



MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Auditoria nº 19279



Relatório

Unidade: HOSPITAL SAO JOSE

Município: CRICIÚMA/SC



Relatório

Sumário

I - DADOS BÁSICOS	3
II - ANEXOS	4



Acesso 1416249



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

I - DADOS BÁSICOS

Finalidade: Avaliar a eficiência do Hospital São José, considerando o Acórdão nº 1.108/2020-TCU-Plenário

Entidade Responsável: HSJ

CPF/CNPJ: **736.040/****-**

Município/UF: CRICIÚMA-SC

Fase(s):

Tipo da Fase	Data Início	Data Término
Análítica	01/08/2022	12/08/2022
Execução - In loco	03/10/2022	07/10/2022
Relatório	10/10/2022	24/10/2022
Relatório	26/01/2023	03/03/2023

Gestão do Prestador: Plena

Demandante: Componente Federal do SNA

Forma: Direta

Objeto: MAC|EFICIÊNCIA HOSPITALAR - SUS

Abrangência: janeiro/2022 a agosto/2022

Nº Protocolo: 25000.097106/2022-62





II - ANEXOS

Relatório Final



EFICIÊNCIA
Hospitalar

AUDITORIA DE EFICIÊNCIA HOSPITALAR
RELATÓRIO FINAL

Equipe: Seção de Auditoria em Santa Catarina
Auditado: Hospital São José - Criciúma/SC

Florianópolis, março de 2023.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde - AudSUS
Seção de Auditoria em Santa Catarina – Seaud/SC
Rua Marechal Guilherme, nº 35
CEP: 88015-000 – Florianópolis/SC
Tel.: (48) 3212-2800
E-mail: auditorianucleosc@saude.gov.br
Site: www.gov.br/saude

Chefia:

Fernando Dias da Silva

Supervisão:

Almísia Santos de Oliveira
Joelma Acarileia Moser

Equipe:

Robson Marinho Nobre – Coordenador
Laeticia Jensen Eble – Servidor
Leonardo Augusto Kuriqi – Servidor
Mariana Augusta Castelli – Servidor

Dados da Atividade

Número da Atividade: 19.279
Tipo de Atividade: Auditoria
Programada por: Seaud/SC
Entidade Principal: Hospital São José
Atividade de Cooperação Técnica: Não
Natureza: Privado sem fins lucrativos/filantrópico
Município/UF: Criciúma/SC
Finalidade: Avaliar a eficiência do Hospital São José no âmbito do estudo de Eficiência Hospitalar do TCU conforme Acórdão nº 1.108/2020-TCU-Plenário.
Demandante: Componente Federal do SNA
Objeto: MAC|Eficiência Hospitalar – SUS
Valor Auditado: Não se aplica
Forma: Direta
Local Atual: Equipe
Situação: Aceita
Protocolo: 25000.097106/2022-62
Data da Programação: 11/07/2022
Período Programado para a Execução: 01/08/2022 - 28/02/2023
Abrangência: janeiro a agosto/ 2022
Gestão da Entidade: Plena

Unidades Visitadas

CNPJ/CPF	Nome/Razão Social	Município	UF
92.736.040/0008-90	Hospital São José	Criciúma	SC



RESUMO

Por que a auditoria está sendo realizada?

Considerando os estudos do Banco Mundial e do Tribunal de Contas da União (TCU) que apontam indícios de ineficiência elevada nos hospitais brasileiros e de desperdícios que ameaçam a sustentabilidade do SUS, esta auditoria tem o propósito de reunir informações acerca das principais causas de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que possam ser replicadas no país.

Nesse sentido, o objetivo desta auditoria foi avaliar a eficiência hospitalar do Hospital São José de Criciúma/SC, no período de janeiro a agosto de 2022, tendo como foco os macroprocessos e processos críticos relacionados à gestão de leitos.

Desse modo, espera-se que a auditoria realizada possa agregar valor para a administração pública, ao apontar boas práticas com potencial de disseminação para outros estabelecimentos semelhantes, sem deixar de observar possíveis fatores que possam estar dificultando a melhoria da eficiência hospitalar no estado.

Como parte do trabalho, esta auditoria também contribuiu para testar os parâmetros estabelecidos no *Referencial básico de auditoria de eficiência em hospitais* (TCU, 2022).

Relatório de auditoria para testar modelo de avaliação da eficiência em hospital filantrópico que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina (SC).

Hospital São José – Criciúma/SC

O planejamento estratégico do hospital, com a definição de metas e indicadores de eficiência, além do sistema de controle interno instituído, tem contribuído para que o hospital apresente resultados satisfatórios, ainda que enfrente dificuldades financeiras, considerando o baixo aporte de recursos em face de um volume de mais de 85% de leitos dedicados ao SUS.

O que foi encontrado?

O planejamento estratégico, a definição de metas e indicadores adequados, bem como as ações realizadas voltadas para qualidade, segurança e eficiência, mostraram-se determinantes para aumentar o giro de leitos, reduzir custos e garantir a resolutividade para os pacientes atendidos pelo hospital por meio do SUS.

Contudo, em relação aos atendimentos realizados para o SUS, o aporte de recursos, além de baixo, é incompatível com a qualidade que o hospital oferece. Essa situação ameaça a sustentabilidade dos leitos SUS e o equilíbrio da rede de saúde.

O que foi proposto no encaminhamento?

As recomendações apresentadas referem-se, principalmente, à manutenção das boas práticas já adotadas pelo hospital, assim como o aperfeiçoamento de aspectos que ainda podem ser melhorados para aumentar o giro de leitos e diminuir os custos, ampliando a capacidade de entrega do hospital para o SUS.

Quais são os principais benefícios a serem obtidos com a adoção das deliberações propostas?

As boas práticas identificadas têm o potencial de colaborar para o bom desempenho do hospital no que se refere à eficiência e economicidade, mantendo-se a qualidade e a segurança da assistência ofertada pelo hospital. Desse modo, espera-se que a população assistida pelo hospital tenha acesso a um atendimento resolutivo e humanizado.



LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Comunicado de Auditoria
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIG	Contratos Internos de Gestão
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRES	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i>
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
HSJ	Hospital São José
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Intosai	Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores
IN	Instrução Normativa
JCI	Joint Commission International
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NM	Near Miss
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PCIH	Programa de Controle de Infecção
PE	Planejamento Estratégico
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP	Procedimento Operacional Padrão
Proadi/SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PS	Pronto Socorro



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

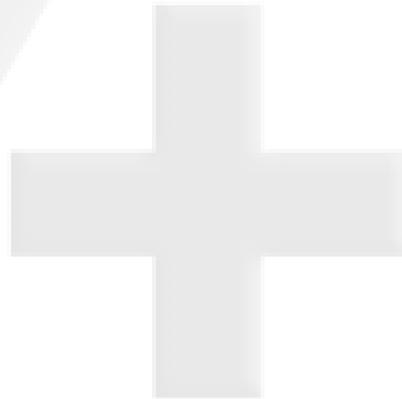
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RGP	Reuniões de Gestão Participativa
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SBAR	Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Seaud	Seção de Auditoria
Sepse	Sepse
Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
SLA	<i>Service Level Agreement</i>
TCU	Tribunal de Contas da União
TEV	Tromboembolismo Venoso
TRR	Times de Resposta Rápida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva





LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de destinação dos recursos em função do cumprimento da meta	15
Figura 2 – Soluções apontadas pelo HSJ em seu planejamento estratégico	17
Figura 3 – Mapa estratégico do HSJ	18
Figura 4 – Indicadores estratégicos do HSJ 2018-2022	18
Figura 5 – Destaque do organograma da Direção-Geral do HSJ	25
Figura 6 – Cronograma de RGP (2022)	27
Figura 7 – Total de horas em capacitações por colaborador (2018-ago. 2022)	28
Figura 8 – Metas qualitativas utilizadas no contrato com a ortopedia	31
Figura 9 – Interface do sistema de gestão de vagas	33
Figura 10 – Trecho retirado do SLA entre o NIR e o PS (2022)	34
Figura 11 – Fluxograma do NIR para gestão da solicitação de leitos de UTI	36
Figura 12 – Resultado do PE 2018/2022 – Satisfação de clientes SUS (2018-ago.2022)	43
Figura 13 – Resultado PE 2018/2022 – Satisfação dos colaboradores	43
Figura 14 – Exemplo de fluxograma de processos do HSJ	49
Figura 15 – Exemplo de controle de versões de fluxograma do HSJ	50
Figura 16 – Resultado do indicador Giro de leito (2018-ago./2022)	51
Figura 17 – Resultado do indicador Média de permanência, em dias (2018-ago. 2022)	51
Figura 18 – Níveis de acreditação da ONA	55
Figura 19 – Diferença entre os modelos de acelerador linear	59
Figura 20 – Resultados do indicador de quedas (2018-ago. 2022)	63
Figura 21 – Série histórica do indicador de infecção hospitalar (2018-jul. 2022)	66
Figura 22 – Resultado do indicador de Proporção de reinternações em até 30 dias (jan.-ago. 2022)	67
Figura 23 – Resultado do indicador de Taxa de rotatividade de profissionais (<i>Turnover</i>)	68
Figura 24 – Comparação entre custos e tempo de permanência do paciente	69
Figura 25 – Tempo porta-agulha	72
Figura 26 – Resultado do indicador de Tempo porta x Eletrocardiograma	72
Figura 27 – Resultado do indicador de Avaliação do risco de TEV nas primeiras 24 horas de internação ...	73
Figura 28 – Painel da UTI	73
Figura 29 – Resultado do indicador de Adesão ao protocolo de sepse	74
Figura 30 – Resultados do indicador de manutenção preventiva (ago.2021-jul.2022)	76
Figura 31 – Resultados da manutenção corretiva (2019-out.2022)	77
Figura 32 – Dispensação individualizada de medicamentos	80
Figura 33 – Pulseira de identificação do paciente	80
Figura 34 – Unidade móvel com <i>scanner</i> para checagem dos medicamentos via sistema	81
Figura 35 – Resultados do indicador de notificações de erros de medicação	83
Figura 36 – Resultados do indicador de Falhas de identificação do paciente	83
Figura 37 – Resultados do indicador de Erros de prescrição médica	84



Relatório Final

Figura 38 – Resultados do indicador de Erros de dispensação	84
Figura 39 – Resultados do indicador de Erros de administração de medicamentos	85
Figura 40 – Resultados do indicador de <i>Near miss</i> (Quase erro)	86
Figura 41 – Resultado financeiro, leitos SUS (jan.-ago./2022)	92
Figura 42 – Taxa de ocupação dos leitos SUS, em % (2018-set. 2022)	93
Figura 43 – Resultado do indicador de resultado do SUS (2018-ago. 2022)	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Setores visitados pela equipe de auditoria conforme macroprocessos	12
Quadro 2 – Questões de auditoria	12
Quadro 3 – Regionalização do estado de Santa Catarina	13
Quadro 4 – Municípios da Região de Saúde Carbonífera	14
Quadro 5 – Missão, visão e valores do HSJ	16
Quadro 6 – Equipamentos do Hospital São José	21
Quadro 7 – Indicadores de giro de leitos monitorados pelo HSJ	38
Quadro 8 – Aspectos avaliados para acreditação ONA, por eixo	55
Quadro 9 – Nove certos da administração de medicamentos	81
Quadro 10 – Níveis de acreditação da ONA e seus princípios	91
Quadro 11 – Achados da auditoria	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Recursos recebidos pelo HJS (jan. 2019 a jun. 2022)	21
--	----



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Problema	10
1.2 Metodologia.....	10
1.3 Questões de auditoria	12
1.4 Limitações.....	13
2 VISÃO GERAL DO OBJETO.....	13
2.1 A rede de saúde	13
2.2 Caracterização da unidade hospitalar	15
2.2.1 Gerenciamento de leitos.....	19
2.2.2 Protocolos e comissões	19
2.2.3 Recursos humanos	20
2.2.4 Recursos financeiros.....	20
2.2.5 Sistemas de informação.....	21
2.2.6 Equipamentos e insumos.....	21
3 ACHADOS DE AUDITORIA.....	23
3.1 Boas práticas	23
3.1.1 Achado 1: domínio dos processos por parte da gestão e colaboradores.....	23
3.1.2 Achado 2: contratação de equipes médicas vinculada a metas.....	28
3.1.3 Achado 3: funcionamento do NIR e o giro de leitos.....	32
3.1.4 Achado 4: ouvidoria do HSJ atuante e satisfação dos usuários	40
3.1.5 Achado 5: uso de tecnologias na aquisição de insumos	44
3.1.6 Achado 6: organização de processos internos	47
3.1.7 Achado 7: inovação tecnológica voltada para o giro de leitos.....	57
3.1.8 Achado 8: sistematização de fluxo interno, segurança do paciente, controle de infecção e controle de custos relacionados ao giro de leitos	60
3.1.9 Achado 9: acompanhamento do cuidado em tempo real	70
3.1.10 Achado 10: manutenção de equipamentos para UTI, Centro Cirúrgico e Emergência.	74
3.1.11 Achado 11: prescrição, dispensação, administração e monitoramento de medicamentos....	78
3.2 Outros achados relevantes	87
3.2.1 Achado 12: definição de metas e indicadores	87
3.2.2 Achado 13: recursos deficitários	91
4 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS.....	100



1 INTRODUÇÃO

Com base no Acórdão nº 1.108/2020-TCU-Plenário, a Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde (AudSUS) vem desenvolvendo, por meio de suas Seções de Auditoria (Seauds) em cada estado, a atividade de auditoria de avaliação de desempenho das unidades hospitalares públicas prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa tem como propósito contribuir para a melhoria da eficiência desses estabelecimentos de saúde em todo o país.

Nesse contexto, esta auditoria tem o propósito de colaborar com o estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), que busca compreender quais são as principais causas de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que possam ser replicadas no estado e até mesmo no país visando à redução de desperdícios. Assim, ao identificar boas práticas no estabelecimento de saúde auditado, espera-se trazer elementos consistentes para que os tomadores de decisão possam usar como exemplos para melhorar os serviços de saúde em prol dos pacientes e do contribuinte.

Nesse sentido, cabe delimitar o conceito de boas práticas que será usado neste trabalho. Nos serviços de saúde, apesar da presença de elementos subjetivos a depender da publicação utilizada como referência, esse termo encontra respaldo em alguns normativos:

- A Resolução-RDC Anvisa nº 63 de 25 de novembro de 2011, estabelece os requisitos de boas práticas para funcionamento de serviços de saúde, que devem ser fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Em seus arts. 6º e 7º, define:

Art. 6º As Boas Práticas de Funcionamento (BPF) são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 7º As BPF determinam que:

I- o serviço de saúde deve ser capaz de ofertar serviços dentro dos padrões de qualidade exigidos, atendendo aos requisitos das legislações e regulamentos vigentes (grifo nosso)

- Já segundo o *Glossário Temático: Monitoramento e Avaliação*, do Ministério da Saúde, publicado em 2022, o conceito de boas práticas é: “Boas práticas, fem. pl. Requisitos essenciais que devem ser adotados para garantir a *qualidade de uma intervenção*” (grifo nosso).
- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento *Guia para identificar e documentar as melhores práticas em programas de planejamento familiar*, o termo “melhores práticas” é apresentado como:

uma técnica ou método que, através da experiência e da investigação, *provou ser confiável para conduzir ao resultado pretendido*. Estas práticas têm de ser partilhadas e adotadas para beneficiar mais pessoas. No contexto de programas e serviços de saúde, uma definição prática de melhor prática é o *conhecimento sobre o que funciona em situações e contextos específicos*, sem usar recursos exorbitantes para atingir os resultados desejados e *que podem ser usados para desenvolver e implementar soluções adaptadas aos problemas de saúde semelhantes em outras situações e contextos* (grifo nosso).

Assim, neste trabalho, as boas práticas são apontadas em função de, por um lado, as ações e serviços de saúde serem realizados atendendo os normativos em vigor e, por outro, pela qualidade alcançada em função da forma como o hospital implementa as normas e padrões em seu dia a dia de trabalho. Desse modo, este relatório também se presta, a partir das constatações apontadas, como uma base de boas práticas confiáveis, com potencial para serem aplicadas em contextos semelhantes por outros hospitais que prestam serviços ao SUS.



1.1 Problema

Por meio do Processo TC 014.791/2019-6 (relator Ministro Benjamin Zymler), o TCU realizou um levantamento de informações que apontaram fragilidades do SUS no que se refere à sua sustentabilidade, considerando em especial os desperdícios gerados pelos elevados índices de ineficiência no sistema, já apontados anteriormente em um estudo do Banco Mundial (2017). Esse estudo indica uma ineficiência média de 71% nos serviços de média e alta complexidade prestados no âmbito do SUS.

Em sua avaliação, a partir das informações disponíveis nos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde (MS) e utilizando a metodologia de análise envoltória de dados (*Data Envelopment Analysis – DEA*), o TCU classificou as unidades hospitalares que prestam serviços ao SUS no Brasil e chegou a resultados parecidos aos do Banco Mundial, reforçando os indícios de baixo desempenho nos hospitais que prestam serviços ao SUS.

A fim de compreender a situação e as causas desse potencial desperdício, o TCU desenvolveu um referencial de auditoria com foco na avaliação da eficiência dos hospitais públicos. Esse referencial tem sido testado em auditorias realizadas pelos Tribunais de Contas Estaduais (TCEs) e pelas Seções de Auditoria da Auditoria-Geral do SUS (Seaud/AudSUS) localizadas nas unidades desconcentradas do MS nos estados.

Por meio dessas auditorias, pretende-se compreender quais são as grandes fontes de ineficiência nos hospitais do SUS, bem como documentar boas práticas que possam ser replicadas por outras unidades de média e alta complexidade no país.

A partir da relação com o escore dos hospitais fornecida pelo TCU, na fase de pré-planejamento da auditoria, a Seção de Auditoria em Santa Catarina (Seaud/SC) optou por proceder a avaliação em hospitais com bom desempenho no DEA, visto que a intenção desta auditoria era avaliar um hospital que apresentasse maior eficiência a fim de identificar as boas práticas utilizadas pelo estabelecimento. Assim para a seleção da unidade a ser auditada, foram estabelecidos os seguintes parâmetros gerais de seleção/exclusão: *i*) apresentar percentual de eficiência acima de 50% de acordo com o DEA aplicado pelo TCU; *ii*) ser hospital filantrópico; e *iii*) estar localizado próximo de Florianópolis.

Essa seleção prévia teve como resultado três hospitais. Em seguida, a fim de selecionar apenas um hospital para ser auditado, a equipe da Seaud/SC procedeu com a coleta de informações adicionais por meio de levantamentos nas bases de dados do MS, aplicação de formulários eletrônicos e entrevistas com cada um dos hospitais pré-selecionados.

Assim, a equipe de auditoria selecionou para avaliação da eficiência o Hospital São José (HSJ) de Criciúma/SC, tendo como recorte o período de janeiro a agosto de 2022 e como foco os macroprocessos e processos críticos relacionados à gestão de leitos.

Como parte do trabalho que está sendo coordenado pelo TCU, esta auditoria procurou também testar os parâmetros estabelecidos no *Referencial básico de auditoria de eficiência em hospitais* (TCU, 2022).

1.2 Metodologia

Após a fase de pré-planejamento, uma vez selecionado o hospital a ser auditado, de modo geral, a auditoria proposta teve como instrumento orientador e de padronização da abordagem a versão 3 do *Referencial básico de auditoria de eficiência em hospitais* (TCU, 2022). Este referencial foi elaborado pelo TCU em conformidade com os padrões profissionais estabelecidos pela Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai), constantes do Apêndice 2 do *Relatório de levantamento da eficiência em unidades hospitalares públicas* (TCU, 2019).

Assim, na fase de planejamento propriamente, para se chegar às questões de auditoria, as informações obtidas na fase de seleção do objeto (questionários e entrevistas) e de caracterização das



unidades foram analisadas pela equipe da Seaud/SC utilizando-se a metodologia SWOT.¹ Considerando a perspectiva da auditoria de identificar boas práticas de eficiência hospitalar com foco na gestão de leitos, os aspectos positivos ou negativos que favorecem ou comprometem o desempenho do hospital foram categorizados de acordo com os ambientes interno e externo, em forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

Os aspectos positivos e negativos e suas respectivas consequências (riscos positivos e negativos) foram apresentados e discutidos com a equipe do hospital para validação e verificação acerca da existência de controles prévios relacionados aos riscos identificados. Como resultado dessa discussão, a partir dos comentários e informações adicionais trazidas pela direção do hospital, os riscos foram ajustados.

Concluída a primeira fase da análise SWOT, foi elaborada uma planilha para avaliação dos riscos inerentes (RI),² por meio da valoração do impacto e da probabilidade de cada risco identificado.³ Para essa valoração foi utilizada uma escala com atribuições de pesos conforme o Apêndice 2 do referencial básico do TCU. Em seguida foram listados os controles existentes para cada um dos riscos e, para a avaliação de resposta aos riscos, foram atribuídos pesos em função dos controles (RC) existentes a fim de estimar o nível de riscos residuais⁴ ($= RI \times RC \times 100$).

Como esta auditoria tem como um de seus propósitos identificar boas práticas que possam servir de referência para outras unidades hospitalares, o inventário de riscos foi construído apresentando de forma separada os riscos positivos (boas práticas) dos riscos negativos. Desse modo, é importante esclarecer que os pesos foram atribuídos de forma distinta no caso dos riscos positivos, visto que o fato de haver um controle por parte do hospital não deveria contribuir para que o risco da auditoria fosse desconsiderado, mas sim que fosse valorizado como boa prática.

Essa análise permitiu à equipe identificar os riscos positivos (enquanto boas práticas com potencial de serem reproduzidas) e negativos com potencial para serem analisados em detalhe na fase operativa da auditoria. A partir do inventário de riscos, a equipe formulou as questões de auditoria, bem como elencou os possíveis achados e possíveis evidências da auditoria.

Uma vez mapeados os achados, a equipe organizou um roteiro prévio para a visita *in loco* ao hospital auditado, com os setores que a equipe pretendia visitar e os respectivos responsáveis. A visita aos HSJ foi realizada entre os dias 3 e 7 de setembro de 2022. Considerando o foco da auditoria no giro de leitos, a fase operativa contemplou os setores correspondentes, considerando os respectivos macroprocessos (Quadro 1).

Os macroprocessos estão relacionados à razão de ser das empresas, por isso, variam conforme seus objetivos estratégicos, que no caso do HSJ de acordo com último planejamento estratégico, apontou para uma melhor administração dos leitos visando maior retorno financeiro e sustentabilidade. Dentro da metodologia de cadeia de valor (PORTER, 1985), que permite à empresa organizar seus processos buscando gerar valor ao cliente, usualmente os macroprocessos são divididos em três:

- Macroprocesso primário ou do negócio: envolve processos relacionados com a razão de existir da empresa, ou seja, define o que precisa ser executado para cumprir sua missão;
- Macroprocessos gerenciais: conjunto de processos relacionados à gestão nos aspectos estratégicos, operacionais ou financeiros, que visam monitorar, medir, acompanhar, controlar e gerenciar o presente e o futuro da organização;

¹ A análise SWOT (sigla proveniente dos termos em inglês *strengths/forças*, *weaknesses/fraquezas*, *opportunities/opportunidades* e *threats/ameaças*), é uma técnica de planejamento estratégico utilizada para auxiliar a identificar forças, fraquezas, oportunidades, e ameaças relacionadas ao planejamento da instituição ou de um projeto.

² Risco inerente: acontece quando não há nenhum controle implantado para evitá-lo.

³ Esse procedimento substituiu o diagrama de verificação de riscos (DVR) geral do referencial básico do TCU. A planilha utilizada tomou como base uma planilha de avaliação de riscos disponibilizada por Salvatore Palumbo em uma apresentação realizada para o Ministério da Saúde em 2020.

⁴ Risco residual: pode ocorrer mesmo havendo controles implantados.



- Macroprocesso de apoio: grupo de processos que não está diretamente ligado à atividade-fim da empresa, mas são importantes por dar suporte para a execução dos processos primários.

Quadro 1 – Setores visitados pela equipe de auditoria conforme macroprocessos

Macroprocessos Primários	Macroprocessos Gerenciais	Macroprocessos de Apoio
Atendimento Emergencial	Setor de Qualidade Serviço de Controle de Infecção Hospitalar Controladoria Ouvidoria	Central de material esterilizado
Internação Enfermaria	Recursos Humanos	Manutenção Predial Patrimônio
Atendimento Cirúrgico	Núcleo Interno de Regulação - NIR	Manutenção Clínica
Cuidados Intensivos (UTI)	Tecnologia da Informação	Farmácia
	Direção Geral	Serviço Social
	Setor Financeiro	Setor de Compras Almoxarifado
	Equipe multidisciplinar	Radiologia Oncológica

Fonte: papéis de trabalho, com base em Porter (1985).

A seção a seguir apresenta as questões de auditoria sobre as quais a equipe de auditoria se debruçou na fase de execução dos trabalhos.

1.3 Questões de auditoria

O Quadro 2 a seguir reproduz as questões de auditoria, classificadas de acordo com as quatro dimensões propostas no referencial básico do TCU: estratégia, governança, gestão e controle.

Quadro 2 – Questões de auditoria

Dimensão	Questão de auditoria
Estratégica	1) A gestão local do SUS oferece condições adequadas para que os serviços prestados pelo hospital sejam capazes de atender às necessidades da população com qualidade e resolutividade conforme disposto na Lei n. 8.080/1990? (regulação, contratualização e Planejamento de Saúde do município)
Governança	2) A atual gestão do HSJ promove a gestão dos leitos de acordo com os indicadores de eficiência hospitalar listados no Acórdão nº 1108/2020 - TCU?
Gestão	3) A ouvidoria é ativa e está bem articulada com os demais setores do hospital para resolver as demandas apresentadas?
Controle	4) Os processos internos atuais do HSJ estão organizados e estruturados de forma a otimizar a gestão dos leitos clínicos, cirúrgicos, pronto-socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) conforme preconiza a legislação vigente?

Fonte: Elaboração própria.

Os achados referentes às questões de auditoria são apresentados na seção 3 deste relatório. Considerando o objetivo da auditoria, os achados foram divididos em duas subseções: *i*) boas práticas - achados em que o HSJ demonstrou implementar de forma diferenciada os padrões e normas relacionados; *ii*) outros achados relevantes – achados em que o HSJ demonstrou aplicar adequadamente o que a legislação recomenda ou que representam limitações para o hospital.

Os achados da dimensão estratégica levantados durante o planejamento, que consistem em geral a ameaças externas, não foram incluídos neste relatório por se tratar de aspectos que fogem à governabilidade do hospital e referem-se à gestão municipal. Tais problemas são relevantes e colaboram para o desempenho do hospital; assim, sugere-se que sejam tratados em futuras auditorias.



1.4 Limitações

Considerando que ainda são poucas as auditorias de eficiência hospitalar realizadas pela AudSUS, e sendo o objeto auditado um hospital filantrópico, para alguns achados, a equipe teve dificuldade em circunscrever os critérios a serem utilizados. Em alguns casos a equipe se deparou com ausência de normativos nacionais específicos e/ou de estudos robustos que pudessem servir de subsídio para a análise. Esse fato demandou um esforço maior de pesquisa e exigiu a consideração de referências não oficiais e/ou o exercício de analogia com dispositivos existentes em outras esferas.

2 VISÃO GERAL DO OBJETO

Esta seção apresenta uma visão geral do objeto a fim de compreender a unidade auditada, desde uma perspectiva mais ampla, no que se refere ao contexto em que o hospital está inserido, até uma dimensão mais específica, onde se pretende detalhar seu funcionamento, em especial, no que se refere à gestão de leitos, que é o foco desta auditoria.

Conhecer a unidade auditada é essencial para que a equipe de auditoria seja capaz de identificar os riscos e oportunidades em relação aos resultados, em especial os que guardam relação com o atendimento aos usuários, que dependem da unidade hospitalar para obter serviços de saúde efetivos.

2.1 A rede de saúde

Em Santa Catarina, a rede do SUS conta com 295 secretarias municipais de saúde, com 20 municípios com gestão plena do sistema, que atendem à média e à alta complexidade, sendo referência em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) na prestação desses serviços. A rede de hospitais é composta por 195 unidades, estando 132 sob gestão estadual e 63 sob gestão municipal.

No que se refere à regionalização, para organização da rede de saúde, o estado é dividido em sete macrorregiões, que, por sua vez, são subdivididas em 16 regiões de saúde, conforme Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Regionalização do estado de Santa Catarina

Macrorregião de saúde		Região de Saúde	
1	Grande Oeste	1	Extremo Oeste
		2	Oeste
		3	Xanxerê
2	Meio Oeste e Serra Catarinense	4	Alto Vale do Rio do Peixe
		5	Alto Uruguai Catarinense
		6	Serra Catarinense
		7	Meio Oeste
3	Foz do Rio Itajaí	8	Foz do Rio Itajaí
4	Vale do Itajaí	9	Alto Vale do Itajaí
		10	Médio Vale do Itajaí
5	Grande Florianópolis	11	Grande Florianópolis
6	Planalto Norte e Nordeste	12	Nordeste
		13	Planalto Norte
7	Sul	14	Extremo Sul Catarinense



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

14

Macrorregião de saúde	Região de Saúde	
	15	Carbonífera
	16	Laguna

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (SANTA CATARINA, 2018).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (SANTA CATARINA, 2018), Criciúma encontra-se na Macrorregião Sul, mais especificamente na Região de Saúde Carbonífera (Quadro 4) que é composta por 12 municípios e com uma população de referência de 433.675 habitantes, segundo estimativa do IBGE de 2018.

O HSJ se localiza em Criciúma e é referência para as regiões que compõem a Macrorregião Sul (Extremo Sul Catarinense, Carbonífera e Laguna), o que representa uma população residente de cerca de 1 milhão de habitantes.

Quadro 4 – Municípios da Região de Saúde Carbonífera

Cod. IBGE	Município
4220000	Balneário Rincão
4204251	Cocal do Sul
4204608	Criciúma
4205456	Forquilha
4207007	Içara
4209607	Lauro Muller
4211207	Morro da Fumaça
4211603	Nova Veneza
4211702	Orleans
4217600	Siderópolis
4218350	Treviso
4219002	Urussanga

Fonte: Santa Catarina (2018).

Com o objetivo de definir os estabelecimentos de interesse para a saúde de forma que as necessidades da população sejam atendidas, foi criada pela SES a Política Hospitalar Catarinense (PHC), que foi aprovada em 2019 e implementada a partir de janeiro 2020. Em 2021 a SES/SC revisou e elaborou uma nova versão da PHC, que foi aprovada durante a reunião do Conselho Intergestores Bipartite (CIB) para o exercício de 2022. Com base nos critérios elencados na PHC para definição dos portes hospitalares, o HSJ foi classificado como Porte VI, o que o habilita a receber um teto de até R\$ 2.000.000,00 de recursos do estado por meio da PHC.⁵

O HSJ possui contrato com o município de Criciúma para prestação de serviços de assistência à saúde, para atendimento ambulatorial (urgência/emergência, diagnóstico e tratamento) e para internações hospitalares aos usuários do SUS. O contrato contempla ainda o fomento a ações de ensino e pesquisa, disponibilização da estrutura hospitalar para pesquisa e campo de estágio para cursos de graduação da área da saúde e outros.

⁵ Os arquivos da PHC e os resultados já apurados, entre outros documentos, estão disponíveis em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/politica-hospitalar-catarinense>. Acesso em: 29 jul. 2022.



As metas e indicadores qualiquantitativos de execução são descritos no Plano Operativo Assistencial (POA) que integra o anexo do contrato. O monitoramento, avaliação e readequação do contrato e do POA é realizado quadrimestralmente pela Comissão de Acompanhamento do Contrato.

Além do disposto no POA, as cláusulas do contrato, em especial a cláusula 6ª, impõem ao hospital a obrigação de prestação dos serviços contratados de acordo com uma série de padrões e critérios de qualidade como requisitos para a contratação.

De acordo com a previsão orçamentária do contrato, o aporte de recursos financeiros próprios da Prefeitura Municipal de Criciúma para o serviço de urgência/emergência corresponde ao repasse de R\$ 50.000,00 mensais, num total de R\$ 600.000,00 por ano. Há ainda um recurso de fomento para custeio de fatura de água de jan. a jun. 2022, no valor total de R\$ 180.000,00.

O acompanhamento dos indicadores qualiquantitativos previstos no POA segue os critérios apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Critérios de destinação dos recursos em função do cumprimento da meta

a) DAS METAS QUALITATIVAS:

Cumprimento da Meta	Percentual do recurso Pré Fixado destinado
90 a 100%	100%
89 a 70%	85%
69 a 50%	50%
Até 50%	25%

b) DAS METAS QUANTITATIVAS:

Cumprimento da Meta	Percentual do recurso Pré Fixado destinado
95 a 100%	100%
91 a 94%	95%
86 a 90%	90%
81 a 85%	85%
76 a 80%	80%
71 a 75%	75%
66 a 70%	70%

Fonte: Contrato nº 016/FMS/2022.

