



EFICIÊNCIA
Hospitalar

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde
Seção de Auditoria do Espírito Santo

Atividade: 19.342

Unidade auditada: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa/ES)

Unidade Visitada: Hospital Estadual Central – HEC

Município: Vitória/ES

EM RESUMO:

Por que a auditoria foi realizada?

Estudos realizados pelo Banco Mundial em 2440 hospitais gerais apontaram que em média, esses hospitais possuem uma eficiência de 28% e que por isso, pode haver desperdício da ordem de R\$ 13 bilhões na atenção de média e alta complexidade.

Os indícios apontam para um risco de insustentabilidade na situação fiscal do Sistema Único de Saúde (SUS) e levaram o Tribunal de Contas da União (TCU) a fomentar ações e controle em todo o país nos hospitais do SUS para coibir desperdícios nessas unidades. Uma dessas ações foi um estudo para avaliar a eficiência das unidades hospitalares públicas brasileiras, que apontou no estado do Espírito Santo (ES) o Hospital Estadual Central (HEC) como instituição de eficiência mediana (DEA 0,20763).

A presente auditoria foi realizada em colaboração com o TCU com o objetivo de agregar valor à administração pública. O estudo teve como propósito identificar os fatores que podem impactar negativamente a eficiência hospitalar, ao mesmo tempo em que buscou identificar boas práticas que possam ser compartilhadas com outros hospitais, gerando valor para a administração pública e usuários dos serviços de saúde.

Relatório de Auditoria Operacional para avaliar eficiência em hospital gerido por fundação pública de direito privado no estado do Espírito Santo.

Hospital Estadual Central (HEC) - Dr. Benício Tavares Pereira

O que foi encontrado?

No que se refere ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) identificou-se que o hospital não possui a equipe mínima de profissionais preconizada na legislação, fato que contribuiu para a falta de monitoramento de indicadores de gestão de leitos, comprometendo a eficácia no gerenciamento. Além disso, foi identificada falhas na gestão de alta e indicativo da descontinuidade no cuidado do paciente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) após a alta, sugerindo a necessidade de melhorias na articulação integrativa com a regulação estadual. Outro apontamento diz respeito à desatualização das metas contratuais, que resultou em uma produção hospitalar subdimensionada em alguns casos e superdimensionada em outros. Por fim, foram identificadas falhas na implementação de protocolos e no treinamento das equipes, indicando a importância da estruturação das áreas de gestão de riscos e segurança dos pacientes.

O que foi proposto no encaminhamento?

Foi recomendado a manutenção de uma equipe completa no NIR, implantação de protocolos, instruções de trabalho, rotinas e protocolos para a gestão de leito e alta, bem como a implantação de monitoramento sistemático dos indicadores de gestão hospitalar, como taxa de ocupação por áreas, tempos de permanência e outros que estimulem a eficiência. Estabelecimento de fluxos bem definidos e alinhados ao perfil epidemiológico e articulado com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Realizar a readequação das metas contratuais e a participação na Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato. Cabe destaque também a proposição acerca das necessidades de cumprimentos de obrigações legais, como a notificação de eventos adversos junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (NOTIVISA), dentre outros encaminhamentos.

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

Espera-se como benefícios, a otimização da capacidade instalada do HEC, melhorias na qualidade de serviço prestado e no gerenciamento de leitos, maior eficiência do hospital e redução dos custos da assistência. Além disso, uma redução no tempo médio de permanência dos pacientes de AVC, melhorias no gerenciamento da alta e transição efetiva do cuidado para outros serviços de saúde.

LISTA DE SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CEP	Comissão de Educação Permanente
CME	Central de Material Esterilizado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CSP	Comissão de Segurança do Paciente
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
DEA	Análise Envoltória de Dados
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ES	Espírito Santo
HEC	Hospital Estadual Central - Dr. Benício Tavares Pereira
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IT	Instruções de Trabalho
MS	Ministério da Saúde
Neri	Núcleo Externo de Regulação Inter Hospitalar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

RPA	Recuperação Pós Anestesia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Samu 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
Sesa/ES	Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SSAS	Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
VISÃO GERAL DO OBJETO	9
ACHADOS DE AUDITORIA.....	12
ACHADO 1.....	12
ACHADO 2.....	14
ACHADO 3.....	15
ACHADO 4.....	18
CONCLUSÃO	22
ENCAMINHAMENTOS E BENEFÍCIOS	24

INTRODUÇÃO

Estudos realizados pelo Banco Mundial com 2.440 hospitais gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) apontaram que, o escore médio de eficiência foi de 28% e que, em decorrência disso, poderia existir um desperdício da ordem de R\$ 13 milhões na atenção de média e alta complexidade. Em decorrência dessa pesquisa, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou um levantamento e chegou a conclusões semelhantes, motivo pelo qual foi proposto, por meio do Acórdão nº 1.108/2020¹ - TCU Plenário, a realização de auditorias de avaliação de eficiência nas unidades hospitalares de média e alta complexidade para identificar quais seriam as causas dessa ineficiência e propor medidas mitigadoras de tais causas.

Esta auditoria teve como objetivo geral avaliar a eficiência do Hospital Estadual Central (HEC) – Dr. Benício Tavares Pereira com foco no atendimento dos pacientes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), localizado no estado do Espírito Santo (ES), no período de outubro/2021 a setembro/2022. E os objetivos específicos foram: identificar aspectos que possam estar comprometendo a eficiência na assistência dos pacientes com AVC e identificar boas práticas na assistência que possam ser replicadas na rede de saúde.

A partir do levantamento das informações registradas no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) sob o nº 25000.094910/2022-90, dos pontos destacados na análise SWOT² e no inventário de riscos, foram elaboradas as seguintes questões de auditoria:

- I. A gestão dos leitos e fluxo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Hospital Estadual Central (HEC), durante o período auditado, manteve estrutura, processos e controles de forma eficiente seguindo as orientações do Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) - Ministério da Saúde (MS)/2017³ e da Nota Técnica nº 03/2022 - Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo (SSAS/SESA-ES)⁴?
- II. O Hospital Estadual Central (HEC) possui processo de gestão de alta hospitalar que promova alta segura e ágil garantindo a continuidade do cuidado do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a Linha de Cuidado do AVC, Diretriz Clínica Estadual de Abordagem ao Paciente com AVC e a Nota Técnica nº 03/2022 - SSAS/SESA-ES?
- III. As metas pactuadas no Contrato nº 003/2020 da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa/ES) com a Fundação iNOVA Capixaba promovem um serviço de saúde eficiente e estão em conformidade com o serviço executado pelo Hospital Estadual Central (HEC)?
- IV. No Hospital Estadual Central (HEC) a gestão de riscos e segurança do paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) está implementada de forma eficaz e seguindo as

¹ <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2406779%22>

²A análise SWOT, é uma ferramenta estratégica que ajuda a identificar os pontos fortes e fracos de uma organização, bem como as oportunidades e ameaças do mercado. Com base nessa análise possível definir estratégias e ações para melhorar a performance da organização.

³ Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados/MS/SAS/DAHU, 2017.

⁴ Nota técnica nº 03/2022 -SSAS/SESA-ES, Recomendação para implantação de ferramentas de Gestão da clínica e do Acesso hospitalar na Rede de Atenção à Saúde- RAS.

disposições do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36/2013⁵?

