



TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DE RONDÔNIA

AUDITORIA OPERACIONAL

Relatório Conclusivo



 EFICIÊNCIA
Hospitalar

SGCE
Secretaria-Geral de
Controle Externo



TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DE RONDÔNIA

AUDITORIA OPERACIONAL

NO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO

EM UMA INTERFACE COM A REGULAÇÃO ESTADUAL REALIZADA PELA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU

PORTO VELHO, MAIO DE 2023



IDENTIFICAÇÃO

Processo: nº 00428/2023-TCERO

Modalidade: Auditoria Operacional – AOP

Relator: Conselheiro Jailson Viana de Almeida

Ato originário: Plano Integrado de Controle Externo (Proposta de Fiscalização 171).

Objetivo: Avaliar a gestão de leitos do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP fazendo uma interface com a central de regulação estadual realizada pela Secretaria de Estado da Saúde-Sesau, identificando gargalos e oportunidades de melhoria, bem como boas práticas que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

Ato de designação: Portarias n. 303/2022 e n. 41/2023.

Período de realização da auditoria: 1º/08 a 31/10/2022 (fase planejamento) e 1º/02 a 30/4/2023 (fase de execução e relatório preliminar).

Unidade jurisdicionada: Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

EQUIPE DE AUDITORIA

BRENO ROTHMAN FERNANDES

Auditor de Controle Externo – Cadastro 570
Membro (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

JANE ROSICLEI PINHEIRO

Auditora de Controle Externo – Cadastro 418
Membra (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

RAIMUNDO PAULO DIAS BARROS VIEIRA

Auditor de Controle Externo – Cadastro 319
Coordenador (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

FRANCISCO VAGNER DE LIMA HONORATO

Auditor de Controle Externo – Cadastro 538
Supervisor em Substituição

BRUNO BOTELHO PIANA

Coordenador da CECEX-9 – Cadastro 504
Supervisor (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)





LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apac – Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade
Aop – Auditoria Operacional
Cacon – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
Cecex-09 – Coordenadoria Especializada em Políticas Públicas
Cerac – Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade
Cerae – Central de Regulação de Consultas e Exames
Cerel – Central de Regulação de Leitos
Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Rondônia
Crue – Central de Regulação de Urgências e Emergências
CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988
DEA – Análise Envoltória de Dados
Denasus – Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Estratégia Saúde da Família
Gerreg – Gerência de Regulação
HBAP – Hospital de Base Ary Pinheiro
Heuro – Hospital Estadual de Urgência e Emergência
Hospub – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
Intosai – Organização Internacional das Entidades de Fiscalização Superior
Mac – Média e Alta complexidade
MS – Ministério da Saúde
Nir – Núcleo Interno de Regulação
NR – Normas Regulamentadoras
Paf – Programação Anual de Fiscalização
Pice – Plano Integrado de Controle Externo
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
POC – Policlínica Osvaldo Cruz
PSE – Programa Saúde na Escola





PT – Papel de Trabalho

Ras – Rede de Atenção à Saúde

RT – Relatório Técnico

Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Sauron – Sistema de Autenticação do Estado de Rondônia

Sesau – Secretaria de Estado da Saúde

SGCE – Secretaria Geral de Controle Externo

Sisreg III – Sistema de Regulação de Procedimentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE/RO – Tribunal de Contas do Estado de Rondônia

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unacon - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

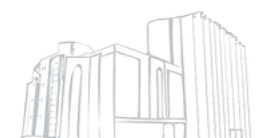
Upa – Unidade de Pronto Atendimento





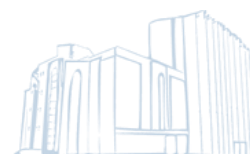
SUMÁRIO

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE EFICIÊNCIA HOSPITALAR	8
1.1.1	COMPREENSÃO DO TEMA.....	8
1.1.2	MOTIVAÇÃO DA AUDITORIA.....	10
1.2	PANORAMA DA ATENÇÃO HOSPITALAR EM RONDÔNIA.....	11
2.	INTRODUÇÃO.....	14
2.1	IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO DE AUDITORIA	14
3.	PROBLEMA, OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA	14
3.1	PROBLEMA DA AUDITORIA	14
3.2	OBJETIVO DA AUDITORIA.....	15
3.3	ESCOPO DA AUDITORIA	15
4.	CRITÉRIOS	15
5.	METODOLOGIA	15
5.1	DAS TÉCNICAS DE AUDITORIA UTILIZADAS	17
5.1.1	FASE DE PLANEJAMENTO	17
5.1.2	UNIDADE HOSPITALAR SELECIONADA.....	17
5.1.3	DOS PAPÉIS DE TRABALHO E SUA ANÁLISE	18
5.2	FASE DE EXECUÇÃO.....	19
6.	DA AUDITORIA DE NATUREZA OPERACIONAL NO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO EM INTERFACE COM A GERÊNCIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO	19
6.1	QUESTÕES DE AUDITORIA.....	19
7.	DOS ACHADOS DE AUDITORIA	20
7.1	ACHADO 1: GESTÃO PARCIALMENTE ADEQUADA DE LEITOS NO HBAP, TRAZENDO PREJUÍZOS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE E IMPACTANDO NEGATIVAMENTE NA RESOLUTIVIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS USUÁRIOS.	20
7.2	ACHADO 2: ATUAÇÃO DO NIR AQUÉM DO NECESSÁRIO PARA APOIO À DIREÇÃO NA GESTÃO DE LEITOS DO HOSPITAL, IMPACTANDO NEGATIVAMENTE NAS TAXAS DE OCUPAÇÃO DOS LEITOS DO HBAP.	26
7.3	ACHADO 3: ATUAÇÃO PARCIALMENTE ADEQUADA DA GERÊNCIA DE REGULAÇÃO ESTADUAL-GERREG NA COORDENAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS DEMANDAS E OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO HBAP, IMPACTANDO NEGATIVAMENTE NO DIREITO DOS USUÁRIOS À GARANTIA DE ACESSO, EQUIDADE, EFICIÊNCIA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS.	30
7.4	ACHADO 4: AUSÊNCIA DE TRANSPARÊNCIA NAS “FILAS DE ESPERA” DA REGULAÇÃO ESTADUAL, NÃO ASSEGURANDO O ACESSO À INFORMAÇÃO AOS USUÁRIOS E O PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS.	35





8.	BOAS PRÁTICAS	37
9.	ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES	37
10.	CONCLUSÃO	38
11.	PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	40
	APÊNDICES	44
	ANEXOS	45
	RELAÇÃO DE TABELAS E FIGURAS	45



1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização sobre Eficiência Hospitalar

1.1.1 Compreensão do Tema

A configuração do Sistema Único de Saúde - SUS em Redes de Atenção à Saúde - RAS ocorreu a partir de 2011 e foi uma estratégia de reestruturação de sua organização e de sua qualidade, buscando impactar positivamente a atenção prestada à população. Assim, nos termos do art. 5º do Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/1990, a Rede de Saúde (Região de Saúde) deve conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços: **atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.**

2. De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, uma Rede de Saúde é formada por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Deve, portanto, atender serviços de atenção primária, média e alta complexidade.

3. A **atenção primária** é o primeiro nível de atenção e “porta de entrada” do sistema. Compreende os procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde. Além do mais, coordena os fluxos e contra fluxos dos pacientes aos serviços especializados, de média e alta complexidade.

4. A **média complexidade** diz respeito aos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios. São ações e serviços que buscam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo atendimento necessite de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Exemplo disso são as ações especializadas em oftalmologia, ginecologia e outros, que necessitam de exames ultrassonográficos e procedimentos.

5. A **alta complexidade** define-se como um conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, visando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Envolve procedimentos que demandam tecnologia “de ponta” e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Esse tipo de atendimento ocorre em locais com leitos de UTI e centros cirúrgicos grandes e complexos.

6. Assim, dentro da Rede de Saúde, são os **hospitais** que oferecem atendimento de **média e alta complexidade** (cirurgias eletivas, tratamentos clínicos especializados, entre outros

procedimentos) ao paciente, que, geralmente, é encaminhado por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

7. Um estabelecimento de saúde é um espaço físico delimitado e permanente onde se realizam serviços e ações de saúde humana sob responsabilidade técnica. As **atividades de saúde** que esses estabelecimentos realizam podem ser divididas em **assistência à saúde, vigilância em saúde, gestão da saúde** e outras atividades relacionadas à saúde humana.

8. Na **assistência à saúde**, encontram-se ações e serviços com fins de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes, promoção da saúde, prevenção de doenças ou de sofrimento de indivíduos ou populações suscetíveis (Portaria de Consolidação nº 1/2017 do MS). É **nesse grupo de atividades que se encontram os hospitais**, os quais, de acordo com a citada portaria, têm como atividade principal a internação.

9. Desse modo, o **hospital**, dentro da estrutura da rede de saúde, é o estabelecimento de maior complexidade para atender o paciente. Para atendimento de situações que demandem serviços menos especializados e que necessitem de menor estrutura tecnológica, o SUS conta com as UBS, equipes de saúde da família, SAMU e UPAs, os quais funcionam como “porta de entrada” do paciente na rede de saúde.

10. Sendo assim, quando a rede de atenção à saúde (RAS) de menor complexidade não consegue solucionar a situação clínica do paciente, é ao hospital que ela deve encaminhá-lo, pois este, em regra, conta com capacidade tecnológica específica e com estrutura de atendimento multiprofissional e interdisciplinar, capaz de oferecer assistência contínua à saúde do paciente, seja em condição de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico ou tratamento e reabilitação (Portaria de Consolidação nº 1/2017 do MS).

11. Por outro lado, considerando que a assistência à saúde do SUS está organizada em rede, a atenção hospitalar precisa estar integrada aos demais pontos da RAS. **O acesso a esses estabelecimentos de saúde deve ser feito de forma regulada**, seja a partir de demanda referenciada de outras unidades que compõem a RAS, a exemplo das UBS e UPAs, seja de forma espontânea, quando a unidade hospitalar oferece diretamente os serviços de urgência e emergência (Portaria de Consolidação nº 1/2017 do MS).

12. Uma vez que o paciente tenha entrado em uma unidade hospitalar, ele deverá receber toda a assistência necessária para resolutividade de seu quadro clínico, sendo dado início ao **processo de alta hospitalar** logo após esse atendimento; ou seja, encaminha-se novamente a transferência do cuidado desse paciente para os demais pontos da RAS, em particular a atenção básica (Portaria de Consolidação nº 1/2017 do MS).

13. Assim, é a **regulação assistencial** que deve cuidar dos fluxos de acesso às ações e serviços de saúde, buscando otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis e promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços, em tempo oportuno. **O funcionamento irregular da regulação assistencial pode conduzir a problemas em toda a RAS**, reduzindo as chances de otimização dos recursos assistenciais disponíveis. Dentre os

possíveis problemas que podem ocorrer, destaca-se o aumento da fila de espera e a formação de “filas paralelas” de atendimento.

14. Além disso, a Portaria nº 3.390/2013 do MS, em seu art. 11, § 6º, definiu que o modelo de atenção hospitalar deverá contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, entre eles que **o gerenciamento dos leitos deve ser realizado** na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, **preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

15. Para tanto, o MS, em 2017, publicou um Manual de Implantação e Implementação do NIR para Hospitais Gerais e Especializados que, entre outros aspectos, aborda as principais atribuições do NIR, estrutura de recursos humanos recomendada e seus pilares de atuação (práticas de regulação, articulação com a RAS e monitoramento).

16. Destaca-se, também, a existência de um *software web* desenvolvido pelo DataSus/MS, o Sisreg III, que é disponibilizado gratuitamente para estados e municípios. Ele se destina à gestão de todo o Complexo Regulador, desde a rede de atenção primária até a atenção especializada, visando regular o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializar a eficiência no uso dos recursos assistenciais. O Sisreg abarca tanto a rede básica quanto à rede de internação hospitalar.

1.1.2 Motivação da Auditoria

17. Estudos realizados pelo Banco Mundial em 2018, envolvendo 2.440 (dois mil quatrocentos e quarenta) hospitais, apontaram indícios de alta ineficiência nas unidades hospitalares e indicam que, em decorrência disto, poderia haver desperdício de recursos na atenção à saúde de média e alta complexidade.

18. O nível de eficiência médio dos gastos nas unidades públicas de saúde MAC no Brasil é de 29% (vinte e nove por cento). Estima-se que o desperdício anual aos cofres públicos chegue a R\$12.700.000.000,00 (doze bilhões e setecentos milhões de reais).

19. De outra parte, por meio de levantamento realizado em 2020, o Tribunal de Contas da União iniciou processo para a construção de estratégias de atuação com vistas a reduzir os índices de ineficiência do setor hospitalar brasileiro, visto que a gestão hospitalar focava o atingimento de metas acordadas em detrimento de resultados medidos pela relação insumo-produto, que deve ser o ponto de partida para uma avaliação de eficiência.

