institucionais, pois com o aumento dos temporários e suas limitações (alta rotatividade), cabe, quase que exclusivamente, aos servidores estatutários o processo de repasse do conhecimento sobre a cultura, os processos internos e as rotinas da instituição. Acrescenta-se, ainda, o esgotamento dessa dupla atribuição, tendo em vista que os servidores precisam executar suas atribuições e ensinar aos novatos as rotinas e procedimentos, basicamente, todos os anos.

Tese fixada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário – RE nº 1014286, representativo do Tema nº 942 da Repercussão Geral.

65. Outro fator que pode potencializar o número de aposentadorias decorre de julgamento de recurso extraordinário interposto pelo Estado de São Paulo contra acórdão lavrado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP), fixando a seguinte tese para o Tema 942 da Repercussão Geral:

Tema 942

Possibilidade de aplicação das regras do regime geral de previdência social para a averbação do tempo de serviço prestado em atividades exercidas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física de servidor público, com conversão do tempo especial em comum, mediante contagem diferenciada.

5. Recurso extraordinário desprovido, com fixação da seguinte tese: “Até a edição da Emenda Constitucional nº 103/2019, **o direito à conversão, em tempo comum, do prestado sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física de servidor público** decorre da previsão de adoção de requisitos e critérios diferenciados para a jubilação daquele enquadrado na hipótese prevista no então vigente inciso III do § 4º do art. 40 da Constituição da República, devendo ser aplicadas as normas do regime geral de previdência social relativas à aposentadoria especial contidas na Lei 8.213/1991 para viabilizar sua concretização enquanto não sobrevier lei complementar disciplinadora da matéria. Após a vigência da EC n.º 103/2019, o direito à conversão em tempo comum, do prestado sob condições especiais pelos servidores obedecerá à legislação complementar dos entes federados, nos termos da competência conferida pelo art. 40, § 4º-C, da Constituição da República”.

66. Ressalta-se que para a efetivação do direito à conversão de tempo especial em tempo comum exercido até 13/11/2019, nos termos da EC 103/2019 e na forma da tese do STF para o Tema 942 da Repercussão Geral, devem ser aplicados os fatores de conversão previstos no § 5º do art. 188-P do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999), conforme o quadro abaixo.

Quadro 8 – Fatores de conversão para aposentadoria (Decreto 3.048/1999).

Tempo a converter	Multiplicadores	
	Mulher (para 30 anos de contribuição)	Homem (para 35 anos de contribuição)
De 15 anos	2,00	2,33
De 20 anos	1,50	1,75
De 25 anos	1,20	1,40

Fonte: art. 188-P, § 5º, do Regulamento da Previdência Social (Dec. 3.048/1999).

67. Assim, com a fixação do STF quanto à possibilidade de conversão do tempo especial em comum, poderá ocorrer um aumento expressivo nas aposentadorias dos servidores da área assistencial do HFL, tendo em vista que servidores dessa área (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros) poderão se aposentar com 25 anos de contribuição completados antes 13/11/2019, desde que comprovem que as atividades exercidas eram realizadas sob condições especiais, nocivas à saúde ou à integridade física.

Absenteísmo

68. O absentismo é outro fator que impacta na quantidade de profissionais e, por conseguinte, nos serviços prestados à população. Ao examinar os relatórios de gestão e considerar comentários dos gestores corrigindo dados divulgados nesses relatórios, de 2015 a 2019, se tem as seguintes quantidades de afastamentos.

Quadro 9 - Evolução dos afastamentos por dia no HFL.

Afastamentos	2015	2016	2017	2018	2019
Licença médica	21.932	21.209	16.246	17.005	17.778
Licença maternidade	5.451	3.932	3.900	5.040	4.361
Licença por doença em pessoa da família	1.377	1.174	1.567	1.452	1.355
Faltas	1.033	628	886	1.606	641
Total dos Afastamentos	29.408	26.856	25.268	27.481	25.484

Fonte: Relatórios de Gestão do HFL de 2015 a 2019 e complemento do HFL (peça 124).

69. Originalmente, os dados sobre licenças extraídos dos relatórios de gestão apresentavam uma inconsistência na unidade de medida. Até 2016, os dados divulgados não levavam em conta os dias de afastamento, mas apenas os eventos. A partir de 2017, segundo a Direção-Geral do hospital, passou-se a contabilizar os dias de afastamento. Isso provocava um salto abrupto nos dados originais relativos aos afastamentos de 2016 para 2017 (que já estão corrigidos pelo HFL no quadro acima). Segundo a direção, esse controle diário só foi possível devido à implantação de ponto eletrônico.

70. Não obstante essa explicação, o controle de afastamentos que o HFL desempenhava até 2016 não era consistente. De posse dos dados originais (antes da última correção), a equipe de auditoria, estimando os dias de afastamento a partir dos eventos de afastamento, chegou a números incompatíveis com o quadro de pessoal do HFL. Em 2015, havia 518 eventos de afastamentos por licença maternidade. De acordo com o HFL, cada licença poderia implicar até três eventos, pois seriam possíveis até duas prorrogações por licença.

71. Assim, de acordo com a explicação do HFL, 518 eventos de afastamento por licenças maternidade em 2015 deveriam corresponder a, no mínimo, 172 licenças maternidade ($518 \div 3$). Esse número de licenças não é compatível com os dias de licença maternidade informados para 2015 (5.451 dias). Com efeito, considerando 120 dias em média de afastamento por licença maternidade (número conservador, pois com prorrogações pode-se chegar a 180 dias), chega-se a 20.720 dias de afastamento [$(518 \div 3) \times 120$], número aproximadamente quatro vezes maior do que o informado pelo HFL (peça 124) e reproduzido no quadro anterior.

Modelo de reposição de pessoal com contratos precários

72. Como já mencionado, desde 2010, o MS tem se socorrido de contratações temporárias (CTUs) para suprir as necessidades dos hospitais e institutos federais no Rio de Janeiro. Tal medida tem sido baseada na suposta manutenção da situação de calamidade pública no setor hospitalar do Município do Rio de Janeiro, com fulcro no art. 2º, inciso I, da Lei 8.745/1993 e no Decreto 5.392/2005.

73. Ao examinar o processo de seleção de CTUs encaminhado pela Cogep/MS (peça 53), constata-se que a Consultoria Jurídica junto ao MS (Conjur/MS) concluiu pela viabilidade jurídica do pedido de contratação temporária, sem vislumbrar óbices de índole constitucional e legal ao prosseguimento da proposta, tendo condicionado à observância do Decreto 9.739/2019, bem como da Instrução Normativa (IN) 1/2019 do Ministério da Economia (ME). Outrossim, o referido parecer recomendou a adoção de providências necessárias à realização de concurso público, tão logo se obtenha o resultado do dimensionamento de pessoal nos Hospitais Federais do Rio de Janeiro que está em andamento, com o propósito de que a carência de recursos humanos retratada no presente feito seja suprida por força de trabalho permanente.

74. O ponto fulcral sobre esse modelo de contratação é a utilização do Decreto Federal 5.392/2005, o qual decretou o estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS no estado do Rio de Janeiro, como fundamento para realização de contratações temporárias (Lei 8.745/1993), que se destina a necessidade temporárias de excepcional interesse público. Diante disso cabe, no mínimo, os seguintes questionamentos: se o aludido estado de calamidade perdura até hoje nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, passados dezesseis anos, ele não se tornou permanente, afastando sua temporariedade? Nessa toada, para solucionar ou mitigar problemas de tal ordem ou grandeza não exigem medidas de caráter permanente ou de longo prazo?

75. Importa resgatar que o referido Decreto teve os seus dispositivos incisos “V” e “VI” do art. 2º e § 1º e 2º também do art. 2º impugnados no Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF, Ministro Relator Joaquim Barbosa, cuja decisão afastou os efeitos dos referidos dispositivos. Embora os dispositivos em questão não sejam fundamentos para as contratações emergenciais, o voto do Ministro Relator **expõe vícios que afetam todo seu conteúdo**, mas que não foram objeto de apreciação pela Suprema Corte por não fazerem parte da causa de pedir do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52).

76. Com efeito, o Decreto 5.392/2005 possui vício de motivação. Isto é, não há qualquer alusão objetiva aos fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, tão somente uma menção genérica de uma “situação dramática” decorrente de “deficiências das ações e serviços de saúde do município do Rio de Janeiro”. Expõe-se excerto do voto (Peça 52, p. 34-35):

[...] ao examinar o ato presidencial ora impugnado, nele não vejo nenhuma alusão precisa aos motivos (de fato ou de direito) que foram determinantes na prática do ato de requisição dos hospitais municipais.

O ato não faz alusão a nenhum fato ou circunstância, comportamento, ato jurídico praticado pelo município do Rio que tenha conduzido o presidente da República a editar o decreto. Ao que tudo indica, nem mesmo uma singela exposição de motivos da autoridade subordinada informou a tomada de decisão do Excelentíssimo Senhor Chefe de Estado, documento ao qual S. Exa. poderia remeter como indicativo dos motivos que o estariam levando à prática do ato ora impugnado. [...]

77. Além de não expor os fatos que ensejaram a decretação do estado de calamidade, o Decreto 5.392/2005 não estabelece prazo de vigência ou a atrela a circunstâncias que possam ser objetivamente verificadas. De acordo com o relator do Mandado de Segurança 25.295-2/2005-STF (Peça 52, p. 35-36):

[...] Entendo, por outro lado, que o ato presidencial é também parcialmente irregular quanto a outro elemento essencial do ato administrativo: a finalidade.

De fato, examinando-se o ato atacado, percebe-se num de seus *considerando*, que as medidas tomadas têm como finalidade precípua atender as ‘necessidades de ações para atendimento emergencial na área da saúde’ do Rio de Janeiro.

Sem dúvida, a finalidade é absolutamente legítima. Mas por quanto tempo? Qual o período de duração das medidas, que são por natureza de caráter excepcional?

O decreto, em seu art. 2º, diz o seguinte: ‘enquanto durar o estado de calamidade referido no art. 1º [...]’.

Ora, pela própria natureza excepcional da medida, consistente em requisição de bens integrantes do patrimônio de uma entidade política, seria imperioso que o ato presidencial estipulasse de maneira explícita não apenas a finalidade a que se destinam os bens requisitados, como está dito no decreto, mas também o prazo de duração da requisição.

Noutras palavras, seria imperioso externar não apenas a finalidade do ato praticado, mas também o lapso de tempo dentro do qual se estima que essa finalidade possa ser atingida. [...]

78. Além dos vícios de motivação e de finalidade na sua essência, essa modalidade de contratação tem gerado prejuízos no desempenho dos serviços assistenciais prestados pelo HFL, segundo seus gestores. Por ser uma contratação temporária, ela tem prazo certo para término, que no caso do HFL é de apenas seis meses (art. 4º, inciso I, da Lei 8.745/1993), podendo se prorrogar por até dois anos (art. 4º, parágrafo único, inciso VI, da Lei 8.745/1993). Isso implica que a cada nova contratação, cria-se uma necessidade de treinamento e adaptação concomitante de uma parcela significativa de profissionais do hospital.

79. Ademais, é relatado que, uma vez que a contratação se dá por vínculo precário, os colaboradores, com a aproximação do término da contratação, apresentam queda de desempenho pela ansiedade gerada pelo risco de desemprego e pela incerteza de ser novamente selecionado no novo processo de contratação ou de buscar emprego em outra instituição.

80. Ressalta-se que, em mais de uma entrevista com a chefia de enfermagem do HFL, foi pontuado que a rotatividade semestral ou anual de profissionais temporários impede a criação de vínculo com o hospital, em que pese muitos profissionais serem recontratados ao longo do tempo, alguns com mais de uma década na instituição. Segundo ela, o hospital investe em treinamento sem tempo hábil para aproveitar o aumento da qualidade e produtividade do profissional, e mudança constante provoca o esgotamento dos estatutários que ensinam a rotina da instituição aos novos contratados.

81. Os gestores do HFL também mencionaram que o processo de contratação de temporários não tem sido alinhado aos objetivos do hospital. Muitos profissionais selecionados, embora tenham experiência profissional prévia, não o tem na área em que o hospital precisa. Algumas vezes isso ocorreu até mesmo de forma grosseira. Citaram, por exemplo, que na última seleção (6º certame), foram alocados doze odontólogos, que não foram solicitados e não eram prioridade na unidade.