Os procedimentos e técnicas de auditoria utilizadas na execução desta ação seguiram as orientações contidas no Manual “Princípios, Diretrizes e Regras da Auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde” (2017) e no Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais do TCU (2022) e se encontram descritas no Apêndice 1 - Metodologia deste relatório.

As limitações percebidas pela equipe de auditoria foram o não recebimento de todas as informações solicitadas ao Hospital e a Sesa/ES na fase de pré-planejamento, que levou a equipe a realizar a seleção do hospital com base nas informações disponíveis. A fase de planejamento demandou maior esforço da equipe para localizar os critérios a serem utilizados, pela ausência de normativos nacionais específicos e escassez de estudos robustos que pudessem servir de referência. Já na fase de execução, as limitações encontradas pela equipe de auditoria foram a reforma estrutural de alguns setores do hospital e a admissão de novos profissionais que gerou atraso na fase e na realização das atividades de observação direta. A divergência de dados enviados pelo HEC e pela Sesa/ES, bem como a não apresentação de documentações solicitadas impossibilitou a conclusão de determinados possíveis achados da Matriz de Planejamento, fato que não inviabilizou a auditoria.

⁵ RDC nº 36/2013 - Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

VISÃO GERAL DO OBJETO

O HEC é um hospital geral de médio porte, que presta assistência de média e alta complexidade e atende somente demanda referenciada regulada pelos Núcleos de Regulação do Estado e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Está localizado no município de Vitória/ES, região metropolitana de saúde e desde 15 de dezembro de 2020 o hospital é administrado pela Fundação iNOVA Capixaba. O contrato de gestão do hospital nº 003/2020, totaliza o montante anual de R\$ 119.610.976,99 (cento e dezenove milhões, seiscentos e dez mil, novecentos e setenta e seis reais e noventa e nove centavos), pagos em doze parcelas mensais, sendo 90% em parcelas fixas e 10% variáveis.

Conforme consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 13 de abril de 2023, o HEC registrado com o CNES n.º 6559131, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) n.º 27.080.605/0022-10, possui habilitações para Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, Cirurgia Vascular, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, Enteral e Parenteral, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-ortopedia e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) II Adulto. Oferece um total de 138 leitos, distribuídos entre as seguintes especialidades: UTI Adulto II, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia Clínica Geral e Hospital Dia.

Segundo informações fornecidas pelo hospital, sua estrutura física é composta por 1 Central de Material Esterilizado (CME), 1 farmácia central, 4 farmácias satélites, 1 sala de acolhimento, 1 sala de hemodinâmica, 5 salas cirúrgicas, 6 leitos de recuperação pós-anestésica (RPA); 3 Unidades de Terapia Intensiva e 4 unidades de internação: AVC Agudo, AVC, Vascular/Ortopedia e Neurocirurgia.

A demanda assistencial, evidenciada pela produção hospitalar e habilitações vigentes, é caracterizada pelo atendimento das especialidades de neurocirurgia, neurologia (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico - AVCI e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico - AVCH), cirurgia vascular eletiva e ortopedia.

Destaca-se a importância do HEC como referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do estado para o tratamento das doenças do aparelho circulatório e neoplásicas, que representaram, no período auditado, 71% de seus procedimentos, conforme dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde (MS), sendo esses processos considerados críticos dentro do hospital.

Segundo a Sesa/ES, até o primeiro semestre de 2022, o HEC atuava como referência para o atendimento de Hemorragia Subaracnóide, suspeitas ou confirmadas, para todos os municípios do Estado, sendo referência para a Região Metropolitana nas especialidades de neurologia/AVC, cirurgia vascular/endovascular e ortopedia de alta complexidade.

Em julho de 2022 foi publicada a Portaria Sesa/ES nº 107-R que normatiza a perfilização da rede hospitalar do ES, na qual o HEC passou a ser referência em cirurgias vasculares eletivas,

neurocirurgia de urgências gerais e vasculares, neurocirurgias eletivas e eletivas especiais e neurologia (Déficit neurológico agudo – AVC).

O HEC está classificado como hospital de “porta fechada”, ou seja, o ingresso de pacientes se dá através do encaminhamento por outros serviços previamente autorizados pelo NIR, a quem compete regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: ambulatório, internação, urgência e emergência, agenda cirúrgica, dentre outros. O NIR tem papel importante na gestão dos leitos e no fluxo de pacientes até a alta hospitalar.

Segundo WASGEN, TERRES e MACHADO (2019), o gerenciamento de leitos engloba uma variedade de atividades, que vão desde o desenvolvimento de sistemas de informação para monitorar e planejar a ocupação hospitalar até a implementação de procedimentos operacionais para admissão e alta, sendo o objetivo central garantir a eficiência no uso dos recursos, por meio da otimização dos leitos disponíveis no hospital.

Os indicadores relacionados à eficiência na gestão de leitos são essenciais e fundamentais para avaliar a eficiência do processo de gestão de leitos, identificar oportunidades de melhoria e garantir melhoria contínua da assistência prestada aos pacientes. É importante destacar que a gestão eficiente de leitos contribui também para a redução de custos e a maximização dos recursos disponíveis. Dentre outros, podemos citar a taxa de ocupação dos leitos e o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos como os principais indicadores relacionados à eficiência na gestão de leitos.

Outro ponto importante para a eficiência hospitalar é a gestão de alta. Com o uso de protocolos de alta bem definidos, o envolvimento de equipes multidisciplinares de saúde para avaliar o estado do paciente e determinar o momento mais adequado para a alta, a educação adequada do paciente sobre sua condição e os cuidados necessários após a alta é possível melhorar significativamente a gestão da alta hospitalar e, conseqüentemente, a eficiência hospitalar.

Os maiores impactos na alta hospitalar se dão pela ocorrência de eventos adversos e infecções relacionadas a assistência à saúde no período de internação, que levam ao aumento do tempo de internação, dos custos de cuidados de saúde e do risco de reinternação. Para minimizar o impacto é importante a implementação de protocolos de segurança para reduzir erros de medicação, quedas e infecções hospitalares entre outros.

A gestão de riscos e segurança do paciente visa garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, com o objetivo de minimizar ou eliminar os danos assistenciais.

A atuação efetiva das comissões hospitalares tem o objetivo de garantir maior segurança ao paciente e eficiência nos serviços de saúde, por meio da melhoria contínua dos processos internos de trabalho.

Nesse contexto, o contrato é um instrumento primordial para o estímulo do ganho de eficiência hospitalar. A previsão contratual de indicadores de qualidade relacionados à eficiência na gestão de leitos, tomando-se como referência o que prevê a literatura específica sobre o assunto, tem o condão de otimizar a disponibilidade do principal recurso hospitalar – o leito.

Os fatores exógenos⁶ influenciam significativamente a atuação do HEC, na medida em que as decisões políticas acerca da perfilização da saúde no âmbito estadual são capazes de promover mudanças na sua área de especialização. Em agosto de 2022, por exemplo, o HEC foi classificado como hospital estruturante, referência em cirurgias vasculares eletivas, neurocirurgia de urgências gerais e vasculares, neurocirurgias eletivas e eletivas especiais, além de neurologia para casos de déficit neurológico agudo, como AVC. Essa nova classificação direcionou novos recursos para o HEC, o que fortaleceu sua posição como um centro de excelência nessas áreas específicas.

