



EFICIÊNCIA
Hospitalar

AUDITORIA DE EFICIÊNCIA EM HOSPITAIS

RELATÓRIO DE AUDITORIA

Equipe: Seção de Auditoria em Alagoas

Auditado: Hospital Metropolitano de Alagoas -SES/AL

Maceió/AL, outubro de 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde - AudSUS

Seção de Auditoria em Alagoas – Seaud/AL

R. Eng. Roberto Gonçalves Menezes, 149 - Centro

CEP: 57020-080 – Maceió/AL

Tel.: (82) 3198-1731

E-mail: auditorianucleoal@saude.gov.brSite: www.gov.br/saude*Chefia:*

Anderson Cezar Tenório Rego

Supervisão:

Marcelo Nunes Soares Costa

Equipe:

Nome	Matrícula	Lotação
Anderson Cezar Tenório Rego - Servidor	1951894	AUDSUS /SEAUD-AL
Clícia Alves Padilha Dantas - Servidor	1225225	AUDSUS /SEAUD-AL
Maria Olivia Santos Ferreira Menezes - Servidor	2114689	AUDSUS /SEAUD-AL
Marcelo Nunes Soares Costa - Servidor	1786755	AUDSUS /SEAUD-AL
Raquel Pimentel Gomes - Coordenador	1786687	AUDSUS /SEAUD-AL

Dados da Atividade

Número da Atividade: 19.382

Tipo de Atividade: Auditoria

Programada por: Seaud/AL

Auditado: Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas

Unidade Visitada: Hospital Metropolitano de Alagoas (CNES 0136581)

Atividade de Cooperação Técnica: Não

Natureza: Administração Pública

Município/UF: Maceió/AL

Finalidade: Verificar a eficiência dos hospitais do SUS

Demandante: Componente Federal do SNA

Objeto: MAC-Eficiência Hospitalar - SUS

Valor Auditado: Não se aplica

Forma: Direta

Local Atual: Equipe

Situação: Aceita

Protocolo: 25000.098008/2022-42

Abrangência: janeiro a dezembro de 2022

EM RESUMO:

Por que a auditoria está sendo realizada?

Riscos de insustentabilidade na situação fiscal do SUS somados a indícios de ineficiência elevada na média e alta complexidade são os motivos que levaram a AudSUS, em parceria com o TCU, a fomentar ações de controle em todo o país nos hospitais do SUS para identificar desperdícios nessas unidades.

Como parte da programação da Auditoria-Geral do SUS, a atividade em Alagoas teve como objeto o Hospital Metropolitano de Alagoas.

A fim de que seja construída uma abordagem em comum nas auditorias e que os seus resultados possam ser consolidados, a metodologia utilizada na atividade foi a minutada no Referencial Básico de Auditoria sobre Eficiência de Unidades Hospitalares (Versão 3) do TCU.

Desse modo, espera-se que a atividade realizada possa agregar valor para a administração pública ao identificar os principais riscos à eficiência hospitalar e contribuir para a melhoria dos serviços entregues aos usuários.

Relatório de Auditoria para verificar a eficiência em hospital público no estado de Alagoas

Hospital Metropolitano de Alagoas - HMA

Ausência de definição do perfil assistencial e do papel da unidade na Rede de Atenção à Saúde, bem como de metas qualiquantitativas para direcionamento da atuação hospitalar, além de favorecer o modelo de atuação pautado pela oferta e não pelas necessidades da população, são fatores que dificultam a tomada de decisão pela gestão hospitalar para a otimização da capacidade instalada e entrega de valor aos usuários dos serviços.

O que foi encontrado?

O HMA ainda não tem seu perfil e papel de atuação definido na RAS, sem pactuação de pontos de referência e contrarreferência, assim como de contratualização de metas qualiquantitativas junto à gestão estadual, fragilizando a programação regular da oferta de serviços, assim como o monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar.

Além disso, a ausência de planejamento integrado entre a gestão hospitalar e sua mantenedora (SES/AL) acarretou na insuficiência de equipamentos e instrumentais para prestar atenção oportuna e efetiva aos pacientes.

Existem fragilidades no gerenciamento dos leitos e na regulação do acesso assistencial ao HMA, sobretudo ligadas à gestão da ocupação e do acesso aos leitos de enfermaria, o que pode estar impactando na resolutividade da assistência prestada aos pacientes e diminuindo a oferta de leitos à rede.

Também existem fragilidades na gestão da assistência nas enfermarias, principalmente relacionadas à ausência de prontuário único e dificuldade de comunicação efetiva entre as equipes.

Os processos e atividades críticas não estão visíveis à gestão hospitalar, especialmente no que diz respeito ao gerenciamento dos leitos de internação clínica e cirúrgica, e o hospital não dispõe de leitos de isolamento nas enfermarias para pacientes infectados por doenças contagiosas ou que requerem precauções especiais.

O que foi proposto no encaminhamento?

À SES/AL, definir o perfil assistencial e pactuar na CIB/AL o papel do HMA na RAS; firmar contratualização do HMA para direcionamento da atuação hospitalar; implementar sistema integrado para regulação de leitos; dotar o HMA de parque tecnológico suficiente ao perfil de atendimento do HMA; adequar a força de trabalho especializada ao perfil de atendimento e serviços ofertados.

À gestão do HMA, estabelecer programação regular da oferta de serviços orientada pelas metas qualiquantitativas fixadas em contratualização; realizar planejamento integrado junto à SES/AL para viabilizar a adequação de parque tecnológico suficiente ao seu perfil de atendimento; definir a estrutura de assistência do Hospital e suas limitações, e os critérios de elegibilidade para internação e transferência externa; assegurar a comunicação efetiva e a fidedignidade dos dados utilizados para o gerenciamento dos leitos de internação; adotar prontuário único do paciente e uniformizar condutas junto às equipes pautadas em protocolos clínicos e fluxos assistenciais; mensurar os indicadores hospitalares por tipo de leito, segmentando leitos clínicos e cirúrgicos e garantir o quantitativo mínimo de leitos de isolamento para unidades de internação.

Quais são os principais benefícios na adoção das deliberações propostas?

Identificar áreas assistenciais críticas que necessitam de tratamento e subsidiar a gestão com informações para tomada de decisão; promover tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo aos pacientes; otimização da capacidade instalada do hospital; evitar desperdícios de recursos e melhorar a eficiência do HMA; e diminuir gargalos assistenciais na rede.

Lista de siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANGESP - Agência de Modernização do Estado

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CME – Central de Material e Esterilização

COVID – Doença Coronavírus

EAS – Estabelecimento de Atenção à Saúde

GM – Gabinete Ministro

HMA – Hospital Metropolitano de Alagoas

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

NIR – Núcleo Interno de Regulação

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

RPA – Leitos de Recuperação Pós Anestésica

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SCNES - Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SEI – Sistema Eletrônico de Informação

SES/AL – Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SISREG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Porte cirurgias realizadas no centro cirúrgico do HMA – 2022

Lista de Figuras

Figura 1. Taxas de Ocupação das Salas Cirúrgicas HMA – 2022

Figura 2. Atendimentos Ambulatoriais realizados no HMA – 2022

Figura 3. Cirurgias realizadas pelo HMA em 2022.

Figura 4. Taxa de Mortalidade, Média de Permanência e Taxa de Ocupação do posto Clínica Médica/Cirurgia Geral do HMA em 2022.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2. Visão Geral do Objeto	8
3. Achados de Auditoria	10
3.1. <i>Achado 1: Atuação do hospital orientada pela disponibilidade do corpo técnico</i>	10
3.2. <i>Achado 2: Parque tecnológico insuficiente gerando fragilidades na resolutividade da assistência.</i>	12
3.3. <i>Achado 3: Fragilidades no gerenciamento de leitos e na regulação do acesso ao HMA</i>	15
3.4. <i>Achado 4: Fragilidades na gestão da assistência nas enfermarias.</i>	18
3.5. <i>Achado 5: Disfunções na utilização dos indicadores hospitalares como ferramenta de gestão de leitos.</i>	20
3.6. <i>Achado 6: Ausência de leitos de isolamento para internações clínicas e cirúrgicas.</i>	22
4. Conclusão	24

1. Introdução

1. Trata-se de relatório de auditoria, realizada pela Seção de Auditoria de Alagoas da Auditoria-Geral do SUS, do Ministério da Saúde, que teve por objetivo verificar a eficiência do Hospital Metropolitano de Alagoas (HMA), utilizando-se como base metodológica o Referencial Básico de Auditoria sobre Eficiência de Unidades Hospitalares (Versão 3.1) minutado pelo Tribunal de Contas da União – TCU. A ação de controle buscou identificar desperdícios que comprometam a entrega de valor à população e levantar boas práticas de gestão que mereçam ser replicadas por outras unidades, tendo por base a análise do exercício de 2022.

Problema

2. A avaliação da eficiência de Unidades Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte do Plano Anual de Atividades da Auditoria-Geral do SUS em parceria com o Tribunal de Contas da União, em razão de indícios de insustentabilidade e de elevados índices de ineficiência no sistema apontados pelo Banco Mundial (in Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017), especialmente nas unidades hospitalares de média e alta complexidade.

3. Em Alagoas, a unidade selecionada para ser objeto da atividade foi o Hospital Metropolitano de Alagoas por ter apresentado altas taxas de mortalidade e de permanência em leitos clínicos, bem como flutuação da taxa de ocupação no período analisado em comparação com os demais hospitais que realizam atendimentos pelo SUS no estado, segundo dados registrados nos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde.

4. Diante desse contexto, buscou-se compreender com mais detalhes os fatores que estavam contribuindo para a criticidade dos indicadores hospitalares da unidade em relação ao padrão estadual, visando a identificação de eventuais causas de desperdícios com potencial comprometimento da eficiência hospitalar e da entrega de valores para a sociedade.

Metodologia

5. A base metodológica utilizada nesta atividade é a versão 3 da minuta do Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais, publicado pelo TCU em agosto de 2022, para analisar a eficiência dos hospitais públicos, encontrado no sítio www.eficiencianasaude.org. O detalhamento da metodologia se encontra do Apêndice I deste relatório.

Questões de Auditoria

6. Para nortear o trabalho foram definidas as seguintes questões de auditoria:

QUESTÃO DE AUDITORIA 01 (QST-01): A gestão hospitalar do HMA adotou mecanismos para atuar em consonância com seu papel na Rede de Atenção à Saúde e cumpriu os compromissos e metas pactuados com o gestor para o período 2022?

QUESTÃO DE AUDITORIA 02 (QST-02): A gestão hospitalar do HMA dispôs de parque tecnológico e instrumentais suficientes para prestar atenção oportuna e efetiva aos pacientes, no período de 2022, nos termos fixados pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP?

QUESTÃO DE AUDITORIA 03 (QST-03): As ações do NIR (Núcleo Interno de Regulação) para o gerenciamento da ocupação e regulação do acesso aos leitos do HMA, no período de 2022, contemplaram atividades fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada no hospital e para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário, promovendo tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo, nos termos propostos na Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP?

QUESTÃO DE AUDITORIA 04 (QST-04): A gestão da assistência adotou mecanismos para assegurar a efetividade da atenção prestada aos pacientes pelo HMA, no período de 2022, nos termos fixados pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP?

QUESTÃO DE AUDITORIA 05 (QST-05): A padronização e monitoramento dos indicadores hospitalares, no período de 2022, foram utilizadas pela gestão do HMA como ferramentas de gestão para identificação de processos de trabalho/ áreas críticas e oportunidades de melhorias com potencial de impactar seu desempenho, de acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP?

QUESTÃO DE AUDITORIA 06 (QST-06): A estrutura física do Hospital Metropolitano de Alagoas contemplou espaços para leitos de isolamento em internações visando garantir a segurança do ambiente hospitalar, no período de 2022, nos termos fixados pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Anvisa nº 50/2002?

