

Relatório

Auditoria Operacional/Eficiência Hospitalar

Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória



Processo: 8323/2022

Relator: Conselheiro-Substituto Marco Antônio da Silva

Unidade técnica responsável: Núcleo de Controle Externo de Avaliação e Monitoramento de Políticas Públicas de Saúde - NSaúde

Unidades gestoras: Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) e Secretaria de Estado da Saúde (Sesa).

Ato de designação da equipe: Termos de Designação 73/2022 e 7/2023

Número da fiscalização no e-tces: 46/2022

Periodo abrangido pela auditoria: 2022

Periodo de realização da auditoria: 29/09/2022 a 30/04/2023

Equipe de auditoria: Gustavo Franco Correa Hespanhol, Luiz Antônio Alves e Ricardo da Silva Pereira

Supervisora: Maytê Cardoso Aguiar

RESUMO

O que o TCEES fiscalizou?

O objetivo da auditoria, realizada no período de 29/09/2022 a 30/04/2023, foi analisar a eficiência do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória - HINSG, visando identificar desperdícios e outros problemas que possam ter comprometido a entrega de valor para a população.

O problema de auditoria decorre de o HINSG ter apresentado, segundo dados do Tribunal de Contas da União (TCU) e por meio da metodologia de análise envoltória de dados¹, uma pontuação de 0,13448², considerada baixa no que se refere à eficiência hospitalar, para o ano de 2021.

O tema é relevante tendo em vista que o HINSG integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, conforme dispõe a Política Nacional de Atenção Hospitalar, regulamentada pela Portaria 3.390, de 30 de dezembro de 2013, deve prover a horizontalização do cuidado, por meio de equipes multiprofissionais, e mediante diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos como pressupostos para uma assistência qualificada.

Durante a fase de planejamento foi realizado junto às lideranças do HINSG um diagnóstico sobre as forças, as fraquezas, as ameaças e as oportunidades atinentes aos seus setores, o que possibilitou, em conjunto com as informações e dados coletados e com a realização de entrevistas, conhecer os processos de trabalho e as atividades de controle existentes, para que, em seguida, fosse elaborada uma matriz de avaliação de risco para o HINSG, que veio a orientar a execução da fiscalização.

Manteve-se durante toda a fiscalização uma comunicação constante com o hospital, sendo que a matriz de planejamento foi apresentada por meio de um painel de referência que contou com a participação de servidores do HINSG e da Sesa.

As questões de auditoria constantes na matriz de planejamento definiram o escopo da auditoria e abordaram a estrutura física do hospital, os leitos para internações hospitalares, o planejamento estratégico do hospital, a contratualização entre o

¹ Traduzido do inglês “*Data Envolatory Analysis*” – DEA.

² O *score* ou pontuação pode variar de 0 a 1 e quanto mais próximo de 0, pior.

HINSG e a Sesa, as consultas ambulatoriais, as comissões hospitalares e o pronto-socorro.

Durante a execução foram requeridas informações e documentos que foram analisados e realizados estudo de casos, pesquisa documental e pesquisa com as lideranças do HINSG, por meio de questionário, buscando obter evidências para responder às questões de auditoria definidas e para fundamentar os achados encontrados.

O que o TCEES encontrou?

Em resposta às 6 (seis) questões de auditoria, foram apontados 15 **achados de auditoria (AA)**, conforme se verifica a seguir:

Questão de Auditoria (QA1): Como a estrutura física do HINSG impactou a eficiência hospitalar em 2022?

- A existência de duas sedes do HINSG causou impactos financeiros e não financeiros decorrentes dos diversos deslocamentos realizados para transporte de pacientes, equipamentos, insumos e funcionários; **(AA1)**
- A Sesa não inseriu o HINSG em seu planejamento estratégico no intuito de fornecer uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital; **(AA2)**
- O HINSG não está em conformidade com as exigências normativas e apontamentos técnicos relativos à estrutura física; **(AA3)**
- A existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física impactaram a segurança dos pacientes. **(AA4)**

Em linhas gerais, tanto o fato de o hospital estar dividido em duas sedes quanto o fato de o hospital estar com pendências com os órgãos de fiscalização, em especial o Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (CBMES) e a Vigilância Sanitária, afetaram e continuam a afetar a segurança do paciente e por conseguinte a qualidade do serviço hospitalar. Em paralelo a isso não foram encontrados nos documentos de planejamento da Sesa uma solução definitiva para os problemas relatados.

Questão de auditoria (QA2): Como os problemas gerenciais relacionados à estrutura física, pessoal, insumos e equipamentos afetaram a disponibilidade de leitos e o tempo de permanência no HINSG em 2022?

- Ausência de informações sistematizadas sobre os bloqueios de leitos e seus motivos; **(AA5)**
- Pendências para a desospitalização relacionadas principalmente à continuidade do cuidado, em especial quanto ao seguimento ambulatorial especializado e ao fornecimento de medicamentos de alto custo. **(AA6)**

Embora tenham sido apresentados documentos que apontam que durante o ano de 2022 ocorreu o fechamento de leitos de enfermarias e a falta de médicos que afetaram a disponibilidade de leitos, o HINSG não possui informações sistematizadas que permitam conhecer os problemas mais recorrentes e analisar tendências e padrões ao longo tempo.

Em relação aos problemas que afetam o tempo de permanência do paciente em leitos hospitalares, verificou-se uma preponderância de pendências relacionadas à continuidade do cuidado, em especial quanto ao seguimento ambulatorial especializado e ao fornecimento de medicamentos de alto custo.

Questão de auditoria (QA3): Como a fragilidade no planejamento estratégico tem impactado na eficiência hospitalar?

- Ausência de processo formalizado de planejamento estratégico para o HINSG; **(AA7)**
- Ausência de contratualização entre a Secretaria de Estado da Saúde e o HINSG. **(AA8)**

Em decorrência de ausência de planejamento estratégico e de contratualização entre a Sesa e o HINSG, não há indicadores e metas formais estabelecidas, bem como processos de avaliação de desempenho, pressupostos para o fortalecimento do núcleo estratégico, para uma gestão profissional, para o aproveitamento eficiente dos recursos e para a tomada de decisões qualificada.

Questão de auditoria (QA4): O HINSG garantiu o acesso às primeiras consultas e às subsequentes nos prazos estabelecidos, em 2022?

- O prazo médio de realização de primeiras consultas especializadas no HINSG ficou acima do parâmetro definido pela resolução CIB/ES 72/2022; **(AA9)**
- Os prazos das consultas subsequentes (reconsultas) não são acompanhados pelo HINSG; **(AA10)**
- Ausência de informações sobre a distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e sobre a duração média das consultas para elaboração das agendas. **(AA11)**

Das 22 (vinte e duas) especialidades ambulatoriais avaliadas, 13 (treze) tiveram tempo médio de espera menor que 60 (sessenta) dias (entre 22 e 51) e as 9 (nove) restantes em valores superiores, variando entre 66 e 221 dias e, portanto, acima do preconizado pela Resolução CIB/ES 72/2022, que é de 60 dias para baixo risco. A média geral foi de 90 (noventa) dias. Em relação às consultas ambulatoriais subsequentes não há o acompanhamento pelo HINSG.

Questão de auditoria (QA5): As comissões hospitalares estão instituídas e em funcionamento no HINSG?

- Diversas comissões hospitalares não foram instituídas ou não estão formalmente em funcionamento; **(AA12)**
- Diversos documentos obrigatórios das comissões hospitalares não foram elaborados. **(AA13)**

Em linhas gerais, há diversas comissões não instituídas ou que não estão formalmente em funcionamento, por ausência de ata e/ou de regimento interno, e que não produzem os documentos exigidos pelas normas que a regem, afetando a qualidade dos serviços hospitalares.

Questão de auditoria (QA6): O HINSG realizou atendimentos de baixo risco ou em dissonância com o tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester ou para pacientes com causas sensíveis à atenção primária em 2022

- Ausência de registros de intervalos de tempo entre os eventos chegada, classificação de risco e atendimento médico, impedindo, inclusive, o acompanhamento sobre os prazos definidos no Protocolo de Manchester; **(AA14)**
- Falhas nos fluxos de retorno dos pacientes que impactam no atendimento do Pronto Socorro (PS). **(AA15)**

Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária (Icsap), verificou-se que 26,17% das internações ocorridas em 2022 no HINSG trataram de Icsap, percentual muito próximo ao do estado, que foi de 25,46%.

Em relação ao cumprimento dos prazos de atendimento conforme o Protocolo de Manchester, verificou-se que não é possível acompanhá-los, pois há ausência de registros dos marcos temporais ou dos intervalos temporais relativos ao fluxo dos pacientes no PS, em vários momentos, desde a sua chegada até a sua saída.

Por fim, verificou-se que 18,9% dos atendimentos do pronto-socorro em 2022 tratavam-se de avaliações pós-operatória (consultas de retornos) e procedimentos não cirúrgicos (maioria em ortopedia), que poderiam ser atendidos em ambiente ambulatorial ou em hospital-dia.

O **HINSG** encaminhou o OF/HINSG/D.A/Nº 012/2023 (**Anexo 02206/2023-7**), em que concorda com as recomendações e compromete-se a tomar as providências necessárias para as melhorias

Informou, nos casos em que as ações necessárias para a implementação das recomendações propostas dependem da Sesa, que “trata-se de decisão estratégica da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, não cabendo manifestação deste HINSG”, como nos casos relacionados à existência de duas sedes e à precariedade da estrutura física.

Informou também que já está atuando ou que atuará junto à Sesa, em parceria com vários setores da secretaria, com o objetivo de solucionar os problemas identificados,

como no caso da ausência do alvará do Corpo de Bombeiros, das limitações dos sistemas informatizados e da instituição do planejamento estratégico.

Por fim, apresentou outros comentários mais específicos relativos às notificações de eventos adversos; ao programa “Melhor em Casa Estadual”; à melhoria dos agendamentos das consultas e reconsultas através de telefonia e whatsapp; à demonstração da carga horária médica; às comissões hospitalares; aos protocolos de segurança dos pacientes; e à triagem do paciente no pronto socorro e demais recepções do hospital.

Já em relação aos comentários encaminhados pela **Sesa (Anexo 2374/2023-6)**, que são oriundos de análise conjunta do Núcleo Especial da Qualidade de Gestão (NEQG/GGH/SSAS-SESA) e da Gerência de Gestão Hospitalar (GGH/SSAS-SESA), conclui-se que a Sesa concorda com todas as recomendações, incluindo sugestões para a participação de outras áreas da secretaria, como a SSEPLANTS (Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência em Saúde), SSAFAS, SSVS (Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde), ICEPI, entre outras, o que estaria sob a governança da própria secretaria.

Foram mantidas no relatório final todas as recomendações inseridas no relatório preliminar e submetidas aos gestores do HINSG e da Sesa. Os ofícios encaminhados pelo HINSG e pela Sesa constam dos **Anexos 02206/2023-7 e 02374/2023-1** e as análises mais detalhadas constam do **Apêndice 00044/2023-3**.

Foram sugeridas as seguintes recomendações conjuntas para o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e para a Secretaria de Estado da Saúde:

- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa instituir metodologia para elaboração e implementação do planejamento estratégico do HINSG, buscando as melhores práticas administrativas no mercado, alinhando com os objetivos estratégicos do governo; definindo a metodologia das metas e da coleta de indicadores, bem como definindo as fontes, a frequência de coleta e de avaliação e os responsáveis, capacitando e orientando a força de trabalho para o planejamento estratégico, avaliando indicadores mais amplos (resolutividade na assistência, inclusive, no pronto no socorro, a capacitação técnica, a produtividade do centro cirúrgico e ambulatorial,

o clima organizacional, a satisfação do paciente e as atividades das comissões) (QA3);

- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa definir documentalmente os requisitos para ocupar o exercício das atividades do HINSG e alinhar com as exigências normativas, a exemplo do cargo de diretor clínico, diretor técnico, entre outros, definindo o quantitativo adequado de pessoal para os objetivos estratégicos do HINS (QA3);
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa avaliar a criação de um setor de planejamento no HINSG ou indicar o setor existente que deve ser o responsável pela condução do processo de planejamento estratégico (QA3);
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa dar transparência ao planejamento estratégico, a ser instituído, inclusive seu processo de elaboração e resultados (QA3);
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa que tomem as providências necessárias para equalizar a oferta e a demanda das consultas ambulatoriais especializadas de maneira que os prazos de espera não ultrapassem os estabelecidos na Resolução CIB/ES 72/2022, inclusive oferecendo consultas ambulatoriais em outras unidades, considerando os problemas estruturais existentes (QA4).

Foram sugeridas as seguintes recomendações para o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória:

- **Recomendar** ao HINSG que passe a realizar as notificações de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (QA1);
- **Recomendar** ao HINSG que providencie junto aos fornecedores dos sistemas informatizados utilizados na unidade para realização do censo hospitalar a possibilidade de obtenção de informações históricas, incluindo os bloqueios de leitos e seus motivos e, se for o caso, o treinamento dos colaboradores para obtenção dessas informações, caso já estejam disponíveis (QA2);
- **Recomendar** ao HINSG, por ocasião da alta hospitalar, que seja informado ao paciente ou responsável a data e o local da consulta ambulatorial, para fins de continuidade do cuidado no âmbito do próprio hospital, nos casos em que seja necessário (QA2);

- **Recomendar** ao HINSG que os prazos para consultas de retorno (reconsultas), definidos pelo profissional responsável pelo atendimento, sejam registrados nos prontuários dos pacientes e no sistema de agendamento de consultas do ambulatório, permitindo ao hospital o posterior monitoramento desses prazos de retorno e, a depender da gravidade clínica do paciente, se promova a busca ativa para viabilizar o atendimento, tal qual o procedimento nos programas especializados (**QA4**);
- **Recomendar** ao HINSG que os agendamentos das reconsultas, quando necessárias, sejam realizados imediatamente após a realização da consulta, sempre que possível (**QA4**);
- **Recomendar** ao HINSG que seja disponibilizado para os pacientes da Grande Vitória o agendamento das reconsultas pelo telefone, de forma isonômica aos pacientes do interior do Estado, caso, por alguma razão justificável, não seja possível realizar os agendamentos logo pós o atendimento (**QA4**);
- **Recomendar** ao HINSG que demonstre, nas agendas do ambulatório ou outro documento a critério do HINSG, a totalidade da distribuição da carga horária dos médicos, especialmente dos que atendem no ambulatório (**QA4**);
- **Recomendar** ao HINSG que seja elaborado documento que normatize a duração média das consultas, por especialidade, de maneira a garantir o controle e a transparência necessários para o planejamento das agendas do ambulatório, respeitando a conduta profissional dos médicos (**QA4**);
- **Recomendar** ao HINSG a instituição e/ou comprovação da instituição das seguintes comissões hospitalares: Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT); Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT); Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Residência Médica; Comissão de Humanização e Comissão de Ética em Enfermagem (**QA5**);
- **Recomendar** ao HINSG dar transparência dos documentos que comprovam a instituição de todas as suas comissões hospitalares (portarias, regimento interno, etc) (**QA5**);

- **Recomendar** ao HINSG que realize as reuniões das comissões com registros em atas, conforme a periodicidade adotada no regimento interno ou em outra norma, mantendo o registro organizado (**QA5**);
- **Recomendar** ao HINSG a elaboração e/ou a comprovação de que foram elaborados os seguintes documentos pelas respectivas comissões hospitalares: 1) Programa de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH; 2) Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Núcleo de Segurança do Paciente; 3) Protocolo de higiene das mãos – Núcleo de Segurança do Paciente; 4) Anexos do Plano de Proteção Radiológica (sede Milena/HPM) - Comissão de Proteção Radiológica; 5) Plano de Proteção Radiológica (sede Colina/Santa Lúcia) – Comissão de Proteção Radiológica; 6) Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; 7) Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância – Comissão de Farmácia e Terapêutica (**QA5**);
- **Recomendar** ao HINSG a elaboração e implementação dos seguintes protocolos de segurança do paciente: 1) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; 2) Cirurgia Segura e 3) Comunicação Segura (**QA5**);
- **Recomendar** ao HINSG que sejam instalados o equipamento de registro da chegada do paciente (totem) no pronto socorro e os painéis orientadores (monitores) para cada setor do ciclo de atendimento (recepção, classificação de risco e ambientes de espera dos profissionais que receberão o paciente) (**QA6**);
- **Recomendar** ao HINSG que passe a coletar dados dos seguintes lapsos temporais: chegada do paciente no Totem do PS até a avaliação de risco, duração da avaliação de risco, término da avaliação de risco até o início do atendimento médico inicial, tempo de decisão clínica, tempo de exames complementares, tempo na sala de reanimação, entre outros que avaliarem necessários para o controle do fluxo (**QA6**);
- **Recomendar** ao HINSG que seja nomeado um coordenador de fluxo para o pronto socorro, conjuntamente com profissional(is) qualificado(s) para auxiliá-lo adequadamente, e o(s) capacite(m) sobre os sistemas de informação existentes relativos ao pronto socorro para o controle do fluxo (**QA6**);

- **Recomendar** ao HINSG que o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar passe a monitorar o tempo de espera para atendimento no pronto socorro e para a internação (QA6);
- **Recomendar** ao HINSG que realize qualificação e treinamento para que a mudança de cultura de medição de tempo no pronto socorro seja efetiva e amplamente adotada por toda a equipe (QA6);
- **Recomendar** ao HINSG que estabeleça diretrizes de comunicação/orientação, com a participação do Serviço Social, de forma que os pacientes que precisam retornar ao hospital, principalmente centro cirúrgico, ambulatório e hospital-dia, compareçam diretamente nos serviços onde foram atendidos anteriormente (QA6);

Foram sugeridas as seguintes recomendações para a Secretaria de Estado da Saúde:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que reavalie a permanência da situação atual do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória quanto à existência de duas sedes (Santa Lúcia e Bento Ferreira), devendo considerar a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de uma nova sede (QA1);
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que insira no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, a exemplo dos Planos 2000-2003, 2012-2015 e 2016-2019, projeto que contemple uma solução definitiva para a precariedade da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, devendo também garantir os recursos orçamentários e financeiros necessários para a execução do projeto (QA1);
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que, com fundamento no art. 34 do Decreto 3.152-R/2012, reavalie o sigilo integral sobre o documento produzido pela Vigilância Sanitária capixaba para o cumprimento do art. 10 da RDC Anvisa 63/2011 c/c o previsto no art. 16 da Portaria 32-R/2015 da Sesa e encaminhado para o TCEES, no âmbito do Processo TC 8323/2022 (QA1);
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que proponha no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite a instituição de protocolos que garantam o seguimento ambulatorial de pacientes originários de unidades hospitalares, nos casos em que o seguimento tenha que ocorrer fora da instituição de origem (QA2);

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que elabore e formalize no âmbito da farmácia cidadã fluxo de processos visando dar agilidade à dispensação de medicamentos para os pacientes internados em processo de alta hospitalar no HINSG e demais hospitais estaduais (**QA2**); e
- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde definir periodicidade de reuniões estratégicas para supervisão e alinhamento estratégico com o HINSG, documentando em atas os pontos tratados e as deliberações exaradas (**QA3**);

Caso essas deliberações sejam implementadas, esperam-se os seguintes **benefícios**:

- Redução dos desperdícios causados pelos deslocamentos entre as sedes, a melhoria da assistência com a redução dos riscos para a segurança dos pacientes e o aumento da satisfação dos colaboradores;
- A reinserção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória no planejamento estadual de modo a solucionar em definitivo os problemas estruturais dessa unidade hospitalar, considerando a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de uma nova sede, obtendo impactos positivos tanto para os pacientes como para os colaboradores;
- A disponibilidade de mais e melhores relatórios e informações gerenciais que permitam a melhoria do processo de gerenciamento dos leitos, incluindo o quantitativo e os motivos de bloqueios de leitos, de maneira que a gestão do hospital, de posse dessas informações, possa intensificar as ações no sentido de minimizar esses bloqueios, otimizando a utilização da capacidade instalada;
- A intensificação de ações voltadas para a garantia de seguimento ambulatorial especializado e de liberação de medicamento pela farmácia cidadã, que conforme informações do Escritório de Gestão de Altas (EGA) são as principais pendências que impedem a alta segura dos pacientes, para que seja reduzido, de maneira responsável, o tempo de internação dos pacientes, com impactos positivos como a redução dos riscos de infecção decorrente da diminuição da permanência no hospital, aumento do giro de leitos e consequentemente otimização da capacidade instalada do hospital;

- A elaboração de um planejamento estratégico, que conjuntamente com a contratualização, propiciarão a profissionalização da gestão pública, a melhora na tomada de decisões, a orientação e a comunicação com foco em resultados, o aproveitamento eficiente dos recursos e a melhora no acompanhamento dos resultados;
- A redução do tempo de espera dos pacientes para as consultas ambulatoriais e a possibilidade do acompanhamento pelo HINSG das consultas ambulatoriais subsequentes dos pacientes;
- O aumento da transparência no tocante à distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e à definição da duração média das consultas para efeito de elaboração das agendas, garantindo aos pacientes a utilização de toda a capacidade instalada do hospital com o objetivo de reduzir o tempo de espera de consultas e reconsultas;
- A melhoria da qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões hospitalares. Também se espera, em caso de rotatividade dos membros das comissões, a continuidade dos trabalhos com base no histórico das atividades;
- Em relação ao Ponto Socorro, a melhoria do fluxo e na qualidade do atendimento ao paciente, a melhoria nos subsídios para a tomada de decisão, e a redução da superlotação. Além disso, espera-se a redução de demanda de pacientes ambulatoriais no PS, propiciando o descongestionamento do setor.

Quais são os próximos passos?

As deliberações propostas pela equipe de fiscalização, após apreciação do Plenário do TCEES, deverão ser objeto de monitoramento para verificação da implementação e dos impactos.

Propõe-se o encaminhamento do presente relatório para a Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, a Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, à Secretaria de Estado de Controle e Transparência, a Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo – CIB/ES, e ao Conselho Estadual de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 VISÃO GERAL DO OBJETO.....	22
3 ACHADOS DE AUDITORIA.....	31
3.1. ESTRUTURA FÍSICA DO HINSG	31
3.1.1 A existência de duas sedes do HINSG causou impactos financeiros e não financeiros decorrentes dos diversos deslocamentos realizados para transporte de pacientes, equipamentos, insumos e funcionários	35
3.1.2 A Sesa não inseriu o HINSG em seu planejamento estratégico no intuito de fornecer uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital.....	40
3.1.3 O HINSG não está em conformidade com as exigências normativas e apontamentos técnicos relativos à estrutura física	45
3.1.4 A existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física impactaram a segurança dos pacientes	58
3.2 DISPONIBILIDADE DE LEITOS E TEMPO DE PERMANÊNCIA.....	63
3.2.1 Ausência de informações sistematizadas sobre os bloqueios de leitos e seus motivos	66
3.2.2 Pendências para a desospitalização relacionadas principalmente à continuidade do cuidado, em especial quanto ao seguimento ambulatorial especializado e ao fornecimento de medicamentos de alto custo.....	68
3.3 PLANEJAMENTO E GESTÃO DO HINSG	74
3.3.1 Ausência de processo formalizado de planejamento estratégico pelo HINSG	75
3.3.2 Ausência de contratualização entre a Secretaria de Estado da Saúde e o HINSG.	84

3.4 CONSULTAS E RECONSULTAS AMBULATORIAIS	86
3.4.1 O prazo médio de realização de primeiras consultas especializadas no HINSG ficou acima do parâmetro definido pela resolução CIB/ES 72/2022	87
3.4.2 Os prazos das consultas subsequentes (reconsultas) não são acompanhados pelo HINSG.....	90
3.4.3 Ausência de informações sobre a distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e sobre a duração média das consultas para elaboração das agendas	93
3.5 COMISSÕES HOSPITALARES	96
3.5.1 Diversas comissões hospitalares não foram instituídas ou não estão formalmente em funcionamento.	99
3.5.2 Diversos documentos obrigatórios das comissões hospitalares não foram elaborados.....	105
3.6 ATENDIMENTOS ALHEIOS ÀS ATIVIDADES DO PRONTO-SOCORRO, AUSÊNCIA DE MEDIÇÃO DO TEMPO DE ATENDIMENTO, E INTERNAÇÕES DECORRENTES DE CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	108
3.6.1 Ausência de registros de intervalos de tempo entre os eventos: chegada, classificação de risco e atendimento ao paciente, impedindo, inclusive, o acompanhamento sobre os prazos definidos no Protocolo de Manchester	109
3.6.2 Falhas nos fluxos de retorno dos pacientes que impactam no atendimento do pronto socorro.....	114
4 CONCLUSÃO	119
5 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS.....	126

1 INTRODUÇÃO

O objetivo da fiscalização foi analisar a eficiência do **Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)**, visando identificar desperdícios e outros problemas que possam comprometer a entrega de valor para a população.

A presente fiscalização se encontra no Plano Anual de Controle Externo de 2022 – PACE 2022 e 2023 na linha de ação “avaliar a eficiência hospitalar em hospitais selecionados”.

O problema de auditoria decorre de o HINSG ter apresentado, segundo dados do TCU e por meio da metodologia de análise envoltória de dados, uma pontuação de 0,13448, a pior entre os hospitais selecionados previamente selecionados.³

As questões de auditoria elaboradas em matriz de planejamento foram:

- **Questão 1** - Como a estrutura física do HINSG impactou a eficiência hospitalar em 2022?
- **Questão 2** - Como os problemas gerenciais relacionados à estrutura física, pessoal, insumos e equipamentos afetaram a disponibilidade de leitos e o tempo de permanência no HINSG, em 2022?
- **Questão 3** - Como a fragilidade no planejamento estratégico tem impactado na eficiência hospitalar?
- **Questão 4** - O HINSG garantiu o acesso às primeiras consultas e às subsequentes nos prazos estabelecidos, em 2022?
- **Questão 5** - As comissões hospitalares estão instituídas e em funcionamento no HINSG?
- **Questão 6** - O HINSG realizou atendimentos de baixo risco ou em dissonância com o tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester ou para pacientes com causas sensíveis à atenção primária em 2022?

Metodologia

³ Maiores informações sobre análise envoltórias de dados podem ser obtidas no Acórdão TCU 1108/2020 – Plenário, referente ao referido Processo TCU 015.993/2019. A metodologia para a escolha do hospital a ser fiscalizado conta no Projeto de Fiscalização.

Durante a fase de planejamento foi realizado junto às lideranças do HINSG um diagnóstico sobre as forças, as fraquezas, as ameaças e as oportunidades atinentes aos seus setores, o que possibilitou, em conjunto com as informações e dados coletados e com a realização de entrevistas, conhecer os processos de trabalho e as atividades de controle existentes, para que, em seguida, fosse elaborada uma matriz de avaliação de risco para o HINSG, que veio a orientar a execução da fiscalização.

Manteve-se durante toda a fiscalização uma comunicação constante com o hospital, sendo que a matriz de planejamento foi apresentada por meio de um painel de referência que contou com a participação de servidores do HINSG e da Sesa.

As questões de auditoria constantes na matriz de planejamento definiram o escopo da auditoria e abordaram a estrutura física do hospital, os leitos para internações hospitalares, o planejamento estratégico do hospital, a contratualização entre o HINSG e a Sesa, as consultas ambulatoriais, as comissões hospitalares e o pronto-socorro.

Durante a execução foram requeridos informações e documentos que foram analisados e realizados estudo de casos, pesquisa documental e pesquisa com as lideranças do HINSG, por meio de questionário, buscando obter evidências para responder às questões de auditoria definidas e para fundamentar os achados encontrados.

As metodologias aplicadas para a fase de execução constam no **Apêndice 00026/2023-5**.

Limitação de auditoria

Como limitação da auditoria digno de nota as mudanças constantes na direção do HINSG, representada pela posse de quatro diretores-gerais desde o início do processo de escolha do hospital a ser fiscalizado até a conclusão da auditoria.⁴

⁴ Diretores-gerais: Thais Vieira Chiesa Regado (exoneração em Diário Oficial – Portaria Sesa 335-S, de 29 de agosto de 2022), Danilo Cardoso Ourique (cessado os efeitos da designação em Diário Oficial – Portaria Sesa 427-S, de 11 de novembro de 2022), Roberto Goltara Coelho (exoneração em Diário Oficial – Portaria Sesa 70-S, de 28 de fevereiro de 2023) e Clio Zanella Venturim (diretor-geral atual nomeado em Diário Oficial – Decreto 510-S, de 1º de março de 2023).

Além disso, a médica designada como ponto focal da auditoria foi excluída como responsável técnica do HINSG, conforme Portaria Sesa 467-S, publicada em 6 de dezembro de 2022. Posteriormente, o HINSG apresentou como ponto focal a chefe de Núcleo de Segurança do Paciente, tendo em vista que o hospital ficou sem responsável técnico. Soma-se que o HINSG durante o decorrer da auditoria não possuía diretor técnico, bem como não possuía diretor clínico.

De forma geral, com esse quadro, houve dificuldades em obter informações, provocando atraso na entrega de documentos. O hospital carece de organização documental, afetada, inclusive por essa rotatividade de liderança, algo evidente durante todo o transcorrer da auditoria. Destaca-se que houve o atraso de entrega de dados e informações, também por parte da Sesa, conforme relatado no sistema de fiscalização do TCEES.

Por fim, após a submissão dos achados de auditoria, em 24 de abril de 2023, a Sesa, por meio do OF/SESA/GS/Nº 429/2023, solicitou em 28 de abril de 2023, data do término do prazo concedido para a manifestação, a prorrogação de prazo para 8 de maio de 2023, contudo, não foi possível conceder, em razão do prazo para a conclusão da auditoria.

Critérios

Os critérios utilizados serão detalhados no capítulo que trata dos achados de auditoria, com destaque para as seguintes normas e parâmetros acadêmicos:

- a. Metodologia Lean para a melhora da qualidade e da segurança dos pacientes em hospitais;
- b. Lei Estadual 9.269/2009 que instituiu o Código de Segurança contra Incêndio e Pânico;
- c. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC da Anvisa 63/2011 que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de Saúde;
- d. RDC Anvisa 36/2013 que dispõe sobre ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;

- e. Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria GM/MS 3390/2013;
- f. Literatura sobre planejamento estratégico e contratualização;
- g. Portaria GM/MS 3.410/2013 que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar;
- h. Resolução CIB/ES 72/2022 que aprovou, entre outros, os parâmetros para os prazos de atendimentos presenciais; e
- i. Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM 2077/2014 que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

Escopo e não escopo

O escopo da fiscalização corresponde à matriz de possíveis questões de auditoria que compõe a documentação da auditoria, mas circunscrito à eficiência hospitalar.

Não foi escopo dessa fiscalização:

- a. Detalhar a metodologia de análise envoltória de dados realizada pelo TCU para calcular as pontuações dos hospitais;
- b. Analisar a legalidade e da constitucionalidade dos decretos que alteram as competências dos órgãos dentro da estrutura da Sesa;
- c. Analisar a conformidade das licitações realizadas e dos atos administrativos relacionados à aquisição de bens, à prestação de serviços e à pessoal (contratação, nomeação, etc.); e
- d. Analisar o faturamento dos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos no Sistema de Informação Hospitalar (SIHSUS) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS).

Normas aplicáveis

Os trabalhos foram conduzidos em conformidade com as Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores e com as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) aplicáveis às auditorias operacionais, especialmente com as NBASP 100, 300 e 3000, e com observância ao Manual de Auditoria Operacional do TCU (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021) e aos demais pronunciamentos profissionais aplicáveis, dentre os adotados pelo TCEES. Nenhuma restrição foi imposta aos exames, salvo as limitações da auditoria já mencionadas.

2 VISÃO GERAL DO OBJETO

Natureza jurídica e estrutura organizacional

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o HINSG é um hospital geral cuja natureza jurídica é um órgão público do Poder Executivo Estadual.⁵

Conforme informações prestadas pela Sesa, o Decreto Nº 5160-R, de 24 de junho de 2022, é a norma vigente que dispõe sobre o seu organograma. Dessa forma, verifica-se no organograma que os hospitais classificados como “Hospital-A” se encontram subordinados à Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Segundo o art. 21 da Lei Complementar 5.341, de 19 de dezembro de 1996, os Hospitais - A são os que possuem mais de 100 leitos hospitalares, o que significa incluir o HINSG, pois cumpre esse requisito.

