



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

A formalização da contratualização de serviços com o Hospital Estadual Santa Casa contribuirá para a definição clara de responsabilidades, serviços a serem prestados, recursos financeiros necessários, metas a serem atingidas e mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.



EFICIÊNCIA
Hospitalar

**Auditoria em contratualização de
hospitais no SUS: Hospital Estadual
Santa Casa – Mato Grosso**

Relatório de auditoria em contratualização de hospitais no SUS: Hospital Santa Casa do Estado de Mato Grosso

TC Nº 019.807/2024-4

FISCALIZAÇÃO Nº 537/2024

RELATOR: MINISTRO WALTON ALENCAR RODRIGUES

MODALIDADE: AUDITORIA OPERACIONAL

ATO ORIGINÁRIO: DESPACHO DE 12/8/2024 DO MINISTRO RELATOR NO TC 017.847/2024-9

Objetivo da Fiscalização:

Avaliar os mecanismos de contratualização de serviços hospitalares com o Hospital Estadual Santa Casa do Estado de Mato Grosso, de 2023 a 2024, para garantir aderência às normas, aumento na segurança do paciente, no volume de pacientes atendidos, em melhores desfechos clínicos e em uma experiência aprimorada para o paciente e sua família, com um custo adequado para o contribuinte. (2) Aperfeiçoar e validar o referencial de auditoria em contratualização de serviços hospitalares no SUS para que ele possa ser amplamente usado pelos órgãos de controle aderentes à Eficiência na Saúde.

Composição da equipe nas fases de Planejamento, Execução e Relatório:

Auditor	Matrícula	Lotação
Antônio França da Costa (Coordenador)	4586-9	AudSaúde
Martin Mastelaro Pompeu de Barros	10213-0	AudSaúde
Alexandre Giroux Cavalcanti (Supervisor)	7592-2	AudSaúde

Ato de designação: Portarias de Fiscalização AudSaúde nº 524/2024 / 537/2024, 710/2024, 57/2025, 138/2025

Período de Realização da Auditoria: 2/4/2024 a 20/9/2024, 26/9/2024 a 27/9/2024, 4/10/2024 a 8/11/2024, 20/11/2024 a 13/12/2024, 10/2/2025 a 31/3/2025 e 1/4/2025 a 25/4/2025.

Unidades fiscalizadas:

Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso e Hospital Santa Casa do Estado de Mato Grosso

Vinculação no TCU: AudSaúde

Responsáveis:

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

Volume de recursos fiscalizados: R\$ 143 milhões em 2024.

EM RESUMO

POR QUE A AUDITORIA FOI REALIZADA?

Em 2017, o déficit no SUS atingia R\$31 bilhões e com projeção para 2030 da ordem de R\$57,5 Bilhões (Acórdão 1487/2020 – TCU – Plenário, Relator do Ministro Benjamin Zymler). Em 2018, o Banco Mundial apontou uma eficiência média dos hospitais gerais do SUS de 28% e possível desperdício da ordem de R\$13 bilhões na atenção da média e alta complexidade (TC 015.993/2019-1).

Este quadro levou este Tribunal a iniciar trabalhos no âmbito do Projeto Eficiência na Saúde, dentre eles melhorar os instrumentos de contratualização de hospitais no SUS.

Esta auditoria visa avaliar os mecanismos de contratualização de serviços hospitalares com o Hospital Estadual Santa Casa (HESC) de Mato Grosso e contribuir para aperfeiçoar o referencial de auditoria em contratualização de serviços hospitalares no SUS.

A contratualização de hospitais visa adequar os serviços prestados às necessidades da população; definir os serviços que o gestor deve disponibilizar; estabelecer valores e fonte de recursos, condicionados ao cumprimento de metas qualitativas; o aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistências; e a efetivação do controle social e da transparência.

QUAIS OS PRINCIPAIS ENCAMINHAMENTOS?

Sugere-se: determinação à Secretaria Estadual de Saúde de MT que formalize a contratualização com o HESC e com os demais hospitais próprios; dar ciência ao HESC e à Secretaria Estadual de Saúde de todas as irregularidades identificadas para que sejam sanadas ou não se repitam; informar ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, tendo em vista os diversos casos de prestação de serviços por pagamentos indenizatórios.

TC 019.807/2024-4

Relator: Ministro Walton Alencar

Auditoria em contratualização de hospitais no SUS: Hospital Estadual Santa Casa – Mato Grosso

A formalização da contratualização de serviços com o Hospital Estadual Santa Casa contribuirá para a definição clara de responsabilidades, serviços a serem prestados, recursos financeiros necessários, metas a serem atingidas e mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.

O QUE FOI ENCONTRADO?

A Secretaria Estadual de Saúde de MT (SES-MT) não formalizou a contratualização com o HESC, o que compromete a estipulação de metas, transparência, previsibilidade orçamentária e efetividade da gestão. Mais de 70% da produção do hospital tem sido glosada pelo Ministério da Saúde por falta de habilitações para prestação dos serviços, o que onera os cofres do Estado e fragiliza a segurança no hospital. Não há comissão de acompanhamento da contratualização, o que prejudica a avaliação de cumprimento e readequação de metas do hospital. A SES-MT não realiza a prestação de contas do desempenho do hospital. O HESC não possui Núcleo de Segurança do Paciente, uma falha crítica na governança clínica da instituição. Os casos de incidência de infecção por cateter venoso central não são registrados no Sistema Nacional de Vigilância. Não há articulação estruturada com a Atenção Primária à Saúde para assegurar continuidade do cuidado dos pacientes após a alta hospitalar. O HESC carece de um sistema estruturado de avaliação da satisfação dos usuários e seus acompanhantes. O Núcleo Interno de Regulação do HESC apresenta atuação limitada, cumprindo apenas 41% das atribuições previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde. Não há gerenciamento sistemáticos dos custos fixos e variáveis do hospital. Existem fragilidades estruturantes na fiscalização de contratos, falhas recorrentes como ausência de planejamento formal, falta de capacitação específica, fiscalização predominantemente reativa, ausência de uso de ferramentas informatizadas, e em alguns casos, inexistência de contrato formal. No HESC, ao menos 39 serviços são prestados sem contrato formal, por meio de pagamentos indenizatórios.

QUAIS OS BENEFÍCIOS ESPERADOS?

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a contratualização de serviços hospitalares nos seguintes pontos: formalização da contratualização com o hospital, com definição clara de responsabilidades, serviços, recursos, metas, mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas; adequação de estrutura hospitalar e obtenção de habilitações; instituição da comissão de acompanhamento da contratualização para monitorar metas e resultados; transparência e prestação de contas do desempenho do hospital; reestruturação do núcleo de segurança do paciente e notificação de eventos adversos; processo de alta segura e continuidade do cuidado; avaliação da satisfação dos usuários e acompanhantes; gerenciamento dos custos fixos e variáveis do hospital, para tomada de decisão baseada em evidência. Ainda: melhorar a fiscalização de contratos e interromper pagamentos indenizatórios.

Lista de siglas

AES – Atenção Especializada à Saúde
AGHUse – Gestão Hospitalares Universitária e Saúde
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
Apurasus – Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
CAC – Comissão de Acompanhamento da Contratualização
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CME – Centro de Material e Esterilização
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CVC – Cateter Venoso Central
Denasus – Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DI-CVC – Densidade de Infecção por Cateter Venoso Central
FES – Fundo Estadual de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
HESC – Hospital Estadual Santa Casa
IMR – Instrumento de Medição de Resultados
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MS – Ministério da Saúde
NAQH – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NIR – Núcleo Interno de Regulação
Notivisa – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
PNGC – Programa Nacional de Gestão de Custos
Pnhosp – Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP – Procedimentos Operacionais Padrão
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SES-MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SGS – Sistema de Gestão em Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SUS – Sistema Único de Saúde
UO – Unidade Orçamentária
UTI – Unidades de Tratamento Intensivo

Listas de figuras, tabelas e gráficos

Foto 1 – Hospital Estadual Santa Casa - MT	8
Tabela 1 – Plano de trabalho, ação orçamentária 2515: gestão da atenção hospitalar estadual no SUS – Mato Grosso - 2024	8
Tabela 2 – Especialidades Hospital Estadual Santa Casa	9
Tabela 3 – Metas de produção dos contratos de serviços médicos	10
Tabela 4 – Vantagens da Contratualização	10
Tabela 5 – Produção total x glosada por ausência de habilitação – HESC (CNES 9841903)	13
Tabela 6 – Glosas por ausência de habilitação detalhada	13
Tabela 7 – Produção total x produção glosada – HESC (CNES 9841903)	14
Tabela 8 – Análise de sistema computacional do HESC: MVSoul e o AGHUse e integração com a Atenção Primária à Saúde	21
Tabela 9 – Aderência às atribuições do Núcleo Interno de Regulação (NIR) segundo o Manual de Implantação do NIR do Ministério da Saúde	23
Tabela 10 – Despesas do Hospital Santa Casa do Estado de Mato Grosso - 2024/1º semestre	26
Tabela 11 – Gestão de custos e indicadores	26
Tabela 12 – Fragilidades identificadas na fiscalização de contratos	28
Tabela 13 – Serviços prestados por meio de pagamentos indenizatórios	30

Sumário

1 – INTRODUÇÃO.....	7
2 – VISÃO GERAL.....	8
3 – ACHADOS DE AUDITORIA	10
3.1. A formalização da contratualização com o Hospital Santa Casa contribuirá para a definição clara de responsabilidades, serviços a serem prestados, recursos financeiros necessários, metas a serem atingidas e mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.....	10
3.2. Mais de 70% da produção do hospital foi glosada pelo Ministério da Saúde por falta de habilitações para serviços assistenciais ofertados.....	13
3.3. A instituição da Comissão de Acompanhamento da Contratualização contribuirá para a avaliação do cumprimento de metas e da capacidade instalada do hospital e para a readequação de metas	15
3.4. A formalização de prestação de contas do HESC contribuirá para a transparência sobre o atingimento das metas e a eficiência na gestão de recursos públicos	15
3.5. A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente contribuirá para promover e coordenar ações destinadas à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial.....	16
3.6. A estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente no HESC contribuirá para notificação de incidência de infecção por cateter venoso central no Notivisa	18
3.7. A articulação do hospital com a Atenção Primária pode contribuir para alta segura e continuidade do cuidado	19
3.8. A instituição de um sistema estruturado para avaliar a satisfação dos usuários e acompanhantes contribuirá para a capacidade da gestão de identificar falhas nos processos assistenciais.....	22
3.9. A adequação do Núcleo Interno de Regulação às exigências do Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde poderá contribuir para a efetividade da regulação interna, a qualidade assistencial e a gestão hospitalar	23
3.10. A implantação de um sistema de gestão de custos contribuirá para o gerenciamento dos custos fixos e variáveis do hospital e para a tomada de decisão baseada em evidência	25
3.11. A fiscalização de contratos de prestação de serviços no hospital possui fragilidades estruturais	28
4 – ACHADO NÃO DECORRENTE DE QUESTÃO DE AUDITORIA	30
4.1. A melhoria no planejamento das contratações contribuirá para evitar pagamentos indenizatórios como o que ocorreu nos serviços de lavanderia e em outras 39 prestações de serviços no hospital.....	30
5 – CONCLUSÃO.....	32
6 – PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	33
Apêndice 1 – Índice de documentos e análises de suporte dos achados de auditoria	peça 111
Apêndice 2 – Análise dos comentários dos gestores.....	peça 110
Apêndice 3 – Metodologia	peça 98
Apêndice 4 – Referências	peça 97
Matriz de achados.....	peça 96
Análises dos achados de auditoria.....	peças 75 a 86 e 95

1 – INTRODUÇÃO

1. Esta auditoria foi autorizada pelo despacho de 12/8/2024 do Ministro-Relator Walton Alencar Rodrigues no TC 017.847/2024-9 com o objetivo de (a) avaliar os mecanismos de contratualização de serviços hospitalares com o Hospital Estadual Santa Casa do Estado de Mato Grosso, no período de 2023 a 2024 e (b) aperfeiçoar e validar o referencial de auditoria em contratualização de serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Em 2017, o déficit no SUS atingia R\$31 bilhões e com projeção para 2030 da ordem de R\$57,5 Bilhões (Acórdão 1487/2020 – TCU – Plenário, de relatoria do Ministro Benjamin Zymler).
3. Em 2018, o Banco Mundial apontou que a eficiência média dos hospitais gerais do SUS era de 28% e poderia existir desperdício da ordem de R\$13 bilhões na atenção da média e alta complexidade (TC 015.993/2019-1).
4. Este quadro de déficit no SUS e ineficiência hospitalar levou este Tribunal a iniciar trabalhos no âmbito do projeto eficiência na saúde, dentre eles melhorar os instrumentos de contratualização de hospitais no SUS. Para isso foi construído o Referencial de Auditoria em Contratualização de Hospitais no SUS, que está sendo testado nesta auditoria.
5. A contratualização de hospitais visa adequar os serviços prestados às necessidades da população; definir os serviços que o gestor deve disponibilizar; estabelecer valores e fonte de recursos, condicionados ao cumprimento de metas qualitativas; o aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e a efetivação do controle social e da transparência.
6. Esta auditoria procura responder se: o Estado de Mato Grosso possui instrumento de contratualização de serviços hospitalares formalizado com o Hospital Estadual Santa Casa (HESC); o orçamento do Estado consigna dotações específicas para o (HESC); a alocação de recursos para o HESC considera a sua infraestrutura tecnologia, seu perfil assistencial, sua capacidade e produção de serviços e os custos regionais de materiais; o HESC cumpre os requisitos necessário para obtenção das habilitações de seus serviços junto ao Ministério da Saúde; a Secretaria Estadual de Saúde instituiu a Comissão de Acompanhamento da Contratualização; a Secretaria Estadual de Saúde apresenta a prestação de contas do HESC; o HESC possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP); há registro adequado da densidade de infecção por cateter venoso central; o HESC possui mecanismos que garantem a continuidade do cuidado na Atenção Básica; há mecanismos eficazes para avaliar a satisfação do paciente; está implantado Núcleo Interno de Regulação (NIR); o HESC possui sistemas e processos para controlar e gerenciar seus custos de operação; o HESC possui políticas e controles adequados para que a remuneração dos funcionários observe os limites constitucionais; e se os mecanismos de fiscalização dos contratos de serviços assistenciais são suficientes para assegurar a qualidade e a eficiência na execução dos serviços.
7. Para responder a essas questões, foram feitas requisição de informações, entrevistas, análise documental, extração e análise de dados, grupo focal e inferência analítica. O trabalho está alinhado com a Normas de Brasileira de Auditoria no Setor Público e com o Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União. Mais detalhes sobre a metodologia, vide apêndice 3.
8. O relatório preliminar de auditoria foi submetido aos comentários dos gestores, que foram analisados à peça 110.
9. Foram fiscalizados R\$ 140 milhões, referentes ao orçamento para o HESC em 2024.
10. Este trabalho está sendo realizado no âmbito de um conjunto de auditorias conduzidas por diversos Tribunais de Contas, na ação 38/2025 da Rede Integrar, pelo Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e por outras auditorias internas, com o objetivo de produzir consolidações sobre as contratualizações de hospitais no SUS.