2.2 Caracterização da unidade hospitalar

O HSJ é uma instituição filantrópica, de caráter privado e sem fins lucrativos, assim, o hospital também faz atendimentos privados e por planos de saúde complementar. Constitui-se de um complexo hospitalar com um total de 309 leitos, sendo 40 de UTI. Desta quantidade de leitos, 209 do total e 30 de UTI, respectivamente, são disponibilizados para usuários do SUS. O hospital é reconhecido como de utilidade pública pela gestão municipal (Lei nº 216, de 13/09/1957) e estadual (Lei nº 2.981, de 23/12/1961, consolidada pela Lei nº 18.278, de 20/12/2021).

Sua área física total é de 27,5 mil metros quadrados de área construída, totalizando áreas de apoio, ensino e pesquisa, salas cirúrgicas de internações além de toda área de apoio a estes serviços.

Com Certificado de Acreditação Pleno Nível 3 – Acreditado com Excelência, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA),⁶ é referência na região nos setores de cardiologia, oncologia e hematologia, nefrologia e diálise, vascular e endovascular, ortopedia e traumatologia, neurocirurgia e neuroendovascular e credenciado para atendimento de transplante renal.

Declarado Hospital Ensino por meio da Portaria Interministerial nº 2.161, de 30 de setembro de 2013, a entidade conta com médicos residentes, acadêmicos de medicina, enfermagem e outros

⁶ A ONA é uma das principais metodologias de acreditação no Brasil, sendo reconhecida pela Internacional Society for Quality in Health Care (ISQua), associação parceira da Organização Mundial de Saúde (OMS) que conta com representantes de instituições acadêmicas e de organizações de saúde de mais de 100 países.



estagiários na área da saúde. Ao longo de seus processos formativos, cerca de 800 alunos por ano passam pelo hospital.

A missão, a visão e os valores da unidade hospitalar reproduzidos a seguir (Quadro 5) estão disponíveis no *site* do HSJ⁷ e também podem ser encontrados no documento do planejamento estratégico do hospital, disponibilizado a pedido da equipe de auditoria.

Quadro 5 – Missão, visão e valores do HSJ

Missão	Prestar assistência hospitalar a todos, com excelência, criando condições para educação em saúde, por meio do ensino e pesquisa de forma integrada com a comunidade.
Visão	Ser um centro de excelência em assistência hospitalar, reconhecido em alta complexidade, sustentável, alicerçado na humanização, inovação, ensino e pesquisa.
Valores	<ul style="list-style-type: none">• Atenção Total ao Cliente: Cada pessoa que entra em nossa Instituição deve sentir-se respeitada, acolhida, única e importante.• Colaboração: Capacidade de trabalhar em equipe, sem perder a visão do todo, cientes de que todos os processos são interdependentes e integrados cujo produto final, depende de cada um.• Credibilidade: Transparência no ser e no agir, serviços exatos, eficientes e humanizados.• Ética Profissional: Toda pessoa é única em sua individualidade histórica. Ninguém é capaz de compreender em profundidade o outro. Seu espaço e história são sagrados.• Respeito ao meio Ambiente e responsabilidade Social: Visto que a Terra e seus recursos são um dom de Deus para toda humanidade, somos reverentes e sóbrios no uso dos bens naturais, preservando o meio ambiente para as gerações presente e futura, promovendo a redução das desigualdades sociais.

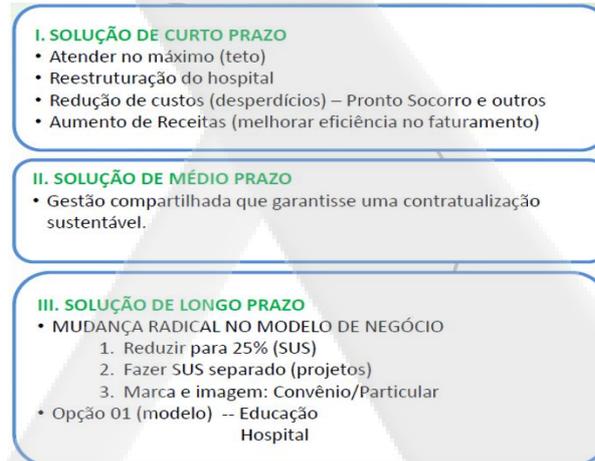
Fonte: <https://www.hsJose.com.br/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

O HSJ possui planejamento estratégico (PE) para o período de 2018 a 2022, elaborado com base na análise SWOT e na metodologia de gestão Balanced Scorecard (BSC). Como resultado da análise obtida com a utilização destas ferramentas, o HSJ identificou, como principal problema a ser enfrentado, uma crise econômico/financeira, resultando no endividamento do hospital, atrasos nas folhas de pagamento, suspensão dos serviços e judicialização do governo/saúde. A partir de uma visão sistêmica do problema, o hospital apontou possíveis soluções (Figura 2).

⁷ Disponível em: <https://www.hsJose.com.br/>



Figura 2 – Soluções apontadas pelo HSJ em seu planejamento estratégico



Fonte: Planejamento Estratégico do Hospital São José, em resposta ao Comunicado de Auditoria nº 2022.19279-1 (SEI 0028863149).

Conforme se verifica na Figura 2 – Soluções apontadas pelo HSJ em seu planejamento estratégico em curto prazo, a proposta do HSJ seria atender no máximo de sua capacidade, o que permitiria otimizar os recursos disponíveis para internações. No médio prazo, a proposta de gestão compartilhada tinha a intenção de aumentar a integração entre o HSJ e a gestão local do SUS, bem como subsidiar uma negociação contratual sustentável para o hospital. Por fim, no longo prazo, a solução apresentada seria reduzir em até 25% a disponibilidade de leitos para o SUS, o que permitiria destinar tais leitos a atendimentos na modalidade convênio/particular.

Isto posto, o hospital definiu estratégias, metas e planos de ação, consolidando suas iniciativas previstas para o período 2018 a 2022 da seguinte forma:

- 1) aprimorar modelo de gestão/processos/ inovação;
- 2) implementar e gerir centros de especialidades;
- 3) posicionar a marca (comunicar, marca e imagem);
- 4) projeto de investimento e infraestrutura e tecnologia;
- 5) política de T & D e melhorar atração e retenção de talentos;
- 6) implementar centro avançado de ensino e pesquisa;
- 7) projetos para captação de recursos;
- 8) parceria com corpo clínico – governança clínica;
- 9) ampliação da satisfação dos clientes de convênios e particulares.

O Mapa Estratégico do hospital, construído por meio dos quatro pilares do BSC (perspectivas financeira, clientes, processos internos e aprendizado/crescimento) é demonstrado na Figura 3 a seguir.

Figura 3 – Mapa estratégico do HSJ



Fonte: Planejamento estratégico HSJ – 2018-2022.

Os quatro pilares acima representados vêm sendo monitorados por meio de indicadores que compõem as metas estratégicas, dentre os quais taxa de infecção, taxa de ocupação SUS, tempo médio de permanência, capacitação total por colaborador, índice de desempenho dos colaboradores, satisfação dos médicos, taxa de desempenho médico, ideias implantadas de inovação, dentre outros, conforme Figura 4 a seguir.

Figura 4 – Indicadores estratégicos do HSJ 2018-2022

Indicadores estratégicos 2018-2022									
Perspectiva	Indicador	Resp.	Acomp.	U.N.	Metas 2018-2022				
					2018	2019	2020	2021	2022
1-Financeira	Lucratividade	Christiani	Mensal	%	5%	5,50%	6%	6,50%	7%
1-Financeira	Ebitda	Christiani	Mensal	%	6%	6,50%	7%	7,50%	8%
1-Financeira	Resultado do SUS	Cristiano	Mensal	R\$/mil	-982	-773	-566	-360	-156
1-Financeira	Captação de recursos	Maria Dione	Anual	R\$/milhões	8,1	9,6	11	12,1	13,4
1-Financeira	Faturamento de convênios/particulares	Sheila/Angeles	Mensal	R\$/milhões	4,5	4,7	5,8	7,1	8,8
1-Financeira	Faturamento com convênios/particulares	Sheila/Angeles	Mensal	%	31,30%	36%	40,90%	46%	51,10%
1-Financeira	Taxa Crescimento da receita de conv/part	Sheila/Angeles	Mensal	%	47,30%	22,90%	22,90%	22,90%	22,90%
2-Clientes	Taxa Crescimento de atendimentos intern	Sheila/Angeles	Mensal	%	35,10%	8,30%	5,70%	3,60%	1,20%
2-Clientes	Satisfação do Cliente Conv/Partic.	Thamillis	Mensal	%	98%	98%	98%	98%	98%
2-Clientes	Satisfação do Cliente SUS	Thamillis	Mensal	%	97%	97%	97%	97%	97%
3-Processos Internos	Cumprimento da contratualização SUS	Cristiano	Mensal	%	95%	95%	95%	95%	95%
3-Processos Internos	Taxa de infecção	Rita	Mensal	%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%
3-Processos Internos	Taxa de Ocupação Conv/Partic.	Thamillis	Mensal	%	85%	90%	95,20%	98,60%	99,80%
3-Processos Internos	Taxa de Ocupação SUS	Thamillis	Mensal	%	79,90%	78,90%	77,90%	76,90%	75,90%
3-Processos Internos	Tempo Médio de Permanência	Thamillis	Mensal	Dias	4,58	4,45	4,32	4,19	4,06
4-Aprendizado e cres	Turnover (só saídas)	Carlos	Mensal	%	1,80%	1,75%	1,70%	1,65%	1,60%
4-Aprendizado e cres	Capacitação total por colaborador	Carlos	Mensal	Horas	33	33,5	34	34,5	35
4-Aprendizado e cres	Índice de desempenho dos colaboradores	Carlos	Anual	%	70%	70%	80%	80%	80%
4-Aprendizado e cres	Satisfação dos Colaboradores	Carlos	Anual	%	85%	85%	85%	85%	85%
4-Aprendizado e cres	Satisfação dos Médicos	Dr. Raphael	Anual	%	78%	78%	80%	80%	82%
4-Aprendizado e cres	Taxa de desempenho médico	Dr. Raphael	Anual	%	70%	70%	70%	70%	70%
4-Aprendizado e cres	Protocolos de Pesquisa Clínica	Danusa	Mensal	Und	8	9	10	11	12
4-Aprendizado e cres	Ideias implantadas de inovação	Márcia	Mensal	Und	5	10	15	20	25

Fonte: Planejamento estratégico HSJ – 2018-2022.

Sob o aspecto da gestão de leitos, as iniciativas estratégicas presentes no plano estratégico apresentado pelo HSJ não detalham as ações a serem executadas voltadas ao giro de leitos, porém os



indicadores selecionados, bem como as perspectivas abordadas de uma forma geral, sinalizam para um melhoramento dos processos internos do hospital e consequente otimização da gestão dos leitos.

2.2.1 Gerenciamento de leitos

O HJS utiliza diversos indicadores operacionais de controle e avaliação relativos ao giro de leitos de emergência, clínicos, cirúrgicos e de UTI. Conforme solicitado no Comunicado de Auditoria (CA), além dos indicadores gerais de resultados do PE, foram apresentados os resultados dos seguintes indicadores:

- a) taxa de ocupação hospitalar por mês, setor e CID principal;
- b) média de permanência;
- c) índice de renovação ou giro de rotatividade (IR/GR);
- d) índice intervalo de substituição (IIS);
- e) proporção de readmissão em até 30 dias da alta hospitalar;
- f) taxa de pacientes residentes no hospital (permanência superior a 90 dias);
- g) tempo para efetivação de internação;
- h) tempo para efetivação de alta hospitalar;
- i) tempo para higienização do leito;
- j) proporção de ordens de serviço atendidas por setor do hospital;
- k) taxa de manutenção preventiva para equipamentos médico-hospitalares e instalação predial;
- l) taxa de equipamentos médico-hospitalares de alta complexidade com manutenção preventiva;
- m) índice de produção por funcionário da área/subárea;
- n) relação enfermeiro/leito;
- o) relação pessoal/leito;
- p) taxa de rotatividade de recursos humanos.

2.2.2 Protocolos e comissões

O HJS dispõe de 123 protocolos (clínicos, assistenciais e segurança do paciente) sistematizados, e cerca de 1.856 documentos, tais como procedimentos operacionais padrão (POPs), fluxos, normas, políticas entre outros, que colaboram para a sistematização dos processos e do atendimento. Os protocolos de Infecção generalizada (Sepse), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Tromboembolismo Endovenoso (TEV) são gerenciados em tempo real por meio do sistema de gestão hospitalar Tasy (Philips), conforme será detalhado adiante.

Os protocolos relacionados diretamente à gestão de leitos de emergência, clínicos, cirúrgicos e de UTI apresentados por ocasião do CA foram:

- 1) Altas | Clínicas de Internação;
- 2) Gestão de Leitos – UTI, Emergência e Eletivos;
- 3) Liberação de Leito Pacientes UTIs;



- 4) Monitoramento | Distribuição de leitos;
- 5) Regulação de leitos de UTIs;
- 6) Gerenciamento de leitos NIR;
- 7) Solicitação de leitos para internação clínica e cirúrgica.

O HSJ possui as seguintes comissões internas constituídas:

- 8) Comissão Hospitalar de Transplante (CHT);
- 9) Núcleo de Segurança do Paciente;
- 10) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- 11) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- 12) Programa e Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
- 13) Comissão de Ética e Humanização do Hospital;
- 14) Comissão de Prontuários;
- 15) Comitê Transfusional;
- 16) Comissão Interna de Prevenção de Lesão de Pele Hospitalar;
- 17) Comissão de Análise de Óbitos e Autópsia;
- 18) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- 19) Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- 20) Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde (CPPS).

2.2.3 Recursos humanos

De acordo com as informações prestadas pela unidade hospitalar em documento solicitado pela equipe por ocasião da elaboração deste relatório, até 24 de novembro de 2022,⁸ o hospital contava com o seguinte quantitativo de profissionais:

- 1.580 colaboradores – CLT;
- 342 médicos;
- 49 residentes;
- 14 estagiários;
- 31 jovens aprendizes;
- 55 PCD – Necessidades especiais.

Vale ressaltar que, no HSJ, passam cerca de 1.000 estagiários por ano, sendo estes curriculares de níveis superior e técnico.

2.2.4 Recursos financeiros

O HJS informou ter recebido de jan./2019 a jun. 2022 os valores apresentados na Tabela 1, por fonte de recurso.

⁸ Observação: na fase de pré-planejamento, o HSJ forneceu documento com dados de recursos humanos relativos a 2021. Para fins deste relatório, a equipe solicitou dados mais atualizados.



Tabela 1 – Recursos recebidos pelo HJS (jan. 2019 a jun. 2022)

Fonte	2019	2020	2021	2022 (Jan a Jun)	Total/fonte
Federal	R\$ 80.459.621,66	R\$ 87.016.299,05	R\$ 89.089.513,22	R\$ 44.016.753,54	R\$ 300.582.187,47
Estadual	R\$ 13.884.230,40	R\$ 12.107.393,76	R\$ 14.107.393,76	R\$ 7.980.000,00	R\$ 48.079.017,92
Municipal	R\$ 480.000,00	R\$ 480.000,00	R\$ 480.000,00	R\$ 400.000,00	R\$ 1.840.000,00
Total/ano	R\$ 94.825.871,06	R\$ 99.605.712,81	R\$ 103.678.927,98	R\$ 52.396.753,54	R\$ 350.501.205,39

Fonte: resposta ao questionário aplicado na fase de pré-planejamento da auditoria. Elaboração própria.

2.2.5 Sistemas de informação

O HSJ utiliza o sistema Tasy (Phillips) para a gestão do fluxo de atendimento entre os diferentes setores do hospital e o gerenciamento dos leitos. Esse sistema possui integrações com outros softwares/aplicativos, tais como: Pacs, para disponibilizar e gerenciar arquivos de imagem de diagnóstico; Sistema de Informação Radiológica (RIS), para controlar os processos de radiologia desde o agendamento até o faturamento; e Laboratory Information System (LIS), para gerenciar dados e informações do laboratório de análises clínicas.

Para a gestão de pessoas, o HSJ utiliza o sistema Rubi (Sênior), que possui também integração com o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (eSocial).⁹

A gestão do planejamento estratégico, com seus respectivos indicadores e planos de ação, além de demais documentos e pesquisas, é feita por meio da suíte Strategic Adviser (SA) de softwares de governança corporativa desenvolvida pelo Interact Solutions.¹⁰

Além disso, o HSJ também faz uso do WeKnow, um software de Business Intelligence (BI) que integra os dados obtidos em diferentes sistemas e gera indicadores em tempo real, apresentando as informações em painéis que facilitam o monitoramento dos processos e a tomada de decisão (Gestão à Vista).

2.2.6 Equipamentos e insumos

De acordo com os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o HSJ dispõe dos equipamentos listados no Quadro 6.

Quadro 6 – Equipamentos do Hospital São José

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	1	1	SIM
Mamógrafo com Comando Simples	1	1	SIM
Mamógrafo com Estereotaxia	1	1	SIM

⁹ O eSocial foi instituído pelo Decreto nº 8373, de 11 de dezembro de 2014. O sistema permite que os empregadores comuniquem ao governo federal, de forma unificada, as informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS. Fonte: <http://sped.rfb.gov.br/pagina/show/1507>. Acesso em: 12 abr. 2023.

¹⁰ Mais informações sobre os módulos incluídos nesse pacote em: <https://www.interact.com.br/produto/>. Acesso em: 9 set. 2022.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

22

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	6	6	SIM
Raio X mais de 500mA	2	2	SIM
Raio X para Hemodinâmica	2	2	SIM
Tomógrafo Computadorizado	1	1	SIM
Ultrassom Convencional	3	2	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	4	4	SIM
Ultrassom Ecógrafo	9	9	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	6	6	SIM
Grupo Gerador	3	3	SIM
Usina de Oxigênio	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	6	5	SIM
Bomba de Infusão	275	275	SIM
Bomba/Balão Intra-Aórtico	3	3	SIM
Desfibrilador	33	32	SIM
Equipamento de Fototerapia	3	2	SIM
GRUPO GERADOR PORTATIL (ATE 7 KVA)	10	10	SIM
Incubadora	6	2	SIM
MONITOR MULTIPARAMETRO	10	10	SIM
Marcapasso Temporário	12	11	SIM
Monitor de ECG	175	175	SIM
Monitor de Pressão Invasivo	175	175	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasivo	175	175	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	72	71	SIM
Respirador/Ventilador	104	70	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiógrafo	27	24	SIM
Eletroencefalógrafo	3	3	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscópio Digestivo	19	19	SIM
Endoscópio das Vias Respiratórias	3	3	SIM
Endoscópio das Vias Urinarias	19	19	SIM
Laparoscópio/Vídeo	76	76	SIM
Microscópio Cirúrgico	5	4	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			



Equipamento	Existente	Em uso	SUS
Equipamento de Circulação Extracorpórea	3	3	SIM
Equipamento para Hemodiálise	50	43	SIM

Fonte: CNES. Acesso em: 5 set. 2022.

A gestão dos equipamentos e insumos se dá por meio do sistema Tasy (Philips), com ressurgimento (solicitações) automático.

A aquisição de equipamentos se dá de acordo com o PE e o Plano de Renovação Tecnológica e é realizada com base em estudos de viabilidade e incorporação de tecnologias. Para viabilizar essas aquisições, o hospital emprega recursos próprios e/ou obtidos por meio de parcerias/projetos com a iniciativa pública e privada, emendas parlamentares entre outros.

O hospital utiliza a plataforma Bionexo (plataforma de compras) e mantém contato direto com os fabricantes para obter valores melhores em relação ao mercado. Quando os valores estão muito fora da média, a direção discute a possibilidade de substituição do insumo por outro item equivalente mais viável.

A manutenção preventiva de equipamentos e o controle de insumos é realizado com apoio do Sistema Tasy. Além disso, a equipe de engenharia clínica do hospital testa diariamente os equipamentos nos seguintes horários: Centro Cirúrgico - 6h30; UTI/CME/Hemodinâmica - 7h30. Desse modo, o hospital evita ocorrências de cancelamento de cirurgias causadas por equipamentos danificados, indisponíveis ou obsoletos.

O controle dos equipamentos é realizado pelo setor de patrimônio. O hospital dispõe de almoxarifado para estocagem de materiais, e de Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para armazenamento de medicamentos.

Os insumos são identificados com código de barras, o que facilita o controle da validade, permite a rastreabilidade e a dispensação individualizada (por paciente) de medicamentos.

3 ACHADOS DE AUDITORIA

Esta seção apresenta os achados de auditoria associados às questões de auditoria elencadas para as diferentes dimensões analisadas, conforme já indicado no item 1.3 da Introdução. Os achados foram organizados em duas subseções: a 3.1 traz aos achados cujos macroprocessos envolvem boas práticas de acordo com o conceito citado na Introdução; já a 3.2 apresenta achados que se referem a práticas comuns, mas que precisam ser observados na busca pela eficiência.

No que se refere à estrutura, os achados são aqui registrados apresentando inicialmente a sintaxe do achado segundo modelo do TCU (2022), acompanhada de uma breve apresentação do tema. Em seguida são relatados os critérios relacionados, a constatação e a proposta de encaminhamento, quando couber.

3.1 Boas práticas

3.1.1 Achado 1: domínio dos processos por parte da gestão e colaboradores

Devido à qualificação do corpo diretor, à cultura organizacional participativa e humanizada, ocorreu pleno domínio dos processos por parte da gestão e equipes técnicas, impactando na gestão eficiente dos leitos do hospital.



O HSJ apresenta uma cultura organizacional que valoriza e investe na qualificação dos profissionais que atuam na instituição, o que favorece o domínio dos processos e permite à gestão uma definição clara de metas e indicadores de qualidade, impactando na melhoria da gestão dos leitos do hospital com atendimento humanizado.

O principal fator que contribuiu para que haja esse domínio dos processos é o fato de o hospital promover uma cultura organizacional alicerçada na humanização – que encontra respaldo na visão estratégica do hospital –, na gestão participativa e no trabalho em equipe, com todos os envolvidos cientes de que os processos devem ser executados de forma integrada para o alcance de bons resultados.

Critérios

O HSJ é a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que presta serviço em prol da sociedade recebendo recursos das três esferas da Federação. Ao gerenciar recursos públicos, consequentemente, a instituição assume responsabilidades em relação à execução de políticas públicas de saúde. Nesse sentido, cabe trazer o conceito de governança pública, acerca da qual versa o Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional:

Art. 2º Para os efeitos do disposto neste Decreto, considera-se:
I - Governança pública - conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Em seu art. 5º, o Decreto nº 9.203/2017 discorre acerca da integridade e da estratégia como mecanismos para a governança, que envolve a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido.

Ainda, o parágrafo único do art. 6º estabelece que as práticas de governança devem contemplar, no mínimo: *i)* formas de acompanhamento de resultados; *ii)* soluções para melhoria do desempenho das organizações; e *iii)* instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências. Assim, as ferramentas de governança devem ser utilizadas para criar o contexto organizacional e o alinhamento necessário à entrega dos resultados esperados para a sociedade. Entre os elementos que dão suporte a essa capacidade organizacional está o de recursos humanos.

O Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), dá ênfase, no art. 21, à formação de competências específicas dos profissionais que ocupam cargos de direção e gerência, confirmando a importância e complexidade da gestão hospitalar. Já o art. 8º, inciso XII, do Anexo 2 da PNHOSP, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, determina que os hospitais devem promover a educação permanente dos profissionais que ali atuam.

Constatação

Devido à boa qualificação do corpo diretor, à cultura organizacional participativa e humanizada, os profissionais do HSJ que atuam na direção e em cargos de chefia possuem um domínio consistente dos processos gerenciais, conforme orientam o art. 21 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, e o art. 6º do Decreto nº 9.203/2017. Tal situação ficou evidenciada por meio das entrevistas realizadas durante a execução deste trabalho, pela documentação enviada pelo hospital nos CAs, bem como na observação direta dos principais macroprocessos voltados para o giro de leitos do HSJ, confirmando a adesão de todos os envolvidos ao planejamento estratégico e aos processos internos do



hospital, desde a direção até os coordenadores setoriais (Emergência, Centro Cirúrgico, UTI, Enfermarias, Qualidade, Ouvidoria, Financeiro, Compras e de Manutenção). Com a adoção de um modelo de gestão participativa e boa integração entre os setores, esse aspecto permitiu que o hospital fosse capaz de alcançar uma definição clara de metas e indicadores voltados para qualidade, impactando na melhoria da gestão dos leitos do hospital.

O organograma do HSJ é um reflexo dessa cultura organizacional da instituição, na medida em que setores estratégicos estão diretamente ligados à Direção-Geral: Direção do Corpo Clínico, Controladoria, Assessoria da Diretoria, Assessoria Jurídica, Qualidade, Comissões/CCIH, Ouvidoria e Gestão de Pessoas e Setor de Qualidade (Figura 5). Destaca-se este último, que tem o papel de reforçar no hospital a cultura da colaboração, da humanização e do comprometimento entre os demais setores, atuando de forma relevante no processo de acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), cujo método de avaliação e certificação busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Atualmente, o HSJ encontra-se no Nível 3 – Acreditado com excelência, fato que impulsiona significativamente o aprimoramento dos processos internos de todos os setores, abrangendo aspectos como qualidade, segurança, gestão integrada e, sobretudo, instituindo uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Figura 5 – Destaque do organograma da Direção-Geral do HSJ



Fonte: Hospital São José.

Da composição do HSJ

Conforme mencionado anteriormente, no HSJ a gestão participativa é presente, com articulação constante da Direção-Geral com os dirigentes dos demais setores, em especial o administrativo, o financeiro, o técnico-administrativo e o de qualidade. Tal organização é reflexo do artigo 8º do Regulamento Interno, atualizado em dezembro de 2015, que versa sobre a composição do hospital (grifo nosso):

- Da Mantenedora (Diretora nomeada pela Sociedade Mantenedora a qual será representante, no Hospital, dos órgãos dirigentes daquela Sociedade)
- Da Diretoria do Hospital (Vice-Diretora, duas representantes da Diretoria da Sociedade mantenedora, *Diretor Administrativo, Diretor Financeiro e Diretor Técnico*).
- Das Assessorias (Conselho Técnico Administrativo – CTA, composto por a Diretora do Hospital, *Diretor Técnico, Diretor Administrativo, Diretor Financeiro*, duas representantes da Diretoria da Sociedade mantenedora, e um membro do Conselho Provincial)



- d) Do Corpo Clínico (membros efetivos, membros em tempo probatório, Residentes, Honorários, Consultores e contratados, todos estes sob a direção do Direto Clínico)
e) Do Corpo Técnico-Administrativo (Secretaria, *controladoria*, Assessoria Jurídica, Relações Institucionais, *Ouvidoria*, Pastoral da Saúde e *Qualidade*).

Ressalta-se a atuação do diretor administrativo, que tem a atribuição de planejar, coordenar e desenvolver sistemas e métodos administrativos em geral, visando uniformizar, racionalizar e aumentar a eficácia das atividades funcionais do hospital, interferindo diretamente na questão do giro de leitos.

Conforme Fajardo Ortiz (1972, p.10), "O êxito da assistência depende, primordialmente, da forma como é gerido o hospital." Ainda, segundo Malik e Teles (2001), "no Brasil, a maioria dos dirigentes nos hospitais são médicos e enfermeiras que aprenderam a coordenar o hospital no dia-a-dia. Os autores afirmam que existe uma carência de cursos de administração para a área de saúde."

Diante disto, a formação e qualificação do diretor administrativo é importante para que este possa cumprir com suas atribuições. Nesse sentido, o art. 70 do Regulamento Interno do HSJ estabelece que, para ocupar o cargo, o profissional deve ser necessariamente bacharel em Administração, com especialização em Administração Hospitalar.

Após entrevistar o diretor administrativo e analisar os macroprocessos e fluxos dos principais setores, observa-se que ele possui conhecimento compatível e experiência sobre cada processo interno do hospital. De acordo com o Regulamento Interno, ele possui a atribuição de promover, por meio dos mais diversos meios, a integração e o relacionamento de toda comunidade hospitalar, situação que se comprovou por meio de entrevistas com os coordenadores dos demais setores, ratificando a cultura organizacional voltada para a humanização e integração dos colaboradores.

Acompanhamento dos indicadores e resultados das metas

O hospital utiliza sistemas informatizados com o intuito de integrar e monitorar todos os processos internos, os quais são determinantes para que a gestão possa acompanhar em tempo real os principais processos relacionados ao giro de leitos.

Desde 2003 o planejamento estratégico foi instituído no HSJ, com adesão gradativa dos colaboradores à medida que o processo de planejamento foi sendo aperfeiçoado. A partir das metas e indicadores constantes no PE, o monitoramento e a avaliação dos resultados eram realizados com apoio de sistemas informatizados, com detalhamento do desempenho de cada setor e cada profissional ali atuante.

A direção monitora constantemente os indicadores do hospital e os últimos resultados foram registrados no Relatório de Resultados – ciclo 2018/2022. Segundo informações colhidas durante as entrevistas realizadas com a direção do hospital e com os coordenadores da Emergência, do Centro Cirúrgico e da UTI, são realizadas reuniões entre estes setores para discutir os resultados e resolver problemas relacionados às falhas ocorridas no período. Essas reuniões, denominadas Reuniões de Gestão Participativa (RGP), ocorrem desde a implantação do primeiro PE e são realizadas mensalmente (Figura 6).

No corrente ano, foram realizadas até o momento nove RGPs com os seguintes setores: Controladoria, Faturamento, Hotelaria, RH, Auditoria, Centro de Ensino, Centro de Pesquisa, Telemarketing, Qualidade, Direção, Segurança do Trabalho, Banco de Sangue, Transplantes, CCIH, Quimioterapia, Radiologia, UTI Cardiológica, NIR, Gerência de Enfermagem, Enfermarias, Farmácia e Lactário.

Ao cotejar os relatórios de gestão participativa produzidos pelo HSJ em 2022 e as documentações encaminhadas pela instituição, entre as quais as atas das referidas reuniões, verificou-se que foram abordadas questões relativas a custos, metas, indicadores e planos de ação, e elencadas as pendências direcionadas aos responsáveis pelos respectivos setores. Ao final das reuniões são definidos e registrados os encaminhamentos para sanar os problemas relatados, com o respectivo prazo e responsável pela execução, facilitando assim a tomada de decisões por parte dos gestores.



Figura 6 – Cronograma de RGP (2022)

		AGENDA DO DIA	CONVIDADOS	
		QUARTA-FEIRA - ABRIL		
<p>AGENDA 2022</p> <p>Maio: 25 e 26/05 Junho: 22 e 23/06 Julho: 27 e 28/07 Agosto: 24 e 25/08 Setembro: 28 e 29/09 Outubro: 27 e 28/10 Novembro: 24 e 25/11 Dezembro: 22 e 23/12</p> <p>* Local: Direção Geral * Periodicidade: Mensal</p>	<p>OBJETIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ter disciplina em monitorar e apresentar os indicadores de desempenho, bem como a Análise Crítica; <input type="checkbox"/> Identificar as causas do não cumprimento de metas e propor ações corretivas e preventivas como solução dos problemas identificados; <input type="checkbox"/> Alinhar/validar as ações operacionais/gerenciais com os objetivos estratégicos e as metas definidas no Planejamento Estratégico da instituição. 			
	08:20 - Abertura com a Controladoria		Gerentes e Controladoria	
	08:50 - Marketing		Gerentes e Controladoria	
	09:10 - Gerencia de Enfermagem		Gerentes e Controladoria	
	09:30 - Gerencia de Hotelaria		Gerentes e Controladoria	
	09:50 - Gerência de Suprimentos		Gerentes e Controladoria	
	10:10 - Gerência de TI		Gerentes e Controladoria	
	10:30 - Gerência de Qualidade		Gerentes e Controladoria	
	10:50 - Gerência SADT		Gerentes e Controladoria	
	11:10 - Serv. Médicos / CCIH		Gerentes e Controladoria	
			QUINTA-FEIRA	
	13:30 - Centro de Ensino		Gerentes e Controladoria	
13:50 - Centro de Pesquisa		Gerentes e Controladoria		
14:20 - Captação de Recursos / Telemarketing		Gerentes e Controladoria		
14:50 - Gerencia de Faturamento		Gerentes e Controladoria		
15:20 - Gerencia de Manutenção		Gerentes e Controladoria		
15:50 - Gerência de RH		Gerentes e Controladoria		
16:20 - Gerencia Comercial		Gerentes e Controladoria		
16:50 - Gerencia Financeira		Gerentes e Controladoria		
17:00 - RGP Controladoria e Direção		Diretoria e Controladoria		

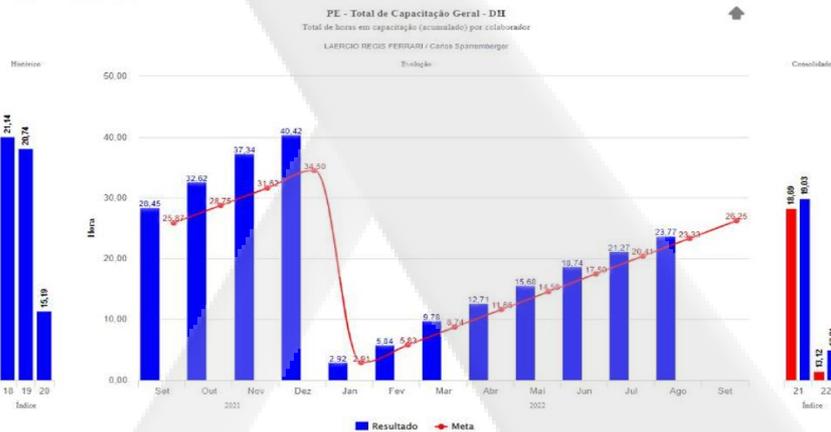
Fonte: Hospital São José.