20. Nesse sentido, com o objetivo de dar tratamento uniforme às possíveis causas da ineficiência hospitalar no país, o TCU propôs, entre outras ações, a capacitação de equipes de trabalho e a realização de auditorias conjuntas com tribunais de contas de outros entes federativos.

21. Após capacitação da equipe do Tribunal de Contas do Estado de Rondônia - TCE/RO pelo TCU, estudo da realidade da Rede de Saúde de Rondônia e planejamento de auditoria na área da

saúde do estado, designou-se, por meio da Portaria n. 41, de 30 de janeiro de 2023, equipe para realizar, no período de 1.2.2023 a 30.4.2023, a execução da Auditoria Operacional Eficiência Hospitalar.

22. Por outro lado, em Rondônia, as longas filas de espera na saúde são um problema antigo e de notório conhecimento das instituições públicas e da população, situação agravada pela pandemia de Covid-19, aumentando ainda mais as filas de espera por consultas, exames e cirurgias, que podem durar meses ou anos.

1.2 Panorama da Atenção Hospitalar em Rondônia

23. A proposta nacional do SUS é a organização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Em Rondônia, a Sesau, para cumprir o seu papel de condutor do SUS no âmbito estadual, organiza esses serviços com a formação de Redes Temáticas regionalizadas, segundo o perfil epidemiológico de cada Região de Saúde.

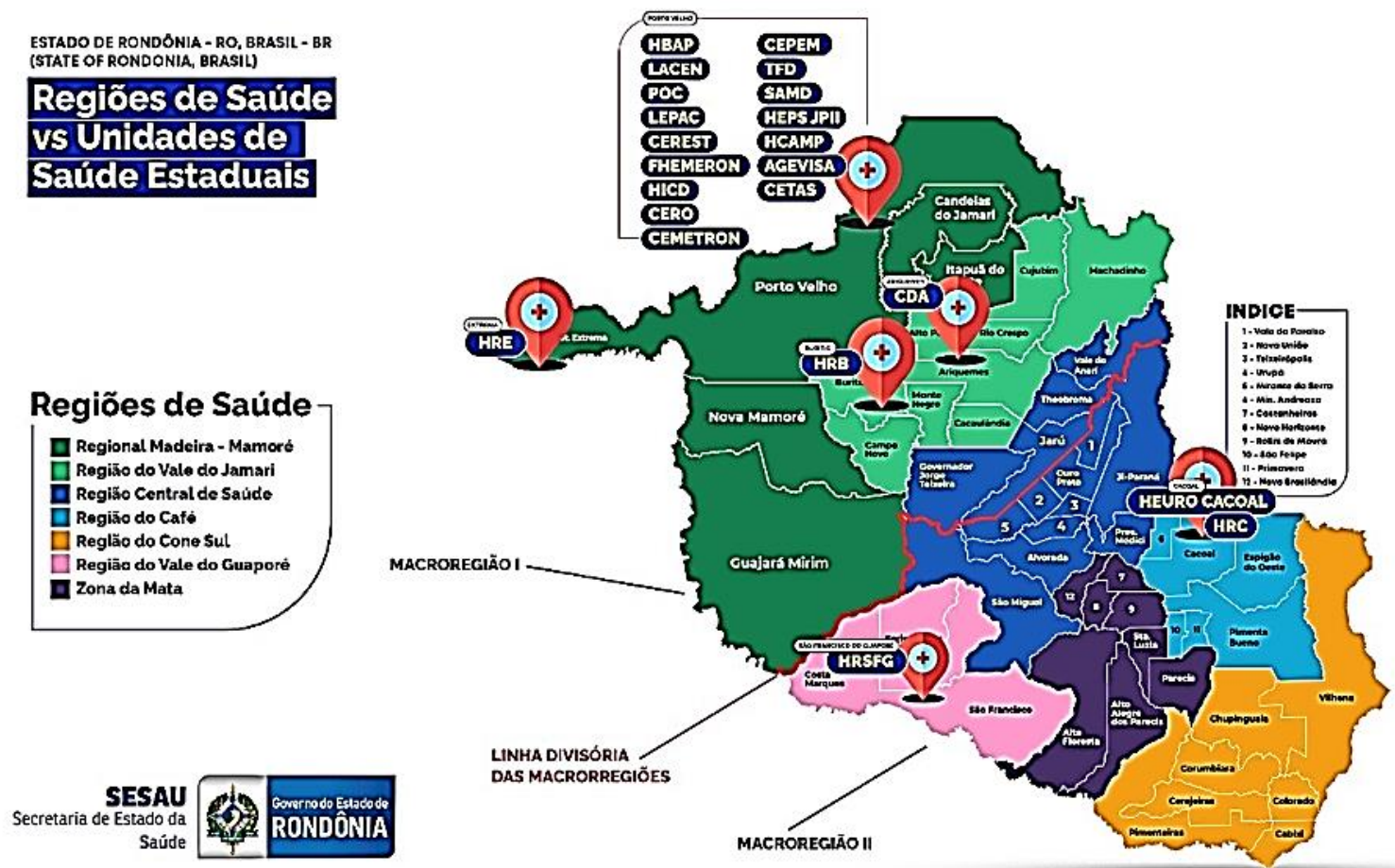
24. A Atenção Básica oferta consultas e exames pela **Policlínica Oswaldo Cruz (POC)** em Porto Velho e, a partir do segundo semestre de 2018, também passou a oferecer esses serviços por meio de duas novas unidades, instaladas em Cacoal e Vilhena.

25. Outra alternativa criada foram as **Policlínicas itinerantes**, visando reduzir as demandas por consultas e exames especializados no interior do Estado e proporcionar o aumento da acessibilidade e humanização do atendimento, com o paciente sendo atendido mais próximo de sua residência.

26. No ano de 2014, consolidou-se a organização das **Macrorregiões de Saúde**, para a Atenção Hospitalar das Urgências e Emergências e os serviços de oncologia de média e alta complexidade, criando-se uma nova Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – Unacon, na Macrorregião de Saúde II (com sede no Município de Cacoal). Instituiu-se, a partir de então, o “Complexo Hospitalar de Cacoal”, que permitiu descentralizar os serviços de Pronto Socorro com a implantação do **Hospital Estadual de Urgência e Emergência - HEURO** em Cacoal e o reordenamento do Hospital Regional de Cacoal, que além de ser referência em alta complexidade para a Macrorregião II, assumiu, também, a função de retaguarda do HEURO daquela Macrorregião.

27. Também em 2014 ocorreu a consolidação da nova conformação das microrregiões de saúde no estado, em consonância com o decreto federal nº 7.508/2011, quando foram redesenhadas as novas microrregiões de Saúde do Estado de Rondônia. O estado conduziu o processo, envolvendo secretários de saúde estadual e municipais, prefeitos, técnicos dos municípios e estado, saúde indígena e representantes de conselhos de saúde, até ser alcançado o consenso da conformação das Regiões de Saúde. A reunião CIB - Rondônia de 08/05/2014 homologou então, 07 (sete) Regiões de Saúde: Região de Saúde **Madeira-Mamoré**, com cinco municípios; Região de Saúde **Vale do Jamari**, com nove municípios; Região de Saúde **Central**, com 14 municípios; Região de Saúde da **Zona da Mata**, com oito municípios; Região de Saúde **do Café**, com seis municípios; Região de Saúde **do Cone Sul**, com sete municípios e Região de Saúde **do Vale do Guaporé**, com três municípios, conforme a imagem a seguir.

Figura 01: Mapa das Regiões de Saúde de Rondônia



Atenção Hospitalar

28. No que diz respeito à atenção hospitalar, a Sesau tem responsabilidades pactuadas em Comissão Intergestores Bipartite-CIB, contando com uma **Rede Hospitalar própria**, que atua como referência estadual de média e alta complexidade, constituída por **9 hospitais**, que, juntos, somam 1.453 leitos. Além disso, há mais **232 unidades hospitalares contratualizadas** e 10 leitos do município de Vilhena, para o quais o estado contribui com contrapartida, chegando a 1.589 leitos. A Sesau disponibiliza, ainda, para a assistência domiciliar no município de Porto Velho, um total de 270 leitos de referência para pacientes desospitalizados.

29. Fora isso, em 2018, alavancou-se a estratégia para organização da linha de cuidado de oncologia com a habilitação do **Hospital do Amor**, em Porto Velho; um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) em Rondônia, que assumiu a assistência oncológica de alta complexidade para a Região Norte.

A Ação regulatória

30. A ação regulatória corresponde, basicamente, a quatro etapas: i) levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não); ii) busca e disponibilização de leitos hospitalares; iii) processo de autorização prévia à execução da ação ou serviço de saúde, como, por exemplo, as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) ou Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e iv) execução da ação regulatória feita por profissional competente, dotado de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas em protocolos de regulação.

31. Assim, a ação regulatória fundamenta-se em “Protocolos de Regulação” que compreendem: protocolos de fluxos de encaminhamento (instrumentos ordenadores e que qualificam o acesso viabilizando a assistência integral ao usuário, entre os diversos níveis de complexidade da atenção) e protocolos clínicos (que tratam da forma de intervenção por patologia, para subsidiar as decisões terapêuticas que atendam às necessidades do usuário).

32. Para promover a acessibilidade do Acesso à Assistência, a Sesau vem investindo na estruturação e fortalecimento da Central de Regulação Estadual, organizando os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, com a participação dos gestores municipais.

33. Dentro desse processo de estruturação da Central de Regulação, a regulação de leitos hospitalares e a regulação das urgências e emergências têm sido priorizadas, com a instituição da **Central de Regulação de Leitos (Cerel)** e da **Central de Urgência e Emergência (Crue)**.

34. O complexo regulador estadual (Gerreg), portanto, está assim organizado:

I - **Central de Regulação de Consultas e Exames (Cerae)**: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - **Central de Regulação de Internações Hospitalares (Cerel)**: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência;

III - **Central de Regulação de Urgências e Emergências (Crue)**: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de emergência.

35. A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (Cerac) é um órgão integrado às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

36. O complexo regulador no Estado de Rondônia foi implementado em conformidade com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Têm abrangência municipal e regional, sendo essa abrangência e respectiva gestão pactuada entre as três esferas de gestão do SUS.

37. O referido complexo regulador está organizado de maneira articulada e integrada, buscando desenvolver ações de acesso aos serviços de saúde pactuados – desde a atenção primária, passando pela média, até a alta complexidade – à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em saúde.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Identificação do Objeto de Auditoria

38. Trata-se de auditoria operacional realizada no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Rondônia – TCERO, tendo como **objeto** a gestão de leitos da unidade hospitalar estadual de média e alta complexidade **Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro** – HBAP, em uma interface com a Central de Regulação Estadual - Gerreg/Sesau, identificando gargalos e oportunidades de melhoria, bem como possíveis boas práticas que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

39. A Proposta 171 – Auditoria sobre Eficiência Hospitalar foi inserida na Programação Anual de Fiscalização (PAF) do Plano Integrado de Controle Externo (PICE) 2022/2023 do Tribunal de Contas do Estado de Rondônia.

40. Os presentes autos de processo eletrônico foram autuados sob o nº 00428/2023/TCE/RO – Auditoria Operacional.

41. A Equipe de Auditoria foi regularmente constituída através das Portarias n. 303/2022 e n. 41/2023, sendo nomeados os Auditores de Controle Externo Raimundo Paulo Dias Barros Vieira, Cad. 319, Coordenador da Comissão; Breno Rothman Fernandes, Cad. 570 e Jane Rosiclei Pinheiro, Cad. 418, membros, para a realização das etapas do trabalho, desde o planejamento, execução e elaboração dos relatórios.

3. PROBLEMA, OBJETIVO E ESCOPO DA AUDITORIA

3.1 Problema da Auditoria

42. Estudo elaborado pelo Banco Mundial em 2018 constatou que o nível de eficiência médio dos gastos nas unidades públicas de saúde MAC no Brasil é de 29% (vinte e nove por cento), ou seja, a cada R\$100 reais investidos, há desperdício de R\$71. Estima-se que o desperdício anual aos cofres públicos chegue a R\$12.700.000.000,00 (doze bilhões e setecentos milhões de reais).

43. Para além disso, em Rondônia, as longas filas de espera na saúde são um problema antigo e de notório conhecimento das instituições públicas e da população. A pandemia de Covid-19 agravou e tornou a situação ainda mais necessitada de tratamento. A espera por consultas, exames e cirurgias pode levar meses ou até anos. Muitas vezes, essa demora leva ao agravamento do estado de saúde do paciente, tornando o tratamento mais difícil e oneroso aos cofres públicos.