2 – VISÃO GERAL

11. O Hospital Estadual Santa Casa (HESC), originalmente denominado Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, iniciou suas atividades em 1817. Durante mais de 200 anos, operou como uma instituição filantrópica, sustentada por doações e, posteriormente, por recursos federais, estaduais, municipais.

Foto 1 – Hospital Estadual Santa Casa - MT



Fonte: foto esquerda: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE), s.d. Foto direita: atual

12. No dia 11 de março de 2019, a Santa Casa de Misericórdia encerrou suas operações por insolvência, acumulando uma dívida estimada de R\$ 118 milhões e com salários atrasados desde outubro do ano anterior (G1, 2019).

13. Em resposta a essa crise, em 2/5/2019, com fundamento no art. 15, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, o Governo do Estado de Mato Grosso emitiu o Decreto 102/2019, declarando estado de calamidade pública e requisitando bens e serviços da então Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá. Assim, o Estado assume o Hospital Santa Casa, que passou a se denominar, enquanto perdurar o estado de calamidade, Hospital Estadual Santa Casa (HESC).

14. Atualmente, o futuro do HESC encontra-se incerto. O imóvel da instituição foi posto em leilão, ao lance mínimo de R\$54.768.302,50, equivalente a 70% do valor da avaliação, a fim de levantar recursos para honrar dívidas trabalhistas, mas o prazo para lances se encerrou em 28/8/2025 sem a apresentação de nenhum lance. Foi remarcado novo leilão para 21/10/2025, ao lance mínimo de R\$39.120.216,07, equivalente a 50% do valor da avaliação (Ação Trabalhista 0000259-75.2021.5.23.007 TRT 23 Região (peça 109)).

15. O HESC funciona como uma repartição dentro da Secretaria de Estado de Saúde. Ele não é uma Unidade Orçamentária (UO). Seus gastos estão alocados na UO 21.601 – Fundo Estadual de Saúde, na ação 2515 – gestão da atenção hospitalar estadual do SUS, juntamente com os gastos de outros 7 hospitais de gestão estadual.

Tabela 1 – Plano de trabalho, ação orçamentária 2515: gestão da atenção hospitalar estadual no SUS – Mato Grosso - 2024

Ação Orçamentária	Objetivo	UO Responsável	Valor Empenhado 2024
Ação 2515 - Gestão da Atenção hospitalar estadual do SUS	Manutenção dos Hospitais Próprios Sob Gestão Estadual – Prestar atendimento hospitalar de média e alta complexidade através dos hospitais sob gestão do Estado.	21.601 - Fundo Estadual de Saúde	R\$ 448.562.266,00*
	Realizar contratação de serviços médicos, laboratoriais, imagem/ diagnóstico, nutrição, limpeza, lavanderia, vigilância/segurança, apoio		R\$ 42.033.758,00

	técnico e administrativo e outros necessários para o Hospital Estadual Santa Casa.		
	Realizar a contratação dos Serviços de Saúde para o funcionamento do Hospital Estadual Santa Casa (médicos, hospitalar, laboratoriais e outros)		R\$ 30.300.123,00

*Refere-se a todos os 8 hospitais de gestão estadual. Não há uma ação orçamentária específica para cada hospital.

Fonte: Plano de Trabalho – Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado de Mato Grosso (Fiplan)
Exercício 2024 – peça 24, p. 34 e 37.

16. Para o exercício de 2024, o HESC contou com um orçamento de R\$146 milhões, sendo R\$116,8 milhões da fonte estadual e R\$29,2 milhões da fonte federal (peça. 28 p. 64).

17. O HESC possui duas superintendências, uma administrativa e financeira e outra de enfermagem, que se desdobra em quatro coordenadorias: enfermagem cirúrgica e centro de material e esterilização; coordenadoria de urgência e emergência; coordenadoria de clínica médica e pediátrica; e coordenadoria de medicina intensiva (Decreto Estadual 766/2024).

18. Atualmente, ele pode ser classificado como um hospital geral, com ênfase em pediatria e atendimentos de média alta complexidade. É uma unidade de referência para todo o Estado de Mato Grosso, recebendo pacientes de todas as regiões de seu território, com uma ampla gama de serviços e especialidades de alta complexidade:

Tabela 2 – Especialidades Hospital Estadual Santa Casa

Nº	Especialidade Médica	Nº	Especialidade Médica
1	Cardiologia	19	Neurologia
2	Cirurgia Cardiovascular	20	Nutrição
3	Cirurgia Geral	21	Oncologia Cirúrgica
4	Cirurgia Pediátrica	22	Oncologia Clínica e Cancerologia
5	Cirurgia Torácica	23	Oncologia Pediátrica
6	Cirurgia Vascular	24	Ortopedia e Traumatologia
7	Cirurgia do Aparelho Digestivo	25	Otorrinolaringologia
8	Clínica Geral	26	Pediatria
9	Endocrinologia e Metabologia	27	Pneumologia e Tisiologia
10	Fisioterapia	28	Psicologia
11	Fonoaudiologia	29	Psiquiatria
12	Gastroenterologia	30	Radiologia
13	Ginecologia	31	Radioterapia
14	Hemoterapia	32	Urologia
15	Infectologia	33	Medicina Intensiva Adulto
16	Mastologia	34	Medicina Intensiva Pediátrica
17	Nefrologia	35	Medicina Intensiva Neonatal
18	Neurocirurgia		

Fonte: Governo do Estado de Mato Grosso, s.d. (peça 34, p. 8-9)

19. O HESC possui um total de 206 leitos, 191 em operação. Desses, 50 são Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) adulto cardiológico, pediátrico e neonatal. Conta com 1346 colaboradores, sendo 332 médicos. Essa força de trabalho é composta por 585 contratos temporários, 743 terceirizados e 18 efetivos e comissionados (peça 28, p. 11 e peça 34, p. 15).

20. O HESC possui demanda referenciada, funcionando sob o regime de porta fechada, com exceção do pronto atendimento pediátrico. No período de janeiro a setembro de 2024, realizou um total de 6.309 internações (peça 28, p. 16).
21. Em outubro de 2024, eram 83 empresas prestadoras de serviços médicos e gerais, sendo elas 42 na modalidade contratual e 39 na modalidade indenizatória (modalidade em que não foi possível a realização de um processo licitatório ou de contratação direta (peça 28, p. 24).
22. Segundo dados compartilhados pela Direção do Hospital, os serviços médicos são pactuados com as empresas contratadas sob as seguintes quantidades:

Tabela 3 – Metas de produção dos contratos de serviços médicos

Consultas	Mensal	Anual	Cirurgias	Mensal	Anual
Cirurgia geral	540	6.480	Cirurgia geral	180	2.160
Cirurgia pediátrica	480	5.760	Cirurgia pediátrica	160	1.920
Cirurgia urológica	160	1.920	Cirurgia otorrinolaringologia	80	960
Consulta cardiológica pediátrica	179	2.148	Cirurgia vascular pequenas cirurgias	60	720
Consulta cardiológica adulto	267	3.204	Cirurgia vascular	60	720
Consulta pneumologia	192	2.304	Cirurgia urológica	80	960
Consulta psiquiatria	192	2.304	Cirurgia oncologia	131	1.572
Consulta – cirurgia otorrinolaringologia	160	1.920	Cirurgia oncologia biópsia	482	5.784
Consulta – cirurgia vascular	120	1.440	Cirurgia ortopédica pediátrica	300	3.600
Consulta – cirurgia oncológica	480	5.760			
Cirurgia ortopédica pediátrica	240	2.880			
TOTAL	3.010	36.120	TOTAL	1.533	18.396

Fonte: Sistema hospitalar MVSoul 28/08/2024, apresentação geral, peça 34, p.16.

3 – ACHADOS DE AUDITORIA

3.1. A formalização da contratualização com o Hospital Santa Casa contribuirá para a definição clara de responsabilidades, serviços a serem prestados, recursos financeiros necessários, metas a serem atingidas e mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas

23. A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT) não formalizou contratualização de serviços hospitalares com o HESC. Esse fato foi constatado a partir da resposta às requisições de informações da equipe de auditoria pela SES-MT e entrevistas com gestores da SES-MT e do HESC (peça 51, p.27, peça 40).
24. Essa situação contraria o art. 34, do anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, que determina que “os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente [sic] de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão”.
25. A contratualização formaliza a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais do SUS e estabelece compromissos entre as partes para qualificação da assistência e da gestão hospitalar, alinhado com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp) (Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, art. 3º, parágrafo único).
26. A contratualização é eixo estruturante da gestão hospitalar no SUS, exigindo o cumprimento de metas pactuadas no instrumento que a formaliza (Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, Anexo XXIV, arts. 7º e 18).

27. O principal benefício da contratualização, além de garantir a conformidade normativa, é trazer segurança jurídica-institucional para a gestão do hospital, para sua operação e para o gestor/autoridade de saúde.

28. Para o Ministério da Saúde as vantagens da contratualização são:

Tabela 4 – Vantagens da Contratualização

Vantagens da Contratualização	
1	Programação Orçamentária e Financeira;
2	Facilitação dos Processos de Avaliação, Controle, Regulação dos Serviços Ofertados;
3	Possibilidade de Investimento na Gestão Hospitalar;
4	Adequação dos Serviços conforme a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
5	Maior transparência na relação com o gestor local do SUS;
6	Melhor inserção institucional na rede de serviços de saúde;
7	Ampliação dos mecanismos de participação e controle social;
8	Possibilidade questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional;
9	Valorização dos aspectos referentes ao ensino, pesquisa, e produção de conhecimento;
10	Integração Ensino-Serviço;
11	Indução de um maior comprometimento do corpo de colaboradores da unidade hospitalar (contrato interno);
12	Melhor alocação e gestão dos recursos públicos por meio da racionalização do gasto e da qualidade do serviço prestado;
13	Fortalecimento da relação entre o gestor e o prestador de serviço, uma vez que as metas passam a ser formuladas em parceria.

Fonte: (Brasil, 2021).

29. A inexistência de contratualização pode gerar **efeitos** negativos, dentre eles: (a) falta de delimitação dos papéis e responsabilidades do HESC e da SES-MT nas áreas de assistência, gestão, avaliação, ensino e pesquisa; (b) falta de clareza quanto ao montante de recursos financeiros que devem ser destinados ao hospital; (c) ausência de definição das metas a serem atingidas e dos mecanismos de acompanhamento, monitoramento e avaliação dessas metas; e (d) indefinição das consequências pelo não-cumprimento das metas estabelecidas.

30. A ausência de instrumento formal de contratualização pode acarretar indefinição quanto aos papéis e responsabilidades do HESC e da SES-MT no cumprimento das obrigações previstas nos artigos 5º a 13 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017.

31. O artigo 5º estabelece as competências do ente federativo contratante e os artigos 6º a 13 detalham as responsabilidades do hospital nos eixos de assistência, gestão, avaliação, e ensino e pesquisa. Sem essa pactuação formal, a relação entre as partes carece de clareza, comprometendo a coordenação necessária para a execução eficaz das ações no âmbito do SUS.

