



EFICIÊNCIA

Hospitalar

Relatório de Auditoria de Eficiência Hospitalar

Objetivo da Fiscalização: Eficiência Hospitalar do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi

Avaliar a gestão de leitos do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi identificando gargalos e oportunidades de melhoria, bem como boas práticas que contribuam para o aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

Composição da equipe nas fases de Planejamento, Execução e Relatório:

Auditor	Cargo/Função	Lotação
Eliane Coury Guimarães Pinto	Auditora de Sistemas de Saúde	SES/GO
Fernando de Freitas Mesquita	Auditor de Sistemas de Saúde	SES/GO
Iolanda Luz Pereira Avelar	Técnica em Saúde	SES/GO
Claudio Rodrigues Lomeu	Gestor de Finanças e Controle	CGE/GO
Pedro Ivan Tavares Celestino	Gestor de Finanças e Controle	CGE/GO
Suellen Dantas Tobias e Silva Ravazzi	Gestora de Finanças e Controle	SES/GO
Tiago Vieira e Oliveira Borges	Gestor de Finanças e Controle (Coordenador)	SES/GO
Alessandra Carvalho de Souza	Especialista em Saúde (colaboradora)	SES/GO

Ato de designação: Portaria Intersecretarial nº 01/2023 - CGE

Período de Realização da Auditoria: 01/03/2023 a 31/10/2023

Unidade Auditada: Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG)

EM RESUMO

POR QUE A AUDITORIA FOI REALIZADA?

Estudos realizados pelo Banco Mundial em 2018, em 2.440 hospitais gerais, utilizando a técnica de Análise Envolvória de Dados (DEA), apontaram que, em média, esses hospitais têm eficiência de 28% (máximo é 100%) e que, em decorrência disso, poderia existir um desperdício da ordem de R\$ 13 bilhões na atenção de média e alta complexidade. Em decorrência desses estudos, o Tribunal de Contas da União realizou um levantamento, valendo-se da mesma técnica, e chegou à conclusões semelhantes (Acórdão nº 1108/2020 – Plenário), motivo pelo qual, no âmbito dos Tribunais de Contas, Controladorias Gerais e Auditorias Internas em todo País, estão sendo realizadas auditorias de avaliação de eficiência de unidades hospitalares de média e alta complexidade para identificar quais seriam as causas dessa ineficiência e propor medidas mitigadoras de tais causas. Nesta auditoria, foi avaliado o Hospital Dr. Alberto Rassi (HGG) que realiza em média 8 mil internações anuais e possui um escore relativo de eficiência 0,14557¹.

QUAIS OS PRINCIPAIS ENCAMINHAMENTOS?

Recomenda-se ao HGG reduzir o tempo de internação prévia à data da cirurgia, fortalecimento da previsibilidade de alta através de reestruturação do plano terapêutico, redimensionamento do NIR com escalas mais completas de trabalho. Necessidade de diminuição do tempo entre alta médica e alta hospitalar, criando-se uma sala de alta e garantindo a desocupação do leito. Outra importante e urgente medida é o estabelecimento de protocolos mais eficazes que evitem o cancelamento das cirurgias por causas inerentes à equipe médica ou à unidade. Já a nível da Secretaria de Saúde (SES) para este ponto, recomenda-se a qualificação das metas contratuais em aditivos posteriores como medida mais eficaz para mitigar riscos de cancelamentos de cirurgias.

Relatório de Auditoria Operacional para avaliar eficiência hospitalar no Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG) no Estado de Goiás.

O Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG) realizou em 2022: 6.499 cirurgias, 152.092 consultas ambulatoriais, 8.349 internações, 372.976 exames/diagnósticos e 139.034 atendimentos multiprofissionais. São números expressivos e que colocam o hospital no ranking dos 40 melhores hospitais públicos do Brasil. No entanto, a avaliação de sua eficiência relativa aponta um escore 0,14557 conforme a técnica de Análise Envolvória de Dados - DEA, sendo um campo fértil para melhorias e entregas para população dos serviços prestados.

O QUE FOI ENCONTRADO?

O Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG) apresenta indicadores que demonstram a realização de trabalhos de excelência, porém com espaço para avanços em sua performance. A base para a formatação desta auditoria foi a gestão de leitos no hospital. Desta maneira, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HGG foi o ponto focal dos esforços para identificação de achados positivos e outros que oportunizassem melhorias. Inicialmente dividiu-se o tema de gestão de leitos em três macroprocessos, a saber: processos pré-cirúrgicos, processos de internação e processos de alta do paciente. Foram identificadas as seguintes fragilidades: escala de trabalho incompleta e insuficiente do NIR, cancelamento de cirurgias com motivações evitáveis, grande número de altas não planejadas, internação do paciente com antecedência superior a 48 horas da data da cirurgia eletiva como protocolo habitual, tempo entre alta médica e alta hospitalar maior que a meta do indicador estabelecido na unidade, ausência de Plano Terapêutico, alto índice de perda primária das consultas ambulatoriais consideradas pré-cirúrgicas em diversas especialidades ofertadas pelo hospital. Embora este último achado esteja relacionado a fatores externos ao NIR, ele interfere diretamente na performance do hospital e demanda esforços conjuntos para alcance de melhores resultados.

As boas práticas também fizeram parte dos estudos apesar de não estar no escopo do trabalho. Deu-se destaque para três delas como achados: Projeto Gestão Cidadã como meio de expansão de ouvidoria interna e ferramenta de melhorias no hospital; Gestão de Processos Internos através de Sistema de Gestão da Qualidade; e Definição de Planejamento Estratégico com metas e indicadores.

QUAIS OS BENEFÍCIOS ESPERADOS?

Melhora na eficiência do HGG, com maior aproveitamento de sua estrutura para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. Otimização na gestão de leitos com redução do tempo de permanência do paciente cirúrgico. Aprimoramento do desempenho do HGG na rede de saúde, contribuindo para a redução da fila de espera por cirurgias eletivas no Estado. Além disso, a aplicabilidade destas melhorias pode

¹ Escores DEA dos hospitais selecionáveis TCU/2018: [Hospitais auditáveis](#)

Recomenda-se ainda um melhor dimensionamento dos dados de perda primária por parte da SES e atuação conjunta entre CRE e saúde digital para que uma ferramenta segura e viável seja desenvolvida no sentido de garantir que o Estado monitore a confirmação pelo paciente de que o mesmo foi comunicado.

se estender a outras unidades no Estado e inspirar outros hospitais no Brasil com mesmo porte e atividades semelhantes ao HGG.

Espera-se que a adoção das proposições deste trabalho possa contribuir para a governança e planejamento das ações do NIR a partir do fortalecimento da previsibilidade de alta e da programação de internações. Ainda, que haja maior rotatividade de leitos com diminuição do tempo de permanência melhorando a eficiência do hospital e otimização do uso de recursos já destinados ao hospital.

Lista de siglas

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APS - Atenção Primária à Saúde

CEAD - Centro Estadual de Atenção ao Diabetes

CGE/GO - Controladoria-Geral do Estado de Goiás

CHI - Central Humanizada

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COMAG - Comissão de Avaliação e Monitoramento

CRE - Central de Regulação do Estado

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DEA - *Data Envelopment Analysis* (Análise Envoltória de Dados)

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DRG - *Diagnosis Related Groups* (Grupos de Diagnósticos Relacionados)

EGA - Escritório de Gestão de Alta

HDT - Hospital de Doenças Tropicais

HGG - Hospital Estadual Dr. Alberto Rossi

HUGO - Hospital de Urgências de Goiânia

IDTECH - Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

MV PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente da MV

MV Soul - Sistema de Gestão Hospitalar da MV

NAQH - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

NIR - Núcleo Interno de Regulação

NT - Nota Técnica

ONA - Organização Nacional da Acreditação

OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais

OSS - Organização Social da Saúde

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNRF - Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas

POP - Protocolo Operacional Padrão

RAS - Rede de Atenção à Saúde

REGNET - Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SEI - Sistema Eletrônico de Informações

SES/GO - Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

TMP - Tempo Médio de Permanência

UCT - Unidade de Coleta e Transfusão

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Lista de Figuras

Figura 1:	Organograma do Hospital	14
Figura 2:	Tempo entre a internação e a realização da cirurgia eletiva	18
Figura 3:	Média de permanência por especialidade	19
Figura 4:	Origem dos pacientes	27
Figura 5:	Comparativo de programação e altas hospitalares efetivadas	28

Lista de Tabelas

Tabela 1:	Capacidade instalada - 16º T/	15
Tabela 2:	Comparativo dos valores dos repasses do 15º e 16º	16
Tabela 3:	Média de permanência hospitalar	19
Tabela 4:	Controle HGG do indicador tempo entre a alta médica e a alta hospitalar	25
Tabela 5:	Principais motivos de cancelamento de cirurgias, período jan a jun/21	30
Tabela 6:	Indicador de desempenho	31

Lista de Gráficos

Gráfico 1:	Tempo entre alta médica e alta hospitalar	26
------------	---	----

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	11
2 – VISÃO GERAL.....	13
Aspectos gerais de sua história.....	13
Estrutura e serviços.....	13
Capacidade instalada.....	14
Recursos Financeiros.....	15
Especificações Técnicas e Descritivo dos Serviços.....	16
Metas de produção.....	17
3 – ACHADOS DE AUDITORIA.....	18
3.1. Achado 1: Alto índice de internação antecipada à data da cirurgia.....	18
3.1.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	20
3.1.2 Encaminhamentos.....	20
3.1.3 Benefícios Esperados.....	21
3.2. Achado 2: Ausência de Plano Terapêutico para fortalecimento da previsibilidade de alta.....	21
3.2.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	22
3.2.2 Encaminhamentos.....	22
3.2.3 Benefícios Esperados.....	23
3.3. Achado 3: Funcionamento do NIR com escala incompleta de profissionais.....	23
3.3.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	24
3.3.2 Encaminhamentos.....	25
3.3.3 Benefícios Esperados.....	25
3.4. Achado 4: Tempo entre alta médica e hospitalar maior que meta estabelecida pelo NIR.....	25
3.4.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	27
3.4.2 Encaminhamentos.....	27
3.4.3 Benefícios Esperados.....	28
3.5. Achado 5: Grande número de altas hospitalares não planejadas.....	28
3.5.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	29
3.5.2 Encaminhamentos.....	29
3.5.3 Benefícios Esperados.....	29
3.6. Achado 6: Cancelamentos de cirurgias por falha de procedimentos prévios.....	29
3.6.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	31
3.6.2 Encaminhamentos.....	32
3.6.3 Benefícios Esperados.....	32
4 – ACHADOS NÃO DECORRENTES DAS QUESTÕES DE AUDITORIA.....	33
4.1. Achado 7: Alto Índice de perda primária de consultas pré-cirúrgicas.....	33
4.1.1 Resumo dos Comentários do Gestor.....	33
4.1.2 Encaminhamentos.....	34
4.1.3 Benefícios Esperados.....	34
5 – ACHADOS RELACIONADOS A BOAS PRÁTICAS IDENTIFICADAS.....	35
5.1. Achado 8: Projeto Gestão Cidadã como meio de expansão de ouvidoria e ferramenta para melhorias do hospital.....	35

5.2. Achado 9: Gestão de Processos Internos através de Sistema de Gestão da Qualidade.....	35
5.3. Achado 10: Definição de Planejamento Estratégico com metas e indicadores.....	36
6 – CONCLUSÃO.....	37
7 – PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....	39
8 - ANEXOS.....	41
Anexo 1: Relatório Internações 2.pdf.....	41
Anexo 2: Mapas Estratégicos 2022-2025.....	42
Anexo 3: Nota Técnica 1/2022 - SES/SCRS.....	44
Anexo 4: Escalas de Trabalho NIR/Composição.....	46
Anexo 5: Relatório Gerencial de Leitos.pdf.....	49
Anexo 6: POP 182.....	50
Anexo 7: Cirurgias Canceladas por Especialidades.pdf.....	52
Anexo 8: Relatório Perda Primária.....	53
Anexo 9: Fluxo de Regulação de Cirurgias Eletivas.....	58
Anexo 10: Relatórios Mensais Projeto Gestão Cidadã (Jan, Fev e Mar 2023).....	59
Anexo 11: Sistema de Gestão da Qualidade.pdf.....	61
Anexo 12: Planejamento Estratégico 2022-2025:.....	62
Anexo 13: Relatório COMAG:.....	63
9 - REFERÊNCIAS.....	64

1 – INTRODUÇÃO

Trata-se de auditoria autorizada pela Portaria Intersecretarial nº 01/2023 - CGE assinada pelo Secretário de Saúde do Estado de Goiás, Dr. Sérgio Alberto Cunha Vêncio e pelo Secretário-Chefe da Controladoria Geral do Estado (CGE) de Goiás, Sr. Henrique Moraes Ziller, realizada no Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG) com o objetivo de avaliar a eficiência hospitalar na prestação de serviços aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Estudos realizados pelo Banco Mundial com 2.440 hospitais gerais do SUS apontaram que o escore médio de eficiência foi de 28% e que, em decorrência disso, poderia haver um desperdício da ordem de R\$ 13 bilhões na atenção de média e alta complexidade. Como resultado dessa pesquisa, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou um levantamento e chegou a conclusões semelhantes, motivo pelo qual foi proposto, por meio do Acórdão nº 1.108/2020 – TCU Plenário, a realização de auditorias de avaliação de eficiência nas unidades hospitalares de média e alta complexidade para identificar quais seriam as causas dessa ineficiência e propor medidas mitigadoras de tais causas.

3. O Estado de Goiás está inserido no Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF), instituído por meio da Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023 e tem como finalidade ampliar a realização de cirurgias eletivas em todo o país. Para Goiás, o enfrentamento desta realidade já ocorre desde 2022 quando foi proposto o projeto de unificar de maneira pioneira os dados das filas dos municípios em uma única fila dimensionando seu tamanho real.

4. Diante disso, esta auditoria teve como objetivo geral avaliar a eficiência do HGG com foco na gestão de leitos de cirurgias eletivas no período de janeiro a junho de 2023. Os objetivos específicos foram: identificar aspectos que comprometem a eficiência na gestão de leitos e boas práticas na assistência que possam ser replicadas em outras unidades de saúde. Neste sentido, o Núcleo Interno de Regulação (NIR)² tem papel essencial no gerenciamento de leitos e sua atuação é primordial para melhora dos índices de eficiência.

5. Para o atingimento deste objetivo foram formuladas as seguintes questões de auditoria tendo como tema central a gestão de leitos realizada pelo NIR do HGG nas etapas pré cirúrgica, internação e alta do paciente:

Questão 01 - O NIR do HGG estabelece processos de pré-internação para evitar cancelamentos de cirurgias ou ocupação desnecessária de leitos?

Questão 02 - O NIR do HGG realiza a gestão de leitos de forma efetiva visando otimizar o giro dos leitos destinados às cirurgias eletivas observando o tempo médio de permanência - indicador de desempenho - estabelecido no Contrato de Gestão?

Questão 03 - O NIR do HGG realiza o gerenciamento da desocupação dos leitos considerando o intervalo de tempo de alta médica e alta hospitalar para otimizar a disponibilização do leito?

² Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar

6. O trabalho está alinhado com as normas gerais de auditoria, em especial com o manual “Princípios, Diretrizes e Regras da Auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde” (2017) e no Referencial Básico de Auditoria de Eficiência em Hospitais do TCU (2022).
7. Para a escolha da unidade hospitalar foi utilizada, como apoio, a Análise Envolvória de Dados (DEA). Essa técnica permite, a partir de uma cesta de insumos e produtos, comparar diversas unidades homogêneas e apontar, dentro daquele grupo, quais seriam as mais e as menos eficientes. Os resultados da DEA foram corroborados com testes de entradas e saídas na unidade hospitalar auditada.
8. Para o entendimento do objeto foram utilizadas, dentre outras técnicas, pesquisas, análises de bancos de dados internos e de portais de transparência, mapeamento de processos, avaliação de riscos e controles para coleta de evidências, análise documental, visitas in loco. As consultas em sistemas internos da Secretaria de Estado da Saúde (SES) como *MV Soul*, *MV PEP* e Sistema Estadual de Regulação de Cirurgias Eletivas - Regnet também foram utilizadas como fonte de dados e análises na busca de evidências dos achados que serão descritos ao longo deste relatório.
9. As limitações percebidas pela equipe de auditoria foram as divergências de dados nas análises comparativas nos diferentes sistemas de consultas da SES e dados fornecidos pelo hospital; ausência de interoperabilidade entre sistemas que disponibilizavam dados conflitantes; 15º aditivo contratual com vigência até março/2023, foi utilizado como parâmetro para essa auditoria, já que o novo aditivo (16º aditivo) só foi publicado em 15 de setembro de 2023 no site de transparência. Apesar disso, a equipe procedeu com uma análise comparativa entre os dois aditivos e registrou as diferenças neste relatório para que futuros estudos possam responder sobre ganhos de eficiência em relação às mudanças ocorridas.
10. Na fase de planejamento houve emprego de maior esforço da equipe para definir os critérios a serem utilizados, devido à ausência de normativos nacionais específicos para subsidiar o tema eficiência hospitalar. A divergência de dados fornecidos pelo HGG e pela SES aliado ao ineditismo deste modelo de auditoria proposto impossibilitou a conclusão de alguns possíveis achados da Matriz de Planejamento, fato este que não inviabilizou a auditoria.
11. Espera-se que este trabalho possa contribuir com ganho de eficiência por parte do hospital, assim como subsidiar o eixo de trabalho da SES na otimização da fila de espera da regulação do Estado de Goiás. Desta maneira, o HGG alcançando uma redução no tempo médio de permanência aumentaria o seu giro de leitos, possibilitando uma maior oferta de vagas para cirurgias eletivas, tornando-se referência em eficiência pública no Estado de Goiás.
12. Este trabalho está sendo realizado no âmbito de um conjunto de auditorias que vem sendo conduzidas por diversos Tribunais de Contas, auditorias do DENASUS, outras Controladorias Gerais e Auditorias Internas, com o objetivo de se produzir consolidações sobre as diversas causas que afetam a eficiência hospitalar e dar tratamento sistêmico aos diversos problemas que estão sendo levantados, além da identificação de boas práticas a serem compartilhadas com os gestores de outros hospitais do país. Para mais informações consulte o seguinte endereço: www.eficienciahospitalar.tcu.gov.br.

2 – VISÃO GERAL

Aspectos gerais de sua história

13. O Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi – HGG, originalmente uma instituição pública federal, iniciou suas atividades na década de 1970, vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Funcionou por cerca de 20 anos no atendimento a emergências, urgências, maternidade e como Hospital de Ensino e referência para tratamento eletivo em várias especialidades. O HGG foi transferido para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) por força do Termo de Cessão de Uso nº. 26 de 04/12/1990, em conformidade com o Decreto nº. 94.657 de 28/07/1987 do Governo do Estado de Goiás e da Fundação Hospitalar do Estado de Goiás. Em 1991, o Hospital foi fechado para reforma geral, sendo suas atividades absorvidas pelo Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), Hospital de Doenças Tropicais (HDT) e por outras três maternidades. Reaberto, em maio de 1998, como órgão da administração direta, com proposta de atendimento parcial em nível terciário para prestação de serviços de média e alta complexidade, realizando atendimento especializado, cirurgias eletivas de alto custo e procedimentos diagnósticos. No contexto de atuação atual, o HGG realiza atendimentos secundários, terciários e quaternários em áreas especializadas de diagnósticos e terapias, tanto para o município de Goiânia quanto para o estado de Goiás.

MISSÃO: Garantir Assistência Multiprofissional especializada aos usuários do SUS no Estado de Goiás para o desenvolvimento científico da saúde.

VISÃO: Ser reconhecido pela excelência no atendimento humanizado, ensino, pesquisa e gestão em saúde.

VALORES: Ética, Humanização, Profissionalismo, Honestidade, Trabalho em Equipe, Valorização da Vida, Responsabilidade, Respeito às Diferenças

Estrutura e serviços

14. O HGG é caracterizado como Hospital Geral de grande porte, 100% SUS, destinado à assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, especializado em atendimento eletivo de Alta Complexidade Cirúrgica e atendimento em Média e Alta Complexidade Clínica, regulados pelo Complexo Regulador Estadual (CRE), sendo referência para a região metropolitana de Goiânia e todo Estado, com funcionamento 24 horas nos sete dias da semana.

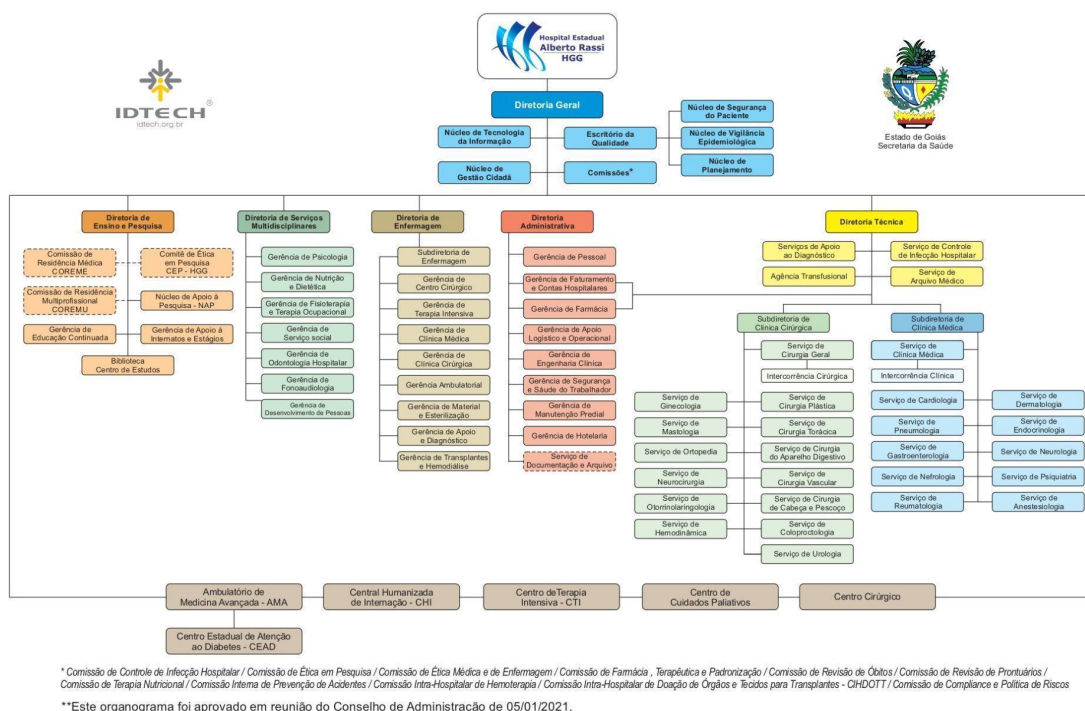
15. Trata-se de uma unidade sob gestão estadual, em que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES) celebrou Contrato de Gestão nº 024/2012-SES/GO, em 13/03/2012, com a Organização Social da Saúde (OSS) Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano – IDTECH, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde. Encontra-se em vigor o 16º Termo Aditivo ao contrato, com vigência de 13/03/2023 a 12/03/2024.

16. O NIR do HGG foi criado como uma Central Humanizada de Internação (CHI)³, em dezembro de 2013, mesmo antes das normativas e exigências técnicas expedidas pela SES. Atualmente é composto por

³ Art. 191 Central Humanizada de Internação (CHI): tem como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito hospitalar. O objetivo principal é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (art. 191 [Regimento Interno do Hospital Alberto Rassi - HGG](#)).

13 recepcionistas, 2 enfermeiros, 5 auxiliares administrativos e 1 médica. Executa as seguintes funções: acolhimento de pacientes com classificação de riscos, guarda volumes de paciente e/ou acompanhantes, gestão e controle dos pacientes no momento da internação e saída hospitalar, regulação de pacientes para cirurgias eletivas, urgência e cota direta, lançamentos de AIH nos sistemas de informação. Dentro do organograma do hospital o NIR (CHI)⁴ está ligado à Diretoria Geral como demonstra a figura 1.

17. Figura 1: Organograma do Hospital



Fonte: [Regimento Interno do Hospital Alberto Rassi - HGG](#)

Capacidade instalada

18. O hospital está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES sob o nº 2338734. Possui arquitetura verticalizada com a capacidade instalada de 204 leitos gerais e 30 leitos de UTI adulto tipo II, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma, conforme registrado no 16º Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 24/2012:

Tabela 1: Capacidade instalada - 16º TA

Descrição	Quantidade
Clínica Cirúrgica	113
Clínica Médica	57
Leitos para Cuidados Paliativos	10
Leitos para Transplante	24
UTI Adulto	30

⁴ NIR= CHI (Central Humanizada de Internação)

Salas Cirúrgicas		11
Sala de Hemodinâmica		01
Hemodiálise (Máquinas)		10
Consultórios Ambulatoriais		33
Centro Estadual de Atenção ao Diabetes - CEAD	Consultórios Ambulatoriais	10
	Sala de Pequenos Procedimentos (Pé Diabético)	01
	Sala de Telemedicina (<i>Hot-line</i>)	01
	Cozinha Experimental	01

19. O hospital possui também uma Unidade de Coleta e Transfusão (UCT HGG). Oferece as seguintes linhas de serviços: Internação, Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) externo.

20. As especialidades médicas oferecidas são: angiologia, cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, genética clínica, hepatologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, mastologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, paliativista, psiquiatria, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia.

21. A unidade oferta ainda Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, serviço especializado do processo transexualizador, serviço especializado em doenças raras (Xeroderma Pigmentoso e Miopatias Idiopáticas), Programa de Combate e Controle da Obesidade.

22. O hospital possui certificação em Hospital de Ensino e Pesquisa e, por meio da Diretoria de Ensino e Pesquisa, administra as seguintes atividades: Programa de Residência Médica e o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Os Programas disponibilizam 121 vagas para Residência Médica e 20 para modalidade Multiprofissional na área de concentração em endocrinologia. Mantém convênios para internato e é campo de formação para estagiários de diferentes instituições de ensino superior e técnico-profissionalizante.

23. A unidade possui ainda o nível 3 ou acreditação plena da Organização Nacional da Acreditação (ONA), por demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Recursos Financeiros

24. A Cláusula Quinta do 16º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 24/2012-SES/GO, estabelece o repasse para custeio das partes Assistencial e dos Indicadores de Desempenho do presente ajuste, no valor mensal estimado de R\$ 16.258.860,79 (dezesesseis milhões, duzentos e cinquenta e oito mil, oitocentos e sessenta reais e setenta e nove centavos), totalizando R\$ 195.106.329,48 (cento e noventa e cinco milhões, cento e seis mil, trezentos e vinte e nove reais e quarenta e oito centavos) para 12 (doze) meses que, somado aos repasses totais destinados à Folha dos Servidores Cedidos, R\$ 40.339.008,60 (quarenta milhões, trezentos e trinta e nove mil, oito reais e sessenta centavos) e ao Programa de Residência Médica, R\$ 5.156.970,36 (cinco milhões, cento e cinquenta e seis mil, novecentos e setenta

reais e trinta e seis centavos), totalizam o valor anual de R\$ 240.602.308,44 (duzentos e quarenta milhões, seiscentos e dois mil, trezentos e oito reais e quarenta e quatro centavos). Abaixo segue Tabela comparativa dos valores dos repasses do 15º e 16º termos aditivos:

Tabela 02: Comparativo dos valores dos repasses do 15º e 16º

	15º aditivo (Vigência: 13/03/22 a 12/03/23)	16º aditivo (Vigência: 13/03/23 a 12/03/24)	% de aumento
Parte assistencial (fixa): 90%	R\$ 164.439.190,56	R\$ 175.595.696,52	6,78%
Parte de indicadores desempenho (variável): 10%	R\$ 18.271.021,20	R\$ 19.510.632,96	6,78%
Folha dos servidores cedidos.	R\$ 39.515.040,72	R\$ 40.339.008,60	2,09%
Programa de Residência Médica	R\$ 4.994.873,76	R\$ 5.156.970,36	3,25%
Valor Total	R\$ 227.220.126,24	R\$ 240.602.308,44	5,89%

Especificações Técnicas e Descritivo dos Serviços

25. Quanto às linhas de serviços inseridas nos itens do Anexo I do 16º aditivo, relativos às cirurgias e internações, é dever do hospital, dentre outras:

- Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico “hospitalista”, por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do estabelecimento de saúde. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);
- Fazer contato prévio via e-mail e/ou telefone com o coordenador da Atenção Primária à Saúde-APS do município de origem do paciente, para informar a previsão ou confirmação da alta, encaminhando documento de alta com as devidas orientações para prosseguimento no atendimento, sempre que necessário;
- Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;
- Possuir e manter em pleno funcionamento, de forma ininterrupta, por 24 horas, 07 dias por semana, um Núcleo Interno de Regulação - NIR, conforme preconiza o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação da SES-GO, Portaria nº 1619/2020 SES-GO e Portaria GM/MS nº 1559/2022, que institui a Política de Regulação do Sistema Único de Saúde, atentando-se também à Nota Técnica nº 1/2022 - SES/SCRS, que trata do Dimensionamento de Pessoal atuando exclusivamente no NIR, e suas alterações.

26. No processo de hospitalização, o HGG deverá garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.

27. Quanto às cirurgias eletivas, consideram-se os procedimentos cirúrgicos preconizados para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadram como urgência e emergência médica e, portanto, podem ser programados de acordo com a capacidade dos serviços de

cirurgia e as necessidades do indivíduo. O agendamento se dá conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber:

- i. Pequeno procedimento ambulatorial;
- ii. Cirurgia eletiva ambulatorial;
- iii. Cirurgia eletiva hospitalar, subdivida em:
 - Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 2 a 3 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;
 - Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 3 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo;
 - Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 3 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

Metas de produção

28. São consideradas como Metas de Produção, determinantes ao pagamento da parte assistencial/fixa, os seguintes critérios:

- i. Internações Hospitalares: A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas cirúrgicas, saídas de clínica médica e saídas da unidade de cuidados paliativos, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS. Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação, a taxa de ocupação de 85% para enfermarias e os Tempos Médios de Permanência (TMP) da série histórica. Para meta mensal: 7 leitos cirúrgicos de giro rápido com TMP de 1,5 dias; 50 leitos cirúrgicos com o TMP de 7 dias e para 56 leitos cirúrgicos, o TMP de 5 dias. As saídas clínicas foram calculadas com TMP de 10 dias.
 - Saídas Clínicas: meta mensal: 147
 - Saídas Cirúrgicas: meta mensal: 595.
 - Saídas de Cuidados Paliativos: meta mensal: 26
- ii. Cirurgias Eletivas: O estabelecimento de saúde deverá realizar um número anual de cirurgias eletivas que lhe sejam referenciadas por meio da regulação estadual:
 - Cirurgias Programadas Gerais (eletivas de alto giro, eletivas de média complexidade, eletivas de alto custo): meta mensal: 595

29. Quanto aos indicadores de desempenho relacionados às cirurgias, o contrato estabelece as seguintes metas:

- Taxa de Ocupação Hospitalar⁵: meta: $\geq 85\%$
- Taxa média de permanência hospitalar⁶: meta: ≤ 8 dias

⁵ Taxa de Ocupação Hospitalar é a relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos no mesmo período. Taxa muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (Fonte: 16º TA ao Contrato nº 024/12).