3.2 Objetivo da Auditoria

44. A presente auditoria operacional tem como objetivo avaliar a gestão de leitos do HBAP em interface com a central de regulação estadual realizada pela Sesau, identificando os gargalos e oportunidades de melhoria, bem como possíveis boas práticas que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

3.3 Escopo da Auditoria

45. O escopo da auditoria é a gestão de leitos do HBAP em interface com a central de regulação estadual realizada pela Sesau. Como o HBAP é o hospital público com maior número de leitos de Rondônia e o principal destinatário de pacientes regulados no estado, possui alto potencial de impacto nas filas de regulação.

4. CRITÉRIOS

46. Em auditoria operacional, se objetiva avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas por uma organização, de modo a identificar possíveis falhas ou oportunidades de melhoria. Como referências para essas avaliações, adotam-se critérios de auditoria.

47. Esses critérios baseiam-se em leis, normas, regulamentações, políticas, diretrizes ou padrões estabelecidos pelos órgãos reguladores ou pelo próprio setor em que a organização atua.

48. Para este trabalho, a equipe de auditoria utilizou diversos manuais e atos normativos nacionais e estaduais. Dentre os manuais, destacam-se o **Manual do Ministério da Saúde para Implantação de NIRs, 2017** e a **Série Pactos pela Saúde, vol.6 do Ministério da Saúde, 2006**.

49. Sobre os atos normativos, destacam-se o princípio da eficiência previsto na Constituição Federal de 1988, que exige a utilização racional dos recursos públicos; as políticas de saúde, como a **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** e a **Política Nacional de Regulação do SUS**, que definem as diretrizes e objetivos da gestão dos serviços de saúde; as normas e portarias do Ministério da Saúde, que estabelecem os padrões e requisitos técnicos para o funcionamento dos serviços de saúde e a criação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR), regulamentado pela **Portaria estadual 275/2019 de Rondônia**, que tem como objetivo promover a regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

5. METODOLOGIA

50. A equipe trabalhou em conformidade com o Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas do Estado de Rondônia (Resolução nº 228/2016/TCE-RO), Manual de Auditoria (Resolução nº. 177/2015/TCE-RO), bem como seguindo os preceitos das Normas Brasileiras de Auditoria para o Setor Público-NBASP e dos Princípios Fundamentais de Auditoria da Organização Internacional das Entidades de Fiscalização Superior (INTOSAI).

51. Em auditoria operacional se escolhe uma abordagem orientada a resultado, problema ou sistema, ou combinação destas (ISSAI 3000/40). A abordagem de auditoria determina a natureza do exame que se realizará e é uma conexão relevante entre os objetivos e questões de auditoria, os critérios e os procedimentos desenvolvidos para a coleta de evidências (ISSAI 3000/41).

52. Como a abordagem orientada a problema parte de dificuldade ou desvio já conhecido e essa auditoria trata da notória ineficiência na prestação de serviços e utilização de recursos públicos na saúde, a abordagem orientada a problemas se mostrou como a mais adequada a se aplicar.

53. Esse procedimento examina, verifica e analisa as causas de problemas específicos ou de desvios dos critérios de auditoria. Neste caso, a tarefa principal da auditoria é analisar as causas dos problemas a partir de diferentes perspectivas. Trata de questões como: Qual é o problema? Quais são as causas? Em que medida o governo pode resolver esse problema? A perspectiva é analítica e instrumental e o objetivo é fornecer informações atualizadas sobre os problemas identificados e como tratá-los (GUID 3910/50, 52-53).

54. Neste trabalho utilizou-se as seguintes técnicas para análise do problema:

TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
SWOT e Diagrama de Verificação de Risco (DVR)	· Identificar as forças e fraquezas do ambiente interno do objeto da auditoria e as oportunidades e ameaças do ambiente externo. · Identificar possíveis áreas a investigar. · Identificar fatores de risco e conhecer a capacidade organizacional (controles) para o seu gerenciamento.
Análise Stakeholder	· Identificar principais grupos de interesse (atores interessados). · Identificar opiniões e interesses conflitantes.

55. Também foram utilizadas fases de planejamento e execução da auditoria as técnicas abaixo:

TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS
1. Revisão documental	Análise de conteúdo
2. Entrevistas	Triangulação
3. Observação direta - verificação <i>in loco</i>	Estatística descritiva
4. Aplicação de questionários	
5. Grupo focal	
6. Pesquisa	

56. Ao longo da auditoria, a equipe de auditoria apresentou a proposta de trabalho aos atores diretamente interessados – Direção e NIR do HBAP, Cosems e Sesau.

5.1 Das Técnicas de Auditoria Utilizadas

5.1.1 Fase de planejamento

57. Na fase de planejamento, a equipe organizou o cronograma das atividades, reuniões preliminares, pesquisas, leituras, estudo focal sobre o objeto da auditoria e a revisão da metodologia da Auditoria Operacional-AOP.

58. Após, realizou visitas técnicas exploratórias ao Hospital de Amor de Rondônia, os hospitais municipais de Ji-Paraná e Ariquemes, Cemetrôn, Hospital de Retaguarda, Hospital João Paulo II e, finalmente, o HBAP. (ID – 1386976).

59. Apropriando-se de conhecimento sobre a realidade de diversas unidades hospitalares no estado, a equipe iniciou a análise de *stakeholders* para identificar e gerenciar os atores interessados no trabalho, a análise destes interesses e influências nas atividades do HBAP e da regulação estadual de leitos. Após a análise, desenvolveu-se estratégias para construir relações positivas com esses atores e minimizar o impacto negativo de suas influências. (ID – 1386994).

60. Em seguida, a equipe elaborou análise SWOT para avaliar características internas e externas do objeto de auditoria a fim de identificar os principais fatores que afetam seu desempenho. A partir dessa avaliação, foi possível desenvolver estratégias para aproveitar oportunidades, minimizar ameaças, enfrentar fraquezas e potencializar forças. (ID – 1387008).

61. Posteriormente, construiu o Diagrama de Verificação de Risco (DVR) para auxiliar na identificação e avaliação de riscos do objeto. Esse diagrama é composto por um eixo vertical, que representa o impacto do risco e um horizontal, que representa a probabilidade de ocorrência do risco. Ele visa a priorizar os riscos com base na importância para que a equipe se concentre em mitigar os mais críticos. (ID – 1387010).

62. Ato contínuo, definiu-se o objeto e as questões de auditoria, conforme a matriz de planejamento aprovada pela supervisão dos trabalhos (ID – 1387012).

5.1.2 Unidade hospitalar selecionada

63. O Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP) integra a RAS de Rondônia. É o maior hospital público estadual, possuindo **598 leitos (normais e UTI)** e **13 salas cirúrgicas**¹. Atende às urgências, emergências e procedimentos eletivos, basicamente a partir da regulação, e executa a maioria dos procedimentos de média e alta complexidade do estado de Rondônia.

¹ Dados do Sauron/E-leitos.

Imagem 01: Fachada do Hospital de Base Ary Pinheiro



64. Possui, atualmente, aproximadamente **5.000 (cinco mil)** funcionários – entre servidores concursados e terceirizados. São médicos, enfermeiros, outros profissionais da saúde e de apoio administrativo.

65. No que diz respeito a exames de diagnóstico por imagem, o hospital dispõe da maioria dos exames mais complexos, a exemplo de Eletrocardiografia, Eletroencefalografia, Ultrassonografia, Endoscopia, Broncoscopia e Colonoscopia.

66. Em relação à sua **taxa de ocupação dos leitos**, em 07.02.2023, conforme dados do Sauron/e-leitos e Hospub, apresentava taxa média próxima a **98%**. Ademais, segundo informações da direção da unidade, **mais de 80% das cirurgias são de urgência e emergência**; menos de 20%, eletivas.

67. O hospital possui, também, Núcleo Interno de Regulação (NIR) instalado. Sua função é apoiar a administração na gestão de leitos, articular a atuação do hospital com a RAS, produzir e monitorar indicadores e realizar a interface com a regulação estadual de leitos.

5.1.3 Dos Papéis de Trabalho e sua Análise

68. Como se observa da Matriz de Planejamento, a equipe definiu **três questões de auditoria e doze subquestões**.

69. A partir daí, definidos os parâmetros, as questões, as informações requeridas e os critérios de avaliação, a equipe de auditoria elaborou os instrumentos de coleta de dados (ofícios de

requisição de documentos; questionários; roteiro de entrevista; e *checklist* para observação direta e visita técnica *in loco*).

70. Direcionou os ofícios requisitórios à Direção, NIR e Recursos Humanos do HBAP, Superintendência de Gestão de Pessoas – SEGEPE – do governo estadual, Sesau e Gerreg.

71. Distribuiu os questionários aos diretores geral, clínico e técnico do HBAP, à médica do NIR e aos coordenadores da Cerel, Cerae e Crue. (PT 01 – ID 1387017; PT 02 – ID 1387027; PT 03 – ID 1387032; PT 04 – ID 1387033; PT 05 – ID 1387036).

72. Entrevistou o Diretor-Geral e a médica do NIR do HBAP, os coordenadores da Cerel e Cerae e os secretários municipais de saúde das sete sedes de microrregiões. (PT 06 – ID 1387084; PT 07 – ID 1387091; PT 08 – ID 1387094; PT 09 – ID 1387096; PT 10 – ID 1387100; PT 11 – ID 1387102; PT 12 – ID 1387103; PT 13 – ID 1387104; PT 14 – ID 1387105).

73. Por fim, a equipe realizou observação direta e visita técnica no HBAP (PT 26 – ID 1387178).

5.2 Fase de execução

74. Na fase de execução, a equipe elaborou e o supervisor aprovou o cronograma dos trabalhos.

75. Posteriormente, enviou-se os questionários e realizou-se as entrevistas com os atores. Após a análise das respostas, a equipe concluiu a coleta de dados para a confecção da matriz de achados. (ID 1387229).

76. Ela tem como função principal fornecer visão geral e concisa dos achados da auditoria a partir da inclusão de informações relevantes sobre cada achado, como a natureza do problema, a causa raiz, as implicações e as recomendações da equipe de auditoria.

6. DA AUDITORIA DE NATUREZA OPERACIONAL NO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO EM INTERFACE COM A GERÊNCIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO

77. Esta auditoria operacional analisa a gestão do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP em interface com a central de regulação estadual realizada pela Secretaria de Estado da Saúde-Sesau. Busca-se focar a gestão de leitos no HBAP, a estrutura e organização do seu Núcleo Interno de Regulação-NIR – se está adequadamente instituído, de modo a apoiar a gestão de leitos do hospital, bem como analisa a interface da regulação do HBAP (Direção e NIR) com o complexo regulador estadual (Gerreg/Sesau).

6.1 Questões de Auditoria

78. Para realizar essa análise, a equipe de auditoria lançou mão de questões de auditoria. Metodologicamente, a auditoria foi dividida em três questões e respectivas subquestões, a saber:

QUESTÃO 1 - HÁ UMA GESTÃO ADEQUADA DE LEITOS NO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO-HBAP?
Subquestão 1.1 – Qual a capacidade operacional e a demanda do Hospital de Base Ary Pinheiro por clínica?
Subquestão 1.2 – Há ferramenta apropriada de gestão de leitos?
Subquestão 1.3 – Quais são as estratégias utilizadas (práticas) para a gestão de leitos?
Subquestão 1.4 – Há produção de indicadores com metas estabelecidas na gestão de leitos?
Subquestão 1.5 – Há boas práticas que poderiam ser adotadas no Hospital de Base Ary Pinheiro para aprimorar a gestão de leitos (benchmarking)?

QUESTÃO 2 - O NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO - NIR DO HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO ESTÁ ADEQUADAMENTE INSTITUÍDO PARA APOIAR A GESTÃO DE LEITOS?
Subquestão 2.1 – A estrutura do NIR está de acordo com o recomendado no Manual do NIR elaborado pelo Ministério da Saúde-MS?
Subquestão 2.2 – O NIR tem atuado no sentido de otimizar a utilização dos leitos do HBAP, mantendo a taxa de ocupação em patamares adequados? O que e como vem sendo feito (p. ex.: controlando o tempo médio de permanência nos diversos setores/clínicas do hospital)?
Subquestão 2.3 – O NIR vem apoiando as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável? Como o faz?

QUESTÃO 3 - COMO OCORRE A INTERFACE DO HBAP (DIREÇÃO E NIR) COM COMPLEXO REGULADOR ESTADUAL (GERREG/SESAU)?
Subquestão 3.1 – Quais são as principais atribuições da Gerreg?
Subquestão 3.2 – Quem são os agentes responsáveis, de fato, pela gestão de filas (exames clínicos, de imagem, consultas, cirurgias, leitos)?
Subquestão 3.3 – Como são tratados os casos de urgências pela regulação? Quem define a prioridade? A Gerreg controla a fila desses casos de urgências?
Subquestão 3.4 – Quem realiza o levantamento a respeito da ocupação e disponibilidade de leitos no HBAP (enfermaria, UTIs)? Como se dá o acesso da Gerreg a dados e informações a esse respeito?
Subquestão 3.5 – Como se dá a transparência das “filas de espera” da regulação: a) aos integrantes da Rede de Atenção à Saúde-RAS; b) aos usuários; c) às instituições de controle (Defensoria, Judiciário, MP, MPC, Tribunal de Contas)?