Limitações

7. Não foi possível correlacionar os dados registrados nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares do SUS com aqueles informados e disponibilizados pelo Hospital, especialmente relativos a produção realizada e não faturada.
8. Outra limitação importante diz respeito a ausência de sistema de regulação do acesso aos leitos de internação no estado de Alagoas, cuja operacionalização se dá por meio de grupo de aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp), sem geração de relatório para análise do processo de regulação.

2. Visão Geral do Objeto

Aspectos Gerais

9. O Hospital Metropolitano de Alagoas foi idealizado para ser uma referência em atendimento de média e alta complexidade em clínica médica e cirúrgica de diversas especialidades, com atendimento de urgência e emergência para todas as regiões de saúde de Alagoas, com a missão de diminuir grandes filas de esperas por atendimentos e cirurgias das mais diversas complexidades.
10. A área total do hospital é aproximadamente de 13.684 m², a estimativa de produção projetada para o estabelecimento era a realização de 1740 atendimentos no Centro Cirúrgico, 1960 atendimentos no Ambulatório e 6840 no Centro de Imagem, totalizando cerca de 10.540 atendimentos por mês.
11. No entanto, o Hospital foi inaugurado em 15/05/2020, equipado com 160 leitos, sendo 30 de UTI e 130 de enfermarias, para atender exclusivamente pacientes com Covid-19, em razão da pandemia.
12. Em agosto de 2021, o Hospital deixou de atender exclusivamente a casos de COVID e passou a atender a demanda referenciada de média e alta complexidade para os 102 municípios alagoanos, em diversas especialidades médicas e cirúrgicas, com ampliação de serviços e leitos de internação à população.
13. Está registrado no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES sob o n.º 136581, sendo classificado como Hospital Geral, sob gestão estadual, sendo unidade de referência para atendimento ambulatorial e internação, com atendimento de demanda espontânea (para os casos

de Acidente Vascular Cerebral) e referenciada.

14. O HMA ainda não tem seu perfil de atuação formalmente estabelecido dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), não estando inserido oficialmente na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do estado, além de não contar com Contrato de metas formalizado junto à gestão estadual de saúde.

Estrutura e serviços do HMA

15. O Hospital Metropolitano de Alagoas é um hospital de grande porte com capacidade operacional instalada de 189 leitos de internação, sendo 36 leitos de UTI adulto e o fluxo de atendimento majoritariamente por demanda referenciada.

16. A estrutura física do estabelecimento está distribuída em 04 pisos. O térreo comporta os serviços ambulatoriais (consultas especializadas e centro diagnóstico), além de espaços reservados para DayClinic ambulatorial e cirúrgico, Unidade de AVC e parte dos leitos de UTI geral; no primeiro andar estão situados o centro cirúrgico, os leitos de RPA e os demais leitos de UTI; o segundo andar é destinado aos serviços administrativos e de apoio, além da CME; já os terceiro e quarto andares concentram as enfermarias clínicas e cirúrgicas.

17. A síntese da distribuição de salas e leitos se encontra no Apêndice II.

18. O estabelecimento conta, ainda, com um Ambulatório de Especialidades Médicas que realiza diagnóstico e orientação terapêutica, cujo acesso é realizado via Sistema de Regulação SISREG, de acordo com cotas na agenda disponibilizada mensalmente à Central de Regulação Estadual (responsável pela conciliação das solicitações dos municípios), e também para assegurar o atendimento aos próprios pacientes (egressos) da instituição. A produção de consultas ambulatoriais por especialidade médica no exercício de 2022 foi consolidada no Apêndice III.

19. Dispõe, também, de Centro Diagnóstico para os pacientes da unidade, com oferta de atendimentos em nefrologia, laboratório e hemoterapia além de exames diagnósticos de média e alta complexidade, como endoscopia digestiva, colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiograma, eletrocardiograma e radiografia, cuja produção, em 2022, se encontra consolidada no Apêndice IV.

20. O perfil assistencial do hospital está sendo remodelado, com ampliação de especialidades médicas ambulatoriais e perspectiva de inclusão de cirurgias oftalmológicas e habilitação em AVC.

21. Em relação às cirurgias oftalmológicas, foi observado que estão sendo realizadas adequações na estrutura física para colocar em funcionamento tais serviços.

22. Quanto a unidade de AVC, foi observado que o hospital já presta atendimento aos pacientes, dispondo de 10 leitos de internação e 02 leitos para trombólise, tendo sido certificado pela Organização Mundial em AVC, por meio do Programa AVC dá Sinais.

23. No tocante ao corpo técnico assistencial, o hospital dispõe no total de 1431 profissionais, sendo 998 de atuação diversa (biomédicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros) e 433 médicos de diversas especialidades (carciologistas, nefrologistas, oftalmologistas, cirurgiões e outros). O Apêndice V demonstra a equipe multiprofissional informada pelo setor de faturamento do Hospital Metropolitano de Alagoas em maio de 2023, conforme cadastrados no CNES.

Organização administrativa e financeira

24. O estabelecimento não recebe repasse de recursos diretamente de ente Federal e não é unidade gestora, por isso não tem autonomia administrativa e financeira.

25. Os contratos de compra, manutenção e conserto de equipamentos, assim como a aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos são centralizados na SES/AL, sendo as compras realizadas pela Agência de Modernização do Estado (ANGESP), para atender às necessidades de toda a rede hospitalar estadual de saúde pública.

26. A contratação dos profissionais para compor a força de trabalho do estabelecimento também é feita pela SES/AL.

27. A produção do Hospital é enviada para o Ministério da Saúde pela Secretaria Estadual da Saúde (SES/AL), que é a mantenedora da unidade. Em 2022, a produção total aprovada foi de R\$ 6.544.603,94 (seis milhões e quinhentos e quarenta e quatro mil e seiscentos e três reais e noventa e quatro centavos).

28. A partir de junho de 2023, por meio da Portaria GM/MS Nº 829, de 12 de julho de 2023, o estado de Alagoas teve incorporado ao seu limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, o montante anual de R\$ 46.937.163,00 (quarenta e seis milhões, novecentos e trinta e sete mil, e cento e sessenta e três reais) destinado ao Hospital Metropolitano.

3. Achados de Auditoria

3.1. Achado 1: Atuação do hospital orientada pela disponibilidade do corpo técnico

29. A atuação do HMA é pautada pela disponibilidade do corpo técnico e não necessariamente correlacionada às necessidades epidemiológicas da região, em desacordo aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). A causa raiz está associada ao fato de o hospital não ter seu papel de atuação definido dentro da Rede de Atenção à Saúde do estado de Alagoas e pela ausência de metas quali-quantitativas para direcionamento da gestão hospitalar. O principal efeito observado é a demanda orientada pela oferta e não pela necessidade dos cidadãos e a não otimização da capacidade instalada, o que leva a desperdícios de recursos e aumento dos gargalos assistenciais.

Critério

30. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são o Eixo Estruturante – Contratualização insculpido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) - (Anexo XXIV, Capítulo III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); e as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS - (ANEXO 2 do Anexo XXIV, Capítulo V, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017).

Descrição da situação encontrada

31. O hospital não tem papel de atuação estabelecido na RAS.

32. A oferta de serviços do HMA é orientada pela disponibilidade de seu corpo técnico. Tal modelo de atuação é favorecido pela não formalização do papel do hospital na RAS e pela ausência de metas quali-quantitativas para direcionamento da gestão hospitalar.

33. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, MS).

34. O objetivo principal do desenho e estruturação das redes de atenção à saúde é superar a fragmentação da atenção e, assim, aperfeiçoar o funcionamento dos pontos de atenção com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.
35. Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços, a PNHOSP estabeleceu a obrigatoriedade da adoção de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores e os prestadores de serviço, contendo a definição clara de responsabilidades, objetivos de desempenho, critérios e instrumentos de acompanhamento, bem como avaliação de resultados, metas e indicadores definidos.
36. Sob o ponto de vista de planejamento estratégico, cabe à Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, enquanto protagonista do processo instituidor e organizador da Rede em sua região, a definição do papel do HMA na RAS estadual.
37. Desse modo, seria esperado que a SES/AL se articulasse com os complexos reguladores estadual e municipais para definir a missão assistencial do Hospital Metropolitano de Alagoas com fundamento no perfil epidemiológico da região, pautando a oferta de serviços do estabelecimento hospitalar de forma a evitar sobreposições de oferta e fragmentação de serviços que ocasionam gargalos assistenciais.
38. No entanto, observou-se que o HMA ainda não está oficialmente integrado à RUE, e não tem formalizado seu papel e perfil assistencial na RAS.
39. Tal situação é agravada pela ausência de contratualização entre a Gestão Estadual e o Hospital, não tendo sido estabelecidas as metas quali-quantitativas a serem executadas pelo estabelecimento de saúde, o que fragiliza a programação regular da oferta de serviços, assim como o monitoramento e avaliação do desempenho hospitalar, já que não se leva em consideração a capacidade instalada do estabelecimento para programação da oferta de serviços, mas sim a agenda interna do próprio hospital, especialmente no que se refere aos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, que são pautados pela disponibilidade de agenda de seu corpo clínico.
40. A programação da oferta dos atendimentos e procedimentos ambulatoriais (consultas especializadas e diagnósticos) disponibilizados no sistema de regulação estadual (SISREG) é realizada com base na disponibilidade individual de cada profissional, que informa os dias, horários e quantitativo de procedimentos/consultas a serem ofertados.
41. Os procedimentos cirúrgicos realizados no estabelecimento são, em sua maioria, eletivos; o paciente realiza consulta com cirurgiões e anestesista no ambulatório, que são os responsáveis pela triagem dos pacientes elegíveis para cirurgias no hospital e pela geração da agenda do centro cirúrgico.
42. Esse modelo de atenção à saúde estruturado no dimensionamento de serviços a partir da oferta interna do estabelecimento de saúde, além de não favorecer a otimização da capacidade instalada, se mostra insuficiente para o atendimento das demandas epidemiológicas regionais, contribuindo para o aumento dos gargalos assistenciais.

Propostas de encaminhamentos

À SES/AL

43. Definir e pactuar na CIB/AL o papel e perfil assistencial do Hospital Metropolitano de Alagoas na RAS estadual levando em consideração o perfil epidemiológico da região;
44. Firmar a contratualização do Hospital com a gestão estadual, fixando metas quali-quantitativas e

indicadores de desempenho a serem executadas e monitorados/avaliados pelo estabelecimento de saúde; e

45. Pactuar e ofertar ações e serviços disponibilizados no Hospital Metropolitano de Alagoas de forma regular e por meio de sistema oficial de regulação.

À Gestão do HMA

46. Estabelecer programação regular de oferta de serviços orientada pelas metas quali-quantitativas fixadas em contrato, visando atender às demandas assistenciais relacionadas; e

47. Manter interface direta com a Central de Regulação, ofertando à regulação os serviços ambulatoriais e hospitalares segundo a agenda institucional pactuada pela gestão e sua mantenedora.

Benefícios esperados

48. Contribuir para otimização da capacidade instalada do hospital e redução de desperdícios de recursos;

49. Contribuir para diminuição dos gargalos assistenciais na rede pelo atendimento das reais demandas da população, principalmente pela redução de filas de espera por procedimentos eletivos de média e alta complexidade.

3.2. Achado 2: Parque tecnológico insuficiente gerando fragilidades na resolutividade da assistência.

50. Os equipamentos e instrumentais existentes no HMA são insuficientes para prestar atenção oportuna e efetiva aos pacientes, em dissonância aos termos fixados pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). A causa raiz está atrelada à ausência de planejamento integrado entre a Mantenedora (SES/AL) e a gestão administrativa do HMA que contemple o levantamento das necessidades para dotar o estabelecimento de parque tecnológico e instrumentais compatíveis com as necessidades assistenciais dos pacientes atendidos no Hospital. O principal efeito observado é a subutilização das estruturas físicas da unidade e do corpo técnico especializado, levando a desperdício de recursos e baixa resolutividade da atenção, o que compromete a eficiência interna do hospital e a oferta da capacidade instalada para a rede.