Outro fator exógeno identificado é a realização de alguns exames diagnósticos necessários para pacientes internados, em outros hospitais da rede. Isso inclui exames de ressonância magnética, cintilografia, campimetria, eletroneuromiografia, hiperbárica e cateterismo, cujo agendamento e remoção são de responsabilidade do NIR, sendo esta atividade ponto impactante no tempo de permanência dos pacientes da instituição.

⁶ Fatores exógenos são influências externas que afetam os hospitais. Esses fatores podem impactar a demanda por serviços, acesso a recursos financeiros e tecnológicos, capacidade de resposta a emergências e mudanças nas necessidades de saúde da população.

ACHADOS DE AUDITORIA

Esta seção apresenta os achados de auditoria associados às questões de auditoria elencadas para cada uma das dimensões analisadas.

ACHADO 1

A gestão dos leitos e fluxo de pacientes com AVC no Hospital Estadual Central (HEC), durante o período auditado, não manteve estrutura, processos e controles de forma eficiente, conforme estabelece o Manual de Implantação e Implementação do NIR/MS e da Nota Técnica nº 03/2022 - SSAS/SESA-ES.

Verificou-se que tanto as estruturas disponibilizadas pelo hospital como os processos de trabalho são insuficientes para proporcionar a eficácia no gerenciamento de leitos, considerando que de acordo com o *Relatório do Sistema de Gerenciamento de Internação (MV2000)*, datado de 26 de outubro de 2022, o hospital apresentou uma taxa geral de ocupação operacional, durante o período auditado, de 85,28%, o que sinaliza o funcionamento acima da faixa de referência (de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, instituições com taxa de ocupação entre 80 e 85% se mostram eficientes, conforme E-EFI-01, V1.01, de novembro de 2012⁷).

Com efeito, o correto funcionamento do NIR, de acordo com o Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, possibilita o monitoramento do fluxo do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar, desenvolvendo atividades que são fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital.

Nada obstante o Ato Administrativo nº 43/2021 formalize a indicação de funcionários para composição do NIR a partir de 16/08/2021, não foram apresentadas as escalas de trabalho mensal dessa equipe referentes ao período auditado.

Por outro lado, na escala do mês de abril/2023 e em verificação *in loco* restou constatada a ausência de assistente social e de médico regulador no setor, sendo esta função desempenhada pelo diretor técnico da instituição, apesar de a Nota Técnica nº 03/2022-SSAS/SESA-ES recomendar, de acordo com o porte do hospital (138 leitos - informações contidas no CNES), a composição da equipe nos seguintes termos: auxiliar administrativo com cobertura de 24h todos os dias; cobertura de enfermagem horizontal por 12h (segunda a sexta 07h – 19h); médico com cobertura mínima de 4h de segunda a sexta (horizontal) e assistente social (esse último profissional de acordo com o Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados).

Aliado ao problema supra identificado, verificou-se que os fluxogramas dos processos de regulação e atendimento de paciente com suspeita de AVC encontram-se sem a devida assinatura e

⁷ [E-EFI-01.pdf — Agência Nacional de Saúde Suplementar \(www.gov.br\)](#)

aprovação até os dias atuais. Além disso, as rotinas de trabalho do NIR não estão formalizadas e, segundo a gerente estratégica do NIR, os protocolos estão em processo de construção.

Os protocolos de gestão de leitos são fundamentais para garantir a qualidade e eficiência dos serviços hospitalares, ajudando a padronizar práticas profissionais e definir diretrizes claras, o que contribui para a melhora da comunicação entre a equipe e garantia da utilização otimizada dos recursos hospitalares.

No que tange o papel do NIR no monitoramento de indicadores de gestão de leitos, cumpre relatar que essa atividade se encontra comprometida tendo em vista que foram fornecidos à equipe de auditoria documentos que divergem entre si quanto aos indicadores que deveriam ser acompanhados para fins de otimização da utilização dos recursos hospitalares, o que dificulta a análise de quais processos de trabalho merecem maior atenção dos gestores, a fim de que se possam adotar ações e diretrizes estratégicas no sentido de mitigar os problemas que resultaram no indício de ineficiência apontado pelo indicador.

A título de exemplo, quanto à média de permanência, foram verificados os seguintes indicadores, de acordo com as respectivas fontes: 2,93 e 3,96 dias, respectivamente, para as enfermarias do 2º e 3º andar (*Relatório do Sistema de Gerenciamento de Internação - MV2000*); 10,18 dias de acordo com o *Relatório de Indicadores período 10/2021 a 09/2022*; média de 10,06 dias de permanência encontrada pela equipe de auditoria na amostragem de prontuários analisados e 11,97 dias nos termos da tabela enviada pela Sesa/ES (*Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência - AVC - Período de Outubro 2021 a Setembro de 2022 – HEC*).

A indicação, pelo Sistema MV2000, de uma taxa de ocupação das enfermarias de AVC nos patamares acima descritos gera questionamento quanto à confiabilidade desses dados quando comparados com os demais indicadores fornecidos e com a referência, prevista pelo Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, Versão III, de 08/2020, de uma média de permanência ideal igual ou menor a 9 dias.

Considerando os indicadores fornecidos nesse sistema, conclui-se que há uma diferença significativa nos dados de gerenciamento dos leitos do hospital do 2º andar em comparação ao 3º andar, visto que mostram uma diferença de pouco mais de 1 dia no tempo médio de permanência entre as enfermarias e, além disso, uma grande diferença entre as taxas de ocupação operacional delas (65,35% para o 2º andar e 89,52% para o 3º andar).

De acordo com BAEK et al. (2018), conforme citado por SELISTRE ⁸(2019, p. 5), “A compreensão precisa dos fatores associados ao TMP⁹ e as melhorias progressivas no processamento e monitoramento dos dados relacionados a estes fatores podem permitir o gerenciamento mais eficiente do leito e da organização hospitalar como um todo.”

No entanto, a discrepância entre os dados apresentados prejudica a tomada de decisão, na exata medida em que torna incerto o grau de resolutividade de possíveis ações mitigadoras a serem

⁸ SELISTRE, D. K. (2019). Análise dos indicadores de qualidade assistencial e de segurança do paciente no tempo médio de permanência do paciente clínico adulto (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

⁹ Tempo médio de permanência

adotadas pela instituição diante da incerteza dos resultados obtidos com o serviço realizado da forma já implementada.

ACHADO 2

O Hospital Estadual Central (HEC) não possui processo de gestão de alta hospitalar que promova alta segura e ágil articulando com a RAS a continuidade do cuidado do paciente com AVC conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a Diretriz Clínica Estadual de Abordagem ao Paciente com AVC e a Nota técnica nº 03/2022 -SSAS/SESA-ES.

A partir da análise documental, de prontuários e da visita *in loco* foi possível identificar o comprometimento da alta hospitalar responsável desde o período auditado até os dias atuais, levando a riscos e complicações para o paciente no processo de transição do cuidado pós alta e continuidade do cuidado do paciente de AVC.

A situação foi evidenciada na análise de prontuários onde foram encontrados os seguintes percentuais de registros de evoluções¹⁰ por profissional: o fonoaudiólogo 3%, o assistente social 4%, o nutricionista 6%, o farmacêutico 9%, o fisioterapeuta 20%, o enfermeiro 94% e o médico 99%, que demonstra baixa atuação dos profissionais da equipe multiprofissional nas orientações da alta e o baixo registro em prontuário das orientações fornecidas. E pode ser indicativo de número reduzido de profissionais das áreas no HEC.