82. Relatam que o MS nunca atendeu plenamente as necessidades de servidores temporários tanto em termos quantitativo, quanto nas especialidades dos profissionais que atuam na instituição. Essa situação realmente tem potencial impacto na unidade dada a proporção dessa força de trabalho perante todo efetivo. No caso específico do HFL, atualmente, eles são 37% dos servidores que realizam a atividade assistencial e de apoio assistencial à saúde.

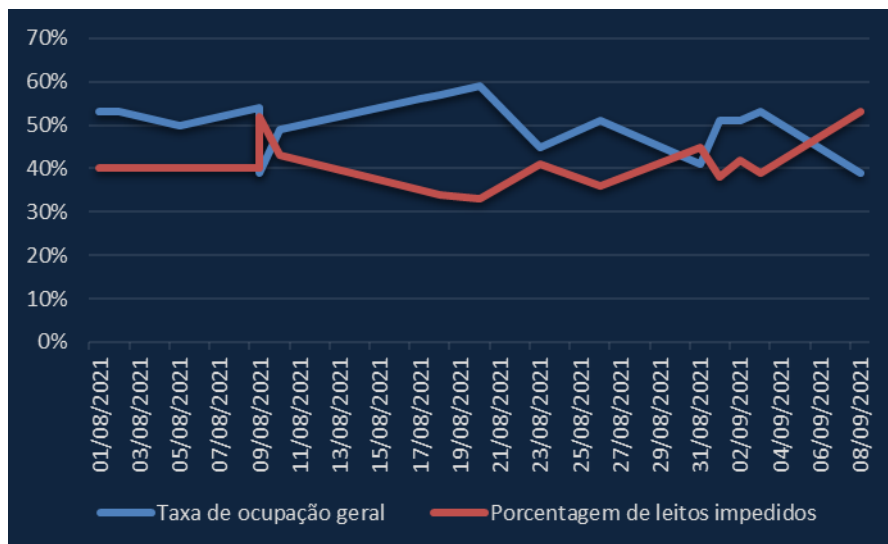
83. Esta falta de sintonia entre o que o hospital afirma ser sua carência e o que o Ministério da Saúde disponibiliza em termos de CTUs está evidenciada nos documentos encaminhados para a equipe de auditoria, apesar de não haver registros nos processos administrativos de qualquer limitação orçamentária ou necessidades de diminuição das vagas solicitadas manifestada por parte do MS ou Ministério da Economia (ME).

84. Ao compulsar os expedientes requisitados para o HFL, observou-se que, em 2018, foi solicitado 151 temporários, para vários cargos; em 2019, o pedido foi de 360 CTUs; e, em 2021, a planilha a ser encaminhada aponta para a necessidade de 613 temporários. Uma possível resposta para o aumento nas solicitações, decorreria das aposentadorias, mas elas não transcorreram na mesma proporção, pois de 2018 a 2019, ocorreram 85 aposentadorias; e, de 2019 até início de outubro/2021, ocorreram também 85 aposentadorias. Mais detalhes sobre os problemas relacionados à seleção de CTUs podem ser acessados na análise específica produzida pela equipe de auditoria (peça 58).

Efeitos da carência de pessoal no HFL

85. A equipe de fiscalização acompanhou o censo hospitalar, por meio da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (Subpav), no período entre 1/8 e 8/9/2021.

Gráfico 2 – Evolução dos leitos impedidos no HFL em agosto de 2021.



Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

86. Observou-se alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do HFL, tendo como principais justificativas a carência de enfermeiros e de médicos, responsáveis por aproximadamente 82% dos leitos impedidos. O restante é resultante de isolamento dos leitos e obras de manutenção. Acrescenta-se, ainda, que ao analisar a distribuição dos leitos impedidos entre os dias 31/8/21 e 3/9/21, observou-se que a insuficiência de enfermeiros foi responsável por 61% a 68% dos impedimentos e a carência de médicos responsável por 14% a 21%. Destaca-se, também, a baixa taxa de ocupação geral do hospital, não passando no período a taxa de 60%.

87. Assim, há relevante desperdício de recursos físicos no hospital. Tal conclusão fica ainda mais didática quando se depara com o quadro corriqueiro de impedimentos de leitos no censo hospitalar virtual, com grande quantidade de figuras em vermelho, representando os leitos impedidos do HFL. Este fenômeno também está sendo apurado pelo TCU nos demais hospitais federais (TC 020.437/2020-0).

Figura 6 – Representação do censo dos 249 leitos do HFL no dia 17/11/2021.

Fonte: plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro/RJ.

Proposta de encaminhamento

88. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

89. Com base no Guia prático de análise *ex post* de avaliação de políticas públicas, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL com o seguinte objetivo:

- a) definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede (decorrente do achado a ser exposto no capítulo 3.2 deste relatório); e
- b) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:
 - b.1) flexibilidade no recrutamento de pessoas;
 - b.2) a especialização do corpo técnico; e
 - b.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão.

Capítulo 3.2 - Disfunções no processo de entrada da demanda no HFL

90. Existem dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. O perfil assistencial do hospital não é bem delimitado. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, conseqüentemente, não direciona ou controla as ações assistenciais para satisfação do seu usuário (potencial e real).

Descrição da situação encontrada

Critério

91. As principais referências utilizadas como critério nesse capítulo são as diretrizes insculpidas na Política Nacional de Regulação do SUS (Anexo XXVI, Capítulo I, Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); a Portaria S/Subgeral nº 6/2015, que define regras para oferta,

utilização e regulação dos procedimentos ambulatoriais no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro/RJ; o documento descritivo que vigorou até fevereiro de 2020 entre o HFL e o município do Rio de Janeiro/RJ, datado de 1º/2/2018; e o termo de pactuação de metas em vigor acordado entre o HFL e a SEMS/RJ, datado de 19/3/2021.

Disfunções mencionadas pela regulação estadual e municipal

92. O HFL recebe demandas assistenciais tanto do complexo regulador do estado do Rio de Janeiro/RJ como de sua capital. No município do Rio de Janeiro/RJ, a regulação utiliza o sistema SIS-REG (Sistema Nacional de Regulação) para processar as demandas ambulatoriais de baixa e média complexidades (clínico ou cirurgias eletivas), que abrangem o universo de 178 unidades executantes; 358 unidades solicitantes; 92 municípios em 265 CNES solicitantes. Já o estado utiliza o sistema SER, onde são registrados todos os pedidos de internação, e executa a regulação das demandas de alta complexidade.

93. No âmbito da execução deste trabalho, foram realizadas oficinas virtuais junto às equipes do Complexo Regulador do estado do Rio de Janeiro, do Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro/RJ e do Núcleo Interno de Regulação do HFL para mapear o processo de regulação da oferta de vagas ambulatoriais e de internação para o HFL e identificar suas eventuais distorções no acesso dos pacientes (peça 60). Abaixo serão descritos os principais gargalos reportados especialmente pelas equipes dos complexos reguladores.

Acesso às vagas ambulatoriais

Quadro 10 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas ambulatoriais do HFL.

OFERTA de VAGAS		AGENDAMENTO do PACIENTE	ACESSO EFETIVO
Quantidade	Qualidade		
Baixa disponibilidade de vagas	Oferta incompatível com as necessidades da população	Liberação das agendas muito próximo do início da vigência	Existência elevada de faltas e ociosidade
Oferta irregular na quantidade de vagas	Ausência de oferta de procedimentos para os quais é habilitado		
	Critérios de inclusão do paciente desconexos com a capacidade instalada da unidade		
			Listas de espera de pacientes regulados para realização de cirurgias

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

Problemas na oferta de vagas do HFL

94. Ambas as equipes de regulação, do estado e da capital, reportaram problemas relacionados à oferta de vagas ambulatoriais no HFL, tanto quantitativa como qualitativamente. Essa expectativa frustrada dos reguladores se deve especialmente ao histórico de ofertas de vagas disponibilizadas pelo hospital e a sua estrutura e capacidade de prestação de serviços, que o habilita para acolher diferentes tipos de demandas ambulatoriais: consultas, exames e procedimentos.

95. Esse mapeamento histórico das ofertas do HFL também revela uma falta de regularidade no tipo de serviço que pode ser disponibilizado para a rede, causando prejuízos para a programação do acesso às vagas para os pacientes.

96. Tanto a regulação municipal quanto a estadual apresentaram exemplos e evidências da falta de regularidade na quantidade de vagas ofertadas nas diferentes especialidades. A regulação da capital apresentou diversos *prints* do Sisreg (peça 68) demonstrando essa carência e irregularidade de vagas desde 2017 nas mais diferentes especialidades. De maneira similar, a regulação estadual enviou *prints* do Sistema Estadual de Regulação – SER (peça 61) de janeiro a novembro de 2021 expondo o mesmo problema relatado pelo município.

97. Por exemplo, observou-se que, embora o HFL seja habilitado em cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista, as vagas ofertadas nessa seara foram apenas para implante de marcapasso – 52 vagas entre janeiro e outubro, com média de 5,2 vagas/mês. Nesse mesmo período, em ortopedia e traumatologia, não houve oferta de vagas para cirurgias de quadril. Em julho e agosto deste ano, foram ofertadas apenas três e sete vagas, respectivamente, para Arteriografia Periférica. Na especialidade de neurocirurgia, não houve oferta de vagas entre janeiro e junho de 2021.

98. Em que pese esse contexto, não se pode deixar de destacar que existem pelo menos dois fatores que prejudicaram essa oferta por parte da unidade auditada, especialmente nos últimos dois anos: a pandemia provocada pela Covid-19 e os problemas relacionados à parte de pessoal (relatados na seção 3.1 deste relatório). Em 27/8/21, por exemplo, o Diretor do HFL, em virtude do recrudescimento da pandemia de Covid-19, determinou (peça 97) a suspensão temporária dos atendimentos de “primeira vez” e redução de 50% dos atendimentos ambulatoriais. A situação se normalizou no final do mês de setembro de 2021, quando a oferta de vagas ambulatoriais voltaria a ser disponibilizada em outubro.

99. Vale destacar, de forma especial, a menção dos reguladores à configuração restritiva que o hospital estabelece como condição de acesso a algumas especialidades. Eles alegam que em algumas situações os critérios de inclusão dos pacientes são desconexos com a capacidade instalada da unidade.

100. Outro aspecto importante é que esse baixo nível de ofertas de vagas por parte do HFL contrasta com uma alta demanda na rede. Assim, essa limitação no acesso às vagas tem como efeito o crescimento das filas e, de uma forma geral, uma piora na entrega de valor para o restabelecimento da saúde da população. O gerenciamento da fila é responsabilidade dos complexos reguladores. Diante disso, os gestores trouxeram mais uma preocupação em decorrência disso, o baixo percentual de oferta de vagas para a regulação em comparação ao total de produção realizado pelo HFL e, conseqüentemente, a falta de transparência na gestão das vagas de retorno dos pacientes já acolhidos pelo hospital.

101. A Regulação municipal descreve como evidência um estudo comparativo (gráfico ao lado) entre oferta de vagas no Sisreg e produção registrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), de janeiro a julho de 2021. Na análise, observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Ao levantar a produção do HFL no SIA de janeiro a julho de 2021, no total de produção apresentada (209.417 procedimentos), 53.893 foram consultas médicas.



102. Dessa forma, menos de 10% do total de produção de consultas que aparecem como produção no SIA foram ofertadas para o Sisreg como reserva, não de consulta de 1ª vez. Isso contraria o parâmetro que existia de pelo menos 15% desse indicador, na cláusula 9, item 1 do quadro 3, do contrato de 2018 com a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro-RJ (SMS Rio).

103. Esses cerca de 92% de registros são, em tese, referentes às consultas de retorno, as quais não são reguladas pelos entes subnacionais. Os reguladores também destacaram que não conseguem visualizar nos sistemas disponíveis o itinerário dos pacientes após a consulta inicial no hospital.

Problemas no agendamento das vagas do HFL

104. Reguladores do estado e da capital revelaram problemas na liberação do agendamento de vagas ambulatoriais por parte do HFL. Foi demonstrado que a sinalização positiva para marcação

vem ocorrendo em datas muito próximas do início da vigência da agenda, prejudicando, ou, até mesmo, inviabilizando o comparecimento dos pacientes nos primeiros dias disponibilizados. Segundo os gestores da regulação da capital, há uma pactuação entre as partes a fim de que a agenda seja disponibilizada com antecedência de sessenta dias até o efetivo acesso do paciente.