79. A partir destas questões e subquestões, buscou-se respostas àqueles enfoques acerca da gestão de leitos do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP fazendo uma interface com a central de regulação estadual realizada pela Secretaria de Estado da Saúde-Sesau, identificando gargalos e oportunidades de melhoria, bem como boas práticas que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

7. DOS ACHADOS DE AUDITORIA

80. Concluídos os trabalhos de campo, após análise das respostas aos ofícios requisitórios, aos questionários aplicados, às entrevistas, assim como a elaboração dos papéis de trabalho oriundos da visita técnica *in loco* em setores do HBAP, a equipe de auditoria concluiu pelos seguintes achados:

7.1 ACHADO 1: Gestão parcialmente adequada de leitos no HBAP, trazendo prejuízos na prestação dos serviços de média e alta complexidade da rede estadual de saúde e impactando negativamente na resolutividade dos problemas de saúde dos usuários.

Situação encontrada 1: Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP operando abaixo da sua capacidade operacional

81. Os hospitais públicos que prestam ações e serviços no SUS devem operar na plenitude de sua capacidade e de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico da população e o desenho da RAS loco-regional, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

82. Nesse sentido, o art. 4º da Portaria nº 3.390/13, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), preceitua, *verbis*:

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

83. Porém, a auditoria verificou que o HBAP encontra-se operando abaixo da sua capacidade operacional, deixando de realizar procedimentos e de atender mais usuários necessitados.

84. É o que se observa da resposta dada ao ofício nº 4/2023/CECEX9/TCE-RO pela Direção-Geral do hospital, em que se verificou que o nº total de leitos, conforme os censos de 2021 e 2022, era de 559 e 561, respectivamente (**PT 20 – ID 1387161**). Nada obstante, a existência desse quantitativo de leitos, em primeira visita técnica e observação direta no HBAP, em 03/02/2023, observou-se a falta de medicamentos e insumos para a realização de procedimentos, principalmente para cirurgias cardíacas, conforme relatado, também, por representantes de Secretarias Municipais de Saúde e admitido pelo próprio secretário-adjunto de saúde do estado e pela médica representante do NIR (**PT 23 – ID 1387168**).

85. Também, em segunda visita técnica e observação direta no hospital, em 16/03/2023, constatou-se a presença de dois cirurgiões cardíacos, os quais relataram que, por faltarem insumos, não seria possível realizar cirurgias cardíacas. (**PT 26 – ID 138717**).

86. Como possíveis causas dessa situação estão a carência de planejamento na aquisição de insumos (medicamentos, materiais, equipamentos), o elevado “tempo médio de giro de leitos” e a baixa produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos.

87. Já como possíveis efeitos, vislumbra-se o aumento das filas de espera para os procedimentos eletivos, pacientes sem acesso aos serviços de média e alta complexidade e, alguns casos, chegando a óbito, bem como e a insatisfação com a prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade (tanto por parte dos cidadãos quanto da RAS);

88. Para aperfeiçoar essa situação encontrada, recomenda-se: **a)** adotar medidas no HBAP visando reduzir: i) o “tempo médio no giro de leitos”, a exemplo da instituição de Escritório de Alta (incluindo a figura do médico hospitalista); ii) o “índice de intervalo de substituição de leitos”; **b)** construir painel de controle para o monitoramento dos indicadores e metas estabelecidas para

o HBAP; c) promover estratégias para estimular o aumento de produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos, instituindo indicadores e metas de produção e seu monitoramento.

89. Também se recomenda a elaboração/instituição de plano de aquisição permanente dos insumos necessários (medicamentos, materiais, equipamentos) para a regular prestação dos serviços de saúde; implantação de política de incentivos pecuniários e não pecuniários, visando a estimular o aumento de produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos, giro de salas cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas); instituição de metas para o monitoramento dos principais indicadores relativos ao giro de leitos – **tempo médio de uso de leitos, tempo para efetivação de alta hospitalar, tempo para higienização do leito, taxa de ocupação dos leitos, tempo médio de permanência em leito de internação, Índice de renovação** (giro de leitos) e **Índice de intervalo de substituição** (intervalo de substituição de leitos).

90. Com essas medidas, busca-se, entre outros, a **redução do tempo médio no giro de leitos e o aumento da produtividade na realização de procedimentos**.

Situação encontrada 2: Subutilização do Sistema de gestão de leitos (Hospub) no Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP.

91. É indispensável o uso eficiente da informatização de sistemas de prontuários eletrônicos para apoiar decisões da gestão nos serviços e processos de saúde, bem como o estímulo ao uso desses sistemas com segurança e funcionalidades compatíveis.

92. Nessa linha, os incs. I e II do art. 5º da Portaria GM/MS nº 1.768/2021, são as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) quanto à informatização das instituições públicas e privadas, que busca a:

[...]

I - indução à informatização com padrão mínimo para infraestrutura e segurança de TIC a ser alcançado, de forma a acelerar a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos, de apoio à decisão e de gestão como parte integradora dos serviços e processos de saúde;

II - estímulo ao uso de sistemas de prontuário eletrônico com segurança e funcionalidades compatíveis com os processos de trabalho em saúde e adequadas para atender à realidade das diferentes esferas de gestão e níveis de complexidade da saúde, bem como dos estabelecimentos de saúde considerando as necessidades dos setores público e privado, para atendimento aos padrões de intercâmbio de dados com a RNDs;

[...]

93. Contudo, verificou-se a subutilização do sistema de gestão de leitos (Hospub) no Hospital de Base Ary Pinheiro.

94. Essa constatação decorre da observação a partir do “Visual Hospub” dos hospitais João Paulo II e Cemetrôn. Neles há maior inserção de módulos em comparação ao “Visual Hospub” do HBAP (PT 24 e 25 – IDs 1387170 e 1387173). Ademais, a médica representante do NIR do HBAP, em entrevista, informou que o sistema hospub não é alimentado corretamente e por isso o NIR não o utiliza para aferir a taxa de ocupação hospitalar. Por esta razão, o NIR criou a planilha “HB em Números” (PT 26 – 1387178).
95. Com efeito, o diretor-geral do HBAP reconhece a dificuldade com a gestão dos sistemas informatizados do hospital, justificando haver apenas um servidor administrativo e um auxiliar para manutenção de computadores; não dispõe de quadro técnico para manuseio, suporte e desenvolvimento dos sistemas, no qual se inclui o sistema hospub (PT 27 – 1387181).
96. Como possíveis causas da subutilização do sistema de gestão de leitos (Hospub) no HBAP estão a ausência ou alimentação incorreta do sistema, o não reconhecimento da relevância da alimentação adequada do sistema e a falta de equipe para a gestão e monitoramento do Sistema Hospub;
97. E como possíveis efeitos surgem a dificuldade de obtenção de informações para aumento da eficiência da gestão hospitalar, a criação de sistemas paralelos de gestão (planilha “HB em Números”, planilha KANBAN) e a produção de indicadores de processos e de resultados que não correspondem à realidade.
98. Objetivando sanar a subutilização do sistema, recomenda-se constituir equipe capacitada para gestão, manutenção e desenvolvimento do Sistema Hospub e outros sistemas informatizados do HBAP.
99. Também se recomenda promover a sensibilização das equipes de todas as clínicas do hospital sobre a importância e benefícios da correta alimentação do sistema.
100. Almeja-se com isso a correta alimentação do sistema Hospub e o reconhecimento da relevância da alimentação adequada desse sistema.

Situação encontrada 3: Estratégias insuficientes para a gestão eficiente de leitos.

101. Compete aos hospitais realizarem a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização, consoante define inc. V do art. 7º da Portaria n.º 3.410/2013 - Diretrizes p/ contratualização de hospitais no SUS em consonância com a PNHOSP).
102. Nada obstante, a equipe de auditoria constatou que a gestão de leitos não dispõe de estratégias eficientes.
103. Corroborar essa assertiva a resposta do Núcleo Interno de Regulação-NIR à questão 5 do questionário (PT 05 – 1387036) e da resposta do diretor-geral do HBAP à questão 1 do questionário (PT 01 – 1387017), dando conta que as práticas para gestão de leitos seriam a interação direta com as equipes multidisciplinares, produção dos principais indicadores, e envio de relatórios diários desses controles pelo NIR à direção do HBAP. Contudo, isso não significa que o HBAP esteja

fazendo, de fato, gestão eficiente dos leitos, eis que os indicadores relativos ao mês de fevereiro de 2022, por exemplo, revelam altas taxa de ocupação de leitos, na maioria das clínicas, e tempo médio de internação elevado, como se observa nas tabelas constantes no PT 29 – ID 1387213 e PT 31– ID 1387223.

104. Por outro lado, também se verifica em determinada clínica (alojamento conjunto), que possui 60 leitos disponíveis, taxa de ocupação de apenas 23,33%, isso em 07/02/23, indicando que, talvez, não haja necessidade de disponibilização de todos esses leitos para essa clínica (PT 29 – ID 1387213).

105. Como possíveis causas dessa circunstância, podem ser apontadas a ausência de clareza, pela Direção e Núcleo Interno de Regulação-NIR do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP, sobre quais são as melhores estratégias para gestão eficiente de leitos; a falta de empoderamento do NIR para apoiar a gestão eficiente de leitos e a carência de capacitação para a gestão eficiente de leitos (tanto da equipe da direção quanto do NIR do HBAP).

106. Em consequência, pode haver baixo giro de leitos, demora na fila de espera por vaga no hospital, óbitos por falta de atendimento ou por não resolutividade do quadro de saúde do paciente em tempo adequado (infecções hospitalares por exemplo);

107. Visando modificar esse quadro, é recomendável sejam promovidas: **a)** política de empoderamento do Núcleo Interno de Regulação-NIR, a fim de apoiar a Direção na gestão eficiente de leitos; **b)** capacitação da equipe da Direção e NIR do HBAP sobre as melhores estratégias para a gestão eficiente de leitos; **c)** orientação a todos os profissionais da saúde e administrativo das clínicas e UTIs do hospital a enviar todos os dados e informações ao NIR, com a temporalidade e detalhamento que este estabelecer como necessários; e **d)** realização de *benchmarking* com instituição de referência em gestão hospitalar eficiente.

108. Busca-se com isso o fortalecimento do NIR para apoiar a gestão de leitos, facilidade no planejamento da gestão hospitalar e a gestão de leitos mais eficiente.

Situação encontrada 4: Inexistência de metas formalizadas no Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP para o monitoramento de indicadores.

109. A gestão do hospital precisa mensurar o resultado de suas ações (efetividade e eficiência), o que é feito por meio do **monitoramento de indicadores**. A partir desse monitoramento, é possível conhecer o desempenho e alcance de metas e identificar áreas com oportunidade de melhoria. Nesse sentido, aponta o item 4.3 do Manual de Implantação e Implementação NIR do Ministério da Saúde (2017).

110. Também os arts. 10, 11 e 12 Portaria MS n.º 3.410/13, que criam as diretrizes para contratualização de hospitais no SUS em consonância com a PNHOSP, assim preveem, *verbis*:

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais:

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização;

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes;

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais:

I - taxa de ocupação de leitos;

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica;

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e

IV - taxa de mortalidade institucional.

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores:

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC).

111. Em que pese essa direção apontada pelos normativos nacionais, constatou-se a inexistência de metas formalizadas no HBAP para o monitoramento de indicadores.

112. Demonstram isso as respostas ofertadas à pergunta 12 da Entrevista com o diretor-geral do HBAP (PT 27 – ID 1387181), em que informou não haver objetivos e metas formalmente estabelecidos para os indicadores de gestão do hospital, a exemplo da taxa média de ocupação, tempo médio de permanência, índice de substituição de leitos e outros indicadores essenciais.

113. São possíveis causas dessa situação a dificuldade de estabelecer metas e realizar o monitoramento, devido a fatores como falta de pessoal, de insumos, não priorização e ausência de comprometimento na busca de melhores resultados; falta de dados confiáveis para produção de indicadores e a falta de capacitação ao NIR e à direção do hospital a respeito de metas e monitoramento de indicadores.

114. Como possíveis efeitos, pode estar ocorrendo a manutenção dos principais indicadores de processo e de resultado em níveis inadequados; a produção de indicadores que não condizem com a realidade; produtividade dos serviços do hospital em níveis inadequados e a dificuldade na gestão de leitos.