Outra questão relevante foi a não apresentação dos indicadores de tempo para a efetivação da alta e reinternação precoce relacionados às enfermarias de AVC e também o fato de que o indicador de tempo para higienização do leito começou a ser monitorado somente a partir de abril de 2022, através de informações fornecidas pela equipe de higienização via *WhatsApp*, restando evidenciada a ausência do monitoramento adequado dos indicadores relacionados à gestão de alta no HEC.

Durante o trabalho de auditoria também ficou evidenciada a inexistência de um processo de trabalho de gestão de alta hospitalar eficiente diante da inexistência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP)/ Instruções de Trabalho (IT) referentes à alta, à continuidade do cuidado e ao agendamento de consulta para retorno ambulatorial pós alta de AVC, bem como falta de implementação do plano de alta, pela não apresentação dos mesmos.

Além disso, o NIR não realiza regulação do paciente para as outras instâncias da RAS por não estar disponível uma regulação estadual integrativa, na qual o paciente com alta possa já sair do hospital com os encaminhamentos e agendamentos necessários para a continuidade do cuidado, o que evidencia a descontinuidade do cuidado.

É oportuno assinalar que a não realização da gestão de alta de forma a oferecer alta segura e ágil articulada com a RAS, contraria o exposto nos artigos 166 e 167, CAPÍTULO III do Anexo III da

¹⁰ “Evolução” de prontuário é o relato de todas as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional na assistência prestada ao paciente.

Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017, que conceitua e descreve os objetivos da alta hospitalar responsável, de maneira que se mostra necessária a implementação da alta hospitalar responsável e a busca de articulação com outros pontos de atenção da RAS para contribuir com a continuidade do cuidado do paciente pós alta de AVC.

O apoio do NIR é essencial para a promoção da alta responsável visando à integralidade e continuidade do cuidado, conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar, a Diretriz Clínica Estadual de Abordagem ao Paciente com AVC e na Nota técnica nº 03/2022 - SSAS/SESA-ES.

ACHADO 3

As metas qualiquantitativas do contrato não sofreram nenhuma alteração desde que a Fundação iNOVA Capixaba assumiu a gestão do HEC em dezembro de 2020, o que resulta em metas qualitativas incapazes de estimular o ganho de eficiência e na inobservância da Política Estadual de Contratualização na medida que impõe a remuneração por desempenho, tendo em vista a execução de serviços a menor e a maior nas seis modalidades assistenciais de serviços pactuadas.

Mesmo tendo sido publicados dez termos aditivos ao Contrato nº 003/2020¹¹, as metas qualiquantitativas permaneceram inalteradas desde sua assinatura, nada obstante verificado no E-docs¹² a inauguração, por iniciativa da Fundação iNOVA Capixaba, do processo eletrônico 2021-WR5R7, que visa a repactuação das metas do Contrato nº 003/2020, valendo destacar a morosidade da Sesa/ES na conclusão da análise processual, tendo em vista que deflagrou-se o processo em 17 de novembro de 2021 e até o dia atual sua conclusão não havia sido efetivada, o que vai de encontro ao princípio constitucional da razoável duração do processo insculpido no inciso LXXVIII, art. 5º, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88).

Da forma como feita a previsão de indicadores de desempenho no Contrato nº 003/2020, resta comprometida a função do contrato de direcionar o alcance de resultados, já que não estabelecida qualquer meta substancial de alcance de três dos quatro indicadores contratuais - controle de infecção hospitalar, controle de mortalidade operatória, identificação da origem do paciente -, deixando-se de observar o que dispõe a Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2023¹³ (Política Estadual de Contratualização), que determina a previsão de indicadores para avaliação das

¹¹ Trata do Contrato que entre si celebraram o Estado do Espírito Santo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e a FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE - iNOVA CAPIXABA, qualificada como FUNDAÇÃO para prestação de serviços de assistência médico-hospitalar no âmbito da Rede Pública do SUS no HOSPITAL DR. BENICIO TAVARES PEREIRA - HOSPITAL ESTADUAL CENTRAL.

¹² E-Docs é o sistema corporativo de gestão de documentos arquivísticos digitais utilizado pelo governo estadual do Espírito Santo.

¹³ Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2023. Política Estadual de Contratualização. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/>.

metas e desempenho (inciso VII, do art. 9º) e fere a principal premissa para a descentralização de serviços, qual seja a melhoria de desempenho.

No tocante às metas quantitativas, elas se mostram desatualizadas, não refletindo a produção hospitalar verificada na análise documental realizada pela equipe de auditoria. Com efeito, depois de analisadas as seis modalidades de atividade assistencial prestadas pelo HEC, verificaram-se desvios significativos nas entregas realizadas, que por vezes superaram as metas contratuais estabelecidas e outras se mostraram insuficientes para atingir a produção pactuada, muito embora, nesse último caso, não tenha ocorrido contingenciamento no repasse de recursos orçamentários, diante do cumprimento de indicadores complementares de avaliação.

Especificamente no que concerne a linha assistencial de “SADT Externo”¹⁴, vale maior detalhamento da análise, já que embora a Comissão de Monitoramento e Avaliação tenha informado em seus relatórios semestrais o atingimento da meta pactuada em 122,67% (média dos relatórios semestrais de 07/2021 a 12/2021 e jan/2022 a jun/2022), tal afirmativa levou em consideração a realização de pelo menos 17.364 exames anuais, enquanto no Contrato nº 003/2020 as metas foram pactuadas em quantitativos específicos para cada tipo de exame, que somados atingem o montante que a Comissão avalia se foi atingido.

Essa metodologia de avaliação deixou de evidenciar, por exemplo, o fato de que o hospital realizou um quantitativo de exames de raio x bem menores que o contratado (contratados 3.708 exames anuais e realizados apenas 1.154 exames), conforme informações obtidas na base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema de Informações Hospitalares (SIA/SIH), extraídas por intermédio do Tabwin/Tabnet¹⁵, o que representou, se levados em consideração os valores previstos no Painel de Custo Comparativo de indicadores do HEC de 04/2021 a 03/2022, uma economia para o hospital de R\$ 100.474,36.

Por outro lado, no tocante aos exames de tomografia computadorizada, foi verificada a realização de um quantitativo de 12.510 exames anuais (valendo ressaltar que não se localizou filtro no Tabwin/Tabnet a fim de separar da base de dados do SIA/SIH quantos exames desse quantitativo total foram realizados em pacientes internos e externos – o custo desse tipo de exame a paciente interno não é contabilizado na modalidade assistencial que ora se analisa), enquanto o Contrato estipulou como meta a realização de 7.140 exames desse tipo, o que representa um gasto excedente para o hospital em relação ao previsto contratualmente de R\$ 1.535.014,50.

Se levados em consideração apenas os exames de raio x e tomografia computadorizada, ao realizar o encontro de contas percebe-se que o HEC teria realizado um custo anual superior ao

¹⁴ A sigla SADT significa a abreviação, com a utilização das primeiras letras, do nome Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, sendo que no item I.4.1 do ANEXO TÉCNICO I – DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS do Contrato nº 003/2020 consta a seguinte definição: “O hospital oferecerá os serviços de SADT, a pacientes EXTERNOS ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT pela Regulação Estadual, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde”.