Acolhimento dos colaboradores

Conforme verificado por meio da documentação enviada em resposta ao Comunicado de Auditoria nº 2022.19279-2 (SEI 0029438202), o tempo de serviço dos colaboradores em cargos de liderança na instituição é de 10 anos em média. Nas entrevistas realizadas durante a visita *in loco*, ao responder à pergunta "Na sua percepção, o que estimula a permanência dos profissionais no hospital?", 100% dos entrevistados declararam que o acolhimento pela instituição e a possibilidade de crescimento profissional são os principais aspectos que incentivam a fixação dos colaboradores no hospital.

Por meio da relação de cursos e eventos realizados nos últimos 4 anos, voltados tanto para a assistência quanto para a administração, bem como do resultado do indicador de capacitação apresentado no Relatório dos Resultados do PE 2018-2022, foi possível verificar que o hospital investe satisfatoriamente na capacitação dos profissionais de suas diferentes áreas. Em 2018, estes participaram de 76 eventos de capacitação; em 2019, 87; em 2020, 53; em 2021, 85; e em 2022, até o momento desta auditoria 39. O gráfico da Figura 7, com o total de horas de capacitação por colaborador, permite observar que o desempenho do hospital nesse quesito tem se mantido acima da meta em 2021 e 2022.

Figura 7 – Total de horas em capacitações por colaborador (2018-ago. 2022)¹¹



Fonte: Interact, Hospital São José.

O que torna este achado uma boa prática é:

- *Articulação constante da Direção-Geral com os dirigentes dos demais setores;*
- *Definição clara de metas e indicadores voltados para qualidade;*
- *Sistemas informatizados que permitem o acompanhamento em tempo real dos principais processos relacionados ao giro de leitos;*
- *Realização de Reuniões de Gestão Participativa (RGP) entre os setores para discutir os resultados dos indicadores e resolver problemas;*
- *Cultura da colaboração, humanização e comprometimento entre os setores.*

3.1.2 Achado 2: contratação de equipes médicas vinculada a metas

Devido à remuneração de equipes de neurologia e ortopedia associada ao cumprimento de metas voltadas para a eficiência, ocorreu maior comprometimento das equipes com a resolutividade da assistência, o que levou à redução do tempo de permanência, impactando em uma maior eficiência no giro de leitos relacionados.

¹¹ Todos os gráficos com resultados de indicadores apresentados neste relatório foram fornecidos pelo HSJ, tendo sido extraídos do Interact. Observe-se que, em geral, os gráficos apresentam os dados consolidados relativos ao período de 2018 até o primeiro semestre de 2022, dando destaque na área central do gráfico a uma análise mês a mês no período de um ano até a última mensuração.



A utilização de contratação por resultados na área da saúde é prática antiga que ocorre desde final da década de 1990, época em que a gestão por resultados ganhava espaço na administração pública como estratégia de organização para se alcançar os objetivos pretendidos no planejamento estratégico. As vantagens trazidas por essa modalidade implicam principalmente maior flexibilização administrativa para gerenciamento de recursos humanos e estabelecimento claro de metas.

Com base na análise de vários artigos e relatórios de organismos internacionais sobre o uso de arranjos contratuais e incentivos profissionais nos sistemas e serviços de saúde, Ditterich, Moysés e Moysés (2012) concluem que estabelecer objetivos claros e atingíveis é o caminho para confecção de um contrato exequível e que possa ser monitorado pela gestão. O maior desafio nesse sentido é justamente mensurar a qualidade da entrega de serviços à sociedade.

Dessa maneira a contratação de profissionais mediante um contrato que possua regras claras, objetivas e realistas, associadas à definição de metas de qualidade, contribui para que haja um maior controle dos processos e colabora para aumentar a resolutividade da assistência, abreviando o tempo de internação e favorecendo o giro de leitos. Nesse sentido, trata-se de uma iniciativa que pode servir como modelo para a gestão pública no que se refere ao planejamento, à gestão e à avaliação de resultados na entrega de valor em saúde para a sociedade.

Critérios

O Decreto nº 9.203/2017, no inciso III do art. 4º, prevê, entre as diretrizes da governança pública, a necessidade de “monitorar o desempenho e avaliar a concepção, a implementação e os resultados das políticas e das ações prioritárias para assegurar que as diretrizes estratégicas sejam observadas”. Para tanto, o art. 6º do referido Decreto estabelece, ainda, a necessidade de se implementar e manter mecanismos, instâncias e práticas de governança alinhadas às suas diretrizes, tais como: formas de acompanhamento de resultados; soluções para melhoria do desempenho das organizações; e instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências.

Por sua vez, o Capítulo III do Anexo 2 da PNHOSP apresenta as responsabilidades dos hospitais em relação à contratualização no âmbito do SUS. No que se refere a este achado, as competências mais relevantes atribuídas aos hospitais e que estão intimamente ligadas ao desempenho dos profissionais médicos referem-se a: garantir o cumprimento das metas e dos compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência, inclusive frente ao corpo clínico; assegurar a alta hospitalar responsável; acompanhar os resultados internos visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; e avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos.

Constatação

Observou-se um maior comprometimento das equipes de neurologia e ortopedia com a resolutividade da assistência prestada aos pacientes, o que demonstra que as disposições do Capítulo III do Anexo 2 da PNHOSP vêm sendo observadas pelo hospital. Essa situação pôde ser verificada observando-se a evolução dos indicadores de giro de leitos nos relatórios emitidos pelo HSJ e enviados para a equipe de auditoria no CA e confirmado nas entrevistas realizadas *in loco*.

Esse comprometimento levou a uma redução na média de permanência, o que impactou positivamente no giro de leitos. No período de realização da auditoria, a média de permanência era 4,47, valor



significativamente menor que os anos anteriores: em 2021 foi de 5,35; e em 2020 foi de 5,38. Esse desempenho mostrou-se adequado considerando o valor de referência da ANS, que recomenda uma média de permanência ≤ 5 dias. Os resultados foram verificados por meio do Relatório de resultados do PE, apresentado pelo HSJ em resposta ao CA.

No HSJ, diferentemente do restante dos profissionais que atuam na instituição, os médicos são contratados como pessoa jurídica e a relação de trabalho se dá por meio de um contrato. Assim, para que sejam alcançados os resultados esperados em relação à gestão de leitos e à contratualização com a gestão pública local, em 2022, o hospital passou a adotar um modelo de contrato por desempenho em que remuneração de equipes de neurologia e ortopedia é vinculada ao cumprimento de metas. Essa medida apresenta conformidade com os arts. 4º e 6º do Decreto nº 9.203/2017 e foi constatada por meio dos contratos firmados com os respectivos profissionais, apresentados por ocasião da auditoria.

A opção de utilizar contratos baseados em desempenho é um reflexo do comprometimento do hospital com a entrega de um serviço focado na qualidade, humanização e eficiência, favorecendo o aumento no giro de leitos com assertividade e segurança a fim de reduzir custos. A decisão de adotar esse modelo de contrato com os profissionais médicos obedeceu a uma cronologia de implantação, conforme detalhado a seguir.

- **Estudo prévio:**

A Controladoria do HSJ realizou um levantamento no Tabwin para verificar a média de permanência nos hospitais de SC relativa ao subgrupo de procedimentos "Cirurgia do sistema osteomuscular" (código 0408) no primeiro trimestre de 2022. Os resultados obtidos demonstraram que outros hospitais de porte semelhante ao do HSJ apresentavam média de permanência menor. Por exemplo, o Hospital Salvatoriano Divino Salvador tinha uma média de permanência de 1,6, enquanto o HSJ tinha uma média de permanência de 2,8 para o mesmo tipo de procedimento. A partir deste estudo comparativo, por meio de *benchmarking*, o HSJ investigou as razões que determinavam o menor tempo de permanência em outros estabelecimentos. Chegou-se assim à conclusão acerca da necessidade de se alterar a forma de contratação, até então baseada exclusivamente em produção, para uma forma em que a remuneração fosse pautada em metas de qualidade e maior entrega de valor para sociedade.

- **Conscientização da equipe médica:**

Para que ocorresse a quebra do paradigma, era necessário iniciar um trabalho de conscientização dos envolvidos. Assim, a equipe médica recebeu esclarecimentos para compreender o problema detectado e adotar uma mudança de cultura organizacional, com soluções estabelecidas de maneira participativa e de acordo com metas viáveis e realistas, levando em consideração a humanização e qualificação do trabalho.

- **Implantação:**

O novo contrato substituiu a dinâmica de remuneração fixa em função de horas trabalhadas e atendimentos realizados por novos critérios de acompanhamento que consideram tanto a agilidade de atendimento quanto a assertividade e resolutividade em cada caso.

Como exemplo, os termos do contrato com os profissionais de ortopedia foram assim estabelecidos:

- 1) 90% da remuneração pelo plantão de 12 horas têm como base a produção mínima de atendimento, conforme acordado entre a controladoria e as equipes (definição participativa de metas realistas) e, caso o mínimo acordado não ocorra, a remuneração será proporcional à quantidade total atendida.



- 2) 10% da remuneração do plantão ficam vinculados ao cumprimento de metas qualitativas, às quais são atribuídas pontuações (Figura 8). Alcançando a pontuação máxima, ou seja, 100% da meta qualitativa, tem-se 10% da remuneração em sua integralidade; caso contrário, são aplicados deflatores proporcionais.

Figura 8 – Metas qualitativas utilizadas no contrato com a ortopedia

b) Das Metas Qualitativas (Peso 10%):

Descrição e Margens (%)	P
Visita e evolução diária pelo preceptor em 100% dos pacientes. O Plano terapêutico e prescrições, podem ser executadas pelo Médico Residente sob supervisão do preceptor. 5 pontos margem de 2%	5
Taxa de cancelamento de cirurgias injustificadas menor que 5% valendo 5 pontos	5
Tempo de espera máximo consulta de Urgência e emergência 1 hora 5 pontos margem de 2%	5
Preenchimento da previsão de alta, do Plano terapêutico e da Nota de Alta em 100% dos pacientes conforme protocolo	5
Cumprimento da previsão de alta em 100% dos pacientes no SUS (Margem de 15%)	5

A pontuação máxima (25 pontos) representará 100% da meta qualitativa, equivalente à 10%. todavia a pontuação de 20 pontos representará peso 8% e a pontuação de 15 pontos representará 6%, e assim proporcionalmente.

Fonte: Hospital São José.

- 3) Os indicadores previstos nos contratos com a ortopedia e neurocirurgia são controlados em tempo real por meio do sistema “We Know”, e são individualizados por equipes e por médicos. Os relatórios de monitoramento são apresentados à equipe em reunião mensal com a apresentação do resultado dos indicadores. A cada trimestre ocorre uma reunião das equipes com a direção do hospital para apresentar um demonstrativo acerca do cumprimento das metas.

Com base nos documentos e relatórios retirados do sistema Interact e apresentados pelo HSJ, verificou-se que tem havido de fato uma evolução no desempenho dos profissionais da neurologia e ortopedia. A média de permanência reduziu significativamente, o que também gerou uma redução nos custos considerável. Verificou-se, portanto, que, além de contribuir para aumentar o giro de leitos e gerar economia, essa medida tem contribuído para que as metas contratualizadas pelo hospital sejam alcançadas.

O que torna este achado uma boa prática é:

- Metas estabelecidas em contrato, que são monitoradas pelo sistema em tempo real;
- Maior comprometimento da equipe com a eficiência e, conseqüentemente, com a entrega de um serviço de maior qualidade para a sociedade;
- Diminuição na média de permanência de ocupação do leito com diminuição de custos.



3.1.3 Achado 3: funcionamento do NIR e o giro de leitos

O NIR funciona 24h por meio de processos informatizados e integrados, monitorando em tempo real todas as solicitações de leitos, o que permite agilidade no atendimento evitando desperdícios e reduzindo o tempo de permanência no hospital.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para fazer frente ao avanço dos gastos devido ao aumento crescente de demanda e de consumo de tecnologias, urge a criação de mecanismos de eficiência no setor Saúde, que possam controlar o avanço dos gastos, de forma a considerar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados com base na premissa da universalidade e do direito do acesso à saúde.

Diante do nível de complexidade que é gerir uma unidade hospitalar e do cenário atual de escassez de recursos, para que os hospitais reduzam os custos e promovam a racionalização e uso da capacidade instalada, é necessário que invistam na gestão dos leitos, sendo estes os recursos mais caros de um hospital.

O *Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação*, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), define o NIR como uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar. Desta forma, o NIR otimiza a utilização dos leitos hospitalares, para redução da taxa de ocupação e do tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela rede de atenção à saúde (RAS). Além disso, o NIR possui importantes atribuições, entre elas:

- promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e do monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado no âmbito intra-hospitalar;
- aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares, buscando um atendimento mais adequado às suas necessidades;
- apoiar as equipes na definição de critérios para internação e alta;
- fornecer subsídios às coordenações assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente.

Critérios

O principal normativo relacionado a este achado é a PNHOSP, instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 2/2017. O inciso IV do art. 6º da PNHOSP define e recomenda a criação do NIR nos hospitais, de forma a: *i)* realizar a interface com as centrais de regulação; *ii)* delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS; *iii)* permitir o acesso de forma organizada e por meio do estabelecimento de critérios de gravidade; *iv)* disponibilizar o acesso ambulatorial, hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e *v)* permitir a busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/terapêutico fora do próprio estabelecimento para os pacientes que requeiram serviços não disponíveis, conforme pactuação na RAS.

O *Manual de implantação e implementação do NIR*, publicado pelo MS (BRASIL, 2017), preconiza que o NIR seja ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e que, em função de seu papel, seja



legitimado dentro da instituição. O manual recomenda ainda que o NIR funcione 24 horas (sete dias por semana) com composição mínima dos seguintes profissionais: médico(a) horizontal ou diarista, enfermeiro(a) diarista e assistente social.

Utilizou-se também como critério para este achado o Método Lean ou Lean Healthcare, metodologia empregada inicialmente na área da produção e que se estendeu para a área da saúde devido ao sucesso obtido. Esse método norteia a aplicação de ideias “enxutas” em instalações de saúde para minimizar o desperdício em cada processo, procedimento e tarefa por meio de um sistema contínuo de melhoria. Desse modo, há uma busca contínua por aperfeiçoar o fluxo do paciente e otimizar o tempo no ambiente clínico e hospitalar.

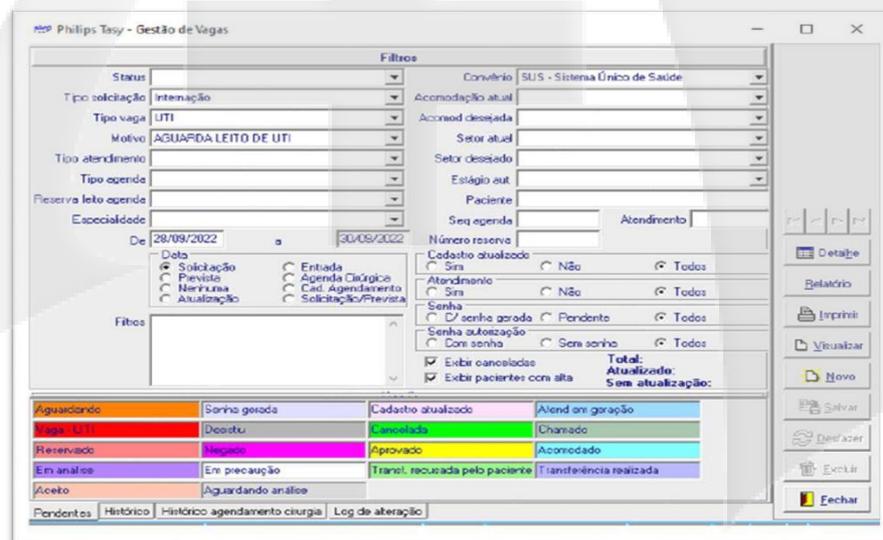
Desde 2017, o método Lean é difundido pelo MS entre os hospitais que prestam serviços ao SUS por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi/SUS), executado em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, visando solucionar o problema de superlotação e desperdício de recursos nos hospitais que prestam serviços ao SUS. De forma determinante, os estudos e resultados decorrentes do Lean trouxeram maior autonomia ao setor do NIR nos hospitais, o qual passou a ser o responsável pelo manejo dos leitos dentro das instituições. Dessa forma, os conceitos e princípios desse método foram utilizados para apoiar a avaliação do desempenho do NIR, que é objeto deste achado.

Por fim, para subsidiar as análises dos documentos e processos do NIR no HSJ, utilizou-se o Acórdão nº 1108/2020 – TCU Plenário, que aborda indicadores específicos para o giro de leitos, os quais serão tratados a seguir.

Constatação

No HSJ, o gerenciamento dos leitos funciona 24 horas (7 dias por semana), com processos informatizados e integrados entre todos os setores por meio do sistema de gestão hospitalar Tasy (Figura 9).

Figura 9 – Interface do sistema de gestão de vagas



Fonte: Tasy, Hospital São José.



Assim que recebe a solicitação de leito, a equipe do NIR tem acesso ao prontuário eletrônico do paciente, bem como às informações necessárias para priorização das situações, dentre as quais:

- verificação da especialidade médica, nome e gênero do paciente bem como a patologia;
- necessidades individuais do paciente, como uso de vácuo, oxigênio, ou de isolamento;
- evolução da enfermagem solicitando leito;
- laudo da autorização de internação hospitalar (AIH);
- solicitação do leito por meio do sistema utilizado no HSJ.

O NIR monitora em tempo real todas as solicitações de leitos, tanto as internas, provenientes do Pronto Atendimento e do Centro Cirúrgico (cirurgias eletivas), quanto as externas, que chegam por meio do Sisreg. As informações da evolução do paciente, o plano terapêutico e o laudo de AIH são analisados pela equipe com o objetivo de estabelecer prioridades para a ocupação.

Por sua vez, os setores envolvidos acompanham em tela os encaminhamentos até a chegada do paciente no setor. Durante esse processo, as equipes levam em conta diversos fatores que influenciam no tempo do giro de leito e são monitorados por meio de indicadores específicos, como intervalo de substituição, taxa de ocupação, média de permanência, tempo para efetivação de internação, tempo para higienização do leito, entre outros. Para cada um desses indicadores são definidas metas no PE do HSJ. Os resultados são monitorados mês a mês e discutidos em reuniões trimestrais entre os setores em reuniões de gestão participativa.

O HSJ estabeleceu contratos internos de gestão (SLAs) para a prestação de serviços entre os setores do hospital, que se mostraram uma ferramenta essencial para melhorar a regulação e o giro de leitos, uma vez que estabelecem tempos máximos de atendimento e de disponibilização dos leitos. Assim, o contrato interno entre o NIR e o PS define o tempo máximo de 60 minutos para que o NIR disponibilize leito livre na internação e determina que o PS encaminhe o paciente em até 120 minutos ao leito ofertado (Figura 10). Dessa maneira, estes setores gerenciam de forma rápida a alta demanda de leitos para pacientes provenientes do PS, registrando no sistema as situações que extrapolam o tempo máximo permitido, com posterior justificativa e ajuste por parte da coordenação responsável.

Figura 10 – Trecho retirado do SLA entre o NIR e o PS (2022)

<p>➤ Oferta de leito de internação para pacientes do Pronto Socorro, no prazo máximo de 60 minutos após o leito ser disponibilizado pela unidade de internação.</p> <p>O setor de Urgência e Emergência compromete-se com o encaminhamento do paciente ao leito disponibilizado pelo NIR no menor tempo possível, ficando inicialmente instituído o tempo máximo de 120 minutos (dada a necessidade de estabilização do paciente para a unidade de internação).</p>	
Pré-Requisito (Do fornecedor)	<ol style="list-style-type: none">1. Leito disponível nas unidades de internações;2. Solicitação do leito no Sistema Tasy;3. Evolução da enfermagem de solicitação de leito, contendo características ou especificações necessárias, quando aplicável;4. Plano terapêutico realizado;5. Laudo AIH (Autorização de Internação Hospitalar).
Indicadores de Controle	<ol style="list-style-type: none">1. Tempo entre solicitação do leito x aprovação do leito pelo NIR - CATE 3910.2. Tempo de encaminhamento do paciente para setor de internação - Relatório CATE 3910.

Fonte: Hospital São José.



Evidenciou-se, assim, a existência de um alinhamento entre os coordenadores dos setores envolvidos, que propicia um trabalho integrado e envolve melhorias no cuidado do paciente, além de aumentar a rotatividade dos leitos no HSJ.

Da composição do NIR

O NIR do HSJ foi criado em novembro de 2019 por meio da Portaria nº 035/2019/HSJ, e foi renovado pela Portaria nº 33/2021/HSJ datada de novembro de 2021. De acordo com o Protocolo de Gerenciamento dos Leitos do hospital, “o Núcleo de Regulação de leitos funciona 24 horas e é coordenado por uma enfermeira, possui 01 médico, 01 assistente social e 09 auxiliares administrativos, sendo 03 responsáveis pelo Sisreg”.

Contudo, verificou-se que o NIR não consta no organograma geral do HSJ, tampouco no Regulamento Interno do hospital, que, em seu título IV, versa sobre a admissão e alta de pacientes. Mas para a agilidade na tomada de decisões a respeito de problemas relacionados ao giro de leitos, o NIR precisa ter uma boa articulação com a direção do hospital. Assim, a ausência do NIR no organograma do hospital é um fator de risco. Observou-se que no HSJ isso só não tem trazido prejuízos porque, no momento, o médico que compõe o NIR é também diretor técnico e faz parte do corpo diretivo do hospital.

Apesar de o Protocolo de Gerenciamento dos Leitos citar o assistente social como componente do NIR, a portaria de instituição do NIR não inclui esse profissional em sua composição. Nas entrevistas realizadas e nos relatórios emitidos pelo setor, verificou-se que de fato este profissional não se encontra lotado no NIR.

A atuação do profissional de serviço social no NIR tem contribuição significativa para viabilizar a alta médica e melhorar o giro de leitos, visto que o assistente social promove o diálogo com os usuários e familiares, bem como as demais instâncias da assistência (atenção básica, leitos de retaguarda etc.) para agilizar as altas e as transferências. Além disso, o papel do assistente social é essencial para a humanização e integralidade da assistência, o que influencia diretamente na qualidade do atendimento.

Em que pese a divergência documental encontrada acerca da lotação do assistente social no NIR, na visita *in loco*, foi possível verificar que o NIR do HSJ possui uma equipe coesa e os assistentes sociais do HSJ trabalham perfeitamente integrados como o NIR e se fazem presentes sempre que requisitados.

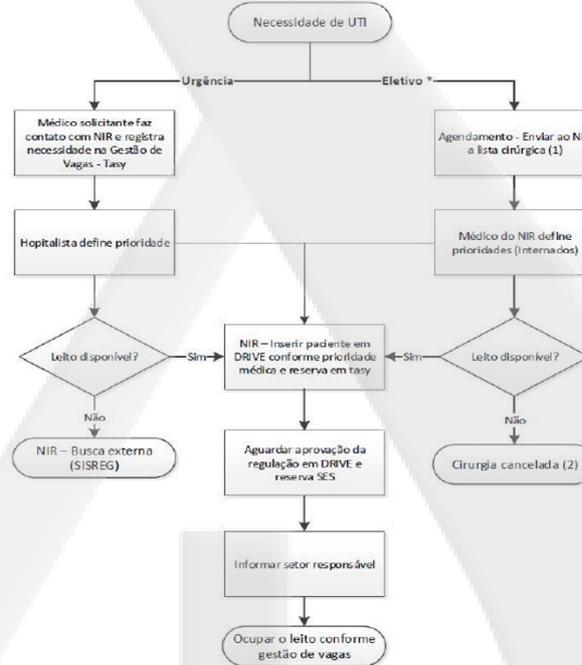
Diante dos fatos apontados em relação ao NIR, ainda que não tenham sido verificados prejuízos para o seu funcionamento, a situação encontrada está em desacordo com as orientações do *Manual de implantação e implementação do NIR* (BRASIL, 2017).

Das rotinas do NIR no HSJ

Segundo o manual do NIR (BRASIL, 2017, p. 14), “é imperativo que se desenvolva ao menos um protocolo de internação que contemple a transição de cuidados do setor da Emergência para as demais unidades.”

Nesse sentido, para formalizar as práticas relacionadas ao giro de leitos, o HSJ criou o “Protocolo de Gerenciamento dos Leitos”, que se encontra em sua 45ª versão e especifica passo a passo todos os tipos de atendimentos, bem como o processo de busca de leitos. A Figura 11 ilustra a atuação do NIR no HSJ trazendo como exemplo o fluxograma de gestão da solicitação de leitos de UTI.

Figura 11 – Fluxograma do NIR para gestão da solicitação de leitos de UTI



Fonte: Hospital São José.

Os fluxogramas apresentam em linhas gerais a forma de organização e os procedimentos adotados no processo de gestão de leitos de UTI em função de solicitações oriundas da Emergência e os eletivos. Mas, para além dos fluxogramas, há diversos aspectos que precisam ser bem administrados pela equipe do NIR na avaliação dos pré-requisitos necessários na admissão do paciente, tais como:

- escolha do tipo de acesso ao leito segundo os conceitos de rotina, prioridade e urgência, encaminhando o paciente para regulação ou fila de espera;
- direcionamento para o leito adequado em cada caso:
 - leitos clínicos: 123 leitos SUS, sendo 102 para clínica geral, 15 para oncologia e 6 para aids;
 - leitos cirúrgicos: 73 leitos SUS, sendo 22 para cardiologia, 36 para cirurgia geral, 1 para endocrinologia, 4 para neurocirurgia e 10 para ortopedia-traumatologia;
 - leitos pediátricos: 12 leitos SUS;
 - leitos UTI: 30 leitos SUS;
 - leitos das unidades de internação: o HSJ possui 11 unidades de internação SUS para especialidades ou patologias específicas;
 - leitos de retaguarda: o HSJ possui internamente 56 leitos de retaguarda, quantitativamente distribuídos pelas clínicas de internação, com permanência máxima de 10 dias, excluindo os pacientes provenientes do centro cirúrgico, os oncológicos ou aqueles sem confirmação de diagnóstico;



- articulação com processos externos para a gestão do leito por meio do Sisreg que envolvem procedimentos 100 % regulados, procedimentos pendentes na lista de espera ou procedimentos aprovados;
- gerenciamento dos casos que demandam transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição;
- gerenciamento das internações prolongadas, acionando as equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio necessárias;
- gerenciamento da higienização dos leitos.

Durante a visita *in loco*, a equipe pôde observar como funciona o sistema utilizado para a gestão de vagas do hospital e, de forma sintética, encontrou a seguinte rotina:

1) Caso o paciente chegue via Emergência:

- ⇒ A enfermagem do PS faz a evolução com as necessidades específicas do paciente e solicita leito no sistema de gestão de vagas.
- ⇒ Automaticamente a solicitação aparece em tela (Tasy) aos assistentes do NIR, que verificam a disponibilidade de leito em UTI e, caso não haja, procuram nos leitos clínicos, anotando no sistema todos que estiverem vagos;
- ⇒ O médico do NIR define as prioridades conforme laudos;
- ⇒ Ao receber a informação de leito livre, os assistentes incluem os pacientes prioritários no Sisreg para aprovação da regulação estadual, e efetuam reserva da vaga no sistema Tasy;
- ⇒ Após aprovação da regulação estadual, o NIR informa ao setor responsável via sistema para que preparem a chegada do paciente;
- ⇒ Caso não haja leito livre no hospital, o NIR realiza busca externa via Sisreg.

2) Caso o paciente chegue via cirurgia eletiva e precise de leito UTI:

- ⇒ O paciente é recepcionado pela enfermeira de agendamentos na entrada do HSJ, a qual repassa as informações ao NIR, via sistema, acompanhadas do laudo médico já pronto;
- ⇒ Os leitos de UTI destinados às cirurgias eletivas serão reservados com um dia de antecedência e, assim que estiverem vagos, serão liberados até às 22 horas do dia anterior ao da cirurgia para reserva no sistema;
- ⇒ O NIR efetua a reserva no Sisreg com os dados do paciente e aguarda a aprovação da regulação estadual;
- ⇒ No Centro Cirúrgico, as cirurgias eletivas da manhã são direcionadas para as reservas realizadas no Tasy;
- ⇒ As urgências advindas de pacientes da sala de emergência e das enfermarias serão elencadas por prioridade pelo médico hospitalista;
- ⇒ Após atendidas as urgências, serão realizadas as reservas das cirurgias eletivas do período vespertino;
- ⇒ Se não houver leito disponível a cirurgia é cancelada.

3) Nos casos de solicitações externas de internação no HSJ:

- ⇒ O NIR recebe por e-mail cópia de solicitação de leito do Sisreg com as especificações do paciente e a encaminha ao médico do setor;



- ⇒ Se necessário, o médico do NIR encaminha as especificações da demanda para um especialista do hospital a fim de verificar a viabilidade da internação ou referenciá-lo a outro hospital de acordo com a patologia do paciente;
- ⇒ Se cabível a internação no HSJ ou se referenciado a outro hospital, os dados deverão ser inseridos no Sisreg para aprovação da regulação estadual.

Quando ocorre uma alta do paciente em leito, é realizada avaliação de satisfação, que é encaminhada diretamente ao setor de qualidade e, logo em seguida, o leito já é notificado no sistema para iniciar a higienização.

Cabe enfatizar também a rotina dos assistentes sociais, que, embora não lotados no NIR, estão à disposição do setor por 24 horas quando demandados. Conforme observado pela equipe de auditoria, estes profissionais têm atuação relevante para que não haja atrasos na ocupação dos leitos. Assim que pacientes em situação de risco ou vulnerabilidade chegam ao hospital, os setores notificam o serviço social via sistema, solicitando pareceres com a finalidade de otimizar o atendimento. Por exemplo, pacientes em situação de rua, tentativas de suicídio ou questões familiares são diretamente orientados pelo assistente social, que entra em contato com o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Cres), já providenciando o acolhimento do paciente após a alta. Além disso, entram em contato com familiares ou solicitam avaliação psicológica de forma a dar continuidade ao atendimento e não prejudicar o giro de leitos do hospital.

Todas as etapas expostas acima são visualizadas pelo NIR e setores envolvidos de forma que o tempo de cada atividade seja contabilizado para posterior avaliação. Por meio dos contratos internos, já mencionados anteriormente, são determinados os intervalos de tempo máximos para a execução de etapas, evitando gargalos e melhorando consideravelmente o giro de leitos.

Dos indicadores

Conforme já abordado, o HSJ se configura como uma cadeia complexa de serviços de assistência em saúde e, para que possa organizar, analisar e compartilhar seus resultados com a direção técnica e administrativa do hospital, faz uso de indicadores voltados para o giro de leitos, assegurando o controle dos planos de ação constantes do planejamento estratégico com o objetivo de otimizar o uso de sua capacidade instalada. Os indicadores de giro de leitos utilizados e monitorados pelo NIR e pela direção do HSJ constam de relatório específico ao qual a equipe de auditoria teve acesso. Alguns deles podem ser observados no Quadro 7.

Quadro 7 – Indicadores de giro de leitos monitorados pelo HSJ

Indicadores HSJ	Meta 2022 (PE)	Resultado em 2022 (média)*
Giro de leitos (qtd)	Não há	12,58
Taxa de ocupação dos leitos SUS (%)	76,00	79,96
Intervalo de substituição (dias)	Não há	1,99
Taxa de pacientes residentes no hospital – permanência superior a 90 dias (qtd)	0	0,5
Pacientes internados – clínica SUS (qtd)	1.141,50	1.103,00
Tempo de encaminhamento do paciente ao Centro Cirúrgico (minutos)	20,00	19,48
Tempo para efetivação de internação – PS (horas);	24	3,01
Taxa de altas – Unidade de Internação/NIR (%)	100	92,88
Tempo para higienização do leito (minutos)	40	23,33



Indicadores HSJ	Meta 2022 (PE)	Resultado em 2022 (média)*
Tempo entre término da higienização e liberação da camareira (minutos)	15,00	9,93
Taxa de cirurgias canceladas (%)	Não há	9,76
Média de permanência de internados no PS (dias)	0,72	0,44
Permanência na sala de emergência (horas)	4,00	15,41
Tempo de solicitação de parecer até tempo de resposta de parecer (minutos)	120	103,14
Retorno precoce ao PS (%)	3,00	2,05
Tempo médio de alta óbito em UTI (minutos)	0	146,67

Fonte: Hospital São José.

Nota: * Situação em agosto de 2022.

Observação: destaque em azul para as metas que foram alcançadas, e destaque em vermelho para as metas que não foram alcançadas.

Nota-se no Quadro 7 que poucos indicadores não atingiram as metas estabelecidas no PE, a exemplo da média de permanência na sala de emergência, que se apresenta alta.

Em relação à taxa de ocupação de leitos SUS, cabe observar que o HSJ ultrapassou a meta de 76% estabelecida pelo hospital, resultado que se configura como favorável de acordo com o método Lean,¹² que recomenda uma taxa de ocupação entre 75% e 85% dos leitos. Valores abaixo desse percentual mínimo indicariam baixa utilização e ineficiência na gestão dos recursos ou inadequada articulação com a rede de serviços.