⁶ Média de Permanência Hospitalar é a relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade

- Média de tempo de disponibilização de leito após alta⁷: ≤ 2 horas
- Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais⁸: ≤ 5%

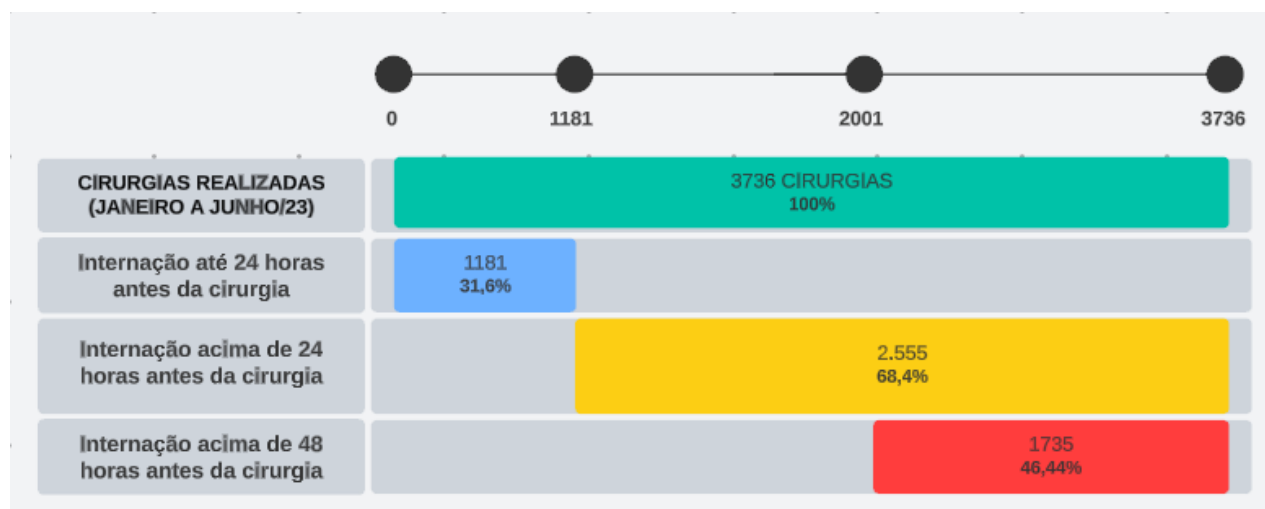
3 – ACHADOS DE AUDITORIA

30. Para melhor compreensão do trabalho optou-se por direcionar os achados de auditoria relacionando-os às atribuições e campo de atuação do NIR, haja vista que a temática escolhida para abordagem da eficiência no HGG foi gestão de leitos.

3.1. Achado 1: Alto índice de internação antecipada à data da cirurgia

31. No HGG, verificou-se um padrão de internação antecipada à data de realização da cirurgia. Este padrão não está descrito em nenhum Procedimento Operacional Padrão (POP) enviado pelo hospital, mas foi constatado em relatórios internos da SES do sistema MV ([ANEXO 1](#)). Foram evidenciadas 1735 Internações com mais de 48 horas de antecedência para cirurgias eletivas, representando um total 46,44% do total de 3736 internações ocorridas no período avaliado (Janeiro a Junho/2023). Se considerarmos as internações com antecipação acima de 24 horas esse percentual aumenta para 68,4%, evidenciando uma conduta recorrente na unidade hospitalar (Figura 2).

Figura 2: Tempo entre a Internação e a realização da Cirurgia Eletiva



32. No SUS, excluindo-se as internações de longa permanência (cuidados prolongados, psiquiatria, pneumologia sanitária e reabilitação), observou-se uma média de permanência de 4,5 dias no período de

maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente (Fonte: 16º TA ao Contrato nº 024/12)

⁷ Média de tempo de disponibilização de leito após a alta é a média do tempo (em horas) transcorrido entre a liberação do leito (alta ou óbito) e sua disponibilização aos sistemas oficiais de regulação (Fonte: 16º TA ao Contrato nº 024/12).

⁸ Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais mede o total de cirurgias eletivas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período (Fonte: 16º TA ao Contrato nº 024/12).

2009 a 2012 (Ministério da Saúde, 2012)⁹. No contrato de gestão do HGG esta meta permanece inalterada desde 2012 como sendo menor ou igual a 8 dias. No período analisado, verificou-se que este indicador foi superior aos 08 dias, nos meses de janeiro, fevereiro, abril e junho de 2023 (Tabela 3).

Tabela 3: Média de Permanência Hospitalar

Indicador: Média de Permanência Hospitalar (dias)		
Meses	Meta(M)	Realizado (R)
Janeiro/23	≤ 8	8,2
Fevereiro/23	≤ 8	8,6
Março/23	≤ 8	7,3
Abril/23	≤ 8	8,9
Mai/23	≤ 8	7,7
Junho/23	≤ 8	8,4

Fonte: Dados apresentados no Portal da Transparência, Relatórios Gerenciais

33. Nos documentos enviados pelo hospital observou-se que há o controle individualizado da média de permanência da clínica médica, clínica cirúrgica, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Transplante (Figura 3). Mesmo avaliando a média de permanência da clínica cirúrgica exclusivamente, pode-se perceber que há espaço para melhorias considerando os estudos de 2012.

Figura 3 - Média de permanência por especialidade



DEMONSTRATIVO DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Item	Especialidade	jan-23	fev-23	mar-23	abr-23	mai-23	jun-23	jul-23
1	Média de Permanência Clínica Médica	7,16	9,51	7,07	8,26	9,01	6,69	6,11
2	Média de Permanência Clínica Cirúrgica	5,19	7,08	5,94	6,28	5,81	4,93	5,00
3	Média de Permanência CTI	5,84	5,65	5,73	5,96	5,29	4,56	7,90
4	Média de Permanência Transplante	10,10	6,39	9,65	12,32	7,92	7,62	8,48
5	Média de Permanência Hospitalar	8,23	8,62	7,25	8,91	7,75	8,43	9,60

Fonte: Documento encaminhado por meio do Ofício nº 1742/2023/SUPER/IDTECH (evento SEI 52366554, processo 202300010016647)

⁹ Ministério da Saúde. TabNet Win 32 3.0: Internações hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>.

34. A conduta padrão de internação do paciente com antecedência adotada pelo HGG interfere diretamente na rotatividade do leito e na sua capacidade de receber novos pacientes para cirurgias eletivas, além de não contribuir para a redução da meta relativa ao tempo de permanência do contrato.

35. O tempo de internação com grande antecedência à data da cirurgia influencia o tempo de permanência do paciente, haja vista que este tempo é calculado pela data da internação e não pela data da realização da cirurgia. Além dos custos adicionais na manutenção do paciente no leito, aumenta a possibilidade de eventos adversos hospitalares relacionados à saúde, como risco de infecções hospitalares, novas comorbidades, quedas, fraturas, alergias, etc.

36. Não foi evidenciado em nenhum POP esta recomendação para internação antecipada ou na matriz de risco como controle de algum processo. Em se tratando de cirurgias eletivas, é esperado que o paciente chegue ao hospital preparado para realização do ato cirúrgico ou que pelo menos o tempo de internação prévia corresponda apenas ao intervalo de jejum necessário para o procedimento.

37. Sendo assim, é desejável que o hospital desenvolva um projeto piloto em algumas categorias de cirurgias para diminuir este tempo de internação prévio e, em alguns casos, realizando a internação do paciente no mesmo dia do ato cirúrgico, otimizando o giro de leitos.

3.1.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹⁰

38. Foi encaminhada ao gestor do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG) cópia do Relatório Preliminar de Auditoria da Eficiência Hospitalar, visando oportunizar a apresentação de comentários em face dos achados, conclusões e encaminhamentos da auditoria.

39. Na oportunidade o gestor justifica que a internação com antecedência se deve a necessidade de reavaliação médica do paciente, detecção de possíveis alterações clínicas que impeçam a realização do procedimento cirúrgico ou gerem agravos à saúde. Pontua ainda que o público de atendimento é idoso e em sua maioria possui comorbidades múltiplas. Tal condição necessita de compensação clínica para posterior realização da cirurgia, fatos detectados durante a internação e avaliações das equipes.

40. O gestor apresenta ainda, ações já implantadas ou que encontram-se em processo de implantação para mitigar os efeitos da situação encontrada, são elas: estruturação de uma unidade de coletas em agosto de 2022 no AMA (Ambulatório de Medicina Avançada) para agilizar procedimentos pré-cirúrgicos diminuindo a dependência da rede básica de atenção à saúde; reestruturação da capacidade operativa das equipes cirúrgicas e publicidade da produção no Site Transparência; revisão dos protocolos médicos cirúrgicos com estruturação de checklist; incorporação de mais um profissional médico na CHI; redefinição de processos assistenciais.

3.1.2 ENCAMINHAMENTOS

41. O encaminhamento proposto pela auditoria foi a iniciativa de um projeto piloto em algumas especialidades consideradas de menor complexidade pelo hospital para internação com antecedência menor que 24 horas. Em reunião de apresentação dos achados de auditoria, dia 10/11/2023, os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e já na manifestação dos mesmos foi incluído um plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link)).

¹⁰ Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

42. O hospital apresentou em plano de ação as especialidades de cirurgia plástica e cabeça e pescoço para realização do projeto piloto de internação do paciente no dia do procedimento cirúrgico numa tentativa de otimizar o tempo de ocupação do leito.

43. Além disso, incluíram a descrição de POP com a especificação de cada etapa do processo de internação, bem como das particularidades da convocação dos pacientes para a internação hospitalar.

3.1.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS

44. Dentre os principais ganhos dos encaminhamentos propostos está a possibilidade de atender mais usuários do SUS, otimizando a fila de espera por cirurgias eletivas e reduzindo os custos operacionais e de recursos humanos para o Estado.

3.2. Achado 2: Ausência de Plano Terapêutico para fortalecimento da previsibilidade de alta

45. Pode-se verificar nos prontuários pesquisados (350 prontuários de pacientes cirúrgicos dentro do universo de 3736 internações realizadas no período, [ANEXO 1](#)) que não houve o estabelecimento de um plano terapêutico multidisciplinar. Este documento reflete o planejamento dos cuidados e o monitoramento dos resultados, com metas mensuráveis e/ou funcionais no que tange ao tratamento do paciente com vistas ao cumprimento da previsibilidade da alta segura.

46. Outra evidência encontrada está no relatório final de certificação da ONA que aponta justamente para esta questão como um ponto de conformidade parcial. Segue transcrição da observação da comissão avaliadora:

“Evoluir com a construção do plano terapêutico, considerando definir as metas terapêuticas e a previsão de alta, bem como diferenciar no prontuário, a proposta do plano terapêutico e as condutas médicas. Evoluir no acompanhamento da aplicação do plano terapêutico, para análise do desfecho da assistência proposta.”

47. No artigo 11 da Política Nacional de Atenção Hospitalar -PNHOSP- temos a seguinte normatização:

“Art. 11. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

(...)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

(...)

§ 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.”

48. Avaliando a normativa, verifica-se que o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente relaciona conceitos de plano terapêutico e alta hospitalar por intermédio do NIR. Isso se dá especialmente porque a definição de um plano terapêutico desde o processo inicial de internação disponibiliza uma previsibilidade de alta e fortalece o cumprimento dos passos deste plano para efetivação de uma alta segura na data prevista.

49. Há um consenso entre as comunidades médicas que a alta do paciente deve ser pensada no início do processo. Se a previsão de alta não é estabelecida com o planejamento de intervenções e reavaliações periódicas, o tempo de permanência do paciente pode ser prolongado, o submetendo a riscos de complicações e custos adicionais desnecessários de tratamento.

50. Como causa, não foi identificado nos POPs apresentados pelo NIR do HGG à equipe, o estabelecimento de plano terapêutico com previsibilidade de alta no momento de admissão do paciente. A atuação de apenas uma médica no NIR é insuficiente para o diálogo com as equipes assistenciais e conferência de planos terapêuticos de pacientes que estejam internados. Não detectou-se também nenhuma iniciativa dentro dos mapas estratégicos 2022-2025 (ANEXO 2) do hospital que vislumbre a implementação de um Escritório de Gestão de Altas (EGA).

51. Esta iniciativa já faz parte de algumas legislações estaduais como no Espírito Santo (Portaria nº 076-R, de 19 de maio de 2022 - Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde no Espírito Santo)¹¹ e tem como principal objetivo atuar de maneira sincronizada com o NIR diminuindo a internação hospitalar (aumento no giro de leitos).

3.2.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹²:

52. O gestor justifica que o plano terapêutico faz parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que já vem sendo desenvolvido ações para a sua implantação dentro do hospital como parte de adequação às recomendações da ONA. Define o PTS como um trabalho realizado de maneira multidisciplinar com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve o usuário fazendo com que o mesmo participe ativamente das tomadas de decisão acerca do seu tratamento.

3.2.2 ENCAMINHAMENTOS:

53. O encaminhamento proposto pela auditoria foi o fortalecimento do plano terapêutico com o apoio e maior protagonismo do NIR durante todo período da internação, fortalecendo a previsibilidade de alta, revisão e cumprimento dos protocolos de tratamento propostos no momento da internação. Na apresentação do relatório parcial os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e já na manifestação dos mesmos foi incluído como plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)).

54. O hospital incluiu no plano de ação a definição de um médico horizontal para contribuir com a implantação do PTS junto às especialidades médicas, desenvolvendo ações de aprimoramento de planos assistenciais e visitas multidisciplinares.

55. O hospital apresentou ainda em plano de ação a realização de treinamentos por parte do escritório da qualidade e lideranças para adesão de todos os profissionais ao PTS, iniciando o projeto piloto na unidade de terapia intensiva, na especialidade de cirurgia vascular e clínica médica. Houve inclusive o lançamento da campanha institucional para semana D do PTS.

¹¹ Portaria 076 de 19/05/2022 - SESA disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Portarias/diario_oficial_2022-05-27_PortariaN076R.pdf

¹² Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

56. Outra medida documentada no plano de ação foi a execução de auditorias em prontuários, por parte do escritório da qualidade, visando acompanhar e promover relatórios de eficácia diante da implantação do projeto nas especialidades iniciais.

3.2.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

57. Dentre os principais ganhos dos encaminhamentos propostos está a possibilidade de fortalecimento da previsibilidade de alta, contribuindo para desospitalização e garantia da segurança assistencial do paciente.

58. Além disso, o HGG pode tornar-se um referencial para outras instituições no estabelecimento de protocolos de implementação de plano terapêutico. Esta é uma temática sensível em quase todas as instituições, pois mesmo sendo um dos elementos mais importantes na internação de qualquer paciente, por vezes não se consegue o engajamento necessário dos profissionais médicos e da equipe multiprofissional.

3.3. Achado 3: Funcionamento do NIR com escala incompleta de profissionais

59. No HGG verificou-se que o funcionamento do NIR não ocorre com escala de profissionais completa durante os 07 (sete) dias da semana, 24 (vinte quatro) horas como preconizado no Manual de Orientação do Ministério da Saúde¹³ e pela Nota Técnica nº. 1/2022 -SES.

60. O NIR precisa ser dimensionado de acordo com o trabalho e grau de atuação que se espera dele. De acordo com o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados do Ministério da Saúde 2017, há uma recomendação para que o funcionamento seja de 24 horas, 7 dias por semana e que tenha uma estrutura mínima composta por médico (horizontal ou diarista), enfermeira (diarista) e assistente social.

61. Em Goiás, houve em 2022 a publicação da Nota técnica- NT nº 01/2022 ([ANEXO 3](#)) especificando sobre o dimensionamento de recursos humanos que deveriam atuar exclusivamente dentro dos NIR. A NT define que unidades com capacidade instalada maior que 100 (cem) leitos deveriam contar com os seguintes profissionais:

- 1 enfermeiro plantonista diurno, sete dias por semana;
- 1 enfermeiro plantonista noturno, sete dias por semana;
- 1 enfermeiro 08h/dia, de segunda a sexta;
- 1 administrativo plantonista diurno, sete dias por semana, para cada 100 (cem) leitos;
- 1 administrativo plantonista noturno, sete dias por semana, para cada 100 (cem) leitos;
- 1 administrativo 08h/dia, de segunda a sexta, nas unidades cujo o NIR atenda serviços ambulatoriais e eletivos.