¹⁵ O Tabwin e Tabnet são aplicativos desenvolvido pelo Datasus para tabulação de dados e cruzamento de informações dos sistemas do Ministério da Saúde, incluindo o SIA e SIH.

previsto contratualmente em R\$ 1.434.540,14¹⁶, o que merece ser detalhado e levado ao conhecimento dos gestores, sendo que a análise global do atingimento da meta assistencial dessa linha de serviço dificulta o conhecimento dessa situação.

A desatualização de metas e sua incompatibilidade com a produção hospitalar contraria a Política Estadual de Contratualização na medida em que estabelece a remuneração por desempenho (inciso VI, do art. 3º) e determina a repactuação da atividade assistencial realizada tanto a maior (art. 31) quanto a menor (art. 30).

Vale inclusive destacar que foram pactuados apenas dois indicadores de desempenho, média de permanência e taxa de ocupação, relacionados diretamente à eficiência hospitalar que são mencionados no processo TC 015.993/2019-1 (onde o TCU realizou um levantamento sobre o nível de eficiência dos hospitais no SUS), no entanto tais indicadores foram previstos de maneira complementar para avaliação da meta quantitativa assistencial da modalidade de “Saídas Hospitalares”, ou seja, eles somente seriam analisados caso a quantidade de saídas contratadas não fosse atingida, o que não ocorreu durante o período auditado, motivo pelo qual se revelam desatualizadas tais previsões.

Aliás, enquanto um desses indicadores foi previsto dentro do que a literatura estabelece como ideal (taxa de ocupação de 85%, enquanto o documento E-EFI-01, V1.01, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de novembro de 2012, estabelece uma taxa ideal entre 80 e 85%), a média de permanência prevista para neurologia supera a referência sobre o assunto em três dias (referência menor ou igual a 9 dias, segundo o Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, Versão III, de 08/2020, enquanto o Contrato fez previsão de 12 dias de média de permanência).

Utilizando-se esses dois indicadores e partindo para uma análise das metas quantitativas, constatou-se que a contratação de 206 “Saídas Hospitalares” mensais (2.472 anuais) está além do que o hospital pode entregar em 18,34 saídas mensais (220 saídas anuais) - considerando a quantidade de 30,4 dias no mês (365 dias divididos por 12 meses) e se considerada também a quantidade de 100 (cem) leitos clínicos de internação existentes no HEC (conforme dados extraídos do CNES em 16 de dezembro de 2022 - divididos entre clínica médica neurologia, clínica cirúrgica neurocirurgia, clínica cirúrgica vascular e clínica cirúrgica ortopédica) e uma taxa de ocupação de 85% e média de permanência das diferentes especialidades previstas contratualmente para os leitos existentes.

A análise documental e verificação de prontuários demonstraram que o hospital atingiu a meta de média de permanência pactuada para neurologia, muito embora a permanência alcançada nessa especialidade tenha sido superior em 1,18 dias do que estabelece a literatura como ideal

¹⁶ Nos dois relatórios assistenciais elaborados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação relacionados ao período de julho/2021 a dezembro/2021 e janeiro/2022 a junho/2022 consta a informação da realização de 10.076 exames anuais de tomografia computadorizada para a modalidade de SADT Externo (R\$ 285,85 a unidade) e 1.146 exames anuais de raio x nessa mesma modalidade assistencial (R\$ 39,34 a unidade); nesse caso, se comparadas as quantidades realizadas com as metas contratuais, verifica-se um custo excedente de R\$ 738.466,52 para o Hospital.

(média de permanência verificada de 10,18 dias, conforme Relatório de Indicadores período 10/2021 a 09/2022 fornecido pelo HEC). Ademais, a taxa de ocupação verificada nas enfermarias AVC ficou aquém da meta pactuada (77,43% - média das duas enfermarias de AVC - 2º e 3º andar – constante no Relatório do Sistema de Gerenciamento de Internação - MV2000).

Tais situações, se considerada a existência de 52 leitos de enfermaria em AVC (quantidade identificada na verificação in loco, que vai de encontro aos 42 leitos informados no CNES) e a quantidade de 30,4 dias por mês (resultado da divisão de 365 dias por 12 meses), revelam uma perda mensal de 29,06 saídas hospitalares (348,72 saídas anuais) - poderiam ser produzidas pelos leitos de enfermaria em AVC, se observadas as boas referências, a quantidade mensal de 149,29 saídas, enquanto diante dos indicadores verificados o máximo que se pode produzir é de 120,23 saídas, restando demonstrada uma ineficiência na gestão dos leitos clínicos médicos neurológicos de 19,46%.

Esses fatores mostram que as metas estabelecidas no Contrato nº 003/2020 da Sesa/ES com a Fundação iNOVA Capixaba não têm contribuído para a promoção de um serviço de saúde eficiente, uma vez que não estão alinhadas com a real produção hospitalar do HEC.

ACHADO 4

A gestão de riscos e segurança do paciente está em processo de implementação.

Essa situação é evidenciada pela falta de cumprimento de todos os requisitos básicos para a efetiva implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, pela ausência de protocolos de segurança do paciente totalmente implantados e pela falta de capacitação das equipes assistenciais. Além disso, não estão sendo totalmente atendidas as disposições legais relativas à Segurança do Paciente.

A partir da análise documental e da visita in loco foi possível compreender como está estabelecida a estrutura organizacional para a segurança do paciente no HEC. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi instituído em 07/2021 e atualmente é estruturado em formato de Comissão composta por 9 membros das seguintes categorias profissionais: enfermeiro, médico, farmacêutico e administrativo.

A equipe do Núcleo de Qualidade Hospitalar, composta por 2 enfermeiras e 1 analista da qualidade é responsável por conduzir as principais atividades da Comissão de Segurança do Paciente (CSP), enquanto os demais integrantes participam das reuniões e desempenham papéis consultivos.

Embora a CSP esteja instituída, não há regimento interno ou outro documento que regulamente seu funcionamento descrevendo as competências da comissão, as responsabilidades de seus membros, a frequência das reuniões internas e com os setores assistenciais, entre outros aspectos.

Além disso, devido às frequentes mudanças em sua composição, a CSP não consegue manter um cronograma regular de reuniões.

Quanto ao Plano de Segurança do Paciente (PSP), obrigatório pela RDC nº 36 (art.3º, IX), o documento referente ao período auditado, foi elaborado, porém aprovado em data posterior ao período de vigência, fato este que juntamente com as alterações da composição da equipe da CSP, comprometeu a execução das ações do PSP (2021-2022), bem como, a análise e elaboração do relatório de sua execução.

No que se refere ao conteúdo, o PSP do HEC descreve os objetivos, metas e ações planejadas, bem como apresenta um cronograma de periodicidade de ações para aplicação da cultura de segurança. Porém, não contempla a análise da situação ou diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais e indicadores de acompanhamento, os quais são conteúdos básicos descritos no Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, 2016.

Em visita *in loco* em abril de 2023 verificou-se que não foi elaborado PSP para o ano vigente e as ações da comissão estavam sendo executadas conforme as demandas dos gestores e setores assistenciais e com base nos incidentes/eventos adversos notificados, sem um planejamento anual.

