



MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Auditoria nº 19371

Relatório Consolidado

Unidade: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO MARANHAO

Município: SÃO LUÍS/MA



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Sumário

I - DADOS BÁSICOS	3
II - IDENTIFICAÇÃO DOS DIRIGENTES	3
III - REGISTRO FINAL SOBRE A NOTIFICAÇÃO	3
IV - ANEXOS	4





SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



I - DADOS BÁSICOS

Finalidade: Avaliar o desempenho das Unidades Hospitalares

Entidade Responsável: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO MARANHÃO

CPF/CNPJ: 02.973.240/0001-06

Município/UF: SÃO LUÍS-MA

Fase(s):

Tipo da Fase	Data Início	Data Término
Analítica	31/10/2022	11/11/2022
Execução - In loco	27/02/2024	01/03/2024
Relatório	04/03/2024	05/04/2024

Unidade Visitada: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DO MARANHÃO

CPF/CNPJ: 02.973.240/0001-06

Município/UF: SÃO LUÍS/MA

Demandante: Componente Federal do SNA

Forma: Direta

Objeto: MAC|EFICIÊNCIA HOSPITALAR - SUS

Abrangência: julho/2022 a julho/2023

Nº Protocolo: 25000.111583/2022-48

II - IDENTIFICAÇÃO DOS DIRIGENTES

TIAGO JOSE MENDES FERNANDES

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

Exercício: Desde 02/04/2022

III - REGISTRO FINAL SOBRE A NOTIFICAÇÃO

Visando assegurar o direito do contraditório e da ampla defesa, conforme determinam o inciso LV do Art. 5º da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, e o Art. 11 do Capítulo II, do Anexo VII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria GM/MS nº 3.629, de 27 de setembro de 2022, foi notificado do teor do relatório preliminar desta auditoria, o Secretário de Estado da Saúde, T.J.M.F., CPF:***.247.253-**, por meio do Ofício nº OFÍCIO Nº 29/2024/MA/SEAUD/DENASUS/MS, de 16 de abril de 2024. O ofício supracitado foi enviado em 16 de abril de 2024 por meio eletrônico, conforme anexado no SEI: 25000.111583/2022-48. Em 25 de abril de 2024 foi encaminhado, por meio eletrônico, o DESPACHO Nº 1246 - SAAS/SES, assinado pela Secretária Adjunta de Assistência à Saúde, pela Superintendente de Assistência à Saúde, pela Chefe de Dep. Gestão Assistencial em Serviços de Saúde e pelo Dep. de Gestão Assistencial em Serviços de Saúde, apontando correções realizadas e outras que serão realizadas com base no relatório preliminar.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Relatório Consolidado



IV - ANEXOS

Relatório Final



RELATÓRIO FINAL

**AUDITORIA
OPERACIONAL DE
EFICIÊNCIA EM
HOSPITAIS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
AUDITORIA DO SUS - DENASUS
SEÇÃO DE AUDITORIA DO MARANHÃO
SEAUD/MA/DENASUS/MS
Hospital Aquiles Lisboa – São Luís/MA
Maio 2024**



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



EFICIÊNCIA
Hospitalar

SEI: Processo n.º 25000.111583/2022-48

Auditoria n.º 19.371

Ato originário: Ofício circular n.º 1/2022/CGAUD/DENASUS/MS, de 25 de junho de 2022.

Objetivo: Avaliar a eficiência do Hospital Aquiles Lisboa quanto à gestão dos leitos e regulação considerando os processos de trabalho do Núcleo Interno de Regulação (NIR), no período de julho de 2022 a julho de 2023, utilizando o roteiro da versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais (TCU, 2022).

Ato de designação: Demanda de n.º 129.613 e Tarefa n.º 141.886, cadastradas no SISAUD (Sistema de Informação de Auditoria).

Período de realização da auditoria: Fase de planejamento, de 1º/6/2023 a 15/1/2024; Fase de execução, de 19/2/2024 a 29/2/2024; Fase de relatório, de 4/3/2024 a 30/4/2024.

Unidade auditada: Hospital Aquiles Lisboa, localizado no município de São Luís/MA.

Tipo de estabelecimento: Hospital geral e presta atendimentos ambulatorial, internação e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), para clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), no nível de atenção ambulatorial e hospitalar na média complexidade. O HAL tem o atendimento de demanda espontânea e referenciada, contínuo nas 24 horas/dia e o plantão inclui sábados, domingos e feriados. O atendimento de demanda espontânea é realizado especificamente aos pacientes com hanseníase, devido à unidade ser referência no tratamento desse grupo.

Tipo de Gestão: Estadual.

Esta auditoria foi realizada pela equipe SEAUD/MA/DENASUS/MS.



Relatório Final

EM RESUMO:

**POR QUE ESTA
AUDITORIA
FOI REALIZADA?**

Indícios de baixa eficiência na média e alta complexidades do Sistema Único de Saúde motivaram o Tribunal de Contas da União a promover ações de controle nos hospitais do SUS com o intuito de evitar desperdícios. Dessa forma, o órgão elaborou um documento intitulado “Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais” para que as atividades de controle fossem guiadas com uma metodologia padrão e os resultados pudessem ser posteriormente consolidados. Esse documento tem como base a identificação dos principais riscos à eficiência dos hospitais, tendo como foco a gestão de leitos da unidade. Assim, esta auditoria foi realizada utilizando a metodologia descrita no Referencial Básico em menção, em uma unidade hospitalar pública do SUS no estado do Maranhão, de gestão estadual, com a finalidade de avaliar a eficiência e auxiliar os gestores na identificação dos riscos à eficiência e de seus meios de controle.

Relatório de Auditoria Operacional para avaliar a eficiência do Hospital Aquiles Lisboa (HAL), utilizando o roteiro da versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais (TCU, 2022).

O que foi encontrado?