62. Verificou-se que não há enfermeiro plantonista noturno na escala de serviço habitual do hospital. Em alguns dias nos finais de semana a presença de enfermeiro plantonista exclusivo para o NIR também não ocorre, conforme escalas de serviços apresentadas ([ANEXO 4](#)). Além disso, tem-se 01 (uma) médica

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. 2017.

de atuação exclusiva, mas nenhum profissional assistente social exclusivo nos quadros de trabalho do NIR. Este fato - ausência de Enfermeiro plantonista e Assistente Social - está em desconformidade com a Nota técnica 01/2022-SES e com o Manual de Implementação do NIR/2017 do MS que exige a presença desses profissionais na composição mínima do NIR.

63. Apesar de não fazer parte da nota técnica estadual a atuação exclusiva do médico no NIR o HGG conta com este profissional. No entanto, em hospitais de grande porte, somente um profissional médico exclusivo para atuação no NIR mostra-se insuficiente.

64. O dimensionamento de recursos humanos inadequado do NIR gera impacto em processos cruciais de trabalho da gestão de leitos do HGG. Há atribuições listadas para cada um dos profissionais que atuam no NIR e esta atuação exclusiva tem razão principal para que a interface com a CRE seja ininterrupta. A busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar é uma das atividades que fica comprometida com a ausência do enfermeiro plantonista em todos os turnos de trabalho. Já a atuação de apenas uma médica com exclusividade no NIR compromete a identificação de pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providências junto à equipe assistencial e resolução que poderiam diminuir o tempo de permanência do paciente e aumentar o giro de leitos em um hospital com a dimensão do HGG, com seu nível de complexidade e importância na rede de saúde do estado. E a falta de assistente social exclusiva do NIR compromete ainda mais a dinâmica de atendimento do paciente, conforme as atribuições sugeridas no Anexo A do Manual retrocitado do Ministério da Saúde.

65. O NIR do HGG foi criado em dezembro de 2013, mesmo antes das normativas e exigências técnicas expedidas pela SES, e sua criação não foi de fato como modelo de NIR. Uma característica peculiar desta Unidade é que foi denominada de “Central Humanizada de Internação (CHI)” desde a sua criação. Esta nomenclatura adotada foi justificada em sua criação porque o momento da admissão é uma das etapas que concentram grande número de reclamações e insatisfações. Além disso, não constam nos aditivos contratuais a descrição exata dos recursos humanos necessários para composição do NIR, apesar de citar a Nota Técnica.

66. O foco na humanização traz destaque para o atendimento e acolhimento do paciente do HGG mas, por outro lado, algumas funções e atribuições do NIR do HGG precisam de um desenvolvimento maior, tais como: projeto terapêutico singular; gestão da fila; uso dinâmico dos leitos por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais; permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar; qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar; otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar; estimular o cuidado horizontal dentro da instituição.

3.3.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹⁴:

67. O gestor justifica que a ausência de assistente social com atuação exclusiva no NIR se dá pela presença de uma profissional com esta qualificação lotada em cada unidade de internação possibilitando uma logística de atenção de forma individualizada e ordenada para cada paciente na unidade de internação. Ressalta que este modelo de trabalho tem surtido maiores resultados na prática.

¹⁴ Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

68. O gestor apresenta ainda em sua resposta o quantitativo de recursos humanos disponíveis atualmente para atuação exclusiva no NIR. O destaque está na contratação de um médico hospitalista que passou a compor os quadros do NIR, totalizando dois médicos com atuação exclusiva.

3.3.2 ENCAMINHAMENTOS:

69. O encaminhamento proposto pela auditoria foi o redimensionamento do NIR, estabelecendo prioritariamente o que consta na nota técnica 01/2022 SES.

70. Na apresentação do relatório parcial os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e a manifestação em relação a inviabilidade de atuação de uma assistente social exclusiva no NIR foi levantada pelos gestores. No entanto, foi sugerido que houvesse maior integração das assistentes sociais das unidades de internação com o NIR para fortalecer os processos de gestão dos leitos.

71. No plano de ação apresentado pela Unidade auditada (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)), como medidas tem-se a elaboração de estudo para definir equipe adequada da CHI e reestruturação da equipe diante conforme levantamento do estudo.

3.3.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

72. A implementação das escalas de trabalho com todos os profissionais permite que o NIR deixe de ser um local inicial e final de internação do paciente e passe a monitorar com maior eficiência os leitos em tempo real. Neste sentido, a interação do NIR com todas as áreas do hospital e o ambiente externo propicia mais elementos de planejamento e diminui as falhas e tempos extras desnecessários na ocupação do leito.

3.4. Achado 4: Tempo entre alta médica e hospitalar maior que meta estabelecida pelo NIR

73. Apesar do NIR monitorar o tempo entre alta médica e hospitalar, verificou-se que o HGG, no período de Janeiro a Junho de 2023, ultrapassou a sua meta de 150 minutos (Tabela 4).

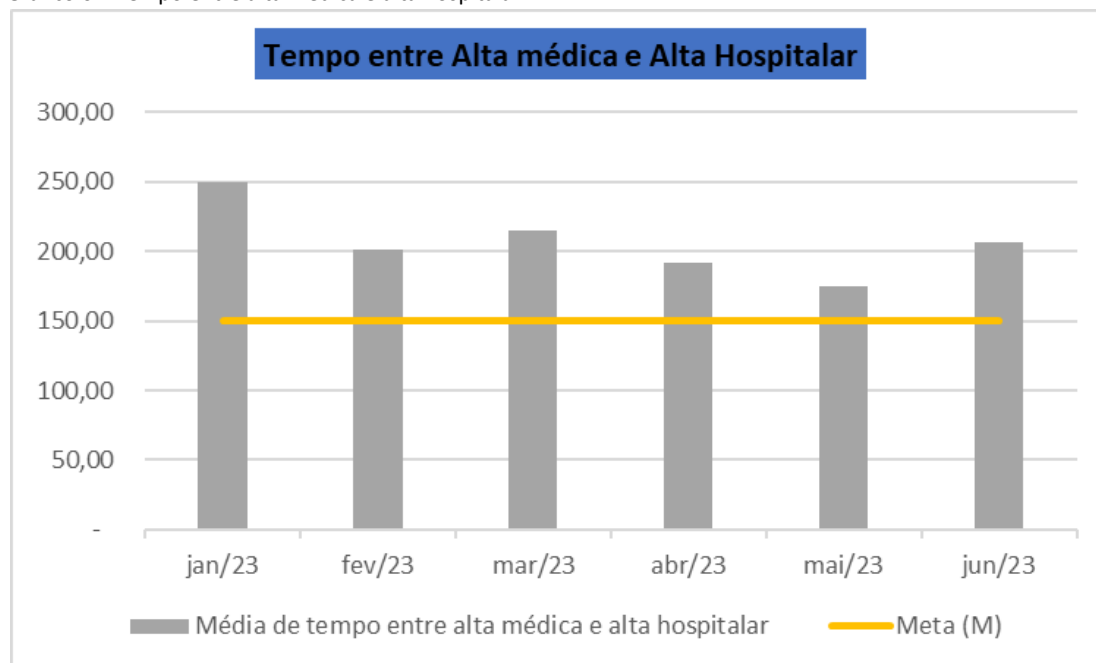
Tabela 4 - Controle HGG do Indicador tempo entre a alta médica e a alta hospitalar

Tempo entre alta médica e alta hospitalar (minutos)			
Meses	Meta(M)	Tempo gasto (T)	% Tempo excedido [(T/M-1)*100]
Janeiro/23	150	250,02	67%
Fevereiro/23	150	201,22	34%
Março/23	150	215,50	44%
Abril/23	150	191,75	28%
Maiio/23	150	174,87	17%

Junho/23	150	206,65	38%
----------	-----	--------	-----

Fonte: Indicadores de Processos da Central Humanizada de Internação - CHI

Gráfico 01: Tempo entre alta médica e alta hospitalar



Fonte: Indicadores de Processos da Central Humanizada de Internação - CHI

74. A alta médica por definição trata-se do momento em que o paciente tem alta consumada pelo profissional médico para o domicílio ou para internação domiciliar. Já a alta hospitalar consiste na autorização de saída do paciente do ambiente hospitalar, com medidas administrativas tomadas pelo NIR. Ou seja, há um intervalo de tempo entre a alta do paciente realizada pelo médico e a real saída do paciente da unidade, não sendo processos necessariamente imediatos.

75. Em uma análise mais aprofundada dos dados retirados de prontuários de pacientes por meio do sistema MV Soul ([ANEXO 5](#)) constatou-se que o tempo médio entre alta médica e alta hospitalar no período de janeiro/2023 a junho/2023 foi de 03:16:45 (três horas, dezesseis minutos e quarenta e cinco segundos). Considerando o indicador do NIR de 02:30 (duas horas e trinta minutos) essa diferença encontrada gerou impacto negativo na ocupação do leito devido ao aumento no tempo de permanência.

76. As causas do não atingimento da meta são multifatoriais. Numa primeira vertente, verificou-se que a origem dos pacientes como demonstrado na figura 4 recebidos é diversa. Ou seja, o HGG atende pacientes de diversos municípios goianos e estes dependem do transporte ofertados pelas Secretarias Municipais de Saúde para que possam retornar para seus domicílios. Frequentemente a alta hospitalar e a disponibilidade do transporte não são processos consecutivos. Geralmente o veículo alocado para buscar um paciente é o mesmo que traz outros pacientes para atendimentos de saúde, frequentemente em outras unidades e em horários diversos.

Figura 4: Origem dos pacientes

Distribuição da maioria dos Pacientes entre Dez Cidades do Estado de Goiás				Distribuição da maioria dos Pacientes entre Dez Cidades do Estado de Goiás				Distribuição da maioria dos Pacientes entre Dez Cidades do Estado de Goiás			
Municípios		Janeiro		Municípios		Fevereiro		Municípios		Março	
		Quantidade de Pacientes	%			Quantidade de Pacientes	%			Quantidade de Pacientes	%
1	Goiânia	172	46,99%	1	Goiânia	134	45,27%	1	Goiânia	194	50%
2	Aparecida de Goiânia	56	15,30%	2	Aparecida de Goiânia	46	15,54%	2	Aparecida de Goiânia	52	13,40%
3	Anápolis	26	7,10%	3	Trindade	23	7,77%	3	Trindade	31	7,98%
4	Inhumas	23	6,28%	4	Senador Canedo	22	7,43%	4	Anápolis	25	6,44%
5	Trindade	19	5,19%	5	Anápolis	21	7,09%	5	Senador Canedo	20	5,15%
6	Senador Canedo	17	4,64%	6	Águas Lindas de Goiás	12	4,05%	6	Inhumas	16	4,12%
7	Goianira	16	4,37%	7	São Luís de Montes Belos	11	3,71%	7	Caldas Novas	15	3,86%
8	Goianésia	15	4,09%	8	Rio Verde	10	3,37%	8	Goianira / Formosa	13	3,35%
9	Jataí	12	3,27%	9	Jaraguá / Goianira	9	3,04%	9	Luziania / Morrinhos	12	3,09%
10	Itumbiara / Alexânia / Sta Helena de Goiás	10	2,73%	10	Inhumas / Jataí	8	2,70%	10	Itumbiara	10	2,57%
Total		366	100%	TOTAL		296	100%	TOTAL		388	100%
Fonte: Central Humanizada de Internação – CHI do Hospital Alberto Rassi - HGG				Fonte: Central Humanizada de Internação – CHI do Hospital Alberto Rassi - HGG				Fonte: Central Humanizada de Internação – CHI do Hospital Alberto Rassi - HGG			

77. Outras causas que também podem contribuir são atrasos ocasionados na atuação da equipe multidisciplinar, bem como a falta de profissional de serviço social exclusivo, o que aumenta o intervalo entre alta médica e alta hospitalar. O NIR não conta com profissional Assistente Social exclusivo em seu quadro de colaboradores, fato este já abordado no achado 3.

78. O aumento do tempo de intervalo entre alta médica e alta hospitalar influencia na ocupação do leito tornando-o indisponível até a efetiva saída do paciente do hospital. A capacidade de admissão de novos pacientes e realização de mais cirurgias fica comprometida, impactando negativamente a gestão de leitos.

3.4.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹⁵:

79. A justificativa apresentada reforça a origem dos pacientes e a necessidade dos mesmos em relação ao transporte das secretarias municipais de saúde. Além disso, o gestor refuta a possibilidade de haver uma assistente social exclusiva no NIR, pois declara haver uma profissional para cada unidade de internação responsável por acompanhar o paciente daquelas unidades durante todo período da internação.

3.4.2 ENCAMINHAMENTOS:

80. O encaminhamento proposto pela auditoria foi o estabelecimento de uma estratégia para a desocupação imediata do leito logo após a alta médica, contornando os fatores que retardam a alta hospitalar e viabilizando o giro. Na apresentação do relatório parcial os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e já na manifestação dos mesmos foi incluído como plano de ação.

¹⁵ Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYIz/view?usp=drive_link

81. O plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)) contempla a criação de um salão pós alta, para que o paciente seja transferido de forma segura e humanizada logo após a alta médica até a chegada do transporte e acompanhante. Há, inclusive, projeto de implantação de um salão de beleza junto a este salão pós alta para fortalecer a política de humanização do HGG valorizando a auto estima do paciente no momento da alta médica.

3.4.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

82. A otimização do tempo entre alta médica e alta hospitalar e consequente redução do tempo de espera de internação de novos pacientes são os benefícios mais imediatos e mensuráveis.

3.5. Achado 5: Grande número de altas hospitalares não planejadas

83. Verificou-se que a programação de alta prescrita não ocorre conforme protocolo estabelecido em todas as altas hospitalares. No comparativo entre programação de altas prescritas e altas hospitalares (figura 5), constatou-se que, em todos os meses, o número de altas foi maior do que o programado, demonstrando que o NIR possui campo de ação para implementar melhorias.

84. O HGG institui em seu POP 182 ([ANEXO 6](#)) a necessidade de programar a alta do paciente até às 13 horas do dia anterior, ou seja, o médico deve prescrever essa alta antecipadamente, garantindo segurança para a saída do paciente. Além disso, essa medida faz parte das necessidades do NIR em relação a gestão dos leitos, uma vez que a programação das altas com antecedência permite um dimensionamento da quantidade de leitos que estão desocupados garantindo que os agendamentos dos pacientes que irão internar serão de fato efetivados.

Figura 5: Comparativo de Programações e Altas Hospitalares Efetivadas

COMPARATIVO DE PROGRAMAÇÕES E ALTAS HOSPITALARES EFETIVADAS

Item	Especialidade	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago
1	Programações de Alta prescritas	433	372	417	303	334	337	257	318
2	Altas Hospitalares	725	631	859	655	820	715	655	820
Percentual de Cumprimento		60%	59%	49%	46%	41%	47%	39%	39%

Fonte: Documento encaminhado por meio do Ofício nº 1742/2023/SUPER/IDTECH (evento SEI 52366554, processo 202300010016647)

85. A causa desse achado pode ser atribuída, principalmente, à não adesão da equipe médica, haja vista que, no POP estudado, o profissional responsável por executar a programação da alta médica até as 13 horas do dia anterior é o médico. Além disso, verificamos insuficiência de ações específicas do NIR junto às equipes médicas para maior sensibilização quanto à importância dessa atitude na rotina de gestão de leitos no hospital.

86. É esperado que o NIR possa ter o máximo controle sobre os leitos do hospital. Esse controle é imprescindível, pois há necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. O não cumprimento da programação de alta impede que haja o dimensionamento correto destas novas admissões e os bloqueios necessários conforme a demanda

e disponibilidade. O NIR deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover o uso mais eficiente dos leitos disponíveis. Sendo assim, o POP para programação de alta com antecedência causa efeito na governança do NIR sobre os leitos, gerando impacto direto no giro e no número de saídas cirúrgicas.