Outro ponto que carece destaque, diz respeito às notificações de eventos adversos, que apesar de sua obrigatoriedade mensal junto à Anvisa (Sistema NOTIVISA¹⁷), conforme disposto na RDC nº 36/2013 (art 7º, XI), a CSP do HEC gerencia as notificações somente através do sistema interno de gestão hospitalar (Epimed¹⁸), não tendo sido apresentados protocolos ou instruções de trabalho que contemplem este procedimento. Conforme informado em visita *in loco* as notificações não são enviadas para a Anvisa porque com a mudança da equipe da CSP o acesso ao sistema (login e senha) foi perdido. A equipe atual vem tentando resolver a questão do acesso ao Sistema NOTIVISA.

Neste contexto, dentre as atribuições descritas no Plano de Trabalho da Qualidade, aprovado em novembro de 2022, consta realizar as classificações das notificações recebidas das unidades/serviços com análise crítica e investigações de eventos graves e óbitos, construir fluxo de notificações e tratativas de incidentes e estimular a notificação online dos eventos adversos através do Epimed.

A IT-HEC.QUA03 (Processo de Atendimento às Demandas de Eventos Adversos para Segurança do Paciente), publicada no site da Fundação iNOVA Capixaba, descreve que o enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente deve acessar diariamente as notificações de eventos adversos no Epimed para análise delas. Devendo as notificações de casos de incidentes com danos leves ou moderados serem encaminhadas ao gestor da unidade para análise e elaboração da tratativa e nos casos de incidentes com danos graves, os envolvidos convocados para estabelecer tratativas corretivas.

Salienta-se que embora publicada no site oficial da fundação gestora do hospital a IT citada não está aprovada e assinada. Segundo informado pela equipe da qualidade, as instruções de trabalho assim como outros documentos (regimentos, protocolos etc.) estão em processo de elaboração e aprovação.

¹⁷ NOTIVISA – Sistema da Anvisa para notificação de incidentes/ eventos adversos relacionados à assistência à saúde.

¹⁸ Epimed – Sistema Informatizado de Gestão Hospitalar.

No que se refere à investigação dos eventos adversos, das notificações feitas no Epimed no período auditado, 38,5% estão concluídas (com ou sem investigação) e um percentual expressivo (49,2%) ainda está em investigação. Dentre as notificações em investigação, pontua-se que 02 são referentes a incidentes com dano grave, notificados em outubro de 2021. Além destes, 01 óbito (evento sentinela) ocorrido em novembro de 2021 também ainda está em investigação.

Apesar de constar no PSP (2021 e 1º semestre de 2022) como ação o acompanhamento da revisão e aplicação dos protocolos criados conforme o perfil institucional e dos 6 protocolos de segurança do paciente com periodicidade anual ou sob demanda, o que restou evidenciado a partir da análise documental e visita in loco é que tampouco tais protocolos estão implementados.

O protocolo de identificação do paciente foi elaborado em 2021, porém não está aprovado assim como o de utilização de placas de mudança de decúbito, relacionado à prevenção de lesão por pressão que também depende de aprovação.

Nas enfermarias de AVC verificou-se que existem os protocolos de identificação do paciente, cirurgia segura, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e prevenção de lesão por pressão, porém, em sua maioria datados do ano de 2014. Conforme informado pela equipe, os protocolos estão passando por revisões.

Além de estarem desatualizados, os protocolos básicos de segurança do paciente não estão acessíveis à equipe assistencial de forma efetiva, visto que, a equipe técnica de enfermagem não soube informar como poderiam consultá-los.

No aspecto da aplicabilidade de ações de segurança do paciente nas enfermarias de AVC, observou-se ainda que, apesar da falta de protocolos implantados, a equipe realiza ações e procedimentos de segurança do paciente e gestão de riscos assistenciais, tais como: a correta identificação dos pacientes com pulseiras seguindo as normas da Anvisa e as sinalizações referentes a gestão de riscos nos leitos.

Entretanto, embora haja sinalização de riscos nos leitos, esta não é bem visível e não possui a classificação do grau de risco para queda e lesão por pressão. Outro ponto é a sinalização de alertas de alergias que deve ser mais visível.

A análise dos prontuários revelou que, na admissão do paciente, 87% tinham avaliação de risco de lesão por pressão e 76% de risco de queda registradas na evolução do enfermeiro. Já as avaliações diárias de risco de lesão por pressão foram feitas em 67% dos pacientes e as de risco de queda em 48%.

Já as análises das notificações de eventos adversos feitas no Epimed, no período auditado, permitiram identificar eventos adversos relacionados aos protocolos básicos de segurança do paciente, tendo ocorrido um quantitativo expressivo de lesões por pressão (202) e queda do paciente (69), além de incidentes referentes à identificação do paciente, medicação e cirurgia segura.

Observou-se ainda que do total de notificações de lesões por pressão, 42,57% foram de pacientes internados nas enfermarias de AVC. Assim como 52,17% de queda do paciente, também ocorreram nas enfermarias de AVC.

Esses dados reforçam a necessidade de implantação efetiva dos protocolos de segurança do paciente, e capacitação dos profissionais, bem como a avaliação da sistematização da assistência de enfermagem no que tange a padronização das evoluções em prontuário.

A Anvisa, considera que um protocolo está implantado quando, além de contemplar conteúdos básicos específicos, foi realizada capacitação dos profissionais de saúde.

Neste contexto, pontua-se que é uma das competências de um NSP o desenvolvimento, implantação e acompanhamento de programas de capacitação periódicos em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

Considerando o papel fundamental da Comissão de Educação Permanente (CEP) atuando com a CSP no planejamento e realização das capacitações em segurança do paciente e com o intuito de avaliar a suficiência das atividades de educação permanente em segurança do paciente, foi realizada entrevista semiestruturada com membros deste setor e analisados o planejamento, monitoramento e relatórios de avaliação de indicadores.

Destaca-se que apesar de ter solicitado ao hospital o ato administrativo de criação e designação da CEP de todo o período auditado, o HEC encaminhou apenas o ato administrativo nº 13/2022, datado de 28 de outubro de 2022, onde, em que pese o documento traga em síntese o termo “Ratificar a designação dos membros da Comissão de Educação Permanente”, não foi localizado documento referente ao período auditado.

A CEP é composta por 10 membros, sendo presidente, vice-presidente, secretária e membros. O regimento interno foi elaborado em 07/2022 e está em fase de aprovação.

O setor atua de forma integrada com os setores assistenciais, buscando oferecer treinamentos conforme a necessidade das áreas, porém sem padronização ou registro de reuniões, que não possuem periodicidade determinada ou um cronograma para monitoramento e seguimento das atividades.

Acerca do monitoramento de indicadores, o HEC não apresentou documento de acompanhamento ou controle dos indicadores de educação permanente referente ao ano de 2021, assim, não foi possível realizar avaliação de todo o período auditado.

Devido tal limitação, o período de análise dos indicadores de educação permanente compreendeu os meses entre janeiro e setembro de 2022. Os indicadores monitorados pela CSP compreendem: o número de treinamentos realizados, o quantitativo de horas e o número de participantes. Tais indicadores não contemplam aspectos suficientes para subsidiar um processo de monitoramento e avaliação eficaz das ações de educação permanente.

Em 2021 foram realizados treinamentos relacionados a segurança do paciente e prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), porém, não abrangeram todos os setores assistenciais do HEC, o percentual de colaboradores capacitados foi pequeno e não foram abordados todos os protocolos básicos de segurança do paciente.