Despesas empenhadas

As despesas empenhadas relacionadas ao HINSG foram:

Tabela 1 - Despesas empenhadas relacionadas ao HINSG, por UG e por fonte de recurso, 2018-2022

	Unidade Gestora/fonte de recursos	ANO				
		2018	2019	2020	2021	2022
HINSG	Fonte de recursos 155 e 355 – UG FES ¹	88.645.181,60	87.334.133,90	89.481.570,16	99.084.790,06	83.732.852,98
	(Fonte de recursos 155 e 355 – UG FES ²)	10.437.034,21	12.953.512,25	15.468.294,06	21.730.443,77	39.505.987,23
	Complementação Estadual – UG HINSG	73.511.812,21	71.111.026,38	63.826.149,03	69.973.738,69	67.612.377,23
	Total	172.594.028,02	171.398.672,53	168.776.013,25	190.788.972,52	190.851.217,44

Fonte: Informações encaminhadas pelo Fundo Estadual de Saúde – FES

Legenda: 1 – Recursos oriundos do governo federal utilizados para pagamento de folha de pessoal; 2 - Recursos oriundos do governo federal utilizados para as demais despesas, excluída a folha de pessoal.

⁵ Disponível em:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Bas_Caracterizacao.asp?VCo_Unidade=3205300011800. Acesso em: 14 mar. 2023.

Histórico do hospital

Conforme consta no site da Sesa, a história do HINSG começa com a vinda do médico Moacyr Ubirajara e da Enfermeira Mary Ubirajara do Rio de Janeiro, em 1932⁶. Ambos trabalhavam inicialmente no ambulatório de pediatria do Departamento de Saúde Pública de Vitória.⁷

Moacyr Ubirajara, que era médico cirurgião, entendia ser necessário um local adequado para realizar procedimentos hospitalares em crianças doentes. Com isso, ele e a sua esposa, Mary Ubirajara, recorreram a irmã desta, diretora do Colégio do Carmo localizado no centro de Vitória, para que disponibilizasse um espaço físico dentro de sua instituição de ensino. O espaço foi cedido e, assim, foi possível instalar 20 leitos hospitalares que se tornaram o início do HINSG (TRUGILHO, 2003).

Posteriormente, o casal buscou o interventor do Estado no período, João Punaro Bley, no objetivo ampliar a assistência, especificamente por meio da construção de um hospital pediátrico. E por meio da venda de sacas de café foi possível financiar a construção da sede para o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, localizado no bairro Santa Lúcia, denominado Colina (TRUGILHO, 2003).

Digno de nota mencionar que durante muito tempo era necessário ao hospital buscar recursos para a sua manutenção. O Serviço Social do HINSG realizava ações buscando fundos e doações (TRUGILHO, 2003).

Em 1960 ocorreu a primeira ampliação e em 1964 passou a atuar no ensino através de um Convênio com a atual Universidade Federal do Espírito Santo. Nessa época havia um atendimento diferenciado para quem era segurado da previdência social quando comparado aos pacientes de baixa renda. Ainda nessa década criou-se o pronto socorro infantil (TRUGILHO, 2003).

Também há apontamentos que desde essa época era comum o abandono de crianças no hospital que lá passavam a residir até a fase adulta. Ante a esse cenário e por meio

⁶ Disponível em: <https://saude.es.gov.br/hospital-infantil-nossa-senhora-da-gloria-heinsg>. Acesso em: 14 mar. 2023.

⁷ Disponível em: <https://saude.es.gov.br/hospital-infantil-de-vitoria-completa-75-anos>. Acesso em: 14 mar. 2023.

de pressão do Serviço Social, passou-se a liberar visitas diárias e não mais limitadas a quatro dias na semana – visando aumentar o vínculo familiar (TRUGILHO, 2003).

Atualmente a estrutura física do hospital é compartimentada, sendo uma parte de suas unidades prestando o serviço no Bairro Santa Lúcia (sede Colina) e outra no bairro de Bento Ferreira (sede Milena Gotardi) no mesmo espaço físico do Hospital da Polícia Militar, ambos em Vitória.

Papel do hospital

Segundo informações apresentadas pelo Núcleo Interno de Regulação - NIR presente no HINSG, o hospital é Referência Estadual em Trauma e Múltiplas Especialidades, assistindo principalmente a região metropolitana, de acordo com a necessidade definida pela priorização da Central de Regulação de Internação e Secretaria de Estado da Saúde, contando com equipe treinada para Acolhimento e Classificação de Risco, oferecendo o primeiro atendimento e acolhendo especialmente os pacientes classificados como amarelo, laranja e vermelho dentro dos moldes do Protocolo de Manchester.

O HINSG é capacitado para realização de procedimentos de média e alta complexidades, presta atendimento de urgência e emergência 24 horas e também realiza atendimento ambulatorial para egressos e pacientes agendados via Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames (NERCE). Realiza exames e procedimentos especializados (eletivos e de urgência) e conta com serviço 24 horas para internação.

Está sob a gestão direta do Estado e sua regulação é realizada através de um sistema online (sendo atualmente o MV Regulação). O HINSG é um hospital que presta atendimento de urgência e emergência, representando uma das principais portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência para os usuários do SUS, atuando junto à Central de Regulação de Internação.

Ainda segundo informações apresentadas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), o hospital oferece os seguintes exames e serviços: agência transfusional, arteriografia, artroscopia, colonoscopia, ecocardiograma transesofágico, ecocardiograma transtorácico, ecodoppler vascular, eletrocardiograma, endoscopia digestiva alta,

exames laboratoriais, ressonância nuclear magnética, Raio X, tomografia computadorizada, eletroencefalograma e ultrassonografia.

O HINSG conta com as seguintes equipes de apoio: assistente social, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo, nutricionista, nutrólogo e psicólogo.

Em regime de 24 horas, o HINSG oferece as seguintes especialidades: anesthesiologista, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, endoscopia, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, radiologia e os atendimentos necessários para os pacientes já internados.

De forma eletiva, o HINSG oferece as seguintes especialidades: alergia e imunologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, endoscopia, gastroenterologia, genética, ginecologia infanto-puberal, hematologia, infectologia, nefrologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia e reumatologia.

E de forma especializada, o HINSG oferece os seguintes programas especializados: onco-hematologia, DST/AIDS, asma grave, fibrose cística, coluna, osteogênese imperfeita, microcefalia, algumas doenças genéticas/raras, o centro de terapia de queimados, fissuras lábio-palatais, e atrofia muscular espinhal.

O NIR também informou quais serviços não são oferecidos: oftalmologia de urgência, ginecologia (cirúrgica e urgência), obstetrícia, cirurgia cardiológica, e cirurgia plástica de urgência.

O NIR também ressaltou que o hospital está apto a atender vítimas de causas externas maiores de 14 anos.

Além disso, recentemente foi editada a Portaria 107-R da Sesa, de 25 de julho de 2022, que tratou da perfilização da rede de atenção hospitalar.

Descrição das áreas

A maior parte da estrutura do HINSG é antiga e seu espaço físico é distribuído no Bairro de Santa Lúcia, denominado Colina e no Bairro Bento Ferreira, denominado Milena, ambos em Vitória.

Conforme abordado nas entrevistas, essa divisão é vista como uma fraqueza do HINSG. A distância entre as unidades potencializa as dificuldades para gerir o hospital, o aumento dos custos e as dificuldades para a alocação dos pacientes. Ressalta-se que foi informado que o hospital possui pendências com o CBMES e com a vigilância sanitária.

Os leitos hospitalares estão distribuídos nas seguintes áreas:

Tabela 2 – Quantitativo de leitos por área do HINSG

LEITOS		
Identificação do Espaço		Qtd
SEDE - BENTO FERREIRA		
Enfermaria A	Respiratórios-Covid	26
Enfermaria B	Clínicos e Cirúrgicos (exceto respiratório)	28
Enfermaria C	Oncologia	22
Semi Intensivo	Leitos são de prioridade para quimioterapia	13
UTIP Milena		10
Hospital-Dia	Onco-Hemato	16
SEDE - SANTA LÚCIA		
CTQ	Tratamento Queimados	8
Enfermaria D	Infectologia (não respiratórias)	13
Enfermaria E	Gastroenterologia	*
Enfermaria F	Pacientes crônicos (longa permanência)	5
Enfermaria G	Pneumologia e Covid +	18
Enfermaria H	Gastroenterologia	**
Enfermaria I	Clínicos e Cirúrgicos	16
Enfermaria K	Tratamento Cirúrgico	8
Hospital-Dia	DST/AIDS, Asma Grave e Doenças Raras	4

Fonte: Extrato da entrevista realizada com o NIR.

Notas: * Fechada (desativada) e ** Fechada (em reformas), à época do levantamento.

Além disso, o hospital dispõe de Pronto Socorro - PS localizado no bairro de Bento Ferreira, em Vitória, cuja entrada é de natureza “porta aberta” e que possui consultórios, uma sala laranja com 8 leitos, uma sala amarela com 8 leitos (incluindo 2 leitos de isolamento), e uma sala vermelha com 6 leitos (incluindo 1 leito de isolamento).

Também constam os consultórios ambulatoriais e as salas cirúrgicas (3 salas em Bento Ferreira e 3 salas em Santa Lúcia).

As enfermarias são de responsabilidade do Núcleo de Clínica Pediátrica, à exceção da enfermaria C que é de responsabilidade do Núcleo de Onco-hematologia. O Núcleo de Clínica Pediátrica também possui gerência sobre os leitos de hospital-dia. A UTI

Pediátrica, o Semi Intensivo e a neonatologia (UTI neonatal) são de responsabilidade do Núcleo de UTI.

Por fim, o paciente também pode se encontrar internado no Centro de Tratamento de Queimados, cuja entrada é porta aberta.

Gestão de leitos

O NIR constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento.

Em entrevista com o NIR, que se encontra presente no organograma do hospital, foram entregues documentos que regulam a rotina do setor.

No âmbito do HINSG o organograma do NIR é representado pela seguinte Figura 1:

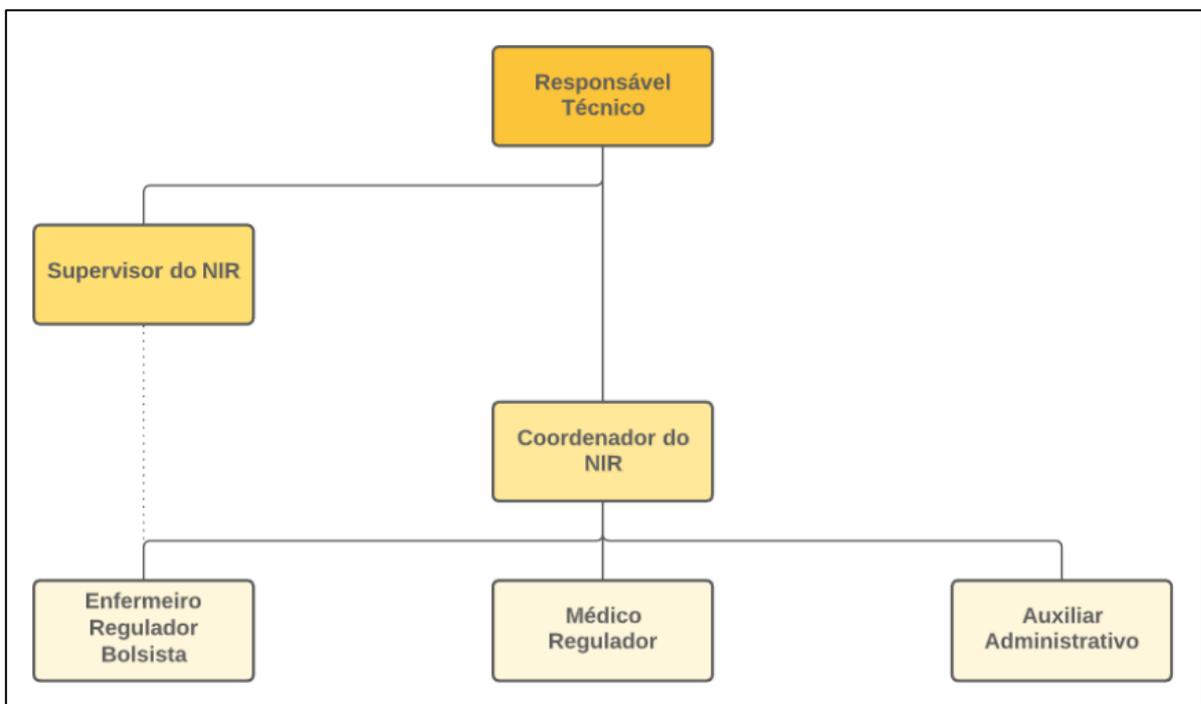


Figura 1 – Organograma do NIR

Fonte: HINSG (encaminhado por e-mail)

E conforme esse documento, o coordenador do NIR possui como atribuição, entre outros, monitorar os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência (TMP), supervisionar a alimentação dos dados nas planilhas dos indicadores utilizando

sistemas internos para coleta de dados e manter o fluxo de informação entre o hospital e a central de regulação, referente às solicitações do sistema regulador.

Ao seu turno, o médico regulador tem como atribuição, entre outros, identificar pacientes com critérios de alta hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente, regular os leitos disponíveis no próprio hospital, avaliar e revisar os relatórios mensais de indicadores necessários para o NIR. Ao enfermeiro regulador cabe verificar os dados do monitoramento do Kanban.⁸

O NIR informou que utiliza os seguintes indicadores e metas:

Tabela 3 – Indicadores e metas acompanhados pelo NIR

INDICADOR	AVALIAÇÃO
Taxa de ocupação institucional dos leitos hospitalares	>85% e < 95%
Tempo (institucional) de intervalo de substituição de leitos	1,3 dias
Giro institucional de leitos	3 a 3,7
TMP de longa permanência (> 90 dias)	0,5%
Taxa de óbitos	1,7 por 1000
TMP institucional	8 dias

Fonte: extrato da entrevista realizada com o NIR

Legenda: TMP – Tempo Médio de Permanência

O hospital também possui um Escritório de Gestão de Altas - EGA cujas ações são delineadas por um manual. Durante a entrevista, além desse documento, foi entregue o Protocolo de Alta Segura.

No primeiro documento afirma-se que a atuação do EGA é com foco na desospitalização dos pacientes internados, tem como objetivo construir uma gestão eficiente do fluxo do paciente por meio da governança clínica, a fim de arquitetar uma alta segura e ágil para os pacientes internados, trazendo impacto na redução do tempo de permanência, aumento do giro de leito, redução de reinternação precoce e aumento da qualidade assistencial.

⁸ Dispositivo para qualificação da coordenação do cuidado, através da priorização e do aperfeiçoamento da tomada de decisão clínica e da maximização do uso dos leitos, com forte ênfase em equipes multiprofissionais

Nesse sentido, o EGA criou indicadores que se relacionam ao objetivo da desospitalização, a exemplo do tempo entre a resolução da pendência registrada e alta (meta de 1,7 dia) e o tempo da resolução da pendência (meta de 1 dia).

Macroprocesso de agendamento de consulta ambulatorial

Não há macroprocessos instituídos pelos setores. De modo geral, a primeira consulta é regulada via processo de regulação. Após isso, o processo para as reconsultas é gerenciado internamente.

Além disso, foi informado que existe uma porta aberta para os pacientes IST/AIDS, sem registro eletrônico e sem regulação, que normalmente vêm de outras maternidades, para obter consulta com a equipe multiprofissional (médico infectologista, assistente social, enfermeiro e psicóloga).

Macroprocesso de agendamento de cirurgia eletiva

Não há macroprocessos instituídos pelos setores. Contudo, foi possível extrair da entrevista que no ato da consulta ambulatorial o médico já realiza o agendamento, se necessário, pois, atualmente, o médico administra sua própria agenda e, depois, ele informa ao NIR. O NIR, ao seu turno, informou que o seu controle sobre os dados das cirurgias eletivas é recente.

Macroprocesso de acesso ao pronto socorro

Outra porta de entrada é o PS para os serviços de urgência e emergência, denominada “porta aberta”, mas sem macroprocessos instituídos.

Inicia-se o processo com uma análise de classificação do risco e caso seja constatado que o paciente está enquadrado dentro do critério para atendimento, abre-se sua ficha na recepção. Posteriormente há o atendimento por médicos e/ou enfermeiros, nos consultórios existentes.

Também há a possibilidade, a depender da avaliação, do paciente ser encaminhado para um dos leitos existentes, seja na sala amarela, laranja ou vermelha. Também há a possibilidade de o paciente passar por pequenas cirurgias.

Fatores críticos

Com base na avaliação de risco, compreendeu-se que seriam os seguintes os fatores críticos do HINSG:

- a. A realização de valor para o paciente, diante da infraestrutura existente e da distância entre as sedes;
- b. O uso eficiente do leito, considerando as condições físicas do hospital, a gestão fragilizada, e os problemas de resolutividade na atenção primária;
- c. O planejamento estratégico do hospital e a contratualização com a Sesa;
- d. O controle sobre as consultas ambulatoriais;
- e. O funcionamento das comissões; e
- f. O atendimento no PS.

3 ACHADOS DE AUDITORIA

3.1. ESTRUTURA FÍSICA DO HINSG

Questão de auditoria 1: Como a estrutura física do HINSG impactou a eficiência hospitalar em 2022?

Nas entrevistas realizadas na fase de planejamento, que incluíram a realização da Matriz SWOT⁹, os responsáveis pelos setores apontaram como fraquezas do HINSG, entre outras, a existência de duas sedes (Colina, em Santa Lúcia, e Milena, em Bento Ferreira) e a precariedade da estrutura física, especialmente da sede mais antiga localizada em Santa Lúcia (Colina), a saber: mofo, umidade, problemas com climatização, déficit de salas, falta de cadeiras e mesas, banheiros sem condições de uso, etc.

Muitos desses apontamentos foram corroborados por pendências encaminhadas pela Vigilância Sanitária Estadual, pela Gerência de Engenharia e Arquitetura da Sesa/ES – GEAT/Sesa e pelo CBMES.

Contexto histórico

Como já abordado na introdução, a história do hospital é antiga, começando em 1932, com a vinda do médico Moacyr Ubirajara e da Enfermeira Mary Ubirajara.

Atualmente a estrutura física do hospital é compartimentada, sendo uma parte de suas unidades no bairro Santa Lúcia (Alameda Mari Ubirajara) e outra no bairro Bento Ferreira (Avenida Jair Etienne Dessaune - Hospital da Polícia Militar), ambos em Vitória, conforme demonstrado na Figura 2:

⁹ A palavra *SWOT* é um acrônimo formado pelas palavras inglesas *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Estas quatro dimensões de estudo resultam em uma lista de prós e contras que auxiliam na tomada de decisão. Consiste na análise subjetiva das capacidades internas, para identificar as forças e as fraquezas da organização, e do ambiente externo no qual atua a organização, para apontar as oportunidades e ameaças presentes (Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco Aplicados em Auditoria. PORTARIA-SEGECEX Nº 31, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2010 do Tribunal de Contas da União).

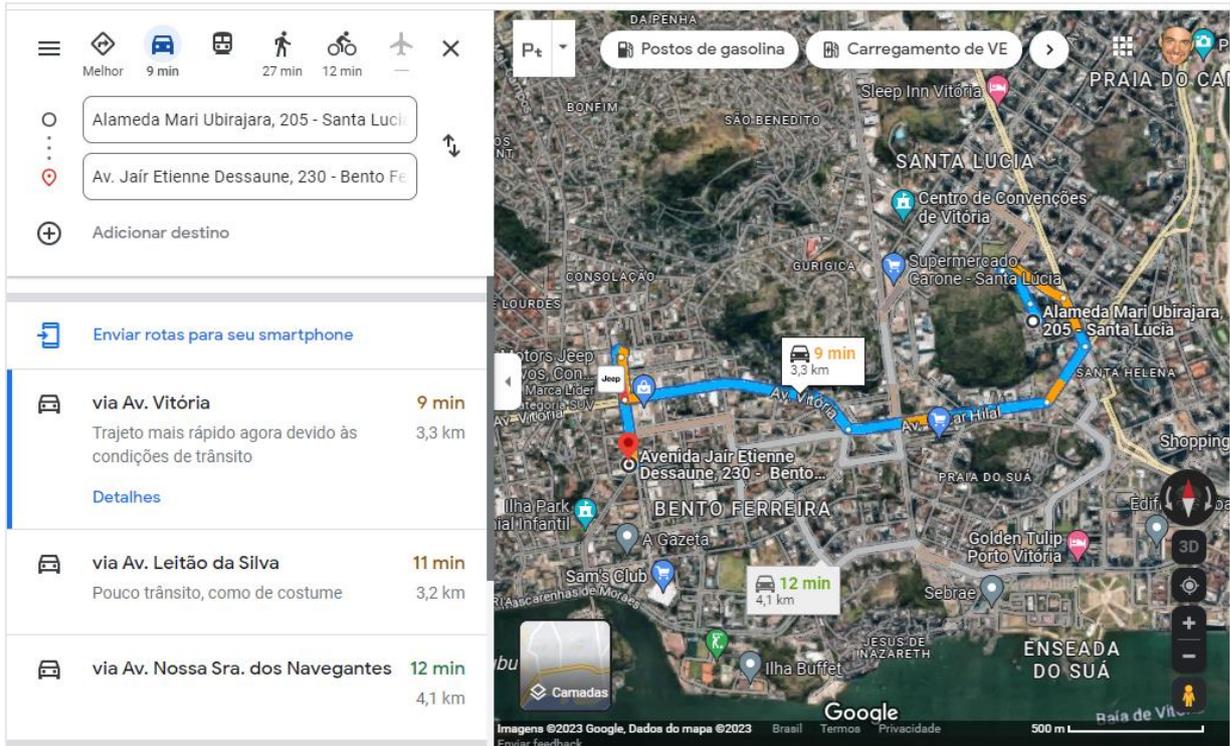


Figura 2 - Distância entre as sedes do HINSG

Fonte: Google Maps¹⁰

Conforme o Google Maps indica, a distância entre as sedes pode variar de 3,2 km a 4,1 km a depender do caminho utilizado. Esse “print” da tela foi tirado em uma quarta-feira, em 15 de março de 2023, e o tempo estimado entre as sedes variou de 9 a 12 minutos.

Para melhor entender como a Sesa vêm se comunicando com a sociedade sobre seu planejamento acerca do HINSG, realizou-se uma resumida contextualização a partir do ano de 2012.

Em 2012, conforme consta de publicação no site da Sesa de 2/4/2012¹¹, o Governo do Estado anunciou que o novo Hospital Infantil de Vitória teria 180 leitos e seria um dos mais modernos do país.

¹⁰ Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/dir/Alameda+Mari+Ubirajara,+205+-+Santa+Lucia,+Vit%C3%B3ria+-+ES/Avenida+Jair+Etienne+Dessaune,+230+-+Bento+Ferreira,+Vit%C3%B3ria+-+ES/@-20.3097857,-40.3124193,2797m/data=!3m2!1e3!4b1!4m14!4m13!1m5!1m1!1s0xb817c4b92b1f25:0x2f2d590bd913e2a7!2m2!1d-40.2976431!2d-20.3077698!1m5!1m1!1s0xb83d7e82be92cb:0xc118527c6474729d!2m2!1d-40.312047!2d-20.3126321!3e0!5m1!1e4> Consulta realizada em 15 mar. 2023 às 15:00 h.

¹¹ Disponível em: <https://saude.es.gov.br/novo-hospital-estadual-infantil-de-vitoria-te>. Acesso em: 15 mar. 2023.

Consta da matéria que **o projeto executivo foi contratado pela Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil (Acacci)**, em parceria com o Instituto Sincades e Unimed, e elaborado pelo escritório FG Arquitetura e Consultoria. O custo estimado da obra era de R\$ 116.599.974,62. O novo hospital infantil seria erguido em uma área de 15.545,57 m². A edificação teria três blocos, nove pavimentos e 28.348,52 m² de área construída. Para a realização da obra, **foram desapropriadas duas áreas, uma no antigo Hospital Pediátrico de Vitória e outra na Reta da Penha**.

A foto publicada na referida matéria, mostra como ficaria a fachada do novo HINSG. No entanto, passados mais de 10 anos, o projeto executivo doado pela Acacci não foi executado e as duas áreas desapropriadas encontram-se em desuso, salvo parte do antigo Hospital Pediátrico de Vitória que é utilizada como estacionamento para os funcionários¹².



Figura 3 - Fachada do novo HINSG conforme projeto executivo doado pela Acacci em 2012

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do ES.

Em 2017, de acordo com matéria veiculada no site do Departamento de Imprensa Oficial do Espírito Santo (DIO/ES) de 9/10/2017¹³, ocorreu a divisão em duas sedes,

¹² Durante a submissão do achado, o HINSG informou que sua parte antiga não estoca materiais médico-hospitalares. Com isso, foi feita essa correção para esse relatório final.

¹³ Disponível em: <https://dio.es.gov.br/Not%C3%ADcia/novo-pronto-socorro-do-hospital-infantil-de-vitoria-e-inaugurado>. Acesso em 20 mar. 2023

com a transferência do pronto-socorro para o Hospital da Polícia Militar (HPM), no bairro Bento Ferreira.

O Secretário de Estado da Saúde à época, Ricardo de Oliveira, informou que as obras para a transferência da oncologia pediátrica de Santa Lúcia para o HPM já tinham sido iniciadas e que, com a mudança do pronto-socorro para Bento Ferreira, seria licitada a obra de adequação das instalações de Santa Lúcia.

Em 2019, conforme matéria veiculada no site A Gazeta em 5/9/2019, “Governo do ES avalia fechar prédio do Hospital Infantil de Vitória”¹⁴, consta que até aquela data ainda não havia sido definido se os serviços seriam transferidos para outras unidades ou se seria construído um novo hospital.

Segundo a matéria, a unidade de Santa Lúcia funcionava sem o alvará do CBMES e da Vigilância Sanitária desde 2014, e entre janeiro e setembro de 2019 já haviam ocorrido no hospital três princípios de incêndio, sendo um no setor de oncologia, um no CTI e um no setor de Raio-x. Em coletiva de imprensa, o Secretário de Estado da Saúde à época, Nésio Fernandes de Medeiros Junior, afirmou que não havia vantagem administrativa e financeira em reformar estruturalmente o prédio e o governo realizaria investimentos para resolver as questões emergenciais da unidade.

Nessa mesma data (5/9/2019), o jornal ES Hoje publicou a matéria “Governo estuda a construção de um novo Hospital Infantil, em Vitória”¹⁵, entretanto, diferente do projeto que teria sido doado pela Acacci em 2012 e que já contava com duas áreas desapropriadas (uma no antigo Hospital Pediátrico de Vitória e outra na Reta da Penha), foi anunciada a possibilidade de resgatar um projeto de parceria público-privada de 2014 para construção de um novo hospital infantil em imóvel da iniciativa privada localizado na **Avenida Leitão da Silva** em Vitória.

Em 2020, em matéria intitulada “Setor de oncologia do Hospital Infantil de Vitória em novo espaço”, publicada em 24/1/2020¹⁶, consta que foi inaugurada naquela data a

¹⁴ Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/es/gv/governo-do-es-avalia-fechar-predio-do-hospital-infantil-de-vitoria-0919>. Acesso em 20 mar. 2023

¹⁵ Disponível em: <https://eshoje.com.br/2019/09/governo-estuda-a-construcao-de-um-novo-hospital-infantil-em-vitoria/>. Acesso em 20 mar. 2023

¹⁶ Disponível em: <https://sejus.es.gov.br/Not%C3%ADcia/setor-de-oncologia-do-hospital-infantil-de-vitoria-em-novo-espaco>. Acesso em 20 mar. 2023

nova Unidade de Tratamento de Alta Complexidade em Onco-Hematologia (Unacon) pediátrica do HINSG. O setor, até então alocado na área do hospital que funciona em Santa Lúcia, passou a funcionar no HPM, em Bento Ferreira.

Metodologia

Com o objetivo de identificar e evidenciar os impactos causados pela existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física, especialmente da sede Santa Lúcia, foram solicitadas informações ao HINSG e à Sesa, por meio dos Ofícios 841/2023 e 839/2023, respectivamente.

Também foram encaminhados questionários para os chefes de núcleos com o objetivo de realizar uma pesquisa qualitativa sobre os impactos da existência de duas sedes e da precariedade da estrutura física para os servidores e para os pacientes. No total foram obtidas 17 respostas.

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 1 estão relacionados a seguir.

3.1.1 A existência de duas sedes do HINSG causou impactos financeiros e não financeiros decorrentes dos diversos deslocamentos realizados para transporte de pacientes, equipamentos, insumos e funcionários

Situação encontrada

Em decorrência da existência de duas sedes ocorreram desperdícios que reduzem a criação de valor para o paciente.

Preliminarmente cabe destacar que o HINSG não possui um sistema de informação que possa disponibilizar as informações referentes às viagens realizadas por seus veículos, conforme se conclui das respostas encaminhadas.

As informações encaminhadas pelo HINSG não foram suficientes para quantificar as viagens realizadas em 2022 e dimensionar os gastos realizados especificamente com

os deslocamentos entre a sede Colina e a sede Milena para o transporte de pacientes e para o transporte de materiais e equipamentos.¹⁷

Em relação às atribuições dos chefes de núcleos, o HINSG informou que estão disponíveis na Lei 5.594/1998, especificamente no Anexo III. Entretanto, da leitura e análise dos objetivos das unidades de trabalho, não foi possível identificar de maneira expressa que as atribuições deveriam ser realizadas nas duas sedes, até porque não era essa a situação em 1998 e mesmo atualmente trata-se de uma situação atípica.

Ante essas limitações, mas diante das boas práticas de gestão, presumiu-se que para todos os setores que têm unidades nas duas sedes, serão necessários deslocamentos dos chefes e seus colaboradores entre as sedes, gerando impactos financeiros (combustível, manutenção dos veículos, pessoal, etc.) e não financeiros (segurança do paciente, desmotivação da força de trabalho, etc.).

Essa premissa é endossada pela metodologia Lean (GRABAN, 2013) que dispõe sobre a necessidade de uma frequência para a realização de auditorias conforme o nível hierárquico do profissional.

Quadro 1 – Frequências de auditorias

Nível/função	Frequência da auditoria	Frequência da auditoria dos auditores
Supervisor de linha de frente	Turno ou dia	X
Gerente	Semana	Dia
Diretor	Mês	Semana
Vice-presidente	Quinzena	Mês
Primeiro escalão	Quinzena	Mês

Fonte: Hospitais Lean melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários/ Mark Graban;2013

A premissa foi confirmada por meio de questionário encaminhado para as lideranças do hospital, conforme demonstram as tabelas abaixo (vide todas as perguntas e respostas no **Apêndice 00022/2023-7**).

Tabela 4 - Questão: Em qual sede o senhor encontra-se lotado fisicamente?

Opções	Qtd
Ambas. Realizo o deslocamento entre as sedes em dias alternados	3
Ambas. Realizo o deslocamento entre as sedes em um mesmo dia	4
Bento Ferreira	3
Santa Lúcia	7

Fonte: Elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

¹⁷ O HINSG em caminhou notas fiscais da Link Card Administradora de Benefícios e da Ticket Soluções HDFGT S.A. referentes aos abastecimentos realizados pela frota do hospital, não sendo possível especificar o montante destinado para as viagens realizadas entre as sedes.

Das 17 (dezesete) lideranças que responderam ao questionário, 7 (sete) não possuem uma lotação fixa, tendo que alterar a sede durante o mesmo dia ou durante a semana. Outras 3 (três) têm sede fixa em Bento Ferreira, e outras 7 (sete) têm sede fixa em Santa Lúcia.

Sobre a necessidade de presença física do respondente ou de algum colaborador sob sua gestão nas duas sedes, as respostas foram as seguintes: 12 de 17 (70,58%) para mim e outros colaboradores; 4 de 17 (23,52%) para mim e 1 de 17 (5,88%) apenas para os colaboradores.

Tabela 5 - Questão: Para a sua atual função/cargo e/ou para a realização das rotinas de seu setor, está previsto, ainda que potencialmente, a sua presença física e/ou de algum colaborador sob sua gestão, nas duas sedes (exemplo: entrega de documentos físicos, coordenação dos trabalhos, realização de reuniões de equipes, etc.)?

Opções	Qtd
Sim, para mim	4
Sim, para mim e para outro(s) colaborador(es) sob minha chefia	12
Sim, para outro(s) colaborador(es) sob minha chefia	1

Fonte: Elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Considerando que nenhuma das lideranças respondeu “não”, conclui-se que em alguma medida o deslocamento entre as sedes é necessário para a realização de rotinas de todos os setores.

Sobre quantas vezes por semana ocorreu o deslocamento entre as sedes para o respondente e/ou para os colaboradores do setor as respostas foram as seguintes: 5 de 17 (29,41%) 1 vez; 6 de 17 (35,29%) 3 vezes, 1 de 17 (5,88%) 4 vezes e 5 de 17 (29,41%) 5 vezes ou mais.

Tabela 6 - Questão: Em 2022, em média, quantas vezes por semana ocorreu o deslocamento, entre as sedes localizadas em Bento Ferreira e Santa Lúcia para o senhor (a) e/ou para os colaboradores do seu setor?