105. Foram encaminhados diversos exemplos em diferentes especialidades da intempetividade mencionada (peças 62 e 68). Abaixo, ilustração prática sobre o problema. O exemplo demonstra a agenda programada para o dia 1/7/21 para início no dia seguinte, dificultando o uso das vagas na primeira semana da vigência da escala.

Figura 7 – Exemplo de liberação de agenda por parte do HFL com pouca antecedência.

HISTÓRICO DE ALTERAÇÃO DE ESCALAS												
Código Horário	Unidade	Profissional	Procedimento	Dia								
70130087	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	[REDACTED]	CONSULTA CIRURGIA VASCULAR - TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA NÃO ESTETICA	QUT								

Nº	Operação	Data / Hora	Operador	Hora da Escala	1ª vez - min	Retorno - min	Reserva - min	CBO	Quebra Automática	Vigência	Agenda	Status da Escala	Observação
1	Registro Incluído	01/07/2021 05:58:07	COORDENADORHFL	13:10:00 - 13:45:00	0 / 0	0 / 0	3 / 0	MEDICO CIRURGEAO VASCULAR	NÃO	02.07.2021 a 31.08.2021	Não Local	Inativo	Ver Obs.

Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro-RJ.

106. Isso se deve ao fato de que há pacientes que moram no interior do estado e, portanto, precisam se programar para se deslocar até o HFL. Além disso, o processo de marcação da visita é feito pela unidade solicitante, que precisa ficar atenta à liberação da agenda no sistema para, em seguida, tentar obter contato com o paciente para informá-lo sobre a data e o horário de comparecimento no hospital. Muitas vezes, esse processo não é rápido.

Problemas no acesso efetivo do paciente ao HFL

107. A questão abordada anteriormente, pouca antecedência na liberação das agendas, foi apontada pelos reguladores como um importante fator que colabora para o elevado índice de vagas disponibilizadas, mas não agendadas no HFL. Na planilha disponibilizada pela central de regulação municipal (peça 69), observa-se que, de janeiro a agosto de 2021, foram ofertadas 4.513 vagas de consulta médica de reserva para o Sisreg. Desse total, 3.812 foram marcadas, e ficaram 701 sem agendamento, ou seja, cerca de 16 % do total de vagas ofertadas (gráfico abaixo).



108. Segundo os reguladores municipais, a ausência de marcação assinalada também pode ocorrer pela falta de demanda para as vagas ofertadas. Esse é um outro importante entrave para o acesso efetivo do paciente aos serviços prestados pelo HFL. Nessa situação, ocorre ociosidade e desperdício de recursos. Essa é mais uma sinalização de falta de flexibilização da vocação do hospital em direção às verdadeiras demandas epidemiológicas da rede ao qual se insere.

109. Seguem abaixo, números desse fenômeno nas especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Quadro 11 – Especialidades mais ociosas no HFL de janeiro a agosto de 2021.

Especialidades	Total de Oferta Real 1ª Vez (Reserva)	Total Marcados	Total de vagas não agendadas
Consulta em Cirurgia Geral - Esôfago	31	8	23
Consulta em Cirurgia Plástica - Orelha	54	15	39
Consulta em Neurologia - Esclerose Múltipla	178	14	164
Consulta em Otorrinolaringologia Cirúrgica	397	253	144



110. Finalmente, cabe ressaltar a histórica existência de uma grande fila de espera interna para cirurgias no HFL. São designadas como internas, pois são compostas de pacientes que tiveram sua demanda processada pelo complexo regulador e já foram acolhidos inicialmente pelo hospital, mas não realizaram a cirurgia do qual necessitam.

Quadro 12 – Situação, em 4/10/21, da fila interna de pacientes no HFL aguardando cirurgia.

Contagem de Nome	Rótulos de Coluna									
	Rótulos de Linha									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total	Geral
CIRURGIA CARDÍACA									1	1
CIRURGIA COLOPROCTOLOGIA							1	1	22	24
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO							2		9	11
CIRURGIA GERAL							43	34	47	124
CIRURGIA GINECOLÓGICA						14	75	14	11	114
CIRURGIA OFTALMOLÓGICA					2	2	13	75	51	143
CIRURGIA ONCOLÓGICA									1	1
CIRURGIA ORTOPÉDICA		6	10	15	21	17	103	61	113	346
CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA					2	5	54	36	50	147
CIRURGIA PEDIÁTRICA								29	29	58
CIRURGIA PLÁSTICA						5	64	49	79	197
CIRURGIA TORÁCICA								2	19	21
CIRURGIA UROLÓGICA							5	9	61	75
CIRURGIA VASCULAR					3		34	23	73	133
ENDOSCOPIA DIGESTIVA									1	1
MASTOLOGIA							2	6	25	33
NEUROCIRURGIA					1	3	63	15	38	120
Total Geral		6	10	15	29	46	459	354	630	1549

Fonte: HFL.

111. O registro mais antigo desta fila interna que a equipe de auditoria obteve acesso é de 14/3/2019, em que o número de pacientes aguardando cirurgia era de 1.754, citada no relatório do Pro-adi-SUS “Lean no Centro Cirúrgico” (peça 32, slide 10). Ou seja, é um fenômeno que existe antes de a pandemia por covid-19 impactar o atendimento dos hospitais.

112. A resolução desta fila é uma preocupação da equipe da SEMS/RJ, uma vez que estabeleceu como meta no Termo de Pactuação (peça 19) o atendimento dos pacientes que aguardam para realizar essas cirurgias. A seguir, expõe-se o quadro atual da situação, em 4/10/2021. Chama atenção o fato de ainda existirem cerca de cem pacientes aguardando atendimento por parte do HFL desde os anos 2014 /2018, mesmo tendo sido já enviados pelos complexos reguladores e acolhidos na unidade.

Acesso às vagas de internação

Quadro 13 - Disfunções relatadas pela regulação estadual e municipal para acesso às vagas de internação do HFL.

Quantidade		Qualidade	
Baixa oferta de leitos	Indisponibilidade dos leitos vagos na unidade	Perfil da unidade pouco flexível para recebimento de pacientes	Triagem de casos
Cancelamento de oferta de vagas		Ausência de oferta de leitos para os quais é habilitado	Leitos registrados no CNES não representam a realidade de vagas ofertadas

Fonte: mapeamento de processo com a equipe dos complexos reguladores estadual (RJ) e municipal (Rio de Janeiro/RJ).

113. Na Plataforma SMS Rio (SMS Rio - Censo Hospitalar Público), o hospital tem seu perfil cadastrado, com informações sobre as especialidades, horários e condições dos pacientes que ele pode receber. Assim, os complexos reguladores estadual e municipal podem consultar, em tempo real, a situação de cada leito de todas as unidades cadastradas por meio de uma representação visual, semelhante um sistema de reservas, conforme demonstrado na figura 6 (capítulo 3.1 deste relatório).

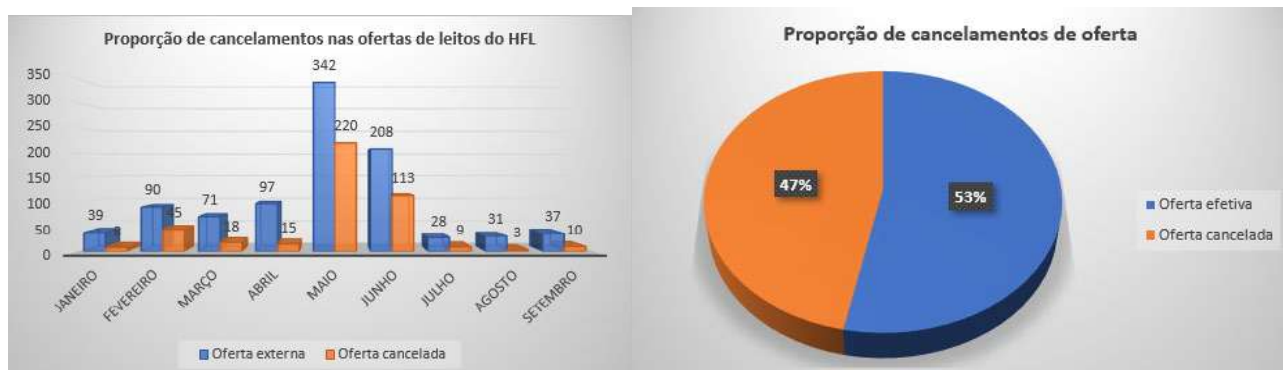
114. O Núcleo Interno de Regulação do hospital realiza diariamente o censo de seus leitos internamente. Nesta atividade, são alocados os pacientes que já estão no HFL. Caso haja algum leito cuja capacidade operacional esteja disponível, ele é liberado pela direção e ofertado na Plataforma SMS RIO. Com essa liberação, eles são ocupados por pacientes dentro do perfil indicado para a vaga. Caso sejam identificados leitos vagos há mais de 3 horas no referido sistema, excetuando-se leitos especializados, a Plataforma oferta o leito automaticamente para a regulação ocupá-lo com pacientes em espera. Apesar disso, todo o processo de solicitação da vaga é feito por meio do sistema SER.

Problemas na quantidade de oferta de leitos

115. De acordo com as equipes de regulação estadual e municipal a oferta de leitos espontânea, por parte do HFL, é “ínfima” ou “praticamente nula”. O acesso aos leitos é fruto de uma busca ativa por parte dos profissionais da regulação.

116. Grande parte da oferta de leitos que surgem no sistema é cancelada a pedido do HFL. Segundo a extração de dados da Plataforma SMS Rio, realizada pela equipe da regulação da capital carioca, foram canceladas 47% das vagas que surgiram após o censo diário feito pelo HFL, de janeiro a setembro de 2021.

Gráfico 3 – Cancelamentos de vagas para leitos do HFL de janeiro a setembro de 2021.



Fonte: Complexo Regulador do Rio de Janeiro/RJ.

117. O maior volume de ofertas, especialmente de maio a junho de 2021, deve-se à abertura de leitos para tratamento de pacientes acometidos pelo Covid-19 no HFL, viabilizado por contratação de profissionais de saúde via convênio com o estado do Rio de Janeiro.

Problemas na oferta qualificada de leitos

118. As equipes de regulação estadual e municipal também mencionaram que o hospital seleciona com rigor os casos que quer internar, mediante avaliação prévia da condição dos candidatos. O sistema SER permite a inserção de informações sobre a situação de saúde do paciente, relatório clínico, resultado de exames, inclusive de imagem, o que agiliza a definição do hospital que tem capacidade instalada para o atendimento. Permite, ainda, a manifestação da unidade hospitalar quanto à negativa de recebimento do paciente por falta de material, leito ou especialistas. Todas as ações ficam registradas no sistema.

119. Apesar da capacidade instalada e de todo corpo de profissionais disponíveis no HFL, o perfil da unidade informado na Plataforma SMS Rio relata que o hospital não pode receber, por exemplo, pacientes com traqueostomia, gastrotomia ou com úlceras por pressão.

120. Foi reportado que, além de haver alta restrição na admissão dos pacientes, o hospital costuma demorar na avaliação e, conseqüentemente, na resposta às demandas dos complexos reguladores por vagas de internação.

Pouca flexibilidade para atender à demanda – causas raízes

121. Apesar das dificuldades enfrentadas pelo HFL especialmente na área de pessoal, abordadas no capítulo 3.1 deste relatório, com base em tudo o que foi exposto nesta seção é notável uma baixa sensibilidade institucional do HFL em adaptar sua oferta de serviços assistenciais de saúde aos serviços com maior demanda e de baixa oferta na rede assistencial.

122. Ao analisar todo arcabouço de suporte de recursos e de governança que envolve o hospital (ver figura 8 adiante), percebe-se que esse comportamento é resultado das regras de funcionamento do sistema em que se inserem essas instituições hospitalares diretamente geridas pelo poder público.

123. Diversos fatores contribuem para essa baixa sensibilidade em mudar a oferta em função das principais demandas da rede. A primeira delas é a forma como se dá as regras de orçamentação do HFL e das demais unidades hospitalares diretamente geridas pela Administração Pública.

124. O HFL, por ser parte da Administração Direta da União, isto é, um órgão do Ministério da Saúde, ele possui orçamento previsto em lei, o qual é definido pelo processo orçamentário ordinário, em que o Poder Executivo faz a proposta orçamentária, que é apreciada, aprovada ou alterada pelo Legislativo.

Figura 8 – Potenciais incentivos para o HFL ajustar oferta à demanda de serviços.



Fonte: elaboração própria com base nas informações levantadas na construção da visão geral do objeto.