O HSJ já aplicou o método Lean no passado (tendo inclusive participado de uma das edições do Proadi), mas atualmente adota outras ferramentas – como os contratos internos firmados entre os setores – de resultado semelhante na organização de seus processos internos visando à otimização do tempo de permanência em leitos, o aumento da rotatividade dos leitos, a ampliação do acesso e a racionalização dos recursos.

O que torna este achado uma boa prática é:

- *Funcionamento 24hs com processos integrados e informatizados em todos os setores;*
- *Monitoramento em tempo real pela equipe do NIR das solicitações de leitos e acompanhamento via sistema da chegada do paciente e dos indicadores relacionados ao giro de leitos pelos setores envolvidos;*
- *Estabelecimento de contratos internos de gestão contendo os critérios de qualidade para realização dos serviços e registro em sistema dos resultados para da coordenação responsável.*

¹² O método Lean busca melhoria contínua dos processos e eliminação do desperdício por meio do envolvimento e da participação dos profissionais. Desse modo, a qualidade e a segurança são alcançadas com redução de custos e de tempo de processos (BERTANI, 2012).



Proposta de encaminhamento

Recomenda-se ao HSJ que:

- a) Providencie a inserção do NIR no organograma do hospital para legitimá-lo como instância ligada diretamente à Direção;
- b) Providencie a inclusão do assistente social na portaria que institui o NIR, acrescentando-o na composição da equipe;
- c) Acrescente no SLA do NIR/PS alternativa para que o atendimento não extrapole a meta de 4 horas de permanência na sala de Emergência, com definição de metas claras e assertivas.

3.1.4 Achado 4: ouvidoria do HSJ atuante e satisfação dos usuários

Devido à ouvidoria interna ser atuante, os apontamentos e necessidades dos usuários do SUS foram atendidos pelo hospital, o que levou à mitigação dos riscos e aperfeiçoamento de processos, impactando na melhoria da gestão dos leitos.

A instituição de ouvidorias nos serviços de saúde busca integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde, o que faz da ouvidoria um importante instrumento de participação popular.

A PNHOSP define as ouvidorias como canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. E ainda cita que: “As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão”.

Esses mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações dos usuários propiciam ao hospital uma oportunidade de aperfeiçoamento de seus processos internos, contribuem para a melhoria da qualidade nos atendimentos, levando a uma maior satisfação tanto por parte dos pacientes quanto dos colaboradores.

Crítérios

A legislação utilizada para fundamentar este achado foi a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, que versa sobre a PNHOSP, da seguinte forma:

- Art. 20, § 2º, Anexo XXIV: “A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção”.
- Art. 8º, IX, Anexo 2 do Anexo XXIV: “Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: [...] IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário”;
- Art. 10, III, do Anexo 2 do Anexo XXIV: “Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: [...] III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes”.



Acercas desse tema, cabe mencionar, ainda, a Lei nº13.460, de 26 de junho de 2017, que discorre sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, em especial o Capítulo IV, que trata da Ouvidoria e suas atribuições.

Constatação

A ouvidoria do HSJ existe há mais de 20 anos e foi se aperfeiçoando ao longo do tempo. Conforme verificado pela equipe de auditoria, o setor mantém uma rotina sistematizada e integrada com todos os setores do hospital, de forma a receber, apurar a procedência, encaminhar críticas, denúncias, elogios, reclamações e sugestões que lhe forem dirigidas, por pacientes, familiares, colaboradores e médicos, atendendo aos critérios acima mencionados. Conforme os relatórios emitidos pela Ouvidoria do hospital, foi possível verificar que o setor mantém um processo de resolução das demandas e manifestações dos usuários impactando inclusive na gestão dos leitos uma vez que gera melhorias no tempo de permanência dos pacientes nos setores envolvidos.

De acordo com o Regulamento Interno do HSJ, também é de competência da Ouvidoria acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, garantindo a resolutividade e mantendo os interessados informados dos trâmites dos processos. A esse respeito, o parágrafo único do art. 12 da Lei nº 13.460/2017 salienta que a efetiva resolução das manifestações dos usuários compreende:

- I - recepção da manifestação no canal de atendimento adequado;
- II - emissão de comprovante de recebimento da manifestação;
- III - análise e obtenção de informações, quando necessário;
- IV - decisão administrativa final; e
- V - ciência ao usuário.

Portanto, há que se enfatizar a importância da resolutividade em relação às demandas que chegam à ouvidoria, com o devido *feedback* ao paciente, para que o hospital possa aperfeiçoar seus processos internos e torná-los uma ferramenta para a eficiência no giro de leitos, objeto desta auditoria.

No HSJ, os usuários podem encaminhar suas manifestações via e-mail, por meio do *site* do hospital, do telefone ou presencialmente, no setor de Ouvidoria. Além disso, há uma equipe de *marketing* que realiza uma busca ativa de manifestações dos usuários nas redes sociais e mídias para acompanhar as críticas e se inteirar de como a prestação dos serviços está sendo avaliada pela população.

Uma vez encaminhada a manifestação por um dos meios citados, a Ouvidoria lança no sistema (Tasy) um boletim de ocorrência com os detalhes da manifestação, e atribui pontuação conforme a gravidade e relevância do caso. Em seguida, encaminha para a área reclamada, a qual analisa e elabora um plano de ação, para posterior controle da direção do hospital.

O tempo de resposta e retorno ao usuário variam conforme a gravidade da situação (24h, 36h ou 72h) e a reclamação pode ensejar abertura de sindicância e encaminhamento para o Comitê de Ética do hospital.

Outro meio de contato com o paciente observado pela equipe de auditoria são as denominadas pesquisas de satisfação “beira leito”, que ocorrem da seguinte forma:

- A ouvidoria realiza busca ativa nos leitos do HSJ para consultar o paciente quanto a sua passagem no hospital, desde a recepção até o momento da alta, aplicando um questionário de satisfação informatizado via *tablet* (Interact);
- O paciente responde a uma sequência de questões, as quais são encaminhadas em tempo real para o coordenador do setor em questão;



- As respostas são lançadas no Tasy gerando um boletim de ocorrência com definição da criticidade da reclamação e do tempo de retorno ao usuário;
- O coordenador analisa as respostas e, quando se trata de reclamações, elabora um plano de ação para tomada de providências (treinamentos, novas metas, reuniões, sanções etc.);
- O coordenador apresenta os resultados do plano de ação nas reuniões de gestão participativa – RGP, que ocorrem mensalmente, bem como o resultado dos indicadores voltados à satisfação de usuários e colaboradores.

A coordenadora da Ouvidoria apresentou no sistema Tasy o passo a passo do tratamento das demandas, em que é possível verificar como ocorre a articulação entre a Ouvidoria e os setores envolvidos. O relatório da Ouvidoria com as ocorrências referentes ao período de jan./2022 até set./2022 traz a data e a descrição detalhada da demanda (reclamação, elogio ou pedido de informação), que é encaminhada para o setor responsável conforme cada caso.

No caso das reclamações, o relatório traz também o prazo para resposta e relata de forma sucinta qual foi a medida tomada pela área (conversa com o reclamante, elaboração de resposta por escrito, reunião etc.) e o desfecho da demanda. Observou-se assim a atuação efetiva e eficaz da Ouvidoria, porém, o referido relatório não apresenta os resultados dos planos de ação apresentados nas RGP com as medidas internas que foram tomadas. Seria importante que os desdobramentos internos fossem igualmente documentados para que se possa avaliar a relação entre as demandas da Ouvidoria e realização de melhorias.

Dos indicadores de satisfação

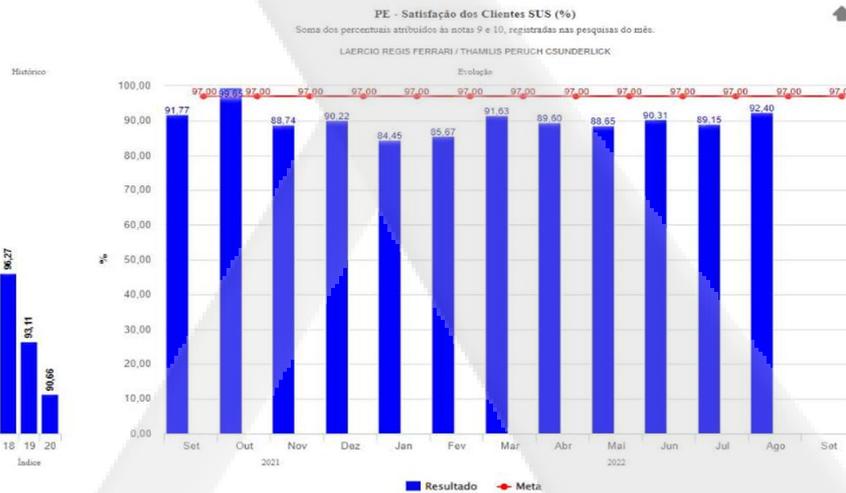
De acordo com os relatórios emitidos pela Ouvidoria do HSJ, entre 01/01/2022 e 28/09/2022, foram recebidas 141 ocorrências, das quais 81 eram elogios, 24 eram pedidos de informação e 36 eram reclamações.

Entre reclamações e elogios, os atores envolvidos eram muitas vezes colaboradores do hospital. Os registros de reclamações relatavam condutas inadequadas ou desentendimentos entre eles. Nesses casos, as ocorrências foram encaminhadas para os responsáveis dos setores envolvidos e a direção, com data de reunião para tomada de providências. Reitera-se, no entanto, que não constam nos relatórios os resultados dos planos de ação executados pelas equipes.

A maioria dos elogios ressaltava o atendimento humanizado prestado pelos profissionais do hospital, sendo que estes podem visualizar os respectivos registros por meio do sistema, o que se torna uma boa ferramenta de incentivo para a adoção de boas práticas na instituição. Os relatórios emitidos pela Ouvidoria podem ser acessados a qualquer momento pela diretoria geral e pelos coordenadores neles citados.

No HSJ, cada setor monitora mensalmente a média da satisfação de seus usuários. A Figura 12 destaca os resultados do indicador de satisfação dos pacientes SUS. A meta é ousada (97%), o que estimula a busca contínua pela satisfação dos clientes. Assim, apesar de os resultados ainda estarem ligeiramente abaixo da meta na maior parte do período analisado, pode-se considerar que sejam positivos, pois ficam sempre bem próximos de alcançá-la.

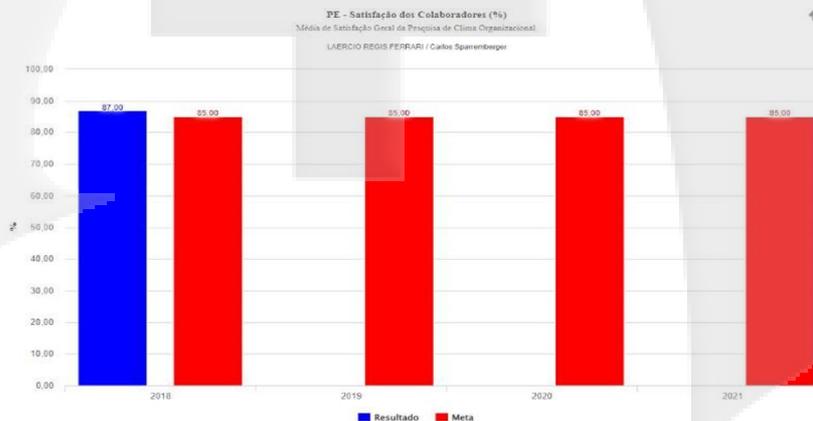
Figura 12 – Resultado do PE 2018/2022 – Satisfação de clientes SUS (2018-ago.2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

O PE do HSJ também previa um indicador para monitoramento da satisfação dos colaboradores (Figura 13). De acordo com o relatório, em 2018, o resultado apontou que a meta de 85% desse indicador tinha sido superada.

Figura 13 – Resultado PE 2018/2022 – Satisfação dos colaboradores



Fonte: Interact, Hospital São José.



No entanto, o hospital relatou que percebeu que era prática comum entre os colaboradores o elogio mútuo, o que comprometia a fidedignidade dos resultados. Por esse motivo o indicador deixou de ser mensurado nos anos seguintes. Considerando a importância desse indicador para subsidiar decisões da direção do hospital relacionadas aos recursos humanos, seria interessante que alternativas fossem encontradas para que o indicador continuasse a ser monitorado.

Diante do que foi apurado pela equipe de auditoria, verifica-se que, de modo geral, a Ouvidoria do HSJ mostra-se atuante, contribuindo para a qualidade da assistência ofertada e também para aumentar a eficiência, uma vez que estimula a busca de melhorias nos processos internos da instituição.

O que torna este achado uma boa prática é:

- *Sistematização de rotinas e articulação da Ouvidoria com todos os setores do hospital;*
- *Notificação dos coordenadores das áreas reclamadas via sistema, com obrigação de elaborar um plano de ação com prazos de resposta e retorno ao usuário;*
- *Apresentação mensal dos resultados do plano de ação nas reuniões de gestão participativa;*
- *Realização de pesquisas “beira leito”, cujos resultados são encaminhados para a coordenação do setor com classificação e prazo para desfecho.*

Proposta de encaminhamento

Considerando o papel relevante da Ouvidoria para a melhoria dos processos internos e para a entrega do valor em saúde para a população, sugere-se ao HSJ que mantenha a atuação efetiva da Ouvidoria interna e, a fim de melhorar a transparência, busque também:

- a) *Faça constar nos relatórios da Ouvidoria os planos de ação elaborados em função das reclamações e seus respectivos resultados;*
- b) *Relacione as providências tomadas pelos responsáveis para solucionar os problemas registrados na Ouvidoria, por ocasião das reuniões de gestão participativa;*
- c) *Avalie a possibilidade de fazer ajustes para retomar o monitoramento do indicador de satisfação dos colaboradores, visto que esse é um aspecto importante no que se refere à humanização;*
- d) *Sistematize os problemas mais recorrentes apontados nas reclamações registradas na Ouvidoria de forma a subsidiar a definição de prioridades para implementação de soluções duradouras.*

3.1.5 Achado 5: uso de tecnologias na aquisição de insumos



Devido a utilização da plataforma Bionexo para aquisição de insumos, ocorreu uma cotação dos preços otimizada, o que levou a uma redução nos custos de aquisição de insumos, evitando a falta de insumos.

A boa gestão do processo de aquisição de insumos é elemento essencial para a eficiência hospitalar, contribuindo para que não haja ruptura nos níveis de estoque e a conseqüente interrupção de atividades assistenciais. Nesse contexto, a concorrência de preços na comercialização de medicamentos e materiais médicos é uma prática comum que colabora para a redução de custos na aquisição de insumos.

A utilização de uma plataforma eletrônica que dá acesso às propostas de vários fornecedores ao mesmo tempo simplifica o processo de negociação dos insumos necessários para o hospital. Ao abreviar o processo de pesquisa de valores, também representa uma economia de recursos humanos, visto ser possível que uma equipe reduzida execute o trabalho com um bom nível de eficiência.

Critérios

Não há uma norma regulamentadora sobre como deve se efetivar a pesquisa de preços para aquisição de insumos em hospitais privados, mas a importância dessa etapa para a redução de custos na gestão de compras é amplamente reconhecida. De acordo com Franklin Brasil Santos (2015, p. 4), “a pesquisa de preços pode representar até 45% de todo o tempo dedicado ao processo licitatório e, se for mal feita, pode representar prejuízo, já que a concorrência nem sempre é elemento suficiente para garantir preço justo e os fornecedores estarão procurando meios de vender seus produtos com lucros maiores”.

Nesse sentido, os normativos existentes na esfera pública são aqui tomados como parâmetros de boa conduta para subsidiar a análise no que se refere ao uso de tecnologias no processo de aquisição de insumos. Por exemplo, a Lei nº 8.666, de 21 de julho de 1993, e a Lei nº 14.133, de 1º abril de 2021, que regulam as licitações e contratos administrativos, orientam que as compras no setor público devem ser precedidas por ampla pesquisa de mercado, que deve ser feita preferencialmente por meio de sistemas oficiais. Por sua vez, a Instrução Normativa nº 73, de 5 de agosto de 2020, do Ministério da Economia (ME) também trata sobre a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Em seu art. 5º, a referida IN orienta a utilização do Painel de Preços do ME (<https://paineldeprescos.planejamento.gov.br/>) ou de sites especializados na pesquisa de preços.

No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde mantém o Banco de Preços em Saúde – BPS (bps.saude.gov.br),¹³ sistema destinado ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde que pode ser utilizado de forma gratuita por instituições públicas e privadas.¹⁴

Constatação

¹³ Mais informações disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/banco-de-precos>

¹⁴ De acordo com a Seção VI da Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, é obrigatória a utilização do BPS pelos estados, municípios e Distrito Federal. As compras de medicamentos devem ser obrigatoriamente informadas no BPS; já a informação de compras relativas a materiais médicos hospitalares aguarda pactuação sobre sua operacionalização e no momento ainda é facultativa. Os dados apresentados no BPS como referência de preços para aquisição de medicamentos são validados pelo Acórdão TCU nº 2901, de novembro de 2016, podendo ser utilizado pelos órgãos de controle para avaliar a economicidade dos contratos.



Há alguns anos o HSJ faz uso da plataforma Bionexo (bionexo.com), uma plataforma *on-line* para interação entre compradores e fornecedores de medicamentos e materiais médicos em todo o território brasileiro. A utilização dessa ferramenta vai de encontro com o cumprimento da Lei nº 8.666, de 21 de julho de 1993, e a Lei nº 14.133, de 1º abril de 2021, que regulam as licitações e contratos administrativos, orientam que as compras no setor público devem ser precedidas por ampla pesquisa de mercado. Esta plataforma apresenta funções que automatizam o processo de pesquisa de preços e de compra de materiais médicos, medicamentos e de outras categorias de produtos para o segmento da saúde possibilitando que o hospital faça a cotação de preços e de forma a gerar maior economia na aquisição de insumos agilizando a gerenciamento de insumos e mantendo um giro de leitos eficiente tanto na questão de manutenção de insumos básicos como na economia de insumos.¹⁵

Além disso, por meio dessa ferramenta, os negociadores do HSJ também podem verificar o preço máximo para aquisição de determinado material ou medicamento praticado no mercado. Uma vez definida as regras de negociação de preços para suprir a necessidade de aquisição de determinado produto pelo hospital, ocorre uma disputa de preços na plataforma entre todos os fornecedores daquele insumo. Esse processo guarda certa semelhança com a modalidade do pregão eletrônico, de que trata o Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019. Em alguns casos, pode ocorrer uma competição em tempo real de dezenas ou até centenas de fabricantes que irão ofertar os menores preços possíveis para efetivar a venda ao HSJ.

A otimização ofertada pela plataforma permite que a cotação de preços, as especificações técnicas, os normativos sobre os medicamentos, o histórico de preços, de valores negociados e de aquisição de produtos fiquem disponíveis para acesso de maneira facilitada, abreviando o processo de negociação de insumos. De acordo com Franklin Brasil Santos (2015, p. 4), “a pesquisa de preços pode representar até 45% de todo o tempo dedicado ao processo licitatório e, se for mal feita, pode representar prejuízo.

A possibilidade de acompanhamento em tempo real da evolução para mais ou para menos dos preços dos insumos permite ao negociador do HSJ planejar o momento exato para aquisição de determinado produto. Assim, por exemplo, quando o valor de um medicamento estiver subindo, a equipe de negociações consegue verificar essa variação e avaliar quanto de economia o hospital terá caso uma compra programada seja feita de imediato, antes que o valor de correção seja aplicado integralmente ao produto.

A equipe de negociação do HSJ também tem por hábito, ao final do processo de pesquisa pela plataforma, contatar por telefone o fornecedor escolhido, para tentar estabelecer preços ainda mais atrativos que os encontrados na plataforma.

Nesse contexto, o setor de compras do HSJ, durante o período mais crítico da pandemia, conseguiu perceber um aumento atípico dos valores da medicação chamada propofol (sedativo injetável para intubação). A partir daí apresentou à direção do hospital um estudo que demonstrou a rápida e expressiva evolução de preços e até onde esses valores poderiam chegar. Diante dos fatos, a Direção autorizou a compra emergencial de quantidades significativamente maiores que o usual para um período prolongado de tempo. Esse fato foi relatado para a equipe de auditoria, incluindo a apresentação dos dados que subsidiaram a decisão.

Isso só foi possível em função da experiência da equipe de negociação do hospital, que trabalhou de maneira eficiente e preventiva, evitando assim a falta do insumo e prejuízos maiores para a assistência. Essa atitude é mais um reflexo da cultura organizacional do HSJ, em que todos entendem que são parte da produção de eficiência e qualidade no atendimento dos pacientes.

¹⁵ Na gestão pública, semelhante à plataforma Bionexo, existem ferramentas que visam apoiar o processo de compras e promover a economia na utilização dos recursos. Na Administração Pública Federal, por exemplo, há o Portal de Compras do Governo Federal (www.gov.br/compras/pt-br), o Sistema de Compras do Governo Federal – ComprasNet (www.comprasnet.gov.br). O limitador, entretanto, é que tais plataformas oficiais têm suas bases de preços alimentadas por secretarias municipais e estaduais de saúde, situação que pode trazer distorção de informações.



Essa simplificação das etapas no processo de compras resulta na redução dos custos de aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares.

Desse modo, verificou-se que a pesquisa de preços informatizada e a qualificação da equipe responsável pelas aquisições colaboram para a redução dos custos e minimizam o risco de falta de insumos, evitando assim prejuízos ao giro de leitos.

O que torna este achado uma boa prática é:

- *Maior economia na aquisição de insumos e materiais médicos;*
- *Rapidez no processo de negociação, com abreviação das etapas de compras;*
- *Verificação facilitada das liberações e documentações necessários para comercialização de insumos médicos (ex. RDC da ANVISA)*
- *Facilidade para perceber distorções do mercado de acordo com a variação de preços;*
- *Obtenção de preços de insumos mais vantajosos;*
- *Manejo em tempo real do estoque necessário para giro eficiente de leitos.*

Proposta de encaminhamento

Recomendar ao Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho (Desid) da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde que:

- a) Agregue às plataformas públicas disponíveis atualmente funcionalidades semelhantes às plataformas comerciais de gestão de compra para que os hospitais que prestam serviços ao SUS possam usufruir dos mesmos benefícios;
- b) Promova ações de capacitação para o desempenho da função de negociador na aquisição de insumos hospitalares no SUS e estabeleça parâmetros mínimos de qualificação;
- c) Estimule os estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS a privilegiar a pesquisa de preços por meio digital, visando maior eficiência no uso da verba pública.

3.1.6 Achado 6: organização de processos internos

Devido ao hospital possuir acreditação nível 3 da ONA, à integração dos sistemas de gerenciamento das altas e à informatização dos protocolos de admissão e alta segura dos pacientes, ocorreu que o hospital tem seus processos internos organizados e mantém o controle dos fluxos e práticas clínicas/administrativas e todas as etapas do cuidado ao paciente são cumpridas, o que levou o hospital a reduzir o tempo de ocupação dos leitos com uma assistência de qualidade e segurança, impactando no aumento do giro de leitos.



A organização de processos internos, fluxos e procedimentos operacionais com apoio de um sistema informatizado confere maior qualidade e segurança à assistência, o que converge para a redução do tempo de ocupação e o aumento no giro de leitos, contribuindo para a eficiência do hospital.

Os processos internos correspondem à sequência de ações e atividades que são necessárias para chegar a um resultado específico. A adoção de medidas em uma organização contribui para minimizar os riscos de falhas e agilizar o serviço. Por seu turno, o controle de fluxos hospitalares diz respeito a todo processo de atendimento dos pacientes em seu percurso pelo estabelecimento de saúde, ou seja, do momento da entrada, passando pelo atendimento, até a liberação.

Critérios

O *Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde* (ONA, 2021), que apresenta os parâmetros de qualidade considerados pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Para o SBA as organizações de saúde são sistemas complexos, em que as estruturas precisam estar organizadas e com processos internos integrados para que os resultados sejam alcançados. No SBA o conceito de qualidade em saúde envolve seis dimensões: eficiência, efetividade, oportunidade, segurança, equidade e centralização no paciente.

O relatório de levantamento efetuado pelo TCU (relator Benjamin Zymler) com o objetivo de identificar critérios para realização de auditoria de avaliação de desempenho nas unidades hospitalares públicas prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade no âmbito do SUS, aprovado pelo Acórdão nº 1.108/2020 – TCU Plenário, menciona indicadores de eficiência hospitalar a serem observados para a eficiência na gestão dos leitos e entrega de valor em saúde para a sociedade. Entre os indicadores voltados especificamente para mensurar a questão dos leitos estão: Taxa de ocupação hospitalar; média de permanência; Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade (IR/GR); Índice Intervalo de Substituição (IIS); Proporção de readmissão em até 30 dias da alta hospitalar; Taxa de pacientes residentes no hospital (permanência superior a 90 dias); Tempo para efetivação de internação; Tempo para efetivação de alta hospitalar; e Tempo para higienização do leito.

Por sua vez, Souza *et al.* (2009) enfatizam a importância do controle da gestão e apresentam evidências de que organizações filantrópicas ou hospitalares necessitam de ferramentas que disponibilizem, no mínimo, sistemas e modelos de monitoramento e de avaliação dos resultados, informações sobre o custeamento e a precificação dos serviços prestados, além de informações gerenciais que subsidiem o processo de tomada de decisão.

Constatação

Organização e mapeamento dos processos

O hospital possui seus processos internos organizados e mapeamento detalhado dos processos assistenciais que abrangem todas as etapas do cuidado ao paciente em todos os setores: Emergência, UTI, Enfermarias, Centro Cirúrgico. Isso pode ser constatado pela documentação fornecida pelo HSJ, tais como como Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), protocolos, contratos internos de gestão (CIG/SLA), que também atendem ao preconizado pelo manual da ONA (ONA, 2021).

Os fluxogramas de trabalho (Figura 14) são construídos e atualizados constantemente de acordo com a necessidade de cada setor, conforme se observa pela documentação de qualidade de cada fluxo, que contém as informações da data de criação, a identificação da versão atual e o controle do histórico de versões do documento (Figura 15). Desse modo, a organização propicia mais segurança aos profissionais na execução das ações, transparência, agilidade na tomada de decisão e celeridade na ambientação de novos profissionais, visto que todas as condutas são mapeadas e de fácil acesso a todos os trabalhadores por meio do sistema Tasy.

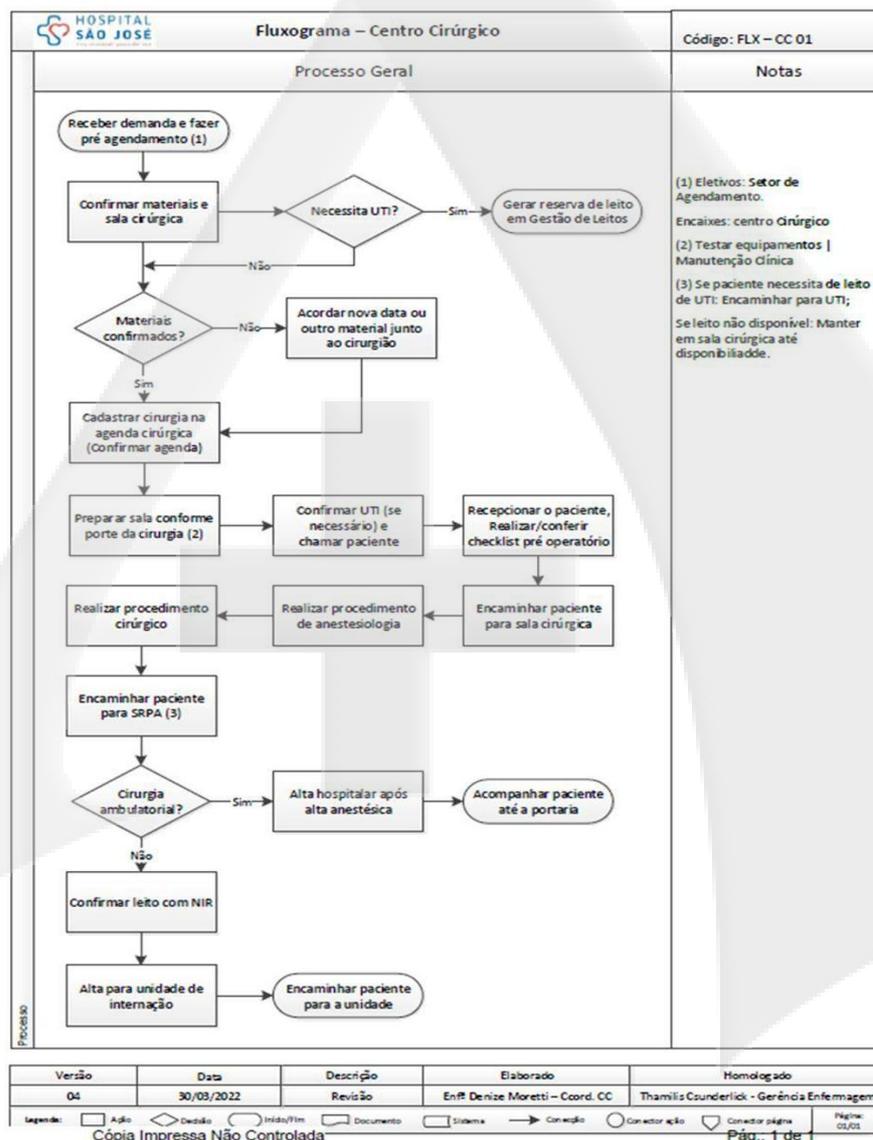


Relatório

Relatório Final

Na visita *in loco*, constatou-se que, além da documentação com registro de seus processos, estes são cumpridos pelas equipes, em especial nos setores relacionados à gestão dos leitos, observados mais diretamente pela auditoria: Emergência, Enfermaria, Centro Cirúrgico e UTI. De posse de fluxos de atendimento dos referidos setores, a equipe acompanhou na prática cada etapa de atendimento, com seus responsáveis e o respectivo registro no prontuário eletrônico dos pacientes atendidos.

Figura 14 – Exemplo de fluxograma de processos do HSJ





Fonte: Hospital São José.

Figura 15 – Exemplo de controle de versões de fluxograma do HSJ

Documentação da Qualidade

FLX Atendimento Cirúrgico

Propriedades

Código: CC - 057
Versão: 4
Categoria: Centro Cirúrgico
Aprovador: THAMILIS PERUCH CSUNDERLICK
Elaborador: DENIZE MIGUEL MORETTI
Distribuidores: FRANCIANI SANDRINI ANGULSKI
FRANCIELE TEZA COSTA
MORGANA MARIA MICHELS ZANONI
MARLON ACASSIO CASAGRANDI CARDOSO
MARCIA APARECIDA DE CAMPOS
Validade: 30/09/2023
Vigência: 30/03/2022
Estrutura: Hospital São José / Assistencial / Centro Cirúrgico / Fluxograma
Tipo: VSD/PDF
Data Versão: 15/07/2022
Data Edição: 28/06/2022
Data Criação: 05/09/2018
Acessos: 2
Forma: REPOSITÓRIO
Status: Disponível
Anexos:

Publicação

Ação	Responsável	Data Limite	Data Ação
Aprovação	THAMILIS PERUCH CSUNDERLICK	28/06/2022	15/07/2022

Histórico de Versões do Documento

Versão	Data	Justificativa da Revisão	Usuário(a)
1	04/01/2019	n/d	DENIZE MIGUEL MORETTI
2	09/10/2019	n/d	DENIZE MIGUEL MORETTI
3	07/05/2021	n/d	DENIZE MIGUEL MORETTI

Fonte: Hospital São José.

Giro de leitos

No HSJ, a média de permanência tem se mantido constante, bem próxima da meta estabelecida no PE 2018-2022 (Figura 17) e dentro do preconizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pelo método Lean. Percebe-se que no período da pandemia da covid-19 houve um aumento no tempo de permanência dos pacientes, que vem melhorando em 2022.

Tendo como premissa que, quanto maior for o giro de leitos, mais pacientes poderão ser atendidos com o mesmo número de leitos, observa-se no gráfico da Figura 16 que o HSJ mantém o giro de leitos elevado, com certa redução no período atípico da pandemia do covid-19, voltando a crescer no primeiro semestre de 2022.



Toda organização tem o propósito de garantir a assistência com qualidade e segurança, bem como aumentar o giro de leitos para a gestão adequada dos custos. Esses benefícios podem ser observados no desempenho do HSJ apresentado por meio dos resultados dos principais indicadores voltados à gestão de leitos.

Um dos principais indicadores apresentados no Acórdão 1108/2020 – TCU – Plenário é índice de renovação ou giro de rotatividade (giro de leito). Esse é um dos indicadores que reflete mais objetivamente a eficiência do hospital, pois, quanto maior o giro de leitos, maior é a qualidade e a resolutividade da assistência, evitando desperdícios de recursos com a permanência desnecessária e a exposição do paciente a riscos. Esse indicador consiste no tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro, resultado da divisão do número de saídas no período pelo número de leitos do mesmo período, como apresenta o gráfico da Figura 16.

Por sua vez, a média de permanência é um indicador de saúde que aponta a duração, em média, do tempo de internação dos pacientes, ou seja, a quantidade de dias que o paciente passou recebendo cuidados até o momento de sua alta. Como medida de eficiência, quanto menor for a média de permanência, melhor.