Critério

51. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são o Eixo de Gestão Hospitalar insculpidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) - (Anexo XXIV, Capítulo III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); e as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS - (ANEXO 2 do Anexo XXIV, CAPÍTULO III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017).

Descrição da situação encontrada

52. O HMA não dispõe de parque tecnológico suficiente para atender às demandas assistenciais de seus pacientes. Essa situação tem relação com a ausência de planejamento que tenha por base o

levantamento das necessidades de equipamentos e instrumentais necessários à otimização do funcionamento do hospital e que seja feito de forma integrada entre a gestão administrativa do hospital e a gestão estadual de saúde.

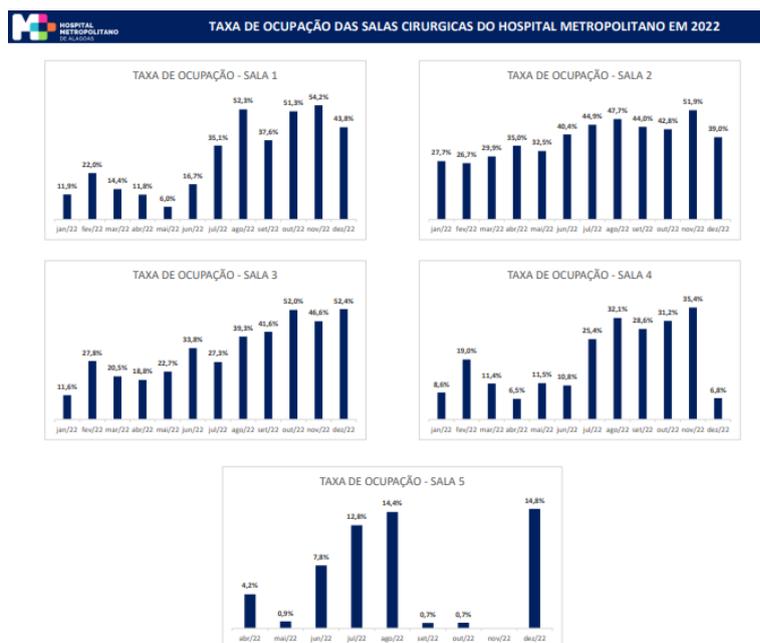
53. De acordo com informações obtidas em entrevistas junto à gestão e responsáveis técnicos assistenciais do Hospital, a unidade não dispõe de autonomia financeira para aquisição, manutenção e correção de seu parque tecnológico. As demandas relativas aos equipamentos e instrumentais são direcionadas à Mantenedora, que é responsável pelo processo de aquisição.

54. Com base na análise da documentação fornecida pelo auditado não foi possível visualizar a existência de um processo de planejamento que levante as necessidades do Hospital para dotá-lo de parque tecnológico compatível com seu perfil assistencial. A ausência desse planejamento pode estar ocasionando a insuficiência de equipamentos e instrumentais cirúrgicos que limitam a capacidade operacional do Estabelecimento.

55. O principal efeito decorrente da falta ou insuficiência dos equipamentos diz respeito à subutilização do corpo técnico especializado e de estruturas físicas estratégicas para a rede assistencial, como é o caso do centro cirúrgico.

56. O HMA dispõe de um amplo corpo técnico em diversas especialidades, especialmente médicos cirurgiões. Esses profissionais estão sendo destinados predominantemente à realização de atendimentos ambulatoriais e cirurgias de baixa complexidade, já que os equipamentos existentes no centro cirúrgico limitam a realização de procedimentos cirúrgicos de maior complexidade: das 1658 cirurgias realizadas nas salas do centro cirúrgico em 2022, 93,3% foram de Porte I, 6,3% de Porte II e 0,4% de Porte III. Tal situação pode ser visualizada nas Figuras 1 e 2 e Gráfico 3 abaixo, nos quais demonstram-se as baixas taxas de ocupação das salas do centro cirúrgico, baixas proporções de cirurgias Portes II e III e altas proporções de atendimentos ambulatoriais por médicos cirurgiões, que representaram aproximadamente 65% de todos os atendimentos ambulatoriais realizados no hospital no exercício 2022.

Figura 1. Taxas de Ocupação das Salas Cirúrgicas HMA – 2022



Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Figura 2. Atendimentos Ambulatoriais realizados no HMA - 2022

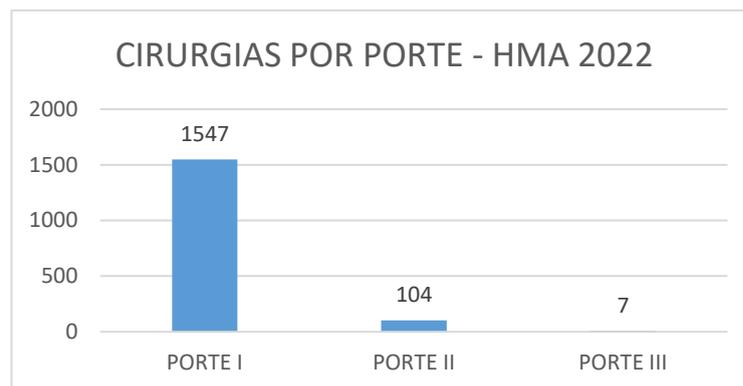
Atendimentos Realizados em Ambulatório – Mensal

ESPECIALIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total Geral	
Anestesista	70	63	59	61	77	68	182	264	353	193	234	175	1.799	
Cirurgia Geral	199	196	276	267	334	440	544	618	707	498	522	489	5.090	
Cirurgia Plástico	12	13	19	15	19	94	29	49	33	63	33	53	432	
Cirurgia Cabeça e Pescoço	-	-	-	-	-	94	126	184	175	109	104	96	888	
Cirurgião Plástico (AME-SE)	8	-	9	5	16	10	10	10	12	10	21	11	122	
Hematologia	8	18	20	11	9	15	20	36	42	44	29	35	287	
Infectologia	5	2	8	5	4	3	-	12	16	2	7	12	76	
Mastologia	26	20	24	24	35	21	29	50	21	25	31	10	316	
Neurocirurgia	16	14	20	12	29	27	36	39	58	41	61	42	395	
Neurologia	37	33	29	26	30	94	139	190	170	172	161	199	1.280	
Otorrinolaringologia	2	11	10	11	14	10	40	56	47	55	60	52	368	
UAVC	11	19	23	21	22	3	-	-	-	-	-	-	99	
Reumatologia	-	-	-	38	33	52	-	-	-	-	18	17	40	198
Geriatria	-	-	-	3	8	2	7	10	15	24	12	20	101	
Urologia	-	-	-	-	-	-	5	43	57	54	48	91	298	
Ortopedia	-	-	-	-	-	-	43	44	99	55	52	62	355	
Nefrologia	-	-	-	-	-	-	9	69	61	46	37	45	267	
Gastroenterologia	-	-	-	-	-	-	16	80	75	78	98	92	439	
Angiologia	-	-	-	-	-	-	-	52	68	66	79	67	332	
Proctologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	52	43	126	
	394	389	497	499	630	933	1.235	1.806	2.009	1.584	1.658	1.644	13.268	

Fonte: Censo Hospitalar Diário. Elaboração: Núcleo Interno de Regulação, Epidemiologia e Estatística Hospitalar/Hospital Metropolitano. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro/2022. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Gráfico 1. Porte cirurgias realizadas no centro cirúrgico do HMA – 2022



Fonte: Elaborado pela equipe, com base nas informações disponibilizadas pelo HMA.

57. Considerando o perfil de atendimento do HMA, os equipamentos indisponíveis no Parque Tecnológico que trazem maior criticidade para a resolutividade da assistência são os aparelhos de hemodinâmica e de Ressonância Nuclear Magnética (RNM). Em relação a esse último equipamento, chama atenção o fato da SES/AL ter sido beneficiada com recurso federal para aquisição de uma unidade de Aparelho de RNM destinado ao Hospital Metropolitano em 21/01/2020, entretanto até a data da visita ao estabelecimento o equipamento não foi identificado pela equipe de auditoria, tendo sido confirmado pela gestão que o hospital não dispõe de aparelho de RNM em seu parque tecnológico.

58. Assim, a insuficiência de equipamentos e instrumentais no parque tecnológico do HMA pode estar contribuindo para a subutilização de profissionais especializados e da capacidade instalada no estabelecimento, o que pode levar a ociosidade operacional, baixa resolutividade da atenção e desperdício de recursos, impactando negativamente na eficiência hospitalar.

Propostas de encaminhamentos

À SES/AL

59. Realizar planejamento integrado entre a SES/AL e o HMA visando maximizar a utilização da estrutura física instalada no estabelecimento;
60. Dotar o Hospital de equipamentos e instrumentais suficientes para viabilizar a utilização de toda a estrutura física instalada;
61. Adequar a força de trabalho especializada disponível no estabelecimento de acordo com o perfil de atendimento e serviços ofertados no hospital.

À Gestão do HMA

62. Realizar planejamento integrado entre a SES/AL e o HMA tendo por base as necessidades assistenciais inerentes ao perfil de pacientes atendidos pelo estabelecimento;
63. Adotar providências para, em conjunto com a SES/AL, adequar a força de trabalho especializada disponível no estabelecimento de acordo com o perfil de atendimento e serviços ofertados no hospital.

Benefícios esperados

64. Garantir maior resolutividade na assistência prestada aos pacientes;
65. Reduzir desperdício de recursos;
66. Contribuir para redução de filas de espera por procedimentos eletivos na rede estadual.

3.3. Achado 3: Fragilidades no gerenciamento de leitos e na regulação do acesso ao HMA

67. Existem fragilidades no gerenciamento dos leitos e na regulação do acesso assistencial ao HMA, sobretudo ligadas à gestão da ocupação e do acesso aos leitos de internação, em dissonância aos princípios estabelecidos na PNHOSP. A causa raiz está atrelada ao fato do Hospital não dispor de sistema informatizado para gerenciamento de leitos em tempo real e à prática do NIR de utilizar dados inconsistentes e comunicação informal para gerenciamento da ocupação dos leitos, bem como de alocar pacientes em recursos que não atendem às suas necessidades assistenciais. O principal efeito observado é a não otimização da capacidade instalada, com restrição de oferta de leitos operacionais vagos à rede, assim como altas taxas de permanência de internações, especialmente em leitos de enfermaria cardíaca, em razão da espera dos pacientes para realizar procedimentos não disponibilizados no hospital, o que pode trazer riscos à segurança do paciente.

Critério

68. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são o Capítulo 4 do Manual de Implantação e Implementação do NIR, Versão Digital, Ministério da Saúde, 2017; os Eixos Estruturantes insculpidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Anexo XXIV, Capítulo III da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); e as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS - (ANEXO 2 do Anexo XXIV, Capítulo III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017).

Descrição da situação encontrada

Práticas de gerenciamento da ocupação dos leitos de internação

69. O Hospital não dispõe de sistema para gerenciamento de leitos. A gestão da ocupação dos leitos é realizada pelo NIR a partir da alimentação de planilhas eletrônicas com dados fornecidos pelos serviços e postos de internação por meio do Censo Hospitalar e de comunicações diretas (pessoalmente ou por aplicativo de mensagens instantâneas), sem geração de relatórios. Inconsistências nos dados utilizados para gerenciamento da ocupação dos leitos e a prática utilizada para conferência da ocupação não se mostraram suficientes para garantir o controle efetivo do NIR sobre a real ocupação hospitalar.

70. De acordo com o Item 5 - Rotina do NIR, contido no Manual de Implantação do NIR - 2017, por ser um setor estratégico para otimização da capacidade instalada do hospital, é esperado que o NIR adote práticas e rotinas para controle total sobre os leitos do hospital, baseado em dados fidedignos e confiáveis, visando a otimização da capacidade instalada.