O HAL não formalizou a instituição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe multiprofissional, o que gerou dificuldades na organização do funcionamento do setor. Além disso, foram identificadas diversas fragilidades na comunicação externa e interna do HAL, inclusive do próprio NIR. Por fim, foram evidenciadas também fragilidades na produção de indicadores de eficiência, os quais são elaborados por formalidade e seus resultados não são utilizados para reavaliar e otimizar fluxos, processos de trabalho e recursos existentes.

O que foi proposto no encaminhamento?

Em síntese, foi recomendada a formalização do NIR; a revisão das rotinas internas do HAL; a padronização dos mecanismos formais de comunicação; a manutenção de controles internos; a qualificação dos indicadores já produzidos e a utilização dos resultados para avaliar o desempenho do HAL.

Quais são os principais benefícios na adoção das deliberações propostas?

Melhora na eficiência do HRPT, com a otimização da gestão da capacidade instalada; o fortalecimento do Núcleo Interno de Regulação; a melhora na organização dos fluxos internos e nas comunicações intra hospitalares; e melhorias da elaboração de indicadores de produção e desempenho.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Relatório Consolidado



Relatório Final

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. VISÃO GERAL DO OBJETO	6
2.1 - Caracterização da unidade auditada	6
2.1.1. Breve histórico.....	6
2.1.2. Estrutura atual.....	6
2.2 – Fatores exógenos com potencial de afetar a eficiência na unidade.....	8
2.3 Descrição dos macroprocessos e processos críticos	9
3. ACHADOS	9
ACHADO 1: FORMALIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO.....	9
ACHADO 2: FRAGILIDADES NA COMUNICAÇÃO INTERNA DO HAL.....	11
ACHADO 3: DIFICULDADES NO GERENCIAMENTO DE LEITOS	12
ACHADO 4: O HAL UTILIZA INSUFICIENTES INDICADORES DE EFICIÊNCIA.....	14
4. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	19
APÊNDICE A – METODOLOGIA.....	21
APÊNDICE B – ANÁLISE DO ACHADO 1	24
APÊNDICE C – ANÁLISE DO ACHADO 2	26
APÊNDICE D – ANÁLISE DO ACHADO 3	27
APÊNDICE E – ANÁLISE DO ACHADO 4	30



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta o resultado da atividade de Auditoria sobre a Eficiência Hospitalar que foi realizada pelo Serviço Nacional de Auditoria do SUS no Maranhão subordinado ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS do Ministério da Saúde (SEAUD/MA/DENASUS/MS), cuja demanda adveio do DENASUS/MS e teve como base o Acórdão n.º 1.108/2020, TCU, Plenário e a versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais do Tribunal de Contas da União (TCU, 2022).

No Maranhão a auditoria foi realizada no Hospital Aquiles Lisboa (HAL) (CNES 2697661), localizado no município de São Luís/MA. Foi identificado que dentre os hospitais de porte II, localizados em São Luís, de médio porte, o HAL está entre aqueles com menor escore de eficiência (escore DEA 0,35), alta média de permanência 4,6 dias para o período 2021-2022, taxa de mortalidade de 0,5 para o período de 2021-2022, alta demanda reprimida para a realização de cirurgias eletivas (5.401, em 2022). Cumpre destacar que os dados aqui apontados são de 2021/2022, pois foram da época da realização da etapa de Pré-planejamento da auditoria e a verificação ocorreu para o período de julho/2022 a julho/2023.

Diante desse contexto, percebeu-se a necessidade de compreender com detalhes as causas que levaram o HAL a esses resultados. Assim, a auditoria teve como objetivo avaliar a eficiência do referido hospital quanto à gestão dos leitos e regulação considerando os processos de trabalho do Núcleo Interno de Regulação (NIR), por entender que esse macroprocesso é imprescindível na rotina hospitalar e cujo resultado tem grande impacto sobre a entrega de valor em saúde¹. Para isso foi necessário compreender: a instituição do NIR no hospital; mapear os processos de trabalho do setor; analisar seus processos de comunicação intra e extra hospitalares; verificar a existência de controles internos; e verificar os resultados dos indicadores de eficiência do hospital. O período de abrangência definido foi de julho de 2022 a julho de 2023.

A base metodológica utilizada neste trabalho foi a versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais, publicado pelo TCU em agosto de 2022 no sítio www.eficiencianasaude.org. O detalhamento da metodologia se encontra no Apêndice A deste relatório.

Para nortear o trabalho foram definidas cinco questões de auditoria:

(QST-01) O Núcleo Interno de Regulação do HAL foi implantado e implementado conforme o “Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados / Ministério da Saúde (2017)”, no período de julho de 2022 a julho de 2023?

(QST-02) A dinâmica de comunicação estabelecida entre setores, profissionais, gestão hospitalar interferiu na qualidade da execução dos processos de trabalho internos do NIR do HAL, no período auditado?

(QST-03) A conduta dos profissionais que atuam/atuavam no NIR interferiu na eficiência da regulação e do gerenciamento de leitos pelo NIR, no período auditado?

(QST-04) O sistema de gerenciamento de leitos e de regulação de pacientes pelo HAL, no período de julho de 2022 a julho de 2023, impactaram sobre o gerenciamento de leitos e regulação de pacientes?

¹ Oferta dos melhores resultados assistenciais com a máxima eficiência e ao menor custo. Segundo o Institute for Healthcare Improvement – IHI, o inverso de valor é desperdício



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

(QST-05) O HAL foi eficiente na assistência aos pacientes no que se relaciona à gestão da sua capacidade instalada pelo NIR, no período auditado?

(SQST-01) O NIR do HAL mensurou e utilizou indicadores de produtividade e desempenho para qualificar a gestão dos leitos hospitalares no período auditado?

Algumas limitações se revelaram no decorrer da atividade, dentre as quais se destacaram as dificuldades em obter informações sobre o hospital auditado; em especial pela perda de dados em função da exclusão por funcionários, após serem demitidos, conforme Ocorrência n.º 87668/2023 encaminhada pelo auditado anexa ao Ofício n.º 500, assinado pela Secretária Adjunta de Assistência em Saúde, datado de 16/11/2023.