Contudo, o indicador por si só não garante eficiência se não houver também qualidade no atendimento. Nesse sentido, na visita *in loco*, por meio de observação direta, bem como por entrevistas realizadas com os responsáveis pelos setores da Emergência, Clínica Médica, Cirúrgica e UTI, foi possível observar o cumprimento preciso e humanizado dos fluxos e protocolos. As etapas do cuidado eram executadas rigorosamente pela equipe de acordo com o preconizado e de forma humanizada, aumentando a segurança do paciente.

Acreditação Hospitalar

Atualmente, o HSJ possui Nível 3 de acreditação pela ONA [CAUSA]. Esse processo iniciou em 2004, quando o hospital passou a se organizar internamente para obter a acreditação Nível 1. Naquela época foram elaborados protocolos gerenciais e assistenciais, por meio dos quais a gestão das altas passou a ocorrer de forma padronizada e integrada. Em seguida, os protocolos de admissão e alta segura dos pacientes foram transferidos para um sistema informatizado.

Para Schiesari (2014), entre os fatores positivos da implantação da ONA destacam-se: aprimoramento da gestão, padronização dos processos, treinamento de pessoal, melhoria do trabalho em equipe, cuidado focado no paciente, aumento da motivação, reconhecimento Institucional externo e mudança de cultura.

As primeiras iniciativas de acreditação no Brasil surgiram nos inícios dos anos 1990, período bastante significativo, pois coincide com a implantação do SUS. A ONA é uma das principais metodologias de acreditação no Brasil, sendo reconhecida pela Internacional Society for Quality in Health Care (ISQua), associação parceira da OMS que conta com representantes de instituições acadêmicas e de organizações de saúde de mais de 100 países.

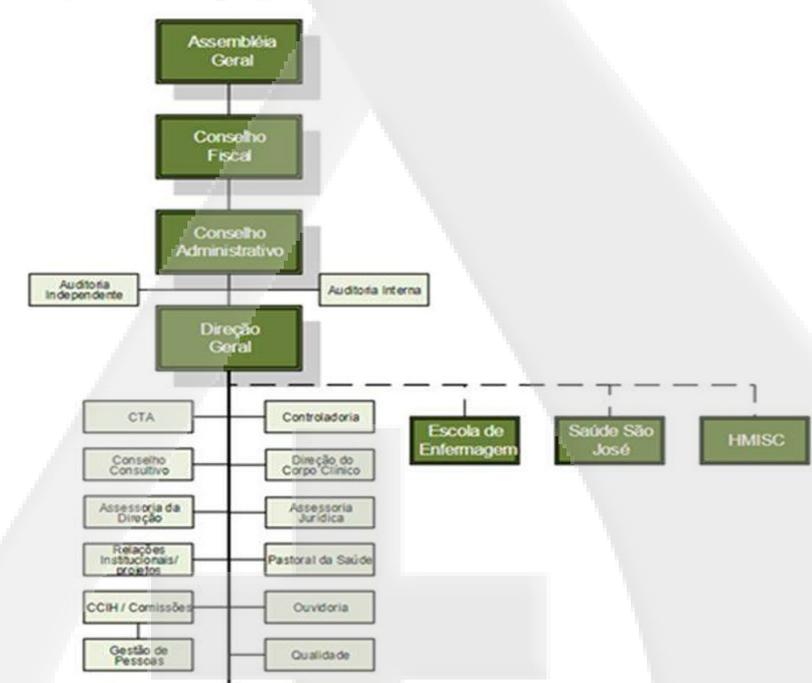
A metodologia de avaliação da ONA tem como foco os componentes de estrutura, processo e resultado e a resolução causal entre eles, visto que a estrutura apoia os processos, e a execução dos processos, por sua vez, é responsável por gerar os resultados pretendidos. Trata-se de uma avaliação transversal, de abordagem sistêmica.

O diferencial do HSJ referente à organização, ao controle e à agilidade dos processos está diretamente relacionado a existência de do setor de Qualidade. Quando bem estruturado, este setor é responsável por interligar as áreas, monitorar e implementar padrões de qualidade e medidas de segurança. No HSJ, este setor está presente e está ligado à alta direção do hospital, participando ativamente e oferecendo informações para subsidiar as tomadas de decisões, e isso só é possível, por um planejamento macro da Instituição, onde o setor de qualidade faz parte da alta direção e participa ativamente de todas as decisões.

Por meio do organograma (Figura 18), observa-se a preocupação com a manutenção de um espaço de gestão participativa, visto que vários setores estratégicos, como o setor de Qualidade, a Ouvidoria

e o CCIH, estão ligados diretamente à Direção-Geral. A descentralização da tomada de decisão consiste numa boa forma de colocar em prática os princípios da política de humanização do SUS no ambiente hospitalar, o que constitui um diferencial positivo da instituição.

Figura 18 – A Direção do HSJ no Organograma¹¹



Fonte: Hospital São José.

De acordo com o Manual da ONA (2021, p. 18), no processo de acreditação, a avaliação dos resultados do estabelecimento de saúde é orientada por dimensões de qualidade, com seus respectivos padrões e requisitos. Definidas com base no estudo intitulado *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, publicado pelo Comitê on Quality Health Care in America (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001), essas dimensões de qualidade são:

1. Segurança: evitar lesões aos pacientes pelos cuidados que se destinam a ajudá-los.
2. Efetividade: prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos que poderiam se beneficiar e abstendo-se de prestar serviços àqueles que provavelmente não se beneficiariam (evitando a subutilização e o mau uso). Em outras palavras, é não cometer excessos, muito menos deixar de realizar quaisquer medidas, desde que sempre seja observado o princípio de fazer a coisa certa, para a pessoa certa, na hora certa.
3. Centrado no paciente: fornecer cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes/clientes e garantindo que os valores, dos pacientes/clientes, orientem todas as decisões clínicas.



4. Oportuna: reduzir as esperas e, por vezes, os atrasos prejudiciais tanto para quem recebe quanto para aqueles que prestam cuidados.
5. Eficiência: oferecer uma assistência aos pacientes/clientes de maneira racional, evitando desperdícios, sem excessos, seja na utilização de equipamentos, exames, leitos, procedimentos, suprimentos, ideias, energia e recursos humanos.
6. Equidade: fornecer cuidados que não variam em qualidade devido a características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e *status* socioeconômico.

A avaliação pela ONA das práticas e fatores de desempenho é também sustentada pelos seguintes fundamentos de gestão (ONA, 2021, p. 19-20):

1. Visão sistêmica: forma de entender a organização como um sistema integrado onde todos os processos da organização estão interligados e suas relações são de interdependência. Por ser um sistema integrado, o desempenho de um componente e ou processo do sistema pode afetar não apenas a própria organização, mas todas as suas partes interessadas.
2. Liderança: mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização a curto e longo prazos, visando à sua sustentabilidade.
3. Gestão por processos: gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e as estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.
4. Desenvolvimento de pessoas: engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
5. Governança Clínica: estrutura por meio da qual as organizações são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e salvaguardar altos padrões de atendimento, criando um ambiente favorável a excelência em atendimento clínico. São componentes da Governança Clínica a efetividade clínica, a auditoria clínica, gerenciamento de riscos, comunicação clara e transparente, pesquisa e educação perante e desenvolvimento de profissionais.
6. Integralidade e continuidade do cuidado: integração de ações preventivas, curativas, individuais e coletivas nos cuidados em saúde, refletidas na articulação da continuidade dos cuidados entre os componentes do sistema e níveis de atenção em saúde, ou seja, entre ações preventivas e assistenciais, buscando um atendimento integral com ênfase na prevenção sem descuidar da assistência aos pacientes/clientes e comunidades.
7. Responsabilidade socioambiental: relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.
8. Cultura da inovação: promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.
9. Melhoria contínua: compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.
10. Ética e transparência: condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.

11. Natureza não prescritiva: ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos.
12. Alta confiabilidade: compromisso no desenvolvimento e disseminação da gestão de riscos e cultura da segurança do paciente em todos níveis da organização, além de respostas em modo e tempo oportunos, demonstrando constante busca pelo alto grau de confiabilidade de suas atividades.

A acreditação da ONA é classificada em três níveis, de acordo com o nível de organização do hospital. Cada nível compreende uma série de critérios que devem ser atendidos e avaliados (Figura 18). Antes de solicitar a avaliação com fins de acreditação, as instituições de saúde são estimuladas a organizar seus processos de trabalho e se autoavaliar.

Figura 18 – Níveis de acreditação da ONA



Fonte: ONA (2021).

Com base nas dimensões de qualidade e nos fundamentos de gestão, a instituição é avaliada em função de determinados requisitos, estabelecidos por nível de acreditação e distribuídos nos eixos apresentados no Quadro 8, que lista os aspectos avaliados pela ONA.

Quadro 8 – Aspectos avaliados para acreditação ONA, por eixo

Eixo	Aspectos avaliados
GESTÃO ORGANIZACIONAL	<ol style="list-style-type: none">1. Liderança Organizacional2. Gestão da Qualidade e Segurança.3. Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança4. Gestão Administrativa e Financeira5. Gestão de Pessoas6. Gestão de Suprimentos e Logística7. Gestão da Tecnologia e Segurança da Informação.8. Gestão do Acesso ao Cuidado9. Gestão da Segurança Institucional10. Gestão da Comunicação



Eixo	Aspectos avaliados
ATENÇÃO AO PACIENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Internação2. Atendimento Ambulatorial3. Atendimento Emergencial4. Atendimento Cirúrgico5. Atendimento Obstétrico6. Atendimento Neonatal7. Cuidados Intensivos8. Assistência Hemoterápica9. Assistência Nefrológica e Dialítica10. Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica11. Radioterapia12. Medicina Oxigenoterapia Hiperbárica13. Assistência Farmacêutica14. Assistência Nutricional15. Atendimento Oftalmológico16. Atendimento Pré-Hospitalar e Remoção Inter-Hospitalar17. Odontologia18. Telemedicina19. Atenção Primária à Saúde (APS)20. Atenção Domiciliar
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA	<ol style="list-style-type: none">1. Análises Clínicas2. Anatomia Patológica e Citopatologia3. Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados4. Diagnóstico por Imagem5. Medicina Nuclear6. Radiologia Intervencionista7. Métodos Endoscópicos e Videoscópicos
GESTÃO DE APOIO	<ol style="list-style-type: none">1. Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar2. Gestão de Infraestrutura3. Limpeza e Desinfecção de Superfícies4. Processamento de Produtos para Saúde5. Processamento de Roupas/Enxoval

Fonte: ONA (2021).

Nos níveis 1 e 2, para cada aspecto avaliado, há uma série de requisitos que não serão reproduzidos aqui em função de sua extensão. No Nível 3, de excelência, os requisitos que devem estar presentes em função de cada aspecto avaliado são:

1. Apresenta um modelo de gestão inovador, proativo, disseminado e integrado à estratégia.
2. Sustenta o planejamento estratégico definido pela instituição.
3. Utiliza os resultados dos processos para promoção de ciclos de melhoria e tomada de decisão.
4. Promove ciclos de melhorias a partir dos resultados dos protocolos e comissões.
5. Estimula a participação do paciente e família no redesenho dos processos e propõe mudanças a partir dos achados.
6. Utiliza os resultados da experiência do paciente para gerar valor às partes interessadas, promovendo melhorias.
7. Promove ações para o cuidado centrado na pessoa, utilizando os resultados para gerar valor à todas as partes interessadas.
8. Avalia e monitora a efetividade da sistemática da Gestão de mudança.
9. Promove ciclos de melhoria a partir dos resultados de Governança Clínica.
10. Demonstra que a gestão de riscos e suas informações são utilizadas para promoção de ciclos de melhoria.
11. Promove ações para fortalecimento contínuo da cultura de segurança na organização.
12. Sustenta um ambiente favorável para a aprendizagem, cultura justa e colaboração entre as equipes.



13. Utiliza os resultados das auditorias para promover melhorias nos processos e mudança da cultura organizacional.
14. Demonstra que as tomadas de decisão promovem a sustentabilidade da organização.
15. Estabelece processo transparente para divulgação dos resultados institucionais para a sociedade.
16. Promove processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes/clientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes/clientes, acompanhantes e prestadores de cuidado.
17. Demonstra responsabilidade com o ambiente e com o contexto onde está inserida,
18. Promove ações voltadas para a sustentabilidade socioambiental.

O HSJ foi avaliado em 2021 e acreditado com o Nível 3, de excelência em gestão, o que demonstra a maturidade da cultura organizacional do hospital.

O que torna este achado uma boa prática é:

- A existência do Setor de Qualidade, que garante o controle e a agilidade dos processos;
- A descentralização da tomada de decisão, como forma de colocar em prática os princípios da política de humanização do SUS
- Acreditação Nível 3 pela ONA;
- O cumprimento preciso e humanizado dos fluxos e protocolos.

3.1.7 Achado 7: inovação tecnológica voltada para o giro de leitos

Devido à implementação da atualização e inovação tecnológica voltadas para o giro de leitos, o HSJ apresenta alta capacidade de atendimento, levando a um melhor desempenho das altas, impactando de forma considerável para o aumento na rotatividade dos leitos e eficiência do hospital.

Na medicina, a implementação de inovações tecnológicas é um fator que contribui para maior assertividade e resolutividade da assistência, bem como para a diminuição de custos. Nesse sentido, a utilização de novas tecnologias contribui para a eficácia do tratamento, a redução da taxa de infecção hospitalar, a diminuição da necessidade de medicamentos e, principalmente, abrevia o tempo de morbimortalidade do paciente, evitando internações indesejadas, colaborando assim para o giro de leitos e para a economia do hospital.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Radioterapia (SBR), a incidência de câncer nas próximas décadas irá aumentar exponencialmente, considerando, sobretudo, o envelhecimento da população. No tratamento de neoplasias, é comum a aplicação de radioterapia, e cerca de 77% dos pacientes que necessitam desse tratamento dependem do SUS (SBR, 2021). A evolução da radioterapia culminou com o desenvolvimento dos Aceleradores Lineares de Partículas, equipamentos considerados o padrão ouro para a aplicação radioterapia, com larga vantagem em segurança e efetividade sobre outros tipos.



Critérios

Em seu art. 5º, a PNHOSP (Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017) apresenta, entre os conceitos que fundamentam a atenção hospitalar no SUS, o “gerenciamento de leitos” como dispositivo para otimização da utilização dos leitos, a partir da utilização de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação e abrir novas vagas para demandas represadas. O mesmo artigo define “linha de cuidado” como a estratégia de organização da assistência que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida.

Por sua vez, o Anexo 2 da PNHOSP, que aponta as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, dispõe, no inciso V do art. 7º, sobre a necessidade de “realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização”, dentre as competências dos hospitais. Aponta também, no inciso VI do art. 8º, que os hospitais devem “dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica”.

De acordo com a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Anexo XLI da PRC nº 2/2017), em atenção ao princípio da integralidade, a incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde deve ser realizada visando à eficácia e à segurança, de modo a que os benefícios superem os danos ou riscos.

Constatação

Conforme se verificou na visita *in loco*, o HSJ aumentou sua capacidade de atendimento de radioterapia, por meio da aquisição de duas unidades do acelerador linear, modelo TrueBeam – Siemens/Varian, aparelho utilizado no tratamento de alguns tipos de neoplasias (câncer).

A atualização dos aparelhos na radioterapia é relevante para que a acurácia necessária seja atingida, podendo colaborar para a redução o número de sessões de radiação a que o paciente é submetido, aumentando a resolutividade e, conseqüentemente, permitindo o aumento no volume de atendimentos, em conformidade com o art. 5º da PNHOSP. Considerando seu potencial de abreviar o tratamento, essa medida guarda estreita vinculação com a enorme fila de espera para pacientes tratados pelo SUS.

Em seu art. 5º, a PNHOSP (Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 2/2017) apresenta, entre os conceitos que fundamentam a atenção hospitalar no SUS, o “gerenciamento de leitos” como dispositivo para otimização da utilização dos leitos, a partir da utilização de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação e abrir novas vagas para demandas represadas. Tal critério tem estreita vinculação com a enorme fila de espera para pacientes tratados pelo SUS que não dispõe de um aparelho que tem um tempo menor de aplicação de sessões de radioterapia.

Os novos aparelhos adquiridos pelo HSJ em 2021 agregam benefícios significativos para os pacientes, por serem capazes de reduzir a quantidade de aplicações e de obter melhores resultados. O aparelho utilizado anteriormente (IX- Siemens/Varian) exigia que o paciente recebesse cerca de 15 doses de radiação até a conclusão do tratamento. O novo (TrueBeam – Siemens/Varian) reduz essa quantidade para 5 doses, ou seja, diminui em 3 vezes o número total de aplicações necessárias (Figura 19). Com essa nova tecnologia, o raio a ser aplicado na área do corpo acometida pelo câncer tem uma precisão maior, evitando que a pele do paciente sofra lesões secundárias, tais como queimaduras e outros efeitos colaterais que, além de indesejáveis, aumentam a permanência do paciente no hospital. Outro fator importante a destacar é que por ser um hospital regional, o HSJ atende pacientes de várias localidades, municípios próximos onde o HSJ é a referência para o tratamento de oncologia. Quando ocorre de um paciente estar utilizando um equipamento com tecnologia antiga o tempo aproximado de permanência próximo ao hospital desse paciente pode variar até 15



dias. Já com s novos aparelhos utilizados pelo HSJ esse tempo diminui bastante podendo estar reduzido a meros 5 dias. Isso implica inclusive em redução de custos para os municípios que referenciam seus pacientes ao HSJ. Uma vez que alguns municípios pagam hospedagens próximas ao HSJ para que o paciente tenha o tratamento planejado executado integralmente.

Figura 19 – Diferença entre os modelos de acelerador linear

Acelerador	Número de Frações* de Radioterapia
IX - Siemens/Varian	Média: 15.447769
	Mediana: 15
	Nº Pacientes: 71
TrueBeam - Siemens/Varian	Média: 8.897436
	Mediana: 5
	Nº Pacientes: 77

Fonte: Hospital São José.

Nota: * Frações = doses

Observações:

¹ Dados do equipamento novo, em funcionamento desde 04/07/2022.

² Considerar que o modelo IX funciona 12 horas por dia, e o TrueBeam funciona 10 horas por dia.

Em seu planejamento estratégico, o HSJ dispõe de metas voltadas para a inovação tecnológica, como a substituição gradual dos equipamentos de forma que estes se mantenham atualizados frente às novas tecnologias hospitalares disponíveis para aumentar a capacidade de atendimento e aumentar a receita do hospital. A gestão de tecnologias em saúde, de acordo com a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, envolve processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. A decisão pela aquisição de equipamentos mais avançados e a implantação de novas tecnologias considera diferentes aspectos, tais como: redução de gastos com a obsolescência de equipamentos, ganhos com o aumento na rotatividade de leitos, segurança para o paciente, qualidade e resolutividade da assistência, entre outros. Tais procedimentos são tomados de forma alinhada com a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

Esses elementos contribuem para aumentar o giro de leitos e, conseqüentemente, a eficiência do hospital, visto que a utilização de uma tecnologia mais avançada evita que eventos adversos aconteçam – tais como uma possível queimadura em função da grande área de exposição à radiação que seria emitida pelo aparelho mais antigo –, exigindo cuidados adicionais. A acurácia do tratamento, além de evitar que haja internações para resolução de problemas secundários ao tratamento, também aumenta a resolutividade, evitando que a condição do paciente se agrave, prevenindo assim a ocupação desnecessária de um leito.

A aquisição de mais unidades do acelerador linear propicia a continuidade de tratamentos dos pacientes mesmo quando há necessidade de manutenções preventivas, aumenta a precisão e a agilidade do tratamento, diminui o tempo de giro de leitos e reduz custos de estadia de pacientes que vêm de outros municípios da região para realizar tratamento, entre outros benefícios.



O que torna este achado uma boa prática é:

- *Maior precisão no tratamento, aumentando a resolutividade da assistência e evitando eventos adversos;*
- *Diminuição do tempo de tratamento e antecipação das altas, o que permite que o paciente retorne o mais breve possível para suas atividades normais;*
- *Redução de custos de hospedagem para os municípios vizinhos, que dependem do tratamento oferecido pelo hospital;*
- *Diminuição da necessidade de internações de cunho social para pacientes que não têm hospedagem para completar o tratamento;*
- *Prevenção de interrupções desnecessárias ao tratamento em função da realização de manutenção preventiva.*

Proposta de encaminhamento

Recomenda-se ao HSJ que:

- a) Cumpra a previsão de renovação tecnológica com periodicidade adequada conforme estabelecido no planejamento estratégico;
- b) Amplie a implementação de novas tecnologias que possam colaborar para aumentar a resolutividade e a qualidade, abreviando o tempo gasto no tratamento dos pacientes, diminuindo custos e melhorando rotatividade de leitos;
- c) Garanta contínua capacitação dos profissionais do hospital para a utilização adequada de novas tecnologias que beneficiam direta ou indiretamente o giro de leitos.

3.1.8 Achado 8: sistematização de fluxo interno, segurança do paciente, controle de infecção e controle de custos relacionados ao giro de leitos

Devido à antecipação segura das altas, à diminuição da taxa de infecção cirúrgica e à alta conformidade na Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente da Anvisa, o HSJ apresenta qualidade na assistência com diminuição da exposição dos pacientes a infecções hospitalares, o que levou à diminuição do tempo de permanência nos leitos e redução de custos, impactando de forma considerável para o aumento na rotatividade dos leitos.



O uso de ferramentas como a informatização e o uso de protocolos favorece a otimização dos processos e contribui para garantir maior segurança para o paciente. Evitar os riscos relacionados à segurança é um dos aspectos que colabora para a antecipação segura das altas e para aumentar a eficiência no giro de leitos, impactando na redução de custos.

É válido ressaltar que a falta de organização e a falta de recursos voltados para a segurança do paciente no ambiente hospitalar podem trazer prejuízos, tanto para a instituição de saúde, com perda financeira e para a própria imagem, quanto para o paciente, que pode ter seu problema de saúde agravado, sendo exposto a possíveis sequelas e até mesmo à morte nos casos de erros mais graves.

Assim, destacam-se os protocolos de assistência à saúde, os quais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, apresentando em sua estrutura as rotinas e procedimentos relativos à condição de saúde determinada, especificando as atividades a serem executadas por cada profissional, os materiais que devem estar à disposição, as normas relacionadas, entre outras informações relevantes. Nesse contexto, este achado trata dos protocolos institucionais de modo geral, enquanto os protocolos clínicos selecionados para acompanhamento em tempo real serão explicados em detalhe no achado 9.

Ainda nesta linha, o controle de infecção e custos colaboram diretamente para que o giro de leitos seja exitoso, pois diminuindo o tempo de internação do paciente, estaremos evitando assim toda sorte de infecções oportunistas e ao mesmo tempo trazendo eficiência e resolutividade no desfecho dos casos, o controle de custos, ou gestão de gastos, é o processo de organização administrativa para verificar, monitorar e analisar todos os custos fixos e variáveis de uma empresa.

O giro de leitos é um fator que tem ligação direta com a gestão dos custos do hospital, proporcionando aumento da receita, redução de desperdício, otimização de tempo e demais recursos. Contudo, por si só ele não pode ser considerado um índice de eficiência se não for acompanhado de um atendimento seguro, pautado na qualidade e com desfechos positivos para o usuário.

Critérios

Para que haja eficiência, é preciso que critérios mínimos de qualidade sejam respeitados. No SUS, isso significa que as necessidades de saúde do paciente devem ser plenamente atendidas de forma resolutiva, com equidade e segurança. Nesse sentido, a RDC Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, entre elas, a implantação e implementação de protocolos de segurança do paciente.

A PNHOSP, no art. 12, § 7º, ratifica a necessidade de os hospitais adotarem medidas para garantir a segurança e a qualidade da assistência, atribuindo à instituição a responsabilidade de implantar os núcleos de Segurança do Paciente, nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

A Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, estabelece diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares, com as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas para a redução máxima possível das infecções hospitalares.

Os protocolos básicos de segurança do paciente, aprovados pelas Portarias nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, e nº 1.377, de 9 de julho de 2013, buscam reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos mais comuns no ambiente hospitalar estabelecendo as melhores práticas para: higiene das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.



Acrescente-se, ainda, a RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que traz o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, que trata de segurança no que se refere à infraestrutura necessária.

A Portaria de Consolidação nº 5/2017, no Capítulo VIII, Seção I, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que orienta acerca de medidas que devem ser tomadas no âmbito do SUS para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde – eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou que resultaram em dano desnecessário para o paciente.

Em seu art. 160, o PNSP define a cultura de segurança a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização, que envolvem: a responsabilidade dos trabalhadores com a segurança; a priorização da segurança em relação a metas financeiras e operacionais; o incentivo à identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança; o aprendizado contínuo a partir dos incidentes; e os recursos, a estrutura e a responsabilização para a manutenção da segurança.

Acrescente-se que a OMS, em parceria com a Joint Commission International (JCI), estabeleceu as metas internacionais de segurança do paciente:

- 1) Identificar o paciente corretamente;
- 2) Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;
- 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5) Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e
- 6) Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

De acordo com o *Referencial básico de auditoria de eficiência hospitalar* (TCU, 2022, p. 15), “reduções no tempo médio de permanência, sem que haja comprometimento da segurança do paciente, são capazes de aumentar de forma expressiva a eficiência da unidade”.

No que se refere aos indicadores relacionados ao giro de leitos, em especial a taxa de ocupação de leitos e de readmissão hospitalar, a ANS oferece parâmetros ideais em “Taxa de ocupação operacional Geral” (ANS, 2012) e “Painel geral: fichas técnicas dos indicadores” (ANS, 2020), publicadas no âmbito do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – Qualiss.

Constatação

Segurança do Paciente

No HSJ, a assistência é organizada visando à qualidade do atendimento, com segurança para o paciente, em conformidade com a RDC Anvisa nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Essa situação foi verificada por meio da documentação de qualidade do hospital, bem como na visita *in loco*. Para garantir a aplicação das boas práticas de segurança do paciente, os protocolos de assistência à saúde no HSJ são sistematizados e integrados, sendo efetivamente utilizados dentro de uma crescente cultura de segurança, uma vez que são entendidos pelos funcionários como determinantes para garantir segurança a todos os envolvidos na assistência à saúde (pacientes e profissionais de saúde).

Por meio de observação direta, foi possível constatar que exames e procedimentos são realizados com a identificação correta e precisa do paciente por meio de pulseiras. A segurança na administração de medicamentos é garantida com a utilização de código de barras, que facilita a correta identificação do paciente (como será tratado em mais detalhe no achado 11).

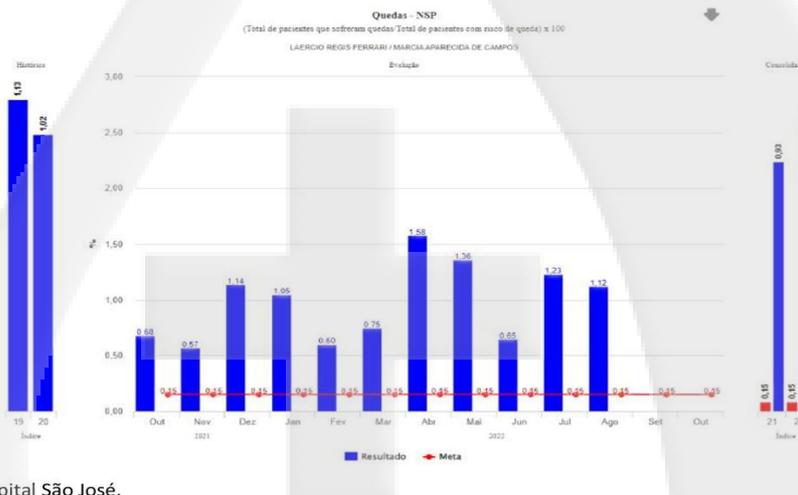


O processo de identificação é apoiado por ferramentas de comunicação utilizadas na passagem de plantão e no *round*,¹⁶ a exemplo do *check-list* de passagem de plantão e do formulário de transição de cuidado SBAR,¹⁷ cujas informações também são registradas no sistema Tasy. A passagem de plantão é um momento que exige uma comunicação eficiente para evitar riscos para o cuidado, daí a importância da existência de processos normatizados.

O Protocolo de Cirurgia Segura do MS é aplicado na execução de cirurgias, com demarcação cirúrgica realizada em uma sala pré-cirúrgica, evitando riscos ao paciente.¹⁸ A identificação correta do local do corpo do paciente que receberá a intervenção cirúrgica deve ser realizada pelo médico antes que o paciente seja levado para a sala de cirurgia e, sempre que possível, deve ser feita com o paciente acordado e consciente, para que ele possa confirmar o local da intervenção. Negligenciar essa etapa traz insegurança ao processo cirúrgico, haja vista a quantidade de cirurgias realizadas no local errado.¹⁹

Por sua vez, o protocolo de queda é aplicado com uma sensibilidade alta, pois são notificadas até as ocorrências sem danos ao paciente, por isso os resultados para esse indicador são elevados, ou seja, apresentam-se acima da meta estipulada (Figura 20).

Figura 20 – Resultados do indicador de quedas (2018-ago. 2022)



Fonte: Hospital São José.

¹⁶ *Round* é uma reunião multiprofissional realizada todos os dias para definir as condutas e terapêuticas aplicadas aos pacientes internados.

¹⁷ O SBAR é um método estruturado para comunicação de informação crítica que permite compartilhar a informação de maneira concisa. Com base num modelo mental compartilhado pela equipe, as informações acerca do quadro clínico do paciente são organizadas em torno dos seguintes elementos: situação, breve histórico, avaliação e recomendação (SBAR).

¹⁸ De acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura do MS, uma revisão sistemática realizada em 2008 sobre a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados revelou que dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico.

¹⁹ De acordo com a Fiocruz (2014), uma “análise de eventos sentinela relatados pela Joint Commission (JC), dos EUA, entre 1995 e 2006, apontou que 13% dos eventos adversos relatados devia-se a cirurgias em sítios errados”.



No que se refere à higiene das mãos, prática que contribui de forma relevante para reduzir os índices de infecção, observa-se presença satisfatória de dispensadores de álcool gel nos corredores e salas, porém, as pias para lavagem das mãos são em número pequeno e posicionadas em locais de difícil acesso, o que não favorece sua utilização.

Em relação a esse ponto, o HSJ se manifestou afirmando que observa os dispositivos da Portaria nº 1.323, de 08 de junho de 2011 e do manual de *Segurança do paciente: higienização das mãos* (Anvisa, 2009), e que, nesses termos, considera adequada a disposição das pias. Porém, de acordo com a RDC Anvisa nº 50/2002, que traz o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde:

B.4 Colocação de Lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos

[...]

Sempre que houver paciente (acamado ou não), examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem de mãos através de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência. Nos locais de manuseio de insufláveis, amostras, medicamentos, alimentos, também é obrigatória a instalação de pias/lavatórios.

B.4.1 Compartimentos Destinados à Internação de Pacientes Adultos e Infantis

Cada quarto ou enfermaria de internação deve ser provido de banheiro exclusivo, além de um lavatório/pia para uso da equipe de assistência em uma área anterior a entrada do quarto/enfermaria ou mesmo no interior desses, fora do banheiro. Um lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria pode servir a no máximo 4 (quatro) quartos ou 2 (duas) enfermarias.

B.4.8 Consultórios e Salas de Exames de Emergência e Urgência

Deve(m) existir lavatório(s) exclusivo(s) para uso da equipe de assistência dentro dos próprios ambientes. Caso exista um sanitário ou banheiro dentro do consultório/sala, fica dispensada a existência de lavatório extra. Consultórios exclusivos para atividades não médicas não necessitam desses lavatórios.

Ainda, de acordo com o próprio manual citado pelo HSJ, o fácil acesso às pias, quer em número, quer em localização é um dos principais fatores que interferem na adesão às práticas de higienização das mãos. O manual orienta também que, os lavatórios/pias devem ter fácil acesso e atender, no mínimo, a seguinte proporção

- Quarto ou enfermaria: um lavatório externo pode servir a, no máximo, quatro quartos ou duas enfermarias;
- Unidade de Terapia Intensiva: deve existir um lavatório a cada cinco leitos de não isolamento;
- Ambientes destinados ao preparo e cocção de alimentos e mamadeiras: um lavatório em cada ambiente;
- Berçário: um lavatório a cada quatro berços;
- Ambientes destinados à realização de procedimentos de reabilitação e coleta laboratorial: um lavatório a cada seis boxes;
- Unidade destinada ao processamento de roupas: um lavatório na área "suja" (banheiro) e um lavatório na área "limpa".

Entretanto, em que pese a dificuldade prática observada em relação à lavagem das mãos, os resultados dos indicadores monitorados pelo HSJ apontam que tal limitação não tem influenciado negativamente na qualidade do atendimento prestado pelo hospital, visto que o índice de infecção vem caindo ano após ano.