Ícones fornecidos por Flaticon.com.

125. Os valores atribuídos aos órgãos da administração direta, inclusive o HFL, decorrem da discricionariedade dos agentes no ciclo orçamentário, que tem liberdade de definir os valores dentro da realidade orçamentária. O que se percebe é que o valor é definido a partir de uma

referência de valor histórico somada ao uma correção, de forma que, a cada ano, o valor nominal previsto é levemente aumentado em relação ao ano anterior (referência ao quadro com valores orçamentários de 2016 em diante). Cabe registrar que o orçamento referente a salários é atribuído à parte do orçamento da unidade, compondo diretamente o orçamento salarial do Ministério da Saúde.

126. Assim, não há qualquer regra que crie uma correlação no processo de orçamentação da unidade com sua produção ou sua capacidade de atender às demandas da rede de assistência em que o HFL se insere. Com efeito, a unidade não sofrerá qualquer consequência financeira caso decida ignorar as principais demandas apresentadas pelos complexos reguladores. Dessa forma, não há incentivos a que a unidade se adapte às demandas da rede.

127. Sobre a baixa oferta de leitos para regulação de pacientes, os gestores ofereceram comentários destacando que tais pacientes costumam ocupar de forma indefinida o leito hospitalar devido à dificuldade na contrarreferência de pacientes. Esse seria, segundo os comentários, um dos grandes motivos para essa baixa susceptibilidade à recepção de pacientes que precisam um leito. Depreende-se dos comentários que pacientes que já ocupam um leito em outro hospital e solicitam transferência para o HFL são pacientes geralmente de perfil crônico e que dificilmente terão uma alta segura sem a devida contrarreferência. Resultando, portanto, em um aumento no tempo médio de permanência de pacientes clínicos e uma redução da eficiência da unidade, além de prejudicar os pacientes originários do HFL, segundo seus gestores (peça 120, p. 4 e peças 121 e 123).

128. É importante mencionar que, do ponto de vista estratégico, não deve ser diretamente o HFL a entidade a acompanhar quais os principais vazios assistências hospitalares da rede, mas, sim, a SEMS/RJ. De acordo com o Decreto 9.795/2019, compete à essa Superintendência Estadual (destaques inseridos):

Art. 14-A. À Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro compete: (Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)

I - coordenar, monitorar, avaliar e definir as diretrizes de atuação dos hospitais federais no Estado do Rio de Janeiro; (Incluído pelo Decreto nº 10.477, de 2020) (Vigência)

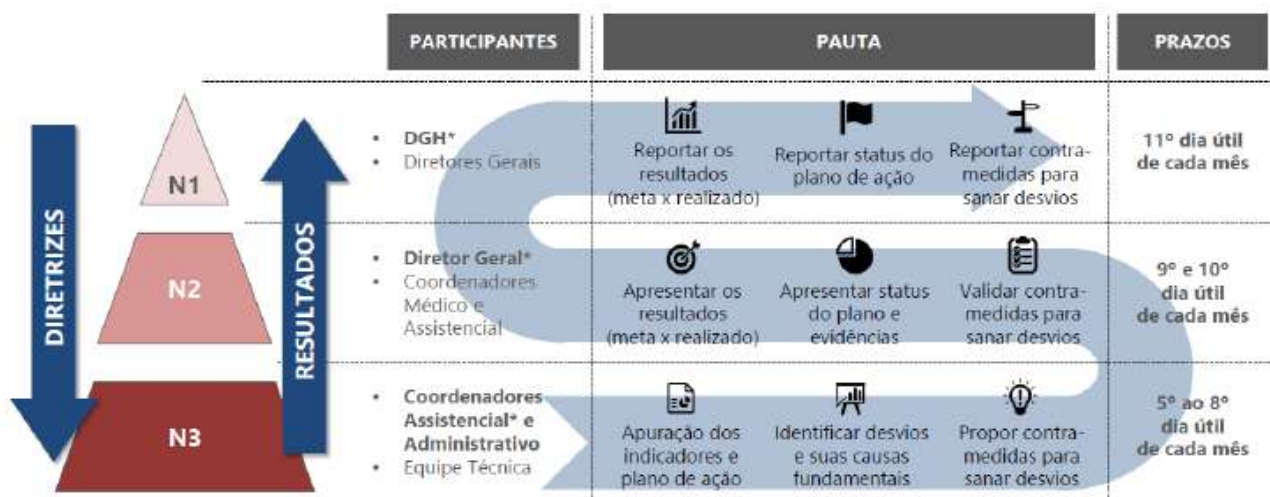
II - articular as ações de implementação das políticas de saúde nos hospitais federais com os demais serviços de saúde localizados no Estado do Rio de Janeiro, com vistas ao planejamento, ao fortalecimento e à qualificação das ações para a prestação dos serviços de saúde;

129. Desse modo, seria esperado que a SEMS/RJ se articulasse de forma dinâmica ao longo do tempo com os complexos reguladores municipal e estadual a fim de se buscar identificar os vazios assistenciais hospitalares capazes de serem supridos pelas unidades federais e, a partir disso, definisse ofertas de serviços prioritários para cada unidade hospitalar, inclusive o HFL.

130. Uma organização de serviços partindo da Superintendência poderia trazer sinergia à rede, pois poder-se-ia definir uma atuação complementar entre cada uma das unidades federais, evitando-se sobreposições de oferta e fragmentação de serviços. Essa visão estratégica conjunta dos hospitais federais foi defendida pelo ex-coordenador do projeto “Lean nas Emergências”, após trabalho executado nesses hospitais em agosto de 2020 (peça 31).

131. Recentemente, trabalho desenvolvido pela equipe de consultores do Proadi-SUS em 2020 (peça 28), fez um amplo diagnóstico sobre o desempenho operacional dos hospitais federais e propôs à SEMS/RJ (antigo DGH) e ao Ministério da Saúde uma estrutura para governança de resultados dessas unidades, com base no controle de vinte indicadores. Abaixo, registra-se a sistemática de controle sugerida pela equipe de consultores.

Figura 9 – Proposta do Proadi-SUS para estrutura de governança de resultados nos hospitais federais



* Donos das reuniões

Fonte: Caderno de Governança de Resultados elaborado em 2020 pelo Proadi-SUS.

132. Apesar disso, o trabalho de consultoria foi interrompido devido à pandemia provocada pelo Covid-19.

133. Atualmente, existe um contrato em vigor envolvendo o hospital em tela: Termo de Pactuação de Metas assinado entre a SEMS/RJ e o HFL em 19/3/2021. De acordo com as entrevistas realizadas e documentos coletados ao longo deste trabalho, este acordo não tem sido sistematicamente acompanhado pela SEMS/RJ, com esparsas conferências de algumas de suas metas estabelecidas em momentos pontuais.

134. Além disso, vale mencionar que foi esboçado um Documento Descritivo em 17/11/2020 para servir de parâmetro entre a SMS Rio de Janeiro/RJ e o HFL. No entanto, o documento não foi assinado entre as partes.

135. Ao analisar o conteúdo dos dois documentos mencionados acima, verificou-se que não há previsão de quaisquer consequências financeiras tanto para o hospital como para seus servidores caso as metas estabelecidas não sejam atingidas à contento.

136. Finalmente, cabe mencionar que, no âmbito estadual, responsável pelas demandas de alta complexidade, não há instrumentos de pactuação de metas entre esta instância e o HFL. Para a gestora do complexo regulador estadual, a falta de contratualização prejudica a programação regular da oferta, e, por outro lado, prejudica o controle e monitoramento do que deveria ser pactuado, visto que não há um instrumento formal de programação. O hospital define sua oferta por decisão interna. Por outro lado, reforça o que já foi dito acima: o fato de o HFL ter orçamento próprio desmotiva o incremento na produção, visto que, independentemente do total apresentado, o recurso é regularmente disponibilizado.

Propostas de encaminhamento

137. Diante de tudo que foi exposto e na mesma linha de raciocínio exposto no capítulo 3.1 deste relatório, observou-se que há causas raízes que contribuem para o quadro atual. Desta forma, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar os problemas estruturais. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

138. Com base no Guia prático de análise *ex post* de políticas públicas, no Referencial de controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, recomendar à União a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o HFL que leve em conta:

- a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;
- b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;

- c) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e
- d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.

139. Recomendar ao HFL que encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas.

Capítulo 3.3 - Oportunidades de melhoria na gestão da alta dos leitos clínicos

140. O tempo de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL estão acima dos parâmetros de boas práticas nacionais, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas operacionais já existentes na unidade.

Descrição da situação encontrada

Critério

141. O tempo de médio de permanência representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital. A fórmula utilizada para o cálculo mensal deste indicador é a exposta no esquema abaixo.

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes} - \text{dia no período}}{\text{N}^\circ \text{ saídas no período}}$$

142. Existem alguns parâmetros para se avaliar esse indicador. Serão destacados, a seguir, alguns importantes como critérios para análise. Segundo a Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28/9/2017, a faixa de variação recomendada para o tempo de permanência nas internações em leitos gerais é a descrita no quadro abaixo:

Quadro 14 – Parâmetros do Ministério da Saúde para tempo de permanência.

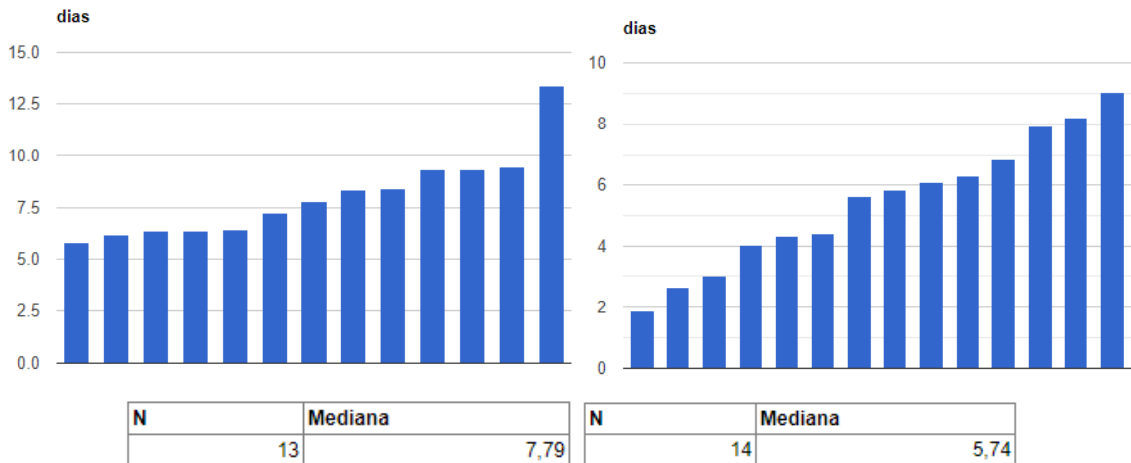
Tipo de leito	Tempo médio de permanência	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Fonte: Título IV, Capítulo II, Art. 102 a 106, Caderno I

143. Segundo o Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, em julho de 2021 (dados mais recentes), considerando especificamente os hospitais públicos que aderiram ao programa e que possuem mais de 50 leitos, os parâmetros são os seguintes:

Média de permanência na clínica médica

Média de permanência na clínica cirúrgica



Acesso em 30/10/2021, em https://www.cqh.org.br/icqh/estat/ind/web_ind.php

144. Já de acordo com a Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp, considerando hospitais de excelência no país, as referências para esse indicador são as seguintes (em dias):

2017	2018	2019	2020
4,27	4,13	4,04	4,59

Disponível em <https://www.anahp.com.br/dados-do-setor/>

145. Em relação à média de permanência para pacientes oncológicos, obtivemos acesso aos parâmetros do Instituto Nacional do Câncer. Os parâmetros são os seguintes:

2016	2017	2018	2019	2020
7,51	7,77	7,51	7,77	7,77

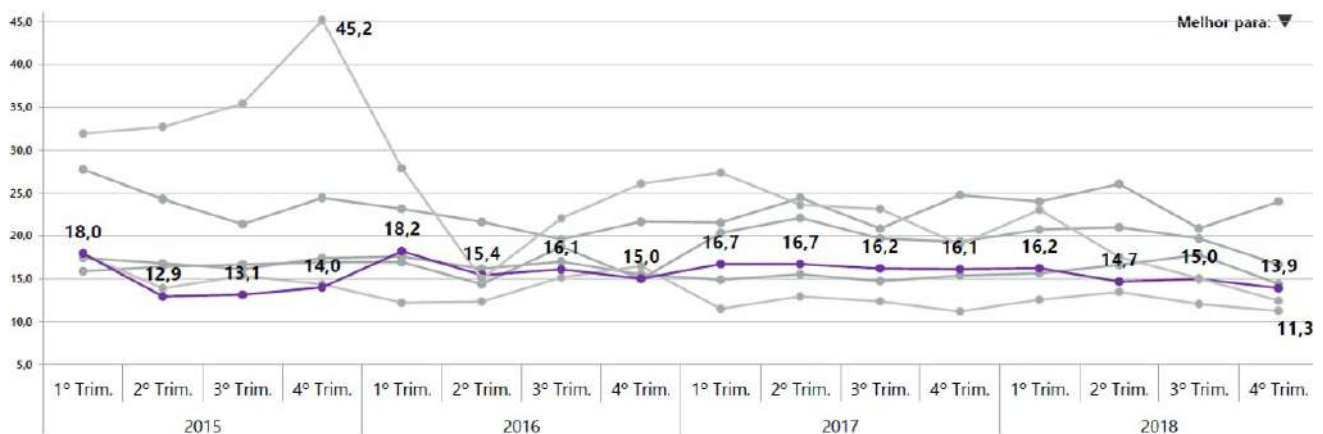
Disponível em https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//relatorio_de_gestao_2020_digital.pdf

Dados sobre o HFL

146. Expostos os critérios, apresenta-se a partir de agora os dados sobre o HFL. Será dada maior ênfase às informações sobre internações clínicas, uma vez que os indicadores das internações cirúrgicas se aproximaram mais aos parâmetros de boas práticas.