Opções	Qtd
1 vez na semana	5
3 vezes na semana	6
4 vezes na semana	1
5 vezes na semana ou mais	5

Fonte: Elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Sobre a utilização de veículo do HINSG para a realização de deslocamentos:

Tabela 7 - Questão: Na hipótese de terem sido realizados deslocamentos entre as sedes no decorrer de 2022, qual a frequência na utilização de veículo do HINSG

Opções	Qtd
nunca	3
raramente	5
ocasionalmente	1

frequentemente	4
sempre	4

Fonte: Elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Sobre se deslocar com o próprio veículo, 8 de 17 o fazem sempre ou frequentemente, acarretando um custo para o próprio profissional.

Tabela 8 - Questão: Na hipótese de terem sido realizados deslocamentos entre as sedes no decorrer de 2022, qual a frequência na utilização de veículo próprio

Opções	Qtd
nunca	3
raramente	3
ocasionalmente	1
frequentemente	7
sempre	3

Fonte: Elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Sobre os motivos dos deslocamentos (quantitativo de “frequentemente e “sempre”), foram apresentadas as seguintes respostas:

- a. 12 de 17 marcaram frequentemente e 2 de 17 marcaram sempre para a realização de reuniões;
- b. 10 de 17 marcaram frequentemente e 2 de 17 marcaram sempre para a realização de rotinas de instrução, fiscalização e demais atividades relacionadas ao gerenciamento da força de trabalho ou das condições de trabalho;
- c. 6 de 17 marcaram frequentemente e 4 de 17 marcaram sempre para a solicitação/recebimento/encaminhamento de documentos, materiais, equipamentos, mão-de-obra e/ou demais insumos hospitalares; e
- d. 7 de 17 marcaram frequentemente e 2 de 17 marcam sempre para a resolução de pendências não padronizadas relativas a pacientes ou à força de trabalho sob sua gestão e que exigem a presença física.

Em resposta ao questionamento sobre a necessidade de aumentar a quantidade de colaboradores para determinadas funções/cargos e/ou determinados setores em razão da existência de duas sedes, o HINSG informou que a existência de duas sedes aumenta em primeira análise a necessidade de motoristas e farmacêuticos, por força de legislação. As equipes de apoio a assistência como higienização, rouparia e vigilância patrimonial também podem ter seus quadros aumentados. Os custos com

essa força de trabalho adicional não foram calculados em razão da ausência de detalhamento das informações prestadas pelo HINSG.

Na questão aberta, os chefes de núcleos deram ênfase à questão dos deslocamentos.

Cabe destacar que o PS está localizado em Bento Ferreira, sendo necessário o deslocamento de pacientes para a internação nas enfermarias localizadas na sede Colina.

Critérios

O método Lean pressupõe que os processos do hospital devem evitar o desperdício, pois é ineficiente e/ou não se cria valor para paciente.¹⁸

Causas

Precariedade da sede Santa Lúcia que levou a Sesa a transferir para o Hospital da Polícia Militar o pronto-socorro e a oncologia e a indefinição da Sesa quanto à unificação das sedes precedida das reformas necessárias ou à construção de um novo hospital em outro local.

Efeitos

Os efeitos foram expostos ao longo da descrição da situação encontrada, mas podem ser resumidos em duas espécies: impactos financeiros (combustível, manutenção dos veículos, pessoal, etc), e não financeiros (segurança do paciente, desmotivação, ineficiência)

Os chefes de núcleos, quando perguntados sobre o grau de impacto negativo para a assistência do paciente (qualidade e tempestividade) decorrentes dos deslocamentos entre as sedes deles próprios e dos colaboradores sob sua gestão, responderam muito alto (2) e alto (6), de um total de 12 respostas que inferiram algum grau de impacto.

¹⁸ GRABAN, Mark. **Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que reavalie a permanência da situação atual do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória quanto à existência de duas sedes (Santa Lúcia e Bento Ferreira), devendo considerar a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de uma nova sede.

Benefícios esperados

Redução dos desperdícios causados pelos deslocamentos entre as sedes, melhoria da assistência com a redução dos riscos para a segurança dos pacientes e aumento da satisfação dos colaboradores.

3.1.2 A Sesa não inseriu o HINSG em seu planejamento estratégico no intuito de fornecer uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital

Situação encontrada

Documentos estratégicos da Sesa não contemplam uma solução definitiva para as pendências relacionadas à estrutura física do HINSG.

Foram consultados os Planos Estaduais de Saúde (PES) disponíveis no site da Sesa/ES (<https://saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento>), de 2000 em diante, e constatadas as situações relatadas a seguir em relação à reforma, ampliação e/ou construção do novo Hospital Infantil de Vitória.

No **Plano Estadual de Saúde 2000-2003**¹⁹, foi incluída uma planilha denominada “Investimentos a serem realizados na área da saúde – período 2000 a 2003” em que consta a reforma e ampliação do HINSG com recursos do BNDES e estaduais.

¹⁹ Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PES%20200024.2.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

Quadro 2 – Investimento a serem realizados na área da saúde – Período 2000 a 2003.

MACRO-REGIÃO	MICRO-REGIÃO	LOCALIZAÇÃO	AÇÃO	FONTE	VALOR TOTAL	PERCENTUAL A SER EXECUTADO (%)			
						2000	2001	2002	2003
METROPOLITANA	METROPOLITANA	Vitória	Projeto da Organização da Atenção à Saúde do Trabalhador	MS	142.989	20	80	-	-
			Aquisição de equipamentos para o CRE Vitória	**	300.000	-	100	-	-
			Conclusão das obras e aquisição de equipamentos para o Laboratório Central de Saúde Pública	REFORSUS/ESTADO	1.385.304	90	10	-	-
			Conclusão das obras de ampliação do Hospital da Polícia Militar (HPM), acrescentando em 11 (onze) leitos de UTI adulto e 17 (dezesete) leitos de enfermaria para retaguarda do Hospital São Lucas	ESTADO	1.652.683	80	20	-	-
			Construção, ampliação, reformas e aquisição de equipamentos no Hospital São Lucas	**	1.800.000	-	20	30	50
			Construção e ampliação de leitos de cirurgia torácica, patologias pulmonares no Hospital da polícia Militar (HPM)	****	2.000.000	-	-	100	-
			Aquisição de equipamento para o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, incluindo o setor de hemodiálise.	MS/BNDES/ESTADO	2.238.750	60	40	-	-
			Reforma e ampliação visando a adequação estrutural do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	***/BNDES/ESTADO	9.787.038	10	30	60	-
			Aquisição de equipamentos para o CTI do hospital Santa Rita de Cássia de Vitória	CVRD	150.000	100	-	-	-
			Estruturação do Serviço de Verificação de Óbito no Hospital da Polícia Militar	***	290.000	-	50	50	-
			Reforma do Prédio da Central SESA/IESP	ESTADO	683.242	50	50	-	-
Aquisição de equipamentos para a UTI adulto da Santa Casa de Vitória e demais setores	**/MS/ESTADO	620.000	30	70	-	-			

Fonte: PES 2000-2003

Os **PES de 2004-2007 e 2008-2011** não fizeram menção à reforma, ampliação e/ou construção do novo HINSG.

No **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**²⁰ constava em anexo o PPA 2012-2015 do Estado do Espírito Santo no qual a construção e equipamento do novo Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória foi listada entre as ações do programa “reestruturação e ampliação da capacidade da rede de serviços de saúde” cujo objetivo era “ampliar, organizar e qualificar o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária em saúde” para o público-alvo “usuários do sistema único de saúde e população em geral”.

No quadriênio seguinte, conforme demonstrado no **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**²¹, a construção do novo Hospital Infantil de Vitória foi elencada como um dos projetos prioritários do Estado, no contexto do “Desafio 2 – ampliar e facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializados e mais humanizados”.

²⁰ Disponível em

https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf. Disponível em: 15 mar. 2023.

²¹ Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

Quadro 3 – Projetos prioritários do Estado no Desafio 2 -Plano Estadual de Saúde 2016-2019

2	DESAFIO 2 – AMPLIAR E FACILITAR O ACESSO DO CIDADÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS E MAIS HUMANIZADOS
2.1	Ampliação e Modernização da Rede de Saúde Especializada
2.1.1	Conclusão do Hospital de Urgência e Emergência – HEUE
2.1.2	Construção e implantação do Hospital Geral de Cariacica
2.1.3	Implantação de 5 (cinco) Centros de Consultas e Exames Especializados
2.1.4	Implantação de 224 Novos Leitos
2.1.5	Expansão do SAMU 192 na região metropolitana de Saúde
2.1.6	Construção do Novo Hospital Infantil de Vitória
2.1.7	Disponibilização de 100 novos leitos de saúde mental
2.1.8	Reestruturação de 4 (quatro) centros regionais de Especialidades
2.1.9	Perfilização e contratualização de 4 (quatro) Hospitais Regionais para cuidados paliativos
2.1.10	Fortalecimento da rede Estadual Materno Infantil
2.1.11	Reforma e ampliação da maternidade de São Mateus
2.1.12	Reforma e ampliação da maternidade de Cachoeiro
2.1.13	Implantação de um Sistema de Transporte Eletivo

Fonte: PES 2016-2019

Já no **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**²² não foi feita nenhuma menção ao novo Hospital Infantil de Vitória, apesar da situação de precariedade da estrutura física não ter sido solucionada.

Quanto à motivação da divisão em duas sedes e a sua preferência por esse formato ou pelo formato unificado, e quanto à existência de estratégia para a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de um novo hospital em um novo local, a Sesa, por meio do OF/SESA/GS/Nº 280/2023 (protocolado no e-tcees sob o nº 5052/2023), informou que **“não há no momento, estratégia definida para unificação das duas unidades”**.

Ao ser questionada sobre a situação do projeto executivo doado pela Acacci e das duas áreas que foram desapropriadas em 2012 para a construção do novo HINSG (uma no antigo Hospital Pediátrico de Vitória e outra na Reta da Penha), a Sesa, por meio do OF/SESA/GS/Nº 280/2023 (protocolado no e-tcees sob o nº 5052/2023), limitou-se a informar que o projeto entregue pela ACCACI foi recebido pela SESA

²² Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

através das suas áreas técnicas de competências²³ e que os terrenos para a ampliação do HINSG estão incorporados ao patrimônio do Estado.

A Sesa informou ainda que, com a incorporação da maternidade de alto risco no perfil do novo Hospital Estadual Geral de Cariacica (HEGC) que encontra-se em execução; com a maternidade do município de Serra concluída e em funcionamento; com o desenvolvimento do projeto de ampliação do Hospital Infantil e Maternidade Bernardino Alves (HIMABA) com mais 147 leitos e, com a transferência do pronto-socorro em 2017 e da oncologia em 2020 para o Hospital da Polícia Militar, as estratégias foram adaptadas às necessidades e análises da gestão à época, sendo necessário sobrestar os procedimentos de licitação do novo hospital infantil, com a reavaliação das necessidades assistenciais em pediatria para a região metropolitana e do Estado.

A Gerência de Engenharia e Arquitetura da Sesa, por meio do OF/SESA/SSAFAS/GEAT Nº 001/2023, informou que consta, no Planejamento Estratégico 2023-2026 do Estado, o Plano de Reestruturação Física para as unidades de saúde da rede SESA, onde o HINSG estaria incluso, ocasião em que se pretende sanar as principais deficiências e fragilidades do complexo hospitalar como um todo.

Entretanto, em matéria veiculada no site es.gov.br em 20/3/2023²⁴, na qual o Governo do Estado apresenta os projetos e programas para o período 2023-2026, foram mencionados os principais projetos para a área da saúde, entre os quais não se encontra o novo HINSG:

- Construção do **Complexo de Saúde para o Norte do Estado** (hospital com 260 leitos, hemocentro, farmácia cidadã, CRE, CRE, SRS, CRIE, Telessaúde;
- Conclusão do **Hospital Geral de Cariacica**;
- Realização de 110 mil cirurgias eletivas (ano) (**OPERA ES**);
- Construção do Hospital de Colatina (**Novo Silvio Avidos**) com oferta de 260 leitos.

²³ Com base na análise das informações recebidas da Sesa, é possível que o projeto executivo recebido da Acacci esteja juntado ao Processo 60841770 referente à ampliação de Unidade de Atenção Especializada em Saúde (Hospital Infantil de Vitória).

²⁴ Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/governo-do-estado-apresenta-projetos-e-programas-para-o-periodo-2023-2026>. Acesso em: 14 mar. 2023.

Critérios

Planos Estaduais de Saúde 2000-2003, 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023

Evidências

Ausência de menção ao projeto “Novo Hospital Infantil de Vitória” no PES em andamento (2020-2023) e nas informações disponíveis até o momento para o planejamento do período 2023-2026.

Causas

Falta de definição por parte da Sesa, no sentido de inserir o HINSG como projeto prioritário em seu planejamento estratégico e garantir uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital.

Efeitos

Manutenção da situação de precariedade da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, especialmente da Sede Colina (Santa Lúcia), o que compromete a segurança de pacientes e colaboradores.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Secretaria de Estado da Saúde que insira no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, a exemplo dos Planos 2000-2003, 2012-2015 e 2016-2019, projeto que contemple uma solução definitiva para a precariedade da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, devendo também garantir os recursos orçamentários e financeiros necessários para a execução do projeto.

Benefícios esperados

Espera-se que com a reinserção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória no planejamento estadual e a garantia dos recursos orçamentários e financeiros

correspondentes sejam solucionados em definitivo os problemas estruturais dessa unidade hospitalar com impactos positivos tanto para os pacientes como para os colaboradores.

3.1.3 O HINSG não está em conformidade com as exigências normativas e apontamentos técnicos relativos à estrutura física

Situação encontrada

O HINSG presta um serviço público em saúde, em desconformidade com as exigências normativas, conforme documentos elaborados pelo CBMES e pela Vigilância Sanitária; bem como em dissonância com os apontamentos técnicos da GEAT/Sesa.

Por meio do Ofício 841/2023, a equipe de auditoria solicitou ao HINSG as licenças/alvarás (CBMES e Vigilância Sanitária) e as evidências de que as ações indicadas no Relatório de Visita Técnica elaborado pela GEAT/SESA de 18/09/2020²⁵ foram executadas.

As informações foram solicitadas simultaneamente ao Corpo de Bombeiros (Ofício 836/2023), ao Núcleo Especial de Vigilância Sanitária da Sesa/ES – NEVS (Ofício 838/2023) e à GEAT/Sesa (Ofício 919/2023).

²⁵ **Ações a serem tomadas conforme Relatório de Visita Técnica de 18/09/2020 elaborado pelo GEAT/SESA (Processo TC 15408/2019):**

- Projeto executivo e respectiva instalação de sistema de exaustão e renovação de ar nos ambientes confinados que ainda não possuem exaustão;
- Projeto executivo e respectiva obra de drenagem exterior para coletar as águas de chuva do talude atrás do terreno do hospital minimizando as infiltrações causadas na edificação;
- Projeto executivo e respectiva obra de reforma do telhado que se encontra com muitos pontos de infiltração de água causando danos diretos à edificação;
- Projeto executivo de combate à incêndio;
- Projeto executivo e respectiva instalação de sistema de detecção de incêndio;
- Projeto executivo e respectiva instalação e reforma das tubulações de gases medicinais.
- Projeto executivo de reforma da área administrativa com vistas à otimização e melhoria da funcionalidade;
- Projeto executivo e respectiva obra de reforma do Centro de Tratamento de Queimados
- Projeto Executivo e respectiva obra de área destinada ao Almoxarifado do hospital;
- Projeto Executivo e respectiva obra de reforma da Fachada que se encontra com problemas de revestimentos soltos em função das infiltrações previamente citadas, aparelhos de ar condicionado instalados sem o devido cuidado na proteção dos pontos de fixação que se tomaram pontos de crescimento de vegetação;
- Projeto executivo e respectiva obra de criação de uma área de vivência para os usuários que hoje aguardam atendimento na frente do portão de entrada do portão uma vez que a recepção é pequena para o volume de pessoas que ali transitam diariamente;
- Projeto executivo e respectiva obra de reforma do estacionamento que, atualmente não atende a legislação vigente.

Essa técnica, conhecida como circularização²⁶, consiste na confirmação, junto a terceiros, de fatos e informações apresentados pelo auditado e pode contribuir para a obtenção de evidências mais robustas.

O HINSG, por meio do OF/HINSG/D.A/Nº 006/2023, informou que no dia 23 de março de 2023, o CBMES esteve no hospital para realização de vistoria, visando a liberação do respectivo alvará de licença, e que encaminharia o laudo ao TCEES assim que fosse emitido.

Relatório de Vistoria do CBMES (Anexo 01960/2023-9)

O CBMES, por meio do OFÍCIO Nº 141/2023/Ajudância-Geral/CBMES, informou que foi realizada fiscalização no Hospital Infantil, que apenas o sistema de proteção por extintores foi corrigido, que os demais sistemas continuam irregulares e que o hospital ainda apresenta alguns riscos para seus pacientes e colaboradores. No laudo anexado ao ofício foram detalhadas as irregularidades encontradas na vistoria realizada em 24/3/2023:

IRREGULARIDADES ENCONTRADAS:

[...]

- Sistema de proteção por extintores – Data de validade em dia;
- Sistema de iluminação de emergência – **Insuficiente** (Não atende a NT 13). O Gerador de emergência está em funcionamento, contudo não atende aos critérios da norma supracitada;
- Sistema de sinalização de emergência – **Insuficiente** (não atende a NT 14);
- Sistema de alarme de incêndios – **inexistente**;
- Sistema de detecção de incêndios – **inexistente**;
- Sistema de hidrantes de parede e mangotinhos – **inexistente**
- Sistema elétrico predial – embora tenha passado por correções, em vários pontos ainda precisam ser mantidos alguns pontos isolados.
- Central de gás – **Insuficiente** (falta isolamento e sinalização específica);
- Saídas de emergência – **Insuficiente** (em desacordo com a NT 10 - Ausência de corrimãos nas escadas, DMP insuficiente e sem sinalização).

PARECER:

Diante das irregularidades encontradas no local verifiquei que, embora houve uma reforma estrutural e elétrica no edifício, **os sistemas de proteção contra incêndio e pânico existentes não atendem aos requisitos mínimos necessários para a liberação de um ALPCB – Alvará de Licença Provisório do Corpo de Bombeiros** por não atender os itens 5.2.11.4, inciso II da NT 01 Parte 03. (grifos nossos)

[...]

²⁶ Parágrafo 359 do Manual de Auditoria Operacional do Tribunal de Contas da União.

Posteriormente, por e-mail, o CBMES afirmou, em 12/04/2023, que atualmente há plantão de militares revezando de dia e de noite no HINSG. Essa situação já tinha sido abordada pela imprensa em 2019.²⁷

Relatórios da GEAT (Anexos 01961/2023-3 e 01962/2023-8)

Quanto às ações a serem realizadas indicadas pela Gerência de Engenharia e Arquitetura (GEAT/Sesa) em relatório de visita técnica de 18/9/2020, o HINSG informou que “as obras indicadas no referido relatório já foram iniciadas” e que “há áreas que foram finalizadas e outras em andamento”

A GEAT, no entanto, por meio do OF/SESA/SSAFAS/GEAT Nº 001/2023²⁸, informou que as “ações a serem tomadas” que constavam do relatório mencionado necessitam da contratação de empresas especializadas para a elaboração do diagnóstico detalhado de cada situação, com respectivas elaborações dos projetos executivos e planilhas orçamentárias para a contratação das obras, e que o processo de contratação da empresa ainda não foi efetivado.

Em outro relatório elaborado pela GEAT/Sesa (Relatório de Constatação de Instalações Físicas de 16/7/2020), que a equipe teve conhecimento posteriormente por ocasião do OF/SESA/GS/Nº 280/2023 protocolado no e-tcees sob o nº 5052/2023, foram identificadas as seguintes situações:

[...]

De modo geral, a edificação da década de 1933 se encontra em situação de alerta. Sua estrutura antiga acabou por não acompanhar, ao longo dos anos, o acréscimo da demanda de seus usos e, atualmente, apesar de frequentes intervenções parciais pelas quais passa de modo recorrente, ainda assim não contemplam a eficiência necessária.

Atualmente, o hospital tem passado por uma relocação de alguns setores em área cedida no HPM - Hospital da Polícia Militar. Tal iniciativa vem promovendo certo “desafogamento” das demandas das instalações do prédio, mas ainda assim, o espaço físico de suas instalações é insuficiente para um hospital que é referência de tratamento infantil no Estado.

Sua implantação no alto de uma ladeira traz muitos prejuízos no quesito mobilidade urbana. Seu acesso obriga o público em geral a um deslocamento penoso da base do morro, onde são dispostos os eixos viários de maior movimentação que servem de escoamento dos meios de transporte público, até suas instalações. O estacionamento

²⁷ Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/editorial/bombeiros-de-plantao-no-hospital-infantil-sao-o-retrato-do-absurdo-0819>. Acesso em: 14 mar. 2023.

²⁸ As intervenções realizadas no HINSG que foram informadas no OF/SESA/SSAFAS/GEAT Nº 001/2023 já constavam do Relatório de Constatação de Instalações Físicas elaborado pela GEAT em 16/7/2020.

estrangulado, dividido entre a sede e o pátio do antigo Hospital Menino Jesus, é insuficiente para o atendimento das demandas da equipe como também do público. Contribuem para este fator a presença de calçadas irregulares, que favorecem empoeiramentos, o piso trepidante ou mesmo a ausência de qualquer tratamento deste são fatores que atestam negativamente contra suas instalações. O acesso principal, através de rampa, que não atende às normativas vigentes, apresenta cobertura precária deixando usuários e corpo técnico sujeito a intempéries.

Nos pátios é possível constatar que não há estrutura de drenagem eficaz nas instalações do hospital e que, tanto a água proveniente do morro, quanto a acumulada nos estacionamentos, não apresentam direcionamento correto. **Recentemente as atenções se voltaram para o pátio principal de acesso, após o muro de divisa ter ruído durante obras de construção de um condomínio vizinho.** Na ocasião detectou-se a fragilidade e a precariedade do solo de sustentação do pátio externo, onde atualmente pacientes e familiares aguardam atendimento. Apesar de o fato não evidenciar riscos maiores, salienta a necessidade de atuação rápida no reparo dos danos e a necessidade de intervenções que adequem a estrutura existente no intuito de garantir a segurança dos usuários e a eficácia do uso proposto.

Suas fachadas, como um todo, não recebem manutenção adequada há tempos. A pintura carece de cuidados. Apresenta-se em péssimo estado de conservação. É nítida a presença de limo, infiltrações, falta de reboco em alguns pontos e trincas onde brotam vegetações. Goteiras, fiações e instalações aparentes realçam o estado de precariedade que a falta de cuidados adequados conferiu ao local.

Em todo o espaço visualizamos que não há trato adequado aos revestimentos de piso, parede ou teto. Muitas infiltrações se tornam facilitadoras de proliferação do lodo e mofo em ambientes que necessariamente deveriam conferir extrema salubridade devido ao fim a que se destinam. É possível detectar cerâmicas falhas ou inexistentes, reboco aparente ou mesmo cedendo.

Internamente, o estado precário é novamente verificado. Os corredores são estreitos a ponto de prejudicar a circulação de usuários e macas, tornando esta última quase inviável. Constata-se que corre uma total ausência de corrimãos e piso adequado aos fluxos e usos. A acessibilidade é inadequada, sendo a circulação entre os pavimentos realizada por meio de escadas estreitas ou rampas que destoam das normas pertinentes quanto a inclinação mínima necessária, não atendendo a nenhum preceito normativo vigente. A rampa principal destinada a pacientes, apesar de possuir cobertura não foi contemplada com vedação lateral, e, por este motivo, deixam expostos os usuários a incidência de intempéries.

Na cobertura, as telhas, muitas vezes trincadas facilitam a percolação e infiltração de água nas instalações. Em muitos pontos das circulações e, inclusive, das enfermarias é possível se deparar com paredes mofadas, infiltradas, com boa parte de acabamentos comprometida, trazendo insalubridade e riscos aos usuários e à equipe atuante.

Instalações de apoio e administração seguem o mesmo padrão: na rouparia, o depósito stand by de roupa limpa possui parte da parede com muitas infiltrações e os vão vedados inadequadamente, para tentam impedir a entrada de vetores. O cheiro de mofo torna impraticável a permanência no local. Na área de armazenagem da rouparia de uso diário, além da falta de estrutura adequada para apoio e condicionamento das peças, há presença de mofo e infiltrações que se repetem como um todo em todas as dependências. Salienta-se que a vedação entre as áreas de roupa limpa e contaminada apresenta grandes orifícios originados com a retirada dos antigos equipamentos, sendo vedados de forma improvisada, comprometendo a higiene esperada.

As esquadrias de toda a Unidade, de modo geral, precisam de reparos ou substituição. São visíveis os danos à pintura, as perfurações, as peças quebradas e ausência dos metais. Muitas das estruturas metálicas estão enferrujadas, empenadas ou retorcidas, em função da ação do tempo ou mau uso. Faltam ainda mobiliários e muitos requerem cuidados, manutenções constantes e/ou substituição.

No que tange as instalações elétricas, apesar de reparos e melhorias realizadas há pouco tempo, por se tratar de uma edificação antiga salientamos a necessidade de constantes reparos e frequente monitoramento.

Em se tratando de prevenção de combate a incêndio e pânico, o HINSG se encontra irregular, pois não possui dispositivos de combate a incêndio exigidos, tampouco espaço físico adequado que permita dimensões (larguras) e distâncias de rotas de fuga adequadas. Em se tratando das ações de adequação do espaço físico, o hospital teria que ter as larguras das rotas de fuga aumentadas passando a ter dimensões mínimas de 2,20m para corredores e rampas e 1,65m para escadas, podendo não se viabilizar pela perda de espaços de atendimento e presença de elementos estruturais como pilares, por exemplo e; teria que se construir minimamente três circulações verticais (podendo ser através de rampas ou conjunto escadas/elevador de emergência) entre os pavimentos superior e térreo, localizado nos extremos e meio da edificação, perdendo área construída além de se inviabilizar pelas condições de elementos estruturais. Ainda se tratando de circulação vertical é preciso adequar a rampa que entre o térreo e o pavimento inferior que passou por recente reforma. Todas essas interferências são para que se possa sair da edificação e alcançar o pátio central.

Do pátio central a evacuação deve ser dirigida para fora do complexo do HINSG e para que isso ocorra é preciso que uma parte da edificação, especificamente os ambientes que hoje funcionam o setor de manutenção, seja demolido para se criar uma passagem exclusiva de pessoas.

Em se tratando das instalações de dispositivos de combate a incêndio, a edificação precisa ter em suas dependências a presença de sistema de hidrantes preventivos, sendo componente deste sistema um reservatório de água fria acima de 18m³ cujas bases estruturais precisam ter capacidade de sustentação; precisa ter sistema de detecção de fumaça em todos os ambientes, fazendo necessário uma intervenção física para passagem de elementos que estruturam este dispositivo.

Ressalta-se que as rotas de fuga e os dispositivos de combate a incêndio se referem a elementos de combate e para que esse não precise ser utilizado, ou pelo menos diminua a chance, é necessário que o sistema de proteção contra descargas elétricas — SPDA e rede elétrica estejam adequadas pois, descargas atmosféricas e rede elétrica inadequada podem ocasionar princípios de incêndio que se não contido pode chegar a um grande incêndio.

As instalações sanitárias são insuficientes, inacessíveis, antigas e não se enquadram às normas vigentes. Não há instalações para o público geral e funcionários e estas precisam reformas de adequação.

De um modo geral, compreende-se que todo o espaço físico da Unidade necessita de ajustes quanto às determinações das normas sanitárias, de segurança do trabalho e acessibilidade, além de intervenções e reparos para melhor adequação do espaço físico existente. As compartimentações configuram ambientes pequenos, muitas vezes mal distribuídos, destoando das necessidades à atuação profissional e desenvolvimento das atividades a que se destinam. Também não há estrutura física suficiente e adequada para a recepção, nem oferta de acolhimento mínimo necessário e que se encaixe aos requisitos da Política Nacional de Humanização Hospitalar.

Exemplificando o contexto é possível citar o Centro de Tratamento de Queimados. A sala de balneoterapia apresenta um arranjo espacial de acesso que dificulta a movimentação de maca, e sua estrutura física necessita de intervenções que confiram melhores condições de salubridade para a atividade desenvolvida no ambiente. A mesa de banho se apresenta em material inadequado, com fissuras, o que induz a precariedade na higienização. O esgotamento é ineficaz sendo possível notar o refluxo nas instalações de seu esgotamento sanitário após o uso do equipamento, o que frequentemente gera odores no ambiente.

Deste modo, tendo em vista o número de atendimentos realizados no hospital, os ambientes não conferem conforto necessário, sua compartimentação e instalações são insuficientes e, ora inapropriadas à perfeita aplicação de suas funções.

Outro ponto relevante a ser notado se refere à documentação legal. Importante evidenciar que apesar do hospital ser referência no Estado no atendimento infantil, este não apresenta sua documentação legal de funcionamento em dia. O hospital ainda não possui alvarás definitivos junto aos órgãos fiscalizadores da Prefeitura Municipal ou do Corpo de Bombeiros.

[...]

As questões 8 a 12 do questionário encaminhado aos chefes de núcleo trataram da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

Nas **questões 8 e 9**, quando questionados sobre a frequência em que se depararam com problemas estruturais da condição física do HINSG, obteve-se o seguinte resultado (Tabelas 9 e 10):

Tabela 9 – Questão: O(A) Senhor(a) se deparou com problemas estruturais da condição física do HINSG, sede Santa Lúcia, com que frequência, em 2022?

Opções	Qtd
raramente	1
ocasionalmente	1
frequentemente	2
sempre	13

Fonte: elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Tabela 10 - (A) Senhor(a) se deparou com problemas estruturais da condição física do HINSG, sede Bento Ferreira, com que frequência, em 2022?

Opções	Qtd
nunca	1
raramente	1
ocasionalmente	1
frequentemente	4
sempre	10

Fonte: elaboração própria, a partir das respostas dos questionários

Conforme se verifica, 13 de 17 (76,47%) responderam “sempre” e 2 de 17 (11,76%) responderam “frequentemente” para a sede Santa Lúcia. Já em relação à sede de Bento Ferreira, 10 de 17 (58,82%) responderam “sempre” e 4 de 17 (23,52%) responderam “frequentemente”.

Diante das respostas para as questões 8 e 9, conclui-se que mais de 80% dos respondentes se depararam com problemas estruturais da condição física do HINSG sempre ou frequentemente, em ambas as sedes.

A **questão 10** versou sobre os principais problemas operacionais decorrentes da condição física do HINSG em 2022, e que estão referenciadas na Tabela 11:

Tabela 11 - Problemas operacionais decorrentes da condição física do HINSG

Problemas operacionais	Quantidade de respostas
Desmotivação da força de trabalho e/ou alta rotatividade	14
Movimentação de pacientes	8
Indisponibilidade de leitos de internação e/ou de salas cirúrgicas	7
Dificuldades para a implementação de protocolos clínicos e/ou cirúrgicos existentes	6
Descumprimento dos requisitos que impactam na segurança do paciente	6
Cancelamento ou atraso de procedimentos ambulatoriais e/ou cirúrgicos	5
Outros: muito mofo	2
Outros: dificuldade com o pessoal (RH)	1
Outros: transporte para pacientes	1
Outros: manutenção de equipamentos	1
Outros: vazamento de água	1
Outros: infiltração de esgoto	1
Outros: ar-condicionado que não funciona	1
Outros: relógios de ponto com defeito	1
Não me deparei com problemas operacionais decorrentes da condição física do HINSG	0

Nas **questões 11 e 12** foi perguntado à liderança do HINSG se conviveu com reclamações ou solicitações de pacientes e colaboradores relacionadas às condições físicas do HINSG. As respostas estão demonstradas na Tabela 12:

Tabela 12 - Reclamações ou solicitações de pacientes e colaboradores relacionadas às condições físicas do HINSG

Reclamações ou solicitações	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Pacientes	2 (11,76%)	1 (5,88%)	7 (41,17%)	2 (11,76%)	5 (29,41%)
Colaboradores	0 (0%)	1 (5,88%)	2 (11,76%)	4 (23,52%)	10 (58,82%)

Conforme pode ser observado na Tabela 11, 14 de 17 (82,35%) apontaram como problema decorrente da condição física do HINSG a desmotivação da força de trabalho e/ou alta rotatividade, em consonância com a resposta à questão 12 da Tabela 12, pois 12 em que 10 de 17 (58,82%) e 4 e 17 (23,52%) responderam que convivem “sempre” ou “frequentemente”, respectivamente, com reclamações ou solicitações de colaboradores relacionadas às condições físicas do hospital.

Convém mencionar os seguintes registros feitos pelos chefes de núcleos que tratam da precariedade da estrutura física:

- manutenção predial, de equipamentos e mobiliários muito deficientes;
- problemas graves de climatização;
- risco de incêndio em vários setores;
- problemas com infiltrações e mofo constantes, em especial em dias de chuva;
- dificuldades de pacientes e familiares para subir a ladeira da sede Santa Lúcia.