71. A rotina do gerenciamento dos leitos realizada pelo NIR consiste na alimentação de planilhas eletrônicas a partir da recepção de dados disponíveis nos censos hospitalares produzidos pelos serviços e postos de internação e de comunicações diretas (pessoalmente ou por aplicativo de mensagens instantâneas), as quais são consolidadas para subsidiar a utilização da capacidade operacional.

72. A análise dos censos hospitalares de 2022 evidenciou que os dados registrados não permitem a verificação do caminho percorrido pelo paciente durante a internação em sua totalidade, desde a admissão até a alta hospitalar, o que pode estar fragilizando a gestão dos leitos. A título de exemplo, foram observadas situações de pacientes que foram internados em determinados leitos de enfermarias e receberam alta em enfermarias e leitos diversos, sem que as transferências intra-hospitalares tenham sido registradas.

73. Ademais, a informalidade no processo de comunicação utilizado para conferência e atualização da ocupação informada nos censos hospitalares, que é realizado de forma pessoal ou por meio de WhatsApp, restringe o controle efetivo do NIR sobre a ocupação hospitalar.

74. O gerenciamento do NIR não capta em tempo real a ocupação dos leitos, o que pode estar relacionado à sua atuação passiva de recepção de dados inconsistentes oriundos dos serviços e postos de internação, tendo como possível efeito a redução na oferta de leitos para as centrais de regulação.

75. Tal situação foi verificada durante a fase in loco, quando foi observado que as quantidades de leitos operacionais vagos existentes no estabelecimento eram maiores do que as vagas disponibilizadas à rede e também divergentes do mapa de ocupação disponível no NIR, que estava computando como ocupados, no período da tarde, leitos cirúrgicos reservados para pacientes que tiveram seus procedimentos cancelados no período da manhã, o que demonstra que a prática adotada pelo NIR para gerenciar os leitos não reflete a realidade do hospital, com potencial impacto na rede ante a evidenciação em prontuários de pacientes referenciados para o HMA que ficaram internados em UPA (registros de espera de até seis dias) enquanto aguardavam a liberação de leitos de internação hospitalar.

Regulação do acesso aos leitos de enfermaria clínica

76. O acesso ao HMA é realizado de forma regulada, tanto para atendimentos e procedimentos ambulatoriais quanto para internações clínicas e cirúrgicas. Entretanto a gestão do acesso aos leitos de internação clínica não alinha as necessidades do paciente aos recursos disponíveis e à capacidade instalada no hospital, o que se agrava pela não realização de reuniões clínicas (rounds) multidisciplinares diárias para monitorar os casos que demandam transferência para fora do hospital ou recursos diagnósticos/terapêuticos não disponíveis na instituição.

77. O acesso aos atendimentos e procedimentos ambulatoriais se dá por meio da disponibilização

de vagas no SISREG, de acordo com a agenda dos profissionais. Já o acesso aos leitos de internações clínicas pode ocorrer de quatro formas: a) oriundo de intercorrências em atendimentos ambulatoriais, b) disponibilização de vagas à Regulação Estadual (diariamente, via grupo de WhatsApp), c) atendimento de solicitação de vaga de forma direta entre os Núcleos de Regulação Interna de hospitais e d) atendimento de demanda oriunda do aplicativo Join, específico para tratamento de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O acesso aos leitos cirúrgicos não é ofertado diretamente à Regulação Estadual, estando restrito ao atendimento das demandas do ambulatório do próprio hospital, com a regulação do acesso realizada de forma interna pelo NIR.

78. O hospital dispõe de 189 leitos para internações, sendo 111 destinados a internações clínicas, 30 para internações cirúrgicas, 12 para tratamento de AVC e 36 de UTI. Do total dos leitos clínicos, 68 são destinados a internações clínicas gerais, 33 para enfermaria clínica cardíaca e 10 para enfermaria COVID-19. Quanto aos leitos cirúrgicos, 20 leitos são destinados a cirurgias gerais e 10 leitos destinados a neurocirurgias.

79. De acordo com a produção hospitalar do período de 2022, as internações clínicas foram as que apresentaram as maiores taxas de permanência, principalmente as relacionadas a procedimentos cardíacos, que tiveram uma média de permanência de 13,17 dias.

80. Na fase de execução da auditoria foi observado que a alta taxa de permanência das internações clínicas cardíacas está diretamente associada à espera dos pacientes para realização de procedimentos não disponíveis no hospital, sejam eles procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos.

81. Nas diversas entrevistas realizadas pela equipe de auditoria com pacientes internados, responsáveis pelo setor de enfermaria, governança e NIR, foi relatado que as principais causas que contribuem para a longa permanência dos pacientes em leitos clínicos cardíacos dizem respeito à espera para realização de procedimentos cirúrgicos e hemodinâmicos, tais como cateterismo e angioplastias, não disponíveis no próprio hospital.

82. A análise de prontuários reforça a informação acima retratada, quando se identifica que houve pacientes que já ingressaram na unidade com indicações para realização de procedimentos cardiovasculares diagnósticos e/ou terapêuticos (incluindo as cirurgias) não disponíveis no hospital, tornando os leitos clínicos cardíacos locais de espera para realização de procedimentos indicados em outros pontos da rede. Identificou-se que pacientes em condições de alta ficam mantidos internados para garantir a marcação e realização do procedimento de forma prioritária na rede, visto que a partir do momento que recebem alta, os pacientes deixam de ser visíveis para a regulação.

83. Essa situação é agravada pelo fato de o Hospital não estar integrado à RAS, bem como pela ausência de pactuação de pontos de referência e contrarreferência e ainda pelo não estabelecimento de cotas na rede pública ou suplementar para execução de procedimentos não disponíveis no Hospital.

84. Em função disso, a marcação de procedimentos não disponíveis no hospital vem sendo feita de duas formas: para procedimentos disponíveis em pontos da rede pública ou de forma contratualizada na rede complementar, o NIR do hospital solicita o agendamento junto aos estabelecimentos de saúde correlatos; já quando se trata de procedimento não disponível na rede pública e não contratualizado na rede complementar, o NIR encaminha a solicitação para a SES/AL, que abre processo para autorizar a execução do procedimento na Rede privada. Enquanto isso, o paciente fica aguardando em leito à espera da realização do procedimento.

85. Como não há formalização de fluxos e cotas para o encaminhamento dos pacientes, a realização dos procedimentos eletivos fora do Hospital fica dependente da comunicação direta entre o NIR e os setores de agendamento dos outros pontos da rede, não havendo previsibilidade de prazo para a realização dos procedimentos, interferindo na gestão dos leitos e impactando na taxa de permanência

das internações clínicas. Há registros de pacientes que estavam aguardando a realização de procedimentos (angioplastia, revascularização miocárdica e ressonância magnética) por mais de 76 dias.

86. Considerando que a regulação do acesso significa selecionar e alocar corretamente o paciente no recurso hospitalar que contemple as suas necessidades, incluindo a estrutura de internação hospitalar, ambulatorial de especialidades médicas e a complexidade tecnológica disponível no hospital, a prática do hospital de alocar o paciente em leito que não contemple a sua necessidade pode ser considerada uma das causas de ineficiência do uso da capacidade instalada, com potencial risco a segurança dos pacientes: pacientes cardíacos que são internados em leitos de enfermaria que não contemplam o suporte profissional e de recursos diagnósticos e terapêuticos de que necessitam consomem o recurso hospitalar sem resolver o problema de saúde do usuário, podendo inclusive agravar a situação do paciente.

Propostas de encaminhamentos

À SES/AL

87. Adotar sistema de regulação para regular o acesso aos leitos e serviços ofertados no Hospital Metropolitano de Alagoas, mantendo estreita interface com os Núcleos Internos de Regulação; e

88. Pactuar a oferta dos serviços ambulatoriais e hospitalares a serem regulados para o Hospital Metropolitano de Alagoas.

À Gestão do HMA

89. Estabelecer mecanismos para assegurar a comunicação efetiva e a fidedignidade dos dados utilizados para o gerenciamento dos leitos de internação;

90. Definir claramente a estrutura de assistência do Hospital e suas limitações (capacidade instalada);

91. Definir os critérios de elegibilidade para internação e transferência externa, levando em consideração a capacidade operacional da unidade; e

92. Manter comunicação formal e direta com a Central de Regulação estadual para regulação do acesso aos leitos hospitalares.

Benefícios esperados

93. Evitar desperdícios de recursos e otimizar a utilização da estrutura assistencial do estabelecimento, com diminuição dos gargalos assistenciais na rede e redução de fila de espera; e

94. Maior resolutividade assistencial na unidade de internação clínica e aumento do nível de eficiência do hospital.

3.4. Achado 4: Fragilidades na gestão da assistência nas enfermarias.

95. Existem fragilidades na gestão da assistência prestada aos pacientes internados nas Enfermarias do HMA, especialmente ligadas à gestão da clínica e comunicação efetiva entre as equipes que prestam assistência aos pacientes, em dissonância às diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção

Hospitalar (PNHOSP). A causa raiz está atrelada ao fato de o hospital não adotar Prontuário Único, associado à não uniformização de condutas através de Protocolos Clínicos. O principal efeito observado é a alta taxa de permanência, que aumenta os riscos de ocorrência de eventos adversos e de comprometimento da segurança do paciente, além do baixo giro de leitos clínicos, que comprometem a eficiência interna do hospital e a oferta da capacidade instalada para a rede.

Critério

96. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são a definição de prontuário médico contida na Resolução CFM nº 1.638/2002; os Eixos Estruturantes insculpidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Anexo XXIV, Capítulo III da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017); e as Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS - (ANEXO 2 do Anexo XXIV, Capítulo III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017).

Descrição da situação encontrada

97. O HMA não adota prontuário único e não há uniformização de condutas baseadas em protocolos clínicos assistenciais nas enfermarias.

98. Segundo Mendes (2011), a gestão da clínica nos serviços de saúde tem a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde. Dentre as ferramentas para a gestão da clínica, são fundamentais as Diretrizes Clínicas, formalizadas por meio de protocolos clínicos, assim como a gestão das condições de saúde (gestão da patologia) e a gestão de caso.

99. O mapeamento de fluxos e processos assistenciais com a padronização de procedimentos, desde a admissão até a alta do paciente, são necessários para conferir maior eficiência e qualidade à assistência. Para que a equipe possa prestar um atendimento mais qualificado ao paciente, é primordial conhecer todos os processos envolvidos na assistência, formalizados por meio de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados, a fim de utilizar os recursos e tecnologias disponíveis de forma racional e eficaz, minimizando os riscos de eventos adversos e complicações para o paciente e contribuindo para aumentar a eficiência interna hospitalar.

100. Na fase de execução da auditoria foi observado que não são disponibilizados às equipes multiprofissionais do hospital, em locais de fácil acesso para consulta, os Fluxos assistenciais e Protocolos clínicos. Os protocolos formalizados se encontram arquivados em Drive do Setor da Qualidade da Gestão, com acesso restrito mediante uso de senha pessoal.

101. Em entrevistas realizadas pela equipe de auditoria com a direção do hospital e responsáveis pelos setores de enfermaria, foi informado que o hospital não adota prontuário único nem conta com sistema para gerenciamento das informações relativas a todo processo de assistência prestada ao paciente.

102. Já as entrevistas realizadas com os pacientes internados nas Enfermarias Clínicas revelaram a ocorrência de complicações durante as internações de longa permanência, tais como escara (lesão por pressão), hemorragia, infecção hospitalar e trombose, levando ao agravamento do quadro clínico.

103. O Prontuário Único auxilia a assistência ao paciente e permite uma melhor comunicação entre a equipe e profissionais envolvidos no atendimento ao paciente. A ferramenta reduz os riscos de perdas das informações e permite o registro de todo itinerário terapêutico do paciente, incluindo os atendimentos ambulatoriais e as internações, sendo essencial para a garantia da continuidade do

tratamento do paciente. Para isso, é importante a consistência nos registros e compartilhamento de informações, no sentido de que a comunicação entre as equipes ocorra de forma fluída e em tempo real.