147. Obteve-se acesso, por meio do Ministério da Saúde, ao relatório de consultoria (peça 30) do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – Proadi-SUS. Nesse documento, os consultores forneceram os resultados desse indicador de **2015 a 2018** no HFL (Figura 10 abaixo).

Figura 10 – Histórico do tempo médio de permanência em internações clínicas no HFL em comparação aos outros hospitais federais do Rio de Janeiro.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2019).

148. Os dados do HFL são os que aparecem na linha de cor roxa. As outras linhas em cinza referem-se aos outros hospitais federais do estado Rio de Janeiro.

149. Em 2020, nova consultoria Proadi-SUS (peça 31), dessa vez executada pela equipe do projeto Lean nas Emergências, apresentou informações sobre este mesmo indicador referente ao período de janeiro a dezembro de 2019, informando uma média de tempo de permanência no HFL em internações clínicas de 13,45 dias.

150. Os dados fornecidos pela equipe de Planejamento em Saúde do HFL mostram que o tempo de permanência nas internações clínicas nos anos mais recentes continuam acima dos parâmetros mencionados no início desta seção, conforme pode ser visto no gráfico abaixo.



Gráfico 4 – Tempo médio de permanência nas internações clínicas do HFL.



Fonte: Planejamento em saúde (HFL).

* Em 2021, dados do primeiro semestre no HFL.

Parâmetro de CQH foi o de julho de cada ano.

MS Sup Clín, representa o limite superior do parâmetro para pacientes acima de 60 anos em leitos clínicos.

Anahp e Inca ainda não têm parâmetros para 2021. Sendo assim, repetiu-se o valor de 2020.

Estudos de casos

151. Diante disso, a equipe de auditoria buscou compreender as causas desse desempenho analisando de forma mais detalhada as informações disponíveis em agosto e setembro de 2021.

Dentre todos os pacientes que foram internados em leitos clínicos nesse período, foram selecionados quatro casos (quadro ao lado) em que o tempo de permanência foi elevado.

152. A equipe de auditoria examinou os prontuários desses pacientes em conjunto com a chefia de enfermagem do hospital e apresentou análise detalhada sobre os casos estudados (peça 79). Em todos os casos verifica-se a ocorrência de situação de saúde que contribuiu para o aumento do tempo de permanência. E, em três dos quatro casos, a situação social dos pacientes representou grande desafio para a equipe do hospital organizar a alta com segurança e responsabilidade, interferindo também no prolongamento da internação para além da questão clínica.

153. Algumas considerações adicionais podem ser feitas diante das análises dos prontuários. Verificou-se que os exames laboratoriais não tiveram atraso de uma forma geral, com exceção dos exames de anatomia patológica e citologia oncótica (este último no caso de um dos pacientes demorou seis dias). Exames de imagem, ecocardiograma e ultrassonografia foram executados no dia seguinte da marcação, com exceção das tomografias da paciente 512706, que demorou quatro dias entre a marcação e realização do exame, e mais dois dias para liberação dos laudos.

Nº prontuário	Tempo de internação
277595	27 dias
697105	22 dias
512706	23 dias
306790	41 dias

154. Os pareceres de especialistas foram feitos tempestivamente, com exceção do parecer da cirurgia geral, solicitado pela clínica médica para programação do procedimento de gastrostomia em um dos pacientes. Neste caso, a **demora foi de 34 dias**. Houve demora de três dias no retorno do parecer da ginecologia na avaliação de um dos pacientes. Segundo a chefia de enfermagem, o pedido de parecer é feito pelo E-SUS e o aluno residente da ginecologia é que tem acesso à solicitação. Em seguida, o estudante conversa com o chefe da clínica para viabilizar o posicionamento de um especialista. Isso acaba provocando essa demora. Percebeu-se na análise que a ginecologia e cirurgia geral demoraram mais tempo para retornar os pareceres solicitados. Há registro de solicitação de parecer da clínica médica para a dermatologia avaliar um dos pacientes, mas sem registro do retorno desta solicitação no prontuário.

155. Foi identificado que, em três dos quatro casos analisados, os pacientes apresentaram condições sociais e de saúde que colaboraram para o aumento do tempo de internação. No caso da paciente 697105, registrou-se empenho da equipe multiprofissional em organizar a alta, articulando com a família o retorno da paciente, visto que esta apresenta situação de saúde que exige apoio familiar, além da necessidade de uso de medicações controladas para analgesia em função do estado avançado do câncer.

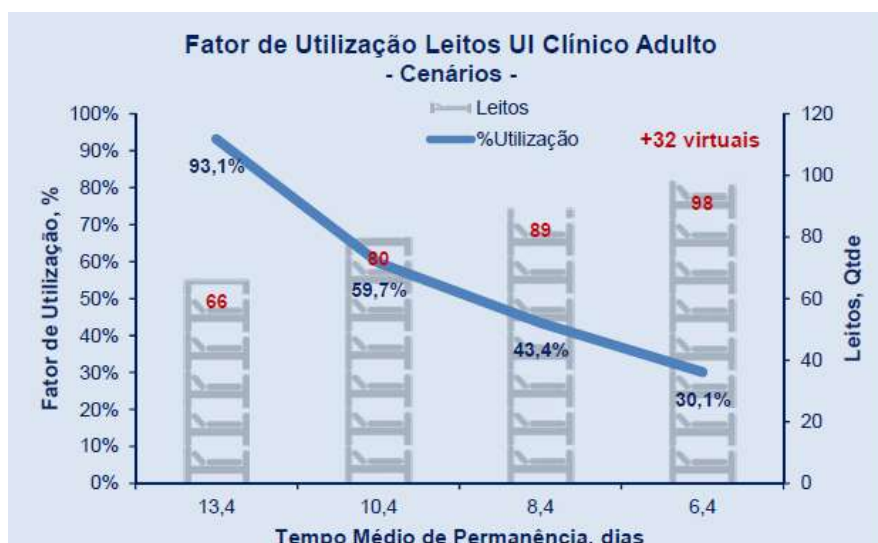
156. Com base nas entrevistas realizadas, especialmente com o núcleo interno de regulação do hospital - NIR e com a chefia de enfermagem, e nos estudos de casos efetuados, percebeu-se que não existe uma equipe específica no hospital especialmente voltada para a gestão da alta do paciente desde sua admissão. Além disso, não se percebeu uma atuação mais proativa do hospital junto às equipes de saúde na atenção primária para qualificar a transição do cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

157. Em todos os casos verificou-se a importância e necessidade de uma rede de atenção estruturada e articulada no território, onde a atenção primária, juntamente com a média e alta complexidade tenham compromisso com a integralidade do cuidado do paciente, tenham fluxos estabelecidos, factíveis de serem cumpridos, que garantam a continuidade do cuidado de que necessita.

158. Finalmente, para reforçar esse entendimento, cabe destacar trecho que havia no contrato em vigor até fevereiro de 2020 (peça 95) entre o município do Rio de Janeiro/RJ e o HFL em seu subitem 5.7: “todos os usuários em condições de alta devem ser contrarreferenciados às suas respectivas Unidades de Atenção Primária ou ao Município de origem com resumo da história clínica, resultado de exames e diagnóstico do paciente, alta e plano de acompanhamento.”

Efeitos

Gráfico 5 – Indicação do potencial ganho em eficiência com a queda no tempo médio de permanência.



Fonte: Relatório Proadi-SUS (2020), no projeto Lean nas Emergências no HFL.

159. O aumento do tempo de permanência reduz a eficiência do hospital e pode interferir negativamente na entrega de valor para a sociedade, especialmente quando as causas dessa demora na estada do paciente não se relacionam com esforços para melhores resultados assistenciais, configurando-se em desperdício de recursos e aumento desnecessário dos custos para o contribuinte.

160. No gráfico 5 acima, pode-se observar que a redução da média no tempo de permanência pode fazer com que os leitos estejam disponíveis para mais pacientes que estão na fila para serem atendidos. Uma queda de sete dias nesse indicador significava em 2019 um aumento virtual de 32 leitos, em um universo de 66 leitos operacionais disponíveis à época no HFL. Isso pode ocorrer sem qualquer investimento adicional em termos de infraestrutura.

Boas práticas na gestão da alta

161. No âmbito do projeto eficiência hospitalar, coordenado pelo TCU, obteve-se acesso à experiência do Grupo Hospitalar Conceição na utilização do escritório de gestão de altas, especialmente na transição do cuidado entre a atenção especializada de média e alta complexidade e a atenção primária à saúde.

162. Nesse escritório, liderado por um médico hospitalista, os objetivos principais são diminuir o tempo de internação hospitalar, aumentar a qualidade assistencial, monitorar reinternações não eletivas em trinta dias e garantir a transição segura pós-alta hospitalar, especialmente em pacientes de maior complexidade.

163. Os detalhes dessa experiência, suas peculiaridades e os resultados podem ser acessados em dois vídeos gravados no âmbito dos estudos de casos promovidos pelo projeto eficiência hospitalar. Seguem os links para acesso: <https://youtu.be/Hv33-FoEosc> e <https://youtu.be/Oq9sD0vFT5M>.

Proposta de encaminhamento

164. Diante de tudo que foi exposto, considerando-se especialmente os fatores que têm potencial de melhorar a gestão da alta segura hospitalar no HFL, cabe expor a proposta abaixo que deve ser apreciada pelos gestores da unidade auditada em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

165. Recomendar ao hospital estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa.

166. Além disso, no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres.

Capítulo 3.4 – Oportunidades de melhoria na produção cirúrgica e na gestão dos leitos cirúrgicos

168. O HFL apresenta uma taxa de cancelamento cirúrgico de aproximadamente 18%, o que significa que, aproximadamente, uma em cada seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a média internacional (Observatório Anahp 2021, p. 31 – peça 106), especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

Descrição da situação encontrada

Critério

169. Não se tem um critério formalizado para cancelamentos cirúrgicos no Brasil. Nada obstante, é incontroverso que o desempenho hospitalar será tão melhor quanto menor for a taxa de cancelamentos cirúrgicos, especialmente em se tratando de hospitais que realizam apenas cirurgias eletivas, como é o caso do HFL.

170. De acordo com a Anahp, publicação anual Observatório 2021, estudos internacionais indicam que se poderia assumir, em condições normais, uma taxa média de cirurgias eletivas em torno de 8% (p. 31), o que se traduz em aproximadamente um cancelamento a cada doze cirurgias.

171. O HFL identifica seus cancelamentos cirúrgicos como “suspensão” cirúrgica, que neste relatório será tratado como sinônimo de “cancelamento”.