Na visita *in loco*, foi possível constatar o cumprimento da lista de verificação dos seis principais protocolos de segurança do paciente avaliados pela Anvisa. Desse modo, de acordo com a Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente 2021 (Anvisa, 2022), o HSJ apresenta alta conformidade às práticas de segurança.²⁰

A “Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente” para hospitais com leitos de terapia intensiva (hospitais prioritários) é promovida anualmente pela Anvisa desde 2016. Realizada em parceria com os Núcleos de Segurança do Paciente de Vigilância Sanitária (NSP VISA) do país, essa iniciativa está apoiada no Plano Integrado de Gestão Sanitária da Segurança do Paciente 2021-2025, consistindo em uma importante estratégia para a promoção da cultura da segurança, uma vez que enfatiza a gestão de riscos, o aprimoramento da qualidade e a aplicação das boas práticas em serviços de saúde. O instrumento avalia indicadores de estrutura e processo, baseados na RDC nº 36/2013, que institui as ações de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Em 2021, a Anvisa avaliou em Santa Catarina 64 estabelecimentos de saúde, dos quais somente 31 foram classificadas como alta conformidade, e o HSJ está entre elas.

As verificações realizadas durante a execução desta auditoria apontam que a cultura de segurança está presente em todos os setores do hospital, favorecendo o desempenho na entrega de valor em saúde para os usuários. O art. 6º da RDC Anvisa nº 36/2013 orienta a disseminação sistemática da cultura de segurança pelo Núcleo de Segurança do Paciente do hospital, entretanto essa resolução não determina parâmetros para a mensuração de sua aplicação pelos estabelecimentos de saúde. No HSJ, a preocupação com a cultura de segurança motivou a realização de uma pesquisa, a cada dois anos, para avaliar a situação da cultura de segurança do hospital. Em 2022, essa pesquisa apontou uma média de melhoria de 7% nos resultados em relação a 2020.

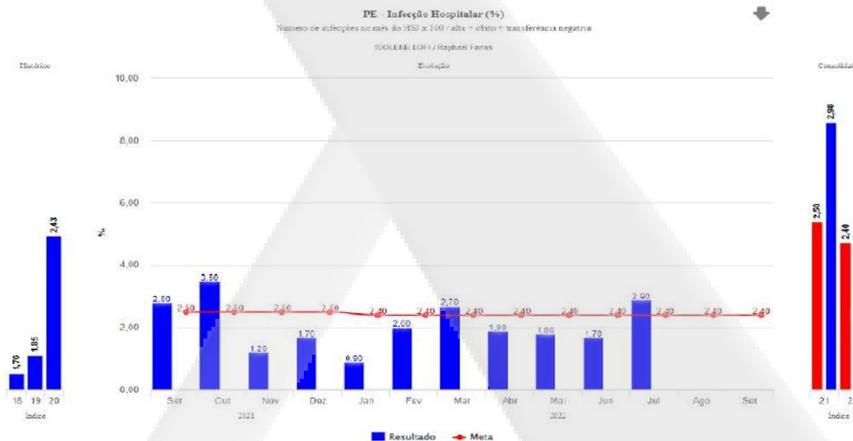
Em parceria com o Grupo de QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) a Anvisa realiza desde 2021 a Avaliação Nacional da Cultura do Paciente, cujos relatórios são disponibilizados em seu *site*. A Avaliação é feita por meio do “[E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar](#)”, por meio dos quais os hospitais podem fazer uma avaliação rápida e confiável da cultura de segurança do paciente (CSP) e visualizar os resultados. São disponibilizados dois aplicativos gratuitos que dispõem de uma versão traduzida e adaptada para o Brasil da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) dos Estados Unidos (EUA).

Controle de infecção hospitalar

A taxa de infecção hospitalar geral no HSJ teve uma redução em 2022, conforme se observa na Figura 21, que apresenta o histórico das taxas de infecção hospitalar dos últimos 5 anos com base no relatório de indicadores de análises críticas emitido pelo *software* Interact. Para alcançar esse resultado, a organização do trabalho de controle de infecção no HSJ mostrou ser determinante, com estabelecimento de metas, aplicação de protocolos, acompanhamento de indicadores e treinamento regular dos colaboradores do hospital, conforme relatórios apresentados à equipe de auditoria.

²⁰ No relatório da Anvisa, os hospitais são apresentados por ordem alfabética do nome do município, não havendo uma classificação, pois todos os hospitais listados são os que apresentam alta conformidade.

Figura 21 – Série histórica do indicador de infecção hospitalar (2018-jul. 2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Essa taxa ficou ligeiramente acima da meta nos anos que coincidem com o período da pandemia da covid-19, ou seja, 2020 e 2021, em que o aumento da necessidade de procedimentos invasivos para o tratamento dos casos graves proporciona mais portas de entrada para infecções oportunistas. Já nos últimos meses de 2021, percebe-se que os índices passaram a cair progressivamente e o percentual de infecções passou a ficar a maior parte do tempo abaixo da meta nos últimos 12 meses. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que a taxa de infecções hospitalares chegue a 14% das internações, enquanto o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de até 5%. A meta do HSJ é até 2,5% de infecção.

De acordo com relatório apresentado pelo HSJ na fase de pré-planejamento da auditoria, a taxa de infecção em sítio cirúrgico também tem caído nos últimos cinco anos (2017-2021), passando de 0,90% em 2017 para 0,37% em 2021. Valor que se mostra satisfatório, uma vez que, segundo a ANS (2020), a referência nacional para esse indicador é manter-se abaixo de 1%.

O HSJ possui uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) instituída e atuante, em atendimento ao que dispõe a Portaria nº 2.616/1998, e conforme se verificou pela documentação apresentada (portaria e regimento da CCIH) e observação direta dos processos no HSJ. A CCIH é uma comissão deliberativa responsável por discutir e aprovar anualmente o Programa de Controle de Infecção (PCIH), que é a base para o desenvolvimento das ações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). O SCIH, por sua vez, é o órgão executivo que tem como principal função reduzir o risco de aquisição de infecções hospitalares por parte dos usuários das unidades hospitalares, especialmente no que se refere aos pacientes internados, a fim de melhorar a qualidade da assistência. Esse serviço contribui para diminuir a exposição dos pacientes ao alto índice de microrganismos presentes no ambiente hospitalar que podem levar a infecções oportunistas, reduzindo assim o tempo de permanência.

Eficiência no giro de leitos

Para controlar o giro de leitos, o HSJ utiliza vários indicadores, entre eles a taxa de ocupação, a taxa de readmissão em 30 dias e o *turnover*.

Como já comentado anteriormente, no caso do HSJ, a taxa de ocupação dos leitos SUS apresenta-se satisfatória, pois ficou dentro da média de 75% estabelecida como meta no PE.



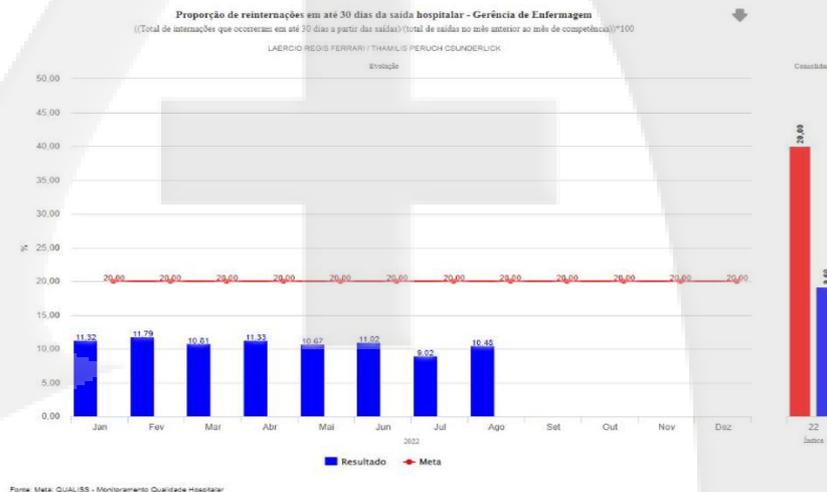
A ANS (2012) recomenda uma taxa de ocupação entre 75% e 85% para que haja um bom aproveitamento da capacidade do hospital, evitando-se o desperdício. A taxa de ocupação é um indicador que permite monitorar a capacidade de atendimento do hospital, possibilitando avaliar a existência de leitos ociosos ou, ao contrário, a superlotação. Desse modo, a gestão tem subsídios para tomar decisões acerca da usabilidade dos espaços. A taxa de ocupação hospitalar é calculada dividindo-se o percentual da quantidade de pacientes atendidos diariamente e o número de leitos disponíveis no hospital no mesmo período.

Uma taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada ao aumento de eventos adversos, à infecção hospitalar e à diminuição da segurança no ambiente assistencial. A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital.

Por sua vez, o percentual de reinternações no HSJ tem se mantido abaixo de 10% em 2022, como se pode constatar pelo gráfico com os resultados relativos a esse indicador no período de janeiro a agosto de 2022 (Figura 22), conforme relatório apresentado pelo hospital. A ANS (2020) indica como referência uma meta menor ou igual a 20%, o que coincide com a meta estabelecida pelo HSJ em seu PE.

O indicador de readmissão hospitalar refere-se à taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 30 dias desde a última vez em que foram atendidas na unidade hospitalar. Desse modo, é um reflexo da qualidade de atendimento e do cuidado prestados ao paciente nos hospitais, pois, quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Figura 22 – Resultado do indicador de Proporção de reinternações em até 30 dias (jan.-ago. 2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Já para a taxa de *turnover*, conforme se observa na Figura 23, o HSJ tem mantido uma média de 2,54% em 2022, conforme relatório de desempenho emitido pelo Interact e fornecido pelo hospital. Em seu planejamento estratégico, o HSJ estabeleceu como meta para 2022 uma taxa de 1,60%, tendo como base os resultados de 2020 e 2021. Segundo Gonçalves *et al.* (2021), não existe um parâmetro ideal para a taxa de rotatividade, que pode ser definida em função da situação específica de cada instituição. Mas é

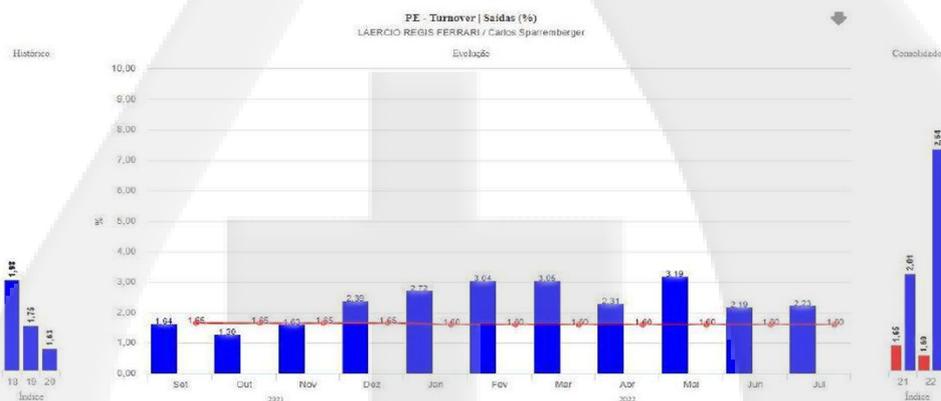


consenso entre especialistas da área de gestão que, para evitar prejuízos econômicos maiores, o índice de rotatividade recomendado é de 3% a 10% por mês. Assim, mesmo nos meses em que a taxa ultrapassou a meta, indicando aumento na rotatividade, considera-se que o valor ainda está dentro do aceitável, indicando que a retenção e a capacitação dos profissionais têm se mantido satisfatória.

Vale esclarecer que a taxa de *turnover* é um índice que aponta a rotatividade dos profissionais que atuam no estabelecimento de saúde, considerando a proporção de demissões e contratações em determinado período. Ela se torna um indicador importante, pois, quando os resultados se apresentam muito acima do ideal, configuram-se prejuízos diversos, como:

- profissionais que deixam a instituição e levam consigo todo o conhecimento que acumularam ao longo do exercício de suas funções e na integração com os outros colaboradores;
- encargos com demissões e contratações, que impactam no orçamento;
- custos com o recrutamento, o treinamento e a integração de novos profissionais; e
- diminuição da produtividade.

Figura 23 – Resultado do indicador de Taxa de rotatividade de profissionais (*Turnover*)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Controle de custos

No ambiente hospitalar, o custo do leito é avaliado por meio da relação entre a média de permanência do paciente no leito e o custo para a manutenção desse leito.

O relatório apresentado na Figura 24 exhibe uma análise comparativa do custo dos leitos entre 2021 e 2022 no HSJ. É possível observar claramente o impacto que a diminuição do tempo de permanência tem sobre a redução dos custos relacionados com a gestão de leitos. Entre janeiro e julho de 2022, a diminuição da média de permanência representou uma economia total de R\$ 5.890.045,25.



Figura 24 – Comparação entre custos e tempo de permanência do paciente

HOSPITAL SÃO JOSÉ		Calculadora Leitos x Média de Permanência x Custo Leitos	
UTI Convênios		Pacientes a ser analisado	
Leitos	10,00		
Custo total	576.571,00		
Diárias Mês	300	Diárias	
Custo da diária	1.921,90	5.765,71 3	
Leitos Internação SUS		Pacientes a ser analisado	
Leitos	256,00		
Custo total	3.687.584,19		
Custo da diária	7.880,00	Diárias	
	480,15	7.202,31 15	

Análise: Caso não haja leitos de UTI SUS é analisado o tempo de permanência que o paciente deve aguardar e se constatado um maior custo é utilizado um leito de UTI convênio pa ra o mesmo como forma de redução de custos

Ano	Média de Permanência												Média
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Média de permanência 2021	5,94	5,40	6,70	7,19	6,42	6,02	5,21	4,69	4,56	4,66	4,26	4,28	5,45
Média de permanência 2022	4,88	4,42	4,45	4,45	4,37	4,42	4,35	4,12	4,22				4,4
Custo da Diária 2022	540,25	540,25	540,25	528,98	496,71	504,57	480,15						
Diárias 2022	7.081	6.903	7.568	7.287	7.798	7.559	7.787	7.811	7.167				
Internações 2022	1.451,02	1.561,76	1.700,67	1.633,03	1.784,44	1.710,18	1.790,11	1.995,87	1.698,34				
Diárias com MP de 2021	7.908,06	8.511,62	9.286,67	8.900,03	9.725,19	9.320,49	9.756,13	10.332,51	9.255,96				
Diárias economizadas 21/22	827,08	1.608,62	1.700,67	1.633,03	1.927,19	1.761,49	1.969,13	2.521,51	2.088,96				
Economia	446.832,14	869.055,68	918.769,21	863.842,17	957.256,78	888.793,21	945.476,08	-	-				

Fonte: Hospital São José.

O que torna este achado uma boa prática é:

- Existência de protocolos de assistência à saúde sistematizados e integrados, dentro de uma crescente cultura de segurança;
- Presença de mecanismos de identificação precisa do paciente e comunicação efetiva entre as equipes;
- Alta conformidade às práticas de segurança, em observância ao preconizado pela RDC Anvisa nº 36/2013;
- Preocupação com o monitoramento dos indicadores e medição da cultura de segurança de forma periódica, como subsídio à tomada de decisão.

Proposta de encaminhamento

Recomenda-se ao HSJ que:

- Aumente o número de pias para lavagem das mãos e posicione-as em locais de fácil acesso, favorecendo sua utilização;

Recomenda-se à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde que:

- Crie índice de alta conformidade recorrente de instituições de saúde avaliadas desde 2016 pela Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente (Anvisa).



3.1.9 Achado 9: acompanhamento do cuidado em tempo real

Devido ao gerenciamento em tempo real dos protocolos, ocorreu o acompanhamento do padrão de cuidado, levando à melhoria na adesão aos protocolos, na qualidade e na segurança no atendimento e desfechos favoráveis, impactando no aumento do giro de leitos.

De acordo com a OMS, as doenças cardiovasculares consistem na principal causa de morte evitável em todo mundo. Entre essas doenças, as principais são o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Tromboembolismo Venoso (TEV).²¹ No ambiente hospitalar, o TEV é a principal causa de morte hospitalar evitável, pois o risco de desenvolver coágulos sanguíneos é maior em pacientes hospitalizados devido à imobilidade e/ou cirurgia. Por sua vez, a Sepsé é considerada a principal causadora de mortes em UTIs, sendo responsável por cerca de 240 mil mortes por ano no Brasil.²²

Para esses problemas de saúde, a agilidade no atendimento é essencial para a obtenção de bons resultados no tratamento. Por exemplo, na fase aguda do AVC, costuma ser necessária a aplicação de um remédio na veia do paciente para dissolver o coágulo, mas isso tem de ser feito em até 4 horas e 30 minutos após o seu início.

Desse modo, uma forma ágil e eficaz de alcançar melhores resultados é o gerenciamento em tempo real dos protocolos clínicos para atendimento e priorização dos pacientes acometidos com essas doenças. Para tanto, os protocolos são inseridos no sistema para que cada etapa do atendimento possa ser acompanhada pelas equipes e os respectivos indicadores possam ser monitorados.

Critérios

No art. 12, § 8º, a PNHOSP recomenda aos hospitais a adoção de protocolos para garantir a segurança e a qualidade da assistência.

A Portaria nº 2.095/2013 considera que:

a gestão voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças.

Assim, a elaboração de protocolos baseados em evidências, bem como a integração e a sistematização dos processos de cuidado, são aspectos que os hospitais devem adotar visando garantir a qualidade e a segurança da assistência, que se refletem nos resultados dos indicadores de eficiência do hospital.

De acordo com a ONA (2022), a definição de protocolos clínicos com base no perfil epidemiológico da população atendida e em evidências científicas é um dos critérios avaliados no processo de acreditação de qualidade, assim como o estabelecimento de uma sistemática para gerenciamento e monitoramento efetivos dos protocolos implantados.

²¹ Disponível em: <https://bit.ly/3QSBOi3>

²² Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/sepse-maior-causa-de-morte-nas-utis>



Constatação

No HSJ, as equipes fazem um acompanhamento fiel dos protocolos, conforme se observou na visita *in loco*. Essa situação contribui para o aumento da segurança e a obtenção de desfechos favoráveis, com redução da mortalidade, redução no tempo de internação hospitalar e retorno precoce do paciente para suas atividades habituais, o que ficou evidenciado por meio dos relatórios de desempenho de indicadores apresentados pelo HSJ. Assim, além de promover o aumento do giro de leitos, também contribui para reduzir o desperdício nos custos do tratamento.

Além dos protocolos de segurança do paciente, protocolos clínicos e administrativos, o HSJ implementou protocolos clínicos de assistência para as doenças de maior prevalência e gravidade – AVC, IAM, TEV e Sepsis ou choque séptico –, que se diferenciam dos anteriores por terem acompanhamento em tempo real por meio do sistema Tasy, fato que a equipe de auditoria pôde verificar na visita *in loco*. Tais protocolos trazem as atividades, bem como os profissionais responsáveis, procedimentos e insumos necessários para sua execução, e passaram a ser priorizados em relação aos demais, considerando a relevância da questão do tempo no atendimento e o potencial que essas doenças têm de gerar incapacidades ou mesmo a morte dos pacientes.

A iniciativa de elaboração desses protocolos teve como base estudos científicos e evidências relacionadas ao perfil epidemiológico da população assistida pelo hospital, em conformidade com os critérios estabelecidos pela ONA.

Acidente vascular cerebral

O AVC acontece quando vasos que levam sangue ao cérebro entopem ou se rompem, provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea. O AVC é uma doença que acomete mais os homens e é uma das principais causas de morte, incapacitação e internações em todo o mundo.

Observou-se no setor de Emergência que, por meio do sistema Tasy, é possível acompanhar o percurso do paciente com suspeita de AVC no hospital, verificar em tempo real a sequência de procedimentos dispostos no Protocolo de AVC à medida que vão sendo realizados, bem como o tempo de atendimento desde a chegada do paciente à recepção até sua internação ou alta.

Dessa forma, há registro do tempo decorrido na triagem, na sala de Emergência, na realização de exame de tomografia até a administração de medicamentos e solicitação de leito em UTI. Cada etapa do atendimento é registrada mediante a identificação do profissional e, caso este julgue necessário realizar alguma ação que não esteja prevista no protocolo, deverá justificar o ocorrido em campo próprio do sistema para posterior análise da chefia imediata e, se necessário, da direção.

Pelo *software* Interact, são monitorados os respectivos indicadores, entre os quais o “Tempo porta-agulha”, que mede o tempo dispendido para aplicação do tratamento trombolítico endovenoso para dissolver o coágulo sanguíneo que esteja obstruindo a artéria cerebral e causando a isquemia. Por padrão, o hospital definiu que medicamento deve ser administrado em até 60 minutos, sendo que, quanto mais precocemente a terapia trombolítica endovenosa é realizada, melhores os resultados obtidos.

O gráfico na Figura 25 permite observar o desempenho das equipes do HSJ na manutenção do tempo preconizado para restabelecer o fluxo sanguíneo para a área isquêmica cerebral pela dissolução do trombo.

Todo o fluxo de atendimento sistematizado no protocolo de AVC foi verificado *in loco*, por meio de uma simulação de atendimento, tendo um dos auditores como paciente. Desse modo, foi possível observar na prática o controle do tempo, bem como a expertise dos profissionais ao prestar o atendimento e priorizar o cumprimento do protocolo.

Figura 25 – Tempo porta-agulha



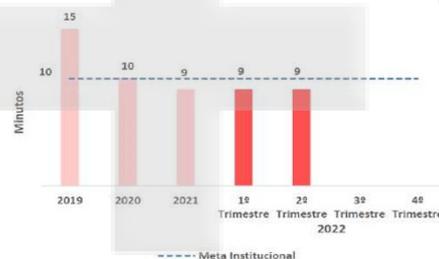
Fonte: Interact, Hospital São José.

Infarto agudo do miocárdio

O IAM, também conhecido como ataque cardíaco ou apenas infarto, é a condição patológica emergencial resultante da deficiência de irrigação sanguínea em determinadas áreas do tecido muscular do coração.

No HSJ o atendimento de IAM é um dos quatro protocolos gerenciados em tempo real, em que são observados indicadores específicos, como o Tempo porta x Eletrocardiograma (ECG), que mede o tempo desde a entrada do paciente no hospital até a realização e checagem do ECG. O preconizado pelo HSJ é que esse tempo seja de no máximo 10 minutos. O gráfico na Figura 26 demonstra o desempenho do hospital em relação a esse indicador nos últimos anos.

Figura 26 – Resultado do indicador de Tempo porta x Eletrocardiograma



Fonte: Interact, Hospital São José.

Tromboembolismo venoso

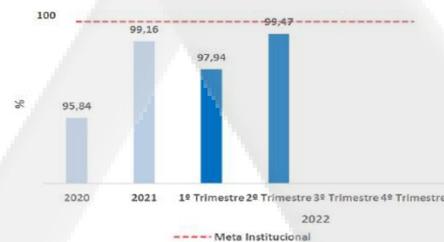
O TEV acontece quando um coágulo se forma na circulação sanguínea, prejudicando o fluxo de sangue nas veias pelo organismo. É uma doença muito comum e, quando não tratada corretamente, pode se agravar e até levar a morte.

O HSJ implantou o protocolo gerenciado de TEV em 2019, depois de um diagnóstico realizado de acordo com o programa TEV Safety Zone (TEVSZ).²³ Entre os indicadores específicos relacionados ao

²³ “O TEV Safety Zone (TEVSZ) é um programa global de educação médica continuada para implementação e otimização da prevenção do TEV no ambiente hospitalar, para auxiliar os profissionais de saúde a ficarem alertas sobre o risco de TEV e transformarem seus hospitais em ‘zonas livres de TEV’” (ROCHA *et al.*, 2020, p. 2).

tratamento de TEV está a Avaliação do risco de TEV nas primeiras 24 horas de internação, que mede o percentual de risco para TEV nas primeiras horas de internação, que permite identificar o risco o mais precocemente possível e estabelecer um tratamento preventivo. O gráfico da Figura 27 apresenta o desempenho do HSJ em relação a esse indicador, cujo resultado tem sido positivo.

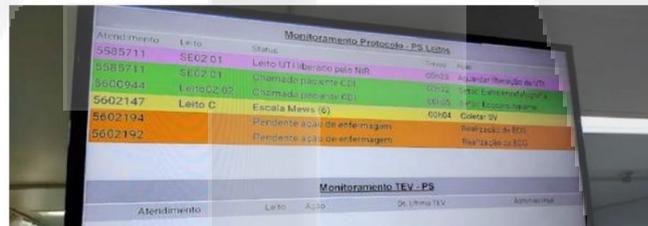
Figura 27 – Resultado do indicador de Avaliação do risco de TEV nas primeiras 24 horas de internação



Fonte: Interact, Hospital São José.

Na simulação deste protocolo realizada na UTI por ocasião da visita *in loco*, acompanhou-se virtualmente um paciente com TEV, em sua admissão na Enfermaria, na estabilização e na UTI. Na tela de atendimento da UTI (Figura 28) é possível observar o destaque para o monitoramento do protocolo de TEV pelas equipes.

Figura 28 – Painel da UTI



Fonte: papéis de trabalho da auditoria.

Sepse

A sepsé, ou septicemia, é uma doença desencadeada por uma inflamação, que se espalha pelo organismo diante de uma infecção. É potencialmente grave e pode levar à morte. Entre seus sintomas estão: febre, queda da pressão arterial, dificuldades respiratórias e a falência de órgãos.

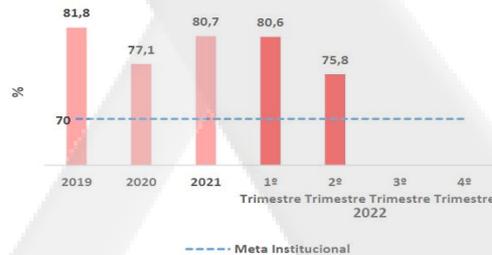
Desde a implantação do protocolo de Sepsé, em 2019, o HSJ tem se empenhado em treinar sua equipe multiprofissional visando a identificação precoce de casos de sepsé.

Entre os indicadores assistenciais do HSJ específicos para sepsé está, justamente, a adesão ao protocolo de Sepsé. Para que a adesão seja considerada satisfatória, todas as etapas devem ser cumpridas, incluindo a coleta de exame Lactato e de hemoculturas e a antibioticoterapia. O gráfico da



Figura 29 apresenta o resultado do indicador de adesão desde a sua implantação, que se manteve acima da meta estabelecida (70%), mesmo em 2020, no período mais crítico da pandemia de covid-19.

Figura 29 – Resultado do indicador de Adesão ao protocolo de sepse



Fonte: Interact, Hospital São José.

O que torna este achado uma boa prática é:

- Acompanhamento em tempo real de protocolos relacionados a doenças prevalentes;
- Definição de protocolos com base em evidências, considerando o perfil epidemiológico da população atendida;
- Monitoramento de indicadores por meio de sistema informatizado;
- Treinamento das equipes para a correta aplicação dos protocolos.

3.1.10 Achado 10: manutenção de equipamentos para UTI, Centro Cirúrgico e Emergência.

Devido à manutenção preventiva, corretiva e sistematizada dos equipamentos, ocorreu a prevenção de danos ou obsolescência de equipamentos médicos, levando à diminuição de atrasos nos atendimentos e evitando o cancelamento de cirurgias.

A manutenção adequada de equipamentos é essencial para a segurança no ambiente hospitalar, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes, além de evitar interrupções no atendimento e aumentar a eficácia da assistência prestada, colaborando, assim, para aumentar o giro de leitos e reduzir o desperdício de recursos.

Diversos problemas podem ser elencados no que se refere à manutenção dos equipamentos, tais como a falta de treinamento da equipe responsável pelo serviço, falta de organização das atividades, negligência ou imperícia na manutenção e obsolescência do equipamento.



Critérios

De acordo com o *Manual de segurança hospitalar*, publicado pela Anvisa (s.d.), a manutenção de equipamentos hospitalares é um dos aspectos a ser observado na segurança do ambiente hospitalar. O hospital precisa garantir a existência de uma equipe de manutenção capacitada e com os recursos necessários para realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos.

Desse modo, a previsão de procedimentos e rotinas voltadas para a manutenção deve ser observada pelos hospitais e é abordada por diversos normativos. Por exemplo, o art. 4º da Resolução RDC nº 509, de 27 de maio de 2021, da Anvisa, que trata do gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde, prevê que:

O estabelecimento de saúde deve definir e padronizar critérios para cada etapa do gerenciamento de tecnologias em saúde abrangidas por esta Resolução utilizadas na prestação de serviços de saúde.

Parágrafo único. O estabelecimento de saúde deve possuir, para execução das atividades de gerenciamento de tecnologias em saúde, normas e rotinas técnicas de procedimentos padronizadas, atualizadas, registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos, para cada etapa do gerenciamento.

Já a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Anvisa, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva. Mais especificamente, na Seção X, que trata dos Recursos Materiais, destacam-se os arts. 54 e 55:

Art. 54. Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso.

Art. 55. Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição.

O manual *Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção*, publicado pelo MS (BRASIL, 2002) traz orientações detalhadas para a implantação de um serviço de manutenção desses equipamentos no ambiente hospitalar. Segundo o referido manual, a equipe de manutenção precisa ter ciência acerca da importância do equipamento para os procedimentos clínicos ou atividades de suporte em que o equipamento será utilizado, as principais características do equipamento, sua vida útil etc. Esses dados subsidiarão a análise técnica na detecção de falhas, na avaliação da urgência de realização do serviço, no estabelecimento de rotinas de prevenção e manutenção e no nível de precisão exigido, visto que uma manutenção inadequada poderá comprometer a saúde e até mesmo a vida do paciente. Daí a importância de treinamentos constantes, monitoramento da produtividade e qualidade dos serviços realizados pela equipe de manutenção, bem como um bom relacionamento dos técnicos com o corpo clínico para maior efetividade na troca de informações necessárias. É essencial também o envolvimento do setor administrativo do hospital no que se refere ao auxílio na aquisição de novos equipamentos, no acompanhamento de testes e na instrução dos usuários por ocasião do recebimento de novos equipamentos.

No levantamento apresentado pelo relatório do Acórdão nº 1108/2020 – TCU Plenário, a falta de manutenção de equipamentos médico-hospitalares foi apontada como um dos fatores de risco que têm potencial de gerar impacto na entrega eficiente de serviços de saúde à população. Isso porque a falha ou indisponibilidade de um equipamento pode gerar atrasos nos atendimentos, o cancelamento de cirurgias e até mesmo acidentes.

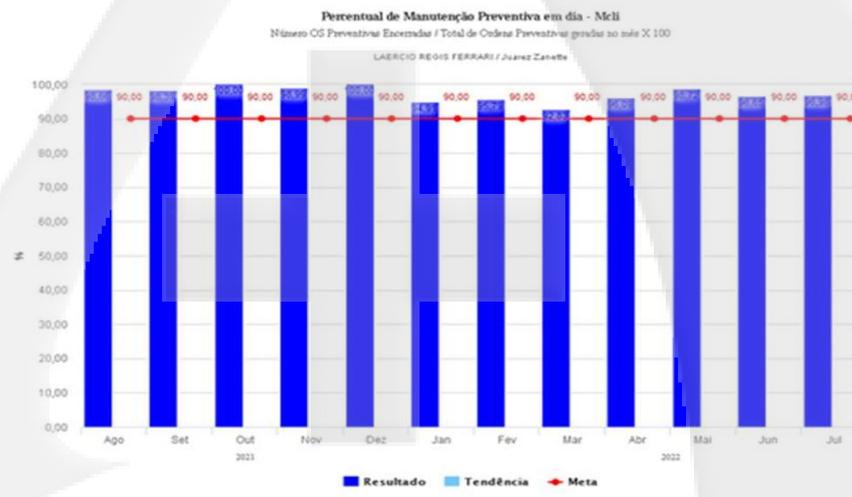
Constatação

Constatou-se que no HSJ a prevenção de danos ou obsolescência de equipamentos ocorreu de acordo com o preconizado pelas boas práticas de gerenciamento da manutenção de equipamentos médico-hospitalares (BRASIL, 2002) e conforme demonstram os relatórios apresentados pela equipe de engenharia clínica do hospital.

Trata-se de uma medida que impactou diretamente o giro de leitos, pois evitou atrasos, adiamentos ou cancelamento de atendimentos e/ou cirurgias em decorrência de equipamentos danificados, indisponíveis ou obsoletos, em consonância com o que o Acórdão nº 1108/2020 - Plenário – TCU aponta ser necessário. O relatório de cancelamento de cirurgias apresentado pelo HSJ atesta que não houve cancelamentos de cirurgias por esse tipo de ocorrência no período em que a auditoria foi realizada.

O hospital prioriza a utilização de equipamentos próprios²¹ como forma de reduzir custos e agilizar o serviço, visto que o aluguel de equipamentos geraria uma dependência e demora maior nos serviços de manutenção, que teriam de ser realizados por terceiros. Em seu planejamento estratégico, o HSJ possui indicadores voltados diretamente para a manutenção e obsolescência dos equipamentos, conforme se observa na Figura 30.

Figura 30 – Resultados do indicador de manutenção preventiva (ago.2021-jul.2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

O HSJ realiza manutenção contínua dos equipamentos médico-assistenciais utilizados pelas equipes na UTI, no Centro Cirúrgico e na Emergência, em conformidade com os arts. 54 e 55 da RDC Anvisa nº 7/2010. Conforme o relatório apresentado pelo setor de Engenharia Clínica do HSJ, as manutenções corretivas e preventivas são realizadas em sua maioria pela equipe interna do hospital e apenas alguns equipamentos de maior complexidade, tais como tomografia, acelerador linear, mamógrafo, entre outros, possuem contrato com serviços de assistência técnica especializada. Desse modo, o hospital consegue uma agilidade maior no serviço, bem como uma relação custo-benefício favorável.