Relatório da Vigilância Sanitária (Anexo 01965/2023-1)

O Relatório da Vigilância Sanitária foi classificado como sigiloso conforme e-mail encaminhado pelo setor²⁹. Por essa razão, a análise realizada sobre esse relatório encontra-se disposta no **Apêndice 00023/2023-1**.

Diante desse sigilo, foi encaminhado o Ofício 994/2023 pelo qual foram solicitadas informações e documentos atinentes ao sigilo imposto, considerando o que prevê a Lei Estadual 9.871, de 9 de julho de 2021:

Estadual n. 621/2012, e tendo em vista a instrução do Processo TC 8323/2022 (auditoria operacional no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória-HINSG), o OF/SESA/SSVS/GEVS/NEVS/SERVIÇOS/Nº227/2023, solicitamos que encaminhe, por e-mail, as seguintes informações e/ou documentos:

- 1) O documento que indique qual dos incisos I ao VIII do art. 16 da Lei Estadual 9.871, de 09 de julho de 2012, fundamentou o sigilo para o Relatório de Inspeção Sanitária no HINSG realizada em 22 e 23 de junho de 2022;
- 2) O documento que indique outros fundamentos legais para o sigilo do Relatório de Inspeção Sanitária no HINSG realizada em 22 e 23 de junho de 2022, caso existentes, nos termos do art. 20, II da Lei Estadual 9.871, de 09 de julho de 2012;
- 3) O documento que indique o prazo do sigilo para o Relatório de Inspeção Sanitária no HINSG realizada em 22 e 23 de junho de 2022, conforme o art. 20, III da Lei Estadual 9.871, de 09 de julho de 2012;
- 4) O documento que indique a autoridade que classificou o Relatório de Inspeção Sanitária no HINSG realizada em 22 e 23 de junho de 2022 como sigiloso, nos termos do art. 20, IV, da Lei Estadual 9.871, de 09 de julho de 2012; e
- 5) Informar se o sigilo recaiu integralmente ou parcialmente sobre o Relatório de Inspeção Sanitária no HINSG realizada em 22 e 23 de junho de 2022, sendo nesse último caso, necessário informar sobre qual parte recaiu o sigilo. Ressalta-se que essa solicitação não tem como objetivo alterar a classificação do sigilo, mas conhecer os seus fundamentos. Considerando que nosso trabalho está condicionado a prazos, solicitamos por gentileza, o envio da informação, se possível, até o dia 24/3/2023 (terça-feira). [...]

²⁹ E-mail relativo ao OF/SESA/SSVS/GEVS/NEVS/SERVIÇOS/ Nº227/2023

Em resposta foi informado o seguinte pelo Núcleo Especial de Vigilância Sanitária:

Em atendimento ao ofício, informo que por questão de entendimento interno os relatórios de inspeção realizados em pela vigilância sanitária estadual são classificados como sigilosos. No Edocs, quando selecionamos o sigilo, há a Lei que respalde. Sendo assim o relatório por inteiro é tratado como documento sigiloso. No caso deste relatório em que a inspeção aconteceu por demanda do MP, por similaridade utilizei o "Sigilo das Manifestações de Ouvidoria" (Art. 9º, IV e Art. 14, V do Decreto 2289-R/2009), mas também classificamos relatórios de inspeção sanitária com sigilosos por "Informação Empresarial que Represente Vantagem Competitiva", §2º do Art. 5º do Decreto nº 3.152-R/2012.

Não sei informar se o sigilo tem validade.

Analisando a resposta, observa-se inicialmente que não há clareza sobre o fundamento legal para o sigilo. Frisa-se que o requerimento se ateu às pendências para liberação do alvará de licença previsto no art. 10, caput da e/ou do ateste previsto no art. 10, Parágrafo Único, ambos da Resolução Anvisa 63/2011.

A Constituição de 1988, em seu art. 5º, inciso XXXIII, garante o acesso à informação de interesse coletivo, tendo como regra a **transparência, e o sigilo como exceção**.

Ao seu turno, a lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, dispõe que é impositivo aos órgãos e entidades públicas assegurar uma **gestão transparente da informação**.

No âmbito capixaba, a Lei Estadual 9.871/2012 dispõe que a decisão que classificação a informação como sigilosa **deve ser formalizada e deve conter os seguintes elementos**:

Art. 20. A classificação de informação em qualquer grau de sigilo deverá ser formalizada em decisão que conterá, no mínimo, os seguintes elementos:

I – assunto sobre o qual versa a informação;

II - fundamento da classificação, observados os critérios estabelecidos no artigo 17;

III - indicação do prazo de sigilo, contado em anos, meses ou dias, ou do evento que defina o seu termo final, conforme limites previstos no artigo 17;

IV - identificação da autoridade que a classificou.

Parágrafo único. A decisão referida no caput será mantida no mesmo grau de sigilo da informação classificada.

Em mesma norma, o art. 16 dispõe sobre os tipos de informações que podem recair o sigilo:

Art.16. São consideradas imprescindíveis à segurança da sociedade ou do Estado e, portanto, passíveis de classificação as informações cuja divulgação ou acesso irrestrito possam:

I - pôr em risco a defesa e a integridade do território estadual;

II - prejudicar ou pôr em risco a condução de negociações ou as relações internacionais, ou as que tenham sido fornecidas em caráter sigiloso por outros Estados e organismos internacionais;

III - pôr em risco a vida, a segurança ou a saúde da população;

IV - oferecer elevado risco à estabilidade financeira, econômica ou monetária do Estado;

V - prejudicar ou causar risco a planos ou operações estratégicas dos órgãos de segurança do Estado;

VI - prejudicar ou causar risco a projetos de pesquisa e desenvolvimento científico ou tecnológico assim como a sistemas, bens, instalações ou áreas de interesse estratégico do Estado;

VII - pôr em risco a segurança de instituições ou de altas autoridades nacionais, estaduais ou estrangeiras e seus familiares;

VIII - comprometer atividades de inteligência, bem como de investigação ou fiscalização em andamento, relacionadas com a prevenção ou repressão de infrações.

Art. 17. A informação em poder dos órgãos e entidades públicas, observado o seu teor e em razão de sua imprescindibilidade à segurança da sociedade ou do Estado, poderá ser classificada como ultrassecreta, secreta ou reservada.

Nota-se que a resposta encaminhada por e-mail, além não apresentar a decisão formalizada, não demonstra clareza sobre a existência dos elementos mínimos que devem tornar o sigilo em conformidade com a Lei Estadual 9.871/2012.

Isso posto, a Portaria 32-R da Sesa, de 18 de junho de 2015, que regula os procedimentos referentes ao processo para concessão de licença sanitária no Estado do Espírito Santo, prevê o seguinte:

Art.16 Os estabelecimentos integrantes da administração pública ou por ela instituídos ficam sujeitos às exigências das legislações sanitárias pertinentes às instalações, aos equipamentos, ao serviço prestado e à responsabilidade técnica.

§1º - Para atender o disposto no caput os estabelecimentos públicos deverão requerer cadastramento anual na Vigilância Sanitária, entregando os documentos relacionados no Artigo 4º, assim como os específicos discriminados no Capítulo III e anexos deste regulamento;

§ 2º - Tendo o responsável ou representante legal pelo estabelecimento preenchido online o roteiro de autoinspeção, a autoridade sanitária competente deverá gerar a matriz de risco pontuando as áreas por criticidade.

§ 3º - O responsável ou representante legal pelo estabelecimento deverá apresentar à Vigilância Sanitária o plano de ação com o cronograma das adequações conforme matriz de risco recebida e assinar o Termo de Obrigações a Cumprir (TOC).

§4º - A autoridade sanitária deverá realizar inspeção sanitária para avaliar o andamento das adequações, bem como incluir outras que se fizerem necessárias, de acordo com a análise da matriz de risco do estabelecimento. (grifos nossos)

Nota-se que a norma sobre vigilância sanitária prevê procedimentos para adequar os estabelecimentos públicos às exigências sanitárias, pois, do contrário, propiciaria uma desigualdade de regulação entre o serviço obtido pelos cidadãos que utilizam o Sistema Único de Saúde e o serviço de saúde prestado pelos hospitais privados.

Sucedese que da resposta da Vigilância Sanitária pode-se interpretar que o documento foi elaborado por imposição do Ministério Público Estadual. Todavia, o que foi solicitado é um documento derivado da atribuição de ofício com fundamento no art. 10 da RDC Anvisa 63/2011 c/c o previsto no art. 16 da Portaria 32-R/2015 da Sesa, e para esse documento não se prevê sigilo.

Em outras palavras, mesmo sem a atuação do Ministério Público Estadual, ainda assim, a Vigilância Sanitária deveria realizar inspeção sanitária para avaliar o andamento das adequações porventura a serem realizadas, conforme preceitua o art. 16, §§3º e 4º da Portaria 32-R/2015 da Sesa. Isso não impede de outros órgãos, com competência legal, realizarem diligências e solicitarem documentos, em um processo ou procedimento sigiloso.

Quanto ao argumento de similitude com o Decreto 2289-R, de 1 de julho de 2009, segue o mesmo raciocínio desenvolvido. O escopo do requerimento presente no ofício circunscreve-se ao art.10 da RDC Anvisa 63/2011 e não a informações da ouvidoria, que é o escopo do decreto supra.

Quanto ao argumento de sigilo em razão de “informação empresarial que represente vantagem competitiva”, nos termos do §2º do Art. 5º do Decreto 3.152-R/2012, imperioso registrar que o HINSG não produz informação de natureza empresarial, pois é um órgão público da administração direta, que não se sujeita à falência, consequência possível da perda da competitividade.

Adita-se que o art. 26 do Decreto 3.152-R/2012 dispõe que para a classificação da informação em grau de sigilo, deverá ser observado o interesse público da informação e utilizado o critério menos restritivo possível, considerados a gravidade do risco ou dano à segurança da sociedade e do Estado e o prazo máximo de classificação em

grau de sigilo ou o evento que defina seu termo final. Salienta-se, nessa linha, que há a possibilidade de sigilo ser parcial, nos termos do art.7, § 2º da Lei Estadual 9.871/2012.

Dito isso, a informação contida no relatório tem grande interesse público e permite o exercício do controle social. Ainda que sua divulgação possa despertar críticas negativas, tal sujeição é consequência da vida em um estado democrático de direito.

Dessa forma, o sigilo impõe uma limitação aos trabalhos do tribunal que tem como valores definidos em sua identidade organizacional a transparência, que se conceitua como comunicar à sociedade seus atos, ações e resultados de forma ativa, clara, objetiva, tempestiva e **acessível**.³⁰

Além disso, as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público que tratam sobre transparência e *accountability*, a NBASP 20, tem como um dos princípios (Princípio 7) **a publicidade dos resultados das auditorias e das conclusões sobre as atividades gerais do governo.**

Ainda segundo a NBASP 20, item 41, os Tribunais de Contas devem incentivar o interesse público e acadêmico sobre suas conclusões mais importantes.

Por fim, não havendo mais fundamento legal que justifique o sigilo, cabe, inicialmente, recomendar à autoridade classificadora, que não foi informada no e-mail, e/ou à autoridade hierarquicamente superior avaliar a reclassificação do documento produzido pela vigilância sanitária, com fundamento no art. 34 do Decreto 3.152-R/2012.

Critérios

- **Lei Estadual 9.269/2009 - Código de Segurança contra Incêndio e Pânico**³¹

³⁰ Disponível em: <https://www.tcees.tc.br/institucional/identidade-organizacional/> Acesso em: 10 abr. 2023.

³¹ **Lei Estadual nº 9.269/2009 - Código de Segurança contra Incêndio e Pânico**

Art. 2º Compete ao Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Espírito Santo - CBMES estudar, analisar, planejar, normatizar, exigir e fiscalizar todo o serviço de segurança das pessoas e de seus bens, contra incêndio e pânico, conforme disposto nesta Lei e em sua regulamentação.

Art. 4º Os pedidos de licença para construção e para o funcionamento de quaisquer estabelecimentos, bem como os de permissão para a utilização de edificações ou áreas de risco, novas ou não, deverão ser objeto de exames pelo CBMES, com vistas à prévia aprovação das medidas de segurança contra incêndio e pânico e expedição de Alvará de Licença (ALCB), de Licença Provisória (ALPCB) ou de Autorização para Funcionamento (AAFCB) do Corpo de Bombeiros. (Redação dada pela Lei nº 10.368, de 22 de maio de 2015.)

- **Resolução Anvisa 63/2011** - Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

Evidências

A ausência do alvará e a relação de pendências emitidas pelo CBMES; as informações encaminhadas pela Gerência de Engenharia e Arquitetura de que não foram tomadas as ações listadas em vistorias realizadas em 2020; e as respostas aos questionários encaminhados aos chefes de núcleos, evidenciam que o HINSG não está em conformidade com as exigências normativas relativas à estrutura física.

Causas

Indefinição por parte da Sesa, no sentido de inserir o HINSG como projeto prioritário em seu planejamento estratégico e garantir uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital.

Efeitos

Continuidade da operação do hospital sem as devidas adequações necessárias para a obtenção das licenças do Corpo de Bombeiros, o que compromete a segurança de pacientes e colaboradores.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** à Sesa que, com fundamento no art. 34 do Decreto 3.152-R/2012 e diante das razões de direito e fatos expostas, reavalie o sigilo integral sobre o documento produzido pela Vigilância Sanitária capixaba para o cumprimento do art. 10 da RDC Anvisa 63/2011 c/c o previsto no art. 16 da Portaria 32-R/2015 da Sesa e encaminhado para o TCEES, no âmbito do Processo TC 8323/2022.

A equipe de fiscalização abstém-se de encaminhar uma recomendação ao Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória ou à Secretaria de Estado da Saúde, especificamente quanto à regularização das diversas pendências relatadas pelo

CBMES e Gerência de Engenharia e Arquitetura, tendo em vista que a solução definitiva depende da reforma acompanhada da unificação em um dos endereços atuais ou a construção de um novo hospital em área a ser definida, o que já consta de recomendações sugeridas nos itens anteriores.

Benefícios esperados

Espera-se que com a reforma e unificação das sedes, ou a construção de um novo hospital, sejam obtidas as licenças necessárias para o bom funcionamento do HINSG de maneira que sejam solucionados em definitivo os problemas estruturais dessa unidade hospitalar, com impactos positivos tanto para os pacientes como para os colaboradores.

3.1.4 A existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física impactaram a segurança dos pacientes

Situação encontrada

Constam 42 incidentes relacionados a manutenção (28 relacionados aos aparelhos de ar-condicionado) e outros 127 incidentes relacionados a deslocamento, conforme análise realizada pelo HINSG, para o ano de 2022.

Em resposta ao Ofício 841/2023, no tocante aos dados de incidentes e eventos adversos e os resultados da análise e avaliação desses dados, o HINSG encaminhou planilha com diversos incidentes reportados ao Núcleo de Segurança do Paciente por responsáveis pelos pacientes e por servidores (**Anexo 01967/2023-1**).

Ocorre que não houve uma resposta formal de que não houve evento adverso no hospital. Em reunião realizada, em 29/03/2023, relatou-se que não estão sendo realizadas notificações para a Anvisa.

Cabe destacar que cabe ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

Além disso, o NSP detém a competência de compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

Conforme se extrai das entrevistas, o NSP elaborou uma plataforma em que as notificações são realizadas via QR-Code. Dessa forma, as pessoas são livres para realizar as notificações. Cabe ao NSP analisar as informações e classificá-las como incidente ou evento adverso, quando aplicável.

Dito isso, o Quadro 4 destaca algumas dessas notificações recebidas pelo NSP por meio do QR-Code.

Quadro 4 - Notificação recebidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente

Descrição
Vaga cedida para paciente (suprimido) do PS Milena para UTIP Colina no grupo de regulação as 13:45h. Feito contato com UTIP colina por contato telefônico somente as 15:40h. E o mesmo só foi realizado porque recebemos na UTIP o telefonema de uma pessoa perguntando se o leito estava pronto e ligamos para o responsável pelo NIR no serviço. O mesmo informou que achava que alguém já tinha comunicado a internação no setor. Resumindo, vaga cedida para o CTI Colina sem comunicação direta.
Paciente com quadro de abdome agudo (vômitos, febre e distensão abdominal), transferido do PS para a enfermaria sem ter realizado exame de imagem, sem serem cobrados exames laboratoriais, os quais foram cobrados na enfermaria e estavam alternados. Iniciados ceftriaxona e metronidazol. Com plaquetas de 30.000. TC de abdome com sinais de obstrução. A criança ainda não estava em condições de ser transferida para enfermaria no momento. Como na Colina não temos TC, o paciente teve que retornar ao Milena poucas horas após a transferência pra realização do exame.
A criança por nome de (suprimido) veio transferida da UTIP box 4 da Colina, faltando a prescrição anterior. A médica do Milena prescreveu o paciente, mas ficando, sem parâmetros para os horários das medicações que já haviam sido iniciadas. Procuramos em todo envelope, mas não havia a prescrição
A criança veio transferida do isolamento respiratório do Milena horário de 22hs, veio sem que fosse administrado o antibiótico prescrito. Sendo que chegando no setor a médica ainda iria fazer nova prescrição e iria demorar pra dar continuidade de entrada do antibiótico, pois até acomodar o paciente, avaliação da pediatria, o antibiótico teve atraso.
Paciente (suprimido) encaminhado para enfermaria D sem prescrição e evolução do dia. Paciente saiu do pronto socorro sem ter sido visto por um médico no dia corrente. Está na enfermaria sem prescrição.
Criança transferido do PS Milena sem condições de enfermaria, taquipneico (FR: 82 irpm), desconforto respiratório importante, não respondendo as medidas iniciais, sendo encaminhado ao CTI em menos de 3 horas de internação.
PACIENTES (suprimido) INTERNARAM NA ENFERMARIA G (ORIGEM: SALAVERMELHA DO PS) SEM COLETA DE RT-PCR.
As vagas solicitadas pelo PS pela manhã, não estão sendo transferidas durante o dia! As crianças estão sendo transferidas a noite! E não são reavaliadas durante o dia! As crianças estão demorando muito para serem transferidas! Na maioria a vaga é solicitado de manhã e a criança chega meia noite!! O fluxo não está correto!! Precisa melhorar a logística!

Paciente transferida da enfermaria G para Utip Milena, sem evolução do dia e sem resumo de transferência
Paciente foi encaminhada para a Utip Milena sem aviso prévio. Paciente chegou ainda estávamos montando o box.
Paciente, 4 meses, proveniente do PS do Milena (HPM) com síndrome gripal, chegou na enfermaria G, em cateter de O2, com desconforto respiratório leve, sem comunicação prévia ou solicitação. Nenhum staff de plantão ciente e não foi cedida vaga por nenhum médico staff. Vaga cedida pela enfermagem? Vaga cedida pelo NIR sem comunicação previa?
7 pacientes liberados para internação durante plantão diurno, inclusive algumas vagas liberadas pela manhã demoraram um tempo considerável para chegar. Só foram internados a noite, alguns chegaram após 0:00h. Pediram pressa para internar devido alto fluxo no PS, leitos prontos e liberados desde cedo (nas enfermarias D, G, H) e pacientes chegando tarde. Um motorista para trazer toda demanda. Durante o dia só houve 2 internações enquanto a noite foi intensa. 8 internações, fora as intercorrência e lista de graves, e mais pedidos de vagas (só tínhamos sobrando mais 2 berços no hospital todo) porém inviável internar mais (no momento do pedido ainda faltava internar 4 e terminar de ver os graves) visto que nem tempo de comer, os staffs e residentes tiveram. Apenas 2 plantonistas para o hospital. Solicito agilizar internações para não sobrecarregar o plantão.
Up emergências não cumpre prazo para remoção
Paciente E.D.G.A, 5 anos, n atendimento: 1341388. Foi transferida do PS Milena para enfermaria G, sem autorização prévia do Staff de plantão! Criança apresenta encefalopatia crônica e quadro atual de febre, vômito e crise convulsiva! A criança não foi triada para possível quadro de meningite, sendo transferidas para enfermaria de vagas, sem aviso prévio. Já não é a primeira vez que isso acontece! E as não conformidades não tem resolução dos problemas!!!!
Vem sido recorrendo as liberações de leito nas enfermarias e a equipe do pronto socorro demorar a subir com o paciente
Pacientes de alta da utip, com leitos na semi, porém não foram transferidos. Isso acontece de forma recorrente. Demora em liberar leitos da Utip, devido os atrasos nas transferências.
No dia 19/05/2022 concedido vaga para o paciente na sala vermelha as 14 h, a remoção foi contatada as 16 h e o paciente chegou apenas às 1:10 horas de hoje, a empresa está demorando muito nessas remoções.
Cedidas 6 vagas pela manha para internação conforme solicitação do NIR. (Cedidas 4 vagas no turno matutino para enfermaria G, 1 vaga pra enfermaria D e 1 vaga no período vespertino para enfermaria H). Até as 17h nenhum paciente chegou as enfermeiras.
Ambulância ficou parada o dia inteiro no pátio do PS Milena por falta de combustível, resultando no atraso das transferências dos pacientes entre as sedes e também de outras demandas inerente ao bem estar de paciente
Paciente grave em insuficiência respiratória transferido da sala vermelha para UTIP Colina em ambulância básica acompanhado apenas por técnico de enfermagem sem médico, chegou gravíssimo sendo procedida a intubação orotraqueal imediatamente à sua chegada.
Vaga cedida e liberada desde 17 horas para lactente I.S., já são 21:30 e até agora sem notícias da remoção. Última evolução em prontuário de paciente com solicitação de transferência para utip as 15 h. Equipe pronta para receber.
Paciente com vaga liberada desde as 17 h, chegou às 22 h, médica da remoção refere que nenhum colega médico passou o quadro apesar de estarem na sala, a mesma também não se dirigiu aos médicos, a mãe não sabia que seu filho seria removido. O serviço de remoção avaliou a criança e o colocou na maca em cateter a 1 l/min, transportou sem intercorrências, e a mãe refere que não sabia nem da remoção, nem que não poderia permanecer com seu bebê.
Desceu um paciente da enfermaria D Colina para CC/ Milena para procedimento que não estava agendado no mapa cirúrgico, a equipe por não saber do procedimento tivemos que ligar ora vários médicos para saber qual procedimento. Tive retorno com resposta que o procedimento seria urgência porém a criança está de jejum desde o dia anterior. Então porque não foi agendado. A criança chegou

às 07:30 horas e até o horário de 09:50 h não apareceu nenhum profissional da ortopedia para realizar o procedimento.

Fonte: NSP/HINSG

Em outra análise, a pesquisa realizada com as lideranças corrobora com essa análise, tendo em vista as respostas marcadas sobre os problemas operacionais decorrentes da estrutura física, conforme apontado anteriormente na Tabela 11.

Outra resposta da pesquisa que se alinha às notificações foi se o setor informou à direção ou ao NSP, em 2022, incidentes ou eventos adversos cujas causas estavam relacionadas às condições estruturais do HINSG. Um total de 16 respondentes (94,11%) informaram que sim e apenas 1 (5,88%) respondeu que não, “pois embora tenham sido constatados incidentes ou eventos adversos, avaliou-se que estes não eram relacionados a estrutura física do HINSG”.

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde não fez menção à existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física do HINSG. Conforme consta do OF/HINSG/D.A/Nº006/2023, o plano orienta apenas sobre a implementação de metas de segurança do paciente estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde.

Indagado sobre a relação da existência de duas sedes e a precariedade da estrutura física com a gestão de risco do hospital, o HINSG, por meio do OF/HINSG/D.A/Nº 006/2023, informou que, a rigor, a existência de duas sedes não se relaciona às metas de segurança do paciente. Contudo, a instituição tem avaliado a construção de protocolo de cuidado específico para orientar o processo de transferência intra e inter hospitalar.

Por fim, cabe destacar que, conforme informação obtida em reunião com o HINSG, não está ocorrendo notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária a respeito dos eventos adversos, conforme prevê o art. 7º, XI do art. 7º da Resolução Anvisa 63/2011. De forma geral, foi abordada a falta de pessoal para a realização das tarefas do NSP.

Critérios

RDC Anvisa 36/2013 - Ações para a Segurança do paciente em serviços de saúde³²

Evidências

Os impactos da precariedade da estrutura física e da existência de duas sedes para a segurança do paciente estão evidenciados nos incidentes descritos na planilha encaminhada pelo Núcleo de Segurança do Paciente. A entrevista com a chefe do NSP descreve o funcionamento da notificação. Além disso, outras evidências são as respostas dos questionários encaminhados para as lideranças (vide **Apêndice 00022/2023-7**).

Causas

Falta de definição por parte da Sesa, no sentido de inserir o HINSG como projeto prioritário em seu planejamento estratégico e garantir uma solução definitiva para os problemas relacionados à estrutura física do hospital.

Efeitos

Manutenção da situação de precariedade da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, especialmente da Sede Colina (Santa Lúcia), o que compromete a segurança de pacientes e colaboradores.

Propostas de encaminhamento

Em relação à ausência de notificação de eventos adversos, conforme dispõe o art. 7º, XI, da RDC Anvisa 36/2023, e com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

³² **RDC Anvisa 36/2013** - Ações para a Segurança do paciente em serviços de saúde

Art.7º Compete ao NSP:

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

- **Recomendar** ao HINSG que passe a realizar as notificações de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Benefícios esperados

Espera-se que com a elaboração e implementação dos protocolos de segurança do paciente (tratados no capítulo das comissões hospitalares) e com a reforma e unificação da sede em um dos endereços atuais, ou a construção de um novo hospital em área a ser definida, sejam solucionados em definitivo os problemas estruturais dessa unidade hospitalar com impactos positivos para a segurança dos pacientes.

3.2 DISPONIBILIDADE DE LEITOS E TEMPO DE PERMANÊNCIA

Questão de auditoria 2: Como os problemas gerenciais relacionados à estrutura física, pessoal, insumos e equipamentos afetaram a disponibilidade de leitos e o tempo de permanência no HINSG em 2022?

A Portaria 3390/2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS, definiu que gerenciamento de leitos é o dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas (art. 5º, XI).

A PNHOSP também definiu que o modelo de atenção hospitalar deve contemplar um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente; e que o gerenciamento dos leitos deve ser realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um NIR ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário (art. 11, § 6º).

Conclui-se, da análise dos artigos citados, que a PNHOSP aponta para a necessidade de otimização dos leitos, de redução do tempo de internação desnecessário, de aumento da ocupação de leitos e da otimização da capacidade instalada, sempre em

consonância com critérios técnicos, garantia do acesso, qualidade da assistência, segurança do paciente e melhoria do atendimento ao usuário.

Em relação ao pronto-socorro, importante mencionar a Resolução CFM 2077/2014 que normatizou o funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como o dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Em seu art. 14, a resolução determina que o tempo máximo de permanência dos pacientes nos serviços hospitalares de urgência e emergência deve ser de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido. O art. 15 proíbe a internação de pacientes nos serviços hospitalares de urgência e emergência.

A ferramenta Lean³³ pressupõe que os processos do hospital devem evitar o desperdício, pois é ineficiente e/ou não se cria valor para paciente. O livro relata que a partir do conceito de desperdício a doutrina desenvolveu uma taxonomia que decompõe o desperdício em oito espécies: falhas, superprodução, transporte, espera, estoque, movimento, excesso de processamento e potencial humano, conforme Quadro 5:

Quadro 5 - Tipos de desperdícios segundo a metodologia Lean

Tipo de desperdício	Descrição resumida	Exemplos hospitalares
Falhas	Tempo gasto fazendo algo incorretamente, inspecionando erros ou consertando erros	Carrinho cirúrgico com falta de um item; medicamento errado ou erro na dose administrada ao paciente
Superprodução	Fazer mais que o demandado pelo cliente ou produzir antes de surgir a demanda	Realização de procedimentos diagnósticos desnecessários
Transporte	Movimento desnecessário do "produto" (pacientes, amostras, materiais) em um sistema	Layout inadequado; por exemplo, laboratório do cateter localizado longe da emergência
Espera	Espera pelo próximo evento ou pela próxima atividade de trabalho	Funcionários esperando por causa de desequilíbrio nas suas cargas de trabalho; pacientes à espera de consulta
Estoque	Custo do estoque excessivo representado em custos financeiros, custos de armazenagem e transporte, desperdício, estrago	Suprimentos vencidos que precisam ser descartados, como medicamentos com data de validade vencida
Movimento	Movimento desnecessário dos funcionários no sistema	Funcionários do laboratório caminhando quilômetros por dia em razão de um layout mal planejado
Excesso de processamento	Fazer trabalho que não é valorizado pelo cliente, ou causado por definições de qualidade que não se alinham com as necessidades do paciente	Dados sobre horário/data afixados em formulários, mas nunca utilizados
Potencial humano	Desperdício e perda derivados de funcionários que não se sentem engajados, que não se sentem ouvidos ou que não percebem apoio a suas carreiras	Funcionários que se sentem superados e deixam de apresentar sugestões para melhorias

Fonte: (GRABAN, 2013)

³³ GRABAN, Mark. **Hospitais Lean**: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. Porto Alegre: Bookman, 2013

Valor é um dos princípios que se inserem no contexto da filosofia Lean para os hospitais, conjuntamente com cadeia de valor, fluxo, puxar e perfeição. A descrição consta no Quadro 6:

Quadro 6 - Princípios da metodologia Lean

Princípio	Os hospitais lean devem...
Valor	Especificar valor do ponto de vista do consumidor final (o paciente)
Cadeia de valor	Identificar todos os passos de valor agregado entre os limites dos departamentos (a cadeia de valor), eliminando aqueles passos que não criam valor
Fluxo	Manter o processo fluindo suavemente pela eliminação das causas de demoras, tais como problemas com lotes e com a qualidade
Puxar	Evitar empurrar (transferir) trabalho para o processo ou departamento seguintes; deixar que o trabalho e os suprimentos sejam puxados, conforme o necessário
Perfeição	Buscar a perfeição por meio da melhoria continuada

Fonte: (GRABAN, 2013)

Dito isso, a questão de auditoria 2 teve por objetivo identificar e evidenciar como os problemas gerenciais relacionados à estrutura física, pessoal, insumos e equipamentos afetaram a disponibilidade de leitos e o tempo de permanência no HINSG em 2022, causando desperdícios no hospital.

Metodologia

Foram solicitadas ao HINSG, por meio do Ofício 841/2023, as seguintes informações e documentos:

1. Quantitativo de leitos instalados e ocupados, por dia, em 2022;
2. Bloqueio de leitos, desativação de leitos, inoperância do centro cirúrgico e paralisação de outras áreas do HINSG, com as datas e os motivos correspondentes, no período de janeiro a dezembro de 2022;
3. Considerando o relatório produzido pelo EGA, informar as pendências para a desospitalização, contendo a data de registro, a descrição da pendência e o tempo decorrido até a desospitalização, no período de janeiro a dezembro de 2022;
4. Relação anonimizada de pacientes que foram internados no Pronto Socorro em 2022, contendo a data da internação e o tempo de permanência

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 2 estão relacionados a seguir.

3.2.1 Ausência de informações sistematizadas sobre os bloqueios de leitos e seus motivos

Situação encontrada

O HINSG não possui informações sistematizadas sobre o bloqueio de leitos e seus motivos.

Conforme mencionado anteriormente, foi solicitado ao HINSG o quantitativo de leitos instalados e ocupados, por dia, em 2022; e o bloqueio de leitos, desativação de leitos, inoperância do centro cirúrgico e paralisação de outras áreas do HINSG, com as datas e os motivos correspondentes, no período de janeiro a dezembro de 2022.

Entretanto, até o dia 10/4/2023, prazo final acordado com o hospital após prorrogação do prazo inicial concedido para a entrega das informações (dia 17/3/2023, conforme consta do Ofício 841/2023), as informações solicitadas não foram disponibilizadas para a equipe de auditoria.

Em que pese a existência e a atuação do NIR e a utilização de sistema informatizado que permite a realização de censo hospitalar diário com a quantidade de leitos totais e disponíveis, o HINSG não foi capaz de informar o histórico desses leitos em 2022, o que permitiria a equipe, conforme previsto na matriz de planejamento, conhecer o histórico de leitos instalados e ocupados ao longo de 2022 e identificar os motivos que levaram ao bloqueio de leitos em 2022 e os períodos de maiores percentuais de bloqueio de leitos.

Ainda que não tenham informações organizadas sobre os bloqueios de leitos, nos documentos encaminhados pelo HINSG relativos a indicadores hospitalares constam as informações que em junho de 2022 houve bloqueio de leitos no semi-intensivo e que em julho de 2022 houve fechamento da enfermaria E/F.

Também constam informações de que apesar dos leitos estarem aptos a se tornarem ocupados, na prática, se tornaram indisponíveis, em razão de falta de médicos, em setembro, outubro e novembro de 2022.