3.5.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹⁶:

87. O gestor reforça a validade do achado pontuando que a programação de alta norteará a logística ordenada de toda equipe multidisciplinar para desocupação do leito pelo paciente.

3.5.2 ENCAMINHAMENTOS:

88. O encaminhamento proposto pela auditoria foi a inclusão de estratégias para maior envolvimento da equipe médica no cumprimento da programação de alta. Na apresentação do relatório parcial os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e já na manifestação dos mesmos foi incluído como plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)).

89. O hospital apresentou inclusão de ações educativas por parte do escritório da qualidade e diretorias médicas junto a todas equipes assistenciais com prazo limite para ocorrer até 01 de dezembro de 2023 e, a partir de 04 de dezembro de 2023, as altas só serão lançadas caso tenham sido programadas. As exceções deverão ser discutidas pelo médico assistente com a diretoria técnica para liberação.

90. Além disso, a comissão de prontuários fará parte das ações de conscientização das equipes demonstrando os grandes impactos nos processos do NIR quando a programação de alta é negligenciada. E haverá um reforço do protocolo institucional com as equipes médicas em relação ao horário limite para a prescrição de altas hospitalares, até 10h da manhã.

3.5.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

91. O maior impacto poderá ser sentido na atuação do NIR com melhor dimensionamento e previsibilidade dos leitos disponíveis.

92. A capacidade operacional do hospital poderá ser melhor gerenciada para programações de internações, possibilitando inclusive oferecer à rede maior disponibilidade de vagas para cota de urgências.

93. Ou seja, mesmo sendo um hospital prioritariamente eletivo, há algumas demandas de urgência muito específicas na rede estadual que só o HGG possui recurso humano para atender. O que ocorre na prática é que, frequentemente, o hospital não consegue receber por sua limitação de leito disponível no dia solicitado.

3.6. Achado 6: Cancelamentos de cirurgias por falha de procedimentos prévios

94. Por meio do Relatório Cirurgias Canceladas (dados do Centro Cirúrgico) por Especialidades, referente ao período de Janeiro a Junho de 2023 extraído do sistema MV Soul ([ANEXO 7](#)), foram

¹⁶ Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

constatados cancelamentos de cirurgias que poderiam ser evitados por meio de melhor planejamento e controle. O referido relatório traz um total de 649 cirurgias canceladas de 4001 cirurgias agendadas no período, representando 16,22% de cancelamentos. Os relatórios estratificam 52 motivos diferentes de cancelamento. A equipe de auditoria selecionou 6 destes motivos, responsáveis por 45% dos cancelamentos de cirurgias, considerados como passíveis de serem evitados (Tabela 5).

Tabela 5 - Principais motivos de cancelamento de cirurgias, período jan a jun/23:

Motivo de cancelamento	Quantidade	% de cirurgias canceladas (649)	% de cirurgias agendadas (4001)
Equipe médica contra indicou o procedimento	93	14,3%	2,32%
Agendamento errado	86	13,3%	2,15%
Erro de digitação	40	6,2%	1%
Agendamento em duplicidade	35	5,4%	0,87%
Capacidade operacional do CC	21	3,2%	0,5%
Exames complementares pendentes	19	2,9%	0,47%
TOTAL	294	45%	7,30%

Fonte: Sistema MV SOUL

95. Outros motivos, não listados na tabela acima devido à pequena quantidade de vezes que se materializaram, também foram considerados como passíveis de serem evitados antes da internação do paciente cirúrgico, tais como: falta de material, erro de abertura de cirurgia, erro na inclusão de MOVI vinculado ao estoque, mudança de tratamento, erro no sistema MV, falta de exames pré-operatórios, cirurgia já realizada, falta de risco cirúrgico, ausência de jejum, falta de material consignado e preparo pré-operatório inadequado.

96. A causa desse problema pode ser atribuída à falha no gerenciamento dos leitos através do sistema MV, principalmente quando os motivos de cancelamento são “agendamento errado”, “erro de digitação”, “agendamento em duplicidade”, “exames complementares pendentes”, “capacidade operacional do CC”. E também à falha do NIR na avaliação das fichas dos pacientes junto às equipes médicas, quando o motivo de cancelamento é “Equipe médica contra indicou o procedimento”.

97. Consta no 16º Aditivo do Contrato de Gestão nº 24-2012, relacionado ao presente achado, o indicador de desempenho “Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais¹⁷”, com a meta $\leq 5\%$. A Tabela 6 demonstra que a meta do contrato foi cumprida em todos os meses analisados, no entanto é possível verificar que outros motivos relevantes de cancelamentos de cirurgias não foram considerados para composição do percentual em comparação com os valores apurados pela equipe na Tabela 3. Ou seja, a meta estabelecida pode estar subestimada para análise dos controles e ações do NIR nos processos de pré-internação e internação, o que impacta na eficiência da gestão dos leitos.

¹⁷ Percentual de Suspensão de Cirurgias Eletivas por Condições Operacionais: são cirurgias eletivas que foram suspensas por motivos relacionados à organização da Unidade, em relação ao total de cirurgias agendadas, como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório e por ocorrência de cirurgia de emergência.

Tabela 6 - Indicador de Desempenho

Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais		
Meses	Meta	Alcançado
Janeiro/23	≤ 5%	2,6%
Fevereiro/23	≤ 5%	2,6%
Março/23	≤ 5%	4,9%
Abril/23	≤ 5%	1,0%
Mai/23	≤ 5%	2,5%
Junho/23	≤ 5%	1,7%
Média do período analisado	≤ 5%	2,55%

Fonte: [Portal Transparência](#)

98. Assim, o presente achado influencia no indicador acima citado, no cumprimento de metas contratuais, demanda de ouvidoria e no desempenho da Unidade. Outro aspecto é a insuficiência de utilização da equipe médica, reduzindo produtividade e deixando de atender mais pacientes. O impacto é sentido também pela Central de Regulação do Estado (CRE) que tem o HGG como principal referência na região para cirurgias eletivas.

99. O achado em questão evidencia que a correta identificação e mensuração de motivos de não realização de cirurgias, bem como aprimoramento das metas contratuais faz-se necessário para que ações possam ser planejadas e estratégias adotadas para reduzir o risco de cancelamentos de cirurgias e mitigar suas consequências, visando a qualidade dos serviços prestados à população.

3.6.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR¹⁸:

100. O gestor pontua que o HGG é o único da rede estadual como hospital de ensino e os pacientes são diariamente acompanhados por médicos residentes que, muitas vezes, acabam discutindo os casos com os *staffs* responsáveis alterando protocolos e condutas pré estabelecidas.

101. Outro ponto levantado pelo gestor está no fato de que o sistema MV Soul elenca “documentos de avisos cirúrgicos ” como motivos de cancelamento de cirurgias, não significando de fato uma suspensão cirúrgica.

“Destacamos como exemplo os motivos “erro de digitação”, “agendamento em duplicidade” e “agendamento errado”, onde, diante da impossibilidade de correção em sistema, os documentos são cancelados para uma nova inserção, e são contabilizados nesse relatório do Sistema MV Soul como cancelamento de cirurgia, não condizendo com a realidade de suspensões cirúrgicas de fato.”

¹⁸

Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH
https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

completo

em:

102. Apesar disso, o gestor reconhece o achado e a necessidade de aprimoramento dos processos e identificação de oportunidades de melhorias para a redução desse risco (suspensão de cirurgias por motivos evitáveis).

3.6.2 ENCAMINHAMENTOS:

103. O encaminhamento proposto pela auditoria foi a revisão e clareza dos motivos de cancelamento para uma correta mensuração e qualificação das metas contratuais, com esforços conjuntos da SES/HGG. Além disso, o estabelecimento de protocolos mais eficazes que minimizem o cancelamento das cirurgias por causas inerentes à equipe médica ou à unidade hospitalar, mediante atuação do NIR como agente norteador do processo de internação.

104. Na apresentação do relatório parcial os encaminhamentos foram discutidos com os gestores e já na manifestação dos mesmos foram incluídos como plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)).

105. O hospital apresentou algumas medidas que farão parte do plano de ação com o intuito de diminuir os índices de cancelamento de cirurgias na unidade. A primeira delas foi a revisão dos protocolos médicos cirúrgicos, de cada procedimento, com a estruturação de checklist para validação de itens obrigatórios a serem conferidos pelo NIR, via telefone, antes do deslocamento do paciente para internação. Com esta medida espera-se reduzir o risco de cancelamento de cirurgias por falta de exames ou avaliações médicas necessárias para o procedimento cirúrgico.

106. A segunda medida foi a solicitação de integração no sistema *MV Soul*, por meio de relatórios personalizados e interativos, a solicitação de exames e avaliações médicas necessárias para cirurgias com a efetiva realização dos mesmos, proporcionando um monitoramento mais eficaz da jornada pré-operatória do paciente na unidade (ambulatório, apoio ao diagnóstico e NIR) e otimizando os atendimentos que faltam para o agendamento do procedimento cirúrgico.

107. No mesmo sentido, o hospital ainda solicitará à SES que providencie a inclusão de uma aba no sistema *MV Soul* para registro eletrônico de suspensão de cirurgias diretamente pelo médico responsável, proporcionando aos gestores a emissão de relatórios de monitoramento efetivo sobre o tema e possíveis responsabilizações.

108. Além disso, a unificação do protocolo de risco cirúrgico cardiológico e protocolo de critérios para anestesia. A equipe de anestesiologia que avaliar o paciente na noite anterior ao procedimento cirúrgico e contraindicar a cirurgia por condições clínicas que impeçam o ato anestésico deverá comunicar a subdiretoria técnica para retirada imediata do aviso do mapa cirúrgico antes do fechamento da programação proporcionando o agendamento de outro paciente apto evitando o motivo de cancelamento de cirurgia por condições clínicas do paciente.

109. Apresentou-se ainda como ações de controle para reduzir o risco: realização de avaliação crítica, por parte do NIR, das programações de internação com base na disponibilidade de leitos e capacidade operativa; intensificação das orientações com a equipe de médicos plantonistas do NIR para a rotina de avaliação do paciente e critérios para a internação eletiva; e, solicitação à SES/GO para adequação da configuração do relatório de suspensões cirúrgicas no Sistema *MV Soul* para refletir a realidade.

3.6.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

110. Com a diminuição dos índices de cancelamento de cirurgias espera-se que haja otimização da capacidade operacional da equipe e consequentemente melhora nos índices de produtividade do hospital.

4 – ACHADOS NÃO DECORRENTES DAS QUESTÕES DE AUDITORIA

4.1. Achado 7: Alto Índice de perda primária¹⁹ de consultas pré-cirúrgicas

111. Com base no Relatório de Perda Primária de Consultas Ambulatorial ([ANEXO 8](#)), verificou-se vagas que não foram preenchidas, havendo desperdício destes serviços e, por conseguinte, afetando toda cadeia do fluxo de regulação de cirurgias eletivas do hospital e até do Estado. Em algumas especialidades, como por exemplo cirurgia torácica, no mês de março/23 foram ofertadas 70 vagas e não houve nenhum agendamento. O mesmo ocorreu no mês de fevereiro/23 para ortopedia, com oferta de 20 vagas e nenhum agendamento. São números que chamam atenção, já que uma das maiores queixas dos usuários do SUS trata-se da ausência de serviços e vagas em especialidades.

112. Esta situação não faz parte da governança exclusiva do NIR do HGG mas interfere diretamente na produção e no desempenho do hospital em relação ao número de cirurgias eletivas realizadas. Avaliou-se a necessidade de elencar este achado pela expressividade dos números.

113. No fluxo de regulação de cirurgias eletivas ([ANEXO 9](#)), a consulta inicial realizada no HGG tem como principal objetivo ser uma consulta pré-cirúrgica para avaliação/diagnóstico cirúrgico. O HGG, então, disponibiliza à SES um quantitativo de consultas mensalmente em todas as especialidades do hospital para que sejam agendadas essas consultas por parte da Secretaria.

114. No próprio fluxo de regulação identificou-se como ator do processo de agendamento destas consultas às Secretarias Municipais de Saúde, ou seja, após a evidenciação da vaga ofertada pela unidade, a SES repassa aos municípios o dia e o horário que esta consulta ocorrerá. Não há, portanto, garantia de que o paciente foi realmente notificado e que a consulta está confirmada. Este é um entrave relevante e os números desta perda primária demonstram uma subutilização de recursos e serviços para população

115. A perda primária em consultas ofertadas pelo hospital interfere diretamente na dinâmica de atendimento de mais pacientes que necessitam de cirurgias eletivas em todo estado. Se a consulta pré-cirúrgica não ocorre, o paciente tem a chance de ter seu problema agravado e a cirurgia se tornar mais complexa, aumentando custos para toda rede de atenção. Além disso, o hospital fica com mão de obra ociosa diante da sua capacidade instalada.

¹⁹ Perda primária é definida pelo desperdício das primeiras consultas disponibilizadas para a rede de saúde. Cálculo: diferença percentual entre o total de primeiras consultas disponibilizadas para a rede e o total de primeiras consultas não agendadas na Regulação.

4.1.1 RESUMO DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR²⁰:

116. O gestor reitera o achado da auditoria enfatizando que o prejuízo da perda primária afeta diretamente o desempenho da instituição, inclusive no que tange a impossibilidade de cumprimento de metas cirúrgicas contratuais, já que impossibilita autorização de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar).

117. Ressalta ainda que há o risco de ociosidade da equipe especializada e sobretudo o agravamento da situação do paciente que acaba não recebendo o atendimento ofertado no momento mais oportuno, e aumenta os custos para toda rede de atenção. Relata, inclusive, que o fato já fora levado à SES em outras oportunidades com demonstrações de índices e desperdícios de ofertas de vagas e absenteísmos no processo de agendamento e marcação de consultas iniciais especializadas ou consultas pré cirúrgicas realizadas pela CRE.

4.1.2 ENCAMINHAMENTOS:

118. O encaminhamento proposto pela auditoria foi melhor dimensionamento dos dados de perda primária por parte da SES, inclusive com estabelecimento de indicadores e metas para períodos pré estabelecidos. Além disso, foi levantada a hipótese de uma atuação conjunta entre CRE e saúde digital para que uma ferramenta segura e viável seja desenvolvida no sentido de garantir que o estado monitore a confirmação pelo paciente de que o mesmo foi comunicado.

119. O gestor da unidade enviou algumas ações contributivas em seu plano de ação (ANEXO 7 do [Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH](#)) no que diz respeito a este achado que podem minimizar as causas desta situação: melhoria no sistema de confirmação de consultas via whatsapp para pacientes agendados pela CRE; avaliação rigorosa de vagas que serão ofertadas a CRE tendo como parâmetro a fila interna aguardando retorno, quantidade de AIHs autorizadas para cada especialidade e capacidade operacional de cada equipe e aproveitamento de vagas nas especialidades pela CRE no mês anterior.

120. Do exposto, a equipe de auditoria recomenda às áreas competentes da SES/GO que avaliem as causas das perdas primárias e a efetividade dos controles existentes para tratamento do risco. Após, apresente um Plano de Ação no prazo de 60 dias, com prazos e responsáveis bem estabelecidos, visando mitigação do risco ou mesmo dos seus impactos.

4.1.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS:

121. A mudança do padrão de oferta de vagas pela unidade poderá impactar de maneira mais direta e positiva na mudança do cenário relatado, já que a redistribuição de vagas nas especialidades mais demandadas pela CRE pode diminuir o tempo de espera da fila na regulação e consequentemente aumentar o número de cirurgias eletivas realizadas na unidade.

²⁰ Acesso ao Ofício nº 2127/2023/SUPER/IDTECH completo em: https://drive.google.com/file/d/1w5Ch3tacWsk68hViVP54BTXYILNalYlz/view?usp=drive_link

5 – ACHADOS RELACIONADOS A BOAS PRÁTICAS IDENTIFICADAS

5.1. Achado 8: Projeto Gestão Cidadã como meio de expansão de ouvidoria e ferramenta para melhorias do hospital

122. Com base na documentação enviada foi identificado o fortalecimento dos canais de ouvidoria interna do hospital através da implantação do projeto “Gestão Cidadã”. A concepção do projeto trata-se da disponibilidade de um conjunto de ferramentas que são canais diretos de comunicação de usuário, seus familiares e a sociedade.