Taxa de cancelamento cirúrgico no HFL

172. A taxa de cancelamento cirúrgico observada no HFL foi de 18% em 2021 (janeiro a agosto) e de 17,9% em 2019.

173. Apesar da pandemia do Covid-19, não há diferença significativa entre a taxa de cancelamento observada em 2021 (pós-pandemia) e 2019 (pré-pandemia). Na verdade, em período mais anterior, as taxas de cancelamento cirúrgico eram ainda piores a essas. O projeto Lean no Centro Cirúrgico identificou taxas de suspensão cirúrgica entre 20% e 24% entre os meses fevereiro a abril de 2019, o que motivou o projeto a atuar para reduzir o tal índice de cancelamentos.

174. Essa baixa variação dos cancelamentos apesar da pandemia pode ser explicada pela forma como a taxa de cancelamentos no HFL é calculada. No cálculo, só se considera um procedimento como cancelado/suspensão quando ele é efetivamente agendado no mapa cirúrgico. Assim, com o advento da pandemia e subsequente paralisação de cirurgias eletivas em todo o país, procedimentos que foram afetados por tal medida sequer foram agendados e, assim, não são capturados no índice de suspensão cirúrgicas calculado a partir dos dados informados pelo hospital.

Quadro 15 - Cirurgias agendadas e canceladas – HFL 2019 e 2021

Período	Agendadas	Canceladas	Taxa de cancelamento
2021 (Jan – Ago)	3.268	588	18,0%
2019 (Jan – Dez)	7.647	1.370	17,9%

Fonte: HFL, resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 1, item 2.6, alíneas “a” e “b”.

Obs.: os dados de 2021 correspondem aos meses de janeiro a agosto, pois a solicitação dos dados pela equipe se deu em setembro de 2021, não havendo dados completos para o mês de setembro e subsequentes.

Não comparecimento de pacientes para cirurgia no HFL

175. O principal motivo identificado para explicar as altas taxas de cancelamento de cirurgias no HFL é o não comparecimento do paciente para a realização do procedimento agendado.

176. Segundo relatório do próprio hospital, 21,9% dos cancelamentos em 2021 (jan-ago) e 22,3% em 2019 se deu por não comparecimento do paciente. Esse número elevado sugere oportunidades de melhoria nos processos do HFL pois o paciente que teve seu procedimento agendado já compareceu ao hospital em data anterior para uma consulta pré-cirúrgica, indicando ser pouco provável que sua ausência seja apenas por uma impossibilidade de locomoção até o hospital.

177. É provável que boa parte dessas ausências estejam associadas com outros fatores que não apenas dificuldade de locomoção até o hospital. Agendamento do procedimento para data muito próxima ao contato com o paciente e dificuldade de contato para informar ou confirmar o agendamento ou mesmo ausência de qualquer contato prévio confirmando o procedimento estão entre eles e podem ser evitados com melhorias em processos de trabalho.

178. Assim, o implemento de rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento, a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial e uma definição da data do procedimento cirúrgico com antecedência razoável podem melhorar o índice de cancelamento por não comparecimento do paciente.

Indisponibilidade de leitos de UTI

179. A falta de disponibilidade de leitos de UTI vem tendo um impacto significativo nos cancelamentos cirúrgicos de 2021. Conquanto a falta de leito hospitalar seja pouco indicada como motivo de cancelamento nos relatórios do HFL (2,2% em 2021 e 0,7% em 2017), a indisponibilidade de leitos de UTI foi apontada como um dos principais gargalos da produção cirúrgica planejada do hospital, tanto em entrevista com o chefe do centro cirúrgico, Dr. Gustavo Leal, quanto em entrevista com o diretor interino do hospital, Dr. Marcelo Gorgulho Cosentino.

180. Essa aparente contradição é explicada pelo fato de que a indisponibilidade de leito de UTI para acomodar pacientes cirúrgicos costuma ser registrado como um “atraso na cirurgia anterior”, uma vez que a baixa previsibilidade sobre a disponibilidade do leito, quando não gera o cancelamento da própria cirurgia que precisa da UTI, cancela a próxima cirurgia agendada por atraso. Em 2021 (jan-ago), 19,5% dos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos programados se deram por atraso na cirurgia anterior.

181. Em setembro de 2021, o HFL possuía apenas nove leitos de UTI adulta e sete leitos de UTI pediátrica. A escassez desse recurso é agravada pelo fato de que tais leitos são disputados também por pacientes clínicos, que costumam apresentar tempo médio de permanência muito superior aos pacientes cirúrgicos. Essa ausência de segregação de fluxo, explica a baixa previsibilidade na disponibilidade de leitos de UTI e a concorrência entre pacientes com diferentes necessidades (clínicos x cirúrgicos) pelo mesmo recurso (leito de UTI).

182. A partir desses fatos, cabe à direção do HFL avaliar a possibilidade de segregar fluxo e designar leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos e para pacientes clínicos, mesmo com esse baixo número de leitos de UTI operacionais. Com a segregação de fluxo e a designação de leitos, espera-se aumentar a previsibilidade na disponibilidade desse recurso e, assim, reduzir a incidência de atraso ou cancelamento na cirurgia decorrente de incerteza na liberação do leito de UTI.

183. Sobre essa proposta, a direção do HFL comentou que já possui leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos (unidade pós cirúrgica – UPO). Entretanto, os leitos se encontram fora de uso por falta de recursos humanos (peça 121, p. 1).

184. A respeito dos comentários oferecidos pelo gestor acerca da proposta de designação de leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, ainda que o HFL já tenha tido uma UPO, atualmente fora de operação, a recomendação continua válida. Mesmo havendo menos leitos disponíveis atualmente, a designação de leitos de UTI específicos para pacientes cirúrgicos num hospital que se diz eminentemente cirúrgico poderia reduzir os cancelamentos por atrasos de cirurgia anterior e aumentar a previsibilidade no uso desse recurso escasso. Por esse motivo, a proposta será mantida.

Não ocupação de todas as salas cirúrgicas

185. Durante o curso dos trabalhos dessa fiscalização, o HFL possuía recursos para manter em operação sete salas cirúrgicas de um total de doze. Contudo, observou-se que nem sempre o centro cirúrgico mantém o funcionamento concomitante das sete salas. É o que se observa no exemplo da escala do centro cirúrgico da semana de 12 a 16 de julho.

Figura 11 – Escala do centro cirúrgico do HFL na semana de 12 a 16 de julho de 2021

HORÁRIO DO CENTRO CIRÚRGICO 15 DE JULHO 2021								
2ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M		OFT	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	ORT
T		X	CIPE	GIN	NEURO	CCP	GER	CCP
3ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL	X	X	PROCT	URO	PLAST	TORAX	ORT
T	ORL	X	X	PROCT	URO	MP	TORAX	ORT
4ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL		CIPE	GER	NEURO		VASC	GIN
T	X	OFT	CIPE	GER	NEURO		VASC	ORT
5ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M	ORL	X	TORAX	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
T	ORL	X	VASC	PROCT	URO	PLAST	PLAST	ORT
6ª FEIRA								
TURNO	SALA 1	SALA 3	SALA 6	SALA 7	SALA 08	SALA 09	SALA 10	SALA 11
M		OFT	X	GER	URO	ORL	VASC	GIN
T		OFT	X	GER	URO	PLAST	VASC	GIN

Fonte: Equipe do Hospital Federal da Lagoa (Peça 96).

186. Observando a escala, nota-se que há agendamento para apenas seis das sete salas disponíveis na terça-feira, quarta-feira, sexta-feira e o período vespertino de segunda-feira. As sete salas só possuem agenda concomitante na quinta-feira e no período matutino de segunda-feira. Não há cirurgias nos fins de semana por se tratar de um hospital que realiza apenas cirurgias eletivas (agendadas), excetuando-se emergências de pacientes que já estejam internados.

187. Resgata-se que a equipe do Lean no Centro Cirúrgico se deparou com situação semelhante em 2019, quando as doze salas ainda eram operacionais, observando ociosidade recorrente entre as salas no período vespertino. Além disso, verificou-se a prática recorrente de cancelar inteiramente os agendamentos de uma das doze salas, alegando falta de recursos humanos.

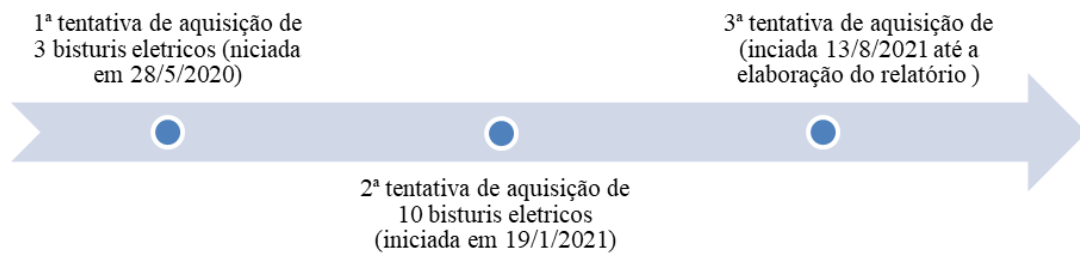
188. A equipe do Lean analisou, à época, o quadro de RH do centro cirúrgico e concluiu que havia recursos humanos para manter as então doze salas em franca operação. Contudo, as doze salas não voltaram a funcionar por falta de dois bisturis elétricos que seriam repostos em maio de 2019. Além de os dois bisturis não serem repostos até novembro de 2021, passaram a ser até este momento cinco unidades sem condições de operação.

189. Isso posto, a situação encontrada pela equipe Lean não difere da que foi em essência encontrada nesta fiscalização. Assim, a gestão do HFL deveria buscar manter o funcionamento das sete salas cirúrgicas o tanto quanto fosse possível, evitando ociosidades e reduzindo desperdícios.

Atrasos injustificados na aquisição de equipamentos essenciais ao centro cirúrgico

190. Sobre a falta de bisturis elétricos, equipamento considerado indispensável para a sala cirúrgica, interrupções longas em sua aquisição, sem justificativas, são uma das principais razões pelas quais, a situação não se resolveu e, sim, se agravou (análise detalhada na peça 100). A figura a seguir ilustra a redundância de iniciativas infrutíferas para adquirir o equipamento.

Figura 12 – Lapso temporal do processo SEI 33408.076105/2020-68.



Fonte: Resposta ao Ofício Fiscalis 107/2021 – 5, subitem 2.1. Processo SEI 33408.076105/2020-68 (aquisição 10 bisturis elétricos).

191. Entre o primeiro intervalo temporal, de 28/5/2020 até 19/1/2021, o processo ficou pendente de despacho pela Comissão de Avaliação para aquisição de material permanente. Já entre o segundo, de 19/1 a 13/8/2021, embora tenha havido algumas movimentações, somente em agosto de 2021 a área clínica cirúrgica concluiu que nenhuma ata possuía o item com requisitos técnicos compatíveis com a necessidade do hospital. Disso, decidiu-se abrir um processo próprio de registro de preços, estando em trâmite com alguns hospitais federais (Bonsucesso, Ipanema) com interesse em participar (peça 99, p. 229-309).

192. A situação sugere um baixo comprometimento por parte da clínica cirúrgica com a celeridade do processo, uma vez que ela é a principal usuária do equipamento e tardou em se manifestar sobre os requisitos de compatibilidade dos equipamentos com possibilidade de aquisição via ata. Situação semelhante também foi constatada com outro equipamento específico da dermatologia, a tentativa de aquisição do eletrocautério BP 100 plus e bisturi elétrico. O processo foi iniciado em 10/12/2020 e, no entanto, o processo só voltou a ser movimentado em 17/8/2021, passados oito meses, aguardando despacho do chefe das Clínicas Cirúrgicas com encaminhamento para engenharia clínica para compor o descritivo técnico do equipamento.

193. Problemas com atrasos são anteriores ao período analisado, o que pode ser constatado pelo relatório do Lean no Centro Cirúrgico, que já havia identificado a falta de bisturis elétricos em 2019 e foi informada que novos equipamentos seriam entregues ainda naquele ano, fato que nunca ocorreu (Peça, 32, p. 107).

194. Especificamente sobre os atrasos injustificados, a direção do HFL apresentou comentários no sentido de destacar a dificuldade que profissionais técnicos da área da saúde têm em auxiliar os agentes administrativos do hospital na especificação e descrição dos materiais a serem adquiridos, implicando atrasos no processo de aquisição. Os comentários mencionam também mudanças de preferência da área médica devido a superveniência de equipamentos mais modernos durante o processo de aquisição. Por fim, a direção do HFL admite que, no caso da aquisição dos bisturis elétricos, o processo de aquisição está demasiadamente atrasado e que, apesar disso, o hospital consegue manter seu parque tecnológico em funcionamento por meio de seu serviço terceirizado de engenharia clínica e cita que os bisturis elétricos que estavam fora de uso durante a auditoria foram reparados (peça 120, p. 4-5).