115. Com o fito de melhorar esses aspectos, recomenda-se: **a)** promoção da capacitação da equipe do NIR e da Direção do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP acerca da produção de

indicadores essenciais; **b)** estabelecimento de metas e respectivo monitoramento; **c)** constituir equipe capacitada para manutenção, gestão e desenvolvimento do Sistema Hospub e outros sistemas informatizados; e **d)** estabelecer metas para os indicadores e monitoramento do cumprimento dessas metas.

116. Com essa medida, pretende-se contribuir para o estabelecimento de metas e monitoramento periódico dos indicadores de processos e de resultados e para a existência de dados confiáveis para produção de indicadores de processos e de resultados.

Situação encontrada 5: Gestão ineficaz de leitos com vistas à otimização da sua utilização e assegurar a alta hospitalar responsável.

117. Compete aos hospitais a realização de gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização e à assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido no art. 7º, incisos V e VI da Portaria MS n.º 3.410/2013 (Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)).

118. Porém, a auditoria constatou uma gestão ineficaz de leitos no HBAP com vistas à otimização da sua utilização e assegurar a alta hospitalar responsável.

119. Como evidências, a equipe de auditoria verificou da resposta à pergunta 8 do Questionário à médica responsável pelo NIR do HBAP (**PT 05 – ID 1387036**) que a assistência continuada na alta de paciente agilizaria os processos de alta e cuidados continuados que não necessitem ser realizados em unidade hospitalar, mas de forma ambulatorial. Daí, infere-se a relevância de se instituir “Escritório de Alta” para agilização da alta segura e redução do tempo no “giro de leitos”.

120. É possível que a causa dessa situação seja a ausência de *Know-how* para instituição de “Escritório de Alta” e a limitação de pessoal.

121. Como possível efeito negativo tem-se a superlotação de leitos, tempo de permanência do paciente maior que o necessário, baixo giro de leitos, baixa resolutividade do problema de saúde dos pacientes, aumento das infecções hospitalares e o agravamento do quadro clínico do paciente.

122. Nesse contexto, recomenda-se a viabilização de condições para instituição de “Escritório de Alta” no HBAP.

123. Almeja-se com essa medida agilizar a alta segura, reduzir o tempo no “giro de leitos”, maior resolutividade do problema de saúde dos pacientes e reduzir as infecções hospitalares.

7.2 ACHADO 2: Atuação do NIR aquém do necessário para apoio à Direção na gestão de leitos do hospital, impactando negativamente nas taxas de ocupação dos leitos do HBAP.

Situação encontrada 1: Estrutura de funcionamento do Núcleo Interno de Regulação-NIR do HBAP parcialmente adequada às suas necessidades de atuação.

124. De acordo com o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017), um NIR precisa ser dimensionado de acordo com o trabalho e grau de atuação que se espera dele.

125. No que diz respeito a recursos humanos, segundo o referido Manual, não há uma regra rígida de como compor um NIR, mas recomenda-se que funcione 24 horas, os sete dias da semana e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

126. Além desses profissionais, a participação do psicólogo tem se mostrado fundamental e necessária para compor essa equipe profissional multidisciplinar do NIR, tendo como fundamento a Lei nº 4.119/62 (regulamenta a profissão de psicólogo no Brasil e define as atribuições desse profissional em diferentes áreas, incluindo a saúde), Lei nº 5.766/71 (estabelece a obrigatoriedade da presença de psicólogos em hospitais e ambulatórios públicos e privados), as Resoluções CFP nº 010/9, CFP nº 011/2012, Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.174/2017 (estabelece diretrizes para a atuação dos médicos em equipe multiprofissional e define a necessidade da presença de profissionais de diferentes áreas, incluindo psicólogos, na equipe hospitalar).

127. Esta célula básica seria o suficiente para iniciar o trabalho, ao menos em termos de concepção e organização, sendo ela alterada conforme necessidades detectadas durante a sua implantação.

128. Para executar todas as atividades propostas, o NIR também precisa do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados relativo a indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos, médico-assistenciais e outros.

129. Hospitais de maior porte demandam maior número de recursos humanos atuando exclusivamente no NIR, conforme sua complexidade e capacidade instalada. Nesses casos, é comum a inclusão de colaboradores administrativos e maior número de médicos e enfermeiros em dedicação exclusiva, devido à grande demanda de trabalho de regulação e manejo de leitos em tempo real.

130. De qualquer modo, considerando todas as atribuições de um NIR, a expectativa e o escopo de sua atuação estão diretamente relacionados aos recursos humanos e materiais disponíveis para o trabalho.

131. Nesse sentido, a auditoria realizada constatou que a estrutura do NIR do HBAP atualmente existente, atende apenas parcialmente às necessidades de atuação daquele Núcleo Interno de Regulação.

132. Essa realidade foi verificada a partir das respostas às perguntas 9 e 10 do questionário respondido pelos responsáveis pelo NIR do HBAP (PT 05 – ID 1387036) e da entrevista realizada com as médicas que atuam no NIR do HBAP (PT 28 – ID 1387210).

133. Também se confirmou esta situação por meio de observação direta realizada no HBAP (PT 26 – ID 1387178), quando a Equipe de Auditoria, entre outros aspectos, constatou haver a necessidade de uma sala mais ampla, com espaço para reuniões do grupo de trabalho e, principalmente, a adoção/aquisição de ferramentas informatizadas mais adequadas e eficientes para a realização dos controles/monitoramentos a serem executados (PT 26 – ID 1387178).

134. A Falta de autonomia e empoderamento do NIR e a incompreensão, pelos profissionais das clínicas e da própria Administração do HBAP, sobre o verdadeiro papel e atribuições do NIR, podem estar entre as possíveis causas para essas constatações.

135. Como consequências do funcionamento do NIR parcialmente adequado podem ocorrer baixo giro de leitos que, por sua vez, pode ocasionar a superlotação dos leitos do hospital, tempo de internação do paciente maior que o necessário e prejuízo à resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

136. Com o objetivo de melhorar essa situação propõe-se: **a)** que o NIR do HBAP passe a funcionar plenamente, 24 horas por dia, com equipe constituída, no mínimo, por médico(a), enfermeiro(a), assistente, e psicólogo(a), todos com dedicação exclusiva; **b)** seja viabilizado o desenvolvimento de ferramenta informatizada que permita e facilite o desenvolvimento eficiente das atribuições do NIR; **c)** que o NIR do HBAP passe a funcionar num espaço mais amplo e adequado para seu funcionamento, incluindo espaço para reuniões; **d)** seja realizado *benchmarking* com instituições de referência em NIR;

137. Além disso, também se recomenda que se promova um plano de sensibilização aos profissionais de saúde das clínicas, ao pessoal administrativo do HBAP e aos profissionais e gestores da Central de Regulação/Gerreg sobre o papel e atribuições de um NIR.

138. Com a adequação da estrutura do NIR, espera-se maior giro de leitos, com a taxa de ocupação hospitalar se mantendo em patamares adequados, maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes e agilidade maior nas atividades de regulação entre o NIR e a RAS.

Situação encontrada 2: Atuação ainda incipiente do NIR para otimizar a utilização dos leitos do HBAP e manter a taxa de ocupação em patamares adequados.

139. Entre outras atribuições, de acordo com o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017), um NIR deve: **permitir o conhecimento da necessidade de leitos**, por especialidades e patologias, regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares, **subsidiar discussões** internas e externas (na RAS), para o planejamento de **ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados, otimizar a utilização dos leitos hospitalares**, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, **ampliar o acesso aos leitos** e a outros serviços disponibilizados pela RAS e monitorar **o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar**.

140. Contudo, a situação encontrada foi que a atuação do NIR do HBAP, nesse sentido, ainda é incipiente, principalmente no que diz respeito à otimização da utilização dos leitos do HBAP.

141. Com efeito, da resposta à questão 16 da entrevista com a médica responsável pelo NIR do HBAP, nota-se que a Gerreg não vem atuando na regulação de transferências inter-hospitalares de leitos de enfermaria, transferindo essa reponsabilidade para o NIR do HBAP (PT 28 – ID 1387210).

142. Também, em Visita Técnica ao HBAP e contato com a médica responsável pelo NIR, esta relatou a vinda de alto número de pacientes da Região Macro 2 para o HBAP. Quando esses pacientes têm seus atendimentos negados na Macro 2, entra-se em contato diretamente com o NIR do HBAP para a transferência deles, sobrecarregando-o mais uma vez. Este procedimento deveria ser realizado pela Gerência de Regulação (Gerreg), mas não o fazem, alegando falta de pessoal.

143. A referida médica relatou, ainda, a necessidade de um *tablet* para realizarem as visitas nas clínicas, pois ainda anotam as informações em papel e, ao retornarem para a sala, precisam repetir todo o processo para inserção dos dados no sistema do hospital. Com o *tablet* conectado ao sistema, não haveria necessidade de repetição do processo. (PT 23 – ID 1387168).

144. As possíveis causas disso podem ser falta de *Know-how* do NIR na gestão de leitos, falta de autonomia e empoderamento do NIR, limitação de pessoal, falta de uma equipe de Tecnologia da Informação no hospital com capacidade de desenvolver ferramentas de apoio às atividades do NIR e, ainda, esse Núcleo pode estar se ocupando em realizar diretamente a regulação inter-hospitalar, atribuição que seria da central de regulação estadual.

145. Como possíveis resultados negativos estão o baixo giro de leitos, a superlotação de leitos, tempo de permanência em leito maior que o necessário e prejuízo à resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

146. Com a finalidade de aprimorar esses aspectos, recomenda-se: **a)** seja promovida capacitação da equipe do NIR do HBAP sobre as melhores estratégias para a gestão eficiente de leitos; **b)** seja elaborado e colocado em prática um plano de sensibilização aos profissionais e gestores da Gerreg sobre o papel e atribuições de um NIR; **c)** que a Gerreg, por meio da Cerel, assuma suas atribuições de órgão regulador inter-hospitalar, retirando do NIR do HBAP essa atribuição; **d)** que o NIR do HBAP priorize a realização de suas atividades, típicas de NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017); **e)** seja promovido plano de sensibilização aos profissionais de saúde das clínicas e do pessoal administrativo do HBAP sobre o papel e atribuições do NIR dentro do HBAP.

147. Espera-se como benefícios dessa atuação, maior giro de leitos com taxa de ocupação hospitalar em patamares adequados, maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes e agilidade nas atividades de regulação entre o NIR e a RAS.

Situação encontrada 3: Ausência de sistematização e difusão de critérios para alta responsável dos pacientes.

148. O NIR deve ser um órgão de apoio às equipes na definição de critérios para alta hospitalar responsável.

149. Conforme o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017), é atribuição do NIR, entre outras, apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

150. Entretanto, verifica-se da resposta ao ofício nº 3/2023/CECEX9/TCERO, pelo NIR do HBAP, que o monitoramento da alta dos pacientes deverá ser viabilizado a partir da implementação da ferramenta *KANBAN* (planilha *KANBAN*), de modo que se possa acompanhar o percurso do paciente dentro da unidade hospitalar até a alta/desospitalização. (PT 15 – ID 1387106).

151. Também, por ocasião da visita técnica no HBAP e em contato com a médica responsável pelo NIR, esta reconheceu a necessidade de se criar um centro de desospitalização com equipe multiprofissional, um médico capacitado (hospitalista), um enfermeiro, um assistente social (específico para a desospitalização) e um técnico de enfermagem. A médica reporta que a principal dificuldade para a criação do referido centro seria falta desses profissionais e capacitação da equipe na gestão de leitos, gestão hospitalar e de fluxo (PT 26 – ID 1387178).

152. O que se evidencia, portanto, é que ainda há muito o que se avançar em relação ao estabelecimento de **critérios** para a alta hospitalar, embora já existam algumas iniciativas (como a planilha *KANBAN*) para o monitoramento do paciente dentro do hospital até sua alta.

153. É possível que as causas dessa situação sejam a ausência de *Know-how* para instituição de “Escritório de Alta” e a limitação de pessoal.

154. Os possíveis resultados negativos advindos dessa situação são a ausência de critérios adequados para a alta responsável, tempo de permanência do paciente maior que o necessário, alta taxa de ocupação de leitos e menor resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes.

155. Com o propósito de aprimoramento, **recomenda-se que se institua “Escritório de Alta”** no HBAP.

156. Ao se instituir o “Escritório de Alta”, espera-se que passe a ocorrer maior giro de leitos, com a taxa de ocupação hospitalar se mantendo em patamar adequado, que se tenha maior resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes e maior agilidade nas atividades de regulação entre o NIR e a RAS.

7.3 ACHADO 3: Atuação parcialmente adequada da Gerência de Regulação estadual-Gerreg na coordenação e gerenciamento das demandas e ofertas de serviços de saúde no HBAP, impactando negativamente no direito dos usuários à garantia de acesso, equidade, eficiência e qualidade dos serviços.

Situação encontrada 1: A Gerreg exerce parcialmente suas atribuições.