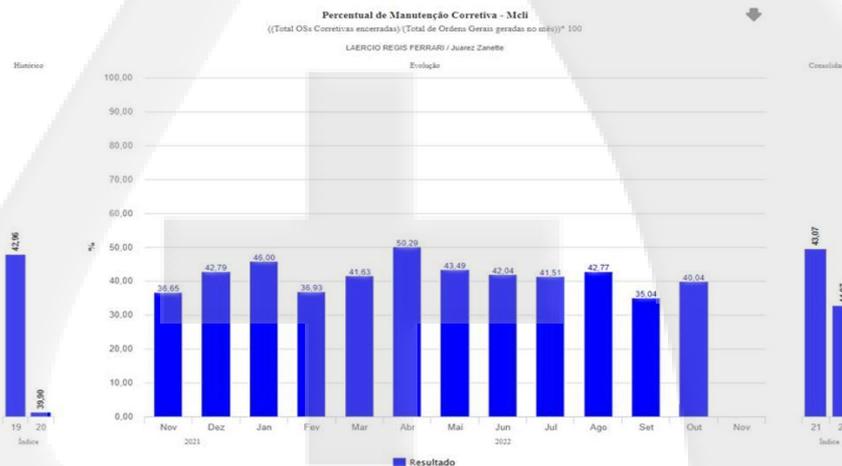
A equipe de engenharia clínica do hospital testa diariamente pela manhã os equipamentos nos setores críticos (Centro Cirúrgico e da UTI/CME/Hemodinâmica) visando corrigir defeitos pontuais e testar os principais equipamentos para utilização durante os procedimentos do dia.

Conforme observado na visita *in loco*, as ordens de serviço de manutenção corretiva são abertas pelos usuários dos setores demandantes e controladas por meio do sistema Tasy, e a Engenharia Clínica organiza os atendimentos de acordo com a criticidade do equipamento. Sempre que possível, os equipamentos são reparados de imediato, mas, quando necessário, ficam aguardando a compra de peças e/ou visita técnica especializada.

As manutenções corretivas são atendidas pela equipe de acordo com os prazos estabelecidos nos contratos internos de prestação de serviço (CIG/SLA) entre os setores do hospital. Os atendimentos são priorizados conforme a criticidade dos equipamentos (alta, média e baixa).

Todos os procedimentos de manutenção corretiva, preventiva e calibrações estão registrados em Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). Toda a sistematização, com padronização de rotinas, normas e procedimentos registrados e acessíveis pelo sistema Tasy demonstram a observância do hospital no que se refere ao art. 4º da RDC Anvisa nº 509/2021.

Figura 31 – Resultados da manutenção corretiva (2019-out.2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Por ocasião da aquisição de um novo equipamento, o sistema também é programado para, de acordo com a periodicidade estabelecida pelo fabricante, gerar ordens de serviço automaticamente para as manutenções preventivas. Além do registro no Tasy, os equipamentos também recebem uma etiqueta com as informações relativas à data da manutenção e a previsão da próxima, bem como o nome do profissional responsável pela execução.

O hospital optou pela aquisição de calibrador e pelo investimento na capacitação da equipe que realiza a testagem e a calibragem desses equipamentos. Desse modo, o hospital consegue garantir rapidez no serviço e agilizar a manutenção dos equipamentos, que, do contrário, poderiam ficar vários dias aguardando a calibragem se o serviço fosse terceirizado.



Assim, o hospital possui simuladores e analisadores de parâmetros médicos, por meio dos quais é possível calibrar monitores multiparâmetros, ventiladores pulmonares, eletrobisturis, cardioversores entre outros equipamentos.

De acordo com a escala da equipe de manutenção apresentada pelo HSJ, cada funcionário da Engenharia Clínica tem uma escala (divisão) de setores e equipamentos aos quais presta atendimento.

Cerca de 30% do tempo da equipe de manutenção é dedicado à manutenção preventiva, outros 30% são ocupados com atendimentos a pedidos internos, enquanto o restante do tempo (40%) é investido na busca ativa, ou seja, a equipe visita os diferentes setores do hospital para verificar eventuais necessidades de manutenção.

Diante da obsolescência de algum equipamento, o hospital adota como prática calcular os custos de manutenção e avaliar se a compra de um novo equipamento seria mais econômica para subsidiar a decisão de aquisição dos equipamentos. A equipe de Engenharia Clínica participa do processo de aquisição de novas tecnologias por meio da elaboração de descritivos e pareceres técnicos que auxiliam a tomada de decisão.

De acordo com a publicação *Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção* (BRASIL, 2002, p. 71), a literatura internacional recomenda que “o custo de um grupo de manutenção de equipamentos médico-hospitalares deve ficar entre 5% e 9% do valor do parque de equipamentos que o grupo efetivamente mantém”, e o ideal é que “o custo total do grupo de manutenção não ultrapasse 7% do valor do parque de equipamentos.” No HSJ, atualmente, o valor líquido do parque de equipamentos é de R\$ 26.540.871,51 e o custo da equipe de Manutenção Clínica é de R\$ 23.453,00/mês e cerca R\$ 281.436,00/ano, ou seja, o custo da equipe de manutenção é de cerca de 1% do valor dos equipamentos, o que ressalta o benefício econômico que representa para o hospital manter sua própria equipe interna de manutenção.

O que torna esse achado uma boa prática é...

- Utilização de equipamentos próprios, o que abrevia o tempo de manutenção;
- Controle de ordens de serviço por meio de sistema, o que permite a organização da equipe e dos atendimentos;
- Definição de prazos de atendimento em contratos internos de gestão;
- Procedimentos de manutenção preventiva, corretiva e calibrações registrados em POPs.

3.1.11 Achado 11: prescrição, dispensação, administração e monitoramento de medicamentos

Devido à identificação dos medicamentos ser por código de barras, sua dispensação é rastreada e individualizada, levando à assertividade, controle e segurança no processo de dispensação de medicamentos, evitando assim eventos adversos e reduzindo o tempo de permanência do paciente no leito.



Eventos adversos relacionados a medicamentos podem ocorrer em todas as etapas da jornada terapêutica, por ocasião da prescrição, dispensação, administração e monitoramento, e sua ocorrência representa riscos à segurança do paciente, além de aumentar consideravelmente os custos para o sistema de saúde. De acordo com o *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos* (BRASIL, 2013), estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação.

O erro de medicação é conceituado pela Anvisa (BRASIL, 2013) como qualquer evento evitável que possa levar ao uso inadequado de medicamento, podendo provocar danos ao paciente. Os erros de medicação podem ser gerados por diferentes falhas, que atuam como causas do erro. Essas falhas podem envolver: falta de informação sobre os medicamentos, falta de informações sobre o paciente, falhas no acesso aos medicamentos, deslizes e lapsos de memória, erros de transcrição, falhas na conferência das doses, monitoramento inadequado do paciente, falhas no preparo da medicação, via errada de aplicação, entre outros.

Dessa forma, o controle de fluxo e processos relacionados aos medicamentos tem relação direta com o giro de leitos, pois eventuais danos decorrentes de erros de medicação podem trazer consequências para a saúde do paciente e tornar necessários procedimentos adicionais. Esse tipo de situação pode prolongar o tempo de internação e expor o paciente a infecções, gerando prejuízos à segurança do paciente, impactando no giro de leitos e aumentando os custos para o hospital.

Crítérios

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (Anexo 1 do Anexo XXVII da Portaria de Consolidação nº 2/2017), medicamento pode ser definido como um “produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”.

Por sua vez, de acordo com a Resolução - RDC nº 36/2013 da Anvisa, evento adverso é qualquer incidente que resulta em dano ao paciente. Tais incidentes podem ocorrer com a prescrição, dispensação, administração e monitoramento inadequados de um medicamento, incluindo vacinas.

Os principais critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada foram:

- Lei nº 5.991/1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, que preza pelo controle sanitário; Acórdão nº 1108/2020 – TCU Plenário, que aponta os principais indicadores de eficiência hospitalar;
- Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Anexo 3 da Portaria nº 2.095/2013);
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PRC nº 5/2017, Tít. I, Cap. VIII).

Constatação

Segurança no uso de medicamentos

No HSJ, os medicamentos são identificados com código de barras, o que permite seu rastreamento e sua administração de forma individualizada (Figura 32), em atendimento ao que preconiza o *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos* (BRASIL, 2013). Na visita *in loco* foi possível observar que a prescrição médica passa pela farmácia clínica para conciliação medicamentosa, trazendo desta forma transparência e segurança ao paciente. O aprazamento padronizado é realizado automaticamente pelo Sistema Tasy, com horários padrões, levando em consideração tanto a associação quanto à interação medicamentosa.

O cuidado com a segurança do paciente relacionado ao uso de medicamentos envolve desde a compra, o armazenamento, a prescrição, a distribuição, até a administração do medicamento. No HSJ, em sua maioria, esses processos são controlados por meio do sistema Tasy.

No que tange à compra de medicamento, verificou-se que há comunicação efetiva, ou seja, as equipes da farmácia e do setor de compras do HSJ compartilham informações estratégicas para a compra dos medicamentos, levando em conta não somente o menor preço, mas observando sua biodisponibilidade²⁴ e efetividade clínica.

No que se refere ao armazenamento de medicamentos e o controle de estoque ambos são automatizados, o armazenamento é realizado de acordo com as especificações de cada medicamento, com exigências próprias de cada um. Quanto ao controle de estoque, quando a quantidade mínima é atingida, o sistema dispara um alerta, que é acompanhado diariamente pelo farmacêutico do HSJ e sua equipe, que também monitoram as condições de armazenamento.

A distribuição e administração dos medicamentos no HSJ ocorre por períodos, em horários preconizados, de acordo com a prescrição médica. Os medicamentos não são estocados nos locais de administração, onde eles só ficam momentaneamente até que sejam administrados. No momento da administração, o paciente é identificado por meio da pulseira de identificação (Figura 33) e, com o auxílio do código de barras, o sistema realiza uma tripla checagem, em que se efetua a conferência do medicamento, do paciente e do horário de administração conforme prescrito pelo médico. Caso o sistema não valide a identificação do paciente ou do medicamento, é gerado um alerta sonoro e feita a checagem na prescrição médica. Desse modo, o HSJ garante maior assertividade, controle e segurança no processo de dispensação de medicamentos, eventos adversos são evitados e o tempo de permanência do paciente no leito é reduzido.

Figura 32 – Dispensação individualizada de medicamentos de Figura 33 – Pulseira de identificação do paciente



Fonte: papéis da auditoria.

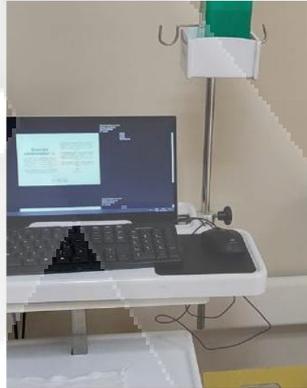


Fonte: papéis da auditoria.

Assim, para garantir a rastreabilidade e a segurança na administração de medicamentos, é necessário haver um *scanner* no local de administração do medicamento, ou seja, no quarto do paciente. No caso do HSJ, foram criadas unidades móveis contendo uma central informatizada e equipada com *scanner* acoplado (Figura 34) para que a checagem seja feita com a segurança esperada.

²⁴ Biodisponibilidade é a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.

Figura 34 – Unidade móvel com scanner para checagem dos medicamentos via sistema



Fonte: papéis da auditoria.

Na visita *in loco* foi possível observar o fluxo e as fases de distribuição e administração de medicamentos, realizadas de forma fluida, de acordo com o que dispõem os protocolos de distribuição e administração de medicamentos. Essa é uma atividade que não é entendida pelos profissionais de saúde como um trabalho burocrático, mas, sim, como um processo necessário e essencial para garantir a segurança do paciente. Esse compromisso e cuidado da equipe é decorrente da cultura institucional do hospital, conforme já comentado no item 3.2.1.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria de Consolidação nº 5/2017, Tít. I, Cap. VIII) apresenta o conceito de cultura de segurança da OMS, segundo o qual: *i)* todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; *ii)* a segurança está acima de metas financeiras e operacionais; *iii)* a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança são encorajados e recompensados; *iv)* a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e *v)* são proporcionados recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

A segurança é proporcionada com a certeza de que os itens de verificação para administração segura de medicamentos – os nove certos da administração de medicamentos (Quadro 9) indicados no *Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos* (BRASIL, 2013) – estão sendo seguidos para alertar os profissionais sobre fatores que podem ocasionar eventos adversos decorrentes da medicação.

Quadro 9 – Nove certos da administração de medicamentos

1.	Paciente certo	Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.
2.	Medicamento certo	Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
3.	Via certa	Identificar a via de administração prescrita. Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
4.	Hora certa	Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.



5.	Dose certa	Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento.
6.	Registro certo/documentação certa	Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento.
7.	Orientação certa	Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
8.	Forma farmacêutica certa	Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
9.	Resposta certa/Monitoramento	Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.

Fonte: Brasil (2013).

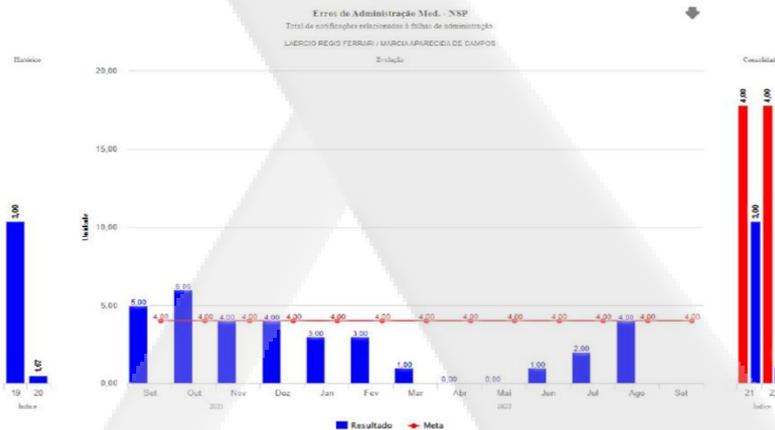
Visando aumentar a segurança, o HSJ estabelece 13 Certos na Administração Segura de Medicamentos, conforme se verifica no Protocolo de Segurança na Prescrição, Usos e Administração Medicamentos apresentado pelo hospital no 1º CA. São eles:

- 1) Prescrição Certa
- 2) Paciente Certo
- 3) Medicamento Certo
- 4) Validade Certa
- 5) Forma e Apresentação da Medicação Certa
- 6) Dose Certa
- 7) Compatibilidade Medicamentosa Certa
- 8) Orientação Certa
- 9) Via Certa
- 10) Hora Certa
- 11) Tempo de Administração Certo
- 12) Ação Certa
- 13) Registro Certo da Administração

O referido protocolo do HSJ traz ainda uma lista de intervenções a serem realizadas no processo da segurança na prescrição para obter o uso correto e seguro dos medicamentos, sem provocar possíveis danos ao paciente.

No relatório de eventos adversos ocorridos relacionados a medicamentos apresentados pelo HSJ no 2º CA, observa-se que, como resultado das medidas adotadas visando a segurança dos pacientes, as ocorrências/notificações de eventos adversos relacionados a medicamentos têm se mantido abaixo da meta do PE entre 2019 e agosto de 2022 (Figura 35).

Figura 35 – Resultados do indicador de notificações de erros de medicação

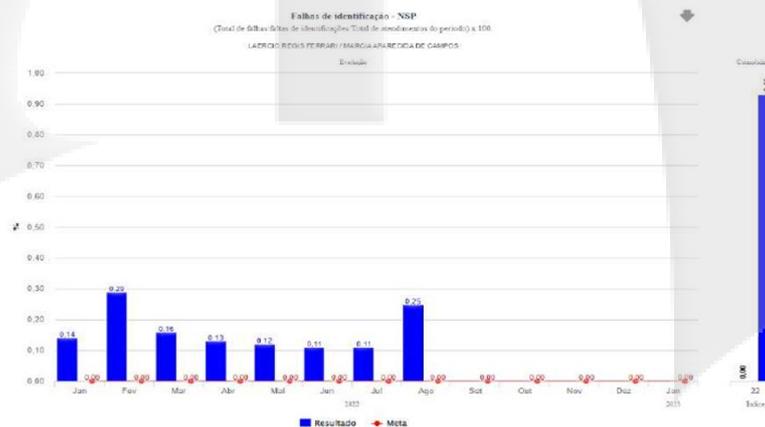


Fonte: Interact, Hospital São José.

Indicadores de controle

Os indicadores auxiliam na aferição do desempenho e da eficiência de um estabelecimento de saúde, além de serem importantes para a orientação estratégica da instituição. Para evitar e minimizar os erros associados a medicamentos, o HSJ criou indicadores específicos que apontam as falhas de identificação do paciente, de prescrição, dispensação e administração (Figuras 36 a 39). Os resultados desses indicadores são avaliados mensalmente, ocasião em que se procura resolução para os problemas identificados a fim de minimizar ou eliminar sua possibilidade de ocorrência.

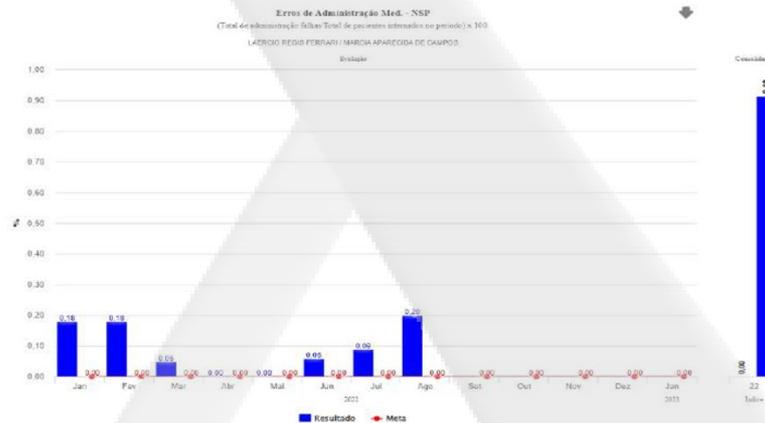
Figura 36 – Resultados do indicador de Falhas de identificação do paciente



Fonte: Interact, Hospital São José.



Figura 39 – Resultados do indicador de Erros de administração de medicamentos



Fonte: Interact, Hospital São José.

A utilização de indicadores no HSJ é estratégica e incentivada entre as equipes como aferidor de desempenho e eficiência. Diante de um desempenho negativo, as melhorias são alinhadas com as áreas, com treinamentos *in loco*, bem como são realizadas auditorias do Núcleo de Segurança do Paciente, revisão do mapeamento de processos e da matriz de risco.

As matrizes de gerenciamento de risco do HSJ para a assistência farmacêutica apresentam o mapeamento de riscos desde a etapa de aquisição, manipulação pelo farmacêutico, até o acompanhamento da eficácia terapêutica. Contudo, a recorrência dos erros indica que as medidas de mitigação tomadas não têm sido suficientes para sanar os problemas, que, em geral, envolvem o treinamento dos responsáveis. Se a capacitação das equipes não está sendo suficiente, o hospital precisa avaliar a possibilidade de implantar outros mecanismos mais eficazes de eliminação dos riscos.

Ainda que as ocorrências de eventos adversos estejam sob controle, pelos relatórios apresentados pelo HSJ, percebe-se que os resultados de indicadores de falhas não têm sido satisfatórios. Assim, além das medidas adotadas atualmente para melhorar tais índices, faz-se necessário identificar os gargalos, definir estratégias e adotar mecanismos adicionais no intuito de evitar as falhas que ainda persistem.

Um dos eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente é o envolvimento do cidadão em sua segurança, em consonância com os valores da Política Nacional de Humanização que defendem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles no processo de produção de saúde (BRASIL, 2014, p. 26). Nesse mesmo sentido, a Anvisa publicou em 2017 o guia *Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes*, o qual enfatiza a participação dos pacientes nas decisões sobre o seu cuidado, pois “pacientes que conhecem os nomes e as doses de seus medicamentos, a razão de estar usando cada um deles, e como devem ser tomados, podem ajudar a prevenir a ocorrência de erros de medicação” (ANVISA, 2017, p. 42).

A “falha” e o “erro” são elementos indesejáveis no ambiente hospitalar, por isso a meta para esses indicadores é sempre zero. De acordo com o *Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde* nº 20 (ANVISA, 2019), “a notificação é a principal fonte de informação para a devida gestão de riscos e definição de barreiras e instrumentos destinados à prevenção de eventos semelhantes”. Assim, a instituição, bem como os profissionais que nela atuam, precisam reconhecer os erros e aprender com eles para que haja a melhoria contínua dos procedimentos de segurança. Como já mencionado anteriormente, no HSJ a cultura de segurança



é disseminada entre as equipes e, em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), é a cultura de segurança que encoraja a notificação e, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional visando à resolução dos problemas relacionados. A cada dois anos o HSJ realiza uma pesquisa para avaliar a cultura de segurança do hospital. Em 2022, a pesquisa apontou uma média de melhoria de 7% nos resultados em relação a 2020.

Near Miss

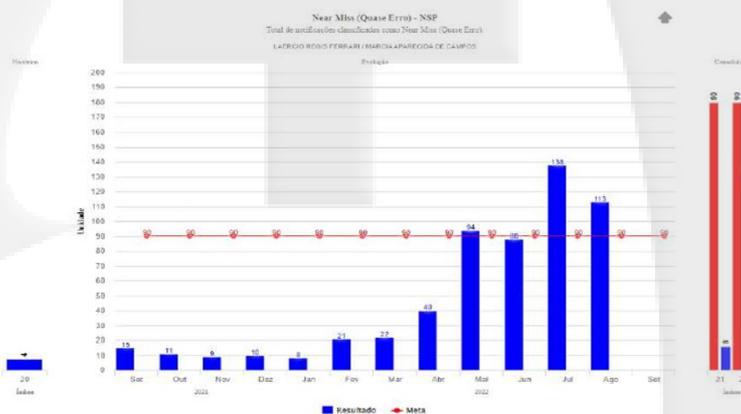
Entre os tipos de incidentes, há o evento adverso (que resulta em dano ao paciente); o incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos; e o *near miss* (ou “quase erro”), que não chega a atingir o paciente (BRASIL, 2014).

Verificou-se que o HSJ estimula e valoriza a notificação de eventos adversos, possuindo inclusive um indicador voltado para esse controle. Nesse sentido, verificou-se que mesmo o *near miss* é considerado na identificação de possíveis erros que possam levar a um evento adverso com dano ao paciente.

Em agosto de 2022, foram notificados 113 *near miss* no hospital como um todo. Dentre essas notificações, 27 consistem em erros na dispensação de medicamentos, que foram detectados antes de serem administrados ao paciente. As principais falhas ocorridas referem-se: ao encaminhamento de quantidade a mais da medicação para o setor (8); ao encaminhamento de lote errado de medicação para os setores (8); e à dispensação de medicamento errado pela farmácia (7). Em se tratando de situações relacionadas diretamente à farmácia do hospital, esse fato evidencia que esse setor precisa de maior atenção da gestão, com a adoção de mecanismos que permitam maior controle na dispensação.

Ainda que o indicador de *near miss* apresente um bom desempenho (Figura 40), não ficou claro como o HSJ atua nas causas dessas falhas para que suas ocorrências sejam mitigadas, sendo necessário maior divulgação e transparência no tratamento dos casos.

Figura 40 – Resultados do indicador de *Near miss* (Quase erro)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Os profissionais que adotam a prática de notificar esses erros são reconhecidos pela instituição, inclusive com a realização do evento “Profissional estrela”, que estimula tal prática. Observa-se no gráfico



da Figura 40 o aumento de notificações de 2021 para 2022, o que demonstra um amadurecimento da cultura de segurança entre as equipes, pois as notificações são voluntárias e, quanto mais notificações ocorrerem, melhor para o paciente e para o profissional.

O que torna este achado uma boa prática é:

- *Identificação de pacientes e medicamentos com códigos de barra, aumentando a segurança na administração do medicamento para o paciente;*
- *Elaboração de Protocolo de Segurança na Prescrição, Usos e Administração Medicamentos com elementos que aperfeiçoam os mecanismos de segurança;*
- *A adoção do Near Miss como indicador, que denota maturidade na cultura de segurança do estabelecimento de saúde.*

Proposta de encaminhamento

Recomenda-se ao HSJ que:

- a) Aperfeiçoe os controles existentes e implemente mecanismos para evitar as falhas na administração de medicamentos, considerando os resultados insatisfatórios dos indicadores;
- b) Estabeleça ações de capacitação com os profissionais para minimizar a ocorrência de falhas;
- c) Realize ações para aumentar o envolvimento dos pacientes com sua segurança;
- d) Promova a revisão das matrizes de gerenciamento de risco relacionadas à assistência farmacêutica para incluir medidas de mitigação de risco adicionais nos casos em que o treinamento das equipes não tem se mostrado suficiente;
- e) Adote mecanismos adicionais de controle, com especial foco no setor de farmácia e na dispensação de medicamentos, a fim de evitar erros de medicação e possíveis eventos adversos;
- f) Amplie a divulgação e transparência nos casos de erro e quase erro para pacientes e profissionais, mantendo os bons níveis de notificação de *near miss*.

3.2 Outros achados relevantes

3.2.1 Achado 12: definição de metas e indicadores

Devido ao hospital possuir planejamento estratégico, ocorreu uma definição clara das metas e dos indicadores no hospital, o que levou a um processo de monitoramento e avaliação satisfatórios, impactando na melhoria na gestão dos leitos.



De acordo com Teixeira (2003, p. 46), “o planejamento é uma das funções básicas do processo administrativo, juntamente com as funções de organização, direção, controle e avaliação”. Considerando os diversos estudos sobre o tema, o autor afirma que, “geralmente, organizações que adotam uma gestão estratégica apresentam melhor desempenho do que outras” (Teixeira, 2003, p. 44). Para o autor, o controle e a avaliação são cruciais para as organizações a fim de garantir que os objetivos do planejamento sejam alcançados.

A gestão estratégica é determinante para o sucesso de uma instituição e, atualmente, é a regra na Administração Pública Federal. Aliado ao monitoramento e à avaliação, o planejamento estratégico reúne as diretrizes que orientam o alcance da visão de futuro de uma organização, com a projeção dos resultados pretendidos sob a forma de indicadores e metas que irão colaborar para a eficiência e eficácia dos serviços.

Por meio dessas ferramentas gerenciais, os objetivos estratégicos definidos pela direção são convertidos em indicadores mensuráveis e desdobrados em metas a serem atingidas. A definição de metas claras, por sua vez, permite aos gerentes medir o desempenho cotidiano das equipes e implementar ações de melhoria dos processos de trabalho, de prevenção ou correção de riscos. E, no nível dos colaboradores, o conhecimento acerca do planejamento estabelecido permite que estes conheçam previamente o que se espera de suas funções, que possam monitorar o próprio desempenho e, igualmente, identificar oportunidades de aperfeiçoamento e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção. Uma vez instituído, o sistema de planejamento, monitoramento e avaliação possibilita a melhoria contínua, pois permite a adoção tempestiva de medidas e estratégias de melhorias e de inovação (BRASIL, 2021, p. 51).

Assim, o HSI também foi avaliado sob a perspectiva do planejamento estratégico, em especial no que se refere à definição de metas e indicadores, bem como ao processo de monitoramento e avaliação.

Critérios

A Instrução Normativa (IN) nº 24, de 18 de março de 2020, do Ministério da Economia, conceitua *planejamento estratégico* como o “processo sistêmico de estabelecimento da estratégia para, a partir de uma condição presente e do entendimento do que é a organização e qual o seu papel, e considerando a análise do contexto, alcançar uma situação futura desejada, buscando sempre maior efetividade dos resultados e eficiência da gestão dos recursos.” Ainda de acordo com a referida IN, o planejamento estratégico é considerado o principal instrumento da gestão estratégica, que busca obter a melhor relação entre estruturas, recursos e processos visando à “obtenção de eficiência, eficácia e efetividade na produção dos resultados desejados”.

Conforme art. 5º, II, do Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, a estratégia “compreende a definição de diretrizes, objetivos, planos e ações, além de critérios de priorização e alinhamento entre organizações e partes interessadas, para que os serviços e produtos de responsabilidade da organização alcancem o resultado pretendido”. Já no que se refere ao monitoramento e à avaliação, o art. 6º do referido decreto discorre acerca da necessidade de se “implementar e manter mecanismos, instâncias e práticas de governança”, as quais incluem: *i)* formas de acompanhamento de resultados; *ii)* soluções para melhoria do desempenho das organizações; e *iii)* instrumentos de promoção do processo decisório fundamentado em evidências.

A PNHOSP (Anexo XXIV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017) consiste no principal normativo do MS a ser observado e, em especial, traz diversos dispositivos relacionados às responsabilidades da gestão hospitalar, à necessidade de planejamento e ao cumprimento das metas pactuadas na contratualização com o gestor local do SUS. Destaque-se o art. 20 da PNHOSP, que prevê a possibilidade de utilização do contrato interno de gestão (CIG) como instrumento para garantir o cum-



primento dos compromissos e metas pactuados e para a sustentabilidade institucional e a necessidade de manter estratégias de monitoramento e avaliação, cujos resultados subsidiarão o processo de planejamento e gestão.

Por seu turno, as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Anexo 2 da PNHOSP), no art. 8º, atribui aos hospitais a competência para implementar dispositivos para o fiel cumprimento das metas da contratualização; já no art. 10º, também inclui entre as competências dos hospitais: acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; e avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização.

Conforme citado anteriormente, para o TCU (2010), eficiência é “a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período, mantidos os padrões de qualidade.” Nesse sentido, para a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2021), a qualidade envolve: segurança para o paciente; efetividade do serviço prestado, que deve ser centrado no paciente; atendimento oportuno; eficiência da assistência; e equidade. Desse modo, um serviço só poderá ser considerado eficiente se esses aspectos estiverem presentes.

Constatação

Foi possível verificar que o HSJ possui uma definição clara das metas em seu planejamento estratégico para alcançar os resultados pretendidos, bem como indicadores precisos para mensurar o alcance desses resultados, tal como orienta o Decreto nº 9.203/2017, art 5º, inciso II, mencionado anteriormente. Isso ficou demonstrado por meio da documentação enviada pelo hospital por ocasião do CA, em especial pelo Planejamento Estratégico 2018-2022 e pelo relatório com o resultado do desempenho dos indicadores, emitido pelo Interact.

A objetividade na definição de metas e indicadores, permitiu que o hospital mantivesse um monitoramento efetivo das ações estratégicas. Esse monitoramento dos indicadores é realizado por meio do sistema Interact, e os resultados são discutidos e analisados em conjunto pelos responsáveis e a direção, mediante a apresentação de relatórios mensais, em conformidade com o que dispõe o art. 10 do Anexo 2 da PNHOSP. Com base nessas análises, o plano estratégico é avaliado e revisado anualmente. Esse controle e acompanhamento pode ser verificado por meio dos documentos apresentados pelo hospital, tais como as atas das reuniões de monitoramento e o relatório de gestão.

Além das metas de seu planejamento estratégico, o HSJ também possui o contrato com a gestão local do SUS, o que aumenta a necessidade da implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação. Nesse sentido, conforme prevê o art. 20 da PNHOSP, para conquistar uma melhoria de seu desempenho, o HSJ adota um modelo de Contratos Internos de Gestão (CIGs), também conhecido como SLA (em inglês, Service Level Agreement).⁹ De acordo com Santos Filho e Figueiredo (2009, p. 616), os contratos internos de gestão funcionam como

[...] negociação e acordo entre partes; como dispositivos de diálogo e contratação de compromissos e responsabilidades (no viés da corresponsabilização), em torno de objetivos e metas afinadas com as necessidades das partes que negociam/pactuam. Considera-se especialmente o que se refere ao seu potencial de propiciar interações, de colocar sujeitos/equipes em interlocução para construir mudanças, gerando novos padrões de relação e comunicação no âmbito das organizações/serviços de saúde.



Verificou-se, por meio da documentação de qualidade apresentada pelo HSJ, que os diferentes setores do hospital (Manutenção, NIR, Farmácia, SADT, Enfermaria, UTI etc.) utilizam tais contratos/SLAs para a execução das ações esperadas, de forma a assegurar o cumprimento dos compromissos e metas pactuados. Os SLAs apresentados pelo HSJ contêm a definição de aspectos essenciais para a realização dos serviços, tais como: funcionalidade, qualidade, prazo/tempo, imagem, relacionamento e preço. Desse modo, a gestão do hospital garante uma maior organização das equipes para o cumprimento das metas estipuladas, o que, conseqüentemente, também contribui para facilitar o processo de monitoramento e de avaliação do cumprimento dessas metas.

De acordo com Zeferino (2019, p. 80-81), outro benefício dos SLAs é o fato de eles criarem uma base mais precisa de dados para negociação externa da contratualização com o SUS. Assim, as informações obtidas a partir dos relatórios de execução dos contratos internos subsidiariam a contratualização entre a gestão do hospital e a gestão do SUS, fundamentando eventuais ajustes a fim de promover o necessário equilíbrio da equação econômico-financeira do contrato.