2. VISÃO GERAL DO OBJETO

2.1 - Caracterização da unidade auditada

2.1.1. Breve histórico

O Hospital Aquiles Lisboa (HAL), CNPJ n.º 02.973.240/0009-55, foi a ex-Colônia do Bonfim sendo inaugurado em 17 de outubro de 1937². Atualmente, o HAL faz parte da rede estadual de saúde do Maranhão, segundo o Decreto Estadual n.º 27.257, de 16/2/2011, e continua com o serviço de atenção integral em hanseníase, sendo referência estadual para o tratamento da hanseníase no estado, conforme Comunicação Interna n.º 608/2023 da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde do Maranhão, de 20/11/2023, encaminhada por meio do Ofício n.º 1568/2023, GAB/SES, de 21/11/2023, assinado pelo Secretário de Estado da Saúde do Maranhão.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³, consultado no período de 12 a 14/12/2023 e com última atualização em 11/12/2023, o Hospital Aquiles Lisboa foi registrado no CNES em 3/9/2003, sob o n.º 2697661 e está localizado no endereço: Avenida José Sarney, s/n, Bairro Vila Nova, complemento Ponta do Bonfim, São Luís/MA, CEP: 65.085-140, tendo como mantenedora a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, CNPJ n.º 02.973.240/0001-06.

Por meio do Ofício n.º 1207/2023 - GAB/SES, de 2/10/2023, assinado pelo Secretário de Estado da Saúde do Maranhão, o gestor estadual informou que o Hospital Aquiles Lisboa é gerenciado pela Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares (Emserh).

2.1.2. Estrutura atual

Conforme os dados do CNES do Hospital Aquiles Lisboa, o hospital em tela está registrado como hospital geral e presta atendimentos ambulatorial, internação e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), para clientela do Sistema Único de Saúde (SUS), no nível de atenção ambulatorial e hospitalar na média complexidade. O HAL tem o atendimento de demanda espontânea e referenciada, contínuo nas 24

² <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sWjzK3XMHhzGGwPP3xVrd9y/?format=pdf&lang=pt>

³ https://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2111302697661&VListar=1&VEstado=21&VMun=211130



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

horas/dia e o plantão inclui sábados, domingos e feriados. Segundo a Comunicação Interna n.º 608/2023, o atendimento de demanda espontânea é realizado especificamente aos pacientes com hanseníase, devido à unidade ser referência no tratamento deste grupo.

Ainda de acordo com o CNES, o HAL possui habilitações para o Programa Nacional de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, conforme a Portaria SAES/MS n.º 701, de 1/9/2023, bem como para realizar laqueadura e vasectomia, segundo a Portaria SAS/MS n.º 629 de 25/8/2006, revogada pela Portaria de Consolidação SAES/MS n.º 1, de 22/2/2022.

- Instalações Físicas para a assistência

Tabela 1 - Instalações físicas do Hospital Aquiles Lisboa estão estruturadas da seguinte forma no CNES (competência de 10/2023):

Instalação	Quantidade de Consultório	Leitos/equipamentos
Ambulatorial		
Clinicas básicas	3	0
Clinicas especializadas	3	0
Clinicas indiferenciado	1	0
Odontologia	1	0
Outros consultórios não médicos	3	0
Sala de curativo	1	0
Sala de enfermagem (serviços)	2	0
Sala de imunização	1	0
Hospitalar		
Sala de cirurgia	1	1

Fonte: CNES do Hospital Aquiles Lisboa - competência de 10/2023.

- Leitos Cirúrgicos, Clínicos e Complementares

O Hospital Aquiles Lisboa dispõe de 66 leitos, distribuídos nas especialidades: cirurgia geral, clínica geral, unidade de cuidados intermediários adulto e outras especialidades (crônicos), sendo que 6 destes leitos são complementares, vide detalhamento abaixo:

Tabela 2 – Leitos HAL

Especialidades	Leitos Existentes	Leitos SUS
Cirúrgico		
Cirurgia geral	40	40
Clínico		
Clínica geral	18	18
Complementar		
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	6	6



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

Outras especialidades		
Crônicos	2	2
TOTAL DE LEITOS EXISTENTES	66	66

Fonte: CNES do Hospital Aquiles Lisboa – competência 10/2023.

- Serviços especializados

Ambulatorial e Hospitalar

Segundo dados do CNES (extraído em outubro de 2023), os serviços especializados prestados pelo Hospital Aquiles Lisboa para atender à demanda ambulatorial e hospitalar são: de atenção integral em hanseníase, de diagnóstico por imagem, de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos, de endoscopia, de fisioterapia, de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação, de reabilitação, de vigilância em saúde e de posto de coleta de materiais biológicos. Além desses serviços, contém ainda, o serviço próprio de atenção em urologia, porém apenas para demanda hospitalar. Dispõe também do serviço terceirizado de diagnóstico de laboratório clínico, cujo prestador de serviço é a empresa privada Laboratório de Análises Clínicas do Maranhão (Lacmar), CNES n.º 4301609.

A Comunicação Interna n.º 608/2023, disponibilizada pelo gestor estadual, informa que o Hospital Aquiles Lisboa possui ambulatório de neurocirurgia, cirurgia geral, dermatologia, urologia, proctologia, odontologia, ginecologia (planejamento familiar) e ortopedia e realiza cirurgias do aparelho digestivo, urinário, neurocirurgia (neurolise) e mastologia. Quanto ao atendimento ambulatorial e hospitalar, para a marcação ambulatorial faz-se necessário agendar consulta por meio da central telefônica, já para internação hospitalar somente referenciado pela central de regulação de leitos do Estado do Maranhão e também por regulação interna procedente de demandas ambulatoriais do próprio hospital para procedimentos eletivos.