157. A central de regulação tem um papel fundamental no sistema de saúde, pois é responsável por gerenciar e organizar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Ela atua como um ponto central de referência para a coordenação e distribuição dos recursos de saúde disponíveis, realiza triagem e classificação dos pacientes, gestão dos recursos, monitora e controla as demandas,

coordena o fluxo de pacientes, monitorando a qualidade do atendimento, de forma a garantir a equidade e a eficiência na assistência aos pacientes.

158. Com efeito, o art. 5 da Portaria nº 1559/08 do MS, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, incisos III e IV, dispõe, *verbis*:

Art. 5. A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

159. A Portaria de adequação da Cerel de julho de 2022, pág.3, por sua vez, trata da responsabilidade da Central de Regulação de Leitos-Cerel:

Regular o acesso do cidadão aos serviços de saúde SUS significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno. (CONASS-2020)

A Cerel é responsável pela regulação do acesso aos leitos estaduais de média e alta complexidade (rede própria e contratualizada) para as unidades de saúde de cada região sede, adscritos aos 52 municípios de Rondônia. Exceto quando a região sede não possua a especialidade necessária para o seguimento do caso.

160. Todavia, constata-se, a partir da resposta dada pela Gerreg ao Ofício nº 5/2023/CECEX9/TCERO, que a Cerel não exerce regulação de leitos de enfermaria. Deste modo, infere-se que a Gerreg não atua na regulação total dos leitos disponíveis no HBAP (PT 16 – ID 1387107).

161. Também se constatou, em entrevistas com os secretários municipais de saúde das sedes das Microrregiões de saúde, a não atuação da Gerreg na padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais (PTs 06, 07, 10, 11, 12, 13 e 14 – IDs 1387084; 1387091; 1387100; 1387102; 1387103; 1387104; 1387105).

162. Após analisar as evidências, a equipe de auditoria considerou como principais possíveis causas para as situações acima a limitação de pessoal na Gerreg, o não empoderamento da Gerreg pela Sesau, o funcionamento fragmentado das unidades da Gerreg, a alta rotatividade nos cargos de coordenações da Gerreg e a falta de *know-how* na atividade de regulação de leitos.

163. Essas causas possuem como possíveis efeitos o aumento das “filas de espera” (exames clínicos e de imagem, consultas, cirurgias e leitos), a transferência de atribuições da Gerreg a outros órgãos, sobrecarga dos NIRs e baixa capacidade para atender às demandas da RAS.

164. Portanto, recomenda-se **a)** planejar a atuação da Gerreg contemplando, entre outros aspectos, a análise de demanda, definição de prioridades, de metas e objetivos, plano de ações, monitoramento e avaliação; **b)** definir e normatizar perfis necessários para a ocupação dos cargos de coordenação das unidades da Gerreg, especificando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários; **c)** construir protocolo de regulação padronizado em conjunto com as 07 (sete) Microrregiões de Saúde e; **d)** promover capacitação das equipes da Gerreg sobre a atuação eficiente na regulação de leitos.

165. A partir da implementação das recomendações acima, espera-se redução das filas de espera de exames clínicos e de imagem, consultas, cirurgias e leitos, coordenação efetiva das filas de espera pela Gerreg, NIRs atuando dentro de suas atribuições normativas e maior fluidez no atendimento das demandas da RAS.

Situação encontrada 2: Atuação do HBAP na gestão da oferta de vagas de leitos, embora essa atribuição seja da Gerreg.

166. São atribuições da central de regulação estadual a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, tendo como sujeitos seus respectivos gestores públicos.

167. É como prevê o art. 2 da Portaria nº 1559/08 do MS, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, inciso III e itens do art. 8, § 1º e 2º da mesma norma, *verbis*:

Art. 2. As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

[...]

Art. 8. As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

2º - São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

V - executar a regulação médica do processo assistencial.

168. No entanto, ao que se extrai da resposta ao Ofício nº 5/2023/CECEX9/TCERO, a Gerreg informa que não atua na regulação de leitos de enfermaria (**PT 16 – ID 1387107**).

169. Com efeito, o médico responsável pela Cerel (Gerreg), em resposta às perguntas 8 e 9 da entrevista, admite que a Gerreg não é a única responsável pela regulação do acesso de leitos de alta e média complexidade; ele afirma que a Gerreg não realiza a regulação de leitos de enfermaria, mas somente de UTI e cirurgias eletivas. Isso se daria em razão da carência de “recursos humanos para abraçar tudo isso”, pois são muitos leitos a se gerir, inclusive em outros municípios, a exemplo de São Francisco do Guaporé. (**PT 09 – ID 1387096**).

170. Também, por ocasião da Visita Técnica ao HBAP, a médica responsável pelo NIR relatou a vinda de muitos pacientes da Macrorregião 2 ao HBAP sem serem regulados pela Gerreg. Esses pacientes teriam seus atendimentos negados na Macro 2 e os municípios entrariam em contato diretamente com o NIR do HBAP para a transferência deles, novamente, sobrecarregando o HBAP. De acordo com a médica, a Gerreg deveria realizar essa tarefa, mas não o faz, pois alega falta de pessoal (**PT 23 - ID 1387168**).

171. Após analisar as evidências, a equipe de auditoria considerou como principais possíveis causas para a situação o não empoderamento da Gerreg pela Sesau, a falta de *know-how*, a limitação de pessoal na Gerreg e a falta de clareza das atribuições/responsabilidades da Gerreg.

172. Essas causas têm como possíveis efeitos a transferência de atribuições da Gerreg para o HBAP – sobrecarregando-o –, a fragmentação da regulação de leitos e a desorganização dos serviços de saúde na RAS.

173. Logo, recomenda-se: **a)** definir e normatizar as atribuições de atuação da Gerreg na coordenação da regulação estadual; **b)** realizar *benchmarking* com instituições de referência em regulação; **c)** promover a capacitação das equipes da Gerreg sobre a atuação eficiente; **d)** fornecer condições (infraestrutura e pessoal) para o funcionamento adequado das atividades da Gerreg.

174. A partir da implementação dessas recomendações, almeja-se que haja a coordenação efetiva das “filas de espera” pela Gerreg, a redução das filas de espera (exames clínicos e de imagem, consultas, cirurgias e leitos), o NIR atuando dentro de suas atribuições normativas e maior fluidez no atendimento das demandas da RAS.

Situação encontrada 3: Divergência de dados nas ferramentas Sauron/E-leitos, Hospub e “HB em números”, relativo a leitos instalados, operacionais e ocupados.

175. De acordo com o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017), entre outras atribuições, cabe ao NIR: **regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes**, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência e Agenda Cirúrgica; **estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar** e; **promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades** de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais.

176. Para isso, o manual ainda informa que os indicadores devem “gerar uma informação relevante para o processo de gestão e planejamento, precisa ser claro, objetivo e **derivado de dados confiáveis**”.

177. Porém, a equipe de auditoria, após acessar as ferramentas Sauron/E-leitos, Hospub e “HB em números” e analisar os registros relativos ao número de leitos, constatou haver divergências em pelo menos 10 clínicas (Imunológica, médica, ortopédica 1 e 2, cirúrgica 2, hemodinâmica, psiquiatria feminina e masculina, UCI neonatal e UTI 2) em relação ao número de leitos indicados pelo Sauron/E-leitos, Hospub e “HB em números”.

178. Também divergências em nº de leitos são maiores nas clínicas de Psiquiatria feminina e masculina; enquanto no “HB em números” está registrada a quantidade de 36 leitos em cada clínica, no E-leitos/Sauron e no Hospub constam 19 e 18 leitos respectivamente em cada clínica; e, ainda, a planilha “HB em Números” apresenta informações incompletas, a exemplo das clínicas “Alojamento conjunto” e “Hemodinâmica”, nas quais não há informação sobre a quantidade de Leitos (PT 30 – Planilha 3 – ID 1387219).

179. Os gráficos a seguir ilustram as situações acima relacionadas:

Gráfico 01: Divergência no número de leitos em diversas clínicas nos sistemas do HBAP

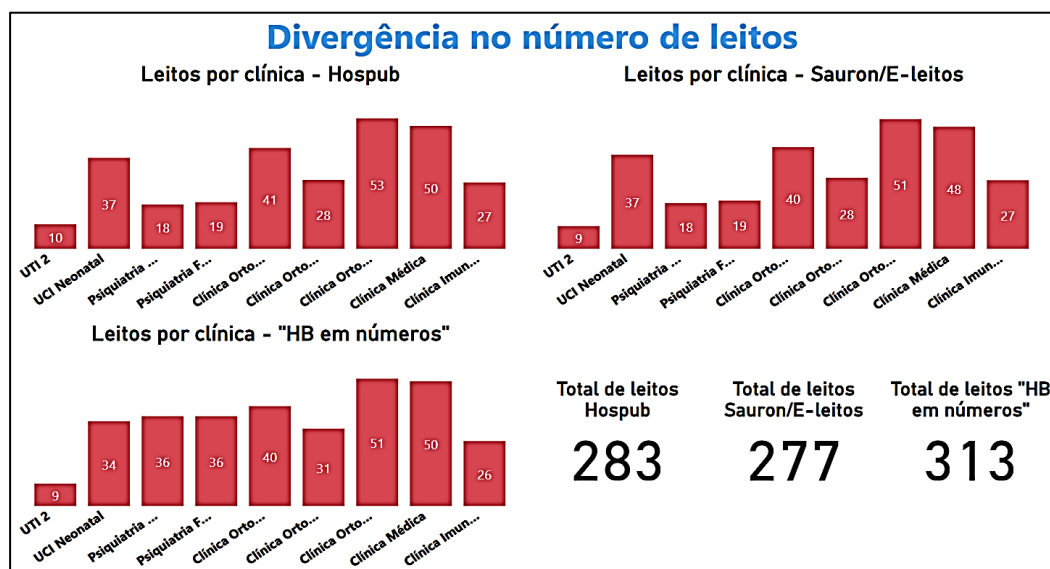
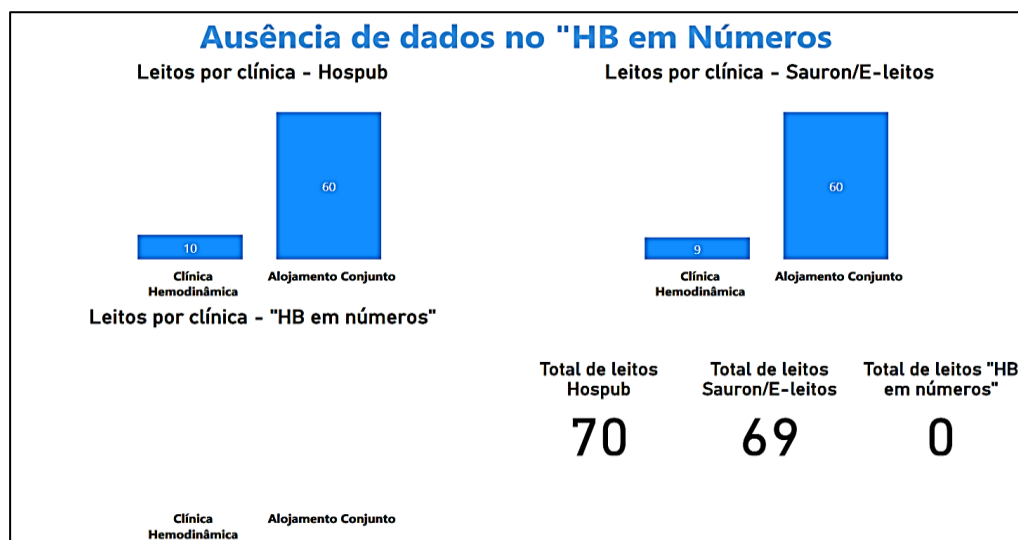


Gráfico 02: Ausência de dados em clínicas na planilha “HB em Números”



180. Daí a conclusão pela divergência de dados nas ferramentas Sauron/E-leitos, Hospub e “HB em números”, relativos a leitos instalados, operacionais e ocupados.

181. Como possíveis causas, a equipe entende haver alimentação incompleta da ferramenta “HB em números”; falta de treinamento de equipe que realize a gestão dos sistemas Sauron/E-leitos e Hospub; falta de equipe capacitada para operar os sistemas Sauron/E-leitos e Hospub e; incompreensão da importância das informações lançadas nos sistemas Sauron/E-leitos e Hospub para a gestão eficiente da assistência hospitalar.

182. A situação encontrada tem como possíveis efeitos, obstáculos para a gestão eficiente da assistência hospitalar no HBAP.

183. Como forma de mitigá-los, recomenda-se que se garanta a alimentação tempestiva dos dados nos sistemas Sauron/E-leitos e Hospub; que se promovam capacitações das equipes que operam os sistemas Sauron/E-leitos e Hospub, sensibilizando-as sobre a importância das informações lançadas para a gestão eficiente da assistência hospitalar.