104. A análise dos prontuários evidenciou que os registros dos atendimentos são feitos de forma fragmentada, com a existência de prontuários distintos para o registro de atendimentos ambulatorial e hospitalar de um mesmo paciente, por vezes dificultando a continuidade da assistência prestada pelos profissionais. Foi observada que não há uniformização de condutas e que, em algumas situações, os profissionais não têm pleno acesso a todas as informações relativas aos atendimentos realizados em plantões anteriores, o que pode prejudicar a tomada de decisões, causando insegurança ao paciente e ao profissional. Observou-se também ausência de planos terapêuticos elaborados pelas equipes e de gestão da alta hospitalar responsável por meio do contrarreferenciamento do paciente para continuidade do tratamento na Atenção Primária à Saúde.

105. Considerando que o modelo de atenção hospitalar deverá ser estruturado de forma que contemple um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, incluindo Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos para garantir intervenções seguras e resolutivas e evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, bem como plano terapêutico elaborado de forma conjunta pelas equipes e registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional, a adoção de processos assistenciais não padronizados e registros fragmentados de informações dos atendimentos são fatores que podem fragilizar a gestão da clínica e comprometer a resolutividade da assistência, com potencial de impactar a eficiência interna do hospital, ao aumentar o tempo de permanência e o uso de recursos e tecnologias impondo custos adicionais ao estabelecimento.

Propostas de encaminhamentos

À Gestão do HMA

106. Adotar mecanismos para garantir que todas as informações relativas aos atendimentos assistenciais prestados pelo Hospital sejam registradas em Prontuário Único do Paciente e estejam disponíveis para uso das equipes assistenciais; e

107. Implantar e implementar junto às equipes assistenciais protocolos clínicos e fluxos assistenciais a fim de uniformizar condutas relativas às patologias tratadas no hospital.

Benefícios esperados

108. Contribuir para promover tratamento mais seguro, eficaz e resolutivo aos pacientes; e

109. Evitar desperdícios de recursos.

3.5. Achado 5: Disfunções na utilização dos indicadores hospitalares como ferramenta de gestão de leitos.

110. Os processos e atividades críticas não estão visíveis à gestão hospitalar, especialmente no que diz respeito aos leitos de internação clínica e cirúrgica. A causa raiz está associada à mensuração dos indicadores hospitalares por unidade de internação sem segmentar os leitos clínicos dos leitos cirúrgicos, o que distorce o resultado do desempenho hospitalar e inviabiliza a tomada de decisão para melhorias no processo de gerenciamento para a otimização da capacidade instalada.

Critério

111. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS insculpidas no ANEXO 2 do Anexo XXIV, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017; Portaria MS nº 312/2002 (padronização da nomenclatura e definição de leitos); e o Capítulo 4.3 – Monitoramento, do Manual de Implantação e Implementação do NIR, Versão Digital, Ministério da Saúde, 2017.

Descrição da situação encontrada

112. O HMA mensura os indicadores hospitalares de forma geral, sem distinguir leitos clínicos de cirúrgicos.

113. De acordo com o Manual do NIR/MS, a principal função dos indicadores hospitalares é a mensuração do desempenho real do estabelecimento, identificando áreas com oportunidades de melhoria. Para tanto, a PNHOSP determina o monitoramento dos seguintes indicadores: taxa de ocupação de leitos; tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e taxa de mortalidade institucional.

114. O Hospital padronizou a mensuração de indicadores hospitalares tendo por base o censo de leitos hospitalares, conforme determina a Portaria MS nº 312/2002. O NIR é o responsável pela mensuração e monitoramento dos indicadores hospitalares no HMA, disponibilizando informações sobre o desempenho da unidade de duas formas: geral ou por unidade de internação.

115. O Hospital organiza seus leitos em 6 Unidades de Internação/Postos, quais sejam: Posto 1, com leitos de clínica médica e cirurgia; Posto 2, unicamente com leitos de clínica médica; Posto 3, unicamente leitos de cardiologia clínica; Posto 4, com leitos de neurocirurgia e de clínica médica; UAVC; e UTI.

116. Segundo relatório disponibilizado pelo estabelecimento, se avaliado de forma geral, a taxa de ocupação média no ano 2022 foi de 75,2%, a de permanência foi 12,6 dias e a de mortalidade institucional foi 18,7%, conforme Figura 1 do Apêndice VI.

117. Já a análise dos indicadores por unidade de internação evidencia que as maiores taxas de ocupação e de média de permanência estão relacionadas aos leitos cardíacos que tiveram uma taxa de ocupação média de 82,5% (variando de 55% em janeiro a 94% em novembro) e média de permanência 13,2 dias (variando de 6,7 em janeiro a 16,9 em novembro e dezembro), enquanto a maior taxa de mortalidade se concentra nos leitos de UTI, cuja taxa média foi de 43,4% conforme indicadores hospitalares, conforme figuras 2, 3 e 4 do Apêndice VI.

118. Observa-se que as unidades de internação com maiores taxas de ocupação são aquelas relacionadas aos leitos de cardiologia, UTI e clínica médica. As maiores médias de permanência por unidade estão relacionadas aos leitos de cardiologia, neurocirurgia/clínica médica e clínica médica.

119. Na fase in loco, através da observação direta realizada no dia 23/05/2023, foi verificado que 90% dos 20 leitos de cirurgia geral localizados no Posto 1 estavam desocupados. Da mesma forma, foi observado que 40% dos 10 leitos de neurocirurgia localizados no Posto 4 estavam desocupados, com a ressalva de que os leitos ocupados estavam com pacientes clínicos e não cirúrgicos.

120. A baixa ocupação dos leitos de cirurgia geral pode ser explicada pela baixa produção do centro cirúrgico, associada ao perfil de procedimentos cirúrgicos realizados no hospital, que são predominantemente de pequena e média complexidade, de forma que 82% dos procedimentos

cirúrgicos registrados no SIH no período auditado têm permanência de até 1 dia, bem como pela não disponibilização desses leitos à regulação estadual, os quais são destinados exclusivamente ao atendimento da demanda interna do centro cirúrgico.

121. Chama a atenção o fato de o Hospital dispor de 10 leitos de internações neurocirúrgicas, embora, no ano de 2022, a produção em neurocirurgia tenha sido de 17 procedimentos e que desses, 6 fizeram uso do Day-Clinic Cirúrgico e não precisaram de internação.

122. No entanto, como os indicadores são mensurados de forma geral ou por unidade de internação, e que há conjugação de leitos clínicos e cirúrgicos em uma mesma unidade de internação, a ociosidade dos leitos cirúrgicos não é passível de visualização pela gestão por meio do monitoramento dos indicadores.

123. Além disso, essa prática pode causar distorção na mensuração do desempenho real do estabelecimento, isto porque a junção dos leitos numa mesma análise sem especificação dos tipos de leito dilui a variação dos dados e oculta as discrepâncias que ocorrem entre eles.

124. Tal distorção pode ser visualizada nas Figuras 5 e 6 do Apendice VI, onde se observa que o aumento da produção cirúrgica registrado a partir do 2º semestre de 2022 impactou diretamente nos indicadores do Posto 1 (leitos de clínica médica e cirurgia geral), com redução da mortalidade, da média de permanência e da taxa de ocupação.

125. Assim, fica evidenciado que a mensuração dos indicadores hospitalares de forma global sem estratificação por tipo de leito, consolidando num mesmo indicador leitos clínicos e cirúrgicos, pode estar enviesando a interpretação dos indicadores hospitalares, deixando de visualizar leitos ociosos que contribuem para o desperdício de recursos e fragilizando o processo de tomada de decisões pela gestão para otimizar a capacidade instalada do hospital.

Propostas de encaminhamentos

À Gestão do HMA

126. Mensurar os indicadores hospitalares por tipo de leito, segmentando leitos clínicos e cirúrgicos.

Benefícios esperados

127. Identificar áreas críticas que necessitam de tratamento com base em dados confiáveis; e

128. Subsidiar a gestão com informações específicas e detalhadas do desempenho real do estabelecimento para tomada de decisão.

3.6. Achado 6: Ausência de leitos de isolamento para internações clínicas e cirúrgicas.

129. O hospital não dispõe de leitos de isolamento para internações clínicas e cirúrgicas para pacientes infectados por doenças contagiosas ou que requerem precauções especiais, em desacordo aos princípios estabelecidos na RDC Anvisa nº 50/2002. A causa raiz está associada ao fato de o hospital destinar os espaços reservados a esse tipo de leito para uso como locais de descanso e repouso de profissionais. O principal efeito observado é a não otimização da capacidade instalada e o aumento do risco de ocorrência de eventos adversos, comprometendo a segurança do ambiente hospitalar, especialmente quanto ao risco de doenças infectocontagiosas.

Critério

130. As principais referências utilizadas como critério nesse achado são conceituações básicas e as definições relativas aos ambientes do EAS por unidade funcional estabelecidas na RDC Anvisa nº 50/2002; e as Diretrizes e o Eixo Estruturante insculpidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) - (Anexo XXIV, Capítulos II e III, da Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017).

Descrição da situação encontrada

131. O HMA não disponibiliza leitos de isolamento para as internações em enfermarias clínicas e cirúrgicas.

132. A estrutura física da unidade foi projetada para ser um hospital geral com caráter de atendimento de urgência e emergência.

133. No entanto, por não realizar esse tipo de atendimento, a estrutura do hospital foi remodelada para atender ao novo perfil assistencial da unidade: caráter eletivo, com atendimento cirúrgico, ambulatorial em diversas especialidades e internações clínicas e cirúrgicas.

134. O andar “térreo” da edificação foi o espaço que mais foi remodelado, com destaque para a substituição dos locais destinados originalmente à área amarela pela unidade de AVC (UAVC); da área verde pediátrica pelos leitos de Day-Clinic Cirúrgico (com 7 leitos); da observação feminina/masculina pelo Day-Clinic Ambulatorial (com 6 leitos e 8 poltronas); da área vermelha por leitos de UTI geral (com 6 leitos); além da ampliação do número de consultórios médicos, que passaram de 4 para 7.

135. Nos demais setores, as alterações foram majoritariamente organizacionais, permanecendo o Centro Cirúrgico (com 5 salas) e os leitos de Recuperação Pós-Anestésica (10 leitos) localizados no 1º andar, juntamente com os demais leitos de UTI geral (30 leitos).

136. Nas enfermarias de internação localizadas no 3º e 4º andar, a organização se deu com base nos leitos distribuídos por posto de internação: os leitos clínicos gerais e cirúrgicos estão contidos nas enfermarias do “Posto de internação 1” do 3º andar; os leitos cardíacos se localizam nas enfermarias do “Posto de internação 2” do 3º andar; os leitos clínicos gerais e neurocirúrgicos estão localizados no “Posto de internação 1” do 4º andar e, por fim, os demais leitos clínicos gerais e os destinados a COVID-19 estão localizados no “Posto de internação 2” do 4º andar.

137. Analisando a Planta Baixa original do Hospital Metropolitano de Alagoas, observa-se que foram projetados 16 leitos de isolamento para o estabelecimento.

138. Entretanto, conciliando a estrutura planejada com a existente, observa-se que o hospital conta atualmente com 5 leitos de isolamento em funcionamento, localizados dentro das UTIs. Os espaços previstos na planta original do hospital para outros 11 leitos de isolamento localizados nos setores Day-Clinic cirúrgico (1 leito), Day-Clinic ambulatorial (2 leitos) e Postos de Internação 2 do 3º e 4º andar (com 4 leitos cada), foram destinados para o repouso/descanso dos profissionais.

139. Tal substituição resultou na não disponibilização de leitos de isolamento para as enfermarias de internações clínicas e cirúrgicas.