E conforme se verificou na Tabela 11, por ocasião do questionário encaminhado às lideranças para a realização de pesquisa, 7 lideranças do hospital marcaram

“indisponibilidade de leitos de internação e/ou de salas cirúrgicas” entre os principais problemas operacionais decorrentes da condição física do HINSG em 2022.

Critérios

- A **ferramenta Lean** pressupõe que os processos do hospital devem evitar o desperdício, pois é ineficiente e/ou não se cria valor para paciente³⁴.
- **Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP)** – Portaria GM/MS 3390/2013 (Anexo XXIV da PRT Consolidação 2)³⁵

Evidências

A ausência de informações históricas evidencia uma falha da gestão hospitalar pois espera-se da gestão que uma vez tendo em mãos as informações gerenciais possa atuar de maneira assertiva para evitar os desperdícios (bloqueios de leitos, por exemplo) e cumprir o proposto na Política Nacional da Atenção Hospitalar no tocante ao melhor gerenciamento dos leitos (aumento da ocupação de leitos e otimização da utilização da capacidade instalada).

Causas

Limitações dos sistemas informatizados seja pelas suas limitações propriamente ditas ou pelas limitações decorrentes da falta de treinamento dos seus usuários.

Efeitos

Ausência de informações sistematizadas sobre o histórico de leitos e os respectivos motivos de seus bloqueios. A ausência de registros impede a análise de tendências e padrões ao longo tempo. Ao conhecer as causas mais recorrentes, permite-se ajustar o planejamento estratégico de forma a corrigir o problema com foco.

³⁴ GRABAN, Mark. Hospitais Lean: **melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

³⁵ Art. 11, § 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG que providencie junto aos fornecedores dos sistemas informatizados utilizados na unidade para realização do censo hospitalar a possibilidade de obtenção de informações históricas, incluindo os bloqueios de leitos e seus motivos e, se for o caso, o treinamento dos colaboradores para obtenção dessas informações, caso já estejam disponíveis.

Benefícios esperados

Espera-se a disponibilidade de mais e melhores relatórios e informações gerenciais que permitam a melhoria do processo de gerenciamento dos leitos, incluindo os motivos de bloqueios de leitos, de maneira que a gestão do hospital, de posse dessas informações, possa intensificar as ações no sentido de minimizar esses bloqueios, otimizando a utilização da capacidade instalada.

3.2.2 Pendências para a desospitalização relacionadas principalmente à continuidade do cuidado, em especial quanto ao seguimento ambulatorial especializado e ao fornecimento de medicamentos de alto custo

Situação encontrada

Em resposta ao Ofício 841/2023, no tocante às pendências para a desospitalização, o HINSG, por meio do EGA, apresentou as seguintes considerações:

[...]

O Escritório de Gestão de Altas do HEINSG surgiu como um projeto do ICEPI/SESA e foi implantado com Equipe Multiprofissional em treinamento a partir de julho de 2021 sob a Consultoria da Empresa Eficiência Hospitalista na sede Milena nos setores de internação (Enfermarias A, B, C e semi-intensiva). Tem como objetivo a alta segura e quantidade no menor tempo possível com o cuidado centrado no paciente. Para tal a equipe do EGA atua em diversas interfaces intra e extra-hospitalar. Dentro do hospital conhece e atua nos fluxos de trabalho que interferem no tempo de internação e alta. Na rede externa atua Redes de Atenção à Saúde.

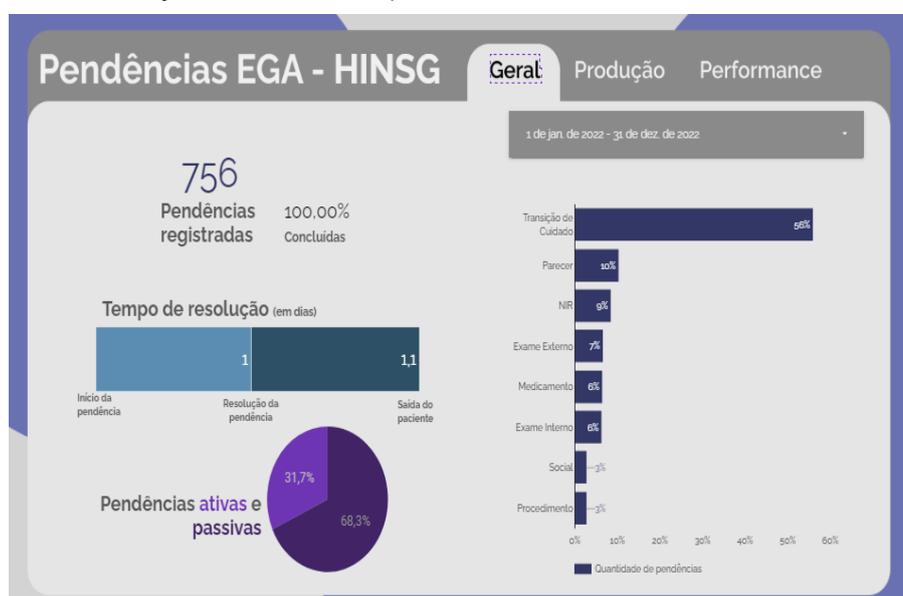
No segundo semestre do ano de 2022, após 1 ano de implantação, com os processos mais sedimentados por parte da equipe, há uma expansão do serviço para a sede Santa Lúcia – inicialmente enfermaria I. De imediato observada a diferença de perfil entre as 2 sedes, na sede Santa Lúcia temos

um perfil mais complexo com pacientes de longa permanência sendo a desospitalização destes o maior desafio do EGA até o momento.

Atualmente o EGA atua em todos os setores de internação da sede Santa Lúcia, com uma assistente social in loco e demais integrantes do EGA realizando interfaces pontuais, visto que ainda não possuímos uma segunda equipe para atuação nesta sede.

Durante a trajetória do EGA foi construída uma planilha com os atendimentos realizados no período e produzidos indicadores que mostram a efetividade do trabalho.

No ano de 2022 de janeiro a dezembro, foram registradas 756 pendências, 481 pacientes atendidos. Dessas pendências, 68,3% chegaram ao EGA de forma passiva, ou seja, solicitadas pela Equipe Assistencial, o que demonstra o reconhecimento por parte da equipe assistencial ao trabalho do EGA. O tempo médio de identificação da pendência até sua resolução era de 1 dia e dessa resolução até a saída do paciente 1,1 dia.

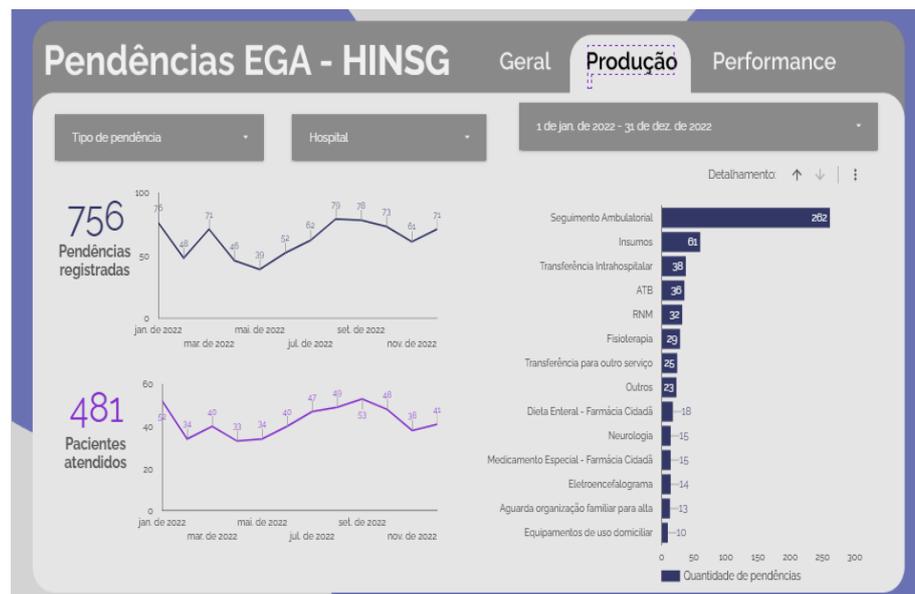


Em relação ao tipo de pendência, nesse período 56% estão relacionados a Transição de Cuidados para a Rede de Atenção à Saúde. E quando tratamos essa pendência isoladamente vemos um discreto aumento do tempo de saída do paciente (1,3 dias).



Quando analisamos os indicadores podemos destrinchar cada processo dessa transição de cuidados:

1. **Garantia de seguimento ambulatorial especializado aparece como o principal gargalo para a alta hospitalar (262 pendências);** (grifo nosso)
2. Garantia de fornecimento de insumos (sondas, material para curativo, medicamentos) pelo município para o seguimento do tratamento do paciente (61 pendências);
3. Garantia de atendimento fisioterápico (29 pendências);
4. Fornecimento de dieta enteral especial (18 pendências);
5. Fornecimento de medicamento de alto custo pela farmácia cidadã estadual (15 pendências);
6. Equipamentos para uso domiciliar como oxigênio e Bipap (10 pendências).



Quando analisamos a performance podemos ver que no ano de 2022, 25% das pendências foram resolvidas em menos de 1 dia e 75% em até 3 dias, **a pendência de liberação de medicamento pela Farmácia Cidadã é o que sofre maior impacto na desospitalização.** (grifo nosso)

A farmácia tem seus protocolos por patologia/especificidade, que determina um tempo para liberação do medicamento e nem sempre está disponível para liberação imediata. Lembrando que o HINSG é um hospital de alta complexidade.



Selecionamos 5 casos de 2022 que demonstraram o tempo de pendência entre a solicitação e a alta da criança:

1. B.M.S.J., at. 1381323, início da pendência 20/07/2022, às 10h50 com resolução em 05/08/2022, às 13h10. **Essa pendência foi de Transição de Cuidado para aquisição de Prótese.**
2. J.J.P., at. 13738113, início da pendência em 15/06/2022 às 11h15, com resolução em 20/06/2022, às 15h. **Essa pendência foi transição de cuidado impactado pela ausência de um programa pós-alta no município da Serra.**
3. T.B.K., at. 1400157, início da pendência em 08/07/2022, às 13h15, com resolução em 13/07/2022, 15h30. **Essa pendência foi de transição de cuidado dieta Enteral Especial (problema já resolvido com a Gerência Especial de Assistência Farmacêutica Estadual).**
4. H.J.S.N., at. 1346397, início da pendência em 11/05/2022 às 11h50, com resolução em 24/05/2022, às 13 horas. **Essa pendência foi transição de cuidado de Oxigênio Domiciliar.**
5. K.T.R., at. 1294872, início da pendência em 25/01/2022, às 10h com resolução em 27/01/2022, às 14h22. **Essa pendência foi transição de cuidado necessitando de fisioterapia no município de Linhares.**

Diante do exposto pelo EGA, o maior volume de pendências para a desospitalização no HINSG estão relacionadas ao “seguimento ambulatorial especializado”.

O EGA também informou que as pendências que geram maior impacto sobre o tempo para desospitalização estão relacionadas à liberação de medicamento pela Farmácia Cidadã.

Ressalta-se que o próprio EGA, conforme transcrito anteriormente, relatou que as pendências relacionadas ao fornecimento de dieta enteral especial já teriam sido solucionadas com a Gerência Especial de Assistência Farmacêutica da Sesa (GEAF/Sesa).

Em contato telefônico com a Coordenadora do Núcleo de Acesso a Medicamentos foi informado que as solicitações de medicamentos devem ser feitas on-line e que os EGAs dos hospitais foram orientados a enviar um e-mail acusando o envio da solicitação, de forma que entrem em lista prioritária de atendimento na GEAF/Sesa, dada a peculiaridade dos pacientes em questão.

Critério

- **Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP)** – Portaria 3390/2013 (Anexo XXIV da PRT Consolidação 2)³⁶

Evidências

As informações fornecidas pelo EGA evidenciam, com números e gráficos, as pendências para a desospitalização.

Causas

Dificuldades de acesso às consultas ambulatoriais especializadas devido à baixa oferta ou excesso de demanda por especialistas e no caso dos medicamentos necessidade de aperfeiçoamento do fluxo entre o hospital e a farmácia cidadã para atendimento dos pacientes internados.

Efeitos

Atrasos na desospitalização e ocupação de leitos além do tempo necessário para a alta segura do paciente.

De maneira geral, a demora na desospitalização pode gerar reflexos nos indicadores de tempo de permanência, na taxa de ocupação, no índice de giro de leitos e no índice de intervalo de substituição de leitos.

No caso concreto, verificou-se que a taxa de permanência do HINSG foi quase 2 dias a mais de média, em 2022, comparado com o que consta no observatório da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP)³⁷, para a faixa de 0 a 14 anos (6,75 X 4,74).³⁸

³⁶ Art. 11, § 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

³⁷ Disponível: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023/>. Acesso em: 15 abr. 2023.

³⁸ Utilizou-se a faixa etária mais próxima da faixa etária do HINSG.

Por outro lado, observa-se que houve uma melhora significativa de 2021 para 2022, reduzindo o indicador de 8,31 para 6,75. Em 2021, o valor era quase o dobro da média da ANAHP (4,23 x 8,31).

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG, por ocasião da alta hospitalar, que seja informado ao paciente ou responsável a data e o local da consulta ambulatorial, para fins de continuidade do cuidado no âmbito do próprio hospital, nos casos em que seja necessário;
- **Recomendar** à Sesa que proponha no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a instituição de protocolos que garantam o seguimento ambulatorial de pacientes originários de unidades hospitalares, nos casos em que o seguimento tenha que ocorrer fora da instituição de origem; e
- **Recomendar** à Sesa que elabore e formalize no âmbito da farmácia cidadã fluxo de processos visando dar agilidade à dispensação de medicamentos para os pacientes internados em processo de alta hospitalar no HINSG e demais hospitais estaduais.

Benefícios esperados

Espera-se que com a intensificação de ações voltadas para a garantia de seguimento ambulatorial especializado e de liberação de medicamento pela farmácia cidadã, que conforme informações do EGA são as principais pendências que impedem a alta segura dos pacientes, seja reduzido, de maneira responsável, o tempo de internação dos pacientes, com impactos positivos como a redução dos riscos de infecção decorrente da diminuição da permanência no hospital, aumento do giro de leitos e consequentemente otimização da capacidade instalada do hospital.

3.3 PLANEJAMENTO E GESTÃO DO HINSG

Questão de auditoria 3: Como a fragilidade no planejamento estratégico tem impactado na eficiência hospitalar?

Conforme abordado na análise de conteúdo que compõe a documentação da auditoria, o planejamento estratégico é um processo desencadeado de ações voltados ao alcance da eficácia e da efetividade dos objetivos e são de responsabilidade dos níveis hierárquicos mais altos da instituição.

No âmbito governamental esses indicadores estratégicos devem estar alinhados com as diretrizes de governo para a efetivação das políticas públicas, para posterior avaliação e controle.

Cabe destacar que segundo Oliveira (2023) além do planejamento dos fins, o planejamento envolve entre outros, o planejamento organizacional e o planejamento de recursos humanos.

O autor propõe como fases do planejamento estratégico o **diagnóstico estratégico, missão da empresa, instrumentos prescritivos e quantitativos e, por fim, controle e avaliação.**

Na fase de avaliação e controle, ainda segundo o autor, é quando se **analisa os indicadores estratégicos**, avalia o **desempenho dos profissionais**, **compara o desempenho real** com os objetivos, desafios, metas, projetos e planos de ação estabelecidos, **analisa os desvios**, toma e acompanha as **decisões corretivas**, e **adita** informações ao processo de planejamento.

Já a contratualização, segundo Pericardis (2012), é uma forma do núcleo estratégico poder ganhar força para obter resultados. A autora apresenta uma relação entre a contratualização e o planejamento estratégico, sendo que para a autora o planejamento estratégico é um elemento da fase de negociação da contratualização.

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 3 estão relacionados a seguir.

3.3.1 Ausência de processo formalizado de planejamento estratégico pelo HINSG

Situação encontrada

O HINSG não possui metodologia de elaboração e implementação do planejamento estratégico. Também não se observou um documento formal que descreve todo o processo de decisões que materializam o planejamento do hospital.

Adicionalmente o HINSG incorre em alguns problemas para iniciar e desenvolver um planejamento estratégico:

a. Fragilidade dos sistemas de informação

O hospital possui dificuldades em tornar disponíveis dados cruciais para o planejamento, a exemplo dos motivos e dos quantitativos dos bloqueios de leitos, das pessoas internadas no PS e do tempo de espera no PS. Também possui dificuldades em calcular automaticamente os indicadores relacionados à taxa de ocupação.

Durante a fiscalização, houve menção sobre a subutilização do Sistema de Informações para Gestão Hospitalar (MVSoul), devido à ausência de treinamento. Também se apontou para uma reduzida equipe de tecnologia da informação dada a alta demanda.

b. Fragilidade sobre o entendimento do modelo organizacional do HINSG e sobre os cargos e funções que devem compor a estrutura administrativa

Durante o decorrer da fiscalização foram apresentados dois organogramas distintos: um encaminhado, por e-mail, que serviu como parâmetro para a condução da fiscalização, e o disposto no endereço: <https://saude.es.gov.br/organograma>, que, segundo o HINSG, refere-se à Lei Estadual 5.594, de 11 de fevereiro de 1998, só que há diferenças.

Como exemplo: na referida lei estão dispostas a Comissão de Ética e a Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos, entretanto, ambas não estão dispostas no organograma indicado no site da Sesa.

Já a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos está disposta no organograma encaminhado inicialmente, mas não consta no organograma disposto no site da Sesa e não consta na lei.

Outro exemplo é o Colegiado de Gerentes: enquanto no organograma da Sesa e no organograma encaminhado na fase de planejamento não constam esse colegiado, em outro turno, consta na lei.

De forma geral, em nenhum dos três referenciais constam as demais comissões existentes no hospital, como a Comissão de Óbitos.

Essa fragilidade acabou por dificultar a vinculação entre o cargo do profissional e a unidade administrativa correspondente.

Por exemplo, no organograma da lei consta a diretoria técnica, mas não há cargo de diretor técnico. Então não fica claro quem é o chefe do setor, pois, além disso, não foi apresentado lotacionograma da instituição. Além desse exemplo, não há evidências sobre onde o responsável técnico, relativo ao art. 14 da RDC Anvisa 63/2011, se situa no organograma do hospital.

Um fato importante a ser citado é que a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM 2147/2016, dispõe que a prestação de assistência médica e a garantia de condições técnicas de atendimento são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico. Contudo, não foram apresentadas evidências de que esse cargo esteja associado ao organograma do HINSG.

Por último, na referida lei consta o setor da secretaria executiva, mas que não consta no organograma encaminhado.

Portanto, entende-se ser impraticável elaborar planos de ações dos setores sem saber quais cargos os integram.

c. Metas e indicadores dissociados do mapa estratégico

Observa-se que o HINSG esboçou um mapa estratégico que possibilita a formulação de uma grande quantidade de indicadores, que envolvem aspectos importantes que

potencializam um acompanhamento amplo sobre o hospital, tais como satisfação do usuário, resolutividade no atendimento e disponibilidade de equipamentos.



Figura 4 – Mapa estratégico do HINSG
Fonte: HINSG

Contudo, não há o desdobramento tático e operacional. Não há metas, prazos, nem delineamento de responsáveis pelos projetos relacionados. Dessa forma, essa fragilidade repercute na capacidade de produzir dados para tomada de decisão e em linha com objetivos do HINSG.

O Referencial de Eficiência Hospitalar, elaborado pelo Tribunal de Contas da União para a presente fiscalização, apontou uma série de indicadores que não **estão planejados** para serem medidos pelo HINSG, isto não quer dizer necessariamente que não podem ser medidos.

Entre esses, pode-se citar os indicadores do PS, a taxa de retorno, número de enfermeiros por leito, eficiência do agendamento, índice de cancelamento, entre outros.

Como esses indicadores não estão planejados para serem medidos, há o desincentivo de desenvolver métodos de trabalho que busquem otimizar os sistemas de informação para esse propósito.

Pode-se afirmar, ainda que com cautela, mas com alto grau de probabilidade, que esse é o caso para os indicadores do PS, do ambulatório e do centro cirúrgico. Inserir os indicadores em processo formal de planejamento estratégico pode contribuir para fortalecer seu processo de coleta, análise e divulgação.

Dessa forma, torna-se fundamental o HINSG e a Sesa elaborarem e implementarem um planejamento estratégico com uma definição bem ajustada do modelo de avaliação de desempenho, considerando, inclusive, os diversos *stakeholders* e os direcionamentos estratégicos.

d. Ausência de clareza sobre como se desenvolveu o estabelecimento de metas utilizadas pelo HINSG, bem como seus resultados

É necessário melhorar a transparência sobre as metas utilizadas pelo hospital, bem como sobre a interpretação dos resultados.

Ocorre que como não há contratualização e como não se teve um processo de planejamento estratégico organizado, logo não há exigência de uma maior discussão formal sobre os indicadores.

A literatura sobre o assunto, a partir da experiência britânica, utiliza o termo *gaming* para descrever o comportamento inadequado de organizações para o alcance das metas (PERDICARIS, 2012).

Não se afirma que isto esteja ocorrendo na instituição, mas dada a falta de transparência, possibilita-se um ruído de comunicação.

Sobre isso, o HINSG apresentou dados que sinalizam o cumprimento de meta de quantitativo de internações, pois enquanto a meta era de 7.200 internações ao ano, foram realizadas 7.198 internações em 2022.

Contudo, considerou-se, para fins de resultado, internações em PS, ainda que não seja permitido pelo CFM, conforme se verá mais à frente no relatório.

Tabela 13 – Total de internações no hospital e, especificamente, no Pronto Socorro

Meses -2022	Total Internações	Internações no Pronto Socorro	%
JAN	455	Sem Informações	0%
FEV	456	Sem Informações	0%
MAR	584	Sem Informações	0%
ABR	587	184	31%
MAI	596	263	44%
JUN	606	240	40%
JUL	617	194	31%
AGO	725	Sem Informações	0%
SET	659	176	27%
OUT	673	184	27%
NOV	629	198	31%
DEZ	611	Sem informações	0%
TOTAL	7.198	1.439	20%

Fonte: Relatório do HINSG

Ocorre que os indicadores de taxa de ocupação, nº de internações, tempo médio de permanência, giro de leito e índice de intervalo de substituição possuem relação matemática entre si e esses indicadores não envolvem ocupação em leito de PS.

Em paralelo a isso, cabe destacar que a meta para taxa de ocupação de leitos do HINSG é de 85% a 95%, enquanto a taxa de ocupação hospitalar recomendada pela Agência Nacional de Saúde³⁹ é de 80% a 85% e o Referencial do TCU⁴⁰ orienta que seja de 70% a 85%.

Com isso, resta a dúvida se a meta de 85% a 95% dias está de acordo com a capacidade do HINSG e se está de acordo com as referências do setor de forma a não trazer prejuízo para o fluxo de pacientes.

Sobre a interpretação de resultados, entende-se que caberia explicação do porquê ter ocorrido pelo menos 20% das internações no PS, se a taxa de ocupação não foi cumprida.

Dessa forma, cabe desenvolver uma metodologia que demonstre uma conexão coerente entre os indicadores, e com transparência, para que se possibilite interpretar adequadamente os resultados.

³⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2023.

⁴⁰ Disponível em: https://eficienciasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/08/Referencial-V3_1.pdf. Acesso em: 14 abr. 2023.

e. Outras oportunidades de melhoria

Durante as entrevistas, de forma geral, não foram apresentadas informações sobre como os setores são avaliados e como estes se planejam para a consecução dos objetivos do hospital.

Não constam evidências de planejamentos setoriais, planos de ação, definição de prazos, metas setoriais ou outros elementos associados ao desdobramento tático e operacional do planejamento estratégico.

Isso não quer dizer que a força de trabalho não realize atividades em benefício do hospital, mas sim que não foi possível extrair que há uma metodologia de elaboração e implementação do planejamento estratégico, tático e operacional.

Por fim, observou-se que no endereço eletrônico do HINSG constam poucas informações estratégicas e organizacionais.

Critérios

Para essa fiscalização, e considerando a abordagem realizada, apontam-se as bibliografias de Moysés Filho (2016)⁴¹ e Oliveira (2023)⁴² sobre planejamento estratégico.

Em relação ao alinhamento estratégico, foi utilizado como critério o Referencial de Avaliação de Centro de Governo do TCU que aborda as funções de gerenciamento estratégico, de prevenção e gestão de risco, de coordenação, de supervisão e de transparência.

Evidências

Extratos das entrevistas realizadas, a resposta dos ofícios encaminhados e a análise de conteúdo que compõe a documentação da auditoria.

⁴¹ MOYSÉS FILHO, Jamil et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde Gestão em saúde** (FGV Management). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016. 2. ed.

⁴² OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. - 35. ed. - Barueri [SP] : Atlas, 2023. (referência bibliográfica mencionada no Planejamento Estratégico do Governo do Estado 2019-2022)

Causas

Como **possíveis causas**, pautando-se pela metodologia de Oliveira (2023), elenque as seguintes:

- a. Ausência de setor efetivo de planejamento junto à direção do hospital e sem funcionários suficientes;
- b. Desconhecimento da efetiva importância e significado do planejamento estratégico;
- c. Focos de resistência, pois essa metodologia pressupõe avaliação de desempenho e mudanças administrativas;
- d. Desconhecimento sobre a natureza do planejamento estratégico;
- e. Poucos funcionários com repertório em planejamento estratégico, considerando que não há uma gestão de pessoas que defina que o HINSG deva ter profissionais com competência para assessorar o planejamento estratégico.

Essa ausência de definição de competências necessárias para integrar a força de trabalho repercutiu durante a fiscalização, pois a equipe encontrou dificuldades em encontrar um profissional do hospital habilitado para apresentar detalhamento das funcionalidades do Epimed (Sistema para gestão e análise de indicadores hospitalares). Não ficou claro para qual profissional ficou atribuída a competência de utilizá-lo para interpretá-lo, já que esse sistema fornece dados úteis para o HINSG.

- f. Baixo envolvimento da alta administração para elaborar e implementar o planejamento estratégico.

Durante a fiscalização, verificou-se mudança constante na direção do hospital e ausência de responsável técnico. Dessa forma, entende-se que se torna dificultoso executar essa tarefa tendo experiência no HINSG, principalmente para analisar o ambiente interno e externo. A constante rotatividade pode levar à descontinuidade do processo.

g. Desmotivação da força de trabalho em razão das condições físicas do hospital, confirmada em respostas ao questionário, e da falta de clareza da Sesa para a resolução dos problemas, agravado pelo tempo sem solução.

h. Há ausência de registros de reuniões do núcleo estratégico da Sesa ou documentos que delineiam os indicadores que o HINSG deve monitorar e as metas associadas, o que indica uma fragilidade na orientação do alinhamento estratégico.

Em outro rumo, não há evidências de que o núcleo estratégico da Sesa realize avaliações sobre os indicadores hospitalares do HINSG.

Em linha como referencial de avaliação de Centro de Governo do TCU, cabe ao centro do governo avaliar se as metas de resultados estão sendo alcançadas ou não e quais as razões do sucesso ou não da política pública. Nesse sentido, não é possível saber quem está monitorando o tempo de permanência, um indicador estratégico, bem como a taxa de mortalidade hospitalar.

Efeitos

A ausência de planejamento estratégico pode levar a gestão hospitalar a tomar decisões reativas que respondam a questões emergentes, em vez de adotar uma abordagem proativa e sistêmica. Isso pode levar a soluções temporárias e inadequadas, em vez de abordar as causas profundas dos problemas.

O planejamento estratégico tem como princípio proporcionar melhora na eficiência, eficácia e efetividade, minimizando as deficiências apresentadas pela instituição.

Isso se refletiu durante as entrevistas, pois, de maneira geral, não foram mencionados com clareza quais os objetivos o hospital deve seguir, repercutindo na ausência de mapas de processos de trabalho orientados para uma gestão de risco ante os objetivos do hospital.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa instituir metodologia para elaboração e implementação do planejamento estratégico do HINSG, buscando as melhores práticas administrativas no mercado, alinhando com os objetivos estratégicos do governo; definindo a metodologia das metas e da coleta de indicadores, bem como definindo as fontes, a frequência de coleta e de avaliação e os responsáveis, capacitando e orientando a força de trabalho para o planejamento estratégico, avaliando indicadores mais amplos (resolutividade na assistência, inclusive, no pronto no socorro, a capacitação técnica, a produtividade do centro cirúrgico e ambulatorial, o clima organizacional, a satisfação do paciente e as atividades das comissões);
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa definir documentalmente os requisitos para ocupar o exercício das atividades do HINSG e alinhar com as exigências normativas, a exemplo do cargo de diretor clínico, diretor técnico, entre outros, definindo o quantitativo adequado de pessoal para os objetivos estratégicos do HINSG.
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa avaliar a criação de um setor de planejamento no HINSG ou indicar o setor existente que deve ser o responsável pela condução do processo de planejamento estratégico
- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa dar transparência ao planejamento estratégico, a ser instituído, inclusive seu processo de elaboração e resultados;
- **Recomendar** à Sesa definir periodicidade de reuniões estratégicas para supervisão e alinhamento estratégico com o HINSG, documentando em atas os pontos tratados e as deliberações exaradas.

Benefícios esperados

Como benefícios podemos citar a profissionalização da gestão pública, a melhora na tomada de decisões, a orientação e a comunicação com foco em resultados, o aproveitamento eficiente dos recursos e a melhora no acompanhamento dos resultados.

3.3.2 Ausência de contratualização entre a Secretaria de Estado da Saúde e o HINSG.

Situação encontrada

Não foram apresentadas evidências, após encaminhamento de ofício, confirmando a efetivação da contratualização entre a Secretaria de Estado da Saúde e o HINSG.

Em linhas gerais, a Sesa apontou que existe um grupo de trabalho para acompanhar todo o processo que envolve a contratualização dos hospitais sob gestão direta, bem como para avaliar os resultados obtidos e elaborar planos de ação para institucionalização e expansão da contratualização dos demais hospitais da SESA.

O atraso na contratualização já foi tratado no âmbito do TCEES. Recentemente, o Acórdão TC 1140/2022 – Plenário determinou que o prazo para a implementação do processo de contratualização com o HINSG fosse resolvido até 31/03/2023 (vide processo 5487/2015 – fiscalização e processo 1039/2022 – monitoramento). De acordo com o PACE, será realizado novo monitoramento no exercício de 2023.

Critério

- Portaria GM/MS 3.3390/2013 (Política Nacional de Atenção Hospitalar)⁴³;
- Portaria GM/MS 3.410/2013 (diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)⁴⁴;
- Tese de doutorado de Perdicaris (2012)⁴⁵.

⁴³ Art. 29. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.

⁴⁴ Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização.

Parágrafo único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP.

⁴⁵ PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de Resultados e Desempenho no Setor Público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo**. 2012. 133 f. Tese (Doutorado em administração Pública e Governo) - à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), 2012.

Evidências

Documento: OF/SESA/GS/Nº 280/2023, em resposta ao Ofício TC 839/2023 (Protocolo 5052/2023).

Causas

Em suma, uma possível causa é a dificuldade de desenvolver a contratualização no âmbito da administração direta. Para entender possíveis causas, salutar destacar como ocorre o processo. Segundo a autora, citando Alcoforado (2015), o processo envolve a negociação, a construção do instrumento e o gerenciamento.

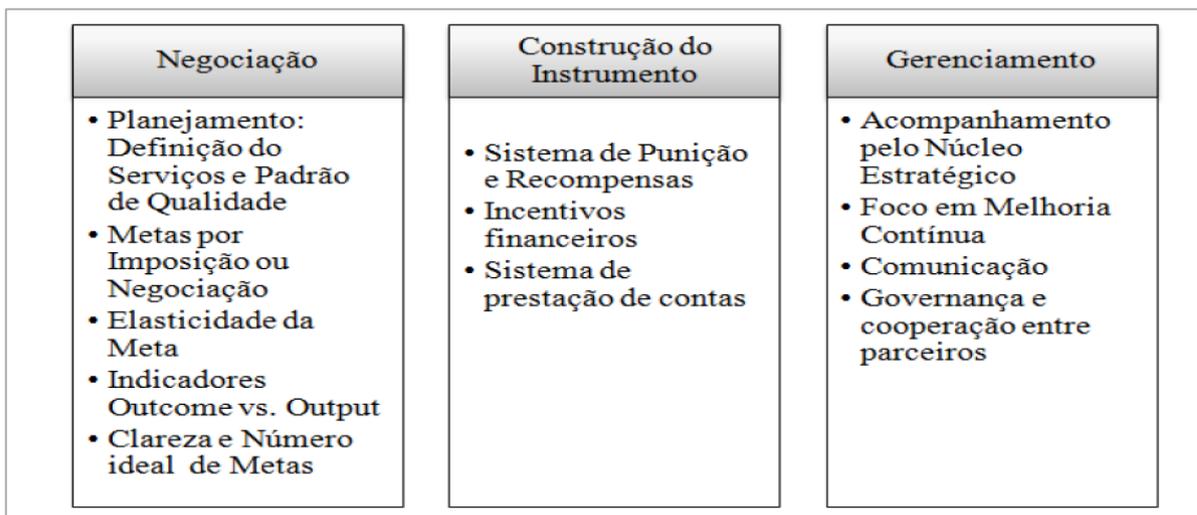


Figura 5 – Fases da contratualização.