184. Espera-se que, ao se seguir essas recomendações, haja aumento da confiabilidade dos dados dos sistemas, a possibilidade de produção de indicadores que condizem com a real situação do hospital e melhor gestão da assistência hospitalar.

7.4 ACHADO 4: Ausência de transparência nas “filas de espera” da regulação estadual, não assegurando o acesso à informação aos usuários e o planejamento da Rede de Atenção à saúde - RAS.

Situação encontrada: Não há transparência nas filas de acesso da regulação para realização de exames, consultas, cirurgias e leitos.

185. A Portaria nº 3.390/13 do MS, em seu artigo 10, estabelece que “o acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, **assegurando** a equidade e **a transparência**, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades”.

186. Nesse sentido, pode-se afirmar que a **transparência** é uma condição necessária e **obrigatória**, a ser perseguida quando se trata de regulação do acesso aos serviços de saúde, inclusive no estado de Rondônia.

187. Ademais, a Lei de Acesso à Informação, Lei nº 12.527/2011, que se aplica a todos órgãos públicos integrantes da administração pública direta e indireta, em seu art. 6º, I, assim determina:

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, **assegurar** a:

I - **gestão transparente da informação**, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação.

188. A referida Lei, em seu artigo 3º, incisos I, II e III, também estabelece que:

Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o **direito fundamental de acesso à informação** e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes:

I - **observância da publicidade** como preceito geral e do sigilo como exceção;

II - **divulgação de informações de interesse público**, independentemente de solicitações;

III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação;

189. Contudo, a constatação da auditoria foi a ausência de transparência nas filas de acesso da regulação para realização de exames, consultas, cirurgias e leitos. Em Entrevista com secretários(as) de saúde das sedes das microrregiões de saúde do estado, estes deixaram claro não haver acesso à informação sobre a posição do paciente na fila geral de espera e sobre o andamento dessas filas aos integrantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo os usuários/pacientes (PTs 06, 07, 10, 11, 12, 13 e 14 – IDs 1387084; 1387091; 1387100; 1387102; 1387103; 1387104; 1387105).

190. Com efeito, em entrevista com o médico responsável pela Central de Regulação de Leitos - Cerel/Gerreg/Sesau-RO, restou pacificado não haver transparência nas “filas de espera” por leitos. Este admitiu que para que houvesse transparência, seria necessário a existência de outro sistema eletrônico que contemplasse todas as informações; o Sisreg III seria muito limitado (PT 09 – ID 1387096).

191. Também a médica da Central Estadual de Regulação de Ambulatorial e Exames - Cerae/Gerreg/Sesau-RO, em entrevista, afirmou não haver transparência sobre a posição do

paciente na fila geral (envolvendo todos os municípios do estado), nem mesmo como está a movimentação dessa da fila (PT 08 – ID 1387094).

192. As possíveis causas para a falta de transparência nas “filas de espera” podem ser a ausência de gerenciamento dessas filas, seja por parte dos municípios, seja pelo estado; ausência de protocolo simples e padronizado para a regulação das “filas de espera”; não utilização adequada do sistema Sisreg III; o sistema Sisreg III é muito limitado.

193. Como possíveis consequências desse quadro observado, tem-se o aumento da “judicialização da saúde”; dificuldade para a RAS realizar planejamento; falta de confiabilidade em relação à quantidade de pessoas em “fila de espera”; desestímulo a(o) cidadã(o) buscar a resolução de seus problemas de saúde por meio da rede pública.

194. Para enfrentar essa situação, recomenda-se: **a)** implantar portal de transparência das filas de acesso da regulação para realização de exames, consultas, cirurgias e leitos; **b)** promover transparência das filas de acesso da regulação para realização de exames, consultas, cirurgias e leitos; **c)** realizar cooperação entre a Gerreg e as secretarias municipais de saúde objetivando estabelecer a gestão das “filas de espera” de cada município; **d)** avaliar a possibilidade do desenvolvimento ou aquisição de sistema de regulação que permita maior transparência.

195. Espera-se com essas medidas assegurar maior transparência das “filas de espera”; tendência de redução das “filas de espera”; maior confiabilidade na regulação dos serviços públicos de saúde; redução da judicialização da saúde e melhor alocação dos recursos orçamentários e financeiros da saúde.

8. BOAS PRÁTICAS

196. A Equipe de Auditoria, durante o trabalho, não identificou boa prática a ser mencionada neste relatório final.

9. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES

197. Após a emissão do Relatório Técnico Preliminar (ID 1401318), cópia dele foi encaminhada ao Secretário de Estado da Saúde de Rondônia, Secretário-Adjunto de Estado da Saúde de Rondônia, Coordenador da Gerência de Regulação-Gerreg, Diretor-Geral do Hospital de Base "Dr. Ary Pinheiro" e Médica responsável pelo Núcleo Interno de Regulação do HBAP (ID 1401234), a fim de que pudessem ofertar comentários escritos, a ser consolidado pelo Secretário de Estado da Saúde de Rondônia.

198. Com efeito, a Secretário de Estado da Saúde de Rondônia, Sr. JEFFERSON RIBEIRO DA ROCHA, enviou, em 15 de maio de 2023, por e-mail, os Comentários dos Gestores (ID 1401282), *verbis*:

Com os nossos cordiais cumprimentos, sirvo-me do presente expediente, para manifestar sobre o teor do Relatório Preliminar da Auditoria Operacional no Hospital de Base Ary Pinheiro - HBAP em uma interface com a Central de

Regulação Estadual, (id 0037752795), como bem informado no e-mail (id 0037752696), que tem como cunho de proporcionar oferta de comentários, e não tem caráter de defesa ou contestação, e nestes termos venho presente, expor os seguintes comentários.

2. A Secretaria de Estado da Saúde está otimista com este novo engajamento da participação desta Corte de Contas, e o nível de detalhamento elencados, e neste viés, indaga-se que algumas sugestões já foram notadas e está em processo de alteração, porém as mudanças não são automáticas, por esse ponto de reflexão, tecemos pela plausibilidade do relatório técnico, bem como a continuidade de colaboração dessa corte de contas. 3. Sendo o que tínhamos para o momento, renovamos os votos de estima e consideração, nos colocando à disposição para demais esclarecimentos que se façam necessários.

199. Examinando os comentários dos gestores, acima transcritos, pode-se extrair que referidas informações reforçam as constatações realizadas pela equipe de auditoria, posto que relatam algumas sugestões já foram adotadas e estando em processo de alteração, buscam atender às recomendações da equipe técnica da auditoria.

200. Seguem os comentários dos gestores corroborando os achados e recomendações da auditoria, afirmando a “plausibilidade do relatório técnico”, e pedindo a “continuidade de colaboração dessa corte de contas” nesse presente trabalho técnico.

201. Como se percebe dos comentários dos gestores, não se verificaram elementos que afastem ou contrariem as constatações da auditoria, estas lastreadas em extenso trabalho, inclusive de campo na unidade de saúde HBAP e na Gerência de Regulação Estadual-Gerreg.

202. Desse modo, **reitera-se aqui toda a fundamentação contida no Relatório Técnico Preliminar**, alhures transcrito, como razões para **manter o entendimento e as propostas de encaminhamento formuladas pela equipe de auditoria**, apenas fazendo singelos ajustes de aprimoramento nas recomendações.

10. CONCLUSÃO

203. A presente auditoria operacional teve por objetivo avaliar, sob a ótica do controle externo, a gestão de leitos do Hospital de Base Ary Pinheiro em interface com a central de regulação estadual realizada pela Sesau, identificando gargalos, oportunidades de melhoria e boas práticas.

204. Ao final, a auditoria chegou a quatro achados de auditoria, a saber: **a)** Gestão parcialmente adequada de leitos no HBAP, trazendo prejuízos na prestação dos serviços de média e alta complexidade da rede estadual de saúde, impactando negativamente a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários; **b)** Atuação do NIR aquém do necessário para apoio à direção na gestão de leitos do hospital, impactando negativamente nas taxas de ocupação dos leitos do HBAP; **c)** Atuação parcialmente adequada da Gerência de Regulação Estadual-Gerreg na coordenação e gerenciamento das demandas e ofertas de serviços de saúde no HBAP, impactando negativamente o direito dos usuários à garantia de acesso, equidade, eficiência e qualidade dos serviços; e **d)** Ausência de transparência nas “filas de espera” da regulação estadual, não

assegurando o acesso à informação aos usuários e o planejamento da Rede de Atenção à Saúde-RAS.

205. No tocante à *gestão de leitos no Hospital de Base Ary Pinheiro*, verificou-se a ineficácia da gestão de leitos hospitalares.

206. Isso se revela pela não alimentação adequada do sistema Hospub e outras dificuldades com a gestão dos sistemas informatizados do hospital; por um lado, as altas taxa de ocupação de leitos, na maioria das clínicas, e tempo médio de internação elevado e, por outro, se verifica em determinada clínica (alojamento conjunto) que possui 60 leitos disponíveis, taxa de ocupação de apenas 23,33% (em 07/02/23); ausência de objetivos e metas formalizadas a partir de indicadores estabelecidos, a exemplo da taxa média de ocupação, tempo médio de permanência, índice de substituição de leitos e outros indicadores essenciais, bem como falta de insumos para cirurgias.

207. Podem causar a ineficácia da gestão de leitos o elevado “tempo médio de giro de leitos”, baixa produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos, ausência ou alimentação incorreta do sistema, falta de equipe para a gestão e monitoramento do Sistema Hospub, falta de empoderamento do NIR para apoiar a gestão eficiente de leitos, carência de capacitação para a gestão eficiente de leitos (tanto da equipe da direção quanto do NIR do HBAP), falta de dados confiáveis para produção de indicadores, falta de capacitação ao NIR e à Direção do HBAP a respeito de metas e monitoramento de indicadores, ausência de *Know-how* para instituição de “Escritório de Alta” e a limitação de pessoal.

208. Quanto ao *Núcleo Interno de Regulação - NIR do HBAP*, sua atuação encontra-se aquém do necessário para apoiar a direção do hospital na gestão de leitos, impactando negativamente nas taxas de ocupação dos leitos hospitalares.

209. São possíveis causas dessa circunstância a incompreensão, pelos profissionais das clínicas e da administração do HBAP, sobre o verdadeiro papel e atribuições do NIR; a falta de autonomia e empoderamento do NIR, de *Know-how* na gestão de leitos, de equipe de Tecnologia da Informação no HBAP com capacidade de desenvolver ferramentas de apoio às suas atividades; limitação de pessoal; ocupação do NIR em realizar diretamente a regulação inter-hospitalar – o que deveria ser realizado pela central de regulação estadual; ausência de habilidade e experiência para instituir “Escritório de Alta”.

210. Em consequência, os impactos negativos materializados na superlotação de leitos; tempo de permanência maior que o necessário; baixo “giro de leitos”; prejuízos à resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes; ausência de critérios adequados para a alta responsável.

211. Já em relação à *interface do Hospital de Base Ary Pinheiro com o Complexo Regulador Estadual (Gerreg/Sesau)*, constatou-se a atuação parcialmente adequada da Gerência de Regulação estadual-Gerreg na coordenação e gerenciamento das demandas e ofertas de serviços de saúde no HBAP, impactando negativamente o direito dos usuários à garantia de acesso, equidade, eficiência e qualidade dos serviços.

212. Podem ser causas dessa situação a limitação de pessoal; não empoderamento da Gerreg pela Sesau; unidades da Gerreg funcionando de forma fragmentada; alta rotatividade nos cargos

de coordenações na Gerreg; falta de *Know-how* na atividade de regulação de leitos; alimentação intempestiva dos sistemas Sauron/e-leitos e Hospub, além da incompletude no preenchimento da ferramenta “HB em números”; falta de treinamento de equipe que realize a gestão dos sistemas Sauron/e-leitos e Hospub; falta de equipe capacitada para operar os sistemas Sauron/e-leitos, Hospub; incompreensão da importância das informações lançadas nos sistemas Sauron/e-leitos e Hospub para a gestão eficiente da assistência hospitalar.

213. Em decorrência disso, são possíveis efeitos negativos o aumento das filas de espera (exames clínicos e de imagem, consultas, cirurgias e leitos); transferência das atribuições da Gerreg para outros órgãos; sobrecarga dos NIRs; baixa capacidade para atender à demanda da RAS; transferência de atribuições da Gerreg para o HBAP, sobrecarregando-o; fragmentação da regulação de leitos; desorganização dos serviços de saúde na RAS; trabalho de regulação prejudicado; ausência de confiabilidade na base de dados e obstáculos para gestão eficiente da assistência hospitalar no HBAP.

214. No tocante às “*filas de espera*”, constatou-se a ausência de transparência nessas filas da regulação estadual, não sendo assegurado o acesso à informação aos usuários e o planejamento da Rede de Atenção à Saúde-RAS.