140. Quando há necessidade de isolamento de paciente em internações clínicas/cirúrgicas, as enfermarias com menor número de leitos são bloqueadas para alocar o paciente sozinho; se essas enfermarias estiverem ocupadas, os pacientes nesses leitos são redistribuídos para outra enfermaria.

141. Os leitos de isolamento hospitalar são projetados para fornecer um ambiente seguro e controlado para pacientes que estão infectados por doenças contagiosas ou que requerem precauções especiais, como os imunossuprimidos.

142. A RDC Anvisa nº 50/2002 estabelece que a cada 30 leitos (ou fração) de internação adulto deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento. Esta regulamentação recomenda que esses leitos contenham barreiras físicas para os separar dos demais espaços do hospital, visando a diminuição do risco de transmissão de doenças infecciosas para outros pacientes e profissionais.

143. Saliente-se que os espaços projetados originalmente para receber leitos de isolamento, especialmente aqueles localizados nos postos de internação, estão separados fisicamente dos demais leitos de internação por porta dupla e antecâmara, atendendo às recomendações da RDC Anvisa nº 50/2002.

144. Assim, observou-se que, além de diminuir a capacidade operacional do estabelecimento e não atender à previsão contida na RDC Anvisa nº 50/2002, a substituição de leitos de isolamento por locais para descanso e repouso de profissionais, assim como a alocação de pacientes com necessidades de isolamento em enfermarias comuns podem se mostrar como medidas não efetivas para o controle do ambiente hospitalar, aumentando os riscos de eventos adversos para os pacientes e profissionais de saúde.

Propostas de encaminhamentos

À Gestão do HMA

145. Garantir o quantitativo mínimo de leitos de isolamento para unidades de internação conforme estabelecido na RDC Anvisa nº 50/2002, qual seja: 1 leito de isolamento para cada 30 leitos (ou fração) de internação adulto.

Benefícios esperados

146. Proporcionar ambiente seguro aos pacientes e profissionais; e

147. Contribuir para a otimização da capacidade instalada do hospital.

4. Conclusão

148. Com base na visão geral sobre o objeto, percebeu-se o HMA não tinha seu papel definido na rede de atenção à saúde estadual e não tinha contratualização estabelecendo objetivos e metas de atuação, o que traz dificuldades para a avaliação regular do desempenho da unidade e para o direcionamento da gestão hospitalar visando a satisfação do usuário do serviço. Percebeu-se também um descolamento entre a capacidade instalada e a produção hospitalar registrada, sugerindo ociosidade operacional. Sob o aspecto assistencial, altas taxas de permanência e de mortalidade institucional indicaram uma baixa resolutividade da assistência prestada aos pacientes.

149. Aprofundando-se a análise das informações levantadas sobre o objeto da atividade, chegou-se aos achados da auditoria, sendo o primeiro relativo a atuação do hospital pautada pela disponibilidade do corpo técnico. O principal efeito observado foi a demanda orientada pela oferta e não pelas necessidades do cidadão, gerando ociosidade operacional e desperdício de recursos. Tal situação prejudicou a produtividade do hospital e implicou ameaças à qualidade e segurança dos pacientes que acessaram os serviços da unidade, além de não ter contribuído para diminuição dos gargalos assistenciais.

150. O segundo achado revelou o parque tecnológico insuficiente para a prestação de serviço

oportuno e eficiente aos pacientes do hospital, acarretando a subutilização das estruturas físicas e do corpo técnico especializado da unidade. Tal situação está intrinsecamente relacionada à falta de planejamento integrado entre a administração do hospital e sua mantenedora, como se observou no contexto da aquisição de aparelho de RNM com recursos federais destinado a equipar o HMA, sem que o mesmo tenha sido instalado na unidade, a despeito do registro de longos períodos de espera de pacientes internados no estabelecimento para realização do exame em outros pontos da rede, sendo essa uma das principais causas apontadas pela equipe do hospital para as altas taxas de permanência em leitos clínicos.

151. O terceiro achado apontou fragilidades no gerenciamento de leitos e na regulação do acesso ao HMA, sobretudo relacionadas à gestão da ocupação e do acesso aos leitos de internação. O gerenciamento dos leitos feito pelo NIR não se revelou capaz de captar a ocupação dos leitos em tempo real, tendo como consequência direta a diminuição da oferta de leitos operacionais vagos à regulação estadual. No que tange à regulação do acesso, não houve alinhamento entre as necessidades assistenciais do paciente e os recursos disponíveis no hospital, sendo este mais um fator que contribuiu diretamente para as internações com longa permanência, além de comprometer a resolutividade da atenção prestada ao paciente.

152. O quarto achado está relacionado a fragilidades na gestão da assistência nas enfermarias clínicas, especialmente ligadas à gestão da clínica e à comunicação entre as equipes assistenciais, decorrentes da não adoção de prontuário único associada à não uniformização de condutas fundamentadas em protocolos clínicos, que podem ter contribuído para altas taxas de permanência e para o aumento do risco de eventos adversos.

153. O quinto achado diz respeito a disfunções na utilização dos indicadores hospitalares como ferramenta de gestão de leitos. Os indicadores não foram mensurados com segmentação entre os leitos clínicos e cirúrgicos. Tal prática distorceu o resultado do desempenho hospitalar e não possibilitou a visualização de processos e atividades críticas que carecem de tratamento por parte da gestão, visando melhorar o desempenho e aumentar a eficiência da unidade.

154. Por fim, apontou-se a ausência de leitos de isolamento para internações clínicas e cirúrgicas decorrentes da reorganização da destinação dos espaços físicos do estabelecimento, transformando os espaços planejados como quartos de isolamento nas enfermarias clínicas e cirúrgicas para funcionar como locais de descanso e repouso dos profissionais. Tal mudança, além de não otimizar a capacidade instalada do hospital, comprometeu a segurança do ambiente hospitalar e aumentou o risco de eventos adversos, sobretudo relacionados à transmissão de doenças infectocontagiosas.

155. Pelo exposto, conclui-se que: a) a gestão hospitalar do HMA não adotou mecanismos para atuar em consonância com seu papel na Rede de Atenção à Saúde, por não ter seu papel de atuação formalmente definido pela gestão estadual, assim como pela ausência de compromissos e metas pactuados com o gestor para direcionamento da sua atuação; b) a gestão hospitalar do HMA não dispôs de parque tecnológico e instrumentais suficientes para prestar atenção oportuna e efetiva aos pacientes; c) as ações do NIR para gerenciamento da ocupação e regulação do acesso aos leitos do Hospital não contemplaram atividades fundamentais para otimização do uso da capacidade instalada da unidade, bem como para efetivação do acesso do usuário em tempo oportuno e adequado aos recursos disponíveis no estabelecimento de saúde; d) a gestão da assistência não adotou mecanismos para assegurar a efetividade da atenção prestada aos seus pacientes no período auditado; e) a padronização e monitoramento dos indicadores hospitalares não foram utilizados pela unidade hospitalar como ferramenta de gestão para identificação de processos de trabalho/áreas críticas e de oportunidades de melhorias; e f) a organização de uso da estrutura física do hospital não contemplou

espaços para leitos de isolamento em internações em leitos clínicos nos termos propostos pela RDC Anvisa nº 50/2002.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 829, de 12 de julho de 2023. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jul. 2023. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2017. Seção 1, Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 2017. Seção 1, Anexo XXIV - Política Nacional de Atenção Hospitalar, ANEXO 2 - Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Implantação e Implementação do NIR - Versão Digital. Brasília, DF, 2017.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Referencial Básico de Auditoria em Eficiência Hospitalar - Versão 3. Brasília, DF, 2023.

APÊNDICE I – Detalhamento da Metodologia.

1. A partir da relação de unidades auditáveis no estado de Alagoas e para contextualização do ambiente em que o objeto da atividade estava inserido, foram levantados dados disponíveis nos sistemas de informações hospitalares -SIH para traçar o perfil de internações no SUS em Alagoas, calculando-se os indicadores tempo médio de permanência (internações clínicas e cirúrgicas), utilização de UTI e taxa de mortalidade no exercício de 2022.
2. Considerando esse levantamento, foram calculados indicadores específicos das unidades pré-selecionadas que subsidiaram a escolha do Hospital Metropolitano de Alagoas como unidade visitada, levando em consideração a materialidade, a capacidade instalada e possibilidade de impacto na rede assistencial.
3. A partir da seleção da unidade visitada, foi construída a visão geral do objeto, seguido do inventário e classificação de riscos, onde foram levantados os macroprocessos e processos críticos, que subsidiaram a triagem dos riscos de maior criticidade à eficiência do hospital.
4. Os relatórios de seleção da unidade e de planejamento da atividade estão anexados no Sistema Eletrônico de Informação - SEI sob o nº 25000.098008/2022-42.

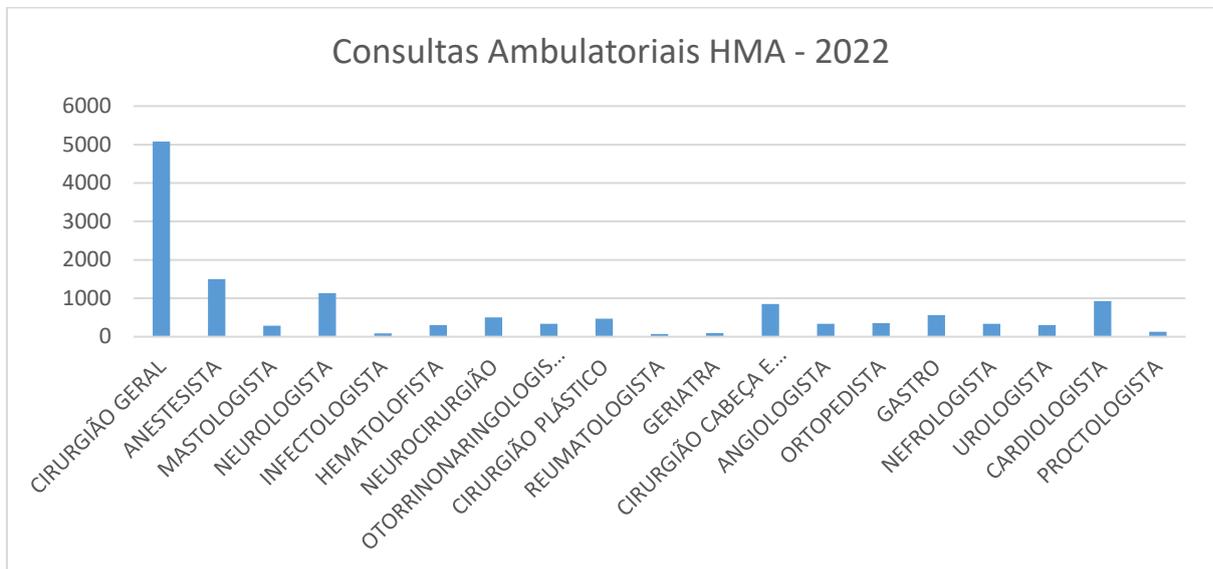
APÊNDICE II - Estrutura física atual do HMA com descrição de salas e leitos.

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Salas cirúrgicas	5
Salas de atendimento especializado	7
Leitos de enfermaria clínica	111
Leitos de enfermaria cirúrgica	30
Leitos da Unidade AVC	12
Leitos de UTI	36
Leitos de estabilização*	2
Leitos de RPA*	10
Leitos <i>Dayclinic</i> Cirúrgico*	7
Leitos <i>Dayclinic</i> Ambulatorial*	6

Fonte: Inspeção física realizada pela equipe de auditoria nº 19.382 no Hospital Metropolitano de Alagoas em maio de 2023.