2.2 Fatores exógenos com potencial de afetar a eficiência da unidade

Os principais fatores exógenos (externos) com potencial de influenciar nos níveis de eficiência da unidade hospitalar, estão relacionados à Regulação do acesso, Rede de Atenção Primária e Rede de Urgência e Emergência, os quais, dependem de autorização ou de normas e procedimentos a serem seguidos determinados por instância administrativa superior e externa à unidade hospitalar. Também se observou que a Empresa Maranhense administra a unidade hospitalar (Emserh) e fornece os recursos humanos e materiais, sendo o pagamento realizado pela SES/MA.

Outros fatores exógenos identificados estão relacionados com a estrutura física e capacidade instalada da unidade hospitalar e processos de trabalho, além disso, também dependem de instância administrativa superior e externa para sua adequação/ampliação e/ou definição dos processos de trabalho a serem seguidos.

Os fatores exógenos citados acima estão relacionados a 4 ameaças identificadas na análise SWOT do HAL, relacionadas abaixo:

- Ameaça: A1 – Falta de autonomia do HAL sobre a gestão dos leitos que ficam à disposição da Central de Regulação impacta sobre a tempestividade da assistência ao paciente e sobre o giro de leitos.
- Ameaça: A2 – Uso misto da unidade, sem direcionamento de sua visão e missão.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

- Ameaça A3 – Falha na rede telefônica da marcação de consultas e contato com a Central de Regulação.
- Ameaça: A4 – Monitoramento inadequado do contrato com a Emserh.

2.3 Descrição dos macroprocessos e processos críticos

O HAL possui atualmente os seguintes macroprocessos informados pela Direção da Unidade:

- Atividades desenvolvidas pela unidade hospitalar para atingir Serviço de Atendimento Hanseníase.
- Serviço de assistência especializada de média complexidade de internação, ambulatorial e SADT - apoio diagnóstico, nas especialidades de: clínica e cirurgia geral, ginecologia (cirúrgica), urologia, mastologia, dermatologia, ortopedia (cirúrgica), coloproctologia, neurologia, pediatria, reumatologia e endocrinologia.

3. ACHADOS

ACHADO 1: FORMALIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Devido à falta de planejamento para a criação do NIR e à inobservância das orientações do Manual de Implantação e Implementação do NIR para hospitais gerais e especializados, do Ministério da Saúde (2017), ocorreu que o NIR e sua equipe multiprofissional não foram formalmente instituídos, não possui a composição mínima de profissionais e não houve elaboração de um Plano de Ação para a implementação do setor no HAL, o que levou ao dimensionamento inadequado de profissionais, impactando sobre a qualidade desse serviço no HAL.

☐ Descrição da situação encontrada

O Núcleo Interno de Regulação do HAL não foi implantado e implementado conforme o “Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e especializados / Ministério da Saúde (2017)”, no período de julho de 2022 a julho de 2023 e a equipe multiprofissional que o compõe não foi formalmente instituída, conforme informado pelo Secretário de Estado da Saúde no ofício n.º 1207/2023 GAB-SES de 2/10/2023, o que gerou dificuldades na organização do seu funcionamento. A falta de elaboração, execução e monitoramento de Plano de Ação que traduza a realidade da instituição desde a implantação do NIR, em 2022, acaba refletindo sobre a qualidade da prestação do serviço.

☐ Fragilidades na estruturação do NIR do HAL

Ao analisar os documentos apresentados pelo HAL, ofícios n.ºs 1207/2023 GAB-SES, de 2/10/2023, 1568/2023 GAB-SES, de 21/11/23, e 73/2024 GAB-SES, de 8/1/2024, referentes à instituição do NIR, observou-se que nenhum deles continha a publicação, ou documento equivalente, que formalizasse a criação do setor no âmbito do hospital, tampouco a relação de profissionais que atuariam no NIR. Foi apresentado o Regimento Interno do HAL com data de revisão em 30/12/2022 e validade 30/12/2024, o qual não informava a



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

publicação do documento de instituição do NIR do HAL em Diário Oficial. Nas escalas dos profissionais que atuaram no NIR, referentes ao período de abrangência da auditoria, não constam o Profissional Médico e o Assistente Social, profissionais das categorias mínimas recomendadas no Manual de Implantação e Implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados, do Ministério da Saúde (2017), conforme evidenciado no Apêndice B. Devido falta desses profissionais atuando no NIR ocorreu a morosidade no gerenciamento dos leitos, comprovado pelos baixos índices de giro de leitos, além da falta de cobertura 24 horas do médico regulador, pois somente o médico designado como Diretor Clínico responde como regulador, impactando na tempestividade da assistência ao paciente.

O Diretor Clínico é responsável pela análise de solicitação de procedimentos e admissão de pacientes no HAL, sem estar formalmente designado para a função de médico do NIR.

Durante a realização da fase in loco ao questionar a supervisão do NIR sobre o uso de indicadores observou-se como ponto de fragilidade o fato de que o NIR não tem utilizado os indicadores produzidos para (re)qualificar seus processos de trabalho e propor melhorias nos fluxos de assistência aos pacientes. O NIR produz relatório com diversos indicadores, porém sem análise crítica condizente com os dados. Durante a fase in loco foi questionado pela equipe se a Supervisão do NIR encaminha os relatórios para outros setores do HAL e foi respondido que o relatório é encaminhado para a Direção do Hospital, outros setores, sempre que solicitado e para EMSERH como rotina de trabalho.

☐ Critérios

Manual de Implantação e Implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde, 2017).

☐ Propostas de encaminhamentos

1. Recomendar à Direção do HAL a adoção das seguintes providências:

- Realizar estudo de dimensionamento e categorias profissionais para atender a demanda do NIR, considerando as particularidades do hospital;
- Formalizar o NIR e a composição da equipe multidisciplinar que atua no setor; e
- Promover a divulgação do trabalho do NIR para os demais setores do HAL, informando o papel do setor na instituição, seus fluxos, horários de funcionamento e equipe multiprofissional responsável pela execução dos trabalhos.