Essa organização só se torna possível visto que o HSJ possui um planejamento estratégico consistente. O documento do Planejamento Estratégico 2018-2022, enviado pelo hospital a pedido da equipe de auditoria no Comunicado de Auditoria, apresenta coerência entre a missão, a visão e os valores – que orientam a estratégia da instituição – e os objetivos, as metas e os indicadores traçados em seu plano estratégico para alcançar seus propósitos.

O PE do HSJ foi elaborado com base num diagnóstico situacional que considerou os aspectos positivos e negativos tanto na dimensão externa quanto na dimensão interna, utilizando-se para isso da análise SWOT.

Na elaboração do PE foi utilizada a metodologia Balanced Scorecard (BSC), que organiza o planejamento sob quatro perspectivas da instituição: i) financeira; ii) processos internos; iii) clientes; e iv) aprendizado e crescimento. O BSC tem sido bastante utilizado na gestão do SUS, pois mostra-se eficaz na definição de prioridades e objetivos para a instituição. De acordo com a publicação Diretrizes metodológicas para o planejamento estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde,⁸

O Balanced Scorecard é uma das ferramentas de planejamento e gestão mais utilizadas nos últimos anos, tanto em ambientes corporativos quanto na Administração Pública. [...] No decorrer dos anos, ampliou o seu propósito inicial de ser um sistema de medição do desempenho para tornar-se base de um novo sistema de gestão, com o objetivo de alinhar a estratégia nas organizações com a implementação de ações orientadas para o alcance de resultados (BRASIL, 2021, p. 15, grifo nosso).

No processo de acreditação da ONA, a avaliação considera três níveis de complexidade crescente, cada qual com princípios específicos (Quadro 10). O HSJ é avaliado como Nível 3 pela ONA, o que também permite inferir, em função da avaliação realizada no processo de acreditação, que os princípios dos níveis 1 e 2, que guardam relação direta com o processo de planejamento, também foram atendidos. Assim, pressupõe-se que os requisitos de qualidade foram cumpridos, bem como o monitoramento e a avaliação dos resultados da instituição foram considerados satisfatórios, e o hospital se encontra atualmente num nível de maior maturidade organizacional, pois mantém a cultura



do planejamento estratégico e busca a melhoria contínua de seus processos em prol da eficiência, eficácia e efetividade na obtenção dos resultados desejados, conforme preceitua a IN ME nº 24/2020.

Quadro 10 – Níveis de acreditação da ONA e seus princípios

Nível	Princípio
1	As exigências deste nível contemplam a definição das diretrizes e políticas organizacionais para o atendimento seguro e de qualidade da organização, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliado, com os recursos adequados à demanda e ao porte da organização.
2	As exigências deste nível contemplam a definição, classificação, desenho/modelagem dos processos da organização e a interação entre eles. O acompanhamento e avaliação dos seus resultados, para o alcance das diretrizes e políticas estratégicas e para promover ações de melhoria.
3	As exigências deste nível contemplam evidências de maturidade organizacional, utilizando o conhecimento e o aprendizado para a tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando a efetividade dos resultados institucionais, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental, promovendo a melhoria contínua.

Fonte: ONA (2021).

3.2.2 Achado 13: recursos deficitários

Devido à desatualização dos valores da tabela SUS, ocorreu déficit de recursos financeiros para o hospital, o que levou ao comprometimento da sustentabilidade e da manutenção da quantidade de leitos credenciados ao SUS, impactando negativamente na qualidade da assistência.

Considerando suas obrigações legais enquanto entidade filantrópica, de acordo com o art. 9º da Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, o HSJ deve prestar serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados. Considerando os resultados apresentados, no que se refere apenas às internações (visto que o foco desta auditoria é o giro de leitos), verificou-se que a taxa de ocupação SUS no HSJ tem sido em média de 80% nos últimos quatro anos (2018 a 2021) e continuava nesse patamar no momento em que a auditoria foi realizada.

Por outro lado, o hospital enfrenta um déficit de recursos financeiros, tendo como principal causa a desatualização dos valores da tabela SUS. Essa situação compromete a sustentabilidade e a manutenção da quantidade de leitos disponíveis para o SUS, bem como impacta negativamente na qualidade da assistência, visto que a qualidade dos serviços depende de investimentos contínuos com o aperfeiçoamento das tecnologias utilizadas.

Critérios

De acordo com o art. 37 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.”

O *Manual de auditoria operacional* do TCU (2010) define eficiência como “a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los,



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

92

em um determinado período, mantidos os padrões de qualidade.” Nesse sentido, de forma genérica, considera-se mais eficiente quem consegue produzir uma quantidade maior de produtos com um determinado custo ou, por outro lado, quem produz uma mesma quantidade de produtos a um custo menor.²⁵

O Capítulo II da Lei nº 8.080/1990, que trata da Participação Complementar no SUS, em seu art. 26, § 2º, dispõe que “os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.” O direito ao equilíbrio contratual a fim de manter a igualdade entre as partes encontra respaldo, por exemplo, nos arts. 58 e 65 da Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e nos arts. 104 e 124 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, que tratam da possibilidade de revisão dos contratos.

Constatação

Ocorreu um déficit considerável de recursos financeiros no HSJ relativos ao SUS, demonstrando um desequilíbrio entre receitas e despesas. Essa situação pode ser verificada pelo relatório financeiro do HSJ relativo aos serviços prestados ao SUS no período de janeiro a agosto de 2022 (Figura 41), que indica um déficit considerável de recursos financeiros, demonstrando um desequilíbrio inadequado entre receitas e despesas.

O total de receitas provenientes do SUS no período ficou em R\$ 83.900.366,68. Por sua vez, as despesas com os atendimentos ao SUS totalizaram R\$ 113.998.711,49. Isso representa um resultado financeiro negativo de R\$ 30.098.344,81 no período, situação que ameaça a sustentabilidade dos atendimentos no mesmo patamar.

Figura 41 – Resultado financeiro, leitos SUS (jan.-ago./2022)

HOSPITAL SÃO JOSÉ		RESULTADO HSJOSÉ - 2022				
Atualizado: 22/09/22						
Percentual atendimentos SUS: 84,57%						
Receita SUS						
Período	Serviços Hospitalares	Serviços Profissional (Repasse)	Incentivos	Valor Ambulatorial	Receita Nova Política e Cirurgias Política	Total Faturamento (Valor total Receita SUS)
Até 08/2022	14.779.033,64	5.631.609,10	24.999.730,88	21.612.496,30	16.877.496,76	83.900.366,68
Despesa SUS						
Folha de Pagamento Funcionários (SUS)	Serviços Terceiros e Depreciação	Gases, Material Limpeza, Expediente, Produtos Alimentícios, Gás, Combustível	Água, Energia Telefone, Lixo, Conservação, Informática	Materiais e Medicamentos SUS	Honorários Médicos (Atendimento), Médico a dist, Plantão Serv. Ambulatorial	Serviços Profissional Médico (Repasse)
46.509.587,47	4.989.953,00	6.368.799,98	3.490.152,20	26.585.086,60	20.423.523,14	5.631.609,10
Despesa SUS - Total: 113.998.711,49						
Resultado SUS Hospital São José:				30.098.344,81		

Fonte: Hospital São José.

²⁵ No entanto, essa é uma relação que contém variáveis que interferem nos resultados, por isso existem diferentes tipos de eficiência: técnica, de escala, alocativa, total ou relativa (TCU, 2018, p. 12-13). A eficiência relativa, por exemplo, é medida a partir da comparação de uma unidade com outras. Assim, por exemplo, municípios que se localizam em municípios maiores conseguem aproveitar melhor a escala do que os que se situam em municípios menores.



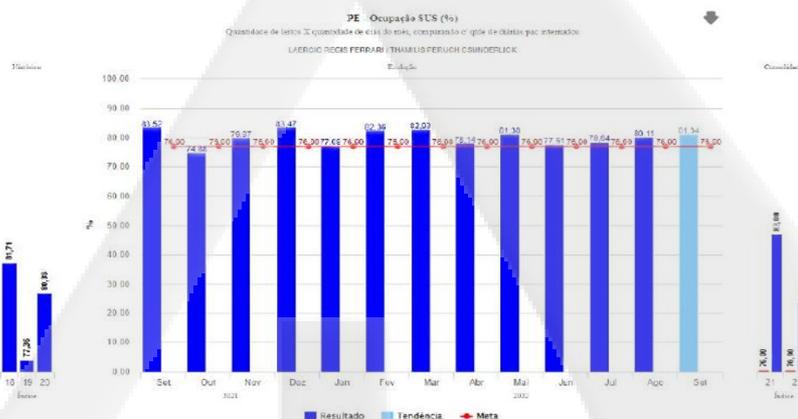
Relatório

Relatório Final

No HSI, a taxa de ocupação dos leitos SUS (Figura 42) tem se mantido acima da meta estabelecida no PE (76,90%) e encontra-se dentro dos parâmetros considerados adequados pela ANS (2012), que recomenda uma taxa entre 75% e 85% para garantir um bom aproveitamento da capacidade do hospital.

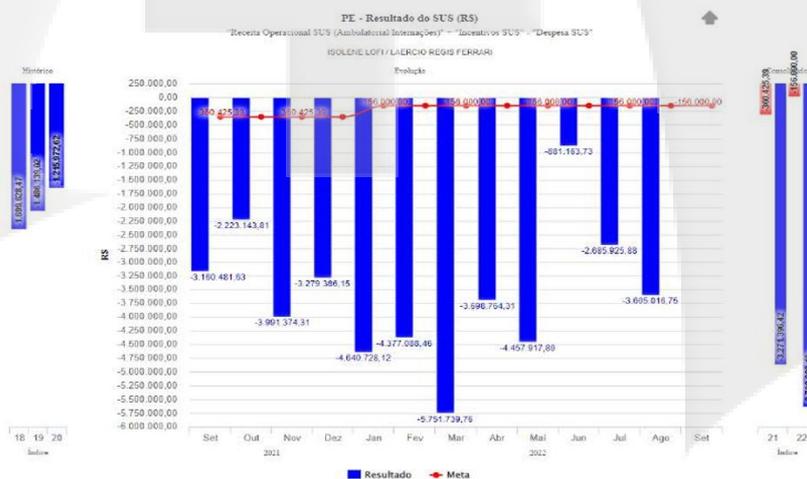
Apesar disso, o resultado do indicador de resultados do SUS incluído no relatório do PE tem mostrado valores negativos em 2021 e 2022, bem distantes da meta estimada (que já é negativa), como se observa no gráfico da Figura 43.

Figura 42 – Taxa de ocupação dos leitos SUS, em % (2018-set. 2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.

Figura 43 – Resultado do indicador de resultado do SUS (2018-ago. 2022)



Fonte: Interact, Hospital São José.



De acordo com Menezes (2012, p. 105),

Para haver sustentabilidade financeira do atendimento ao SUS, a estrutura de financiamento não apenas deve conseguir novos padrões em termos de volume, mas também em termos de alocação e controle. Isso justifica a necessidade de se reformular o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e prestadores de serviços, como as entidades filantrópicas, introduzindo critérios que privilegiem a reversão das injustiças. Existem vários fatores que colaboram para a situação atual das entidades filantrópicas de assistência à saúde. O trabalho ressalta a má remuneração que o SUS oferece pelos procedimentos executados, fator crucial para a dificuldade de se manter um atendimento de qualidade. O SUS chega a pagar 1/3 do valor pago por um convênio médico ou um paciente particular para execução do mesmo procedimento, sendo o custo para a execução é o mesmo, tanto para o paciente SUS quanto para o convênio ou particular.

Conforme declarado pela direção do hospital, o principal aspecto que contribui para esse déficit orçamentário é a defasagem existente nos valores praticados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (conhecida como “Tabela SUS”), que determina o valor a ser repassado pela União aos prestadores privados e filantrópicos pelos serviços ambulatoriais e hospitalares contratados. Considerando o nível de qualidade dos serviços prestados pelo HSJ, essa discrepância é bastante significativa e contribui para a insustentabilidade da continuidade dos atendimentos ao SUS. Para compensar as perdas, o hospital acaba buscando alternativas de captação de recursos, tais como empréstimos e financiamentos bancários para aquisição de equipamentos, o que gera endividamento e limita a capacidade de atendimento.

Em entrevista recente, Mirocles Vêras, presidente da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), afirmou que, desde 1994, “a tabela SUS e seus incentivos foram reajustados, em média, em 93,77%, enquanto o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) o foi em 636,07% [...]”. Esse descompasso brutal representa R\$ 10,9 bilhões por ano de desequilíbrio financeiro na prestação de serviço ao SUS de todo o segmento [filantrópico].”

Apesar de ser a base da receita para os prestadores de serviço, é preciso considerar que a Tabela SUS é apenas uma referência para os valores a serem repassados pela fonte federal, ou seja, ela não tem a capacidade de definir quanto custam os serviços ou procedimentos realizados, visto que estes podem ter grande variação entre os diferentes entes da Federação e mesmo entre os estabelecimentos de saúde.

Além disso, conforme a Constituição Federal de 1988, art. 198, o financiamento do SUS é tripartite, em função disso, o valor da tabela pode ser complementado por estados e municípios sempre que necessário para ajustar eventuais disparidades – o que não acontece em relação ao HSJ, que não é beneficiado com esse tipo de compensação, conforme se verifica no contrato firmado entre o hospital e a SMS de Criciúma. Pelo contrário, além de os valores repassados com base na Tabela SUS não serem suficientes para cobrir os custos, o baixo aporte de recursos por parte das fontes estadual e municipal tem sido um fator limitador para o hospital, que acaba também ficando sem capital para investir no aprimoramento da qualidade do atendimento. Trata-se de uma situação que, em pouco tempo, tornar-se-á insustentável e ameaça a continuidade dos serviços.

Esse é um problema que afeta de um modo geral os hospitais que prestam serviços ao SUS, conforme constatado pelo Grupo de Trabalho da Câmara dos Deputados, que se debruçou sobre a questão da defasagem da Tabela SUS:

Essa falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos e dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados. [...] Como a tabela também é utilizada para controle da produção de serviços próprios municipais ou estaduais do SUS, a defasagem de valores também tem efeito no cálculo de utilização do teto de transferência do componente MAC (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019, p. 12).

O HSJ é obrigado a atender às condições do contrato com a gestão municipal e arcar com os encargos do serviço, contudo, observa-se que as receitas obtidas com esses atendimentos não estão sendo



capazes de garantir a remuneração adequada, resultando em prejuízos para o hospital. Assim, para atender plenamente a Lei nº 8.080/1990 e em consonância com o art. 58 da Lei nº 8.666/1993, o contrato firmado com a gestão local precisaria ser revisto para restaurar seu equilíbrio econômico-financeiro.

Diante desse cenário, conforme já mencionado na seção 2.2, o HSJ vem adotando uma série de medidas visando reduzir seu déficit orçamentário, considerando as possíveis soluções apontadas em seu planejamento estratégico 2018-2022. A curto prazo, as medidas que o hospital tem perseguido voltam-se para sua capacidade operacional, e envolvem atender no máximo de sua capacidade para reduzir os custos, reestruturar o hospital, reduzir desperdícios e melhorar a eficiência no faturamento. Já a longo prazo, o hospital trabalha com a possibilidade de redução dos atendimentos SUS em 25% para poder equilibrar suas contas.

Percebe-se que o HSJ tem uma visão clara dos desafios que enfrenta e as medidas necessárias para superá-los. A curto prazo, manter o atendimento em níveis elevados é uma medida que contribui para a redução de custos. Contudo, trata-se de um aspecto que não depende unicamente do hospital, mas de todo o contexto da rede de saúde na região, pois é preciso que os pacientes sejam encaminhados para o hospital pela regulação. Por sua vez, a proposta de redução de 25% dos atendimentos SUS (com o respectivo aumento do atendimento a particulares/convênios)²⁶ representaria um prejuízo significativo para a população que deixaria de ser atendida. A redução nos atendimentos SUS pelo HSJ também teria como consequência a sobrecarga em outros pontos da rede de saúde, que acabariam tendo de absorver a demanda, impactando na qualidade da assistência de um modo geral na região.

Proposta de encaminhamento

Para evitar que o hospital chegue ao limite de reduzir o volume de atendimentos SUS – decisão que teria um impacto para a região de saúde como um todo, recomenda-se:

- 1) À gestão pública municipal que:
 - a) Revise o contrato firmado com o HSJ a fim de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e um aporte de recursos adequado ao serviço prestado pelo hospital.
- 2) Ao HSJ que:
 - a) Negocie com a gestão municipal um aumento no volume de atendimentos SUS, visando aumentar o giro de leitos e otimizar os custos de modo a minimizar o impacto do déficit orçamentário dos leitos SUS.

Benefícios esperados

A restituição do equilíbrio econômico-financeiro decorrente da revisão do contrato poderá conter os prejuízos que o HSJ vinha tendo com os atendimentos ao SUS, preservando sua sustentabilidade e garantindo a continuidade dos atendimentos com a qualidade adequada e no volume necessário para atender à demanda do território.

²⁶ O HSJ tem alcançado uma média de ocupação de 53% no que se refere aos leitos particulares ou de convênios, valor bastante abaixo da meta estabelecida para esse tipo de leito no PE, que seria de 85% de ocupação. Aumentar a receita desse tipo de atendimento ajudaria o HSJ a compensar o déficit decorrente dos atendimentos SUS.



4 CONCLUSÃO

Em consonância com o Plano Anual de Atividades/2023 da AudSUS, esta ação referente à auditoria em eficiência hospitalar, teve como objetivo documentar boas práticas relacionadas à eficiência hospitalar a fim de colaborar com o estudo do TCU sobre as principais causas de ineficiência nos hospitais do SUS.

Esta Seção de Auditoria avaliou o Hospital São José de Criciúma/SC com o propósito de identificar boas práticas utilizadas pelo hospital, e encontrou achados relevantes, que contribuem de maneira significativa para aumentar a eficiência da instituição, mesmo em situações adversas, como a contingência de recursos, muito comum nos serviços de saúde pública atualmente.

A análise DEA realizada pelo TCU indicou que o HSJ figura como um dos hospitais mais eficientes de Santa Catarina e do Brasil, o que foi efetivamente constatado por esta auditoria. A unidade hospitalar, apresenta um bom resultado e se empenha em produzir o máximo possível, ainda que com restrições ou algum tipo de desperdício. A auditoria permitiu verificar que o HSJ de fato encontra dificuldades para equalizar a relação entre receitas e despesas e constatou a existência de um déficit de recursos no que se refere aos atendimentos que o hospital presta ao SUS. Esse fato se deve, principalmente, à desatualização dos valores da tabela SUS, e representa uma ameaça à sustentabilidade e a manutenção dos leitos SUS, além de comprometer a qualidade da assistência.

Considerando as questões de auditoria formuladas pela equipe, o Quadro 11 sistematiza os achados relacionados. Importante lembrar que, conforme já mencionado na seção 2 deste relatório, durante o planejamento da auditoria, a equipe entendeu que boa parte dos achados da dimensão estratégica está relacionada à gestão municipal e, por isso, não foram tratados neste relatório – exceção para a questão do déficit de recurso, conforme incluído no quadro.

Quadro 11 – Achados da auditoria

Dimensão Estratégica	Questão 1: A gestão local do SUS oferece condições adequadas para que os serviços prestados pelo hospital sejam capazes de atender às necessidades da população com qualidade e resolutividade conforme disposto na Lei n. 8.080/1990?
Achado	<ul style="list-style-type: none">Desatualização dos valores da tabela SUS, causando déficit de recursos financeiros para o hospital e comprometimento da sustentabilidade e da manutenção da quantidade de leitos credenciados ao SUS.
Dimensão Gestão	Questão 2: A atual gestão do HSJ está preparada e organizada para promover a boa gestão dos leitos de acordo com os indicadores de eficiência hospitalar listados no Acórdão nº 1108/2020 - TCU?
Achados	<ul style="list-style-type: none">Boa qualificação do corpo diretor, cultura organizacional participativa e humanizada, acarretando pleno domínio dos processos e boa gestão dos leitos do hospital;Planejamento estratégico alicerçado em metas e indicadores monitorados por meio de sistemas informatizados;Bom comprometimento das equipes, com resolutividade da assistência e redução do tempo de permanência, em decorrência da remuneração de equipes (neurologia e ortopedia) associada ao cumprimento de metas voltadas para indicadores de eficiência;Apesar de não constar no organograma do HSJ, o NIR funciona 24hs por meio de processos informatizados e integrados permitindo agilidade no atendimento evitando desperdícios e reduzindo o tempo de permanência no hospital.
Dimensão Governança	Questão 3: O HSJ possui Ouvidoria preparada para direcionar adequadamente os registros de denúncias, reclamações, sugestões e elogios referentes à assistência prestada aos usuários do SUS?
Achado	<ul style="list-style-type: none">O hospital possui ouvidoria interna atuante, atendendo aos apontamentos e necessidades dos usuários do SUS, levando à mitigação dos riscos, aperfeiçoamento de processos, e na melhoria da gestão dos leitos.



Dimensão Controle	Questão 4: Controle: Os processos internos atuais do HSJ estão organizados e estruturados de forma a otimizar a gestão dos leitos clínicos, cirúrgicos, pronto-socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) conforme preconiza a legislação vigente?
Achados	<ul style="list-style-type: none">• Plataforma para aquisição de insumos que permite otimização da cotação dos preços levando a uma redução nos custos de aquisição de insumos e evitando a falta de insumos;• Acreditação Nível 3 da ONA, o que contribui para a organização e melhoria contínua dos processos;• Integração dos sistemas que permitem um bom controle dos fluxos e das práticas clínicas/administrativas;• Informatização dos protocolos de admissão e alta segura dos pacientes;• Atualização e inovação tecnológica voltadas para o giro de leitos;• Antecipação segura das altas, diminuição da taxa de infecção cirúrgica e alta conformidade na avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente da ANVISA;• Gerenciamento em tempo real dos protocolos levando ao acompanhamento do padrão de cuidado;• Manutenção preventiva, corretiva e sistematizada dos equipamentos levando à diminuição de atrasos nos atendimentos e evitando o cancelamento de cirurgias;• Identificação dos medicamentos ser por código de barras com dispensação rastreável e individualizada evitando assim eventos adversos e reduzindo o tempo de permanência do paciente no leito.

Em relação à questão 1 de auditoria, cabe salientar que, com o advento da Emenda Constitucional nº 127, de 22 de dezembro de 2022, ficou estabelecido que caberá à União prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022.

Recentemente, a Portaria GM/MS nº 96, de 7 de fevereiro de 2023, estabeleceu os parâmetros para a definição do auxílio financeiro destinado às entidades privadas sem fins lucrativos que complementam o SUS, que, nesse momento, será feito por meio da transposição e transferência dos saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores a 2018, nos termos da Lei Complementar nº 197, de 6 de dezembro de 2022.

Conforme indicado na referida portaria, o município de Criciúma dispõe de R\$ 9.086.223,86, que poderão ser destinados ao HSJ em 2023. Para tanto, os recursos devem ser incluídos na programação anual de saúde (PAS) e na Lei Orçamentária Anual (LOA), e a SMS deverá dar ciência ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como prestar contas acerca da aplicação do recurso no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Apesar da falta de recursos para custear os serviços do SUS e de algumas pequenas falhas encontradas pela equipe de auditoria, na ocasião da visita *in loco*, verificou-se que a instituição executa diversas boas práticas, já incorporadas nos processos internos do hospital, as quais foram destacadas no item 3.1 deste relatório. Dentre elas, ressalta-se a cultura de colaboração, humanização e comprometimento entre Direção-Geral e os demais setores, inclusive realizando reuniões entre estes para discussão dos resultados dos indicadores e falhas encontradas com planos de ação para tomada de providências.

Outra boa prática que se observou no hospital é a integração e informatização dos processos nos setores foco desta auditoria. Desta forma, NIR, Centro cirúrgico, UTIs e Emergência utilizam sistemas de gerenciamento de altas, controle dos fluxos e práticas clínicas/administrativas. Há também sistema voltado para manutenções preventiva e corretiva dos equipamentos e para dispensação individualizada dos medicamentos. Portanto, o hospital investe em tecnologias e sistemas que favorecem a gestão dos leitos impactando de forma considerável no tempo de permanência dos usuários com resolutividade.



Há que se ressaltar também como boa prática a atuação do NIR, que monitora em tempo real as solicitações de leitos e interage com os setores envolvidos, os quais acompanham em tela a chegada do paciente, já levando em conta diversos indicadores voltados para o giro de leitos. E, de forma relevante, o NIR se utiliza de contratos internos com estes setores, estabelecendo regras como tempos máximos de atendimento e de disponibilização dos leitos, facilitando que se resolvam situações que extrapolem as condições estabelecidas nos contratos ou que sejam resolvidas pelas coordenações responsáveis.

Diante dos apontamentos citados nos achados, e ainda que as boas práticas elencadas acima estejam incorporadas nos processos internos, recomenda-se ao HSJ que:

- Negocie com a gestão municipal um aumento no volume de atendimentos SUS, visando aumentar o giro de leitos e otimizar os custos de modo a minimizar o impacto do déficit orçamentário dos leitos SUS;
- Estenda a modalidade de contrato por desempenho às demais especialidades médicas do hospital, de acordo com as características de cada uma;
- Monitore a média de permanência para verificar se está havendo eficiência no giro de leitos em função da manutenção desses contratos, implementando, sempre que necessário, novas práticas organizacionais que possam colaborar para reduzir ainda mais o tempo de permanência sem redução da qualidade da assistência;
- Monitore o índice de reinternação para aferir se a resolutividade proposta no contrato está sendo alcançada;
- Providencie a inserção do NIR no organograma do hospital para legitimá-lo como instância ligada diretamente à Direção;
- Providencie a inclusão do assistente social na portaria que institui o NIR, acrescentando-o na composição da equipe;
- Acrescente no SLA do NIR/PS alternativa para que o atendimento não extrapole a meta de 4 horas de permanência na sala de Emergência, com definição de metas claras e assertivas;
- Faça constar nos relatórios da Ouvidoria os planos de ação elaborados em função das reclamações e seus respectivos resultados;
- Relacione as providências tomadas pelos responsáveis para solucionar os problemas registrados na Ouvidoria, por ocasião das reuniões de gestão participativa;
- Avalie a possibilidade de fazer ajustes para retomar o monitoramento do indicador de satisfação dos colaboradores, visto que esse é um aspecto importante no que se refere à humanização;
- Aumente o número de pias para lavagem das mãos e posicione-as em locais de fácil acesso, favorecendo sua utilização;
- Realize ações para aumentar o envolvimento dos pacientes com sua segurança.

Considerando aspectos tratados nesse relatório que envolvem a gestão pública municipal, recomenda-se à SMS de Criciúma que:

- Revise o contrato firmado com o HSJ a fim de garantir o equilíbrio econômico-financeiro do contrato e um aporte de recursos adequado ao serviço prestado pelo hospital.

Além disso, sugere-se à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde que:

- Agregue às plataformas públicas disponíveis atualmente funcionalidades semelhantes às plataformas comerciais de gestão de compra para que os hospitais que prestam serviços ao SUS possam usufruir dos mesmos benefícios;



Relatório Final

99

- Promova ações de capacitação para o desempenho da função de negociador na aquisição de insumos hospitalares no SUS e estabeleça parâmetros mínimos de qualificação;
- Estimule os estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS a privilegiar a pesquisa de preços por meio digital, visando maior eficiência no uso da verba pública;
- Crie índice de alta conformidade recorrente de instituições de saúde avaliadas desde 2016 pela Avaliação Nacional de Práticas de Segurança do Paciente (Anvisa).

Para os demais achados, recomenda-se que o hospital aprimore a capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação dos seus processos e indicadores; e promova, sempre que necessário, a capacitação das equipes.





REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Taxa de Ocupação Operacional Geral**. Brasília: ANS, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Painel geral: fichas técnicas dos indicadores. Consórcio de indicadores de qualidade hospitalar**. Brasília: ANS, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/1-indicadores-gerais-versao-i-publicacao-ans-pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução-RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html Acesso em: 10 fev. 2023.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**, n. 20. Brasília: Anvisa, 2019.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual de segurança hospitalar**. Brasília: Anvisa, (s.d.). Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/seguranca_hosp.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva. Brasília: Anvisa, 2010.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2013.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 509, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília: Anvisa, 2021.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 304, de 17 de setembro de 2019**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília: Anvisa, 2019.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?** Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: Anvisa, 2017.

APM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. **3º Caderno de Indicadores CQH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2009.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Washington DC: WB, 2017. v. 1.



BERTANI, T. M. **Lean healthcare**: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Presidência da República, 2017.

BRASIL. **Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília: Presidência da República, 2021.

BRASIL. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Brasília: Presidência da República, 1973.

BRASIL. Ministério da Economia. **Instrução normativa nº 24, de 18 de março de 2020**. Dispõe sobre a elaboração, avaliação e revisão do planejamento estratégico institucional dos órgãos e das entidades da administração pública federal [...]. Brasília: ME, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: MS, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: Monitoramento e Avaliação**. Brasília: MS, 2022 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas/publicacoes/glossario-tematico-monitoramento-e-avaliacao.pdf> Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas para o planejamento estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde – SES: Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS** Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_planejamento_estrategico_secretarias_estaduais_saude.pdf. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção: capacitação a distância**. Projeto ReforSUS. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XXIV – Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Anexo 03. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3yzpYBb>. Acesso em: 26 out. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Seguridade Social e Família. **Relatório Final do Grupo de Trabalho Destinado a Discutir a Tabela SUS**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3YR9dwc>. Acesso em: 23 set. 2022.



DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S.; MOYSÉS, S. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr. 2012. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssp/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v28n4/02.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3wbey5g>. Acesso em: 24 out. 2022.

GONÇALVES, S. S. R. Rotatividade de profissionais da saúde nos hospitais públicos e privados da Paraíba antes e durante a pandemia da covid-19. In: ENCONTRO REGIONAL DE ECONOMIA, 26., 27 e 28 out 2021. **Anais [...]**. Niterói: Anpec, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3ZHSvAv>. Acesso em: 22 nov. 2022.

INSTITUTE OF MEDICINE. Comitee on Quality Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the-21st-century/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

KAWANO, D. F. *et al.* Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los?. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 4, dez. 2006.

MENEZES, A. S. P. **Sustentabilidade do atendimento ao SUS: um estudo de casos múltiplos em entidades filantrópicas de assistência à saúde da região leste paulista**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável e Qualidade de Vida) – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino, São João da Boa Vista, 2012.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDIÇÃO. **Manual para organizações prestadoras de serviços de saúde**. Versão 2022-2026. São Paulo: ONA, 2021.

ROCHA, A. T. C. *et al.* Protocolos de profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em hospitais brasileiros - PROTEV Brasil. **J Vasc Bras**, v. 19, e20190119, 2020.

SALVADORI, F. A. *et al.* Time de resposta rápida e atendimento de paradas cardíacas extra-hospitalares. **Rev. Soc. Cardiol**, v. 29, n. 2, Supl., p. 187-191, abr./jun. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização 2018**. Florianópolis: SES/SC, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3L4D0ff>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SANTOS FILHO, S. F.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 615-26, 2009.

SANTOS, F. B. **Preço de referência em compras públicas: ênfase em medicamentos**. Projeto de melhoria dos controles internos municipais. Foco em logística de medicamentos. Brasília: TCU, 2015.

SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. Contratualização e remuneração de serviços de saúde no SUS: situação atual e perspectivas. In: SEMINÁRIO "O BRASIL DEPOIS DA PANDEMIA: RELAÇÕES FEDERATIVAS, CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS E REDES DE CUIDADOS EM SAÚDE", 28 jun. 2021, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2021.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório

Relatório Final

103

SBCM - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLÍNICA MÉDICA. **Boletim 114**: defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. São Paulo: SBCM, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3l7Kx4v>. Acesso em: 17 out. 2022

SBR – SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA. RT 20|30: Plano de desenvolvimento da radioterapia para a próxima década – Por uma radioterapia de qualidade e acessível a todos os brasileiros. São Paulo: SBR, 2021. Disponível em: https://sbradioterapia.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio_Projeto_RT2030.pdf. Acesso em: 21 nov. 2022

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, 2014.

SOUZA, A. A. *et al.* Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Acórdão nº 1108/2020 - Plenário**. Levantamento realizado com o objetivo de identificar critérios para realização de auditoria de avaliação de desempenho nas unidades hospitalares públicas prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: TCU, 2020.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Auditoria de eficiência em hospitais**: referencial básico. Brasília: TCU, 2022. Versão preliminar.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Manual de auditoria operacional**. Brasília: TCU, 2010.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Relatório de levantamento da eficiência em unidades hospitalares públicas**. Brasília: TCU, 2019.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DE UNIÃO. **Técnica de análise envoltória de dados em auditorias**. Brasília: TCU, 2018. Disponível em: https://eficiencianasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2021/07/Analise_envoltoria_de_dados_editorado.pdf. Acesso em: 3 ago. 2022.

TEIXEIRA, J. M. C. *et al.* Planejamento estratégico operacional e saúde. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2003.

VERAS, M. A crise mais cruel da história. **O Estado de S. Paulo**, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://www.fehosp.com.br/noticias/detalhes/5332>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Africa. **Um guia para identificar e documentar as melhores práticas em programas de planejamento familiar**. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258690/9789290341154-por.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ZEFERINO, T. F. **A contratualização interna de gestão no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2019.

PORTER, M. **Competitive advantage**: Creating and sustaining superior performance. New York: The Free Press, 1985.