32. A ausência de contratualização formal compromete a transparência e a previsibilidade no planejamento orçamentário, dificultando a alocação de recursos públicos ao hospital. É essencial que seja ajustado entre o gestor de saúde e o hospital que os recursos de custeio e investimento estejam vinculados ao cumprimento de metas e compromisso pactuados (arts. 14 a 20 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

33. Sem a formalização da contratualização, não houve a definição clara das metas as serem alcançadas pelo hospital, dos procedimentos estruturados para o seu acompanhamento, monitoramento e avaliação e das consequências para o não atingimento dos resultados (art. 5º, VIII, c, X, art. 10, II e arts. 11 a 13, arts. 18 e 20, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

34. Dentre as **causas** que contribuem para esse quadro, podem ser apontadas: (a) o fato de o gestor de saúde tratar o HESC como uma repartição dentro da estrutura da administração direta; (b) possível despreparo da equipe que dá suporte ao procedimento de contratualização; e (c) possível negligência do gestor de saúde em celebrar instrumento de contratualização com hospitais da administração direta.
35. O HESC integra a administração direta do estado de Mato Grosso conforme estabelecido pelos Decretos MT 766/2024 e 1250/2025. Estes decretos definiram a estrutura organizacional da SES-MT, atribuindo-lhe a responsabilidade pela coordenação e execução das políticas de saúde, alinhadas às diretrizes do SUS no Estado de Mato Grosso.
36. Em resposta a ofício de requisição da equipe de auditoria, a SES-MT reconhece que a ausência de contratualização com suas unidades decorre do fato de que elas integram a mesma estrutura organizacional (peça 51, p. 164).
37. Contudo, o fato de o HESC ser uma repartição dentro da SES-MT não dispensa a formalização do instrumento da contratualização (art. 34, do anexo XXIV, da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).
38. Pode ainda ter contribuído para a ausência da contratualização possível despreparo da equipe que dá suporte ao procedimento de contratualização.
39. A Portaria de Consolidação MS 2/2017, anexo XXIV, anexo 2, que trata das diretrizes para contratualização de hospitais no SUS, exige atividades técnicas complexas para a contratualização, incluindo levantamento de capacidade instalada, análise de demanda de saúde, definição de metas e indicadores e planejamento orçamentário.
40. Em entrevista realizada com os gestores da SES-MT, foram mencionadas fragilidades na estrutura de pessoal daquela secretaria, responsável por lidar com os hospitais da administração direta, indicando despreparo técnico e insuficiência de suporte ao processo de contratualização (peça 40).
41. Também, não foram apresentados, apesar de requisitados, relatórios de diagnósticos, mapeamento de capacidades ou minutas de contratualização, reforçando a hipótese de despreparo da equipe para lidar com o tema (peça 9).
42. Por fim, outra causa para ausência da formalização da contratualização é a possível negligência por parte da gestão estadual.
43. Isso foi constatado na entrevista realizada com os gestores da SES-MT e na resposta a requisição de informação da equipe de auditoria, onde se verifica que a gestão da SES-MT possui ciência da necessidade de contratualização com todos os hospitais que integram o SUS, independentemente de sua natureza jurídica ou vinculação administrativa (peças 40 e 51, p.27).
44. A SES-MT opta por adiar o direcionamento de esforços na formalização da contratualização com os hospitais públicos. Tal postura indica uma escolha deliberada de não cumprir integralmente a normativa, o que pode ser caracterizado como uma falha de gestão.
45. Contudo, ao tomar conhecimento da matriz de achados dessa auditoria a SES-MT, informa que deu início ao processo de contratualização das unidades hospitalares sob sua gestão direta (peça 89, p. 2).
46. Apesar das iniciativas para tratar essa questão, propõe-se **determinar** à SES-MT, que formalize instrumento de contratualização com o Hospital Estadual Santa Casa ou com aquele que vier a sucedê-lo, e com os demais hospitais públicos gerenciados pelo Estado, em atenção ao art. 34 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e o anexo 2 do citado anexo XXIV, que define as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.
47. Ainda para tratar o problema, sugere-se **recomendar** à SES-MT, que, ao formular uma proposta de contratualização com o Hospital Estadual Santa Casa, ou com aquele que vier a sucedê-lo, bem como com os demais hospitais públicos gerenciados pelo Estado, avalie a adoção de um

modelo de remuneração ao hospital que contemple metas relativas a: qualificação de estrutura; integração de processos à rede de atenção; segurança do paciente; qualidade de prontuários; melhoria de resultados assistenciais; redução do tempo de internação; cuidado pós-alta seguro; resolutividade na emergência; e alinhamento da remuneração do corpo clínico aos resultados esperados.

48. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para promover a formalização e a regularização da relação entre a SES-MT e o HESC (ou com aquele que vier a sucedê-lo) e com os demais hospitais públicos gerenciados pelo Estado e induzir a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado pelos hospitais públicos gerenciados pelo Estado, por meio de um modelo de remuneração orientado por desempenho e resultados em saúde.

49. O monitoramento da solução do problema observará os seguintes indicadores: (a) contratualização formalizada; (b) instrumento de contratualização contendo cláusulas que contemplem remuneração por desempenho e resultado em saúde.

3.2. Mais de 70% da produção do hospital foi glosada pelo Ministério da Saúde por falta de habilitações para serviços assistenciais ofertados

50. Em 2023 e 2024, mais de 70% da produção do HESC, registrada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), foi glosada especificamente por ausência de habilitações para diversos serviços assistenciais. Em 2023, o percentual de glosa por este motivo atingiu 72,37%, e, em 2024, 72,16%.

Tabela 5 – Produção total x glosada por ausência de habilitação – HESC (CNES 9841903)

Ano	Valor de produção apresentado	Valor Glosado por ausência de habilitações	% de glosa sobre o valor total
2023	R\$ 16.847.830,81	R\$ 12.193.042,59	72,37%
2024	R\$ 17.027.016,14	R\$ 12.286.724,91	72,16%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH), TabWin e Elasticnes (peça 52, peça 51, p. 28-30 e p. 165-166).

51. Habilitação é o processo formal de autorização concedido pelo Ministério da Saúde ou por gestores estaduais/municipais a um estabelecimento de saúde (hospital, clínica, unidade ambulatorial etc.) para que possa prestar serviços, realizar procedimentos ou oferecer leitos específicos no âmbito do SUS, desde que comprove o cumprimento de requisitos técnicos, operacionais, estruturais e de recursos humanos estabelecidos em normas específicas.

52. A seguir a relação de glosas consideradas por ausência de habilitações do HESC nos anos de 2023 e 2024.

Tabela 6 – Glosas por ausência de habilitação detalhada

Motivo da Glosa por ausência de habilitação		Valor – R\$	
Código	Descrição do motivo	2023	2024
060120	PROCEDIMENTO REALIZADO EXIGE HABILITAÇÃO	6.637.173,26	6.645.385,70
060168	HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS DE UTI II CORONARIANA	2.544.290,35	2.677.274,27
060028	HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS DE UTI II ADULTO	1.126.094,05	1.145.468,10
060025	HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS DE UTI II PEDIÁTRICA	953.521,17	863.709,11
060022	HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS DE UTI II NEONATAL	744.483,13	832.277,74
060072	HOSPITAL NÃO POSSUI O SERVICO/CLASSIFICACAO EXIGIDOS	141.286,51	91.918,15

050098	PROCEDIMENTO PRINCIPAL EXIGE HABILITAÇÃO	43.545,79	30.099,83
050008	HOSPITAL NÃO POSSUI LEITOS NA ESPECIALIDADE	2.648,33	R\$ 592,01
TOTAL		12.193.042,59	12.286.724,91

Fonte: SIH, TabWin e Elasticnes (peça 52).

53. Como **efeitos**, a ausência de habilitações tem gerado impacto financeiro e aponta para possíveis riscos assistenciais.

54. Em 2024, mais de 70% da produção apresentada foi glosada por esse motivo, resultando na perda de R\$ 12.286.724,91 dos R\$ 17.027.016,14 inicialmente previstos – o que equivale a 72,16%. Em 2023, o cenário foi semelhante, conforme demonstrado na Tabela 6.

55. Essa situação torna-se mais crítica ao se considerar o total de glosas da unidade hospitalar: 87,05% em 2024 e 86,49% em 2023. Ou seja, apenas R\$ 2.205.820,16 (12,95%) e R\$ 2.275.797,24 (13,51%) foram efetivamente repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Estadual de Saúde (FES) nos respectivos anos para custear a operação do HESC (peça 51, p. 28-30 e 165-166)

56. Diante dessa expressiva rejeição da produção apresentada, o Estado tem sido obrigado a aportar recursos próprios para manter a operação da unidade, cobrindo a diferença não repassada. Na prática, isso representa um esforço adicional de R\$ 14,5 a R\$ 15 milhões por ano, sendo aproximadamente R\$ 12 milhões apenas relacionados à ausência de habilitações.

57. Além do impacto financeiro, a ausência de habilitações — muitas vezes relacionada à falta de alvarás sanitários — aponta para um risco assistencial, pois pode indicar que a unidade não atende plenamente às condições mínimas de segurança exigidas (peça 35, p. 122-125).

58. Como detalhado na análise da produção hospitalar, as glosas por ausência de habilitação representam 83,67% e 82,90% das glosas totais em 2023 e 2024, respectivamente, contribuindo para aproximadamente 72% do total glosado no biênio. A tabela a seguir demonstra a discrepância entre os valores apresentados e aprovados.

Tabela 7 – Produção total x produção glosada – HESC (CNES 9841903)

Ano	Valor produção apresentado	Valor Glosado (total)	Valor aprovado	% Glosa sobre o apresentado	% Aprovado apresentado
2023	R\$ 16.847.830,81	R\$ 14.572.033,57	R\$ 2.275.797,24	86,49%	13,51%
2024	R\$ 17.027.016,14	R\$ 14.821.195,98	R\$ 2.205.820,16	87,05%	12,95%

Fonte: SIH, TabWin e Elasticnes (peça 52).

59. Assim, considerando todos os motivos de glosa, os valores totais não repassados atingem R\$ 14,6 milhões em 2023 e R\$ 14,8 milhões em 2024, reforçando a importância da regularização das habilitações para a sustentabilidade financeira da unidade.

60. A principal **causa** das glosas é a ausência de habilitações. Quando o Estado de Mato Grosso assumiu a administração do Hospital Santa Casa, em 2019, ocorreu descontinuidade da unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o hospital passou a operar com um novo número de CNES, o que, do ponto de vista administrativo e regulatório, caracteriza a criação de um novo estabelecimento de saúde.

61. Dessa forma, todas as habilitações anteriormente associadas ao CNES antigo foram automaticamente encerradas.

62. Até então, o novo Hospital Estadual Santa Casa ainda não havia concluído os processos necessários para reobter essas habilitações junto ao Ministério da Saúde, o que explica a ausência atual de habilitações ativas.

63. A principal barreira tem sido a falta de licenças e alvarás exigidos, dificultada pela estrutura antiga e modificações desordenadas do prédio que conta com mais de 200 anos. Relatórios técnicos identificaram diversas inadequações estruturais e documentais, como ausência de projeto contra incêndio, falhas de acessibilidade e não conformidade com normas sanitárias (Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 50/2002 e NBR 9050), o que tem impedido a regularização e a habilitação da unidade junto ao Ministério da Saúde (peça 35, p. 122, peça 51, p. 28-30).

64. A SES-MT comunicou que já vem tomando providências para habilitações (peça 90, p. 8).

65. Mas, como o problema persiste, propõe-se dar **ciência** à SES-MT de que a ausência de habilitações de serviços assistenciais por parte do HESC tem provocado glosas superiores a 70% de sua produção hospitalar.

66. Espera-se que este apontamento possa induzir que o HESC e a SES-MT priorizem as medidas necessárias para obtenção das habilitações pendentes.

3.3. A instituição da Comissão de Acompanhamento da Contratualização contribuirá para a avaliação do cumprimento de metas e da capacidade instalada do hospital e para a readequação de metas

67. A SES-MT não instituiu a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) para monitorar a execução das ações e serviços de saúde prestados pelo HESC.

68. Essa situação contraria o art. 32, §§1º e 2º do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017, que determina a instituição da CAC, composta por, no mínimo, um representante do ente federativo e outro do hospital, com as atribuições de avaliar o cumprimento de metas e da capacidade instalada do hospital e readequar as metas pactuadas e os recursos financeiros.

69. Em resposta ao ofício de requisição da equipe de auditoria, o SES-MT informou que a CAC não foi instituída, **pois** não houve contratualização com o HESC (peça 51, p.28 e 164).

70. Como **efeito**, a ausência da instituição da CAC compromete o monitoramento e a avaliação das metas e da capacidade instalada do hospital e eventual readequação de metas e recursos financeiros pactuados.

71. Contudo, ao tomar conhecimento da matriz de achados dessa auditoria a SES-MT, informa que será priorizado o processo de contratualização com o HESC de acordo com cronograma, que já conta tratativa para instauração da CAC (peça 89, p. 2, peça 91).

72. Não obstante essas providências, propõe-se dar **ciência** à SES-MT de que a ausência de instituição da CAC compromete o monitoramento e avaliação do desempenho do HESC e contraria o art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017.

73. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para a avaliação das metas pactuadas com o hospital e da sua capacidade instalada e eventual readequação de metas e recursos financeiros pactuados.

3.4. A formalização de prestação de contas do HESC contribuirá para a transparência sobre o atingimento das metas e a eficiência na gestão de recursos públicos

74. A SES-MT não realiza a prestação de contas do desempenho do HESC com formato e periodicidade definida, conforme exige o art. 5º, X, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017.

75. Em resposta ao ofício de requisição da equipe de auditoria, a SES-MT informou que possui um sistema interno denominado Sistema de Gestão em Saúde (SGS), que faz o controle das despesas das unidades hospitalares sob sua gestão direta e que está implementando o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (Apurasus), uma ferramenta do MS que auxilia a gestão de custos das unidades de saúde (peça 51, p. 164-65).

76. No entanto, nem o SGS nem o Apurasus substituem a prestação de contas, conforme quer o citado art. 5º, que vai muito além do uso interno de um sistema para medir despesas de uma unidade, exigindo transparência, *accountability* e avaliação de desempenho.

77. Como **efeito**, a ausência de prestação de contas do HESC compromete a avaliação do atingimento de metas assistenciais e a eficiência na gestão de recursos públicos, e a sociedade permanece desinformada sobre o desempenho do hospital.

78. A **causa** da ausência da prestação de contas sobre o desempenho do HESC, embora não declarada diretamente, pode ser inferida da ausência da formalização da contratualização, uma vez que o HESC integra a estrutura administrativa da SES-MT.