2. Recomendar ao NIR do HAL a adoção das seguintes providências:

- Elaborar um Plano de Ação com definição de objetivos, atribuições-chave do setor, fluxos de trabalho e responsabilidades.

☐ Possíveis benefícios

A formalização do NIR e a nomeação institucional da sua equipe multiprofissional conferem legitimidade ao setor no âmbito do hospital, cujo papel é imprescindível no gerenciamento de leitos e organização dos fluxos de regulação de pacientes que passam pelo hospital. De igual forma, a existência de um



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

Plano de Ação que defina com clareza os objetivos e as atribuições-chave do NIR pode promover segurança sobre o propósito e a importância do seu trabalho na rotina hospitalar.

ACHADO 2: FRAGILIDADES NA COMUNICAÇÃO INTERNA DO HAL

Devido à utilização de vários meios de comunicação sem o devido aprimoramento das ferramentas para cada assunto/encaminhamento/setor do HAL; e a inexistência de controles formais de registro dos mecanismos utilizados para realizar as comunicações internas e externas, conforme estabelece no Manual de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, 1ª edição/2017, Ministério da Saúde ocorreu a falta de padronização nas comunicações entre os setores do HAL, o que levou a fragilidade nas tomadas de decisão entre os setores do HAL, impactando na gestão da unidade hospitalar.

☐ Descrição da situação encontrada

Os meios de comunicação utilizados internamente entre os setores e profissionais do HAL apresentam fragilidades. As causas identificadas para as fragilidades nos meios de comunicação adotados pelo HAL foram: falta de padronização/definição de qual mecanismo de comunicação adotar oficialmente para cada situação/assunto/encaminhamento; falta de reunião com os setores envolvidos para alinhamento, padronização das nomenclaturas dos tipos de leito/procedimentos e discussão das metas de desempenho do hospital; os sistemas utilizados pelo HAL não são integrados entre os setores; software WEBCLIN em implantação na época da visita realizada pela equipe de auditoria no dia 27/2/2024 na unidade, mas com a abrangência ainda restrita a alguns setores e sem todas as funções do sistema disponíveis.

☐ Falta de padronização no uso dos meios de comunicação

Identificou-se como causa para a ausência de uniformidade nos meios de comunicação utilizados pelo HAL a falta de regulamentação interna que oriente a utilização da forma adequada para cada tipo de assunto a ser adotado nas comunicações oficiais do hospital. A falta de padronização dos meios de comunicação está relacionada à existência de ruídos na comunicação, sendo o detalhamento constante no Apêndice D.

☐ Falta de reunião com os setores envolvidos para alinhamento, padronização das nomenclaturas dos tipos de leito/procedimentos e discussão das metas de desempenho do hospital

Durante a visita realizada pela equipe de auditoria nos dias 27 e 28/2/2024, por meio de entrevista, a equipe de auditoria identificou que a Direção do Hospital não realiza reunião com os setores envolvidos (NIR, Faturamento) para alinhamento, padronização das nomenclaturas dos tipos de leito/procedimentos e discussão das metas de desempenho do hospital, o que interfere na geração de informações importantes para o processo de gestão, planejamento e monitoramento, conforme detalhamento no Apêndice D.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

☐ Sistemas não sincronizados

Durante as visitas a equipe de auditoria identificou que os sistemas utilizados pelo HAL não são integrados ou utilizados por todos os setores para viabilizar e agilizar a comunicação e o registro das informações de rotina. O software WEBCLIN, observado durante a fase de visita realizada pela equipe de auditoria em 27 e 28/2/2024 encontra-se com a abrangência ainda restrita a alguns setores e sem todas as funções do sistema disponíveis.

☐ Critérios

Manual de Implantação e Implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde, 2017), que recomenda o aprimoramento dos canais de comunicação.

☐ Propostas de encaminhamentos

1. Recomendar à Direção do HAL a adoção das seguintes providências:

- a) Definir/padronizar quais os mecanismos formais de comunicação a serem adotados pelos setores para cada assunto/encaminhamento dentro do HAL;
- b) Viabilizar para todos os setores os mecanismos necessários a serem utilizados nas comunicações internas; e
- c) Orientar os setores do HAL a manter um histórico organizado de comunicações oficiais realizadas de forma que seja possível gerenciar e consultar as informações emitidas e recebidas no decorrer do tempo.

☐ Possíveis benefícios

A definição do mecanismo de comunicação a ser utilizado para cada assunto/encaminhamento do HAL auxilia no nível de controle e organização interna, além de melhorar a agilidade na tomada de decisão. Além disso, manter os registros em meio formal das comunicações recebidas e realizadas diminui o risco de perda de informações e o tempo de resgate de informações quando necessário.

ACHADO 3: DIFICULDADES NO GERENCIAMENTO DE LEITOS

Devido à descentralização do acesso de pacientes ao HAL, à inexistência de um sistema integrado para gerenciamento de leitos, ocorreu a utilização de mecanismos diversos para gerenciamento dos leitos, o que levou a fragilidades na gestão dos leitos, retrabalho da equipe e intempestividade na disponibilização dos mesmos aos pacientes.

☐ Descrição da situação encontrada

O NIR utiliza mecanismos diversos (controles manuais e informatizados) para gerenciamento dos leitos de internação devido à inexistência de um sistema integrado que possibilite o acesso e a consulta simultânea do mapa de leitos pelos diversos setores, e em razão da descentralização do acesso de pacientes à estrutura do



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

HAL. Tais circunstâncias levaram a fragilidades na gestão dos leitos e retrabalho da equipe, cujo impacto refletiu também sobre a Taxa de Ocupação do hospital. Impende destacar que na contratualização dos leitos com a EMSERH, foi estabelecido no Plano de Trabalho uma meta de 85% para a Taxa de ocupação da clínica médica e da clínica cirúrgica, sendo que a meta não foi alcançada em nenhum mês do período da auditoria, conforme disposto nos Gráficos 1 e 2 do Apêndice D.