Fonte: elaborado por Perdicaris (2015), com base em Boyne e Chen (2007) e Alcoforado (2005).

Embora a Sesa não tenha mencionado as causas pelo longo atraso na implementação da contratualização, infere-se como uma possível causa o debate sobre a forma do estabelecimento de metas e sobre o número de indicadores, os mecanismos de punição e recompensa, dada a importância do tema na literatura especializada (PERDICARIS, 2012).

Efeitos

Conforme aponta a tese de Perdicaris (2012), que tratou sobre a experiência do contrato programa nos hospitais da administração direta no Estado de São Paulo, pode se inferir os seguintes efeitos pela não implementação, tais como a perda potencial de melhoria de desempenho, o enfraquecimento do núcleo estratégico

perante o HINSG, o desconhecimento da realidade do HINSG; e inaplicação de incentivos de premiação e de punição.

Propostas de encaminhamento

Não serão feitas propostas de encaminhamento. As recomendações anteriores relativas ao planejamento estratégico já são suficientes e já existe processo no tribunal que determinou que fosse realizada a contratualização.

Benefícios esperados

Como benefícios podemos citar a profissionalização da gestão pública, a melhora na tomada de decisões, a orientação e a comunicação com foco em resultados, o aproveitamento eficiente dos recursos e a melhora no acompanhamento dos resultados.

3.4 CONSULTAS E RECONSULTAS AMBULATORIAIS

Questão de auditoria 4: O HINSG garantiu o acesso às primeiras consultas e às subsequentes nos prazos estabelecidos, em 2022?

O HINSG realiza consultas ambulatoriais nas especialidades de alergia e imunologia, cardiologia, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, genética, ginecologia infantopuberal, hematologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia e reumatologia.

Em entrevista com o Núcleo de Trabalho do Ambulatório (NTAMB), em 4/1/2023, foi informado que a **primeira consulta** ocorre por meio de regulação do NERCE⁴⁶, e que as consultas subsequentes (ou **reconsultas**) são gerenciadas pelo ambulatório do hospital⁴⁷.

⁴⁶ Transformado em Gerência de Regulação Ambulatorial Especializada (GRAE) por meio do Decreto Nº 541-S, de 03/03/2023.

⁴⁷ Os entrevistados, em 4/1/2023, informaram existir uma “porta aberta” para pacientes, maioria, oriundos de maternidades (UTI Neonatal), sem regulação, para consultas com equipe multiprofissional na área de IST/AIDS. No caso de nova consulta, seriam classificados como “vindos de casa”.

Por meio do Ofício 839/2023, de 10/3/2023, foi requerido à Sesa um relatório com as **primeiras consultas** solicitadas, agendadas, realizadas e não realizadas (absenteísmo) no HINSG, para todas as especialidades.

Após realização de tratamento dos dados encaminhados, conforme explicado no **Apêndice 00025/2023-1**, chegou-se a um total de 6.271 registros para a primeira consulta, os quais foram analisados quanto ao tempo médio e mediana, além de outros cálculos relacionados ao tempo de atendimento.

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 4 estão relacionados a seguir.

3.4.1 O prazo médio de realização de primeiras consultas especializadas no HINSG ficou acima do parâmetro definido pela resolução CIB/ES 72/2022

Situação encontrada

Das 22 (vinte e duas) especialidades avaliadas, 13 (treze) tiveram tempo médio de espera menor que 60 (sessenta) dias (entre 22 e 51) e as 9 (nove) restantes em valores superiores, variando entre 66 e 221 dias e, portanto, acima do preconizado pela Resolução CIB/ES 72/2022, que é de 60 dias para baixo risco. A média geral foi de 90 (noventa) dias.

Em outra análise, em 7 (sete) especialidades a mediana do tempo de espera foi superior a 60 dias, isto é, 50% dos pacientes da fila, para cada uma dessas especialidades demoraram mais de 60 dias. Por outro lado, a mediana geral foi de 53 dias.

Quando a mediana é menor do que a média, isso indica que há valores muito altos de tempo de espera que estão puxando a média para cima. No geral, 45,1% dos pacientes estão esperando mais de 60 dias.

Constatou-se que o tempo médio de espera para a realização das primeiras consultas no HINSG variou entre 22 (vinte e três) dias para Cirurgia Torácica e 221 (duzentos e vinte e cinco) dias para **alergologia**, conforme demonstrado na Tabela 14:

Tabela 14 - Avaliação de medidas temporais sobre consultas ambulatoriais realizadas no HINSG considerando as diferenças entre as datas de realização e de solicitação

Especialidades	Qtd geral	QTD > 60 dias	% > 60 dias (especialidade)	% > 60 dias sobre o total	Tempo médio de espera	Mediana
Alergologia	307	242	78,8%	8,5%	221	162
Buco Maxilo	78	16	20,5%	0,6%	43	31
Cirurgia Geral	2.718	1.760	64,8%	62,2%	113	90
Cirurgia Plástica	113	15	13,3%	0,5%	32	15
Cirurgia Torácica	29	1	3,4%	0,0%	22	15
Dermatologia	196	41	20,9%	1,4%	47	29
Endocrinologia	444	92	20,7%	3,2%	41	27
Gastroenterologia	103	61	59,2%	2,2%	126	84
Genética	58	30	51,7%	1,1%	193	92
Ginecologia Infante Puberal	165	24	14,5%	0,8%	35	21
Infectologia	54	10	18,5%	0,4%	50	24
Nefrologia	97	65	67,0%	2,3%	169	120
Neurocirurgia	122	70	57,4%	2,5%	129	82
Neurologia	15	14	93,3%	0,5%	192	226
Oftalmologia	81	27	33,3%	1,0%	73	37
Oftalmologia de Alta Complexidade	72	23	31,9%	0,8%	66	30
Oftalmologia Plástica Ocular	38	6	15,8%	0,2%	35	22
Ortopedia	620	218	35,2%	7,7%	64	37
Ortopedia de Coluna	166	15	9,0%	0,5%	40	14
Otorrinolaringologia	438	25	5,7%	0,9%	30	19
Pneumologia	268	66	24,6%	2,3%	51	29
Reumatologia	89	10	11,2%	0,4%	33	25
Total Geral	6.271	2.831	45,1%	100,0%	90	53

Fonte: Elaboração própria, a partir de planilha enviada pela GRAE por e-mail, após filtros adequados
 Nota: as datas abrangeram meses do 2º semestre/2020 (solicitação) até os três primeiros meses de 2023 (realização)

Crítérios

A Resolução CIB/ES 72/2022 definiu os parâmetros para os prazos de atendimentos presenciais ou por telemedicina aplicados à Auto Regulação Formativa Territorial no Anexo III, conforme transcrito na Tabela 15⁴⁸:

Tabela 15 - Prazos para realização dos atendimentos após autorizados (Anexo III Resolução CIB 72/2022)

Risco	Prazo
Muito alto	Até 15 dias
Alto	Até 30 dias
Médio	Até 45 dias
Baixo	Até 60 dias

⁴⁸ A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu, por meio da Resolução 259/2011, que o prazo para a operadora de plano privado de assistência à saúde garantir o acesso a consultas médicas especializadas é de até 14 (quatorze) dias úteis (em média 20 dias corridos). Já o Enunciado nº93, da III Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, considerou excessiva a espera do paciente por tempo superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.

Na ausência de dados sobre o risco dos pacientes (muito alto, alto, médio e baixo), foi utilizado como parâmetro o prazo de 60 dias indicado para os casos de baixo risco. Portanto, se fossem considerados os riscos dos pacientes, a situação seria ainda pior quando confrontados os tempos de espera com os prazos previstos na Resolução CIB/ES 72/2022 para os pacientes de risco muito alto, alto e médio, de 15, 30 e 45 dias, respectivamente.

Evidências

Resposta ao Ofício TC-839/2023.

Causas

Os alcances desfavoráveis em algumas especialidades se devem, especialmente, a excesso de demanda ante o quantitativo de profissionais existentes. Conforme entrevista com o núcleo ambulatorial, em 4/1/2023, um exemplo é o número reduzido de profissionais em neurologia infantil (neuropediatras), que impactam nos receituários, nas medicações e na emissão dos laudos.

Outras evidências desfavoráveis são: 1) o cancelamento de consultas por condições físicas dos ambulatórios (exemplo são os defeitos em ar-condicionado) e falta de computadores e outros equipamentos; e 2) pela deficiência de comunicação e organização junto ao NERCE (atual Gerência de Regulação Ambulatorial Especializada - GRAE), pois, conforme extrato da entrevista, o domínio do histórico das consultas (absenteísmos e filas) ficam sob administração do médico executante e do NERCE.

Efeitos

Os efeitos potenciais de tempo de espera superior ao preconizado pela Resolução CIB/ES 72/2022 estão relacionados ao risco de agravamento do estado de saúde dos pacientes que procuram o atendimento ambulatorial especializado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG e à Sesa que tomem as providências necessárias para equalizar a oferta e a demanda das consultas ambulatoriais especializadas de maneira que os prazos de espera não ultrapassem os estabelecidos na Resolução CIB/ES 72/2022, inclusive oferecendo consultas ambulatoriais em outras unidades, considerando os problemas estruturais existentes.

Benefícios esperados

Espera-se a redução do tempo de espera dos pacientes para as consultas ambulatoriais e a conseqüente melhoria da qualidade da assistência.

3.4.2 Os prazos das consultas subsequentes (reconsultas) não são acompanhados pelo HINSG

Situação encontrada

Com base nas informações encaminhadas pelo NERCE relativas às primeiras consultas realizadas no HINSG, constatou-se, como já mencionado, que o maior tempo médio de espera para realização das primeiras consultas ocorreu na especialidade **alergologia**, sendo essa a selecionada pela equipe para a verificação do cumprimento dos prazos das reconsultas.

Sendo assim, solicitou-se ao HINSG, através do Ofício TC-01275/2023, de 10/4/2023, em seu item 1), para o ano de 2022, para a especialidade citada, as seguintes informações e documentos:

- 1) Relação das consultas subsequentes contendo as seguintes colunas: código do cidadão, profissional executante (médico), **data ou prazo definido pelo médico para a consulta de retorno**, data da marcação da consulta subsequente, data do agendamento da consulta subsequente (reconsulta), situação (faltou ou realizada) – utilizar como filtro as consultas agendadas para 2022 e para a especialidade **alergologia**; (grifo no original)
[...]

Ato contínuo, não foram apresentadas informações que demonstrem o acompanhamento das consultas subsequentes dos pacientes pelo ambulatório do HINSG.

Critério

Enquanto o critério utilizado para o prazo das primeiras consultas foi o estabelecido na Resolução CIB/ES 72/2022, para as reconsultas foi utilizado como critério o prazo definido pelo profissional responsável pelo atendimento, conforme disposto na Resolução Normativa ANS 259/2011, no art. 3º, § 3º:

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

Causas

Em reunião no HINSG, na sede Santa Lúcia, em 12/4/2023, entre a equipe de auditoria e profissionais do hospital (responsável técnica e membros do NTAMB - incluindo a chefe do núcleo), ficou esclarecido, em regra, para a maioria das especialidades, que:

- a. o paciente não sai da consulta com a reconsulta agendada;
- b. os prontuários não registram o prazo sugerido pelo médico para a reconsulta;
- c. as solicitações de consultas dos setores são feitas por e-mail e indicam o tempo ideal para a reconsulta (entretanto, em um prontuário apresentado para a equipe constava o e-mail, mas não constava a indicação do tempo ideal para a reconsulta pois não se trata de uma rotina sistematizada);
- d. as agendas são abertas a cada 4 meses;
- e. os pacientes da Grande Vitória têm que ir ao hospital realizar o agendamento das reconsultas;
- f. o agendamento por telefone é realizado apenas para os pacientes do interior;
- g. não existe controle dos prazos de reconsulta por parte do ambulatório;

- h. apenas os programas especializados fazem a busca ativa dos seus pacientes⁴⁹;
- i. a dificuldade de seguimento ambulatorial mencionada em relatório do EGA não se refere apenas ao ambulatório do HINSG mas a todos os outros serviços ambulatoriais.

Todas essas considerações são aplicáveis à especialidade alergologia e, dessa forma, conclui-se que não existe uma rotina de trabalho sistematizada em sistema informatizado ou mesmo manual para o controle dos prazos de reconsulta por parte do ambulatório de maneira a garantir que essas reconsultas sejam realizadas nos prazos definidos pelos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Efeitos

A falta de acompanhamento dos prazos de retorno dos pacientes pode acarretar a assistência inadequada devido ao não retorno ou ao retorno em prazos mais longos do que os definidos pelos médicos responsáveis pelo atendimento.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG que os prazos para consultas de retorno (reconsultas), definidos pelo profissional responsável pelo atendimento, sejam registrados nos prontuários dos pacientes e no sistema de agendamento de consultas do ambulatório, permitindo ao hospital o posterior monitoramento desses prazos de retorno e, a depender da gravidade clínica do paciente, se promova a busca ativa para viabilizar o atendimento, tal qual o procedimento nos programas especializados;
- **Recomendar** ao HINSG que os agendamentos das reconsultas, quando necessárias, sejam realizados imediatamente após a realização da consulta, sempre que possível; e

⁴⁹ Programas Especializados: Onco-hematologia, DST/AIDS, Asma grave, Fibrose Cística, Coluna, Osteogênese Imperfeita, Microcefalia, Algumas doenças genéticas/raras, Centro de Terapia de Queimados, Fissuras lábio-palatais e Atrofia Muscular Espinhal (AME).

- **Recomendar** ao HINSG que seja disponibilizado para os pacientes da Grande Vitória o agendamento das reconsultas pelo telefone, de forma isonômica aos pacientes do interior do Estado, caso, por alguma razão justificável, não seja possível realizar os agendamentos logo pós o atendimento.

Benefícios esperados

A possibilidade do acompanhamento pelo HINSG das consultas ambulatoriais subsequentes dos pacientes e conseqüente melhoria da qualidade da assistência.

3.4.3 Ausência de informações sobre a distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e sobre a duração média das consultas para elaboração das agendas

Situação encontrada

A Portaria GM/MS 3410/2013, que estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde, determina que compete aos hospitais prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, **colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada** (art. 8º, I).

Com o intuito de verificar se toda a força de trabalho do hospital disponível para o ambulatório foi alocada para a programação de consultas e reconsultas, foram solicitadas ao HINSG, via Ofício TC-01275/2023, para a especialidade **alergologia**, as seguintes informações:

[...]

2) a relação dos médicos, bem como as correspondentes cargas horárias disponibilizadas (horas e dias da semana), **conjuntamente com o documento comprobatório**, para o agendamento das consultas ambulatoriais para a especialidade **alergologia**, conforme o item 1; (grifos no original)

3) agenda dos médicos **alergologistas** para o último trimestre de 2022; (grifo no original)

4) duração recomendada para as consultas e consultas subsequentes (reconsultas) para a especialidade de **alergologia**, acompanhadas das normas que embasam essa duração (normas do CFM, normas internas do ambulatório, etc.). (grifo no original)

Foi encaminhada planilha em que constam todos os médicos, dos quais destacamos os 4 (quatro) que atendem na especialidade alergologia, conforme Quadro 7:

Quadro 7 – Agenda de abril/2023 dos médicos alergologistas que atendem no ambulatório

N. FUNC.	VINC	CARGO	CAT	CH	HORÁRIO
3609294	1	ALERG/IMUNO	EF	20h	2ª e 5ª - 13h às 18h 3ª 7h às 13h (Hospital Dia) + regulação formativa
1583620	6	ALERG/IMUNO	EF	10h	2ª - 13 às 18h 4ª - 7 às 12h
1536451	3	ALERG/IMUNO	EF	20h	2º, 3º e 4º - 13 às 18h
4293495	1	ALERG/IMUNO	DT	24h	2ª- 07h às 12h 5ª - 07h às 19h + pareceres

Fonte: Planilha Escala de Médicos - Abril 2023 – Pronta encaminhada em resposta ao ofício 841/2023

Da análise do Quadro 7, verifica-se que não estão demonstradas as cargas horárias destinadas a pareceres e regulação formativa, que compõem a carga horária total dos médicos, o que impede o batimento com a carga horária total do profissional informada pelo ambulatório:

- Para o(a) médico(a) de número funcional 3609294 (20 horas semanais), constam 10 horas semanais para o ambulatório, 6 horas semanais para o hospital dia, totalizando 16 horas semanais. Não foi informado se o total de 4 horas semanais restantes é integralmente destinado a regulação formativa;
- Para o(a) médico(a) número funcional 1583620 (10 horas semanais), constam 10 horas semanais para o ambulatório;
- Para o(a) médico(a) número funcional 1536451 (20 horas semanais), constam 15 horas semanais para o ambulatório. Não foi informada a destinação das 5 horas restantes;
- Para o(a) médico(a) número funcional 4293495 (24 horas semanais), constam 17 horas para o ambulatório. Não foi informado se o total de 7 horas semanais restantes é integralmente destinado a pareceres.

Em relatório gerado no sistema MVSoul e consultado em tela por ocasião da reunião realizada em 12/4/2023, verificou-se, para uma das médicas, que na prática são marcadas em média 2 consultas para cada hora de trabalho, portanto, 30 minutos em média para cada consulta de alergologia. Entretanto, não existe um documento formal

que define a duração média das consultas por especialidade para efeito de planejamento das agendas.⁵⁰

Diante das limitações expostas, tanto pela falta de clareza quanto à distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório, quanto pela falta de um documento que normatize a duração média das consultas para efeito de planejamento das agendas, respeitada a conduta profissional dos médicos, não foi possível verificar se todas as horas disponíveis foram devidamente alocadas pelo ambulatório do HINSG.

Critérios

Portaria GM/MS 3410/2013, art. 8º, I⁵¹, que dispõe que os hospitais devem colocar à disposição do gestor público toda a capacidade instalada.

Causas

Fragilidade da gestão do hospital no tocante ao controle e transparência das informações necessárias para a elaboração das agendas de consultas especializadas.

Efeitos

Possibilidade de não estarem sendo alocadas para a realização de consultas todas as horas disponíveis dos médicos que atendem no ambulatório.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

⁵⁰ As consultas são todas marcadas para um único horário (13 horas, no caso do relatório consultado no MVSoul, para uma agenda de 13 às 18 horas), obrigando todos os pacientes a chegarem nesse horário mesmo que seja o último a ser atendido.

⁵¹ Portaria GM/MS 3410/2013 - Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde

Do Eixo de Gestão

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais:

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;

- **Recomendar** ao HINSG que demonstre, nas agendas do ambulatório ou outro documento a critério do HINSG, a totalidade da distribuição da carga horária dos médicos, especialmente dos que atendem no ambulatório; e
- **Recomendar** ao HINSG que seja elaborado documento que normatize a duração média das consultas, por especialidade, de maneira a garantir o controle e a transparência necessários para o planejamento das agendas do ambulatório, respeitando a conduta profissional dos médicos.

Benefícios esperados

Espera-se o aumento da transparência no tocante à distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e à definição da duração média das consultas para efeito de elaboração das agendas, garantindo aos pacientes a utilização de toda a capacidade instalada do hospital com o objetivo de reduzir o tempo de espera de consultas e reconsultas.

3.5 COMISSÕES HOSPITALARES

Questão de auditoria 5: As comissões hospitalares estão instituídas e em funcionamento no HINSG?

Segundo Viriato e Moura⁵², uma das melhores formas de garantir qualidade e segurança no atendimento ao paciente é por meio da criação das comissões hospitalares.

Conforme afirmado pelos autores, as comissões hospitalares atuam em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O papel dessas comissões é aprimorar continuamente os processos internos e buscar a excelência nos serviços prestados, incluindo assistência, ensino e pesquisa. Para isso, as comissões são altamente diversificadas, a fim de atender às especificidades de cada área hospitalar.

Além disso, segundo os autores, as comissões são consideradas essenciais na formulação de políticas, coordenação e monitoramento de atividades críticas

⁵² VIRIATO, Airton; MOURA, Anísio de. **Administração hospitalar**: curso de especialização. Barueri-SP: Editora Manole, 2021. E-book.

relacionadas à prestação de serviços de saúde de qualidade em todo o hospital. Elas fazem parte do processo de acreditação hospitalar e são responsáveis pela implementação das etapas necessárias para a obtenção de certificações. As comissões devem trabalhar em colaboração com a equipe de governança para implementar as ações e ferramentas necessárias, além de garantir o cumprimento das normas estabelecidas.

As comissões produzem e evidenciam indicadores, que são ferramentas essenciais para a qualidade dos serviços do hospital. Portanto, ao produzir e disponibilizar esses indicadores relevantes sobre áreas críticas do hospital para a alta gestão e a sociedade, as comissões hospitalares contribuem para a transparência e uma melhor gestão dos serviços prestados. Além disso, as comissões devem desenvolver e apresentar propostas de modernização dos atendimentos e aprimoramento da rotina, tendo sempre como foco central a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos pacientes. De acordo com a legislação pertinente que determina a implantação e o funcionamento de comissões hospitalares, podem ser obrigatórias, permanentes e/ou provisórias. Para ser oficial e ser reconhecida no hospital, a comissão deverá ser publicada no Diário Oficial.

A Portaria Interministerial - Ministério da Saúde e Ministério da Educação – nº 285 de 24 de março de 2015 define que os estabelecimentos hospitalares devem ter constituídas, e em permanente funcionamento, 17 comissões assessoras obrigatórias, além de ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as demais comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial de cada estabelecimento hospitalar.

Viriato e Moura (2021) relacionam em seu livro 59 (cinquenta e nove) comissões e comitês técnicos hospitalares⁵³, entretanto, a equipe de fiscalização definiu como

⁵³ 1) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; 2) Comissão de Ética em Enfermagem; 3) Comissão de Ética Médica; 4) Comissão de Farmácia e Terapêutica; 5) Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; 6) Comissão de Proteção Radiológica; 7) Comissão de Residência Médica; 8) Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde; 9) Comissão de Revisão de Óbitos; 10) Comissão de Revisão de Prontuários e Documentação Médica e Estatística; 11) Comissão de Terapia Nutricional; 12) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; 13) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes; 14) Comissão Permanente de Desenvolvimento de Pessoas; 15) Comitê de Auditoria Transfusional; 16) Comitê de Ética em Pesquisa; 17) Comitê de Segurança do Paciente; 18) Comissão da Lei de Acesso à Informação; 19) Comissão de Acompanhamento à Contratualização; 20) Comissão de Administração de quimioterápicos antineoplásicos; 21) Comissão de Análise de Óbitos e Biópsias; 22) Comissão de Avaliação da Qualidade Hospitalar; 23) Comissão de Biossegurança; 24) Comissão de Cuidados Paliativos; 25) Comissão de Documentação Médica e Estatística; 26) Comissão de Ergonomia; 27) Comissão de Ética Multiprofissional; 28) Comissão de Farmacovigilância; 29)

critério de auditoria 18 comissões, sendo 13 constantes do Contrato de Gestão 1/2021 firmado entre a Sesa e o Instituto Acqua para gestão do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves - HIMABA (1 a 13), 3 previstas na Portaria Interministerial nº 285/2015 que não constam do CG 1/2021 (14 a 16) e as duas relativas a residências multiprofissional em saúde e médica em normas específicas (17 e 18), a saber:

- 1) Comissão de Prontuário Médico;
- 2) Comissão de Óbitos;
- 3) Comissão de Ética Médica;
- 4) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- 5) Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT);
- 6) Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- 7) Comissão de Ética em Enfermagem;
- 8) Comissão de Segurança do Paciente;
- 9) Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- 10) Comissão de Hemoterapia;
- 11) Comissão de Terapia Nutricional;
- 12) Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT);
- 13) Comissão de Cuidados Paliativos;
- 14) Comissão de Ética em Pesquisa;
- 15) Comissão de Revisão de Prontuário;
- 16) Comissão de Proteção Radiológica;
- 17) Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde;
- 18) Comissão de Residência Médica.

Por meio do Ofício 841/2023, foram solicitados ao HINSG os atos de instituição, atas de reunião com a presença dos componentes de 2022, regimento interno (se houver) ou outros mecanismos que garantam o funcionamento das 18 comissões listadas.

Comissão de Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente; 30) Comissão de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos; 31) Comissão de Hemovigilância; 32) Comissão de Indicadores Hospitalares; 33) Comissão de Inventário de Estoques; 34) Comissão de Inventário Físico-Financeiro do Patrimônio; 35) Comissão de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal; 36) Comissão de Padronização de Equipamentos Hospitalares; 37) Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares; 38) Comissão de Padronização de Medicamentos; 39) Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas; 40) Comissão de Processos e Práticas de Hotelaria Hospitalar; 41) Comissão de Revisão de Prontuários; 42) Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho; 43) Comissão de Sepsis; 44) Comissão de Tecnovigilância; 45) Comissão de Transplantes e Captação de órgãos; 46) Comissão do Plano Diretor de Projetos e Obras; 47) Comissão Especializada em Tratamento de Lesões por Pressão; 48) Comissão Gestora Multidisciplinar da Norma Regulamentadora 32; 49) Comissão Multidisciplinar de Terapia Enteral e Parenteral; 50) Comissão Permanente de Investigação Preliminar e Processo Administrativo; 51) Comitê Científico; 52) Comitê de Avaliação das Tecnologias em Saúde; 53) Comitê de Bioética; 54) Comitê de Gerenciamento de Crise; 55) Comitê de Humanização; 56) Comitê de Sustentabilidade; 57) Comitê de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; 58) Comitê Deliberativo; 59) Comitê Transfusional;

Além dessas informações e documentos, foram solicitados os seguintes documentos que devem ser elaborados por algumas das comissões listadas, a saber:

- a) Programa de Controle de Infecção Hospitalar, na forma do art. 2º e Anexos da Portaria GM/MS 2626/1998 (**CCIH**);
- b) Relatórios com indicadores epidemiológicos interpretados e analisados, contendo no mínimo: taxa de infecção hospitalar, taxa de pacientes com infecção hospitalar, distribuição percentual das infecções hospitalares, taxa de infecções hospitalares por procedimento, na forma dos itens 5 (incluindo os subitens) e 6 do Anexo 3 da Portaria GM/MS 2626/1998 (**CCIH**);
- c) Cópia do comprovante do encaminhamento do relatório de investigações epidemiológicas à coordenação estadual e à coordenação de CIH do MS item 6.4 do Anexo 3 da Portaria GM/MS 2626/1998 (**CCIH**);
- d) Relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos, na forma do art. 11 da Resolução CFM 2171/2017 (**Comissão de Óbitos**);
- e) Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, na forma do art. 4º da RDC Anvisa 36/2013 (**Núcleo de Segurança do Paciente**);
- f) Protocolos de Segurança do Paciente, na forma do art. 7º, VI da RDC Anvisa 36/2013 (**Núcleo de Segurança do Paciente**);
- g) Plano de Proteção Radiológica, na forma do item 32.4.2 da Norma Regulamentadora 32, aprovada pela Portaria do Ministério do Trabalho 485/2005 (**Comissão de Proteção Radiológica**);
- h) Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, na forma do item 2.2, "g" da Norma Regulamentadora 32, aprovada pela Portaria do Ministério do Trabalho 485/2005 (**Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde**);
- i) Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância, na forma do art. 42 da RDC Anvisa 406/2020 (**Comissão de Farmácia e Terapêutica**);
- j) demais documentos que foram elaborados pelas demais comissões.

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 5 estão relacionados a seguir.

3.5.1 Diversas comissões hospitalares não foram instituídas ou não estão formalmente em funcionamento.

Situação encontrada

Algumas comissões obrigatórias e outras facultativas não foram instituídas ou não estão em funcionamento.

Após análise das informações e documentos encaminhados pelo HINSG, a situação é a seguinte:

Quadro 8 - Comissões hospitalares, atos de instituição, membros, atas, listas de presença e regimento interno

Comissão	Atos de instituição	Atas, listas de presença, regimento interno, outros	Observações
Comissão de Prontuário Médico	-	-	Vide Comissão de Revisão de Prontuário
Comissão de Óbitos	Portaria Nº 520-S de 28/12/2022 (DIO 29/12/22)	-	Não foram encaminhadas atas, listas de presença ou regimento interno
Comissão de Ética Médica	-	-	O HINSG informou que existe e está nomeada mas por questões de sigilo não é viável o envio de quaisquer documentos produzidos.
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Portaria Nº 462-S, de 5/12/2022 (DIO 6/12/22)	Regimento Interno de 7/8/2019 Ata de reunião e lista de presença de 10/3/2023	Não foram apresentadas atas de reuniões realizadas em 2022; Ausência de representante do laboratório de microbiologia
Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT)	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde			Em processo de instituição, todavia há um Plano de Gerenciamento de Resíduos e toda a demanda é feita por contrato terceirizado. Portanto, não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno. O PGRSS não foi encaminhado.
Comissão de Ética em Enfermagem	-	-	Os membros foram eleitos mas ainda estão em andamento os trâmites internos do COREN. Portanto, não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Segurança do Paciente	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Farmácia e Terapêutica	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Hemoterapia	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Terapia Nutricional	Portaria 521-S de 28/12/2022 (DIO 29/12/2022)	Regimento Interno de 1/1/2022 Ata de reunião e lista de presença de 6/10/2022	A nomenclatura utilizada no HINSG é Comissão de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

Comissão	Atos de instituição	Atas, listas de presença, regimento interno, outros	Observações
		Ata de reunião de 27/10/2022 Ata de reunião e lista de presença de 2/2/2023	
Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT)			O HINSG informou que a comissão está sendo reestruturada. Portanto, não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Cuidados Paliativos	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas, listas de presença e regimento interno.
Comissão de Ética em Pesquisa	-	-	O HINSG informou que a comissão não é obrigatória, que utiliza a Plataforma Brasil, conforme orientação da SESA.
Comissão de Revisão de Prontuário	Portaria 333-S de 30/8/2021 (DIO 2/9/2021) - Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito (CORPO). Portaria nº 519-S, de 28/12/2022 (DIO 29/12/22) - Comissão de Revisão de Prontuário.	Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito (CORPO) Ata de reunião de 3/9/2021 (Google Meet) Ata de reunião de 8/9/2021 (Google Meet) Ata de reunião de 4/10/2021 (sem assinaturas) Ata de reunião de 26/11/2021 (sem assinaturas)	Em 2021, as Comissões de Revisão de Prontuário e de Óbitos foram reunidas em uma comissão única: a Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito (CORPO), sendo desmembradas em 28/12/2022. Não foram encaminhadas atas e listas de presença de 2022 e o regimento interno da Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito (CORPO). Não foi encaminhado regimento interno da Comissão de Revisão de Prontuário
Comissão de Proteção Radiológica	-	-	O HINSG informou que existe e fica sob responsabilidade da terceirizada, no entanto, não foram encaminhados ato de instituição, atas e listas de presença e regimento interno.
Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde	-	-	O HINSG informou que não é a instituição organizadora da Residência Multiprofissional, de forma que esta é uma comissão interna do ICEPi.
Comissão de Residência Médica	-	-	Não foram encaminhados ato de instituição, atas e listas de presença e regimento interno.

Fonte: elaboração própria, a partir dos documentos disponibilizados.

O HINSG conta com as seguintes comissões que não foram listadas no Ofício 841/2023:

Quadro 9 – Comissões do HINSG que estão fora da lista da matriz de planejamento

Comissão	Atos de instituição	de	Atas, listas de presença, regimento interno, outros	Observações
Comissão de Prevenção e Tratamento Lesões	Portaria 522-S de 28/12/2022 (DIO 29/12/22)	de	Ata de reunião e lista de presença de 8/3/2023	Não foi apresentado regimento interno.
Comissão de Humanização	-	-	-	Não foram apresentados ato de instituição, atas e listas de presença e regimento interno.

Fonte: elaboração própria, a partir dos documentos disponibilizados em resposta ao Ofício 841/2023.

Quanto à certificação do HINSG como hospital de ensino, na forma do art. 7º da Portaria Interministerial MS/MEC nº285/2015, foi informado que o hospital não possui esta certificação, contudo, a residência médica é adequadamente autorizada, entretanto, não foi encaminhado nenhum documento comprobatório.