79. Conquanto a SES-MT tenha informado exercer controle interno sobre as despesas do HESC, tal prática não supre a exigência prevista no art. 5º, inciso X, da Portaria de Consolidação nº 2/2017 GM/MS (Anexo 2 do Anexo XXIV), que exige prestação formal de contas vinculada ao instrumento de contratualização.

80. A percepção sobre como o HESC integra a estrutura da secretaria cria uma interpretação equivocada sobre a necessidade de se formalizar uma contratualização, uma vez que se presume, indevidamente, que a vinculação administrativa entre as duas entidades dispensa o cumprimento das exigências legais específicas relativas à contratualização.

81. Essa interpretação ignora que a Portaria de Consolidação nº 2/2017 GM/MS, em seu Anexo XXIV, determina a obrigatoriedade de formalização da contratualização entre as secretarias de saúde e os hospitais públicos sob sua gestão direta, como forma de garantir maior transparência, eficiência na alocação de recursos, responsabilização dos gestores e melhoria nos resultados assistenciais.

82. A Portaria de Consolidação nº 2/2017 GM/MS, em seu art. 5º, inciso X, estabelece a obrigatoriedade de apresentação de relatórios de prestação de contas que demonstrem o cumprimento das metas pactuadas, bem como a adequada aplicação dos recursos públicos.

83. A inexistência de contratualização formal do HESC com a SES-MT resulta na ausência de parâmetros objetivos para a avaliação de sua gestão, esvaziando a percepção de necessidade de apresentação de prestação de contas sobre o desempenho das unidades.

84. Ao tomar conhecimento da matriz de achados dessa auditoria, a SES-MT informa que deu início ao processo de contratualização das unidades hospitalares sob sua gestão direta, o que inclui prestação de contas (peça 89, p. 2).

85. Mesmo com essas iniciativas, propõe-se dar **ciência** à SES-MT de que a não apresentação da prestação de contas do desempenho de seus hospitais compromete a transparência e o *accountability* dos serviços assistenciais e contraria o art. 5º, inciso X, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017.

86. Espera-se que este encaminhamento possa induzir a SES-MT a priorizar medidas necessárias para a apresentação periódica da prestação de contas de seus hospitais próprios.

3.5. A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente contribuirá para promover e coordenar ações destinadas à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial

87. O HESC não possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento. Segundo memorando interno do HESC, a unidade chegou a contar com um NSP ativo, porém o núcleo deixou

de operar após as saídas das profissionais responsáveis, ocorridas entre agosto de 2022 e março de 2023 (peça 51, p. 51).

88. O NSP é uma instância estruturada, que deve ser composta por profissionais qualificados, com a função de promover e coordenar ações destinadas à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial. Ele atua na gestão de riscos, identificando, analisando e mitigando situações que possam resultar em incidentes ou eventos adversos, como erros médicos, infecções hospitalares ou falhas nos processos de cuidado.

89. Suas atribuições incluem a elaboração e implementação do plano de segurança do paciente, a capacitação de equipes, o monitoramento de indicadores de segurança e a notificação de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Notivisa).

90. A instituição e o funcionamento do NSP são exigências sanitárias previstas no art. 4º da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): “A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”.

91. Como **efeitos** da inexistência do NSP, podemos destacar a ausência de registro de eventos adversos no Notivisa e falhas na investigação e análise sistemática de eventos adversos.

92. A ausência de registros de eventos adversos no Notivisa foi costatada no memorando interno 1/2025/HESC (peça 51, p. 53).

93. A Portaria GM/MS 1.660/2009 instituiu o Notivisa e estabeleceu que as notificações sobre eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária deveriam ser registradas nele (arts. 1º e 3º). Os registros nesse sistema têm a finalidade de subsidiar investigações, análises e monitoramento de tais eventos.

94. Por sua vez, a Resolução RDC 36/2013 estabelece que o monitoramento dos incidentes e eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde é de responsabilidade do NSP. A RDC 36/2013 dispõe que o NSP deve notificar mensalmente a autoridade sanitária, por meio de sistema disponibilizado pela Anvisa (Notivisa).

95. A notificação dos eventos adversos é apenas a etapa inicial do processo de vigilância e monitoramento da segurança do paciente. Um sistema que vise garantir a segurança do paciente deve ser capaz de não apenas identificar e registrar os eventos adversos, mas, também, de investigar, analisar e corrigir inadequações, a fim de minimizar ou eliminar riscos às pessoas e, adicionalmente, ao ambiente e ao patrimônio da instituição.

96. Foi dito expressamente pela auditado, no memorando interno 1/2025/HESC, que “não é realizado o acompanhamento e evolução do caso”. Foi mencionado que, atualmente, o que se faz é uma orientação para evitar a reincidência do evento adverso: “Exemplo: em um caso de queda, a enfermagem realizada [sic] a orientação de grades elevadas, orienta sobre os riscos de queda, orienta o paciente a usar calçados antiderrapantes” (peça 51, p.53).

97. A inatividade do NSP no hospital, é uma falha crítica na investigação e avaliação sistemática de eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente e o cumprimento das exigências da RDC nº 36/2013 da Anvisa.

98. Como **causa** desse quadro destaca-se que a interrupção do funcionamento do NSP ocorreu devido à saída dos principais profissionais envolvidos e à falta de ações da gestão para capacitar novos membros que pudessem substituí-los.

99. Em uma solicitação de dispensa do NSP, uma funcionária relata redução da carga horária de seu contrato de trabalho, impossibilitando que ela desempenhasse as atribuições típicas do NSP, juntamente com as de outras comissões das quais ela faz parte (peça 51, p.76).

100. A situação revela também uma fragilidade institucional em gerir e capacitar pessoas para substituir postos-chave na instituição em casos de vacância.
101. Essa necessidade de administrar sucessões no HESC é especialmente sensível, uma vez que aproximadamente 44% da força de trabalho do hospital se dá por contratação temporária (vínculo precário) e o restante são prestadores de serviços de empresas contratadas. Apenas 1% da força de trabalho do hospital é de servidores ou cargos comissionados (peça 34, p.10).
102. A gestão do HESC informou que a inexistência de um processo seletivo específico para profissionais especializados em segurança do paciente tem dificultado a recomposição do NSP (memorando interno 1/2025/HESC peça 51, p. 51).
103. A falta de um programa contínuo ou ação de treinamento e desenvolvimento para manter as equipes preparadas nas áreas estratégicas do HESC também contribuiu para essa fragilidade. A concentração de tarefas especializadas, como as do NSP, nas mãos de poucos profissionais expõe a instituição a riscos relevantes diante de situações de rotatividade ou redução de carga horária, conforme apontado no memorando 012/2023/HESC (peça 51, p. 76)
104. Para mitigar esse problema, a SES-MT informa que “[...] foram designadas, em caráter emergencial, duas profissionais da equipe de enfermagem assistencial para assumirem, de forma temporária, as rotinas de notificação e alimentação do sistema NOTIVISA” (peça 89, p.4).
105. Mesmo com essas providências, propõe-se dar **ciência** à SES-MT e ao HESC de que a ausência de funcionamento do NSP, bem como a ausência de registro das notificações de eventos adversos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), violam os arts. 4º, 9º e 10 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da Anvisa, podendo ensejar a aplicação de sanção prevista no art. 10, inciso XXIX, da Lei 6.437/1977.
106. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para promover, junto ao HESC, a reestruturação do NSP e o cumprimento das normas de segurança do paciente, evitando sanções e melhorando a qualidade assistencial.

3.6. A estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente no HESC contribuirá para notificação de incidência de infecção por cateter venoso central no Notivisa

107. O HESC não registra a densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC) no Notivisa.
108. Um cateter venoso central é um tubo fino inserido em uma veia grande (geralmente no pescoço, peito ou virilha) para administrar medicamentos, líquidos ou nutrientes diretamente no sangue de pacientes, geralmente em estado grave, como os internados em UTIs.
109. O indicador de densidade de infecção por cateter venoso central (DI-CVC) mostra quantas vezes uma infecção no sangue, causada por um cateter, acontece em um hospital para cada 1000 dias em que os pacientes usam esse cateter.
110. É como contar quantas infecções novas aparecem enquanto os pacientes têm o cateter, para saber se o hospital está conseguindo evitar essas infecções. Logo, quanto menor esse indicador, melhor.
111. Em resposta a ofício de requisição da equipe de auditoria, o HESC demonstrou que monitora a densidade de infecção por cateter venoso central, conforme quer o art. 12, II, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017, mas não faz registros desses eventos no Notivisa (peça 51, p. 53 e peça 54).
112. A ausência desses registros no Notivisa vai de encontro à RDC da Anvisa 36/2013, art. 7º, XI: compete ao NSP a atividade de notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos decorrentes da prestação de serviços de saúde.

113. Como **efeito**, a ausência de registros de casos de DI-CVC no Notivisa constitui uma violação à RDC 36/2013 da Anvisa.
114. Essa inconformidade pode expor o hospital a riscos regulatórios, incluindo multas, advertências ou até suspensão temporária das operações, dependendo da gravidade e recorrência da infração previstas na Lei nº 6.437/1977, art. 10, XXIX.
115. Além de ser potencial infração sanitária, essa ausência de registros compromete a rastreabilidade dos incidentes ocorridos, prejudicando o processo de investigação, análise de causas e prevenção de recorrências.
116. A **causa** da falta de alimentação do Notivisa é a interrupção das operações do NSP, que se deu devido à saída dos principais profissionais envolvidos e à falta de ações da gestão para capacitar novos membros que pudessem substituí-los, conforme se evidencia nas respostas de requisições da equipe de auditoria (peça 51, p.76; peça 34, p.10; peça 51, p.51).
117. Essa situação contraria o art. 4º, caput e §1º e art. 5º da RDC 36/2013 da Anvisa, que estabelecem a obrigatoriedade da constituição e instalação do NSP e de provê-lo com recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais e definir um profissional responsável pelo NSP.
118. Para mitigar esse problema, a SES-MT informa que “duas profissionais da equipe de enfermagem assistencial para assumirem, de forma temporária, as rotinas de notificação e alimentação do sistema NOTIVISA” (peça 89, p.4).
119. Mesmo com essa providência por parte da SES-MT, propõe-se dar **ciência** os HESC e à SES-MT de que a ausência de funcionamento do NSP e de registro das notificações de eventos adversos no Notivisa, violam os arts. 4º, 9º e 10 da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da Anvisa, podendo ensejar a aplicação de sanção prevista no art. 10, inciso XXIX, da Lei 6.437/1977.
120. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para promover, junto ao HESC, a reestruturação do NSP e o cumprimento das normas sanitárias vigentes, evitando sanções e melhorando a qualidade assistencial.

3.7. A articulação do hospital com a Atenção Primária pode contribuir para alta segura e continuidade do cuidado

121. O HESC não realiza a articulação necessária para assegurar a continuidade do cuidado aos pacientes após a alta hospitalar, especialmente no que se refere à integração com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).
122. Esse quadro foi constatado a partir de entrevistas envolvendo a Direção Geral do Hospital, o Diretor Técnico do Hospital, médico oncologista (peça 48, p. 3; peça 57, p.4; peça 58, p. 2); registros de grupos focais com enfermeiros e assistentes sociais (peça 59, p. 3; peça 60, p. 2).
123. A falta de adequada transição de cuidado contraria farta legislação sobre o tema:
- o disposto no art. 17, II, do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, estabelece que a alta hospitalar responsável, entendida como a efetiva transferência do cuidado, deve ser realizada por meio da articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na integração com a APS;
- o art. 10, VI, da Portaria GM/MS nº 1.604/2023 determina que os serviços de atenção especializada em saúde no âmbito do SUS sejam ofertados de forma regionalizada e integrada aos demais pontos da RAS, com o objetivo de garantir a continuidade e a coordenação do cuidado;

a Portaria MS 1.604/2023, art. 14, incisos III, IV, V e VI, define as responsabilidades das equipes multiprofissionais dos serviços de atenção especializada, incluindo a corresponsabilização no cuidado dentro da RAS, a orientação de usuários e familiares por meio de um plano de cuidado integrado com a APS, a articulação para a transição segura do cuidado e a interlocução intersetorial para complementar o cuidado e promover a reabilitação e reintegração social do paciente;

o art. 5º, inciso VI, alínea b, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, impõe aos entes federativos contratantes a responsabilidade de implementar protocolos regulatórios que definam os pontos de atenção e suas atribuições na RAS para assegurar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar;

o art. 7º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, estabelece que os hospitais devem assegurar a alta hospitalar responsável, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp).

124. Como **efeito** da falta de adequada transição do cuidado pode ocorrer dificuldade da manutenção da continuidade do cuidado em nível local; a transferência de responsabilidade pela integração dos pontos de cuidado para os pacientes e familiares; e sobrecarga dos serviços ambulatoriais do HESC.

125. A principal consequência é o risco de descontinuidade dos cuidados pós alta hospitalar, particularmente para pacientes provenientes de municípios com menor oferta de serviços.

126. Em registro de grupo focal realizado com pacientes, foram identificadas dificuldades na manutenção do seguimento clínicos em nível local, com relatos de demora na realização de consulta e exames, além de uma percepção de fragilidade na continuidade entre serviços (peça 61).

127. Essa descontinuidade do cuidado pode afetar gravemente os desfechos assistenciais, aumentando o risco de complicações pós-alta, reinternações evitáveis e piora de condições clínicas, especialmente em pacientes com doenças crônicas ou em recuperação de procedimentos complexos.

128. Outro efeito potencial observado nos grupos focais é a transferência de responsabilidades assistenciais para os próprios pacientes e familiares, que acabam assumindo o papel de articuladores da continuidade do cuidado, seja por meio do transporte físico de documentos, seja pela necessidade de buscar ativamente o acompanhamento nos serviços de Atenção Básica, sem uma coordenação formal pré-estabelecida entre os níveis de atenção (peça 61).