☐ Inexistência de um sistema unificado para gerenciamento dos leitos

De acordo com as entrevistas realizadas em 27 e 28/2/2024 e documentos coletados ao longo deste trabalho, ofícios n.º 1207/2023 GAB,SES de 2/10/2023, Ofício 1568/2023 GAB,SES de 21/11/23 e Ofício 73/2024 GAB,SES de 8/1/2024, foi evidenciado que a ausência de um sistema de gestão hospitalar integrado entre os setores tem impacto na qualidade do processo de gerenciamento de leitos no HAL, uma vez que, os controles manuais não têm a mesma precisão e agilidade no manuseio/disponibilização das informações quando comparado a um sistema que integra várias áreas do hospital. Inclui-se a falta de gerenciamento adequado da fila de espera para cirurgias, sendo uma planilha do excel com os nomes dos pacientes, sem estruturação ou critérios de hierarquização, conforme disposto no Apêndice D.

☐ Em relação ao período auditado o HAL teve baixa Taxa de Ocupação, indicando ociosidade de leitos.

No período de julho de 2022 a julho de 2023 a Taxa de Ocupação hospitalar do HAL oscilou entre 66% e 20% para clínica médica e 45% e 22% para clínica cirúrgica, conforme detalhamento das análises disposto no Apêndice C. Segundo dados da ficha técnica do indicador "Taxa de Ocupação Operacional" do Manual de Implantação e Implementação do NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde, 2017), embora a meta para esse indicador seja definida conforme o perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante, a referência apontada como parâmetro de qualidade está em uma taxa de ocupação que varia entre 75% e 85%. Ainda de acordo com o referido documento disposto no Apêndice D, a "taxa de ocupação baixa indica existência de leitos ociosos acima do esperado, devendo ser analisado o motivo causal deste evento, como problemas de planejamento, dificuldade de internações externas ou dos processos de admissão de pacientes para os leitos de internação".

A situação encontrada demonstra que é dado pouco tratamento aos resultados desse indicador. Assim, o acompanhamento inadequado dos indicadores contribui para a ociosidade dos leitos, e prejudica uma tomada de decisão assertiva para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital.

☐ Critérios

Os critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada e dar sustentação às evidências foram:

- Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) - MS/CNS, Resolução n.º 659, de 26/7/2021;
- Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, 1ª edição/2017 - Ministério da Saúde; e



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

- Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, Caderno 1/2017, Ministério da Saúde.

☐ Propostas de encaminhamentos

1. Recomendar à Direção do HAL a adoção das seguintes providências:

a) Integralizar ou centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados a gestão total dos leitos, para que a alocação do paciente ocorra de forma fidedigna e tempestiva no leito correto no controle realizado, quanto na estrutura física do HAL.

2. Recomendar ao NIR do HAL a adoção das seguintes providências:

a) Manter os controles do gerenciamento dos leitos fidedignos e tempestivo, tanto em sistemas quanto em arquivos manuais; e

b) Realizar o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e de movimentação interna e externa e alta do hospital.

☐ Possíveis benefícios

A utilização de um sistema único e integrado entre as áreas do HAL, possibilitará agilidade nos fluxos dos processos internos (internação, Centro Cirúrgico, atendimento médico, NIR, faturamento, etc); bem como possibilitará o aumento no nível de controle e gestão sobre os leitos do HAL.

A integração das informações em um único sistema, possibilita ainda, que todos os dados do paciente permeiem por todos os setores onde houver a movimentação do mesmo, o que favorece uma melhor avaliação do tempo de internação do paciente, seus dados clínicos e consequentemente do gerenciamento do leito. Além de permitir o gerenciamento da fila de espera de maneira adequada.

ACHADO 4: O HAL NÃO UTILIZA TODOS OS INDICADORES DE EFICIÊNCIA

Devido à falta de iniciativa da gestão e do NIR em qualificar a produção de indicadores, ocorreu a adoção de uma rotina de mensuração de indicadores hospitalares mínimos por simples formalidade, em desacordo com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria de Consolidação N.º 2, de 28/9/2017) e as orientações do Manual de implantação e implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados, do Ministério da Saúde (2017). Tal situação levou à produção de poucos indicadores - que proporcionam uma avaliação genérica da realidade - e que não permitem um conhecimento aprofundado sobre a eficiência da gestão da capacidade instalada do HAL, impactando sobre a qualidade do cuidado em saúde prestado e sobre a entrega de valor ao paciente.

☐ Descrição da situação encontrada

O HAL adotou uma rotina de mensuração de indicadores hospitalares por simples formalidade, em desacordo com o que preconiza a Política Nacional de Atenção Hospitalar e as orientações do Manual de Implantação e Implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados, do Ministério da Saúde (2017) que dispõe a necessidade de que o NIR tenha os seguintes indicadores para



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

monitoramento: Taxa de Ocupação em limites adequados e controle do Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital. O descumprimento do que foi contratualizado entre a gestão estadual e o hospital, que se soma à falta de iniciativa institucional em qualificar a produção de indicadores, foram fatores determinantes para essa situação. Por consequência, a produção de poucos indicadores proporciona uma avaliação genérica da realidade e não viabiliza o conhecimento aprofundado sobre a eficiência da gestão da capacidade instalada do HAL, cujo impacto recai sobre a qualidade do cuidado em saúde e sobre a entrega de valor ao paciente.