123. O HGG, ao adotar este projeto como norteador para difundir seus canais de ouvidoria e fortalecer seus canais de relacionamento, prioriza e cumpre o que a Política Nacional de Atenção Hospitalar determina (art. 19, § 2º). Há ênfase para cidadania dos pacientes e faz da ouvidoria uma ferramenta de melhoria de seus processos:

“§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção.”

124. O hospital considera todas as formas de relacionamento com o usuário para medir os índices de satisfação. Além disso, são emitidos relatórios mensais ([ANEXO 10](#)) para os gestores do hospital que trazem os dados de todas as interações que ocorreram dentro do mês, bem como a quantidade de respostas obtidas nas pesquisas de satisfação e o tratamento tempestivo das reclamações e denúncias.

125. O resultado desta prática reflete um maior comprometimento da alta gestão com os problemas do hospital na busca de soluções, além da obtenção de feedback sobre a aplicação dos esforços em projetos que estão em andamento na gestão.

5.2. Achado 9: Gestão de Processos Internos através de Sistema de Gestão da Qualidade

126. Com base na documentação enviada ([ANEXO 11](#)) foi identificado que os processos internos são organizados pelo Sistema de Gestão da Qualidade. Ele está estruturado em três ações principais: Gestão por Processos, Auditorias Internas e Gestão de Documentos. O objetivo é que todos os gestores e colaboradores das unidades de serviços estejam comprometidos com a garantia da qualidade dos serviços ofertados pela Unidade.

127. A acreditação plena conquistada pelo hospital em 2018 exige em seus critérios a atuação e a organização dos seus processos internos através de conceitos de qualidade que envolvem eficiência, efetividade, oportunidade, segurança, equidade e centralização no paciente. O escritório de qualidade do HGG atua de maneira protagonista seguindo estes critérios e subsidiando os serviços prestados pelo hospital, atendendo às exigências da ONA e garantindo a manutenção da certificação conseguida.

128. A organização destes processos internos através de um sistema de gestão da qualidade gera dados que norteiam a tomada de decisões da alta gestão, impõe padronização e protocolos a serem seguidos,

garantem transparência das ações junto aos órgãos de monitoramento e especialmente implementam melhoria contínua no hospital.

5.3. Achado 10: Definição de Planejamento Estratégico com metas e indicadores

129. Com base na documentação enviada [\(ANEXO 12\)](#) constatou-se que o hospital possui gestão baseada em planejamento estratégico que aborda um período de 4 anos, ou seja, de 2022 a 2025. O planejamento estratégico reúne diretrizes que alinham o alcance da visão da instituição por meio dos indicadores traçados e das metas estabelecidas, colaborando para a eficiência dos serviços.

130. Esta conduta vai de encontro a PNHOSP que prevê mecanismos de monitoramento e cumprimento de metas através de indicadores cujos resultados subsidiarão ações futuras de planejamento e gestão, além de possibilidade de controle de ações executadas no que diz respeito às cláusulas contratuais com o Estado

131. Neste sentido, o HGG conseguiu no último relatório da Comissão de Avaliação e Monitoramento (COMAG) da SES [\(ANEXO 13\)](#) avaliação positiva de seus resultados possibilitando, inclusive a viabilização de novo aditivo e continuidade da parceria firmada com o IDTECH.

6 – CONCLUSÃO

132. Em relação à Questão 1 de auditoria “O NIR do HGG estabelece processos de pré-internação para evitar cancelamentos de cirurgias ou ocupação desnecessária de leitos?”, considerando as informações apresentadas nos achados de auditoria, bem como as visitas técnicas realizadas à unidade hospitalar, verificou-se a existência de ações relacionadas à mitigação do risco de cancelamento de cirurgias e ocupação desnecessária de leitos.

133. No entanto, foi possível evidenciar que há fragilidades e insuficiência de ações integradas entre o NIR e os demais setores do hospital que evitem a materialização dos cancelamentos considerados evitáveis. Como exemplo, o cancelamento de cirurgias pelos motivos: “equipe contra-indicou o procedimento” e “ausência de exames pré-cirúrgicos”.

134. Além disso, controles aplicados pelo NIR, como a internação do paciente com 24 ou mais horas de antecedência da data da cirurgia também não se mostrou uma medida eficaz e efetiva que afaste o cancelamento de cirurgias por motivos passíveis de serem evitados.

135. Sendo assim, apesar de haver processos estruturados no NIR do HGG e vários indicadores de monitoramento sobre tempo de permanência, verifica-se que há espaço para novas ações e aperfeiçoamento na fase de pré-internação.

136. No que tange a Questão 2 “O NIR do HGG realiza a gestão de leitos de forma efetiva visando otimizar o giro dos leitos destinados às cirurgias eletivas observando o tempo médio de permanência - indicador de desempenho - estabelecido no Contrato de Gestão?”, foi possível identificar a preocupação do NIR e da unidade como um todo em promover o melhor aproveitamento e giro dos leitos. A própria certificação ONA 3 é uma evidência de que o hospital está estruturado em níveis de qualidade e governança dos processos. Além da publicização dos dados e da transparência das metas contratuais atingidas que tem garantido a continuidade da parceria SES/IDTECH.

137. Apesar disso, foi possível evidenciar a necessidade de maior atuação do NIR na gestão dos leitos do hospital, ficando claro que a presença de apenas um profissional médico no quadro de funcionários exclusivos do NIR demonstra insuficiente. Devido a complexidade e importância da unidade na rede estadual, faz-se necessário otimizar o tempo de permanência dos pacientes muitas vezes para além das metas contratuais. E neste sentido, é imprescindível que o NIR seja protagonista junto às equipes assistenciais nas definições de protocolos que afetam diretamente o giro de leitos.

138. Por fim, a questão da auditoria 3 “O NIR do HGG realiza o gerenciamento da desocupação dos leitos considerando o intervalo de tempo de alta médica e alta hospitalar para otimizar a disponibilização do leito?”, foi notório que a unidade já se atenta para esta etapa final da internação, inclusive medindo mês a mês os tempos citados.

139. O estabelecimento de um plano terapêutico que contemple a previsibilidade de alta do paciente, associado com a diminuição do tempo entre a alta médica e alta hospitalar são medidas importantes para resolutividade da gestão de leitos e de alta, podendo garantir aumento do nível de eficiência do hospital e diminuição dos custos da assistência.

140. O promissor ganho de eficiência na gestão dos leitos por parte do HGG através da reestruturação de processos já existentes no hospital, com os recursos disponíveis foi o maior destaque dos apontamentos do trabalho final.

7 – PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

141. As sugestões de medidas para tratar e/ou mitigar as causas e efeitos foram relacionadas nos achados de forma detalhada

142. Ante o exposto, apresentados os resultados do trabalho, a equipe de auditoria submete o presente relatório à Subsecretaria de Controle Interno e Compliance para aprovação e, após, encaminha ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde, sugerindo que seja:

a. Encaminhado à Controladoria Geral do Estado para ciência dos resultados desta auditoria;

b. Dado ciências às áreas competentes da SES e determinado:

b.1 a apresentação de um plano de ação para reduzir o risco de perdas primárias (Achado 07), no prazo de 60 dias, estabelecendo as ações, prazo e responsáveis, para posterior instauração de processo de monitoramento;

b.2 o suporte técnico para implementação do Plano de Ação apresentada pela gestão do HGG, se for o caso;

b.3 a elaboração de estudo dos resultados da auditoria, de forma a avaliar a viabilidade de replicação nas demais unidades hospitalares próprias ou geridas por OS, com vistas na otimização da gestão de leitos.

c. Encaminhado à gestão do Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi para conhecimento, com a informação de que a implementação do Plano de Ação e os resultados obtidos serão monitorados no prazo de 180 dias.

É o relatório:

Goiânia, 15 de dezembro de 2023.

Alessandra Carvalho de Souza Especialista em Saúde (assinado digitalmente)	Claudio Rodrigues Lomeu Gestor de Finanças e Controle (assinado digitalmente)
Eliane Coury Guimarães Pinto Auditora em Sistemas de Saúde (assinado digitalmente)	Fernando de Freitas Mesquita Auditor em Sistemas de Saúde (assinado digitalmente)
Iolanda Luz Pereira Avelar Técnica em Saúde (assinado digitalmente)	Pedro Ivan Tavares Celestino Gestor de Finanças e Controle (assinado digitalmente)

Visto:

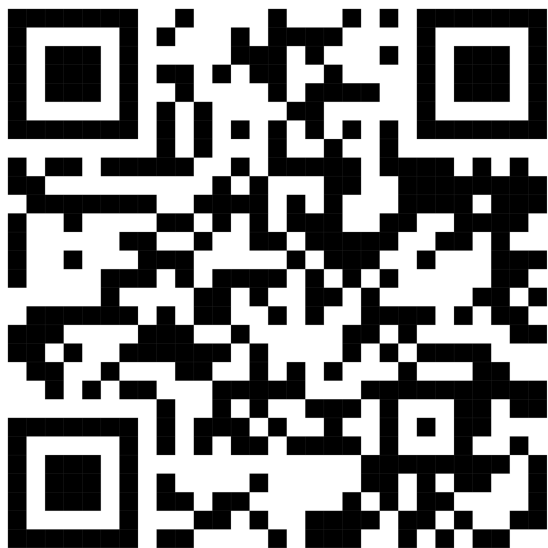
Suellen Dantas Tobias e Silva Ravazzi Gestora de Controle e Finanças Gerente de Auditoria Governamental (assinado digitalmente)	Tiago Vieira e Oliveira Borges Gestor de Controle e Finanças Superintendente de Controle Interno e Correição (assinado digitalmente)
--	---

Aprovação:

Stella Maris Husni Franco Subsecretária de Controle Interno e Compliance (assinado digitalmente)

8 - ANEXOS

Anexo 1: [Relatório Interações 2.pdf](#)



* Código QR code para acesso do documento completo

Anexo 2: Mapas Estratégicos 2022-2025

Mapas Estratégicos - HGG

Missão	Visão
"Garantir um cuidado integral e seguro aos usuários do SUS no Estado de Goiás, contribuindo para o desenvolvimento científico na área da Saúde".	"Ser reconhecido nacionalmente pela excelência no cuidado em saúde com foco no ensino, pesquisa e sustentabilidade".
Perspectiva de Sustentabilidade	
1. Garantir o desempenho das metas contratuais.	
2. Garantir o equilíbrio financeiro.	
Perspectiva de Sociedade	
3. Promover a responsabilidade social e ecológica.	
4. Fortalecer a educação em saúde.	
5. Fomentar estratégias direcionadas a experiência do paciente.	
Perspectiva de Processos Internos	
6. Promover o Compliance.	
7. Fortalecer a cultura digital.	
8. Fortalecer a performance operacional.	
9. Fortalecer a gestão da qualidade e segurança do paciente.	
Perspectiva de Aprendizado e Inovação	
10. Fortalecer ações de ensino e pesquisa em saúde.	
11. Fomentar a capacitação da equipe e desenvolver pessoas.	
12. Promover o bem-estar na instituição.	

Matriz de indicadores estratégicos - HGG

PERSPECTIVA SUSTENTABILIDADE		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 – GARANTIR O DESEMPENHO DAS METAS CONTRATUAIS		
Indicador	Meta	Indicadores/ Projetos Estratégicos
1.1. Saídas Hospitalares	Realizar um número de 820 saídas/mês, sendo 590 saídas cirúrgicas, 165 saídas clínicas e 26 saídas em cuidados paliativos com variação de até 10%.	Acompanhamento semanal do cumprimento da meta por chefias médicas e diretoria responsável.
1.2. Consultas Médicas	Realizar um número de atendimento ambulatorial de 11.000/mês para as consultas médicas, com variação de até 10%.	Percentual de cumprimento das saídas hospitalares programadas / Acompanhamento semanal do cumprimento da meta por chefias médicas e diretoria responsável.
1.3. Consultas Não-Médicas	Realizar um número de atendimento ambulatorial de 6.000/mês para as consultas não médicas, com variação de até 10%.	Acompanhamento semanal do cumprimento da meta por chefias médicas e diretoria responsável.
1.4. Indicadores de desempenho	Alcançar 90% de cumprimento dos indicadores de desempenho	Acompanhamento ativo das diretorias para o cumprimento da meta
1.5. Procedimentos Odontológicos PNE / Consultas odontológicas PNE	Realizar um número de procedimentos de 120/mês, com variação de 10%.	Acompanhamento semanal do cumprimento da meta por chefias médicas e diretoria responsável.
1.6. SADT Externo	Ofertar vagas de SADT conforme fluxo estabelecidos pela regulação e capacidade operacional da instituição, definidos em termo aditivo do contrato de gestão.	Percentual de cumprimento do SADT externo
1.7. Cirurgias Eletivas	Realizar um número de 590 cirurgias eletivas e 30 Hemodinâmicas	Percentual de cumprimento das cirurgias programadas / Acompanhamento semanal do cumprimento da meta.
PERSPECTIVA SUSTENTABILIDADE		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2 – GARANTIR O EQUILÍBRIO FINANCEIRO		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
2.2. Percentual de repasse efetivamente recebido	Receber 100% do valor do Contrato de Gestão	Idtech.

Matriz de indicadores estratégicos - HGG

PERSPECTIVA SOCIEDADE		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 – PROMOVER A RESPONSABILIDADE SOCIAL E ECOLÓGICA		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
3.1 Promover a responsabilidade social e ecológica / Fortalecer a educação em saúde.	Desenvolver mais de 80 % das ações de educação em saúde na instituição;	Cumprimento do cronograma anual de atividades de educação em saúde programadas
PERSPECTIVA SOCIEDADE		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 5 – FOMENTAR ESTRATÉGIAS DIRECIONADAS A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
3.1. Satisfação do cliente.	Manter o percentual de satisfação do cliente em 76% conforme score NPS.	Ampliar as possibilidades de monitoramento da experiência do paciente
3.2. Taxa de respostas às demandas no prazo	Responder as demandas dos usuários no tempo oportuno definido.	Atender o prazo definido para respostas a ouvidoria
PERSPECTIVA PROCESSOS INTERNOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 6 – PROMOVER O COMPLIANCE		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
6.1. Adesão a política de compliance.	Capacitar um percentual maior que 80% de profissionais quanto às práticas de compliance, semestralmente	Acompanhamento e deliberações pelo comitê de Compliance do Idtech.
PERSPECTIVA PROCEDIMENTOS INTERNOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 7 – FORTALECER A CULTURA DIGITAL		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
Não foi definido indicador estratégico inicialmente.	Desenvolver a adesão às ferramentas digitais para gestão da informação e performance operacional.	Acompanhamento pelo Núcleo de Tecnologia da Informação e Escritório da Qualidade.
PERSPECTIVA PROCEDIMENTOS INTERNOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 8 – FORTALECER A PERFORMANCE OPERACIONAL		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
8.1. Densidade de infecção – CTI	Manter uma tolerabilidade de XX de densidade de iras no centro de terapia intensiva	Busca ativa de IRAS pelo SCIH / Desenvolver ações de prevenção de IRAS.
8.2. Percentual de sucesso no projeto terapêutico Singular - PTS	Alcançar 50% de sucesso dos projetos terapêuticos singular planejados na instituição	Desenvolver ações educativas sobre o preenchimento do PTS no sistema MV / Gerenciamento dos indicadores
8.3. Taxa de notificação de quebras de contrato institucional	Manter em até 3% o índice de quebras de contrato.	Programa de Gestão da Qualidade.