129. Essa transferência de responsabilidades para pacientes e familiares pode ser problemática, pois coloca sobre indivíduos, frequentemente sem formação técnica ou recursos adequados, a tarefa complexa de coordenar o cuidado entre diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

130. Adicionalmente, os relatos também sugerem um risco de sobrecarga nos serviços ambulatoriais do próprio Hospital, com a possibilidade de aumento de retornos não planejados ou desnecessários, decorrentes da insuficiência de acompanhamento adequado nos territórios de origem dos pacientes.

131. Dentre as **causas** desse problema podem se apontadas a ausência de uma estruturação adequada da RAS capaz de preparar e apoiar a APS para receber o paciente com base em um plano de cuidado integrado; o uso de sistemas de informação que não realizam a troca de dados entre o HESC e a APS, como inexistência de um prontuário unificado; e a falta de protocolos e diretrizes conjuntas que orientem a transição do cuidado entre a Atenção Especializada à Saúde (AES) e a APS.

132. A ausência de uma estruturação adequada da RAS capaz de preparar e apoiar a APS para receber o paciente com base em um plano de cuidado integrado é apontada a partir da inexistência de protocolos no HESC que prevejam a articulação com a APS.

133. A Resolução nº 780, de 14 de dezembro de 2023, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de Mato Grosso, que dispõe sobre os fluxos de regulação de urgência e emergência do Estado de

Mato Grosso no SUS, não traz menção à contrarreferência de pacientes. Os fluxos ali descritos se limitam às etapas de acesso e transferência até o momento da internação hospitalar (peça 27).

134. A responsabilidade pela implementação de protocolos regulatórios que contemplem a definição dos pontos de atenção e suas atribuições para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar é do ente federado (o art. 5º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017).

135. A ausência de interoperabilidade e integração entre sistemas utilizados pelo HESC com aqueles utilizados pela APS se confirma a partir dos resultados dos grupos focais realizados com enfermeiros e assistentes sociais (peças 59 e 60.); das entrevistas com médico oncologista (peça 58) e com o Diretor Técnico do hospital (peça 57.); e da análise de sistema computacional do HESC (peça 56), elaborada a partir de questionamentos feitos ao coordenador de TI do hospital, que demonstra as limitações do MVSoul e do Aplicativo para Gestão Hospitalares Universitária e Saúde (AGHUse) em relação à integração com a APS, comprometendo a continuidade do cuidado e a eficiência do atendimento em rede.

136. O MVSoul é o sistema atual do hospital e o AGHUse é o sistema que está em implantação e substituirá o MVSoul.

Tabela 8 – Análise de sistema computacional do HESC: MVSoul e o AGHUse e integração com a Atenção Primária à Saúde

Interoperabilidade	Não são integrados a sistemas utilizados na APS: não permitem compartilhamento de dados com sistemas da APS, não suportam troca de informações em tempo real com Unidades Básicas de Saúde (UBS), não permitem o acesso de prontuários dos hospitais pela APS. (peça 56, p. 2)
Cadastro e histórico do paciente	Profissionais da APS não conseguem consultar no MV ou no AGHUse informações sobre internações, exames ou tratamentos realizados no hospital (peça 56, p.2)
Comunicação e encaminhamentos	Ausência de funcionalidades para envio de encaminhamentos eletrônicos padronizados, notificações automáticas de altas hospitalares ou rastreamento de transferências de cuidado, reforçando a desconexão entre o HESC e a APS (peça 56, p. 2-3).
Protocolos e diretrizes integradas	Não incorporam diretrizes clínicas compartilhadas entre o HESC e a APS, nem oferecem alertas automatizados para garantir planos de continuidade do cuidado na alta hospitalar. Não compartilham com a APS os exames realizados, o que pode, inclusive, gerar redundância de exames.
Prescrição e dispensação de medicamentos	Não há integração entre o sistema hospitalar e a Assistência Farmacêutica da APS, o que pode gerar prescrições duplicadas ou divergências e aumento do risco de erros de medicação e comprometer a segurança do paciente (peça 56, p.3-4),
Monitoramento pós-alta e continuidade do cuidado	Não suporta o agendamento automático de consultas na APS após a alta, não possui módulos de telemonitoramento ou comunicação direta com a APS, e não notifica o hospital sobre a adesão do paciente ao tratamento pós-alta (peça 56, p.4).
Indicadores e relatórios	Não produz indicadores sobre a integração com a APS, como número de encaminhamentos efetivos ou tempo médio entre alta e primeiro atendimento na UBS; não há ferramentas para rastrear e corrigir problemas na transição de cuidado, como atrasos no atendimento pós-alta ou perda de informações clínicas (peça 56, p.4- 5).

Fonte: elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise de sistema computacional do HESC (peça 56)

137. O extrato de análise de sistema computacional demonstra que os sistemas MV e AGHUse, utilizados pelo hospital, não atendem aos requisitos de interoperabilidade e integração com a APS,

conforme preconizado pela PNHOSP (art. 17, II, Anexo XXIV, Portaria de Consolidação MS nº 2/2017).

138. A ausência de um prontuário unificado, de comunicação estruturada e de relatórios integrativos compromete a continuidade do cuidado, aumenta o risco de erros clínicos e eleva os custos do sistema de saúde, tornando toda a integração dependente de soluções analógicas, susceptível a inúmeras falhas.

139. Por fim, a falta de protocolos e diretrizes conjuntas que orientem a transição do cuidado entre a Atenção Especializada à Saúde e a Atenção Primária à Saúde, contribui para fragilizar o processo de alta segura e continuidade do cuidado.

140. O HESC possui diversos protocolos voltados para o fluxo do ambiente interno, formalizados em procedimentos operacionais-padrão (POPs) (peça 36), porém inexistem protocolos que integrem esse fluxo ao ambiente externo, padronizando os procedimentos da alta até o momento da transferência do cuidado para outros pontos de atenção da RAS (peça 51, p. 50 e peça 59, p.4).

141. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, exige a articulação da continuidade do cuidado com a Atenção Básica e demais pontos de atenção da RAS (art. 17 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017). Esse escopo limitado do protocolo do HESC sobre o cuidado pós alta revela um descumprimento parcial do protocolo de alta responsável, segundo a Pnhosp.

142. Para dar tratamento esse problema, propõe-se:

dar **ciência** à SES-MT que a ausência de articulação entre o Hospital Estadual Santa Casa e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial a Atenção Primária à Saúde (APS), para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, viola o art. 5º, inciso VI, alínea b, e o art. 7º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV, e o art. 17, inciso II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017; os artigos 10, inciso VI, e 14, incisos III, IV, V e VI, da Portaria GM/MS nº 1.604/2023; e o art. 7º, parágrafo único, incisos I, II, III e IV, do Decreto nº 7.508/2011.

dar **ciência** ao HESC que a ausência de articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial a Atenção Primária à Saúde (APS), para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, viola o art. 7º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV, e o art. 17, inciso II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017; e os artigos 10, inciso VI, e 14, incisos III, IV, V e VI, da Portaria GM/MS nº 1.604/2023.

143. Espera-se que esses encaminhamentos possam contribuir para incentivar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso a estruturar a RAS na região de saúde em que se situa o HESC, estabelecendo protocolos regulatórios que promovam a continuidade do cuidado pós-alta e a segurança do paciente; e induzir o HESC a realizar uma articulação com a APS para uma alta hospitalar responsável, otimizando a continuidade do cuidado e a eficiência assistencial.

3.8. A instituição de um sistema estruturado para avaliar a satisfação dos usuários e acompanhantes contribuirá para a capacidade da gestão de identificar falhas nos processos assistenciais

144. O HESC realiza, de forma precária, a avaliação de satisfação dos usuários e acompanhantes, prevista no art. 10, inciso III, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017. O documento apresentado, referente aos anos de 2023 e 2024, não possui descrições de metodologia, instrumentos de coleta, resultados ou análise dos dados.

145. O conteúdo compartilhado pela SES-MT, diante da requisição da equipe de auditoria de apresentação da última pesquisa/avaliação de satisfação do usuário do Hospital Estadual Santa Casa, continha apenas uma contagem consolidada de eventos de “reclamação”, “elogio”, “denúncia” e

“sugestão” para os exercícios de 2023 e 2024, se assemelhando muito a registros de ouvidoria (peça 32, p.2).

146. Em entrevistas exploratórias, a direção do hospital foi questionada sobre a realização de pesquisas de satisfação, respondendo que é feita uma pesquisa via formulário, aplicada pela assistente social ao usuário ou seu acompanhante (peça 48).

147. Não ficou claro se essa pesquisa é a mesma a que se refere a resposta à requisição da equipe de auditoria, uma vez que os resultados apresentados da pesquisa são característicos de registros de ouvidoria (peça 32, p.2).

148. Em entrevista exploratória na Superintendência de Gestão e Acompanhamento de Serviços Hospitalares da SES-MT, questionados sobre se era feita alguma pesquisa de satisfação ou experiência do usuário pelo HESC, os entrevistados responderam que a unidade fazia uma pesquisa voluntária via “caixinhas” (peça 44, p. 5, item 23).

149. Essa informação não converge exatamente para a resposta dada pelo próprio HESC, que menciona a aplicação de formulários via serviço social.

150. Como **efeito**, a falta de avaliação da satisfação dos usuários e acompanhantes pode comprometer a capacidade do HESC de responder proativamente às necessidades dos usuários. Sem um *feedback* sistemático, a instituição perde a oportunidade de implementar melhorias baseadas nas expectativas e experiências dos pacientes e acompanhantes.

151. Essa lacuna pode resultar na manutenção de práticas que não atendem às demandas da população assistida, podendo impactar a confiança no serviço e a adesão aos tratamentos, o que reforça a necessidade de estruturar um sistema de avaliação mais eficaz.

152. Como **causa** desse problema pode ser apontada a ausência de um processo formalizado que contemple diretrizes claras para a execução, monitoramento e análise das pesquisas, conforme esperado pelo art. 10, inciso III, do anexo 2 do anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017.

153. Os documentos apresentados pelo HESC, referentes aos anos de 2023 e 2024, carecem de descrições sobre metodologia, instrumentos de coleta, amostragem ou análise de dados, indicando que não há um protocolo estruturado para orientar a realização das avaliações.

154. Essa lacuna organizacional resulta em práticas inconsistentes, como a aplicação de formulários pelo serviço social mencionada pelo hospital e a abordagem voluntária via “caixinhas” relatada pela SES-MT, evidenciando a falta de padronização e coordenação entre as partes envolvidas.

155. Para contribuir para a solução desse problema propõe-se dar ciência ao HESC e à SES-MT de que a ausência da realização de processo estruturado para avaliar a satisfação dos usuários e de seus acompanhantes, viola o art. 10, inciso III, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017.

156. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para induzir o HESC a instaurar um processo de avaliação da satisfação dos usuários e de seus acompanhantes.

3.9. A adequação do Núcleo Interno de Regulação às exigências do Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde poderá contribuir para a efetividade da regulação interna, a qualidade assistencial e a gestão hospitalar

157. O NIR do HSC possui atuação frágil, cumprindo apenas 41% das atribuições previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde, considerando um total de 16 atribuições avaliadas (peça 84).

Tabela 9 – Aderência às atribuições do Núcleo Interno de Regulação (NIR) segundo o Manual de Implantação do NIR do Ministério da Saúde

Atende	Atende parcialmente	Não atende
Conhecer necessidade de leitos por especialidade e patologia	Regular e gerenciar ofertas (Ambulatório, Internação, Urgência, Cirurgia)	Otimizar uso dos leitos e controlar indicadores
Implantar gestão clínica (Kanban, fila, PTS)	Subsidiar planejamento da readequação do perfil de leitos	Otimizar ocupação das salas cirúrgicas
Subsidiar coordenação assistencial no gerenciamento de leitos	Reduzir tempo entre indicação e realização de cirurgia	Monitorar cancelamentos / suspensões de cirurgias eletivas
	Interface entre gestão interna e regulação de acesso	Monitorar painel de indicadores
	Qualificar fluxos de acesso e informações	Promover uso dinâmico dos leitos via rotatividade
	Promover articulação entre especialidades e equipes para a integralidade do cuidado	Apoiar definição de critérios de internação e alta responsável
	Subsidiar direção hospitalar com dados para decisão	

Fonte: Comunicado Interno 09/2025/NIR/HESC/SESMT (Resposta ao Ofício 5-169/2024 – AudSaúde, peça 51, p. 48-50) e Extrato de entrevista – NIR (peça 65). Nota: vide metodologia de análise na peça 84.

158. Observa-se uma adesão reduzida às diretrizes estabelecidas pelo manual: três atribuições foram plenamente cumpridas, enquanto seis não o foram. As atribuições classificadas como parcialmente atendidas refletem a existência de práticas relacionadas, porém desenvolvidas com menor proatividade ou consistência do que a esperada no documento de referência.

159. As atribuições relacionadas a indicadores e otimização de recursos são consistentemente não atendidas, sugerindo ausência de monitoramento.

160. A articulação com a RAS e a integralidade do cuidado são limitadas, indicando um NIR com atuação mais reativa que estratégica.

161. A falta de envolvimento no planejamento de alta é uma lacuna significativa, dado o papel central do NIR na gestão do cuidado.

162. Em contrapartida, há algumas medidas mitigadoras presentes no hospital. Há um setor que apura indicadores de gestão de leitos, ocupação, permanência. O serviço social cumpre, em grande parte o papel de articulação com a rede de atenção e o planejamento da alta, porém não há integração ao NIR (peça 51, p.48-50).