☐ O HAL não produz indicadores de processo

Após análise da documentação apresentada nos ofícios n.º 1207/2023 GAB-SES de 2/10/2023, Ofício 1568/2023 GAB-SES de 21/11/23 e Ofício 73/2024 GAB-SES de 8/1/2024, a auditoria identificou que no HAL não há mecanismos de controle/mensuração do tempo médio de permanência, assim como do índice de giro de leitos. Dentre os documentos apresentados pelo HAL, incluindo os relatórios consolidados de indicadores hospitalares (2022 e 2023), havia registro por clínica médica e por clínica cirúrgica, no entanto, mesmo sendo um número inteiro a ser apresentado constam números inteiros para a clínica médica e números percentuais para a clínica cirúrgica, exceto julho e agosto de 2022, o que não permite aferir os dados da clínica cirúrgica, além disso, ao questionar a equipe que elabora o indicador foi informado que é preenchido dessa forma como a EMSERH determina, ou seja, preenche-se uma planilha sem saber o motivo e ainda é feito de forma incorreta.

☐ Tempo Médio de Permanência hospitalar e as limitações identificadas na análise desse indicador

O resultado do indicador “Tempo médio de Permanência (TMP)” do HAL referente ao período de julho de 2022 a julho de 2023 foi de 4,5 dias para clínica médica e para clínica cirúrgica não foi possível aferir, pois estava em número percentual. No gráfico disposto no Apêndice E demonstra-se o TMP estratificado por mês do período auditado.

Embora esses resultados estejam alinhados – a princípio – com o parâmetro de referência para hospitais de porte II, que é de 3 a 4 dias⁴, por representarem apenas o comportamento global de permanência hospitalar, eles não fornecem dados que permitam analisar as particularidades do tempo de permanência em relação ao perfil do paciente e ao tipo de procedimento realizado. Nesse sentido, produzir e analisar os dados de forma estratificada confere efetividade no monitoramento do indicador e evita que dados de diferentes fontes sejam tratados igualmente.

☐ O HAL não calcula corretamente o índice de giro de leitos (ou índice de rotatividade)

Dentre os documentos apresentados pelo HAL, especialmente os relatórios de desempenho do NIR com os resultados dos indicadores hospitalares dos anos de 2022 e 2023, a fórmula de cálculo do indicador “índice de giro de leitos” é $N.º \text{ de saídas do período} / \text{Média do } n.º \text{ de Leitos no Período} \times 100$, ocorre que no Anexo C, Ficha de Indicadores, Manual de Implantação e Implementação do NIR – Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados essa fração não é multiplicada por 100, pois se trata de um número inteiro e

⁴ Ficha técnica do indicador “Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação”. Anexo C – Ficha de Indicadores, Manual de Implantação e Implementação do NIR – Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, Ministério da Saúde, 2017.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

não um percentual, além disso os dados apresentados para clínica médica estão em número inteiros e os dados da clínica cirúrgica estão em percentual, mas compartilham a mesma fórmula.

☐ O HAL não calcula a Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico

Dentre os documentos apresentados pelo HAL, especialmente os relatórios de desempenho do NIR com os resultados dos indicadores hospitalares dos anos de 2022 e 2023, não foi demonstrado do Cálculo da Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico, embora esteja contratualizado com a EMSERH um quantitativo de cirurgias do mês, ou seja, a avaliação ocorre em números totais de cirurgias realizadas e não com base na Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico, dessa forma, não é possível aferir a performance da estrutura, tampouco se é ou não eficiente.

☐ O Núcleo Interno de Regulação do HAL não utiliza os indicadores produzidos para avaliar seu desempenho na gestão da capacidade instalada

A Supervisão do NIR informou que os relatórios e os indicadores estavam disponíveis para a Administração do Hospital, quando solicitado e para os demais setores do hospital ou outros interessados, sendo enviado para a EMSERH para cumprimento de formalidades. Também não há essa iniciativa por parte do Setor de Faturamento do HAL, haja vista que as justificativas para não alcance de metas são apenas são inseridas nos relatórios.

☐ Critérios

Os critérios utilizados como referência para analisar a situação encontrada e dar sustentação às evidências foram:

- Política Nacional de Atenção Hospitalar, PNHOSP (Portaria de Consolidação N.º 2, de 28/9/2017);
- Manual de implantação e implementação NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados, do Ministério da Saúde (2017);
- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, Painel geral / Ficha Técnica dos Indicadores, Versão IV (Ministério da Saúde/ANS/PROADI SUS/Hospital Moinhos de Vento, 2020);
- Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, QUALISS (Ministério da Saúde/ANS, V1.1, novembro de 2012);
- Código de Ética Médica – Resolução n.º 1931/2009, Capítulo X – Documentos médicos;
- Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (Portaria de Consolidação n.º 1, de 28/9/2017); e
- Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação, NIR, EMSERH. Data: 30/12/2022, Validade: 30/12/2022.

☐ Propostas de encaminhamentos

1. Recomendar à SES/MA a adoção das seguintes providências:

a) Monitorar e cobrar a execução das metas para os indicadores de processo e resultado de acordo com o Plano de Trabalho, perfil assistencial do HAL e seu papel na Rede de Atenção à Saúde;

16



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

2. Recomendar à Direção do HAL a adoção das seguintes providências:

- Viabilizar ao NIR e demais setores do hospital a adoção de uma ferramenta integrada para gerenciamento dos leitos;
- Unificar, no NIR, todo o processo de trabalho que envolve o gerenciamento de leitos de internação, desde o momento de acomodação do paciente até a sua alta; e
- Fortalecer o NIR, compondo corretamente os quadros funcionais e promovendo a qualificação dos servidores na produção de dados estatísticos para o contexto hospitalar.

3. Recomendar ao NIR do HAL a adoção das seguintes providências:

- Realizar o acompanhamento regular do indicador "Taxa de Ocupação" e avaliar os resultados; e
- Realizar o monitoramento regular do indicador "Índice de giro de leitos" e avaliar os resultados alcançados com a sua equipe, Direção e demais setores pertinentes, identificando pontos críticos para melhoria e/ou boas práticas que possam ser implementadas com potencial para impactar positivamente os resultados desse indicador.