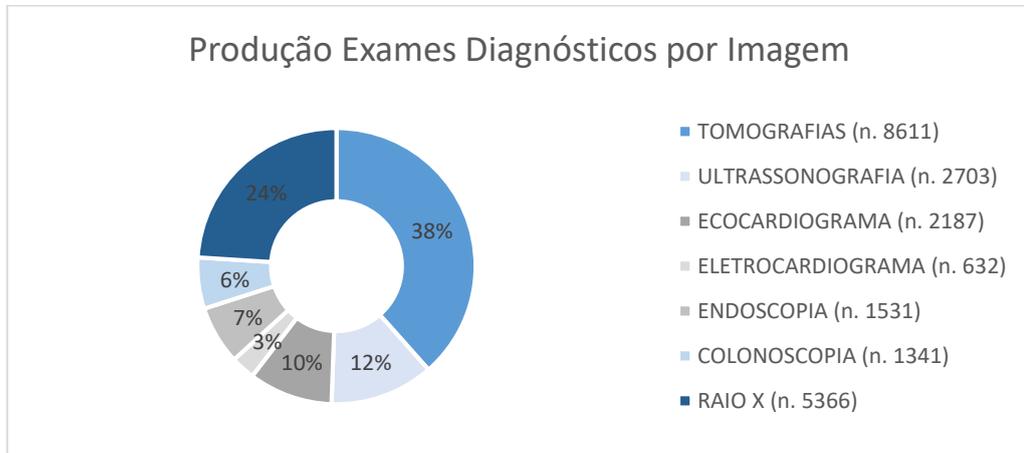
*Leitos destinados a permanência inferior a 24h.

APÊNDICE III - Consultas ambulatoriais por especialidade médica realizadas no HMA-2022.



Fonte: Setor de faturamento do Hospital Metropolitano de Alagoas.

APÊNDICE IV - Produção de Exames de diagnóstico por imagem HMA-2022 (em termos percentuais e em números absolutos).



Fonte: Setor de faturamento do Hospital Metropolitano de Alagoas.

APÊNDICE V - Equipe multiprofissional por tipo e especialidade profissional no HMA.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ASSISTENCIAL	
PROFISSIONAIS	QTD
DIVERSOS	998
Biomédicos	12
Cirurgião Dentista	11
Técnico em Saúde Bucal	2
Farmacêuticos	44
Enfermeiros	185
Técnico em Enfermagem	488
Auxiliar de Enfermagem	8
Fisioterapeutas	111
Nutricionistas	44
Fonaudiólogos	3
Terapêuticos Ocupacionais	3
Psicólogos	23
Assistente Social	40
Técnico em Radiologia	20
Técnico em Hemoterapia	4
MÉDICOS	433
Médicos Residentes	8
Médico Cardiologista Intervencionista	1
Infectologista	1
Nefrologista	12
Neurologista	18
Angiologista	2
Cardiologista	16
Pediatra	1
Clínico	143
Reumatologista	3
Médico do Trabalho	3
Medicina Intensiva	72
Anestesiologista	26
Endocrinologista	2
Gastroenterologista	6
Geriatra	2
Hematologista	1
Mastologista	2
Oftalmologista	4
Ortopedista	3
Otorrinolaringologista	1
Coloproctologista	1
Urologista	4
Citopatologista	1

Endoscopia	9
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	43
Cirurgião Vascular	3
Cirurgião Cardiovascular	3
Cirurgião Cabeça e Pescoço	4
Cirurgião Geral	26
Cirurgião Plástico	5
Cirurgião Torácico	1
Neurocirurgião	6

Fonte: Relação de profissionais cadastrados no CNES informado pelo setor de faturamento do Hospital Metropolitano de Alagoas em maio de 2023.

APÊNDICE VI – Indicadores Hospitalares ano de 2022 - Achado 5.

Figura 1. Indicadores Mensais HMA - 2022

Indicadores Mensais – Hospital Metropolitano – Mensal 2022

INDICADORES (%)	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
ROTATIVIDADE DE LEITO	1,7	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5	2,0	2,2	2,1	2,3	2,1	2,0
MÉDIA DE PERMANÊNCIA	12,3	11,1	13,4	13,0	15,2	15,5	11,2	11,7	12,5	11,5	12,2	11,4
TAXA DE OCUPAÇÃO	68,7	56,2	64,7	69,9	75,3	76,6	73,8	84,7	86,0	84,9	85,7	75,8
INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	5,6	8,7	7,3	5,6	5,0	4,8	4,0	2,1	2,0	2,0	2,0	4,4
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (ÓBITOS >24H)	20,6	23,1	21,9	16,3	21,2	21,9	16,2	16,2	15,7	18,0	18,0	14,92
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (ÓBITOS <24H + >24H)	23,4	25,3	23,0	18,1	22,7	23,8	17,2	17,2	16,5	19,7	19,6	16,46
ÓBITOS HOSPITALARES	74	69	62	52	63	64	66	70	61	81	73	63

Fonte: Censo Hospitalar Diário. Elaboração: Núcleo Interno de Regulação, Epidemiologia e Estatística Hospitalar/Hospital Metropolitano. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro/2022. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Figura 2. Taxa de Ocupação por Unidade de Internação HMA-2022

Taxa de Ocupação – Por Unidade de Internação – Mensal 2022

Ocupação em %	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Clínica Médica / Cirurgia Geral	71,7	52,9	76,0	82,0	84,3	87,3	68,3	68,1	71,7	71,9	73,0	68,0
Clínica Médica (4º andar)	57,5	50,0	54,4	82,6	90,6	86,7	76,3	92,5	92,4	92,7	94,5	63,9
Cardiologia (3º andar)	55,0	60,4	76,4	85,7	86,8	82,9	84,3	90,9	89,6	92,6	94,0	91,3
Neurocirurgia / Clínica Médica	71,9	49,4	34,0	37,4	46,5	52,9	75,4	86,6	88,4	82,3	86,8	82,3
UAVC	68,8	65,4	54,6	52,5	53,8	53,9	41,8	73,8	67,8	63,7	63,5	58,1
UTI's	69,0	54,6	72,3	80,1	79,7	82,8	78,7	92,1	96,0	95,0	90,9	74,6

Fonte: Censo Hospitalar Diário. Elaboração: Núcleo Interno de Regulação, Epidemiologia e Estatística Hospitalar/Hospital Metropolitano. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro/2022. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Figura 3. Média de Permanência por Unidade de Internação HMA-2022

Média de Permanência – Por Unidade de Internação – Mensal 2022

Permanência	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Clínica Médica / Cirurgia Geral	7,4	4,9	11,1	12,1	12,2	13,9	4,6	3,7	4,2	3,8	4,0	4,2
Clínica Médica (4º andar)	8,2	9,1	11,6	10,3	15,6	9,3	7,6	13,2	10,7	13,4	13,8	7,9
Cardiologia (3º andar)	6,7	9,9	9,6	14,0	16,7	13,2	10,0	12,1	17,1	15,0	16,9	16,9
Neurocirurgia / Clínica Médica	8,3	9,6	5,1	4,9	6,4	4,9	7,7	14,8	14,0	10,7	11,7	11,7
UAVC	3,7	5,9	5,0	4,0	5,0	4,7	3,9	5,1	4,6	4,8	5,9	4,5
UTI's	7,1	7,8	7,1	8,8	7,9	8,4	8,3	8,2	7,6	6,8	7,7	8,6

Fonte: Censo Hospitalar Diário. Elaboração: Núcleo Interno de Regulação, Epidemiologia e Estatística Hospitalar/Hospital Metropolitano. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro/2022. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Figura 4. Taxa de Mortalidade por Unidade de Internação HMA-2022.

Taxa Mortalidade Institucional – Por Unidade de Internação – Mensal 2022

Mortalidade em %	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Clínica Médica / Cirurgia Geral	10,3	4,2	8,2	9,0	7,4	9,6	2,7	2,3	1,6	2,8	1,9	2,0
Clínica Médica (4º andar)	1,6	13,0	7,1	2,8	1,9	4,8	5,6	7,7	3,8	7,9	8,6	4,0
Cardiologia (3º andar)	1,2	7,1	1,3	0,0	3,8	1,6	1,2	1,3	1,9	4,8	5,7	3,6
Neurocirurgia / Clínica Médica	6,1	9,3	1,4	0,0	0,0	0,8	3,6	1,5	2,9	9,3	6,3	3,8
UAVC	0,0	8,3	3,1	0,0	2,8	2,6	6,7	4,3	4,1	0,0	0,0	0,0
UTI's	40,5	46,6	43,0	44,2	50,0	47,4	41,9	46,4	38,5	38,0	42,7	42,0

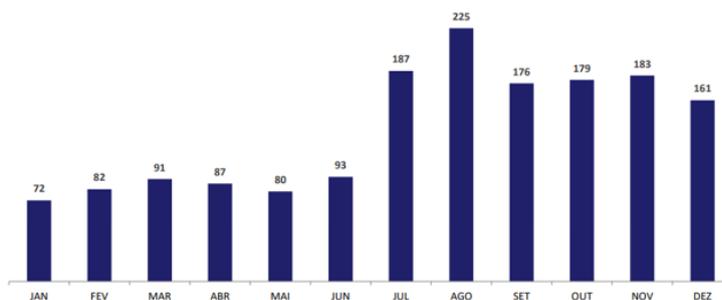
Fonte: Censo Hospitalar Diário. Elaboração: Núcleo Interno de Regulação, Epidemiologia e Estatística Hospitalar/Hospital Metropolitano. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro/2022. Dados sujeitos a revisão.

Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022.

Figura 5. Cirurgias realizadas pelo HMA em 2022

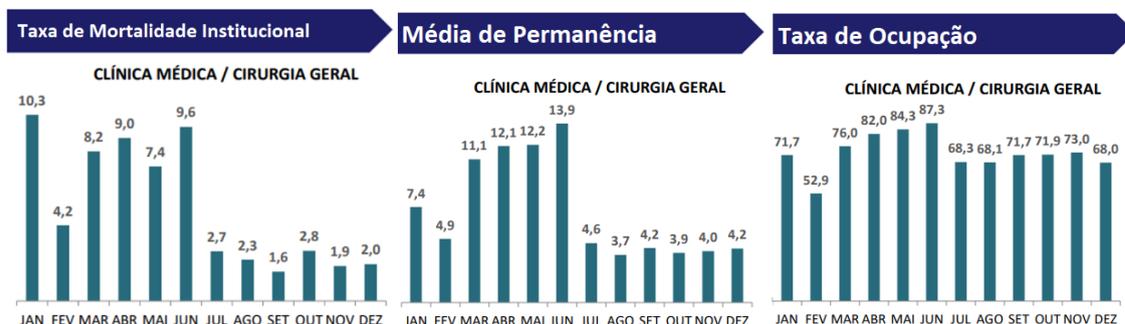
Cirurgias – Janeiro a Dezembro/2022

CIRURGIAS REALIZADAS EM 2022 – Total de 1.616



Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022

Figura 6. Taxa de Mortalidade, Média de Permanência e Taxa de Ocupação do posto Clínica Médica/Cirurgia Geral do HMA em 2022.



Fonte: Relatório de Indicadores disponibilizados pelo HMA, relativo ao exercício 2022

APÊNDICE VII – Manifestações dos gestores.