163. As respostas analisadas, especialmente aquelas fornecidas durante a entrevista revelam uma atuação marcadamente passiva por parte do NIR. Relatou-se, por exemplo, que o núcleo apenas toma conhecimento da alta do paciente após sua efetivação, sem participação no planejamento desse processo (peça 65).

164. O NIR atua de forma reativa ao, apenas, recepcionar pedidos de exames realizados pelos médicos, e, no caso das cirurgias, limitar-se a registrar agendamentos quando os próprios profissionais se dirigem ao setor. Essa postura evidencia um distanciamento significativo do perfil proativo preconizado pelo Manual, que pressupõe ações voltadas à otimização do uso de leitos, salas cirúrgicas e melhoria de fluxos assistenciais.

165. Esse quadro vai de encontro ao Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), que estabelece atribuições como gestão de leitos, monitoramento de indicadores, planejamento de altas e articulação com a RAS.
166. Contraria o art. 5º, XIV, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS 2/2017, que estabelece que o NIR é a interface do hospital com as centrais de regulação da rede, atuando para delinear o perfil e a complexidade da assistência ofertada pelo hospital.
167. Ele deve disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, leitos para internação de acordo com critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para pacientes internados, quando necessário.
168. Contraria ainda o art. 11, caput, e § 6º do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação 2/2017 que estabelece que o gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação do NIR ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.
169. Como **efeitos**, a baixa aderência do NIR do HESC aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde pode comprometer a efetividade da regulação interna, a qualidade assistencial e a gestão hospitalar, destacando: ineficiência na otimização de leitos, comprometimento da gestão cirúrgica, limitação na redução do tempo cirúrgico, ausência de monitoramento estratégico (painel de indicadores), fragilidade na gestão de alta e contrarreferência, articulação limitada com a RAS, fluxos assistenciais inconsistentes, planejamento de leitos, integração com equipes na integridade do cuidado e limitação no suporte à direção hospitalar (mais detalhes vide análise peça 84).
170. As principais **causas** estão relacionadas a condições estruturais, técnicas e humanas desfavoráveis conforme indica entrevista realizada com pessoal alocado no NIR do HESC (peça 65).
171. A gestão de leitos concentra um enfermeiro e um auxiliar, o que dificulta a atuação estratégica e proativa, como preconiza o Manual do Ministério da Saúde, que demanda uma abordagem integrada, multiprofissional e contínua ao longo de todo o processo de internação e alta.
172. Há ausência de capacitação continuada sobre as atribuições específicas do NIR. Embora tenha sido relatado a ocorrência de um esforço inicial de formação em 2019, a rotatividade de pessoal resultou na perda desse conhecimento institucional.
173. A carência de formação adequada compromete o entendimento do papel do NIR e dificulta a implementação de práticas mais alinhadas às diretrizes ministeriais, como o uso de indicadores, a padronização dos fluxos de cuidado e a articulação com a RAS.
174. Quando às questões tecnológicas, embora o setor disponha de alguns sistemas informatizados, foi consignado que o NIR ainda se apoia no uso de planilhas manuais (Excel), o que demanda tempo excessivo e favorece falhas operacionais.
175. A ausência de um sistema integrado e amigável para o monitoramento de leitos, indicadores e fluxos hospitalares compromete a efetividade das ações do NIR e reduz sua capacidade de tomada de decisão baseada em dados, conforme recomenda o Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).
176. Para contribuir com a solução do problema, propõe-se dar **ciência** ao HESC de que o seu Núcleo Interno de Regulação (NIR) cumpre apenas 41% das atribuições avaliadas previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).
177. Espera-se que esse encaminhamento possa induzir o HESC aprimorar e estruturar o funcionamento do NIR a fim de que ele desempenhe plenamente suas atribuições previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

3.10. A implantação de um sistema de gestão de custos contribuirá para o gerenciamento dos custos fixos e variáveis do hospital e para a tomada de decisão baseada em evidência

178. O HESC não realiza o gerenciamento de seus custos, o que compromete o conhecimento sobre seus custos fixos e variáveis. Além disso, não acompanha indicadores relevantes relacionados a custos, como: custo do leito-dia (diária de internação), custo por paciente-dia, custo por procedimento, custo por centro de custo (como UTI, enfermaria, farmácia etc.), relação entre taxa de ocupação e custo fixo, margem de contribuição por serviço ou por centro de custo, entre outros.

179. A gestão de custos e o uso gerencial dessas informações são fundamentais para uma administração eficiente dos recursos, contribuindo para a sustentabilidade financeira e para o controle de ociosidades e desperdícios.

180. A SES-MT, em resposta à requisição de informação da equipe de auditoria, e os gestores do HESC entrevistados, informaram que não possuem ferramentas para controle de custos do hospital, mas que está em implantação do ApuraSUS (peça 51, p. 166 e peça 49).

181. O controle de despesa realizado atualmente e apresentado pela SES-MT é uma tabela que consolida valores de despesas classificadas em cinco categorias, que consta de uma apresentação geral do hospital (peça 34, p. 29):

Tabela 10 – Despesas do Hospital Santa Casa do Estado de Mato Grosso – 2024/1º semestre

ITEM	CATEGORIA		JANEIRO		FEVEREIRO		MARÇO		ABRIL		MAIO		JUNHO
1	Serviços médicos	R\$	10.203.645,69	R\$	9.899.079,27	R\$	9.719.997,27	R\$	12.039.328,94	R\$	11.638.130,64	R\$	9.763.146,68
2	SADT	R\$	1.636.944,44	R\$	1.631.671,42	R\$	1.823.491,98	R\$	2.127.344,08	R\$	2.058.733,88	R\$	2.286.439,21
3	OPME	R\$	358.387,25	R\$	215.186,92	R\$	134.974,55	R\$	228.531,70	R\$	1.080.354,00	R\$	392.421,55
4	Serviços de terceiros	R\$	1.543.528,19	R\$	1.426.480,62	R\$	1.817.895,89	R\$	4.238.412,05	R\$	2.240.093,31	R\$	3.451.477,64
Total despesas de custeio		R\$	13.742.505,57	R\$	13.172.418,23	R\$	13.496.359,69	R\$	18.633.616,77	R\$	17.017.311,83	R\$	15.893.485,08
5	Recursos humanos	R\$	3.263.748,89	R\$	3.096.941,06	R\$	2.983.429,56	R\$	3.211.169,84	R\$	3.320.321,14	R\$	3.478.006,42
TOTAL GLOBAL		R\$	17.006.254,46	R\$	16.269.359,29	R\$	16.479.789,25	R\$	21.844.786,61	R\$	20.337.632,97	R\$	19.371.491,50

Fonte: Anexo I da resposta ao Ofício 3-169/2024, peça 34, p. 29

182. O ApuraSUS é um sistema web de gestão de custos desenvolvido pelo Ministério da Saúde para auxiliar na gestão de custos das unidades de saúde do SUS (Brasil, 2025). Seu uso é destinado às secretarias de saúde que aderirem ao Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), regulamentado pela Portaria GM/MG 55/2018. Mas esse sistema ainda não foi implantado para o HESC.

183. A obrigatoriedade de gestão de custos decorre do Decreto-Lei 200/1967 que estabelece em seu art. 79 o dever de se apurar os custos e serviços de forma a evidenciar os resultados da gestão.

184. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), LC 101/2000, em seu art. 50, §3º, determina que seja mantido sistema de custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial e, na mesma linha, o Decreto 93.872/1986, art. 137, define que a contabilidade deve apurar o custo de projeto e atividades de forma a evidenciar os resultados da gestão.

185. Como **efeito**, a falta de gestão de custos atenta contra o princípio da eficiência (art. 37, caput, da Constituição Federal) e priva a administração de tomar decisões baseadas em evidências, ante a ausência de indicadores como custo do leito-dia, custo por paciente-dia, custo por procedimento, custo por centro de custo, relação entre taxa de ocupação e custo fixo, margem de contribuição por serviço ou por centro de custo.

Tabela 11 – Gestão de custos e indicadores

Indicador	Definição	Importância
Custo do leito-dia (diária de internação)	Custo médio associado à manutenção de um leito ocupado por um dia, incluindo custos diretos (ex.: equipe de enfermagem, limpeza, manutenção) e indiretos (ex.: energia, administração). Refere-se à diária básica de internação, sem considerar procedimentos ou insumos específicos.	Ajuda a detectar ineficiências, como custos elevados por baixa ocupação ou dimensionamento inadequado de equipes.
Custo por paciente-dia	Custo médio por paciente internado por dia, abrangendo todos os serviços e recursos utilizados (diária de internação, medicamentos, exames, procedimentos, equipe médica, insumos etc.).	Facilita a identificação de gargalos, como internações prolongadas ou uso ineficiente de recursos, que elevam o CPD.
Custo por procedimento	Custo médio de um procedimento específico (ex.: cirurgia de apendicectomia, tomografia, hemodiálise), incluindo custos diretos (insumos, equipe, equipamentos) e indiretos (alocação de infraestrutura, administração).	É crucial para centros de custos de alta complexidade (ex.: centro cirúrgico, radiologia), onde os custos são significativos e a variabilidade é alta. Ajuda a detectar ineficiências em processos, como tempo excessivo no centro cirúrgico ou uso inadequado de materiais.
Custo por centro de custo	Custo total atribuído a um centro de custo específico (ex.: enfermaria, UTI, farmácia etc.), incluindo custos diretos (ex.: salários da equipe, insumos) e indiretos (ex.: rateio de energia, manutenção, administração).	Permite analisar a eficiência de cada setor, identificando quais consomem mais recursos em relação à receita gerada. Auxilia na alocação de recursos entre setores e no planejamento orçamentário, priorizando investimentos em áreas mais estratégicas.
Relação entre taxa de ocupação e custo fixo	Indicador que avalia como a taxa de ocupação (leitos, salas cirúrgicas, equipamentos) impacta a diluição dos custos fixos (ex.: salários, aluguel, depreciação).	Uma baixa taxa de ocupação potencializa o impacto dos custos fixos. Por exemplo, uma enfermaria com 50% de ocupação tem o efeito de dobrar o custo fixo por leito-dia.
Margem de contribuição por serviço ou por centro de custo	Diferença entre a receita gerada por um serviço ou centro de custo e seus custos variáveis, indicando quanto contribui para cobrir custos fixos e gerar superávit ou equilíbrio financeiro (sustentabilidade).	Mostra quais serviços ou centros de custo são financeiramente sustentáveis (viáveis) e quais operam com déficit. Essencial para avaliar a sustentabilidade financeira de cada centro de custo ou serviço.

Fonte: elaborado pela equipe de auditoria

186. A ausência de uso sistemático de indicadores de custos compromete a capacidade do gestor hospitalar de medir ineficiências operacionais e adotar medidas corretivas em tempo hábil.

187. Outro efeito crítico é a má alocação de recursos entre setores. A falta de análise do custo por centro de custo impede que se identifique quais setores consomem mais recursos do que deveriam, ou quais operam com maior eficiência e poderiam ser fortalecidos.

188. A **causa** para o não gerenciamento de custos HESC é o fato de não se utilizar sistemas de controles e de custos, associado a um processo estruturado para tal. Como já mencionado, o HESC alega estar em processo de estruturação para a implantação do sistema ApuraSUS. Contudo, não foram apresentadas evidências para demonstrar o andamento desse processo e em que fase ele se encontra.

189. Essa falta vai de encontro ao art. 79, do Decreto-Lei 200/1967, art. 50, §3º, da Lei Complementar 101/2000, e art. 137, do Decreto 93.872/1986.

190. Para contribuir para a solução desse problema, propõe-se:

dar **ciência** à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso de que a ausência de apuração e gerenciamento dos custos das operações de seus hospitais, incluindo os relacionados a pessoal, configura violação ao art. 50, § 3º, da Lei Complementar 101/2000, ao art. 79 do Decreto-Lei 200/1967 e ao art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988;

dar **ciência** ao Hospital Estadual Santa Casa, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução-TCU 315, de 2020, de que a ausência de apuração e gerenciamento dos custos de suas operações, incluindo os relacionados a pessoal, configura violação ao art. 50, § 3º, da Lei Complementar 101/2000, ao art. 79 do Decreto-Lei 200/1967 e ao art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988.

191. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para induzir a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso a exigir que os hospitais sob sua gestão realizem a apuração e o gerenciamento dos custos de suas operações; e induzir o HESC a adotar medidas para assegurar a apuração e o gerenciamento dos custos de suas operações, incluindo os relacionados a pessoal.

3.11. A fiscalização de contratos de prestação de serviços no hospital possui fragilidades estruturais

192. Foram identificadas fragilidades na fiscalização de contratos de prestação de serviços no HESC.

193. O HESC opera intensamente apoiado na prestação de serviços executados por terceiros. Atualmente ele opera com 83 empresas prestadoras de diversos serviços (resposta ao ofício de requisição 1-169/2024-AudSaúde, peça 28, p. 24).

194. Foram realizadas entrevistas com fiscais de 4 contratos (peça 71 a 74) e analisados documentos das respectivas contratações (peças 67 a 70). Os contratos tratam de prestação de serviços de alimentação hospitalar e lanches; credenciamento para prestação de serviços de radioterapia e braquiterapia; lavanderia; e operação de 10 leitos UTI adulto.