Matriz de indicadores estratégicos - HGG

PERSPECTIVA PROCEDIMENTOS INTERNOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 9 – FORTALECER A ESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
9.1. Percentual de avaliação de eventos adversos notificados	Avaliar 100% das notificações de oportunidades de melhorias recebidas pelo NSP	Implementar o plano anual de segurança do paciente
9.2. Percentual de treinamentos sobre gestão da qualidade para profissionais	Capacitar as lideranças quanto a temática de segurança do paciente, alcançando um percentual de 70%.	Implementar a política de gestão da qualidade.
PERSPECTIVA APRENDIZADO A INOVAÇÃO		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 10 – FORTALECER AÇÕES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
10.1. Percentual de eficácia dos treinamentos realizados	Garantir 80% de eficácia para os treinamentos realizados	Avaliar a eficácia dos treinamentos propostos, considerando a ferramenta estruturada para avaliação de eficácia
10.2. Taxa de execução de treinamentos programados dos protocolos de segurança do paciente	Garantir um percentual de 90% na realização dos treinamentos propostos de segurança do paciente.	Implementar o plano anual de segurança do paciente / Cumprir a LNT
10.3. Percentual de pesquisas iniciadas em conformidade com o CEP	Alcançar 70% de conformidade das pesquisas realizadas na HGG encaminhadas ao CEP	Avaliar a conformidade das pesquisas enviadas ao CEP conforme requisitos
PERSPECTIVA APRENDIZADO A INOVAÇÃO		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 11 – FOMENTAR A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE E DESENVOLVER PESSOAS		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
11.1. Percentual de aproveitamento de vagas	Garantir 20% de aproveitamento de profissionais internos em relação às oportunidades disponíveis.	Realizar a abertura de processo seletivo interno para aproveitamento de profissionais
11.2. Percentual de participação na avaliação de desempenho profissional	Garantir a participação de 80% dos colaboradores na avaliação de desempenho profissional	Capacitar as lideranças para avaliação de desempenho profissional
PERSPECTIVA APRENDIZADO A INOVAÇÃO		
OBJETIVO ESTRATÉGICO 12 – PROMOVER O BEM ESTAR NA INSTITUIÇÃO		
Indicador	Meta	Projetos Estratégicos
12.1. Índice de satisfação quanto ao clima organizacional.	Manter o clima organizacional igual ou maior que 60%.	Planejar melhorias com base nos resultados da pesquisa
12.2. Percentual de Turnover na instituição	Manter o percentual de rotatividade de colaboradores da instituição menor que 2,0%	Desenvolver um programa para desenvolvimento e retenção de pessoas na instituição.
12.3. Taxa de participação no programa de acolhimento psicologia no trabalho	Garantir a participação de 20% dos colaboradores da instituição no programa de acolhimento psicológico no trabalho.	Desenvolver ações direcionadas à saúde mental, incentivando a adesão ao programa.

Anexo 3: Nota Técnica 1/2022 - SES/SCRS

05/04/2022 11:02

SEI/GOVERNADORIA - 000028648158 - Nota Técnica



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS

Nota Técnica nº: 1/2022 - SES/SCRS-15346

ASSUNTO: Dimensionamento de recursos humanos atuando exclusivamente no Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual

CONSIDERANDO:

1. A Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;
2. A Portaria nº 1619/2020 - SES, de 14 de setembro de 2020, que dispõe sobre a estruturação e atribuições dos Núcleos Internos de Regulação - NIR das unidades da rede própria e das unidades conveniadas/contratadas da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências;
3. A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em seu art. 11, § 6º, que trata do Gerenciamento de Leitos e o art. 5, inciso XIV, que trata do NIR, e posteriores alterações;
4. O Manual de Implantação do Núcleo Interno de Regulação, para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde 2017);
5. A necessidade de orientação quanto ao dimensionamento de pessoal para composição da equipe do Núcleo Interno de Regulação nas unidades de saúde sob gestão e regulação estadual;
6. O gerenciamento de leitos realizado 24h por dia, ininterruptamente;
7. As unidades de maior porte que atendem serviços ambulatorial, eletivo e urgência requerendo maior número de recursos humanos exclusivos para o NIR, contemplando reserva técnica para possíveis coberturas, levando em consideração que todos devem ser capacitados para as atividades.

DETERMINA:

1. A definição do dimensionamento mínimo para composição do Núcleo Interno de Regulação das unidades de saúde sob gestão e regulação estadual.
2. Unidades com capacidade instalada maior que 100 (cem) leitos devem contar com os seguintes profissionais, compondo a equipe do NIR:
 - 1 enfermeiro plantonista diurno, sete dias por semana;
 - 1 enfermeiro plantonista noturno, sete dias por semana;
 - 1 enfermeiro 08h/dia, de segunda a sexta;
 - 1 administrativo plantonista diurno, sete dias por semana, para cada 100 (cem) leitos;
 - 1 administrativo plantonista noturno, sete dias por semana, para cada 100 (cem) leitos;

- 1 administrativo 08h/dia, de segunda a sexta, nas unidades cujo o NIR atenda serviços ambulatoriais e eletivos.

3. Unidades com capacidade instalada menor que 100 (cem) leitos devem contar com os seguintes profissionais, compondo a equipe do NIR:

- 1 enfermeiro plantonista diurno, sete dias por semana;
- 1 enfermeiro plantonista noturno, sete dias por semana;
- 1 administrativo plantonista diurno, sete dias por semana;
- 1 administrativo plantonista noturno, sete dias por semana;

- 1 administrativo 08h/dia, de segunda a sexta, nas unidades cujo o NIR atenda serviços ambulatoriais e eletivos.

SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS, em GOIANIA - GO, aos 24 dias do mês de março de 2022.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA RODRIGUES MARCILIO**, Gerente, em 29/03/2022, às 09:57, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **NEUSILMA RODRIGUES**, Superintendente, em 30/03/2022, às 09:00, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR**, Secretário (a) de Estado, em 30/03/2022, às 14:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador 000028648158 e o código CRC 4854693D.

SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DE GOIÁS
RUA SC-01 Nº 299, - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-4906.



Referência: Processo nº 202200010018333



SEI 000028648158

Anexo 4: Escalas de Trabalho NIR/Composição

ESCALAS DE TRABALHO
De: 01/09/2023 a 30/09/2023
HGG - CENTRAL HUMANIZADA DE INTERNAÇÃO

			AUXILIAR ADMINISTRATIVO - III / Diurno																														Horas		
			Escala																																
Colaboradora	Documento	CNPJ	Vínculo	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S		
Nº Nome				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	B. Horas	Horário
1 ANA CRISTINA MORAES	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	160	08-18
2 CRISTIANE TORRES DA COSTA	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	160	08-18
3 KAMYLLA DANTAS OLIVEIRA	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	160	08-18
4 KERINE BLANCH SALES NOBRE	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	160	08-18
5 LUIZ CARLOS RIBEIRO DA COSTA	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	160	08-18
Carga horária total diário				40	0	0	40	40	0	40	0	0	40	40	40	40	40	40	0	0	40	40	40	40	40	0	0	40	40	40	40	40	0		
			ENFERMEIRO(A) - II / Diurno																														Horas		
			Escala																																
Colaboradora	Documento	CNPJ	Vínculo	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S		
Nº Nome				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	B. Horas	Horário
1 MAIARA MAGRI *	221033-ENF	07966540000173	IDTECH	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	SE	8h	FQ	FQ	8h	8h	8h	8h	8h	FQ	FQ	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE
2 MICHELE BELMIRA DE AMORIM RODRIGUES *	07966540000173	IDTECH	8:30h	6:15h	FQ	FQ	8:30h	8:30h	8:30h	8:30h	6:15h	FQ	9h	8:30h	8:30h	8:30h	8:30h	6:15h	FQ	9h	8:30h	8:30h	8:30h	8:30h	6:15h	FQ	9h	8:30h	8:30h	8:30h	8:30h	6:15h	193	13:30-22:00	
Carga horária total diário				16	6	0	8	16	16	8	16	6	0	17	16	16	16	16	6	0	9	8	8	8	8	6	0	9	8	8	8	8	6		
			RECEPCIONISTA III / Matutino																														Horas		
			Escala																																
Colaboradora	Documento	CNPJ	Vínculo	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S		
Nº Nome				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	B. Horas	Horário
1 DANIELLA PATRICIA BATISTA *	07966540000173	IDTECH	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	144	06-12
2 KAMILA FERREIRA DA SILVA *	07966540000173	IDTECH	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	144	06-12
3 LILIANE DE JESUS DOS SANTOS	07966540000173	IDTECH	6h	6h	FQ	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	150	06-12
4 NUBIA MARIA DE AGUIAR TORRES *	07966540000173	IDTECH	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	
Carga horária total diário				24	12	12	18	18	18	12	18	12	6	18	18	18	18	18	12	6	12	18	18	18	18	18	12	6	18	18	18	18	12	6	
			RECEPCIONISTA III / Vespertino																														Horas		
			Escala																																
Colaboradora	Documento	CNPJ	Vínculo	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S		
Nº Nome				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	B. Horas	Horário
1 ADRIANE MACIEL DA SILVA *	07966540000173	IDTECH	6h	FQ	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	144	12-18
2 AFONSO JOSÉ BARBOSA NETO *	07966540000173	IDTECH	6h	FQ	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	6h	6h	6h	6h	6h	FQ	144	12-18
Carga horária total diário				24	12	12	18	18	18	12	18	12	6	18	18	18	18	18	12	6	12	18	18	18	18	18	12	6	18	18	18	18	12	6	
			Página: 1 de 2																																

Página 1 de 2

Received 18 July 2002; accepted 15 April 2003

Maiara Magri
Central Humanizada de Informação
262.988
MAGRI, MAIARA

HOSPITAL ESTADUAL DR. ALBERTO RASSI - HGG

Legenda
 SN - Serviço Noturno(19h às 7h)
 V - Vespertino(13h às 19h)
 FE - Férias

I - Integral (8 horas diárias)
X - Sem Expediente
LP - Licença Prêmio

M - Matutino (7h às 13h)
 G - Licença Maternidade
 LPR - Licença Prevenção (Gestante)

HE - Horário Especial/Informar horário e refeição
L - Licença Médica
FO - Força

PF - Fondo Familiar

Dra. Holoise Medeiros
Médica
CRM-CE 14810

Chefia do Serviço de Intercorrência

Fábia Mara Gonçalves Prates de Oliveira
Diretoria Técnica

Anexo 5: [Relatório Gerencial de Leitos.pdf](#)



* Código QR code para acesso do documento completo

Anexo 6: POP 182

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		Identificação: POP 182		
	ENFERMAGEM		Versão do POP: 004		
Procedimento: Alta de pacientes			Folha: 1/2		
Objetivo					
• Informar os setores envolvidos no Fluxo de Alta Hospitalar; • Padronizar o processo de alta hospitalar em todo hospital; • Proporcionar melhor controle de circulação de pessoas na portaria.					
Local de Execução		Responsável pela Execução			
• Unidades de Internação		• Equipe de enfermagem; Executor administrativo; Condutores/ Central Humanizada de Internação; Recepção/Portaria.			
Recursos Necessários					
• Pasta de Programação de Alta; • Prontuário; • Formulário de Sumário de Alta; • Pedidos de Exames; • Receituários; • Livro de Admissão e Alta; • Livro de Relatório de Enfermagem; • Computador com sistema interno de alta e conexão ao sistema da regulação de vagas do município; • Telefone; • Formulário de Autorização de Alta Hospitalar.					
Cuidados Especiais					
Orientar devidamente o paciente e familiar quanto aos agendamentos e cuidados a serem realizados em casa e uso correto das medicações.					
Sequência do Procedimento					
1. Médico: fazer anotações na programação de alta até às 13:00hs do dia anterior a alta 2. Médico: examinar o paciente, prescrever a alta e preencher o Sumário de Alta; 3. Médico: preencher receitas, pedidos de exames e relatório de alta e o formulário de informe de alta. Deverão orientar e entregar pedidos, relatórios e informes ao paciente ou familiar; 4. Enfermeiro: Os exames de imagem, CDs e Exames clínicos deverão ser entregues previamente pelo enfermeiro do plantão da madrugada no dia da previsão da alta e registrado em livro de protocolo; 5. Enfermeiro: verificar as condições da alta do paciente e assinar em conjunto com o médico o informe de alta entregue ao paciente. 6. Equipe de enfermagem: prestar cuidados necessários ao paciente como retirar punções e realizar curativos; 7. Enfermeiro: orientar o paciente e familiar quanto aos agendamentos e cuidados a serem tomados em casa; 8. Enfermeiro: anotar alta nos livros de relatório e evolução de enfermagem no prontuário; 9. Equipe de Enfermagem: solicitar condutor de pacientes para encaminhá-lo até a portaria;					
Identificação do formulário	Armazenamento/Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. POP 182 Versão: 004	Arquivo específico da área	Pasta específica/ todos os colaboradores	Por número de identificação do POP	Permanente	Não Aplica

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Identificação: POP 182
	ENFERMAGEM	Versão do POP: 004
Procedimento: Alta de pacientes		Folha: 2/2

Ações Corretivas

Solicitar o Serviço Social na identificação de problemas sociais que dificultem a alta hospitalar previamente para articular os recursos necessários para a alta.

Os prontuários deverão ser encaminhados para executor da clínica de forma organizada e cronológica.

Referências

BRASIL. Hospital Universitário FJF. Novembro de 2012. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2012>

DOURADO, Danielle Pereira. Procedimento Operacional Padrão: Alta Hospitalar. Hospital Getúlio Vargas. Março de 2012. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201207/HGV20_d747ba8b2b.pdf#page=40

Elaborado em: 31/07/2013	Responsável: Luciene Rodrigues Bento
Revisado em: 15/05/2014 1º Revisão	Responsável: Wagna Teixeira Barbosa
Revisado em: 20/06/2015 2º Revisão	Responsável: Wagna Teixeira Barbosa
Revisado em: 30/08/2016 3º Revisão	Responsável: Lélia Leal Gondim Borges
Aprovado em: 18/10/2017	Responsável: Natalie Alves Andraschko
Revisado em: 03/06/2018 4º Revisão	Responsável: Lélia Leal Gondim Borges
Revisado em: 02/12/2020 5º Revisão	Responsável: Leonara Alves de Oliveira
Revisado em: 22/09/2022 6º Revisão	Responsável: Daniela Barros/ Leonara Alves / Rosane Krasnievitz

Identificação do formulário	Armazenamento/Preservação	Acesso	Recuperação	Retenção	Descarte
Cód. POP 182 Versão: 004	Arquivo específico da área	Pasta específica/ todos os computadores	Por número de identificação do POP	Permanente	Não Aplica

[Anexo 7: Cirurgias Canceladas por Especialidades.pdf](#)



* Código QR code para acesso do documento completo

Anexo 8: Relatório Perda Primária

RELATÓRIO DE PERDA PRIMÁRIA DE CONSULTAS AMBULATORIAIS***

ESPECIALIDADE	OFERTA SES JANEIRO 2023	AGENDAD OS	ATENDIDO S	AUSENTES	VAGAS OCIOSAS	OFERTA SES FEVEREIRO 2023	AGENDAD OS	ATENDIDO S	AUSENTES	VAGAS OCIOSAS
ANGIOLOGIA	11	11	6	5	0	9	10	7	3	-1
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	54	53	41	12	1	60	59	39	20	1
CIRURGIA GERAL	56	56	44	12	0	48	48	39	9	0
CIRURGIA GERAL/CPRE	50	15	11	4	35	30	4	3	1	26
CIRURGIA BARIÁTRICA	57	17	12	5	40	42	43	27	16	-1
CIRURGIA PLÁSTICA	9	3	2	1	6	8	7	5	2	1
CLINICA MÉDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA TORÁCICA	74	3	1	2	71	62	46	35	11	16
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA/XERODERMA	8	1	1	0	7	6	2	2	0	4