195. Os comentários oferecidos pela direção do HFL corroboram fragilidades e deficiências no processo de compras do hospital. A comunicação entre a área da saúde com a administrativa necessita de melhorias e um eventual comportamento impremeditado em se alterar especificações de equipamentos durante um processo já iniciado deve ser avaliado com cautela. Sobre o reparo dos bisturis elétricos, conquanto o fato seja positivo, deve-se lembrar que alguns dos equipamentos já estavam fora de uso desde 2019 e, por conseguinte, torna a afirmação de que o hospital consegue manter seu parque tecnológico em condições de funcionamento digna de ceticismo.

196. Diante disso, concluiu-se que os processos de compras de equipamentos indispensáveis ao CC podem ser melhorados. O estabelecimento de prazos limites para que as clínicas se manifestem em processos como esse, que, caso não sejam respeitados, tenham alguma consequência para o chefe de clínica omissa é uma alternativa a ser avaliada pela direção da unidade. Outra medida capaz de minimizar o risco de situações como a da compra dos bisturis elétricos é melhorar a comunicação interna do hospital entre as áreas clínicas e as áreas administrativas.

Regras remuneratórias ineficientes

197. As regras remuneratórias vigentes desfavorecem uma maior produtividade cirúrgica no HFL. O médico, seja ele estatutário ou contratado temporariamente pelo HFL, terá uma remuneração mensal fixa, independentemente da quantidade de procedimentos que realizar no mês. Na iniciativa privada, por outro lado, o mesmo profissional receberá honorários para cada procedimento executado, isto é, sua remuneração será tão maior quanto for sua produção.

198. No HFL, o responsável por agendar o procedimento cirúrgico é a própria clínica que operará o paciente, assim, ela poderá escolher quantos pacientes operará por semana. Considerando que não há qualquer remuneração adicional por maior produtividade, a tendência é que o número seja inferior à disponibilidade da clínica. Além disso, se a remuneração do médico é fixa, logo, quanto menos procedimentos ele realizar, maior será seu ganho por procedimento. Se essa dinâmica não for reconhecida como um incentivo à ineficiência, ela ao menos retarda ou impede a implantação de otimizações em processos que seriam capazes de incrementar o desempenho da unidade.

199. Situação semelhante também ocorre com médicos anestesiologistas que, embora não agendem os procedimentos, podem restringir sua disponibilidade e comprimir a agenda cirúrgica do hospital. Pois, novamente, não há qualquer incentivo para que o profissional seja mais produtivo, tendo uma remuneração fixa em sua prestação na unidade pública, enquanto em unidades privadas o profissional auferirá honorários para cada anestesia realizada.

200. Essa assimetria nas regras remuneratórias é potencial causa de grande ineficiência, não só no HFL, mas em qualquer unidade que adote regras remuneratórias semelhantes.

201. Sobre o tema, a direção do HFL comentou sobre proposta de encaminhamento preliminar que recomendava avaliar a possibilidade de contratação de serviços de anesthesiologia por meio de contrato de prestação de serviços terceirizados. Os gestores alegaram que tal possibilidade é vedada pelo art. 3º, inciso IV, do Decreto 9.507/2018, uma vez que há no plano de cargos do Ministério da Saúde o cargo de médico anestesista. O dispositivo veda a contratação (execução indireta) de serviços inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão, exceto em casos de extinção da carreira (peça 121, p. 2). Sendo assim, a proposta foi removida do relatório final.

Proposta de encaminhamento

202. Diante de tudo que foi exposto, os potenciais encaminhamentos procuram endereçar as causas das situações encontradas expostas nesse capítulo. Seguem abaixo, as propostas que devem ser apreciadas pelos gestores em sintonia com as regras processuais desta Corte de Contas.

203. Recomendar ao HFL as seguintes providências:

- a) implementar rotinas de confirmação com o paciente sobre a data do procedimento e a atualização cadastral de contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;
- b) avaliar designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;
- c) estabelecer prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabelecer metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e
- d) buscar manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

4. Conclusão

204. Com base na visão geral sobre o objeto, percebeu-se que não há uma definição clara acerca do papel do HFL na rede de atenção. Há uma extensa gama de serviços ofertados em diferentes especialidades, fato que dificulta a profissionalização do hospital em um nicho mais estreito de procedimentos de alta complexidade. Em virtude dessa imprecisão nos objetivos do hospital, há dificuldades no direcionamento das ações por parte dos atores envolvidos na estrutura de governança que cerca a unidade. Nessa seara, vale destacar também que o público-alvo do hospital, a população do estado do Rio de Janeiro, não é representada de forma direta, dado que é a União, por meio da SEMS/RJ, que estabelece formalmente suas metas assistenciais. Não há contratos em vigor envolvendo o estado ou a capital fluminense.

205. Outra questão relevante é a carência de instrumentos efetivos para fomentar um melhor desempenho por parte do HFL. O montante de recursos recebidos pelo hospital ou pelos seus funcionários não sofre interferências diretas dos resultados alcançados pela unidade. Portanto, não há incentivos calibrados para que o hospital seja mais eficiente em suas ações ou ajuste sua

oferta para atender as necessidades de seus beneficiários. Essa é uma das limitações existentes no modelo de gestão adotado para os hospitais federais no estado do Rio de Janeiro.

206. Diante desse contexto, o primeiro achado de auditoria revela que o HFL possui uma estrutura de pessoal insuficiente em quantidade e em qualidade, fato que leva a uma alta taxa de leitos impedidos, com oscilação entre 33% e 53% dos 249 leitos do hospital no período analisado, principalmente por carência de enfermeiros e de algumas especialidades médicas. Tal situação, além de gerar desperdício de recursos imobilizados, prejudica a produtividade do hospital e implica ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessam os serviços da unidade. O regime de contratação de pessoal temporário utilizado para manter 37 % da força de trabalho é precário e tem se mostrado como uma causa relevante para a situação encontrada. Existem também problemas relacionados ao envelhecimento dos servidores efetivos, os quais não têm sido repostos desde 2010.

207. O segundo achado identifica dificuldades no acesso assistencial ao HFL, especialmente ligadas à adequação da oferta de serviços às necessidades do cidadão, em dissonância aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Regulação. A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não ter efetivos incentivos para a mencionada adequação somando-se às dificuldades de contrarreferência na rede assistencial. A fonte de recursos para a unidade não considera fatores como nível de entrega de valor para a população, pois provém de orçamento já pré-estabelecido. Da mesma forma, está configurada a remuneração de toda equipe da saúde. A estrutura de governança não avalia regularmente o desempenho do hospital e, conseqüentemente, não direciona as ações assistenciais para satisfação do seu usuário.

208. O terceiro ponto trabalhado pela equipe de auditoria é o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação clínica do HFL, os quais estão acima dos parâmetros de boas práticas, revelando uma oportunidade de melhoria, especialmente nas atividades relacionadas à gestão proativa da alta segura dos pacientes. A melhora no desempenho nesse aspecto pode aumentar a eficiência do hospital, na medida em que mais pacientes poderão acessar as vagas já existentes na unidade.

209. Finalmente, identificou-se uma taxa de cancelamento cirúrgico de cerca de 18%, o que significa que, aproximadamente, uma dentre seis cirurgias programadas é cancelada. Esta taxa é elevada, sendo mais que o dobro do que a referência internacional de 8%, especialmente quando se leva em conta que o HFL não recebe pacientes para procedimentos de emergência e todos os seus procedimentos são antecedidos de atendimento ambulatorial. Essa alta taxa de cancelamentos cirúrgicos se dá por diversos motivos, entre os quais pode-se destacar o não comparecimento de pacientes e a indisponibilidade de leitos de UTI. Além disso, a situação é agravada pelo elevado número de salas cirúrgicas fechadas por falta de equipamentos e pessoal.

5. Propostas de encaminhamento

210. Diante de todo o exposto, propõe-se: 210.1. Recomendar ao Ministério da Saúde, em especial à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, no Guia Prático de Análise *Ex Post* de Avaliação de Políticas Públicas da Presidência da República, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o Hospital Federal da Lagoa que leve em conta:

- a) a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu perfil epidemiológico nesta definição;
 - b) a redefinição de estrutura e dos instrumentos de governança, considerando-se os principais clientes do hospital, em especial o estado e a capital do Rio de Janeiro;
 - c) a contratação de profissionais que consiga proporcionar:
 - c.1) flexibilidade no recrutamento de pessoal;
 - c.2) a especialização do corpo técnico;
 - c.3) a institucionalização de incentivos aos servidores voltados para um melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão; e
 - d) a dificuldade existente em contrarreferenciar seus pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta a duração da permanência de seus pacientes e o giro de seus leitos.
- 210.2. Recomendar ao Hospital Federal da Lagoa, com fundamento no art. 11 da

Resolução-TCU 315/2020, com base no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da CF/88 e em homenagem à celeridade no acesso à assistência à saúde, defendida na Política Nacional de Regulação do SUS, que:

- a) encaminhe com a devida antecedência a liberação de sua agenda para os complexos reguladores a fim de mitigar as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas;
- b) realize estudos para avaliar alternativas para melhorar a gestão de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa;
- b.1) no mencionado estudo, considerar a identificação de gargalos nos processos meio que possam contribuir para o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres;
- c) implemente rotinas de confirmação de comparecimento do paciente acerca da data de seu procedimento cirúrgico e estabeleça rotina de atualização cadastral dos contatos do paciente quando de sua consulta ambulatorial;
- d) avalie designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;
- e) estabeleça prazo para áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento ou estabeleça metas relacionadas à celeridade neste processo, com incentivos para o seu atingimento; e
- f) busque manter um quadro cirúrgico com ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais.

210.3. Nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido de monitorar as recomendações contidas nos parágrafos 210.1 e 210.2, respectivas alíneas.”

É o relatório.

VOTO

Apresento os resultados da auditoria, de viés operacional, realizada com o objetivo de avaliar a eficiência e identificar possíveis desperdícios na prestação de serviços pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL), vinculado ao Ministério da Saúde e situado na cidade do Rio de Janeiro.

2. Cumpre observar que a presente fiscalização veio a propósito também de testar e validar o Referencial Básico de Auditoria de Eficiência de Unidades Hospitalares, que define o roteiro e as diretrizes a serem seguidos na análise de desempenho dos hospitais federais, conforme modelagem aprovada no âmbito do TC 015.993/2019-1 (Acórdão 1108/2020-Plenário, Relator Ministro Benjamin Zymler).

3. Na esteira do Referencial, ao lado das normas de regulação do Sistema Único de Saúde, foram formuladas as questões para a auditoria no HFL, sobre se a disponibilidade de pessoal proporciona adequado funcionamento do hospital; se o hospital oferece acesso compatível com o seu público-alvo; se o fluxo de atendimento de pacientes clínicos corresponde aos padrões de excelência; e se a taxa de suspensão de cirurgias está dentro dos limites normalmente admitidos.

4. Antecipo que se trata de um trabalho de alto nível empreendido pela SecexSaúde, com abordagem clara e muito informativa, tendo todos os quesitos de interesse sido respondidos com apontamentos significativos para a melhoria dos serviços prestados pelo HFL.

5. De modo sintético, as principais situações verificadas no HFL, que comprometem a entrega de benefícios à população, dizem respeito à falta de servidores, notadamente enfermeiros; à inexistência de incentivos à produção; ao impedimento do uso de leitos; à ausência de gestão da alta de pacientes; ao desaproveitamento de salas cirúrgicas; à elevada taxa de cancelamento de cirurgias; e ao distanciamento do hospital em relação às enfermidades locais mais comuns.

6. Antes de detalhar os referidos achados, convém dizer um pouco do HFL. Em traços gerais, é um hospital dedicado aos serviços de alta e média complexidade, eminentemente cirúrgico em várias especialidades, mas que previamente presta atendimento clínico aos pacientes. Conta também com uma pequena parte ambulatorial.

7. É considerado um hospital de tamanho intermediário, tendo 249 leitos de internação e 12 salas de cirurgia. Seu orçamento anual gira em torno de R\$ 255 milhões, sendo 67% para o pagamento de pessoal, feito diretamente pelo Ministério da Saúde, e o restante, que é gerido pela própria direção do HFL, para cobertura das demais despesas.