Quanto às capacitações em segurança do paciente para as equipes das enfermarias de AVC foram realizados treinamentos sobre a identificação do paciente e a comunicação efetiva entre os

profissionais de saúde, os demais protocolos básicos de segurança do paciente e demais temáticas relacionadas não foram contemplados.

O HEC não apresentou um plano ou cronograma anual de treinamentos da instituição referente ao período auditado e, embora tenha um cronograma para o ano de 2023, ainda não foram definidas metas claras e precisas na organização das ações de capacitação.

Por todo o exposto, é possível afirmar que a gestão de risco e segurança do paciente não está totalmente implementada, conforme as legislações e as boas práticas existentes.

Por outro lado, tratando-se de boas práticas, no que tange ao planejamento de ações de gestão de riscos, ressalta-se como boa prática do HEC, a participação na Avaliação Das Práticas De Segurança Do Paciente realizada pela Anvisa, referente ao ano de 2021, importante estratégia para a realização de um diagnóstico situacional dos riscos assistenciais.

No mesmo sentido, foram identificadas ações realizadas pela CSP para promoção da cultura de segurança do paciente na instituição, como exemplo o encorajamento e recompensa à identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança e a promoção do aprendizado organizacional, a partir da ocorrência de incidentes.

CONCLUSÃO

A presente atividade de Auditoria de Eficiência foi realizada no Hospital Estadual Central – Dr. Benício Tavares Pereira, cujo objetivo foi a aplicação do Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais (BRASIL, TCU, 2022) a fim de avaliar a eficiência nas unidades hospitalares do SUS de média e alta complexidade, com gestão própria ou privada, e identificar quais seriam as causas de ineficiência, propondo-se, nesse caso, medidas mitigadoras e boas práticas adotadas que geraram eficiência do serviço de saúde.

No decorrer das atividades, foram observadas situações que denotam fragilidades na formalização contratual, sobretudo diante da não contratação de metas qualitativas capazes de estimular a eficiência na produção hospitalar, o que compromete, em certa medida, a função do contrato de direcionar o alcance de resultados.

Já em relação às metas quantitativas pactuadas, observou-se que elas não refletem a produção hospitalar, dados os desvios significativos nas entregas realizadas, o que deveria ter sido objeto de repactuação, mas devido a morosidade na análise do processo eletrônico 2021-WR5R7 o desequilíbrio econômico-financeiro do Contrato nº 003/2020 tem se perpetuado ao longo dos últimos meses, o que tem o condão de provocar prejuízos financeiros a ambas as partes contratuais.

Observou-se que alguns dos indicadores de desempenho analisados na fase de execução deste esforço de auditoria apontam para a ineficiência de processos de trabalhos adotados na unidade auditada, sendo verificado que o NIR, instância do HEC competente para a realização da gestão de leitos, possui estrutura comprometida - seja de pessoal ou de sistemas informatizados de monitoramento de indicadores - para a realização de suas atividades.

Aliás, tais atividades carecem de padronização, ante a inexistência de fluxograma dos processos de regulação e de rotinas de trabalho do NIR, o que inclusive prejudica o monitoramento dos mais diversos indicadores de desempenho, que, diga-se de passagem, se mostraram divergentes entre si se comparados todos os documentos encaminhados à equipe de auditoria, revelando um baixo grau de confiabilidade dos números trazidos.

Não bastasse isso, em razão do HEC não possuir um Escritório de Gestão de Alta, o NIR também acumula a função de gerenciamento das altas e devido a precariedade de sua estrutura já relatada linhas acima, além da inexistência de processos de trabalho de gestão de alta hospitalar eficiente, continuidade do cuidado e ao agendamento de consulta para retorno ambulatorial pós alta de AVC, bem como a falta de implementação do plano de alta, restou comprometida a alta hospitalar responsável, o que leva a riscos de complicações para o paciente no processo de transição do cuidado pós alta e continuidade do cuidado.

A propósito, vale destacar que quando se fala em eficiência hospitalar não se pode perder de vista a manutenção do padrão de qualidade dos serviços hospitalares prestados, não devendo ser considerado eficiente um serviço de saúde pela simples realização de um volume maior de entregas. Nesse aspecto, assume papel de grande relevância nas instituições os setores de segurança do paciente, de qualidade e de educação permanente.

No HEC, por outro lado, observou-se que as Comissões de Segurança do Paciente e Educação Permanente necessitam ser melhor estruturadas e dispor de um regimento interno que descreva o funcionamento e defina as responsabilidades de seus membros.

É fundamental que estas comissões atuem em conjunto no planejamento e execução das capacitações da gestão de riscos e segurança do paciente, visto que, a oferta de treinamentos nesta temática atingiu apenas um percentual de 15,63% dos profissionais do hospital, comprometendo, a qualidade da atividade assistencial prestada pelo HEC. Além disso, existe deficiência na implementação de protocolos de segurança do paciente bem como inexistência de revisão de protocolos aprovados há mais de três anos.

Mesmo diante desses fatos, observou-se que, no âmbito da aplicabilidade das ações de segurança do paciente nas enfermarias de AVC, a equipe realiza ações e procedimentos de gestão de riscos assistenciais, porém é necessária a efetiva implantação dos protocolos de segurança do paciente, não somente por ser uma obrigação legal, mas para que os riscos assistenciais e os eventos adversos sejam efetivamente mitigados.

Contudo, a CSP executa ações para a promoção da cultura de segurança na instituição como, por exemplo, o encorajamento e recompensa à identificação, notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança e a promoção do aprendizado organizacional, a partir da ocorrência de incidentes.

Por todo exposto, espera-se que a incorporação das propostas de encaminhamentos abaixo possa contribuir para o desenvolvimento do serviço de saúde prestado pelo HEC, de maneira que seja proporcionado um maior volume de entregas por ele e a melhora qualitativa dos serviços assistenciais prestados, que, inclusive, é o que vai de fato possibilitar a melhoria de desempenho do hospital.

ENCAMINHAMENTOS E BENEFÍCIOS

ACHADO 1 - A gestão dos leitos e fluxo de pacientes com AVC no Hospital Estadual Central (HEC), durante o período auditado, não manteve estrutura, processos e controles de forma eficiente, conforme estabelece o Manual de Implantação e Implementação do NIR/MS e da Nota Técnica nº 03/2022 - SSAS/SESA-ES

Propostas de encaminhamento

- I. Manter a composição completa da equipe do NIR em consonância com o que prevê a legislação;
- II. Elaborar, aprovar e implantar as instruções de trabalho, rotinas e protocolos que descrevam o funcionamento/processo de trabalho da gestão de leitos;
- III. Promover a capacitação das equipes do NIR e assistenciais;
- IV. Implantar e monitorar de forma sistemática e regular os indicadores de desempenho;
- V. Realizar o gerenciamento dos leitos com acompanhamento sistemático das taxas de ocupação por setor e médias de permanência por especialidade;
- VI. Identificar as áreas críticas e desenvolver estratégias para melhorias contínuas da gestão de leitos.

Possíveis benefícios

- I. Atuação do NIR de forma integrada e abrangente, avaliando processos e procedimentos em diversas áreas;
- II. Otimização do uso da capacidade instalada do HEC;
- III. Melhorias na qualidade de serviço prestado e automaticamente na eficácia do gerenciamento de leitos;
- IV. Maior resolutividade na gestão de leitos, aumentando o nível de eficiência do hospital e reduzindo custos da assistência;
- V. Redução do tempo médio de internação dos pacientes de AVC.