ENDOCRINOLOGIA	93	83	47	36	10	80	63	43	20	17
ENFERMAGEM/POLISSONOGR AFIA	60	57	44	13	3	60	57	45	12	3
GASTROENTEROLOGIA	7	7	4	3	0	7	7	5	2	0
CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGIA	72	69	51	18	3	85	66	51	15	19
GINECOLOGIA/TRANSEXUALID ADE	0	0	0	0	0	12	0	0	0	12
GENÉTICA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MASTOLOGIA	33	32	24	8	1	45	40	29	11	5
NEFROLOGIA	13	12	4	8	1	9	8	5	3	1
NEUROCIRURGIA	124	103	74	29	21	78	2	1	1	76
NEUROLOGIA	60	58	34	24	2	57	55	38	17	2
ODONTOLOGIA/SOPE	0	33	22	11	-33	30	19	15	4	11
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGI A	9	3	2	1	6	21	0	0	0	21
OTORRINOLARINGOLOGIA	48	43	25	18	5	56	56	39	17	0
PROCTOLOGIA	184	182	115	67	2	184	183	111	72	1
PNEUMOLOGIA	8	8	5	3	0	6	6	3	3	0
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

REUMATOLOGIA	0	0	0	0	0	3	2	2	0	1
UROLOGIA	213	191	124	67	22	195	156	108	48	39
TRANSPLANTE HEPÁTICO	12	6	4	2	6	12	1	1	0	11
TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSSEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRANSPLANTE RENAL	287	51	35	16	236	251	136	109	27	115
TOTAL	1.542	1.097	732	365	445	1.456	1.076	762	314	380
	OFERTA SES JANEIRO 2023	AGENDAD OS	ATENDIDO S	ABSENTEÍ MO	VAGAS OCIOSAS	OFERTA SES FEVEREIRO 2023	AGENDAD OS	ATENDIDO S	ABSENTEÍ MO	VAGAS OCIOSAS
TOTAL MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA	MÉDICA
	1.482	1.040	688	352	442	1.396	1.019	717	302	377
TOTAL NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA
	60	57	44	13	3	60	57	45	12	3

ESPECIALIDADE	OFERTA SES MARÇO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECEPCIO NADO*	AUSENT ES	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO**	OFERTA SES ABRIL 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECEPCIO NADO*	AUSENT ES	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO**
ANGIOLOGIA	75	74	42	0	32	1	32	69	68	34	0	34	1	34
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	78	75	51	0	24	3	24	60	46	32	0	14	14	14
CIRURGIA GERAL	136	93	74	0	19	43	19	102	86	68	0	18	16	18

CIRURGIA GERAL/CPRE	40	1	1	0	0	39	0	40	5	3	0	2	35	2
CIRURGIA BARIÁTRICA	60	58	49	0	9	2	9	39	29	17	0	12	10	12
CIRURGIA PLÁSTICA	14	9	6	0	3	5	3	10	10	6	0	4	0	4
CLÍNICA MÉDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA TORÁCICA	70	0	0	0	0	70	0	34	1	1	0	0	33	0
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA/XE RODERMA	10	0	0	0	0	10	0	8	3	3	0	0	5	0
ENDOCRINOLOGIA	101	81	58	0	23	20	23	69	56	40	0	16	13	16
ENFERMAGEM/POLI SSONOGRAFIA	75	72	52	0	20	3	20	45	44	35	0	9	1	9
GASTROENTEROLOG IA	9	9	6	0	3	0	3	2	2	1	0	1	0	1
CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGIA	97	93	59	0	34	4	34	89	86	61	0	25	3	25
GINECOLOGIA/TRAN SEXUALIDADE	16	13	9	0	4	3	4	12	10	6	0	4	2	4
GENÉTICA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MASTOLOGIA	57	53	31	0	22	4	22	53	52	43	0	9	1	9
NEFROLOGIA	11	10	5	0	5	1	5	7	7	4	0	3	0	3
NEUROCIRURGIA	122	87	55	0	32	35	32	94	72	38	0	34	22	34

NEUROLOGIA	145	140	86	0	54	5	54	58	57	38	0	19	1	19
ODONTOLOGIA/SOP E	40	33	28	0	5	7	5	45	31	28	0	3	14	3
ORTOPEDIA/TRAUM ATOLOGIA	24	6	4	0	2	18	2	80	64	47	0	17	16	17
OTORRINOLARINGO LOGIA	72	71	46	0	25	1	25	90	40	30	0	10	50	10
PROCTOLOGIA	294	287	161	0	126	7	126	195	186	115	0	71	9	71
PNEUMOLOGIA	10	14	10	0	4	-4	4	16	16	11	0	5	0	5
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REUMATOLOGIA	4	4	3	0	1	0	1	4	4	1	0	3	0	3
UROLOGIA	294	248	169	0	79	46	79	189	145	98	0	47	44	47
TRANSPLANTE HEPÁTICO	15	10	10	0	0	5	0	9	7	7	0	0	2	0
TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSSEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRANSPLANTE RENAL	321	109	95	0	14	212	14	224	53	45	0	8	171	8
TOTAL	2.190	1.650	1.110	0	540	540	540	1.643	1.180	812	0	368	463	368
	OFERTA SES MARÇO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECREPCI ONADO	ABSENT EÍSMO	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO	OFERTA SES ABRIL 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECREPCIO NADO	ABSENT EÍSMO	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO
TOTAL MÉDICA	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDICA
	2.115	1.578	1.058	0	520	537	520	1.598	1.136	777	0	359	462	359
TOTAL NÃO MÉDICA	NÃO MEDIC A	NÃO MEDIC A	NÃO MEDIC A	NÃO MEDICA	NÃO MEDICA	NÃO MEDIC A	NÃO MEDICA	NÃO MEDIC A	NÃO MEDIC A	NÃO MEDIC A	NÃO MEDICA	NÃO MEDICA	NÃO MEDIC A	NÃO MEDICA

	75	72	52	0	20	3	20	45	44	35	0	9	1	9
--	----	----	----	---	----	---	----	----	----	----	---	---	---	---

ESPECIALIDADE	OFERTA SES MAIO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECEPCIO NADO*	AUSENT ES	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO**	OFERTA SES JUNHO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECEPCIO NADO*	AUSENT ES	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO**
ANGIOLOGIA	119	119	73	0	46	0	46	116	114	63	0	51	2	51
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	60	55	37	0	18	5	18	48	48	39	0	9	0	9
CIRURGIA GERAL	134	133	108	0	25	1	25	128	125	100	0	25	3	25
CIRURGIA GERAL/CPRE	40	8	7	0	1	32	1	40	7	6	0	1	33	1
CIRURGIA BARIÁTRICA	57	57	40	0	17	0	17	47	41	23	0	18	6	18
CIRURGIA PLÁSTICA	6	6	3	0	3	0	3	10	8	5	0	3	2	3
CLÍNICA MÉDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRURGIA TORÁCICA	46	0	0	0	0	46	0	60	0	0	0	0	60	0
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA/XE RODERMA	8	5	3	0	2	3	2	6	1	0	0	1	5	1
ENDOCRINOLOGIA	39	35	20	0	15	4	15	88	79	47	0	32	9	32
ENFERMAGEM/POLI SSONOGRRAFIA	60	58	45	0	13	2	13	60	57	40	0	17	3	17
GASTROENTEROLOGI A	8	7	3	0	4	1	4	8	8	0	0	8	0	8

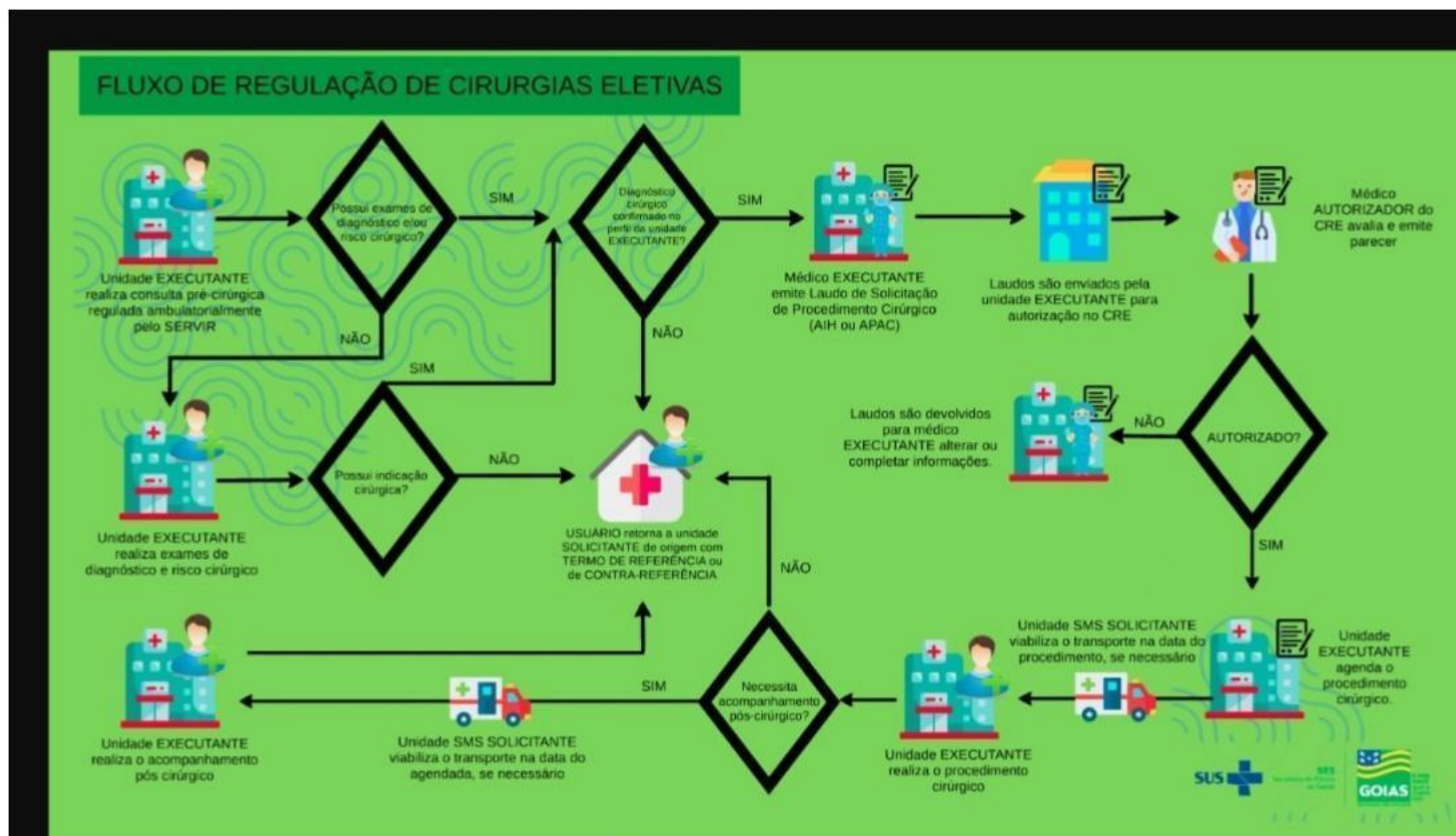
CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGIA	184	182	120	0	62	2	62	175	165	117	0	48	10	48
GINECOLOGIA/TRAN SEXUALIDADE	12	10	7	0	3	2	3	8	6	3	0	3	2	3
GENÉTICA CLÍNICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MASTOLOGIA	158	156	113	0	43	2	43	136	135	81	0	54	1	54
NEFROLOGIA	13	13	8	0	5	0	5	5	5	1	0	4	0	4
NEUROCIRURGIA	102	85	52	0	33	17	33	84	66	53	0	13	18	13
NEUROLOGIA	98	95	60	0	35	3	35	156	152	102	0	50	4	50
ODONTOLOGIA/SOP E	66	64	51	0	13	2	13	66	63	51	0	12	3	12
ORTOPEDIA/TRAUM ATOLOGIA	132	125	85	0	40	7	40	134	120	72	0	48	14	48
OTORRINOLARINGOL OGIA	132	130	90	0	40	2	40	124	122	84	0	38	2	38
PROCTOLOGIA	272	211	110	0	101	61	101	276	259	147	0	112	17	112
PNEUMOLOGIA	4	3	0	0	3	1	3	54	53	28	0	25	1	25
PSIQUIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REUMATOLOGIA	4	4	2	0	2	0	2	4	4	2	0	2	0	2
UROLOGIA	298	252	149	0	103	46	103	264	220	141	0	79	44	79
TRANSPLANTE HEPÁTICO	12	5	5	0	0	7	0	12	4	2	0	2	8	2

TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSSEA	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	3	1
TRANSPLANTE RENAL	280	83	73	0	10	197	10	273	75	64	0	11	198	11
TOTAL	2.344	1.901	1.264	0	637	443	637	2.386	1.938	1.271	0	667	448	667
	OFERTA SES MAIO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECREPCI ONADO	ABSENT EÍSMO	VAGAS OCIOSA S	TOTAL DE ABSENTEÍ SMO	OFERTA SES JUNHO 2023	AGEND ADOS	ATENDI DOS	NÃO RECREPCI ONADO	AGEND ADOS	VAGAS OCIOSA S	ABSENTEÍ SMO
TOTAL MÉDICA	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDICA	MÉDIC A	MÉDIC A	MÉDICA
	2.284	1.843	1.219	0	624	441	624	2.322	1.881	1.180	0	649	442	649
TOTAL NÃO MÉDICA	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDICA	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDIC A	NÃO MÉDICA
	60	58	45	0	13	2	13	60	57	40	0	17	3	17

ESPECIALIDADE	OFERTA SES CONSOLIDADA 2023	AGENDADOS	ATENDIDOS	ABSENTEÍSMO	VAGAS OCIOSAS
ANGIOLOGIA	399	396	225	171	3
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	360	336	239	97	24
CIRURGIA GERAL	604	541	433	108	63
CIRURGIA GERAL/CPRE	240	40	31	9	200
CIRURGIA BARIÁTRICA	302	245	168	77	57

CIRURGIA PLÁSTICA	57	43	27	16	14
CLÍNICA MÉDICA	0	0	0	0	0
CIRURGIA TORÁCICA	346	50	37	13	296
DERMATOLOGIA	0	0	0	0	0
DERMATOLOGIA/XERODERMA	46	12	9	3	34
ENDOCRINOLOGIA	470	397	255	142	73
ENFERMAGEM/POLISSONOGRAMA	360	345	261	84	15
GASTROENTEROLOGIA	41	40	19	21	1
CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0	0	0
GINECOLOGIA	702	661	459	202	41
GINECOLOGIA/TRANSEXUALIDADE	60	39	25	14	21
GENÉTICA CLÍNICA	0	0	0	0	0
HEPATOLOGIA	0	0	0	0	0
MASTOLOGIA	482	468	321	147	14
NEFROLOGIA	58	55	27	28	3
NEUROCIRURGIA	604	415	273	142	189
NEUROLOGIA	574	557	358	199	17
ODONTOLOGIA/SOPE	247	243	195	48	4

Anexo 9: Fluxo de Regulação de Cirurgias Eletivas



Anexo 10: Relatórios Mensais Projeto Gestão Cidadã (Jan, Fev e Mar 2023)

Janeiro: [Relatório Gestão Cidadã Janeiro.pdf](#)



Código QR code para acesso do documento completo - Janeiro

Fevereiro: [Relatório Gestão Cidadã Fevereiro.pdf](#)



Código QR code para acesso do documento completo - Fevereiro

Março: [Relatório Gestão Cidadã Março.pdf](#)



Código QR code para acesso do documento completo - Março

Anexo 11: [Sistema de Gestão da Qualidade.pdf](#)



Código QR code para acesso do documento completo

Anexo 12: Planejamento Estratégico 2022-2025:



Código QR code para acesso do documento completo

Anexo 13: Relatório COMAG:



Código QR code para acesso do documento completo

9 - REFERÊNCIAS

Disponível em: <https://idtech.org.br/uploads/25987_regimento_interno_hgg.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2023. Ministério da Saúde. TabNet Win 32 3.0: Internações hospitalares do SUS - por local de internação - Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>.

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

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

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

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