1. Uma versão preliminar do relatório foi submetida ao Secretário Estadual de Saúde de Alagoas e ao Diretor Geral do Hospital Metropolitano de Alagoas para que pudessem tomar conhecimento prévio dos achados, tendo, assim, a oportunidade de se manifestarem quanto a seu teor.
2. A Diretoria Geral do HMA foi a única a apresentar comentários, os quais se deram por meio e-mail enviado para a Chefia do SEAUD/AL em resposta ao Ofício 85/2023/AL/SEAUD/AudSUS/MS. Os comentários ratificam os achados e não ensejaram alterações no relatório.
3. Em relação ao Achado 1, a diretoria afirmou que “apesar de ainda não ter o papel formalmente definido na Rede de Atenção à Saúde – RAS, a instituição adotou mecanismos para atuar em consonância com as diretrizes da RAS. Em relação aos compromissos e metas pactuadas com a mantenedora, informa-se que a unidade foi selecionada e atualmente está desenvolvendo, em parceria com o Hospital Sírio Libanês, um projeto piloto que visa à confecção de um contrato formal, o qual especifica metas quantitativas e qualitativas a serem cumpridas por esta unidade hospitalar”.
4. Quanto ao Achado 2, a diretoria se manifestou afirmando que “A priori, o Hospital Metropolitano voltou-se totalmente para o atendimento da pandemia decorrente do vírus COVID-19. Logo, cumpre ressaltar que o HMA foi inaugurado em um curto espaço de tempo, com o objetivo de auxiliar a rede estadual de saúde a enfrentar um quadro de calamidade pública que assolou o mundo inteiro. O parque tecnológico está em constante evolução, tendo em vista o perfil da unidade. Nesse sentido, destaca-se que a mudança no perfil hospitalar ocasionou uma morosidade na instalação do parque tecnológico, bem como na aquisição de insumos, haja vista que a demanda não era estática, mudando ao longo dos anos. Tal dinamicidade, conseqüentemente, exigiu da gestão a adoção de medidas prioritárias a fim de atender à população. Destaca-se, por oportuno, que o parque tecnológico está em constante evolução. Atualmente, a gestão do HMA, em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado, está angariando esforços para estruturação do parque tecnológico, cita-se, como exemplo, os processos administrativos em trâmite via plataforma SEI: nº 02000.0000006650/2021(microscópio), nº 02000.0000007774/2021 (neuronavegador), nº 02000.0000008195/2021 (aspirador ultrassônico), nº 02000.0000015578/2020 (torre de videocirurgia), entre outros. Frise-se que os supramencionados processos estão na fase final do procedimento licitatório e com as referidas aquisições o hospital irá aperfeiçoar suas instalações, bem como a prestação de serviços, atendendo, assim, casos de maior complexidade e um número maior de pacientes. Ademais, com relação aos instrumentais, existem diversos processos em curso para atender as necessidades das especialidades oferecidas no nosocômio. No tocante à ressonância magnética, salienta-se que o equipamento foi adquirido pela SESAU, em observância à destinação de verba federal para tal fim, todavia, por questões de limitações da infraestrutura na unidade, o aparelho encontra-se instalado no Hospital do Coração Adib Jatene, que integra a rede estadual de saúde e está localizado no mesmo complexo hospitalar do HMA, possibilitando, portanto, a utilização do referido maquinário pelos pacientes de ambos os hospitais”.
5. Já em relação ao Achado 3, a diretoria subscreveu que “No que diz respeito às ações de gerenciamento da ocupação e regulação dos leitos durante o ano de 2022, visando a utilização plena da nossa capacidade instalada, de acordo com o que foi constatado pela equipe de auditoria, especificamente quanto as fragilidades no gerenciamento de leitos, informa-se que atualmente os censos hospitalares são preenchidos diariamente por postos de internação e não por especialidade, e no primeiro dia útil do mês subsequente é gerado um relatório mensal

com os dados consolidados. No entanto, estamos em processo de alinhamento para implementar a contagem por especialidade. Esse ajuste foi discutido durante o último encontro sobre o projeto de contratualização oriundo do Hospital Sírio Libanês (HSL) e está em fase final de alinhamento com as equipes, para que essa mudança seja efetivamente concretizada. Por conseguinte, no que se refere à taxa de ocupação e disponibilidade de leitos, diante da constatação feita pela auditoria, no sentido de que o NIR não capta informações de ocupação em tempo real e a regulação não oferta os leitos cirúrgicos para a rede, e mesmo quando uma cirurgia é suspensa, o leito não é considerado disponível, assevera-se que os leitos de cirurgia geral, embora frequentemente disponíveis, não são demandados pela regulação estadual, haja vista que as cirurgias eletivas realizadas no hospital são principalmente resultado do acompanhamento ambulatorial realizado no próprio HMA, limitando, portanto, a demanda externa. Por fim, com relação à alta taxa de permanência na cardiologia, esta se deu em virtude da ausência de uma linha de cuidado integral no hospital. Isso resulta em encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos e terapêuticos externos, que frequentemente enfrentam longas filas de espera. Porém após a abertura do Hospital do Coração Alagoano Adib Jatene (HCAAJ), houve uma melhora significativa no tempo de espera, cita-se: em 2022 a taxa de permanência dos leitos de cardiologia era de 13,17/dia, em contrapartida, os últimos dados referentes ao mês de agosto de 2023, revelam uma taxa de 11,2/dia. Verifica-se uma diminuição gradual, que tende a melhorar com os planejamentos que estão sendo efetivados entre o HMA e o HCAAJ”.

6. Quanto ao Achado 4, a diretoria relatou que “A partir de 2023 houve uma mudança na cultura organizacional da unidade, a fim de promover um ambiente de cuidados de saúde mais efetivo e, conseqüentemente, resguardar a segurança do paciente. Para tanto, a instituição adotou programas educacionais abrangentes para todos os colaboradores, através do Núcleo de Educação Permanente – NEP, como por exemplo: Projeto Paciente Seguro (em parceria com o PROADI SUS – Hospital Moinhos de Vento), Projeto de Qualificação Hospitalar (em parceria com o HCOR). Importante destacar, oportunamente, que esses programas são projetados para abordar áreas críticas de segurança do paciente, fornecendo treinamento em protocolos de segurança, identificação de riscos, técnicas de comunicação eficazes e prevenção de infecções, entre outros tópicos relevantes. Os programas incluem sessões de treinamento presenciais e recursos de aprendizado online, para atender às necessidades de todos os colaboradores, independentemente de seus horários de trabalho. Além disso, as equipes têm a oportunidade de participar de exercícios práticos e simulações de situações de segurança do paciente para reforçar o aprendizado teórico. Avaliações rigorosas são realizadas para medir a compreensão e o desempenho dos colaboradores, e aqueles que concluem com êxito o programa, recebem certificados de conclusão. Continuamos comprometidos em aprimorar nossos programas de segurança do paciente com base no feedback dos participantes e na análise de dados de indicadores de segurança. Por fim, ressaltamos que o nosso objetivo é criar uma cultura organizacional que valorize a segurança do paciente como uma prioridade constante, garantindo cuidados de saúde de alta qualidade para todos os pacientes”.
7. Em relação ao Achado 5, a diretoria relatou que “tendo em vista que a ausência do prontuário eletrônico se deu devido à limitação tecnológica na unidade. No período supracitado eram realizadas reuniões mensais de indicadores assistenciais e administrativos, sempre com a presença da alta gestão e suas respectivas gerências, para a discussão dos resultados dos indicadores operacionais e estratégicos, fazendo, assim, uma análise crítica frente ao desfecho do indicador apresentado. Em sequência, eram traçados planos de ação que tinham como objetivo principal a melhoria do resultado apresentado, metas e prazos eram

estabelecidos para o cumprimento da execução do plano de ação, que visa melhoria nos indicadores. A partir de março de 2023, foi implantado um sistema de informação desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde que integra parcialmente as informações relacionadas aos pacientes da rede estadual de saúde. Cumpre destacar que a o referido sistema utiliza um registro de prontuário único com o intuito de garantir maior eficiência na gestão da clínica. Importante destacar, ainda, que o prontuário eletrônico do paciente – PEP, está em fase de implantação, a fim de garantir o armazenamento das informações dos pacientes, reduzir erros, otimizar recursos e ampliar a segurança no atendimento médico. Por fim, ressalta-se que o aperfeiçoamento da comunicação entre as equipes multidisciplinares é um dos pilares adotados pela atual gestão, buscando solucionar eventuais falhas e uma efetiva integração entre as equipes nas condutas a serem adotadas nos pacientes”.

8. Por fim, em relação ao Achado 6, a diretoria informou que “o Hospital Metropolitano de Alagoas foi inaugurado inicialmente para suprir a demanda de enfrentamento da pandemia em 2020. À vista disso, a entrega da obra hospitalar não foi totalmente concluída, tendo em vista as alterações de perfil assistencial. A princípio, a estrutura do HMA foi projetada para ser um hospital de Urgência e Emergência, contudo, atualmente, o perfil inaugural do hospital mudou, fazendo-se necessário adequar os espaços disponíveis na unidade para atender os ditames legais e garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes, como também dos colaboradores. Em conformidade com a legislação vigente que exige a garantia de condições apropriadas para o descanso dos profissionais de saúde durante seus plantões, e considerando que o projeto de construção da unidade originalmente não contemplou espaços adequados para esse propósito, optou-se por adaptar os leitos de isolamento do HMA para servirem como áreas de repouso. É importante ressaltar que, simultaneamente, foram adotadas medidas para minimizar o impacto dessa decisão sobre o número de leitos disponíveis, transferindo pacientes que necessitam de isolamento para enfermarias de menor capacidade, de forma a bloquear o menor número possível de leitos destinados ao tratamento de pacientes. Essa abordagem visa atender tanto às necessidades dos profissionais de saúde quanto às dos pacientes, otimizando os recursos disponíveis. Assim, a fim de corrigir a não conformidade constatada, estamos promovendo discussões com o setor de engenharia da SESAU no sentido de realizar uma análise detalhada do projeto construtivo da unidade de saúde para identificar oportunidades de inclusão de espaços apropriados para repouso dos profissionais de saúde”.
9. Pelo exposto, as manifestações da Diretoria Geral do Hospital Metropolitano de Alagoas corroboram as conclusões evidenciadas nos achados de auditoria e, portanto, não trouxeram fatos novos capazes de alterar as situações evidenciadas no relatório de auditoria.

APÊNDICE VIII – Sugestão de visita técnica para verificação do equipamento de ressonância magnética.

1. No levantamento de informações para construção da visão geral do objeto, a equipe de auditoria verificou que havia proposta n.º 11659.171000/1190-04 cadastrada no Fundo Nacional de Saúde pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o Hospital Metropolitano de Alagoas, com a utilização de recursos da Emenda Parlamentar nº 71030013, no valor de R\$ 6.115.251,00.
2. A Resolução CIB Nº 069 de 26 de novembro de 2019, publicada no DOEAL de 06 de dezembro de 2019, que aprovou *Ad Referendum* a Proposta cadastrada no Sistema do Fundo Nacional de Saúde;
3. Dentre os equipamentos listados na proposta, consta um aparelho de ressonância magnética, no valor estimado de R\$ 3.800.000,00 (consulta painel equipamentos FNS, pesquisa por instrumento nº 3752/2019);
4. Ao detalhar a consulta no sítio do FNS, observa-se que a proposta foi paga em parcela única em 21/01/2020, ordem bancária nº 2020OB801094, nº processo pagamento nº 25000.007946/2020-80;
5. No entanto, como informado no Achado 3.2, na fase de execução da atividade, realizada no período de 22 de maio a 2 de junho de 2023, a equipe de auditoria constatou que o Hospital Metropolitano não dispõe aparelho de Ressonância Magnética;
6. Em resposta ao Relatório Preliminar da Auditoria, a gestão do HMA se manifestou sobre a ausência do referido aparelho, afirmando que “No tocante à ressonância magnética, salienta-se que o equipamento foi adquirido pela SESAU, em observância à destinação de verba federal para tal fim, todavia, por questões de limitações da infraestrutura na unidade, o aparelho encontra-se instalado no Hospital do Coração Adib Jatene, que integra a rede estadual de saúde e está localizado no mesmo complexo hospitalar do HMA, possibilitando, portanto, a utilização do referido maquinário pelos pacientes de ambos os hospitais”.
7. Considerando que não fez parte do escopo da presente Auditoria a análise do processo de aquisição do equipamento de Ressonância Magnética custeado com recurso federal e considerando a manifestação do gestor do HMA (item 6), esta equipe de auditoria sugere a realização de atividade de visita técnica para verificar se o equipamento foi adquirido, o local de instalação e se está em funcionamento.