215. Isso se revela pela ausência de gerenciamento das filas de espera, seja por parte dos municípios, seja pelo estado; a ausência de protocolo simples e padronizado para a regulação das filas de espera; não utilização adequada do Sisreg III, além da limitação desse sistema.

216. Podem estar dando causas à ausência de transparência o aumento da “judicialização da saúde”; dificuldade para a RAS realizar planejamento; a falta de confiabilidade em relação à quantidade de pessoas em fila de espera; e o desestímulo a(o) cidadã(o) buscar resolução de seus problemas de saúde por meio da rede pública.

217. Ressalte-se que a equipe de auditoria, durante os trabalhos, não identificou *boas práticas*.

11. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

218. Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria da gestão: **a)** da regulação estadual realizada pela Secretaria de Estado da Saúde e **b)** do Hospital de Base Ary Pinheiro-HBAP, submete-se este Relatório Técnico conclusivo à consideração superior, com a proposta que segue.

I. DETERMINAR ao senhor **JEFFERSON RIBEIRO DA ROCHA**, Secretário de Estado da Saúde de Rondônia; ao senhor **MAXWENDELL GOMES BATISTA**, Secretário-Adjunto de Estado da Saúde de Rondônia; ao senhor **STENIO ALVES LEITE DE ANDRADE**, Coordenador da Gerência de Regulação-Gerreg; ao senhor **RODRIGO BASTOS DE BARROS**, Diretor-Geral do Hospital de Base "Dr. Ary Pinheiro"; à senhora **WANDERLANY MENDES DE SOUZA** - Médica do Núcleo Interno de Regulação do Hospital de Base "Dr. Ary Pinheiro" – NIR, ou a quem vier substituí-los, que **elaborem, conjuntamente, e seja apresentado** pelo Secretário de Estado da Saúde de Rondônia, **no prazo de 60 dias, Plano de Ação**, com definição dos responsáveis, prazos e ações/atividades acerca das medidas a serem tomadas no sentido de:

- **EM RELAÇÃO AO HOSPITAL DE BASE "DR. ARY PINHEIRO**

- a) definir metas para os principais indicadores de processos e de resultados, dentre eles os relativos ao giro de leitos (tempo médio de uso de leitos, tempo para efetivação de alta hospitalar, tempo para higienização do leito, taxa de ocupação dos leitos, índice de renovação de leitos, índice de intervalo de substituição de leitos), adotando o painel de controle para o devido monitoramento;
- b) apresentar estratégias para estimular o aumento de produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos, com a instituição de indicadores e metas de produção e seu monitoramento;
- c) instituir no HBAP “Escritório de Alta”, incluindo a figura do médico hospitalista;
- d) firmar parcerias para *benchmarking* com instituições de referência em NIR, estabelecendo contatos, encontros e trocas por videoconferência e, eventualmente, visitas institucionais *in loco*, promovendo a capacitação contínua das equipes do NIR no que diz respeito à atuação eficiente da produção de indicadores essenciais, estabelecimento de metas e respectivo monitoramento, bem como outras estratégias para a gestão eficiente de leitos;
- e) apresentar estudo/diagnóstico voltado à instituição de política de incentivos pecuniários e não pecuniários, visando a estimular o aumento de produtividade na realização de procedimentos cirúrgicos e giro de Salas Cirúrgicas (cirurgias no período/número total de salas);
- f) constituir equipe capacitada com técnicos de TI para **gestão, manutenção e desenvolvimento** do Sistema Hospub e outros sistemas informatizados do HBAP;
- g) firmar parcerias para *benchmarking* com instituições de referência em gestão hospitalar eficiente para o HBAP, dentre outros, sobre a gestão eficiente de leitos e política de aquisição permanente de insumos e equipamentos, estabelecendo contatos, encontros e trocas por videoconferência e, eventualmente, visitas institucionais *in loco*;
- h) orientar todos os profissionais da assistência em saúde e administrativos do HBAP a enviar todos os dados e informações requisitados pelo NIR, com a temporalidade e detalhamento que este estabelecer como necessários;
- i) constituir equipe capacitada para **gerir** a utilização dos sistemas Sauron/e-leitos e Hospub no HBAP;
- j) promover capacitação das equipes que **operam/alimentam** os sistemas Sauron/e-leitos e Hospub, sensibilizando-as sobre a importância do lançamento correto e tempestivo dos dados para a gestão eficiente da assistência hospitalar e para a RAS;
- k) apresentar estratégias de sensibilização dos profissionais de saúde e do pessoal administrativo do HBAP sobre o papel e atribuições do NIR dentro do hospital;

- l) estruturar e garantir que o NIR do HBAP passe a funcionar plenamente, 24 horas por dia, com equipe constituída, no mínimo, por médico(a), enfermeiro(a), assistente social e psicólogo(a), todos com dedicação exclusiva;
- m) realizar levantamento e apresentar estudo sobre possível sistemática de trabalho que otimize o desempenho das atribuições do NIR, valendo-se, inclusive, do uso de ferramentas tecnológicas;
- n) institucionalizar, por meio de normativo, o Núcleo Interno de Regulação no HBAP, promovendo seu empoderamento, a fim de apoiar a Direção na gestão eficiente de leitos, tendo como referência o Manual de Implantação e Implementação de Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017);
- o) garantir ao NIR do HBAP espaço mais amplo e adequado para seu funcionamento, incluindo espaço para reuniões de trabalho;

- **EM RELAÇÃO À CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO**

- p) assegurar que a Cerel, unidade vinculada à Gerreg/Sesau, assuma suas atribuições de órgão regulador inter-hospitalar, retirando do NIR do HBAP essa atribuição, com fundamento no art. 5º da Port. MS nº 1.559/08 (Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS) e na Portaria de Adequação da Central de Regulação de Leitos – CEREL;
- q) institucionalizar, por meio de normativo, a atuação da Gerreg na coordenação da regulação estadual;
- r) apresentar estratégias da regulação estadual, contemplando, entre outros aspectos: análise de demanda, definição de prioridades, de metas e objetivos, monitoramento e avaliação;
- s) definir e normatizar perfis para ocupar os cargos de coordenação das unidades da Gerreg, especificando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários;
- t) realizar cooperação entre Gerreg/Sesau e as 07 (sete) Microrregiões de Saúde, objetivando estabelecer a gestão eficiente das “filas de espera” (exames, consultas, cirurgias) estadual e de cada município, materializando-a em protocolo de regulação padronizado;
- u) firmar parcerias para *benchmarking* com instituições de referência em regulação, estabelecendo contatos, encontros e trocas por videoconferência e, eventualmente, visitas institucionais *in loco*, promovendo a capacitação contínua das equipes da Gerreg/Sesau sobre a atuação eficiente na atividade de regulação;
- v) viabilizar sistema de regulação mais eficiente para promover a transparência das filas de acesso da regulação para realização de exames, consultas, cirurgias e leitos, tendo como ferramenta de apoio, dentre outras, portal de divulgação *online* dessas filas, podendo se valer de parceria/cooperação com outros entes que já dispõem de tecnologia que atenda a referida demanda;



w) fornecer condições para o funcionamento adequado das atividades da Gerreg (infraestrutura, pessoal, capacitação permanente e empoderamento).

II. Encaminhar cópia do presente Relatório Técnico e dos vindouros Voto e Acórdão: **a)** à Comissão de Saúde da **Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia-ALE**; **b)** ao **Conselho Estadual de Saúde do Estado de Rondônia-Ces**; **c)** à **Comissão Intergestores Bipartite-CIB**; e **d)** ao **Conselho de Secretários municipais de Saúde** do Estado de Rondônia-Cosems; **e)** à **Controladoria-Geral do Estado-CGE**;

III. Sobrestar os presentes autos na Secretaria de Processamento e Julgamento (SPJ) até a apresentação do Plano de Ação pela Sesau, quando será juntado o plano e certificada sua apresentação;

IV. Uma vez juntado aos autos o Plano de Ação apresentado, **sejam remetidos** à Secretaria-Geral de Controle Externo (SGCE) para análise e manifestação técnica sobre a adequação e atendimento do acórdão a ser proferido;

V. Autorizar a SGCE a articular o acompanhamento da elaboração do Plano de Ação-PA pelos atores envolvidos, bem como **promover** o monitoramento da execução do Plano de Ação-PA e dos Relatórios de Execução do PA a ser encaminhado anualmente pela Sesau, nos termos do art. 20, IV, Res. 228/2016/TCE-RO;

VI. Autuados novos autos para análise do Plano de Ação a ser apresentado, arquivem-se os presentes autos, consoante prescreve a Res. 228/2016/TCE-RO, art. 20, III, d.

Porto Velho/RO, datado e assinado eletronicamente via PCe.

BRENO ROTHMAN FERNANDES

Auditor de Controle Externo – Cadastro 570
Membro (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

JANE ROSICLEI PINHEIRO

Auditora de Controle Externo – Cadastro 418
Membra (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

RAIMUNDO PAULO DIAS BARROS VIEIRA

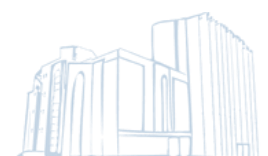
Auditor de Controle Externo – Cadastro 319
Coordenador (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)

FRANCISCO VAGNER DE LIMA HONORATO

Auditor de Controle Externo – Cadastro 538
Supervisor em Substituição

BRUNO BOTELHO PIANA

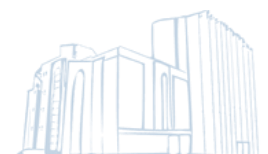
Coordenador da CECEX-9 – Cadastro 504
Supervisor (Portarias n. 303/2022 e 41/2023)





APÊNDICES

- Ata da Reunião Técnica para Apresentação dos Achados
- DVR Eficiência Hospitalar HBAP - Regulação
- Matriz de Achados
- Matriz de Planejamento
- Matriz Stakeholder Eficiência Hospitalar
- PT 01 - Questionário à Direção do HBAP
- PT 02 - Questionário à Cerel (médico regulador)
- PT 03 - Questionário à Crue (médica reguladora)
- PT 04 - Questionário à Cerae (médico regulador)
- PT 05 - Questionário ao NIR do HBAP
- PT 06 - Entrevista Ariquemes - Secretária de Saúde
- PT 07 - Entrevista São Miguel do Guaporé - Secretária de Saúde
- PT 08 - Entrevista Cerae/Gerreg (médica reguladora)
- PT 09 - Entrevista Cerel/Gerreg (médico regulador)
- PT 10 - Entrevista Vilhena - Secretário de Saúde
- PT 11 - Entrevista Ji-Paraná - Secretária de Saúde
- PT 12 - Entrevista Cacoal - Secretária de Saúde
- PT 13 - Entrevista Rolim de Moura - Secretária de saúde
- PT 14 - Entrevista Porto Velho - Secretária Adjunta de Saúde
- PT 19 - Relação de Servidores do HB afastados - Segep
- PT 23 - Relatório de visita ao HBAP (03.03.23)
- PT 24 - Relatório 01 de Conhecimento e Aprofundamento do Sistema Hospub
- PT 25 - Relatório 02 de Aprofundamento sobre o Sistema Hospub
- PT 26 - Relatório de Visita Técnica e Observação Direta no HBAP
- PT 27 - Entrevista à Direção do HBAP
- PT 28 - Entrevista à Médica representante do NIR do HBAP
- PT 29 - Taxa de Ocupação Hospitalar no HBAP
- PT 30 - Comparativo de Nº de Leitos registrados no Sauron, Hospub e HB em Números
- PT 31 - Taxa Média de Dias de Internação no HBAP
- Relatórios Unificados de Visitas Exploratórias e Reuniões Técnicas - Fase de Planejamento
- SWOT Eficiência Hospitalar HBAP – Regulação





ANEXOS

- Portaria n. 303/22 - Fase de Planejamento
- Portaria n. 41/23 - Fase de Execução
- PT 15 - Resposta ao Ofício pelo NIR do HBAP
- PT 16 - Resposta ao Ofício pela Gerreg - Parte 1
- PT 17 - Resposta ao Ofício pela Gerreg - Parte 2
- PT 18 - Resposta ao Ofício pela Gerreg - Parte 3
- PT 19 - Relação de Servidores do HB afastados - Segep
- PT 20 - Resposta ao Ofício pelo HBAP - Parte 1
- PT 21 - Resposta ao Ofício pelo HBAP - Parte 2 - Relação de Servidores do HBAP
- PT 22 - Resposta ao Ofício pelo HBAP

RELAÇÃO DE TABELAS E FIGURAS

- Figura 01: Mapa das Microrregiões de Saúde de Rondônia
- Imagem 01: Fachada do Hospital de Base Ary Pinheiro
- Gráfico 01: Divergência no número de leitos em diversas clínicas nos sistemas do HBAP
- Gráfico 02: Ausência de dados em clínicas na planilha “HB em Números”