Crítérios

Quadro 10 – Comissões e seus critérios

Comissão	Crítérios
Comissão de Prontuário Médico	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA)
Comissão de Óbitos	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Portaria Interministerial 285/2015 Resolução CFM 2171/2017
Comissão de Ética Médica	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Resolução CFM 2512/2016
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Portaria Interministerial 285/2015 Lei 9431/1997 Portaria GM/MS 2616/1998
Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT)	Lei 5.627/1997
Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) RDC Anvisa 306/2004 RDC Anvisa 222/2018 NR 32 do Ministério do Trabalho
Ética em Enfermagem	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Resolução Confen 593/2018
Segurança do paciente	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA)
Farmácia e Terapêutica	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Portaria Interministerial 285/2015 RDC Anvisa 406/2020
Hemoterapia	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA)
Terapia nutricional	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Portaria Interministerial 285/2015
Captação de órgãos (CIHDOTT)	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA) Portaria Interministerial 285/2015 Portaria GM/MS 1752/2005
Cuidados paliativos	CG 1/2021 Sesa x Instituto Acqua (HIMABA)

Comissão	Critérios
Ética em pesquisa	Portaria Interministerial 285/2015
Revisão de prontuário	Portaria Interministerial 285/2015 Resolução CFM 1638/2002
Proteção radiológica	Portaria Interministerial 285/2015 RDC Anvisa 330/2019 NR 32 do Ministério do Trabalho
Residência multiprofissional em saúde	Resolução 1/2015 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação
Residência médica	Lei 6932/1981 Decreto 7562/2011

Fonte: Elaboração própria.

Evidências

Conforme demonstrado, **o HINSG não demonstrou a instituição das seguintes comissões**: Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT); Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT); Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Residência Médica e Comissão de Humanização (essa última não constava da lista de 18 comissões elaborada pela equipe de fiscalização).

No caso da Comissão de Ética em Enfermagem, o HINSG informou que está aguardando os trâmites do Conselho Regional de Enfermagem.

Também não foram apresentadas atas e listas de presença de 2022 e/ou regimento interno das seguintes comissões: Comissão de Óbitos; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT); Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Ética em Enfermagem; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT); Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Revisão de Prontuário (ou da Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito); Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Residência Médica, Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesões e Comissão de Humanização (essas duas últimas não constavam da lista de 18 comissões elaborada pela equipe de fiscalização).

No caso da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), não consta da comissão o representante do laboratório de microbiologia.

Não foi apresentado o documento que comprova a autorização da residência médica do HINSG.

Causas

Fragilidade do planejamento estratégico e da gestão do HINSG que impacta nos diversos setores do hospital.

Efeitos

Potenciais impactos negativos sobre a qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões hospitalares.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG a instituição e/ou comprovação da instituição das seguintes comissões hospitalares: Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT); Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT); Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Residência Médica; Comissão de Humanização e Comissão de Ética em Enfermagem;
- **Recomendar** ao HINSG dar transparência dos documentos que comprovam a instituição de todas as suas comissões hospitalares (portarias, regimento interno, etc); e
- **Recomendar** ao HINSG que realize as reuniões das comissões com registros em atas, conforme a periodicidade adotada no regimento interno ou em outra norma, mantendo o registro organizado.

Benefícios esperados

Espera-se a melhoria da qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões hospitalares. Também se espera, em caso de rotatividade dos membros das comissões, a continuidade dos trabalhos com base no histórico das atividades.

3.5.2 Diversos documentos obrigatórios das comissões hospitalares não foram elaborados

Situação encontrada

Diversos documentos obrigatórios das comissões não foram elaborados.

Os documentos não elaborados foram:

- Programa de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde final (foi apresentado um plano em elaboração) – Núcleo de Segurança do Paciente;
- Protocolo de Higiene das mãos (segundo o “plano de segurança do paciente” apresentado estaria implantado) – Núcleo de Segurança do Paciente;
- Demais protocolos de segurança do paciente: Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Cirurgia Segura; e Comunicação Segura;
- Anexos do Plano de Proteção Radiológica da sede Milena (HPM) - Comissão de Proteção Radiológica;
- Plano de Proteção Radiológica (sede Colina/Santa Lúcia) – Comissão de Proteção Radiológica
- Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância – Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Critérios

Quadro 11 - Critérios relativos aos documentos elaborados pelas comissões

Documento	Comissão responsável pela elaboração	Critério
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Portaria GM/MS 2616/1998 - art. 2º e anexos
Relatórios com indicadores epidemiológicos interpretados e analisados, contendo no mínimo: taxa de infecção hospitalar, taxa de pacientes com infecção hospitalar, distribuição percentual das infecções hospitalares, taxa de infecções hospitalares por procedimento	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Portaria GM/MS 2616/1998 - itens 5 (incluindo os subitens) e 6 do Anexo 3
Cópia do comprovante do encaminhamento do relatório de investigações epidemiológicas à coordenação estadual e à coordenação de CIH do MS	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Portaria GM/MS 2616/1998 - item 6.4 do Anexo 3
Relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos	Comissão de Óbitos	Resolução CFM 2171/2017 - art. 11
Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde	Núcleo de Segurança do Paciente	RDC Anvisa 36/2013 - art. 4º
Protocolos de Segurança do Paciente	Núcleo de Segurança do Paciente	RDC Anvisa 36/2013 - art. 7º, VI
Plano de Proteção Radiológica	Comissão de Proteção Radiológica	Norma Regulamentadora 32, aprovada pela Portaria 485/2005 do Ministério do Trabalho, item 32.4.2
Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos	Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	Norma Regulamentadora 32, aprovada pela Portaria 485/2005 do Ministério do Trabalho, item 2.2, "g"
Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância	Comissão de Farmácia e Terapêutica	RDC Anvisa 406/2020 - art. 42

Fonte: Elaboração própria

Evidências

As evidências estão contidas nos anexos ao OF/HINSG/D.A/Nº 006/2023 em resposta ao ofício 841/2023.

Causas

Fragilidade do planejamento estratégico e da gestão do HINSG que impacta nos diversos setores do hospital. Outra hipótese é não ter incentivo financeiro para a hipótese de profissionais que acabam por acumular funções.

Efeitos

Potenciais impactos negativos sobre a qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões hospitalares.

Propostas de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG a elaboração e/ou a comprovação de que foram elaborados os seguintes documentos pelas respectivas comissões hospitalares: 1) Programa de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH; 2) Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Núcleo de Segurança do Paciente; 3) Protocolo de higiene das mãos – Núcleo de Segurança do Paciente; 4) Anexos do Plano de Proteção Radiológica (sede Milena/HPM) - Comissão de Proteção Radiológica; 5) Plano de Proteção Radiológica (sede Colina/Santa Lúcia) – Comissão de Proteção Radiológica; 6) Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; 7) Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância – Comissão de Farmácia e Terapêutica; e
- **Recomendar** ao HINSG a elaboração e implementação dos seguintes protocolos de segurança do paciente: 1) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; 2) Cirurgia Segura e 3) Comunicação Segura.

Benefícios esperados

Espera-se a melhoria da qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões.

3.6 ATENDIMENTOS ALHEIOS ÀS ATIVIDADES DO PRONTO-SOCORRO, AUSÊNCIA DE MEDIÇÃO DO TEMPO DE ATENDIMENTO, E INTERNAÇÕES DECORRENTES DE CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Questão de auditoria 6: O HINSG realizou atendimentos de baixo risco ou em dissonância com o tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester ou para pacientes com causas sensíveis à atenção primária, em 2022?

O HINSG é referência estadual em traumas e múltiplas especialidades. Constitui-se em uma das principais portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com regulação pelo Núcleo Especial de Regulação de Internações (NERI), e, também, atua na modalidade “porta aberta” para o público em geral, nos casos de urgências e emergências, através de seu pronto socorro, na unidade em Bento Ferreira.

Com o advento da Portaria 107-R/2022⁵⁴ da Sesa, que normatizou a atuação dos serviços hospitalares da Rede de Atenção Hospitalar, em termos de perfil e territorialização, foram tabeladas as referências regionalizadas nas Unidades de Atenção Hospitalar, por região de saúde e linhas de cuidado, faixa etária e municípios de referências.

Dessa forma, restaram definidos os tipos de atendimentos: traumas diversos, cirurgias (urgência e eletiva), neurocirurgias (urgência e emergência e eletivas), entre outros, e, a depender do caso, os diversos acessos (pronto socorro referenciado, ou regulação de leitos ou regulação ambulatorial).

O HINSG, em perfil originário, realiza procedimentos de média e alta complexidades. Então, buscou-se verificar se o PS do HINSG atuou fora de sua competência (perfilização) ao atender pacientes com baixo risco clínico; realizou o ciclo acolhimento, classificação e tratamento; e registrou os lapsos temporais em todas as fases do ciclo.

Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária, verificou-se, com base nos dados do Tabwin, que 26,17% das internações ocorridas em 2022 no

⁵⁴ Dispõe sobre as referências regionalizadas nas Unidades de Atenção Hospitalar próprias, contratadas e contratualizadas do Estado do Espírito Santo (Perfilização e Territorialização).

HINSG tratam de lcsap em percentual muito próximo ao do estado, que foi de 25,46%. Maiores informações estão detalhados no **Apêndice 00021/2023-2**.

Os achados de auditoria referentes à questão de auditoria 6 estão relacionados a seguir.

3.6.1 Ausência de registros de intervalos de tempo entre os eventos: chegada, classificação de risco e atendimento ao paciente, impedindo, inclusive, o acompanhamento sobre os prazos definidos no Protocolo de Manchester

Situação encontrada

Ausência de registros dos marcos temporais ou dos intervalos temporais relativos ao fluxo dos pacientes no Pronto Socorro, desde a sua chegada até a sua saída.

Foram encaminhadas solicitações ao HINSG sobre os marcos temporais ou lapsos temporais durante o fluxo dos pacientes no PS, em linha com a Resolução CFM 2077/2014.

Contudo, nenhum dado relativo aos marcos temporais foi encaminhado.

Ressalta-se que durante a fase de planejamento da fiscalização foi encaminhado pelo HINSG o mapa de processo abaixo, pelo qual afirmava que utilizava o protocolo de Manchester.

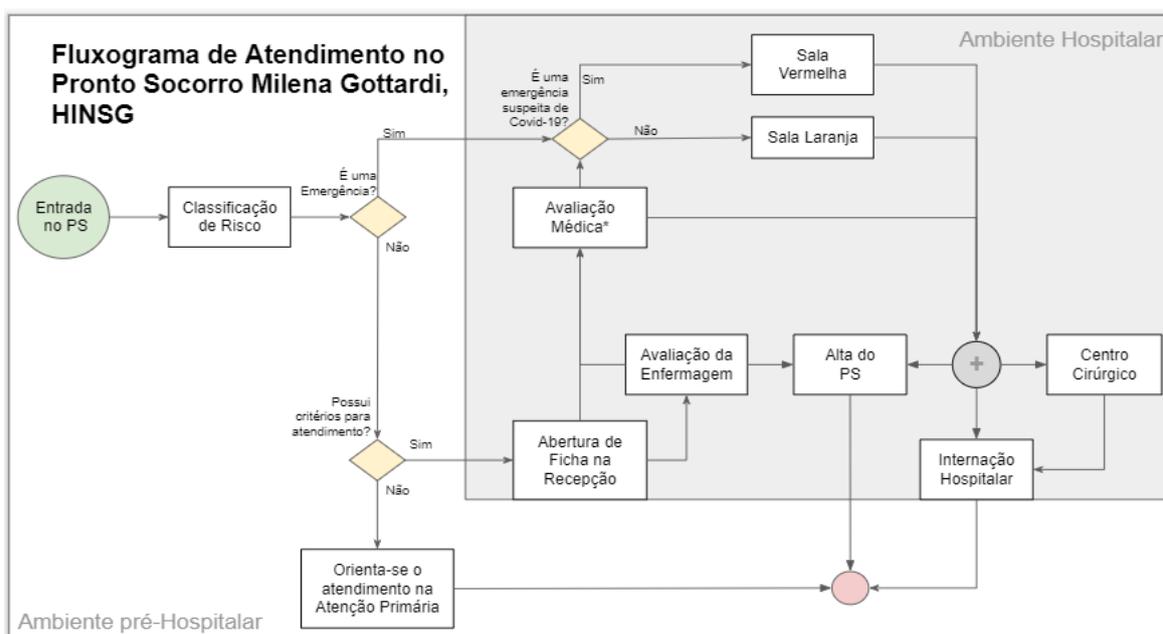


Figura 6 - Fluxograma de Atendimento no Pronto Socorro – HINSG

Fonte: HINSG

Critérios

O critério para a medição dos marcos temporais está de acordo com a Figura 7, abaixo, contida na Resolução CFM 2077/2014:

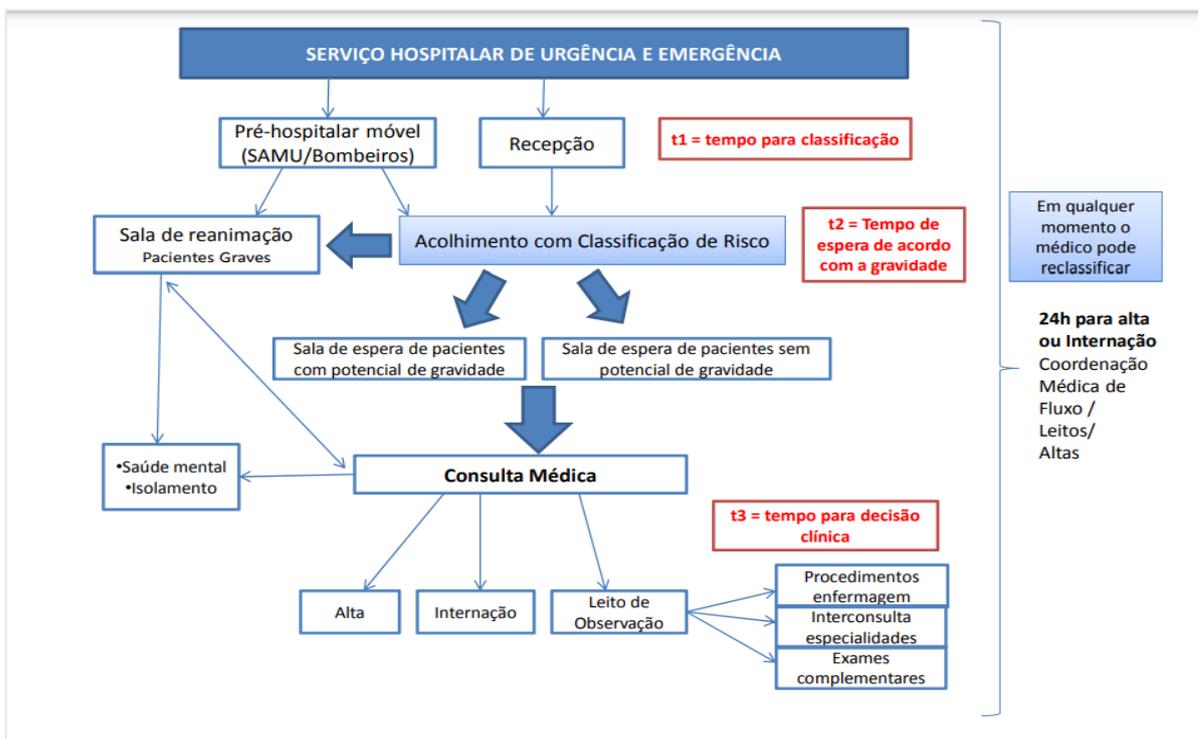


Figura 7 – Algoritmo de fluxo do paciente no Pronto Socorro

Fonte: Resolução CFM 2077/2024.

A norma afirma que o tempo de acesso do paciente à classificação de risco **deve ser imediato**, sendo necessário dimensionar o número de classificadores para atingir esse objetivo.

Ainda segundo a mesma norma, os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem **ter acesso direto à sala de reanimação de pacientes graves**. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de **Acolhimento com Classificação de Risco**.

Já em relação ao tempo para a realização de classificação de risco, a Resolução Cofen 661/2021 prevê que deverá ser observado o **tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora**.

A classificação de risco tem um propósito, que é definir o tempo-alvo aceitável para o **primeiro atendimento médio**, sendo o mais comum o **Protocolo de Manchester** (COUTINHO, CECÍLIO, MOTA; 2012)⁵⁵, conforme demonstra o Quadro 12 abaixo:

Quadro 12 – Protocolo de Manchester

COR	PRIORIDADE	NÍVEL	TEMPO (em minutos)
Vermelha	Emergente	1	IMEDIATO
Laranja	Muito Urgente	2	10
Amarela	Urgente	3	60
Verde	Pouco Urgente	4	120
Azul	Não Urgente	5	240
Branca	Situações incompatíveis com o serviço ⁵⁶		-

Fonte: adaptado de COUTINHO, CECÍLIO, MOTA; 2012

A Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS prevê como indicador o tempo de espera no PS, que mede o intervalo entre a **chegada no PS, desde a recepção, até o primeiro atendimento médico**.⁵⁷

Segundo a ANS “deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes tempos (recepção, triagem ou classificação de risco, avaliação médica inicial)

Outro intervalo que a Resolução CFM 2077/2014 remete é o tempo para a **realização de exames complementares, e ao tempo de avaliação para a decisão médica**.

A Resolução também dispõe que o paciente deve ficar no máximo 4 horas na sala de reanimação e no máximo 24 horas no PS”.

Também é abordado como boa prática a **duração de permanência no PS (tempo entre a entrada do paciente e a sua saída)**.⁵⁸

Com isso, verifica-se que diversos são os lapsos temporais exigidos pelas normas. O Protocolo de Manchester é o fio condutor para garantir a assistência tempestiva.

⁵⁵ Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684759>

⁵⁶ A cor Branca, foi adotada pelo HINSG, e visa representar situações consideradas não compatíveis com o serviço, que é o caso de retornos anteriormente acordados, troca de receitas, entre outros motivos.

⁵⁷ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ace-02.pdf>

⁵⁸ Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Gz88vLRtpYkj8Ccwz63Cv9z/>

Por fim, um outro critério é o art. 28, II, da Portaria 2.395/2011 que prevê que cabe ao Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação.

Evidências

A evidência é OF/HINSG/D.A/Nº 006/2023 em resposta ao Ofício 841/2023.

Causas

Em princípio, depreende-se da resposta encaminhada pelo HINSG que um dos possíveis problemas seria a ausência de integração entre os sistemas MVacr (classificação de risco) e MVSoul.

Porém, em contato por e-mail com o Núcleo Especial de Desenvolvimento e Tecnologia da Informação (NEDTI) da Sesa (encaminhado em 4/4/2023 e respondido em 13/4/2023), foi informado que o MVacr é um módulo dentro do MvSoul e compartilham o mesmo banco de dados, apesar de poderem operar independentemente. Conclui-se, portanto, que os usuários não estariam utilizando todo o potencial do sistema de informações.⁵⁹

Cabe o registro de que em pesquisa à literatura, Rabello *et al* (2018), entre 2015 e 2016, quando fizeram estudo retrospectivo e quantitativo sobre o Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) em unidade estadual hospitalar de urgência no Espírito Santo, fizeram uso dos sistemas de gestão SoulMV e MV. Segundo os autores:

“o MVSoul é um sistema gerencial que incorpora a classificação de risco, organizando o fluxo da demanda, com a padronização dos atendimentos e priorização de acordo com a gravidade. [...]. Com base no programa é possível verificar a classificação de risco, o tempo de espera e a especialidade demandada”.

Logo, com base nessa referência bibliográfica, uma hipótese alternativa é o conhecimento insuficiente sobre o funcionamento do sistema MVSoul.

Embora seja obrigatório somente para PS que realize mais de 50 mil atendimentos por ano, conforme preceitua o CFM, a ausência de um coordenador de fluxo pode ser causa da ausência de marcação dos tempos.

⁵⁹ Segundo o NEDTI da Sesa, desde que operado corretamente o fluxo, consegue-se usar as ferramentas do sistema MVSoul para controlar painéis de usuário e BI (*Business Intelligence*).

Por fim, outra causa é a inexistência de planejamento estratégico, que poderia tratar sobre a resolutividade no PS, o que desencadeou a ausência da medição do tempo no mapa de processo do PS, como ponto de controle.

Efeitos

Diante da ausência do marco temporal entre a chegada ao PS e o início do atendimento médico, não foi possível mensurar se as pessoas estão sendo atendidas conforme o protocolo de Manchester, trazendo prejuízos para a produção de indicadores para conduzir um planejamento e para tomada de decisões em benefício do atendimento ao cidadão.

Diante da ausência dos marcos temporais, não é possível inferir, com clareza, se houve problema no fluxo do PS de forma a ter causado ou ampliado as internações no pronto socorro, que são vedadas pelo art. 15 da Resolução CFM 2077/2012.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugerem-se as seguintes propostas de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG que sejam instalados o equipamento de registro da chegada do paciente (totem) no PS e os painéis orientadores (monitores) para cada setor do ciclo de atendimento (recepção, classificação de risco e ambientes de espera dos profissionais que receberão o paciente);
- **Recomendar** ao HINSG que passe a coletar dados dos seguintes lapsos temporais: chegada do paciente no totem do pronto socorro até a avaliação de risco, duração da avaliação de risco, término da avaliação de risco até o início do atendimento médico inicial, tempo de decisão clínica, tempo de exames complementares, tempo na sala de reanimação, entre outros que avaliarem necessários para o controle do fluxo;
- **Recomendar** ao HINSG que seja nomeado um coordenador de fluxo para o pronto socorro, conjuntamente com profissional(is) qualificado(s) para auxiliá-lo adequadamente, e o(s) capacite(m) sobre os sistemas de informação

existentes relativos ao pronto socorro para o controle do fluxo (totem, MVSoul, entre outros);

- **Recomendar** ao HINSG que o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar passe a monitorar o tempo de espera para atendimento no pronto socorro e para a internação; e
- **Recomendar** ao HINSG que realize qualificação e treinamento para que a mudança de cultura de medição de tempo no pronto socorro seja efetiva e amplamente adotada por toda a equipe.

Benefícios esperados

Como benefícios esperados podem ser mencionados a melhoria do fluxo, da qualidade do atendimento ao paciente e dos subsídios para a tomada de decisão, bem como a redução da superlotação no PS.

3.6.2 Falhas nos fluxos de retorno dos pacientes que impactam no atendimento do pronto socorro

Situação encontrada

Segundo dados do pronto socorro, extraídos do MVacr e Kanban, o total de 5.260 atendimentos referiram-se a retornos de pacientes (cor branca), correspondendo a 18,9% dos atendimentos em 2022.

A mensuração dos quantitativos dos diversos tipos de risco, conforme protocolo de Manchester, foi solicitada ao HINSG e foram disponibilizadas duas situações de classificação de risco, em 2022: uma do MVSoul e outra elaborada pelo PS.

A existência de proporções muito próximas entre as classificações realizadas pelo sistema MVSoul e o gerado pelo PS (MVacr e Kanban), ou seja, as proporções entre os quantitativos de “vermelho” de um e de outro, como de “laranja” de um e de outro e assim sucessivamente, viabilizaram a opção por apurar a subutilização de recursos utilizando os dados apresentados pela coordenação do PS.

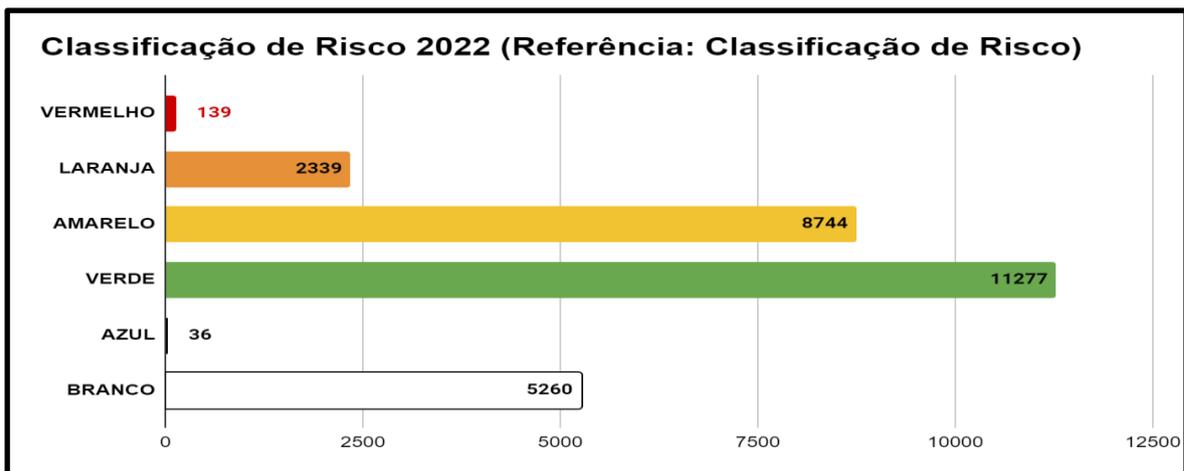


Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos por nível de risco no Pronto Socorro do HINSG
Fonte: HINSG - (MVacr e Kanban)

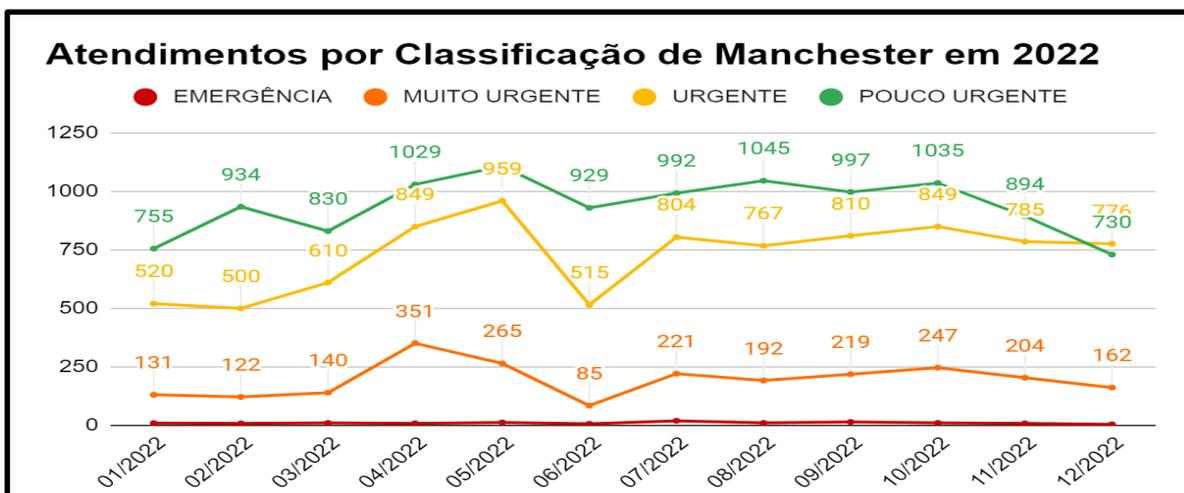


Gráfico 2 - Quantidade de atendimentos por nível de risco e mês no Pronto Socorro do HINSG, em gráfico de linha
Fonte: HINSG - (MVacr e Kanban)

Quadro 13 - Quantidade de atendimentos por nível de risco e mês no Pronto Socorro em gráfico de linha em tabela

Classificação de Risco - Ano de 2022													
COR	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL
VERMELHO	10	9	11	9	13	7	29	11	15	11	9	5	139
LARANJA	131	122	140	351	265	85	221	192	219	247	204	162	2339
AMARELO	520	500	610	849	959	515	804	767	810	849	785	776	8744
VERDE	755	934	830	1029	1107	929	992	1045	997	1035	894	730	11277
AZUL	0	0	0	0	0	1	2	10	2	15	6	0	36
BRANCO	329	380	402	456	415	370	437	474	553	534	505	405	5260
TOTAL	1745	1945	1993	2694	2759	1907	2485	2499	2596	2691	2403	2078	27795

Fonte: HINSG - (MVacr e Kanban)

Foram solicitados, também, os dados do sistema MV, que, apesar de apresentar números diversos ao do sistema anterior, alcança percentual muito próximo ($5.804/33.062 = 17,6\%$)⁶⁰. Essa divergência vem reforçar a necessidade da utilização do MVSoul na totalidade de seus recursos.

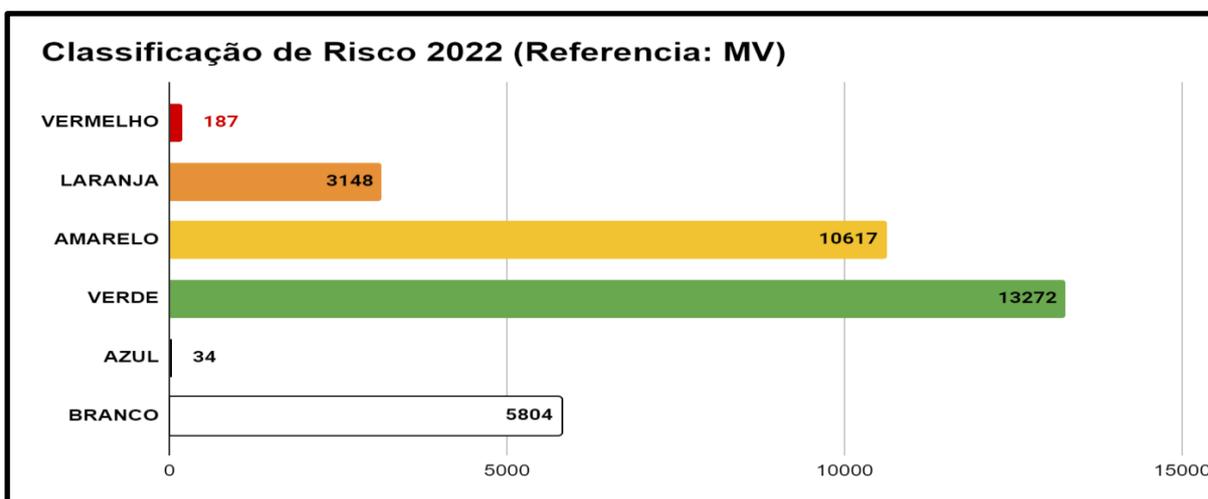


Gráfico 3 - Quantidade de atendimentos por nível de risco no Pronto Socorro
Fonte: HINSG – MVSoul

O HINSG não enviou os dados anonimizados dos pacientes (baixo risco), porém disponibilizou em planilha Excel (Tabela 16) os domicílios de residência, conforme resposta à solicitação de informações.

Tabela 16 - Classificação de baixo risco por municípios no ano de 2022 no pronto socorro do HINSG

Município	Classificação	Qtd	Município	Classificação	Qtd
VITÓRIA	BRANCO	4.456	PEDRO CANÁRIO	BRANCO	2
SERRA	BRANCO	303	PIUMA	BRANCO	2
CARIACICA	BRANCO	57	TIMBUI / FUNDAO	BRANCO	2
SANTA MARIA DE JETIBÁ	BRANCO	43	VILA VALÉRIO	BRANCO	2
VITÓRIA	AZUL	27	SANTA LEOPOLDINA	AZUL	1
VILA VELHA	BRANCO	23	SERRA	AZUL	1
VIANA	BRANCO	17	VILA VELHA	AZUL	1
SANTA TERESA	BRANCO	14	ALEGRE	BRANCO	1
FUNDÃO	BRANCO	12	ANCHIETA	BRANCO	1
ITARANA	BRANCO	9	ATILIO VIVACQUA	BRANCO	1
AFONSO CLAUDIO	BRANCO	8	BOA ESPERANCA	BRANCO	1
DOMINGOS MARTINS	BRANCO	8	CAMPOS DOS GOYTACAZES	BRANCO	1
GUARAPARI	BRANCO	7	COLATINA	BRANCO	1
SANTA LEOPOLDINA	BRANCO	7	JOÃO NEIVA	BRANCO	1
BREJETUBA	BRANCO	5	MANTENA	BRANCO	1
ITAGUACU	BRANCO	5	MIMOSO DO SUL	BRANCO	1
JAGUARÉ	BRANCO	4	MUCURI	BRANCO	1
NOVA VENÉCIA	BRANCO	4	PONTO BELO	BRANCO	1

⁶⁰ As classificações pelo sistema MV somaram 33.062 ocorrências (consultar Quadro 16).

Município	Classificação	Qtd	Município	Classificação	Qtd
BAIXO GUANDU	BRANCO	3	PRESIDENTE KENNEDY	BRANCO	1
LARANJA DA TERRA	BRANCO	3	RIO NOVO DO SUL	BRANCO	1
LINHARES	BRANCO	3	SÃO GABRIEL DA PALHA	BRANCO	1
SÃO MATEUS	BRANCO	3	SERRA PELADA	BRANCO	1
VENDA NOVA DO IMIGRANTE	BRANCO	3	SOORETAMA	BRANCO	1
ARACRUZ	BRANCO	2	VARGEM ALTA	BRANCO	1
BARRA DE SAO FRANCISCO	BRANCO	2	VILA PAVÃO	BRANCO	1
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	BRANCO	2	TOTAL GERAL		5.030

Fonte: Pronto Socorro do HINSG com adaptações

Constata-se que a maior parte dos registros de atendimentos de baixo risco está relacionada a municípios da Grande Vitória⁶¹, com predominância para Vitória e Serra.