ACHADO 2 - O Hospital Estadual Central (HEC) não possui processo de gestão de alta hospitalar que promova alta segura e ágil articulando com a RAS a continuidade do cuidado do paciente com AVC conforme estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar, a Diretriz Clínica Estadual de Abordagem ao Paciente com AVC e a Nota técnica nº 03/2022 -SSAS/SESA-ES

Propostas de encaminhamento

- I. Implantar e implementar a alta hospitalar responsável, conforme legislações;
- II. Criar o Escritório de gestão de alta ou atribuir formalmente a gestão da alta a algum outro setor;
- III. Elaborar e implementar os protocolos de gestão de alta, contemplando o Plano de Alta Hospitalar;

- IV. Melhorar a participação efetiva da equipe multiprofissional na alta, contemplando os registros em prontuários;
- V. Monitorar os indicadores de gestão de alta que promovem a eficiência hospitalar;
- VI. Buscar a articulação com outros pontos de atenção da RAS para contribuir com a continuidade do cuidado do paciente pós alta de AVC;
- VII. Melhorar a integração com Regulação estadual em todas as dimensões;
- VIII. Discutir e propor junto à Sesa/ES o agendamento integrado com a RAS.

Possíveis benefícios

- I. Melhorias na qualidade de serviço prestado e automaticamente na eficácia do gerenciamento da alta;
- II. Maior resolutividade na gestão da alta aumentando o nível de eficiência do hospital e reduzindo custos da assistência;
- III. Melhoria na transição efetiva do cuidado para a Atenção Primária, o Programa Melhor em Casa/Atenção Domiciliar e os hospitais de menor complexidade;
- IV. Articulação do HEC com a regulação estadual e maior integração ao sistema de referência e contrarreferência na RAS contribuindo para que seja garantida a linha de cuidado e a continuidade da assistência aos pacientes.

ACHADO 3 - As metas qualiquantitativas do Contrato nº 003/202010 não sofreram nenhuma alteração desde que a Fundação iNOVA Capixaba assumiu a gestão do HEC em dezembro de 2020, o que resulta em metas qualitativas incapazes de estimular o ganho de eficiência e na inobservância da Política Estadual de Contratualização na medida que impõe a remuneração por desempenho, tendo em vista a execução de serviços a menor e a maior nas seis modalidades assistenciais de serviços pactuadas

Propostas de encaminhamento

- I. Avaliar a possibilidade de pactuação de indicadores de desempenho que possam estimular, de maneira direta, o ganho de eficiência na produção hospitalar de metas quantitativas, podendo-se se valer, para tanto, dos indicadores apontados pelo TCU no TC 015.993/2019-1;
- II. Adotar como referência de indicadores de desempenho o que a literatura específica mais atualizada dispõe sobre a matéria, observando-se, inclusive, que a média de permanência contratual estabelecida para neurologia não corresponde nem ao máximo admissível pela literatura para essa especialidade;
- III. Recalcular a modalidade assistencial de “Saídas Hospitalares” de maneira que a quantidade contratada possa refletir o que de fato o hospital pode entregar;
- IV. Empreender esforços para que a análise de processos relacionados a repactuação de metas contratuais seja efetivada dentro de prazo razoável, sobretudo se considerada a urgência relacionada a serviços públicos de saúde e o fato de o hospital ser referência metropolitana para atendimento de AVC;

- V. Oficializar a participação de membros da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato nº 003/2020, nomeando-os formalmente para a composição da Comissão, oportunizando-se a participação de membros do HEC em sua composição;
- VI. Reavaliar a importância do papel desempenhado pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, de maneira que os relatórios por ela confeccionados possam ser acompanhados e sopesados como uma eficiente ferramenta de gestão, oportunidade em que, dada essa circunstância, sugere-se a revisão da metodologia de avaliação empregada na análise de atingimento de metas contratuais, a fim de que a análise de seu cumprimento possa ocorrer nos exatos termos contratados.

Possíveis benefícios

- I. Considerando o contrato como instrumento apto a estimular comportamentos e direcionar o alcance de resultados, sobretudo se considerado o sistema de remuneração por desempenho, espera-se que a adoção das providências aqui sugeridas resulte no incremento da produção hospitalar através da incorporação de indicadores de qualidade atrelados à eficiência e do atingimento de dessas metas contratuais;
- II. A revisão da metodologia de avaliação empregada nos relatórios assistenciais confeccionados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato nº 003/2020 proporciona uma melhora na análise do desempenho do hospital e contribui para o saneamento de situações que possam estar afetando o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, sendo que a participação de membros da Fundação INOVA Capixaba nessa Comissão pode melhorar a qualidade do trabalho desenvolvido;
- III. A observância de um prazo razoável para tramitação de processos relacionados a repactuação de metas contratuais tem a finalidade tanto de não comprometer a produção da atividade médico-hospitalar que esteja sendo realizada a maior quanto a desonerar o erário por serviços que não estejam sendo realizados nas quantidades contratadas.

ACHADO 4 – A gestão de riscos e segurança do paciente está em processo de implementação

Propostas de encaminhamentos

- I. Estruturar a gestão de riscos assistenciais e segurança do paciente implementando ações para a efetiva instituição da Comissão de Segurança do Paciente, as quais são:
 - a. elaborar regimento interno que estabeleça as regras de atuação da CSP, atribuições e responsabilidades de seus membros, bem como as instruções de trabalho, rotinas e protocolos que descrevam o funcionamento/processo de trabalho.
 - b. Cumprimento das obrigações legais
 - i. Elaborar e aprovar um Plano de Segurança do Paciente que abranja todo o conteúdo básico estabelecido pela Anvisa;
 - ii. Regularizar as notificações de eventos adversos junto à Anvisa (NOTIVISA);
 - iii. Realizar monitoramento e investigação dos eventos adversos e óbitos causados por estes;

- iv. Implementar os protocolos básicos de segurança do paciente;
 - v. Capacitação das equipes assistenciais em segurança do paciente.
- II. Avaliar o impacto da não existência de uma equipe exclusiva para o desempenho da gestão de riscos assistenciais;
- III. Propiciar condições necessárias para o funcionamento dos Núcleos de Segurança do Paciente e educação permanente e para o desenvolvimento das ações de gestão de riscos e segurança do paciente, disponibilizando recursos financeiros, equipamentos, insumos e materiais.
- IV. Elaborar um diagnóstico situacional dos riscos assistenciais para definição das metas e planejamento de ações a serem incluídas no Plano de Segurança do Paciente;
- V. Elaborar e aprovar o regimento interno do Comissão de Educação Permanente;
- VI. Fazer planejamento periódico de capacitações voltadas a segurança do paciente, para toda a equipe assistencial, contendo metas claras e alinhadas às necessidades das áreas e ao contrato com a Sesa/ES.
- VII. Participar da Avaliação Nacional das Práticas de Segurando Paciente e da Avaliação Nacional da Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais, Anvisa/2023.

Possíveis benefícios

- I. Promoção da cultura de segurança do paciente na instituição;
- II. Melhoria da segurança do paciente e da qualidade da assistência;
- III. Redução da incidência de eventos adversos;
- IV. Redução da mortalidade decorrente de eventos adversos;
- V. Redução do tempo de permanência;
- VI. Redução dos custos assistenciais.