Tabela 12 – Fragilidades identificadas na fiscalização de contratos

Contrato	Objeto	Fragilidade
Contrato nº 104/2024/SES/MT	Alimentação hospitalares e lanches	✓ Ausência de evidências de verificação detalhada de cardápios e dietas. ✓ Ausência de normas de vigilância sanitária transcritas no contrato. ✓ Falta de um sistema informatizado para suporte à fiscalização. ✓ (Na opinião da fiscal), a equipe atual é insuficiente para uma fiscalização em nível ideal.
Contrato nº 174/2023/SES/MT	Credenciamento para prestação de serviços de radioterapia e braquiterapia	✓ Fiscal sem conhecimento em oncologia e sem capacitação prévia para exercer a atividade de fiscal. ✓ A fiscalização ocorre de forma reativa, limitada à verificação documental no momento do faturamento mensal. ✓ Sem cronograma definido, visita in loco ou uso de checklists. ✓ Instrumento de Medição de Resultados (IMR), embora exista, seu preenchimento parece ser realizado pela contratada e não pelo fiscal. ✓ A contratada fornece relatórios de pacientes atendidos, mas assinaturas aparentemente feitas no mesmo dia e uso exclusivo de digitais por alguns pacientes para confirmar presença indicam fragilidades nesse controle.

		✓ A falta de conhecimento sobre indicadores de qualidade e eficiência, e a dependência exclusiva de documentos produzidos pela contratada, sem validação independente, comprometem a imparcialidade e a garantia da qualidade assistencial. ✓ O fiscal acumula a fiscalização de outros dois contratos e funções no NIR, apontando para insuficiência de tempo e recursos humanos para uma fiscalização.
Pagamentos indenizatórios (sem contrato)	Serviços de lavanderia	✓ Não há plano formal de fiscalização, checklists ou Instrumento de Medição de Resultados (IMR), inviabilizando a aplicação de critérios objetivos de avaliação. ✓ Ausência de contrato formal inviabiliza a aplicação de penalidades. ✓ A falta de capacitação específica do fiscal e de indicadores de qualidade limitam a avaliação do serviço. ✓ A inexistência de um contrato formal viola a Lei 14.133/2021, além de aumentar o risco de falhas na qualidade e eficiência do serviço.
Contrato nº 197/2023/SES/MT	Gerenciamento de Leitos de UTI Adulto	✓ O monitoramento de indicadores de qualidade assistencial, como eventos adversos (e.g., infecções, mortalidade), previstos no contrato (item 5.99), é incipiente. ✓ Ausência de pesquisas de satisfação conduzidas diretamente pelo fiscal, que depende da ouvidoria, limita a avaliação do serviço. ✓ A não aplicação de deduções (glosa) por cinco ocorrências no IMR na competência de janeiro de 2025, apesar de previstas, sugere falhas na vinculação entre desempenho e pagamento. ✓ Falta de um sistema informatizado específico força o uso de planilhas manuais, demandando tempo para confrontar informações, o que reduz a eficiência do processo e evidencia a dependência de iniciativas individuais do fiscal.

Fonte: entrevistas com fiscais de 4 contratos (peça 71 a 74) e análise de documentos das respectivas contratações (peças 67 a 70)

195. Esses fatores indicam que os mecanismos de fiscalização, estão apenas parcialmente alinhados com o art. 117 da Lei 14.133/2021.

196. Como **efeitos** potenciais, a fiscalização deficiente, especialmente em serviços críticos como oncologia, eleva o risco de falhas assistenciais que podem impactar a segurança do paciente.

197. A dependência de esforços individuais como a do fiscal do contrato de gerenciamento de leitos de UTI adulto, embora benéfica em alguns casos, gera vulnerabilidade à rotatividade de pessoal, comprometendo a continuidade do controle.

198. A ausência de um contrato formal para a lavanderia, operando sob pagamentos indenizatórios, pode constituir uma irregularidade grave, inviabilizando ferramentas contratuais essenciais para a fiscalização, aumenta a vulnerabilidade jurídica e a possibilidade de pagamentos indevidos e irregularidades.

199. As **causas** prováveis dessas fragilidades — planejamento deficiente, insuficiência de recursos humanos capacitados e precariedade de ferramentas de fiscalização — indicam falhas sistêmicas que transcendem os contratos analisados.

200. O planejamento inadequado, como evidenciado pela ausência de contrato formal para os serviços de lavanderias, reflete descoordenação entre a Direção do Hospital e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT).

201. A falta de capacitação e a sobrecarga de fiscais comprometem a qualidade do acompanhamento, enquanto a ausência de sistemas informatizados e de processos padronizados

reforça a dependência de práticas manuais e empíricas, reduzindo a eficiência e a confiabilidade da fiscalização.

202. Ao tomar conhecimento da situação nos comentários à matriz de achados, a SES-MT e HESC reconhecem a “complexidade da malha contratual vigente e o expressivo volume de contrato voltados à prestação de serviços assistenciais especializados, a fiscalização contínua e abrangente desses instrumentos demanda ações integradas, bem como permanente articulação entre as áreas técnicas envolvidas” e que já vêm tomando providências para assegurar suporte necessário aos fiscais de contratos: designação de fiscais de acordo com suas áreas técnicas, observando formação ou experiência; nomeação de fiscal substituto; oferta contínua de capacitações; atualização de instrumento de controle interno como checklist; consolidação de fluxo de comunicação entre fiscais, setores técnico e assessoria jurídica (peça 90, p. 14).

203. Apensar dos esforços da SES-MT e dos HESC, propõe-se dar **ciência** à SES-MT de que a fiscalização contratual dos serviços contratados pelo HESC apresenta fragilidades estruturais, que violam o adequado cumprimento do disposto no art. 117 da Lei 14.133/2021.

204. Espera-se que esse encaminhamento possa contribuir para a correção das fragilidades estruturais identificadas nas fiscalizações de contrato de serviços do HESC.

4 – ACHADO NÃO DECORRENTE DE QUESTÃO DE AUDITORIA

4.1. A melhoria no planejamento das contratações contribuirá para evitar pagamentos indenizatórios como o que ocorreu nos serviços de lavanderia e em outras 39 prestações de serviços no hospital

205. Os serviços de lavanderia prestados pela empresa Lavebras MT Gestão de Têxteis Ltda. e mais 39 serviços de outras empresas são prestados de forma atípica no HESC, sem que exista contrato formal, mediante pagamentos indenizatórios.

206. Essa situação foi evidenciada no documento SESPRO2020505374 processo de pagamento por indenização (peça 94) e no documento enviado em resposta ao ofício de requisição 1-169/2024-AudSaúde, que apresenta a relação 39 serviços que são prestados mediante pagamentos indenizatórios (peça 28, p. 24):

Tabela 13 – Serviços prestados por meio de pagamentos indenizatórios

Nº	Empresa	Objeto
1	Arruda & Arruda	Prestação de serviços hemodinâmica
2	Arruda Serviços – Carreta Mamografia	Prestação de serviços de exame - carreta
3	Cardiofisiocare	Prestação de serviços UTI UCO
4	CECI	Prestação de serviços oncologia infantil
5	CK Tade	Serviços de OPME
6	COC	Prestação de serviço oncologia adulta
7	COOPANEST	Prestação de serviços em anestesiologia
8	CPC	Exame anatomia patológica
9	CPC	Exame colpocitológicos
10	Dixtar Análise Laboratorial / Hemodiálise	Monitoramento de água diálise

11	Dixtar Engenharia Clínica	Manutenção equipamento centro cirúrgico
12	Dixtar Engenharia Clínica	Manutenção equipamento UTI
13	Dixtar Engenharia Clínica	Manutenção Equipamento Hemodiálise
14	Endocardio	Serviços de OPME
15	Estericap	Prestação de serviços de esterilização
16	Figueiredo e Rabel	Prestação de serviços terapia renal – adulto
17	Gastromat	Prestação de serviços exame de imagens
18	GF Medical	Serviços de OPME
19	HIGYA	Serviços de OPME
20	IHEMCO	Aferese e hemocomponente sanguíneo
21	Innovar Serviços Médicos	Prestação de serviços paliativos
22	Instituto medicina nuclear	Exames cintilografia
23	João Leão	Prestação de serviços de exame de imagens
24	Laborsan	Prestação de serviços em exames
25	Luppa	Prestação de serviços de limpeza hospitalar
26	Medsim UTI Neo	Prestação de serviços UTI neonatal
27	Medsim UTI Ped	Prestação de serviços UTI pediátrica
28	Neomed – Pediatria	Prestação de serviços médicos de pediatria
29	Neomed – Hematologia	Prestação de serviços de hematologia
30	Neurocor – Neurologia	Prestação de serviços médicos de neurologia
31	Oncolog	Prestação de serviços de cirurgia oncológica
32	Oncomed	Prestação de serviços de quimioterapia
33	P.R. de Almeida	Serviço de higienização de água
34	Serviço de Nefrologia Pediátrica	Prestação de serviços de terapia infantil
35	Sinopmed	Serviços diagnósticos por imagens
36	Soma	Serviços de OPME
37	Taiama Emergência	Serviços de ambulância
38	TJ de Oliveira	Serviços de OPME
39	Adilvan	Aquisição de medicamento

Fonte: resposta da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso ao ofício de requisição 001-169/2024-AudSaúde (peça 28, p. 24).

207. Essa situação contraria o dever de licitar previsto no art. 37, XXI, da Constituição Federal de 1988 e o art. 1º da Lei 14.133/2021.

208. Mesmo se fosse o caso de contratação direta, o art. 75 da Lei 14.133/2021 estabelece a necessidade de processo para dispensa ou inexigibilidade, exigindo dentre outros elementos documento de formalização da demanda, ETP, análise de riscos, termo de referência, estimativa de despesa, parecer jurídico e técnico, recursos orçamentários, razão de escolha do fornecedor, justificativa de preço, autorização da autoridade competente.

209. O art. 95, caput, §2º, da Lei 14.133/2021, por sua vez, exige instrumento de contrato, mesmo nas contratações direta (à exceção dispensa em razão do valor), sendo nulo e de nenhum efeito contrato verbal com a administração (salvo os de pequeno valor).

210. Como **efeito**, a ausência de contrato compromete a governança das contratações públicas e prejudica a gestão e a fiscalização dos serviços. Sem contrato, não há cláusulas claras sobre obrigações, níveis de qualidade, indicadores de desempenho, IMR, mecanismos de glosa ou penalidades.

211. Esse efeito foi evidenciado, para os serviços de lavanderia, em entrevista realizada com o fiscal dos serviços (peça 73) e análise dos processos de pagamentos indenizatórios da lavanderia (peça 69 e peça 94).

212. Esse quadro vai contra a Lei 14.133/2021. O seu art. 117, que trata da fiscalização de contrato, exige instrumento de fiscalização adequado. O art. 6º, XII, f, c/c art. 92, XVII, coloca como cláusula obrigatória nos contratos o modelo de gestão do contrato, que descreve como a execução do objeto será acompanhada e fiscalizada pelo órgão ou entidade.

213. Dentre as **causas** deste problema podem ser apontadas, para o contrato de lavanderia, a extrapolação dos limites de 25% para acréscimo contratual e a necessidade de se garantir a continuidade dos serviços; a baixa capacidade da SES-MT para conduzir os processos licitatórios necessários para a gestão do hospital; e o fato de o pagamento por indenização ser uma prática aceita e corriqueira na gestão.

214. Ao apresentar a justificativa para pagamento indenizatório dos serviços de lavanderia, o fiscal do contrato deixa claro que os termos aditivos já atingiram o limite de 25%, não comportando mais acréscimo, mas que os serviços de lavanderia não poderiam ser descontinuados (peça 94, p. 19).

215. No mesmo documento, em ato que trata da necessidade de nova licitação, fica assente que “... até o presente momento não foi informado o número do processo é há indicação de termo de referência (TR016/2022/GBSAGH/SES/MT) na fase de elaboração)” (peça 94, p. 6).

216. As dificuldades de se avançar no andamento dos processos de aquisições se repetem nos demais 39 casos de pagamentos indenizatórios. As formalizações das contratações desses serviços se encontram na fase de planejamento da contratação – elaboração de estudos técnicos preliminares e termos de referências – o que reforça que a SES/MT está encontrando dificuldades para realizar as licitações necessárias para dar continuidade à prestação dos serviços, mesmo já transcorridos 5 anos da data em que o hospital foi assumido pelo Estado (peça 28, p.29).

217. Por fim, o Decreto 1.525/2022 do Estado de Mato Grosso, que regulamenta a Lei 14.133/2021 naquele estado, traz todo um tratamento para pagamento por indenização e normalizar os pagamentos indenizatórios, de maneira que tal prática parece ser rotineira na gestão.

218. Esse quadro contraria art. 7º, caput, I, II e art. 11 da Lei 14.133/2021, que estabelecem que a alta administração, como responsável pela governança das aquisições públicas, deve manter processos, estruturas e pessoal qualificado para garantir que as aquisições sejam realizadas em tempo hábil, assegurando a proposta mais vantajosa para a Administração Pública, tratamento isonômico entre licitantes e justa competição; evitando sobrepreço, preços inexequíveis e superfaturamento; incentivando inovação e sustentabilidade; promovendo ambiente íntegro e confiável; assegurando alinhamento das aquisições ao planejamento estratégico e às leis orçamentárias; e promovendo a eficiência, efetividade e eficácia nas contratações.

219. Para tratar esse problema, propõe-se

dar **ciência** à SES-MT que a reiterada prestação de serviços por meio de pagamentos indenizatórios como a que ocorre com os serviços de lavanderia no HESC e em mais 39 serviços naquele hospital contraria o art. 37, XXI, CF/88, os arts. 1º, 7º, caput, I, II, 11, 75, 95, caput e §2º da Lei 14.133/2021;

remeter cópia do relatório, voto e acórdão que forem proferidos para o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso para que o assunto seja tratado no contexto da apreciação das contas ordinárias dos gestores daquele Estado.