8. O acesso ao atendimento hospitalar é regulado pelo município e pelo estado do Rio de Janeiro, conforme as vagas disponibilizadas pelo HFL para agendamento. No entanto, há vagas que são preenchidas diretamente pelo hospital, no caso de pacientes em retorno.

9. Prossigo, adiante, nas constatações da equipe de auditoria.

10. Quanto à primeira delas, a insuficiência de pessoal já é um problema crônico no serviço público como um todo, que atinge severamente também os hospitais federais, não obstante a assistência à saúde se colocar no topo das necessidades humanas.

11. No caso do HFL, segundo sua própria direção, atualmente seriam precisos mais 613 funcionários, distribuídos em dezenas de categorias, para que o hospital tivesse pleno funcionamento.

12. Porém, longe de ganhar solução, a dificuldade tende a se agravar, devido ao envelhecimento dos servidores efetivos. Dentro de cinco anos, o HFL poderá ainda ficar sem quase 25% dos que tem hoje, uma vez que estarão aptos à aposentadoria.

13. Desde o último concurso público, em 2005, o HFL tem se valido da contratação de trabalhadores temporários para suprir, em regime emergencial, parte da perda de servidores, graças à decretação de calamidade pública no setor hospitalar público do estado do Rio de Janeiro, que, por absurdo que seja, já perdura mais de 16 anos.
14. Na prática, 37% dos funcionários que lidam com o atendimento hospitalar são temporários, fazendo o HFL se sujeitar à constante rotatividade e conseqüentemente inexperiência de parcela expressiva do seu quadro clínico.
15. Evidentemente, a escassez de pessoal é um importuno não por si mesmo, mas pelas conseqüências adversas que gera, entre as quais a impossibilidade do uso de leitos e o cancelamento de cirurgias.
16. No HFL, a falta de médicos e mais ainda de enfermeiros consiste no fator principal que impede a oferta de 33% a 53% do total de leitos do hospital, algo que é motivo de repúdio.
17. Ao tornar interditados também leitos de UTI, o número insatisfatório de assistentes contribui ainda para o cancelamento de cirurgias, cujo índice, no HFL, está bem acima da medida.
18. Portanto, a carência de pessoal impacta gravemente na eficiência do HFL, acarretando o desperdício das suas instalações e, no final das contas, que mais choca, o sofrimento físico e até a vida de pessoas que ficam desamparadas do tratamento da saúde no devido momento.
19. Mesmo assim, conforme destacado pela equipe de fiscalização, poderiam ser tomadas algumas iniciativas que, a rigor, não dependem de novos investimentos para que mais gente possa se servir do hospital.
20. Por exemplo, é aconselhável que o HFL institua uma política de gerenciamento da alta segura de pacientes em progresso de recuperação, que poderiam ser contrarreferenciados (transferidos para unidades hospitalares da rede de atenção primária) ou mesmo liberados para os seus municípios de origem.
21. É que o HFL apresenta elevada taxa de permanência de pacientes em leitos de internação clínica, na casa de 14 dias, enquanto o Ministério da Saúde a delimita ao máximo de 9 dias (média para pacientes de 15 a 59 anos e de mais de 60 anos) e os hospitais de excelência, a 4,59 dias.
22. De acordo com o relatório de auditoria, tendo em conta os dados de 2019, uma redução de sete dias no tempo de ocupação representaria 32 leitos disponíveis para outros pacientes.
23. Obviamente que providências como a indicada são de conhecimento no meio hospitalar. Aparentemente, entretanto, falta motivação do hospital para implantá-las, sendo uma das possíveis causas, na opinião dos auditores, a inexistência de estímulos financeiros para que possa haver superação de metas.
24. Favorece o estado de letargia para mudanças a circunstância de que os hospitais federais têm orçamentos fixos ano a ano, significando que, independentemente do número de atendimentos que realizem, ou do seu grau de performance, os recursos disponibilizados são sempre os mesmos.
25. Sem desprezar a conscientização que os servidores do HFL certamente têm dos seus deveres, é fato que, como em qualquer outra carreira, gratificações de desempenho por qualidade e quantidade, quando bem implementadas, propiciam o incremento da entrega de serviços.
26. A título de ilustração, na parte cirúrgica, tão sensível para a população e que constitui a característica mais marcante do HFL, poderia haver mais empenho, no entendimento da equipe de auditoria, mas é o próprio médico-cirurgião que define quantos procedimentos fará por semana, sem que um número maior ou menor influencie na sua remuneração.

27. Por sinal, outros aspectos ainda repercutem negativamente na eficiência do centro cirúrgico, a começar pela alta taxa de cancelamento de operações, por volta de 18%, sendo mais do que o dobro da média referencial, de 8%.
28. O não comparecimento do paciente é o principal motivo para o cancelamento de cirurgias, respondendo por algo como 22% dos casos. Contudo, em boa medida, a anormalidade pode advir de falha do HFL na organização do agendamento, que costuma ocorrer muito próximo da data do procedimento, dificultando o deslocamento do paciente ou mesmo o seu contato. Desse modo, daí sobressai uma oportunidade de melhoria no processo de trabalho do HFL.
29. Como segunda causa dos cancelamentos, com cerca de 19,5% das situações, aparece a indisponibilidade de leitos de UTI, seja pela já comentada falta de servidores especializados, seja pelo uso do espaço por pacientes da internação clínica.
30. É que, embora o HFL tenha 16 leitos preparados como UTI (nove adultos e sete pediátricos), eles não são exclusivos para cuidados intensivos, sendo rotineiramente ocupados por pacientes clínicos, impedindo a internação pós-cirúrgica e, conseqüentemente, a própria realização da cirurgia.
31. Segundo a direção do HFL, já foram instalados leitos de UTI dedicados a pacientes cirúrgicos, mas que não entraram em operação, outra vez por causa da inexistência de servidores em quantidade suficiente.
32. Ademais, a falta de equipamentos também atua como redutor do número de cirurgias que o HFL é capaz de fazer. Das 12 salas cirúrgicas, cinco (quase metade) não podiam ser utilizadas, ao final de 2021, sobretudo por não haver bisturis elétricos.
33. Conforme ressaltado pela equipe de auditoria, os processos de compras de equipamentos médicos sofrem grandes atrasos, devido à dificuldade de diálogo do setor administrativo com o centro cirúrgico, que precisa se manifestar sobre as especificações técnicas, mas não as define no tempo apropriado.
34. É salutar, portanto, que o HFL seja recomendado a fixar prazos para que as unidades participantes dos processos de compras cumpram suas atribuições tempestivamente, de modo a não comprometerem o bom funcionamento do centro cirúrgico por conta de simples inércia.
35. Outra forma de racionalizar o atendimento médico do HFL como um todo consistiria na concentração dos seus esforços em determinados tipos de atenção, mais aderentes aos distúrbios de saúde frequentemente observados na população referenciada.
36. Foi verificado que o hospital é disperso na oferta de serviços, pois reúne um número diversificado de especialidades que nem sempre são do interesse de quem reside na sua zona de influência, fazendo com que vagas não sejam preenchidas por falta de pacientes.
37. Por outro lado, existe alta procura de determinadas especialidades, gerando filas de espera para atendimento, haja vista o restrito conjunto de médicos, enfermeiros e leitos disponível.
38. Consta da regulação do SUS que deve haver adequação das necessidades de saúde da população referenciada com a quantidade e as categorias de serviços proporcionadas. Portanto, para que melhore sua eficiência, compete ao HFL elaborar uma política de gestão que tenha como norte a busca constante do casamento perfeito entre o seu perfil assistencial e as demandas locais.
39. Enfim, há uma enorme equação com várias variáveis que o HFL precisa resolver ou pelo menos simplificar, no caminho de ganhar eficiência. Se existem fatores limitantes reconhecidamente graves, como insuficiência de pessoal, existem também, em contraponto, espaços para otimização dos trabalhos, a exemplo do gerenciamento da alta segura de pacientes e da conformação do seu leque de especialidades ao que seja prioritário.

40. Nesse passo, percebe-se que o HFL, descuidadamente, tem prescindido de uma estrutura de governança que lhe permita avaliar regularmente o desempenho do hospital e, a partir daí, orientar suas ações assistenciais cada vez mais para a satisfação do usuário.

41. São justificadas, desse modo, a meu ver, todas as propostas de recomendações feitas pela SecexSaúde, cujos méritos impende distinguir. Destaco, ainda, que a auditoria teve a participação de servidora do Denasus, a quem fica também o meu elogio e agradecimento.

Diante do exposto, voto para que o Tribunal aprove o acórdão que ora submeto a este Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 20 de abril de 2022.

Ministro VITAL DO RÊGO
Relator

ACÓRDÃO Nº 869/2022 – TCU – Plenário

1. Processo TC 015.144/2021-6.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Auditoria.
3. Interessado: Tribunal de Contas da União.
4. Entidade: Hospital Federal da Lagoa.
5. Relator: Ministro Vital do Rêgo.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: SecexSaúde.
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional, realizada com o objetivo de avaliar a eficiência e identificar possíveis desperdícios na prestação de serviços pelo Hospital Federal da Lagoa (HFL).

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde, em especial à Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020, no Guia Prático de Análise Ex Post de Avaliação de Políticas Públicas da Presidência da República, no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU e em sintonia com o Acórdão 748/2017-TCU-Plenário, a realização de estudos para definição de um modelo de gestão para o Hospital Federal da Lagoa que leve em conta:

9.1.1. a definição de perfil assistencial mais bem delimitado na rede, considerando as reais demandas da população e seu padrão epidemiológico;

9.1.2. a redefinição da estrutura e dos instrumentos de governança, considerando a satisfação da clientela do hospital, em especial do estado e do município do Rio de Janeiro;

9.1.3. um modelo de contratação de profissionais que consiga proporcionar:

9.1.3.1. flexibilidade no recrutamento de pessoal;

9.1.3.2. especialização do corpo técnico;

9.1.3.3. a institucionalização de incentivos aos servidores, tendo por fim melhor desempenho e entrega de valor para o cidadão;

9.1.4. a dificuldade existente em contrarreferenciar os pacientes para níveis de assistência de menor complexidade e como o fenômeno afeta o seu tempo de permanência na internação e o giro dos leitos;

9.2. recomendar ao Hospital Federal da Lagoa, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315/2020 e no princípio da eficiência insculpido no art. 37 da Constituição Federal, bem como em busca da celeridade no acesso à assistência à saúde, orientada pela Política Nacional de Regulação do SUS, que:

9.2.1. encaminhe com a devida antecedência a liberação da sua agenda para os complexos reguladores, a fim de reduzir as faltas dos pacientes às consultas disponibilizadas;

9.2.2. realize estudos com vistas a encontrar alternativas para melhorar a gestão segura de altas, desde a admissão dos pacientes, considerando, entre as opções, a instituição do escritório de gestão de altas, especialmente com o objetivo de envolver profissionais na transição do cuidado para a atenção primária de forma proativa;

9.2.3. incluir, no mencionado estudo, a identificação de gargalos nos processos-meio que possam causar o aumento do tempo de permanência, a exemplo de elevado tempo de espera para obter resultados de exames e pareceres, para o fim de eliminá-los ou atenuá-los;

9.2.4. implemente rotinas para confirmação do comparecimento do paciente próximo à data do seu procedimento cirúrgico e estabeleça a prática de atualização cadastral dos contatos do paciente quando da sua consulta ambulatorial;

9.2.5. avalie designar leitos de UTI dedicados exclusivamente a pacientes cirúrgicos;

9.2.6. estabeleça prazo para as áreas clínicas se manifestarem em processos de compras, com consequências em casos de descumprimento, ou estabeleça metas relacionadas à agilidade, com incentivos para o seu atingimento;

9.2.7. busque manter um quadro cirúrgico suficiente para a ocupação concomitante de todas as suas salas operacionais;

9.3. determinar o monitoramento das recomendações constantes dos itens 9.1 e 9.2 acima;

9.4. enviar cópia da presente deliberação, com o relatório e voto, ao Ministério da Saúde e ao Hospital Federal da Lagoa;

9.5. arquivar o processo.

10. Ata nº 14/2022 – Plenário.

11. Data da Sessão: 20/4/2022 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-0869-14/22-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Ana Arraes (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Aroldo Cedraz, Bruno Dantas, Vital do Rêgo (Relator), Jorge Oliveira e Antonio Anastasia.

13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)

ANA ARRAES

Presidente

(Assinado Eletronicamente)

VITAL DO RÊGO

Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA

Procuradora-Geral