Cumprir observar que o total gerado na planilha não coincide com os 5.296 registros (entre azul e branco) coletado do sistema MVacr e Kanban.

Segundo informações do HINSG, os registros dos atendimentos classificados em “branco”, nesse caso concreto, são de avaliações pós-operatória (consultas de retornos) e procedimentos não cirúrgicos (maioria em ortopedia), que poderiam ser atendidos em ambiente ambulatorial ou em hospital-dia.

Critérios

Anexo III da Lei nº 5.594, de 11 de fevereiro de 1998 que dispõe sobre as competências das Unidades de Trabalho do HINSG.

Além disso, importante mencionar o artigo de Rabello et al (2018)⁶² que explica que “a cor branca, de acordo com o protocolo [Protocolo de Manchester], representa situações consideradas **não compatíveis com o serviço**, por exemplo, retornos técnicos programados e troca de receitas.” (g.n)

⁶¹ Observar a presença de dois municípios pertencentes a outros estados da federação (Campos dos Goytacazes e Serra Pelada), o que é normal em se tratando de atendimentos hospitalares.

⁶² RABELLO, A. E. et al. **Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 49–58, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20608>.

Evidências

A evidência é o anexo ao OF/HINSG/D.A/Nº 006/2023 em Resposta ao ofício 841/2023.

Causas

Considerando que a grande maioria dos atendimentos de baixo risco foram da cor branca, compreende-se como principal hipótese a busca por maior resolutividade dos atendimentos ambulatoriais. Esse achado vai em linha com outro achado desse relatório que aborda o não acompanhamento das consultas subsequentes.

Efeitos

Dentre os efeitos de uma elevada demanda de pacientes alheios à atividade do PS podem ser citados o aumento do tempo de espera para atendimento, levando à insatisfação dos pacientes e ensejando, ainda, a superlotação no PS; bem como a exaustão dos profissionais.

Proposta de encaminhamento

Com fundamento no art. 207, V c/c art. 329, §2º do Regimento Interno do TCEES (Resolução TC 261/2013) sugere-se a seguinte proposta de encaminhamento:

- **Recomendar** ao HINSG que estabeleça diretrizes de comunicação/orientação, com a participação do Serviço Social, de forma que os pacientes que precisam retornar ao hospital, principalmente centro cirúrgico, ambulatório e hospital-dia, compareçam diretamente nos serviços onde foram atendidos anteriormente.

Benefícios esperados

Redução de demanda de pacientes ambulatoriais no pronto socorro, propiciando o descongestionamento do setor.

4 CONCLUSÃO

O presente relatório refere-se ao resultado da auditoria operacional realizada no HINSG, no âmbito do processo TC-8323/2022, no período de 29/9/2022 a 30/4/2023, de forma a identificar desperdícios e outros problemas, que poderiam estar prejudicando a entrega de valor para a população.

Foram elaboradas seis questões de auditoria e estas foram detalhadas em um ou mais achados. A seguir, resumo das evidências das questões e perspectivas de melhorias nos processos se as recomendações forem implementadas pelo HINSG.

Questões de auditoria, evidências e respectivas recomendações

QA1 – Como a estrutura física do HINSG impactou a eficiência hospitalar em 2022?

Evidências sobre problemas decorrentes da existência de duas sedes, precariedade da estrutura física, ausência de planejamento, pendências com órgãos reguladores e fiscalizadores, retratadas em 4 achados.

Em linhas gerais, tanto o fato de o hospital estar dividido em duas sedes quanto o fato de o hospital estar com pendências com os órgãos de fiscalização, em especial o Corpo de Bombeiros e a Vigilância Sanitária, afetaram e continuam a afetar a segurança do paciente e por conseguinte a qualidade do serviço hospitalar. Em paralelo a isso não foram encontrados nos documentos de planejamento da Sesa uma solução definitiva para os problemas relatados.

As recomendações visaram, de um lado, considerar a unificação das sedes ou construção de uma nova sede e o detalhamento no PES 2024-2027. Outro lado, enquanto mantidas as duas sedes, que sejam resolvidas as pendências junto ao CBMES, Vigilância Sanitária e GEAT e, ainda, sejam realizados os devidos registros de incidentes e eventos adversos junto à Anvisa.

QA2 – Como os problemas gerenciais relacionados à estrutura física, pessoal, insumos e equipamentos afetaram a disponibilidade de leitos e o tempo de permanência no HINSG em 2022?

Evidências sobre não sistematização de bloqueios de leitos e seus motivos; sobre pendências nos processos de desospitalização por continuidade do cuidado (notadamente seguimento ambulatorial e medicamentos de alto custo), retratadas em 2 achados.

Embora tenham sido apresentados documentos que apontam que durante o ano de 2022 ocorreu o fechamento de leitos de enfermarias e a falta de médicos que afetaram a disponibilidade de leitos, o HINSG não possui informações sistematizadas que permitam conhecer os problemas mais recorrentes e analisar tendências e padrões ao longo tempo.

Em relação aos problemas que afetam o tempo de permanência do paciente em leitos hospitalares, verificou-se uma preponderância de pendências relacionadas à continuidade do cuidado, em especial quanto ao seguimento ambulatorial especializado e ao fornecimento de medicamentos de alto custo.

As recomendações visam alterações nos sistemas informatizados para permitir registros históricos dos bloqueios de leitos, incluindo treinamentos de servidores, a previsão de data e local da consulta ambulatorial, quando couber, com abertura de debate junto à CIB/ES e garantia de maior agilidade na dispensação de medicamentos para os pacientes internados.

QA3 – Como a fragilidade no planejamento estratégico tem impactado na eficiência hospitalar?

Evidências sobre fragilidades nos sistemas de informações, no entendimento da estrutura organizacional, falta de sintonia entre estratégia e indicadores e ausência de contratualização, entre outros pontos, retratadas em 2 achados.

Em decorrência de ausência de planejamento estratégico e de contratualização entre a Sesa e o HINSG, não há indicadores e metas formais estabelecidas, bem como processos de avaliação de desempenho, pressupostos para o fortalecimento do

núcleo estratégico, para uma gestão profissional, para o aproveitamento eficiente dos recursos e para a tomada de decisões qualificada.

As recomendações seguiram no sentido de implementação de planejamento estratégico, desde práticas, objetivos, metodologias e avaliação de indicadores, passando pela definição normativa de cargos e quantitativo de pessoal e os devidos acompanhamentos de resultados.

QA4 – O HINSG garantiu o acesso às primeiras consultas e às subsequentes nos prazos estabelecidos, em 2022?

Restaram evidenciados lapsos temporais maiores que os normatizados para as primeiras consultas; ausência de informações sobre acompanhamento das reconsultas; e ausência de informações sobre carga horária e duração das consultas dos médicos, retratadas em 3 achados.

Das 22 (vinte e duas) especialidades ambulatoriais avaliadas, 13 (treze) tiveram tempo médio de espera menor que 60 (sessenta) dias (entre 22 e 51) e as 9 (nove) restantes em valores superiores, variando entre 66 e 221 dias e, portanto, acima do preconizado pela Resolução CIB/ES 72/2022, que é de 60 dias para baixo risco. A média geral foi de 90 (noventa) dias. Em relação às consultas ambulatoriais subsequentes não há o acompanhamento pelo HINSG.

As recomendações seguiram no sentido da equalização entre oferta e demanda das primeiras consultas, observados os prazos normativos, passando pelos registros em prontuários e sistemas de gestão no agendamento das reconsultas, preferencialmente logo após as primeiras consultas e, por fim, transparência nas agendas e cargas horárias dos médicos, bem como as durações médias das diversas especialidades.

QA5 – As comissões hospitalares estão instituídas e em funcionamento no HINSG?

Evidências sobre a não instituição e/ou comprovação de inúmeras comissões e, daquelas existentes, a não realização das reuniões periódicas, com os devidos registros em atas, conforme preconizam os regimentos internos, retratadas em 2 achados.

As recomendações foram embasadas em critérios da equipe de auditoria, que definiu a instituição de 18 comissões hospitalares (comissões referentes a contratos recentes

da Sesa e portaria interministerial) e um rol de documentos exigíveis de algumas comissões (entre as 18), como programas, planos, protocolos e anexos.

QA6 – O HINSG realizou atendimentos de baixo risco ou em dissonância com o tempo preconizado pelo Protocolo de Manchester ou para pacientes com causas sensíveis à atenção primária, em 2022?

Evidências sobre a impossibilidade de aferição dos diversos lapsos temporais, desde a chegada ao pronto socorro e o início do atendimento profissional, o que impediu concluir se o HINSG está atendendo conforme o Protocolo de Manchester.

Em relação às lcsap, verificou-se que 26,17% das internações ocorridas em 2022 no HINSG trataram de pacientes com causas sensíveis à atenção primária.

Por fim, verificou-se que 18,9% dos atendimentos do pronto-socorro em 2022 tratavam-se de avaliações pós-operatória (consultas de retornos) e procedimentos não cirúrgicos (maioria em ortopedia), que poderiam ser atendidos em ambiente ambulatorial ou em hospital-dia.

As recomendações foram para a implantação de equipamentos periféricos (totem para registro de chegada e monitores para orientação do ciclo de atendimentos), aferição dos diversos lapsos temporais, nomeação de um coordenador de fluxo e treinamento de todos os colaboradores envolvidos, principalmente no que tange às potencialidades disponíveis do sistema de gestão utilizado.

Comentários dos gestores

O **HINSG** encaminhou o OF/HINSG/D.A/Nº 012/2023 (**Anexo 02206/2023-7**), em que concorda com as recomendações e compromete-se a tomar as providências necessárias para as melhorias

Informou, nos casos em que as ações necessárias para a implementação das recomendações propostas dependem da Sesa, que “trata-se de decisão estratégica da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, não cabendo manifestação deste HINSG”, como nos casos relacionados à existência de duas sedes e à precariedade da estrutura física.

Informou também que já está atuando ou que atuará junto à Sesa, em parceria com vários setores da secretaria, com o objetivo de solucionar os problemas identificados, como no caso da ausência do alvará do Corpo de Bombeiros, das limitações dos sistemas informatizados e da instituição do planejamento estratégico.

Por fim, apresentou outros comentários mais específicos relativos às notificações de eventos adversos; ao programa “Melhor em Casa Estadual”; à melhoria dos agendamentos das consultas e reconsultas através de telefonia e whatsapp; à demonstração da carga horária médica; às comissões hospitalares; aos protocolos de segurança dos pacientes; e à triagem do paciente no pronto socorro e demais recepções do hospital.

Já em relação aos comentários encaminhados pela **Sesa (Anexo 2374/2023-6)**, que são oriundos de análise conjunta do Núcleo Especial da Qualidade de Gestão (NEQG/GGH/SSAS-SESA) e da Gerência de Gestão Hospitalar (GGH/SSAS-SESA), conclui-se que a Sesa concorda com todas as recomendações, incluindo sugestões para a participação de outras áreas da secretaria, como a SSEPLANTS (Subsecretaria de Estado de Planejamento e Transparência em Saúde), SSAFAS, SSVS (Subsecretaria de Estado de Vigilância em Saúde), ICEPI, entre outras, o que estaria sob a governança da própria secretaria.

Foram mantidas no relatório final todas as recomendações inseridas no relatório preliminar e submetidas aos gestores do HINSG e da Sesa. Os ofícios encaminhados pelo HINSG e pela Sesa constam dos **Anexos 02206/2023-7 e 02374/2023-1** e as análises mais detalhadas constam do **Apêndice 00044/2023-3**.

Benefícios esperados

As expectativas são que, implementadas todas essas deliberações, seriam obtidos os seguintes **benefícios**:

- Redução dos desperdícios causados pelos deslocamentos entre as sedes, a melhoria da assistência com a redução dos riscos para a segurança dos pacientes e o aumento da satisfação dos colaboradores;
- A reinserção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória no planejamento estadual de modo a solucionar em definitivo os problemas estruturais dessa unidade

hospitalar, considerando a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de uma nova sede, obtendo impactos positivos tanto para os pacientes como para os colaboradores;

- A disponibilidade de mais e melhores relatórios e informações gerenciais que permitam a melhoria do processo de gerenciamento dos leitos, incluindo o quantitativo e os motivos de bloqueios de leitos, de maneira que a gestão do hospital, de posse dessas informações, possa intensificar as ações no sentido de minimizar esses bloqueios, otimizando a utilização da capacidade instalada;
- A intensificação de ações voltadas para a garantia de seguimento ambulatorial especializado e de liberação de medicamento pela farmácia cidadã, que conforme informações do Escritório de Gestão de Altas (EGA) são as principais pendências que impedem a alta segura dos pacientes, para que seja reduzido, de maneira responsável, o tempo de internação dos pacientes, com impactos positivos como a redução dos riscos de infecção decorrente da diminuição da permanência no hospital, aumento do giro de leitos e consequentemente otimização da capacidade instalada do hospital;
- A elaboração de um planejamento estratégico, que conjuntamente com a contratualização, propiciará a profissionalização da gestão pública, a melhora na tomada de decisões, a orientação e a comunicação com foco em resultados, o aproveitamento eficiente dos recursos e a melhora no acompanhamento dos resultados;
- A redução do tempo de espera dos pacientes para as consultas ambulatoriais e a possibilidade do acompanhamento pelo HINSG das consultas ambulatoriais subsequentes dos pacientes;
- O aumento da transparência no tocante à distribuição da carga horária dos médicos que atendem no ambulatório e à definição da duração média das consultas para efeito de elaboração das agendas, garantindo aos pacientes a utilização de toda a capacidade instalada do hospital com o objetivo de reduzir o tempo de espera de consultas e reconsultas;

- A melhoria da qualidade da assistência ao paciente nas diversas áreas de atuação das comissões hospitalares. Também se espera, em caso de rotatividade dos membros das comissões, a continuidade dos trabalhos com base no histórico das atividades;
- Em relação ao PS, a melhoria do fluxo e na qualidade do atendimento ao paciente, a melhoria nos subsídios para a tomada de decisão, e a redução da superlotação. Além disso, espera-se a redução de demanda de pacientes ambulatoriais no PS, propiciando o descongestionamento do setor.

5 PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTOS

5.1 Com fundamento no art. 1º, inciso XXXVI, da Lei Complementar Estadual 621/2012 (Lei Orgânica do TCEES), c/c os arts. 207, inciso V, e 329, §2º, da Resolução TC-261/2013 (Regimento Interno do TCEES), sugere-se:

5.1.1 Recomendar à Sesa que reavalie a permanência da situação atual do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória quanto à existência de duas sedes (Santa Lúcia e Bento Ferreira), devendo considerar a unificação das sedes em uma das atuais ou a construção de uma nova sede - **QA1**;

5.1.2 Recomendar à Sesa que insira no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, a exemplo dos Planos 2000-2003, 2012-2015 e 2016-2019, projeto que contemple uma solução definitiva para a precariedade da estrutura física do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, devendo também garantir os recursos orçamentários e financeiros necessários para a execução do projeto - **QA1**;

5.1.3 Recomendar à Sesa que, com fundamento no art. 34 do Decreto 3.152-R/2012 e diante das razões de direito e fatos expostas, reavalie o sigilo integral sobre o documento produzido pela Vigilância Sanitária capixaba para o cumprimento do art. 10 da RDC Anvisa 63/2011 c/c o previsto no art. 16 da Portaria 32-R/2015 da Sesa e encaminhado para o TCEES, no âmbito do Processo TC 8323/2022 - **QA1**;

5.1.4 Recomendar ao HINSG que passe a realizar as notificações de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - **QA1**;

5.1.5 Recomendar ao HINSG que providencie junto aos fornecedores dos sistemas informatizados utilizados na unidade para realização do censo hospitalar a possibilidade de obtenção de informações históricas, incluindo os bloqueios de leitos e seus motivos e, se for o caso, o treinamento dos colaboradores para obtenção dessas informações, caso já estejam disponíveis - **QA2**;

5.1.6 Recomendar ao HINSG, por ocasião da alta hospitalar, que seja informado ao paciente ou responsável a data e o local da consulta ambulatorial, para fins de continuidade do cuidado no âmbito do próprio hospital, nos casos em que seja necessário - **QA2**;

5.1.7 Recomendar à Sesa que proponha no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite a instituição de protocolos que garantam o seguimento ambulatorial de pacientes originários de unidades hospitalares, nos casos em que o seguimento tenha que ocorrer fora da instituição de origem - **QA2**;

5.1.8 Recomendar à Sesa que elabore e formalize no âmbito da farmácia cidadã fluxo de processos visando dar agilidade à dispensação de medicamentos para os pacientes internados em processo de alta hospitalar no HINSG e demais hospitais estaduais - **QA2**;

5.1.9 Recomendar ao HINSG e à Sesa instituir metodologia para elaboração e implementação do planejamento estratégico do HINSG, buscando as melhores práticas administrativas no mercado, alinhando com os objetivos estratégicos do governo; definindo a metodologia das metas e da coleta de indicadores, bem como definindo as fontes, a frequência de coleta e de avaliação e os responsáveis, capacitando e orientando a força de trabalho para o planejamento estratégico, avaliando indicadores mais amplos (resolutividade na assistência, inclusive, no pronto no socorro, a capacitação técnica, a produtividade do centro cirúrgico e ambulatorial, o clima organizacional, a satisfação do paciente e as atividades das comissões) **QA3**;

5.1.10 Recomendar ao HINSG e à Sesa definir documentalmente os requisitos para ocupar o exercício das atividades do HINSG e alinhar com as exigências normativas, a exemplo do cargo de diretor clínico, diretor técnico, entre outros, definindo o quantitativo adequado de pessoal para os objetivos estratégicos do HINSG -**QA3**;

5.1.11 Recomendar ao HINSG e à Sesa avaliar a criação de um setor de planejamento no HINSG ou indicar o setor existente que deve ser o responsável pela condução do processo de planejamento estratégico - **QA3**;

5.1.12 Recomendar ao HINSG e à Sesa dar transparência ao planejamento estratégico, a ser instituído, inclusive seu processo de elaboração e resultados - **QA3**;

5.1.13 Recomendar à Sesa definir periodicidade de reuniões estratégicas para supervisão e alinhamento estratégico com o HINSG, documentando em atas os pontos tratados e as deliberações exaradas - **QA3**;

5.1.14 Recomendar ao HINSG e à Sesa que tomem as providências necessárias para equalizar a oferta e a demanda das consultas ambulatoriais especializadas de

maneira que os prazos de espera não ultrapassem os estabelecidos na Resolução CIB/ES 72/2022, inclusive oferecendo consultas ambulatoriais em outras unidades, considerando os problemas estruturais existentes - **QA4**;

5.1.15 Recomendar ao HINSG que os prazos para consultas de retorno (reconsultas), definidos pelo profissional responsável pelo atendimento, sejam registrados nos prontuários dos pacientes e no sistema de agendamento de consultas do ambulatório, permitindo à administração do hospital o posterior monitoramento desses prazos de retorno e, a depender da gravidade clínica do paciente, se promova a busca ativa para viabilizar o atendimento, tal qual o procedimento nos programas especializados - **QA4**;

5.1.16 Recomendar ao HINSG que os agendamentos das reconsultas, quando necessárias, sejam realizados imediatamente após a realização da consulta, sempre que possível - **QA4**;

5.1.17 Recomendar ao HINSG que seja disponibilizado para os pacientes da Grande Vitória o agendamento das reconsultas pelo telefone, de forma isonômica aos pacientes do interior do Estado, caso, por alguma razão justificável, não seja possível realizar os agendamentos logo após o atendimento - **QA4**;

5.1.18 Recomendar ao HINSG que demonstre, nas agendas do ambulatório ou outro documento a critério do HINSG, a totalidade da distribuição da carga horária dos médicos, especialmente dos que atendem no ambulatório - **QA4**;

5.1.19 Recomendar ao HINSG que seja elaborado documento que normatize a duração média das consultas, por especialidade, de maneira a garantir o controle e a transparência necessários para o planejamento das agendas do ambulatório, respeitando a conduta profissional dos médicos - **QA4**;

5.1.20 Recomendar ao HINSG a instituição e/ou comprovação da instituição das seguintes comissões hospitalares: Comissão de Saúde do Trabalhador (COSAT); Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Captação de Órgãos (CIHDOTT); Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Residência Médica; Comissão de Humanização e Comissão de Ética em Enfermagem - **QA5**;

5.1.21 Recomendar ao HINSG dar transparência dos documentos que comprovam a instituição de todas as suas comissões hospitalares (portarias, regimento interno, etc) - **QA5**;

5.1.22 Recomendar ao HINSG que realize as reuniões das comissões com registros em atas, conforme a periodicidade adotada no regimento interno ou em outra norma, mantendo o registro organizado - **QA5**;

5.1.23 Recomendar ao HINSG a elaboração e/ou a comprovação de que foram elaborados os seguintes documentos pelas respectivas comissões hospitalares: 1) Programa de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH; 2) Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Núcleo de Segurança do Paciente; 3) Protocolo de higiene das mãos – Núcleo de Segurança do Paciente; 4) Anexos do Plano de Proteção Radiológica (sede Milena/HPM) - Comissão de Proteção Radiológica; 5) Plano de Proteção Radiológica (sede Colina/Santa Lúcia) – Comissão de Proteção Radiológica; 6) Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde; 7) Plano de Gerenciamento de Risco de Farmacovigilância – Comissão de Farmácia e Terapêutica - **QA5**;

5.1.24 Recomendar ao HINSG a elaboração e implementação dos seguintes protocolos de segurança do paciente: 1) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; 2) Cirurgia Segura e 3) Comunicação Segura - **QA5**;

5.1.25 Recomendar ao HINSG que sejam instalados o equipamento de registro da chegada do paciente (totem) no pronto socorro e os painéis orientadores (monitores) para cada setor do ciclo de atendimento (recepção, classificação de risco e ambientes de espera dos profissionais que receberão o paciente) - **QA6**;

5.1.26 Recomendar ao HINSG que passe a coletar dados dos seguintes lapsos temporais: chegada do paciente no totem do pronto socorro até a avaliação de risco, duração da avaliação de risco, término da avaliação de risco até o início do atendimento médico inicial, tempo de decisão clínica, tempo de exames complementares, tempo na sala de reanimação, entre outros que avaliarem necessários para o controle do fluxo - **QA6**;

5.1.27 Recomendar ao HINSG que seja nomeado um coordenador de fluxo para o pronto socorro, conjuntamente com profissional(is) qualificado(s) para auxiliá-lo

adequadamente, e o(s) capacite(m) sobre os sistemas de informação existentes relativos ao pronto socorro - **QA6**;

5.1.28 Recomendar ao HINSG que o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar passe a monitorar o tempo de espera para atendimento no pronto socorro e para a internação - **QA6**;

5.1.29 Recomendar ao HINSG que realize qualificação e treinamento para que a mudança de cultura de medição de tempo no pronto socorro seja efetiva e amplamente adotada por toda a equipe - **QA6**;

5.1.30 Recomendar ao HINSG que estabeleça diretrizes de comunicação/orientação, com a participação do Serviço Social, de forma que os pacientes que precisam retornar ao hospital, principalmente centro cirúrgico, ambulatório e hospital-dia, compareçam diretamente nos serviços onde foram atendidos anteriormente - **QA6**;

5.2 Com fundamento no art. 9º, Inciso IV, da Resolução TC-361, de 19 de abril de 2022⁶³ e no item 529⁶⁴ do Manual de auditoria Operacional do TCU (adotado pelo TCEES por meio da Nota Técnica Segex 2, de 12 de março de 2021):

5.2.1 Dar ciência à Comissão de Saúde e Saneamento da Assembleia Legislativa do Espírito Santo, à Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, à Secretaria de Estado de Controle e Transparência, à Unidade Executora de Controle Interno da Sesa (UECI-Sesa), à Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo, e ao Conselho Estadual de Saúde, sobre o presente relatório de auditoria.

5.2.2 Dar ciência à Sesa e ao HINSG que as recomendações deliberadas serão monitoradas conforme previsto no manual de auditoria operacional do TCU, adotado por este TCEES por meio da Nota Técnica Segex 02/2021, devendo esse monitoramento ocorrer a partir do segundo semestre de 2024;

⁶³ Art. 9º. As ciências se destinam a reorientar a atuação administrativa do jurisdicionado e evitar: [...]

IV - o prejuízo às finalidades de órgão, entidade, sistema, programa, projeto ou atividade governamental decorrente do não tratamento de risco relevante.

⁶⁴ 529. A ampla divulgação dos relatórios de auditoria promove a credibilidade das auditorias do Tribunal. Assim, os relatórios de auditoria precisam ser encaminhados para a entidade auditada, o órgão supervisor no Poder Executivo, as comissões do Congresso Nacional e para outras partes responsáveis ou com algum poder de decisão ou influência que possam contribuir para o aperfeiçoamento do desempenho do auditado e para a implementação das deliberações do TCU. (ISSAI 3000/134).

Vitória, 5 de maio de 2023.

Equipe:

Gustavo Franco Correa Hespanhol

Auditor de Controle Externo
Matricula 203.676

Luiz Antônio Alves

Auditor de Controle Externo
Matricula 203.543

Ricardo da Silva Pereira

Auditor de Controle Externo
Matricula 203.087

Supervisora

Maytê Cardoso Aguiar

Auditora de Controle Externo
Matricula 203.667

REFERÊNCIAS ACADÊMICAS

ALCOFORADO, F. C. **Contratualização e eficiência no setor público**: as organizações sociais. X Congreso Internacional del CLAD sobre a Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile. 2005

BOYNE, G. A., & CHEN, A. A. **Performance Targets and Public Service Improvement**. Journal of Public Administration Research and Theory. 2007

CECÍLIO, L. C. DE O. et al. **Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(1), jan. 2020.

FERNANDES, Inês Pintos da Cunha. **Aplicação de Lean em Serviços de Saúde: Caso do Hospital de Santo António**. Dissertação (mestrado em gestão). Universidade Católica Portuguesa – Católica Porto Business School. P. 143. 2019.

GRABAN, Mark. **Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

MOYSÉS FILHO, Jamil et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Gestão em saúde (FGV Management). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2016. 2. ed.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. - 35. ed. - Barueri [SP] : Atlas, 2023. (referência bibliográfica mencionada no Planejamento Estratégico do Governo do Estado 2019-2022).

PERDICARIS, Priscilla Reinisch. **Contratualização de Resultados e Desempenho no Setor Público: A experiência do Contrato Programa nos hospitais da Administração Direta no Estado de São Paulo**. 2012. 133 f. Tese (Doutorado em administração Pública e Governo) - à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP), 2012.

RABELLO, A. E. et al. **Acolhimento e a Classificação de Risco: possibilidades e desafios para a acessibilidade em um serviço de urgência**. Revista Brasileira de

Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 49–58, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/20608>.

TRUGILHO, Silvia Moreira. **Classe Hospitalar e a Vivência do Otimismo Trágico: Um Sentido da Escolaridade na Vida da Criança Hospitalizada**. Orientador: Prof. Dr. Hiran Pinel. 2003. 227 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro Pedagógico do Programa de Pós-graduação em educação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

VIRIATO, Aírton; MOURA, Anísio de. **Administração hospitalar: curso de especialização**. Barueri-SP: Editora Manole, 2021. E-book.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma do NIR	27
Figura 2 - Distância entre as sedes do HINSG	32
Figura 3 - Fachada do novo HINSG conforme projeto executivo doado pela Acacci em 2012	33
Figura 4 – Mapa estratégico do HINSG	77
Figura 5 – Fases da contratualização.	85
Figura 6 - Fluxograma de Atendimento no Pronto Socorro – HINSG	109
Figura 7 – Algoritmo de fluxo do paciente no Pronto Socorro	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de atendimentos por nível de risco no Pronto Socorro do HINSG.....	115
Gráfico 2 - Quantidade de atendimentos por nível de risco e mês no Pronto Socorro do HINSG, em gráfico de linha	115
Gráfico 3 - Quantidade de atendimentos por nível de risco no Pronto Socorro	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Frequências de auditorias	36
Quadro 2 – Investimento a serem realizados na área da saúde – Período 2000 a 2003.	41
Quadro 3 – Projetos prioritários do Estado no Desafio 2 -Plano Estadual de Saúde 2016-2019	42

Quadro 4 - Notificação recebidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente	59
Quadro 5 - Tipos de desperdícios segundo a metodologia Lean	64
Quadro 6 - Princípios da metodologia Lean	65
Quadro 7 – Agenda de abril/2023 dos médicos alergologistas que atendem no ambulatório	94
Quadro 8 - Comissões hospitalares, atos de instituição, membros, atas, listas de presença e regimento intemo	100
Quadro 9 – Comissões do HINSG que estão fora da lista da matriz de planejamento	102
Quadro 10 – Comissões e seus critérios	102
Quadro 11 - Critérios relativos aos documentos elaborados pelas comissões.....	106
Quadro 12 – Protocolo de Manchester.....	111
Quadro 13 - Quantidade de atendimentos por nível de risco e mês no Pronto Socorro em gráfico de linha em tabela	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Despesas empenhadas relacionadas ao HINSG, por UG e por fonte de recurso, de 2018 a 2022	22
Tabela 2 – Quantitativo de leitos por área do HINSG.....	26
Tabela 3 – Indicadores e metas acompanhados pelo NIR	28
Tabela 4 - Questão: Em qual sede o senhor encontra-se lotado fisicamente?.....	36
Tabela 5 - Questão: Para a sua atual função/cargo e/ou para a realização das rotinas de seu setor, está previsto, ainda que potencialmente, a sua presença física e/ou de	

algum colaborador sob sua gestão, nas duas sedes (exemplo: entrega de documentos físicos, coordenação dos trabalhos, realização de reuniões de equipes, etc.)? 37

Tabela 6 - Questão: Em 2022, em média, quantas vezes por semana ocorreu o deslocamento, entre as sedes localizadas em Bento Ferreira e Santa Lúcia para o senhor (a) e/ou para os colaboradores do seu setor? 37

Tabela 7 - Questão: Na hipótese de terem sido realizados deslocamentos entre as sedes no decorrer de 2022, qual a frequência na utilização de veículo do HINSG... 37

Tabela 8 - Questão: Na hipótese de terem sido realizados deslocamentos entre as sedes no decorrer de 2022, qual a frequência na utilização de veículo próprio 38

Tabela 9 – Questão: O(A) Senhor(a) se deparou com problemas estruturais da condição física do HINSG, sede Santa Lúcia, com que frequência, em 2022? 50

Tabela 10 - (A) Senhor(a) se deparou com problemas estruturais da condição física do HINSG, sede Bento Ferreira, com que frequência, em 2022? 50

Tabela 11 - Problemas operacionais decorrentes da condição física do HINSG 51

Tabela 12 - Reclamações ou solicitações de pacientes e colaboradores relacionadas às condições físicas do HINSG 51

Tabela 13 – Total de internações no Hospital e, especificamente, no Pronto Socorro 79

Tabela 14 - Avaliação de medidas temporais sobre consultas ambulatoriais realizadas no HINSG considerando as diferenças entre as datas de realização e de solicitação 88

Tabela 15 - Prazos para realização dos atendimentos após autorizados (Anexo III da Resolução CIB 72/2022)..... 88

Tabela 16 - Classificação de baixo risco por municípios no ano de 2022 no pronto socorro do HINSG..... 116

LISTA DE SIGLAS

Acacci	Associação Capixaba Contra o Câncer Infantil
ACR	Acolhimento e Classificação de Risco
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CBMES	Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB/ES	Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo
Cnes	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Csap	Condições sensíveis à Atenção Primária
DEA	<i>Data Envolvory Analysis</i>
EGA	Escritório de Gestão de Altas
GEAF/Sesa	Gerência Especial de Assistência Farmacêutica
GEAT-Sesa	Gerência de Engenharia e Arquitetura da Sesa/ES
GERAE	Gerência Especial de Regulação Ambulatorial Especializada
HEGC	Hospital Estadual Geral de Cariacica
HIMABA	Hospital Infantil e Maternidade Bernardino Alves
HINSG	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
HPM	Hospital da Polícia Militar
Icsap	Internação por condição sensível à Atenção Primária
MVacr	Módulo de Acolhimento e Classificação de Risco do MVSoul
MVSoul	Sistema de informações para Gestão Hospitalar
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NBASP	Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público
NEDTI	Núcleo Especial de Desenvolvimento e Tecnologia da Informação
NERCE	Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames
NERI	Núcleo Especial de Regulação de Internações
NEVS	Núcleo Especial de Vigilância Sanitária da Sesa
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NTABM	Núcleo de Trabalho do Ambulatório
PES	Plano Estadual de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
Sesa	Secretaria de Estado da Saúde
SIASUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIHSUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União