220. Espera-se que esses encaminhamentos possam contribuir para formalização da relação contratual com os prestadores de serviços no HESC e corrigir fragilidades estruturais identificadas na fiscalização de contratos.

5 – CONCLUSÃO

221. Em decorrência do quadro de déficit no SUS (Acórdão 1487/202-TCU-Plenário) e baixa eficiência hospitalar apontada pelo Banco Mundial (TC 015.993/2019-1), este Tribunal, no âmbito do projeto eficiência na saúde, tem buscado desenvolver trabalhos para melhorar a eficiência hospitalar, dentre eles o aprimoramento da contratualização de hospitais no SUS.

222. Esta auditoria foi realizada no Hospital Estadual Santa Casa (HESC) no Estado de Mato Grosso com o objetivo de avaliar os mecanismos de contratualização de serviços hospitalares com aquele hospital e a Secretaria Estadual de Saúde (SES-MT); e aperfeiçoar e avaliar o referencial de auditoria em contratualização de serviços hospitalares do SUS.

223. Este trabalho está sendo realizado no âmbito de um conjunto de auditorias conduzidas por diversos Tribunais de Contas, na ação 38/2025 da Rede Integrar, pelo Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e por outras auditorias internas, com o objetivo de produzir consolidações sobre as contratualizações de hospitais no SUS.

224. Quanto às questões apresentadas na introdução desta auditoria, conclui-se conforme se segue.

225. A SES-MT não formalizou contratualização com o HESC, o que revela falha de gestão e descumprimento das diretrizes nacionais para a organização da atenção hospitalar no SUS. Tal omissão compromete a transparência, a previsibilidade orçamentária e a efetividade da gestão hospitalar (item 23).

226. Nos anos de 2023 e 2024, mais de 70% da produção hospitalar HESC, registrada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), foi glosada por ausência de habilitações formais exigidas para a prestação dos serviços assistenciais (item 50).

226.1. A ausência de habilitações no HESC compromete a sustentabilidade financeira da unidade e aponta falhas estruturais e regulatórias que afetam a segurança e a legalidade da prestação de serviços hospitalares.

227. A SES-MT não instituiu a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC) para o HESC, como instância responsável pelo acompanhamento da execução contratual, avaliação do cumprimento de metas, verificação da capacidade instalada e readequação de metas e recursos financeiros (item 67).

227.1. A omissão da SES-MT quanto à instituição da CAC compromete a efetividade da gestão por resultados no HESC, viola norma federal específica e fragiliza os mecanismos de avaliação e readequação de metas e recursos hospitalares.

228. A SES-MT não realiza a prestação formal de contas do desempenho do HESC. A utilização de sistemas internos de controle de despesas (como o SGS ou o Apurasus) não substitui a obrigação legal de prestar contas de formal e transparente (item 74).

229. O HESC não possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em funcionamento desde a saída das profissionais responsáveis, ocorrida entre agosto de 2022 e março de 2023. A ausência de funcionamento do NSP representa uma falha crítica na estrutura de governança clínica da instituição, comprometendo a gestão de riscos, o monitoramento da qualidade assistencial e o cumprimento das normas sanitárias (item 87).

230. O HESC não realiza o registro da densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (DI-CVC) no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Notivisa), embora monitore esse indicador internamente (item 107).

230.1. A ausência de notificação de infecção por cateter venoso central juntamente com outros eventos adversos graves no Notivisa, motivada pela desativação do NSP, representa grave desconformidade com a regulamentação sanitária e fragiliza os mecanismos de controle e prevenção de eventos adversos no HESC.

231. O HESC não realiza articulação sistemática com os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para assegurar a continuidade do cuidado dos pacientes após a alta hospitalar. A ausência de articulação do HESC com a APS configura descumprimento das diretrizes nacionais de atenção à saúde e representa uma barreira à integralidade e à continuidade do cuidado no SUS (item 121).

232. O HESC não possui um sistema estruturado para avaliar a satisfação dos usuários e acompanhantes. As informações apresentadas se limitam a registros de ouvidoria, sem metodologia definida, instrumentos validados, ou análise sistemática de dados, o que inviabiliza a utilização dessas informações para subsidiar melhorias na qualidade assistencial (item 144).

232.1. A ausência de um sistema estruturado de avaliação da satisfação dos usuários e acompanhantes configura uma lacuna na governança da qualidade do HESC e descumpre norma federal expressa.

233. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HESC apresenta atuação limitada, cumprindo apenas 41% das atribuições previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde (item 157).

233.1. A atuação restrita do NIR do HESC descumpre os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e compromete a eficiência assistencial, a organização dos fluxos internos e a utilização racional dos recursos hospitalares.

233.2. O NIR deve deixar de operar de forma reativa e assumir um papel estratégico e proativo na gestão do cuidado, contribuindo para a coordenação da atenção, a regulação do acesso e a melhoria dos resultados clínicos.

234. O HESC não realiza o gerenciamento sistemático de seus custos operacionais, não dispondo de dados sobre custos fixos e variáveis nem de indicadores essenciais, como custo do leito-dia, custo por procedimento ou por centro de custo (item 178).

234.1. A inexistência de um sistema de gestão de custos no HESC representa violação a dispositivos legais que impõem a obrigatoriedade de apuração e controle dos custos públicos. A implantação urgente de um sistema de custos, com base em diretrizes do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), é essencial para elevar a eficiência da gestão hospitalar, qualificar a tomada de decisão e assegurar o uso racional dos recursos públicos.

235. Foram identificadas fragilidades relevantes na fiscalização de contratos de prestação de serviços no HESC, que atualmente opera com 83 contratos ativos com empresas terceirizadas para execução de serviços (item 192).

235.1. A análise documental e as entrevistas com fiscais revelaram falhas recorrentes como ausência de planejamento formal, falta de capacitação específica, fiscalização predominantemente reativa, ausência de uso de ferramentas informatizadas, e em alguns casos, inexistência de contrato formal (como no serviço de lavanderia).

236. No Hospital Estadual Santa Casa (HESC), ao menos 39 serviços são prestados sem contrato formal, por meio de pagamentos indenizatórios (Item 205).

236.1. A utilização recorrente de pagamentos indenizatórios para serviços essenciais no HESC representa grave irregularidade, em violação aos princípios da legalidade, planejamento, eficiência e

isonomia. O quadro atual evidencia falhas sistêmicas na governança das contratações públicas de saúde em Mato Grosso, contrariando dispositivos expressos da Lei nº 14.133/2021.

237. Quanto à inexistência de dotações específica para o HESC, embora o estado de Mato Grosso não tenha inserido dotações específicas para cada um de seus hospitais na Lei Orçamentária Anual do exercício de 2024 (Lei 12.421/2024, Volume 1), a legislação nacional vigente não exige, como regra, que a peça orçamentária detalhe individualmente cada hospital sob gestão estadual e sua respectiva dotação (análise peça 76).

238. Quanto à alocação de recursos para o HESC, não obstante em entrevista ter sido afirmado que a SES-MT se utilizava apenas de série histórica, posteriormente, nos debates da matriz de achados, o gestor trouxe elementos que indicam que considera outros fatores como infraestrutura, perfil assistencial, capacidade de produção e custos de materiais para alocação de recursos ao HESC (peça 90).

239. Quanto à inexistência de políticas e controles adequado para que a remuneração dos funcionários obedeça aos limites constitucionais, este risco não se confirmou, conforme análise na peça 86.

240. Para tratar os diversos problemas aqui apontados está sendo proposto determinação e recomendação à SES-MT para que formalize a contratualização com o HESC e ciência a esses órgãos e comunicação ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso das diversas irregularidades identificadas.

241. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a contratualização de serviços hospitalares nos seguintes pontos: formalização da contratualização com o hospital, com definição clara de responsabilidades, serviços, recursos, metas, mecanismos de monitoramento, avaliação e prestação de contas; adequação de estrutura hospitalar, obtenção de habilitações e redução do número de glosas por parte do Ministério da Saúde; instituição da comissão de acompanhamento da contratualização para monitorar metas e resultados; transparência e prestação de contas do desempenho do hospital; reestruturação do núcleo de segurança do paciente e notificação de eventos adversos; processo de alta segura e continuidade do cuidado; avaliação da satisfação dos usuários e acompanhantes; adequação do Núcleo Interno de Regulação às exigências do Manual de Implantação do NIR do Ministério da Saúde; gerenciamento dos custos fixos e variáveis do hospital, para tomada de decisão baseada em evidência. Espera-se, ainda, contribuir para a correção de fragilidades estruturais na fiscalização de contratos; e melhoria na governança das aquisições, com a formalização dos contratos e a redução de pagamentos indenizatórios.

6 – PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

242. Em face do exposto, elevamos os autos à consideração superior, com a seguinte proposta de deliberação:

242.1. **determinar** à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com fundamento no art. 4º, inciso I, da Resolução-TCU 315, de 2020, que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, formalize instrumento de contratualização com o Hospital Estadual Santa Casa, ou com aquele que vier a sucedê-lo, bem como com os demais hospitais públicos gerenciados pelo Estado, nos termos do art. 34 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, que define as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS;

242.2. **recomendar** à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com fundamento no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, que, ao formular uma proposta de contratualização com o Hospital Estadual Santa Casa, ou com aquele que vier a sucedê-lo, bem como com os demais hospitais públicos gerenciados pelo Estado, avalie a adoção de um modelo de remuneração ao hospital que

contemple metas relativas a: qualificação de estrutura; integração de processos à rede de atenção; segurança do paciente; qualidade de prontuários; melhoria de resultados assistenciais; redução do tempo de internação; cuidado pós-alta seguro; resolutividade na emergência; e alinhamento da remuneração do corpo clínico aos resultados esperados, em observância às orientações do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017;

242.3. **dar ciência** ao Hospital Estadual Santa Casa e à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução-TCU 315, de 2020, de que:

242.3.1. a ausência de habilitações de serviços assistenciais por parte do HESC tem provocado glosas superiores a 70% de sua produção hospitalar;

242.3.2. a ausência de instituição da Comissão de Acompanhamento da Contratualização compromete o monitoramento e avaliação do desempenho do HESC e contraria o art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017;

242.3.3. a não apresentação da prestação de contas do desempenho de seus hospitais compromete a transparência e o *accountability* dos serviços assistenciais e contraria o art. 5º, inciso X, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017;

242.3.4. a ausência de funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente e de registros das notificações de eventos adversos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária violam os arts. 4º, 9º e 10 da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 da Anvisa, podendo ensejar a aplicação de sanção prevista no art. 10, inciso XXIX, da Lei 6.437/1977;

242.3.5. a ausência da realização de um processo estruturado para avaliar a satisfação dos usuários do hospital e de seus acompanhantes viola o art. 10, inciso III, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017;

242.4. **dar ciência** à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução-TCU 315, de 2020, de que:

242.4.1. a ausência de articulação entre o Hospital Estadual Santa Casa e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde, para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, viola o art. 5º, inciso VI, alínea b, e o art. 7º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV, e o art. 17, inciso II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017; os artigos 10, inciso VI, e 14, incisos III, IV, V e VI, da Portaria GM/MS nº 1.604/2023; e o art. 7º, parágrafo único, incisos I, II, III e IV, do Decreto nº 7.508/2011;

242.4.2. a ausência de apuração e gerenciamento dos custos das operações de seus hospitais, incluindo os relacionados a pessoal, configura violação ao art. 50, § 3º, da Lei Complementar 101/2000, ao art. 79 do Decreto-Lei 200/1967 e ao art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988;

242.4.3. a reiterada prestação de serviços por meio de pagamentos indenizatórios como a que ocorre com os serviços de lavanderia no Hospital Estadual Santa Casa e em mais 39 serviços naquele hospital contraria o art. 37, XXI, CF/88, os arts. 1º, 7º, caput, I, II, 11, 75, 95, caput e §2º da Lei 14.133/2021;

242.5. **dar ciência** ao Hospital Estadual Santa Casa, com fundamento no art. 9º, inciso I, da Resolução-TCU 315, de 2020, de que:

242.5.1. a ausência de articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial a Atenção Primária à Saúde, para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, viola o art. 7º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV, e o art. 17, inciso II, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017; e os artigos 10, inciso VI, e 14, incisos III, IV, V e VI, da Portaria GM/MS nº 1.604/2023;

242.5.2. o seu Núcleo Interno de Regulação (NIR) cumpre apenas 41% das atribuições avaliadas previstas no Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde;

242.5.3. a ausência de apuração e gerenciamento dos custos de suas operações, incluindo os relacionados a pessoal, configura violação ao art. 50, § 3º, da Lei Complementar 101/2000, ao art. 79 do Decreto-Lei 200/1967 e ao art. 37, caput, da Constituição Federal de 1988;

242.5.4. a fiscalização contratual dos serviços de lavandeira, radioterapia e braquiterapia, lavanderia e gerenciamento de leitos de UTI apontam para fragilidades estruturais, que violam o adequado cumprimento do disposto no art. 117 da Lei 14.133/2021;

242.6. **informar** ao Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso que existe reiterada prestação de serviços no Hospital Estadual Santa Casa por meio de pagamentos indenizatórios a exemplo dos serviços de lavanderia, o que contraria o art. 37, XXI, CF/88, os arts. 1º, 7º, caput, I, II, 11, 75, 95, caput e §2º da Lei 14.133/2021;

242.7. autorizar o monitoramento das determinações e recomendações que vierem a serem proferidas.

AudSaúde, 23 de setembro de 2025.

ANTÔNIO FRANÇA DA COSTA
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula TCU nº 4589-6
Coordenador

MARTIN MASTELARO POMPEU DE BARROS
Auditor Federal de Controle Externo
Matrícula TCU nº 10213-0
Membro