☐ Possíveis benefícios

Mensurar a Taxa de Ocupação hospitalar permite uma gestão eficiente dos leitos operacionais, compreendendo períodos de sazonalidade (em que o hospital tem maior ou menor demanda), perfil dos pacientes que ocupam os leitos do hospital e a margem existente para admissão de novos pacientes. A avaliação desse indicador com o perfil epidemiológico da instituição é fundamental para planejar e decidir sobre a necessidade de ampliação da oferta de leitos.

A produção do indicador "Índice de giro de leitos" e seu monitoramento permitem avaliar, em conjunto com os indicadores de taxa de ocupação e tempo de permanência, a eficiência do uso da capacidade instalada do hospital e a eficácia no cumprimento dos seus objetivos. Esses dados são importantes para identificar possíveis pontos críticos nos fluxos e processos de trabalho que comprometem a entrega de valor ao paciente, ou seja, prejudicam a sua experiência no hospital e a resolutividade da assistência a ele prestada.

Por sua vez, a produção e o monitoramento do indicador "Índice de giro de leitos" permitem avaliar, em conjunto com os indicadores de taxa de ocupação e tempo de permanência, a eficiência do uso da capacidade instalada do hospital e a eficácia no cumprimento dos seus objetivos. Informações como essas promovem a qualificação da análise sobre a gestão da capacidade instalada do hospital, que possibilitaria tomadas de decisão melhor embasadas em dados objetivos sobre a produtividade/desempenho do uso dos leitos hospitalares.

Por fim, a mensuração planejada e organizada de indicadores permite avaliar, controlar e acompanhar a produtividade e a eficiência do hospital, oportunizando a identificação de pontos de melhoria dos fluxos, processos e da qualidade do serviço prestado. Esses indicadores fornecerão à SES/MA e à gestão do HAL informações de qualidade para que sejam tomadas decisões assertivas, com base em dados que refletem a realidade, oportunizando a redução de custos e minimização de desperdícios de recursos, a otimização dos processos de trabalho e o fortalecimento do NIR como um setor central e imprescindível na organização da rotina hospitalar.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

4. CONCLUSÃO

A presente atividade de auditoria foi realizada no Hospital Aquiles Lisboa, em São Luís/MA, por meio da aplicação do modelo de avaliação de eficiência em hospitais do SUS documentado na versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais (2022), do Tribunal de Contas da União (TCU).

Em relação ao contexto hospitalar, constatou-se que o NIR do HAL foi criado sem formalização e sem observância às orientações do Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde, 2017). As atividades de gestão dos leitos e regulação de pacientes são prejudicadas, pela existência de falhas de comunicação e pela ausência de um sistema interligado entre os setores para acompanhamento em tempo real do mapa de ocupação dos leitos. Os indicadores de desempenho são produzidos por simples formalidade e não são utilizados pela gestão do hospital, tampouco pelo NIR, para a avaliação da eficiência do HAL. Por sua vez, o NIR não realiza o monitoramento dos mesmos de forma a avaliar os resultados do setor e propor adequações para a melhoria dos fluxos e processos de trabalho. Também não há uma rotina estabelecida para a realização de reuniões com os profissionais atuantes no NIR e desse com outros setores para avaliação de indicadores e alinhamento de práticas. Destaca-se assim, que a conduta dos profissionais que atuavam no NIR interferiu na eficiência da regulação e do gerenciamento de leitos, pois houve o cálculo inadequado dos indicadores do HAL e a exclusão indevida dos arquivos de gerenciamento do NIR.

Diante do exposto, espera-se que a inclusão das propostas de encaminhamentos descritas neste relatório contribua para a qualificação da organização administrativa e da assistência prestada pelo HAL, de modo que proporcione experiências de qualidade aos pacientes e entrega de valor em saúde, minimizando os riscos de desperdícios.

Impende destacar que a gestão da SES/MA, em resposta ao Relatório Preliminar, informou ter realizado algumas medidas para sanar os achados apontados, conforme indicação registrada no Despacho n.º 1246/SAAS/SES, em que consta o relato de troca na Direção da unidade hospitalar, da supervisão do NIR, a alocação de pessoal no quadro do NIR e indicação de soluções que serão providenciadas para as ameaças apontadas. Além disso, foram entregues como evidências das medidas tomadas, 17 (dezessete) atas de reunião que tratam de diversos assuntos do hospital, no período de dezembro de 2023 a maio de 2024 e três planilhas de controle mensal do supervisor do NIR do mês de abril de 2024, até o dia 22, da gestão da Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e UCI, com dados dos seguintes indicadores: taxa de ocupação, tempo média de permanência, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade global, giro de leitos e taxa de desocupação.

Sendo assim, após a elaboração de um plano de ação, pela SES/MA, com datas de realização de cada etapa, será possível definir um cronograma de ajuste dos achados apontados e com as proposições indicadas melhorar a eficiência da unidade.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. 1ª edição, 2017. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 659, de 26 de julho de 2021 - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2022/res0659_15_06_2022.html.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria n.º 234, de 18 de julho de 2022 - Institui o Modelo de Informação Registro de Atendimento Clínico (RAC). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prt0234_20_07_2022.html.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANS/PROADI - SUS/Hospital Moinhos de Vento. Painel Geral: Fichas Técnicas dos indicadores – Consórcio de indicadores de qualidade hospitalar. Versão IV, 03/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/1-indicadores-gerais-versao-i-publicacao-ans-pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANS. Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde – QUALISS/ Indicadores Hospitalares Essenciais – 2013/14. Ficha: Tempo de espera na Urgência e Emergência. Versão 1.01, 11/2012. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Caderno 1, v.1, 2017 – Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28/9/2017. Política Nacional de Atenção Hospitalar e Política Nacional de Regulação. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.

BRASIL. Tribunal De Contas da União. Sítio Eficiência na saúde. Disponível em: <https://eficiencianasaude.org/>.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Relatório Consolidado



Relatório Final

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Manual de auditoria operacional. 4. Ed. Brasília: TCU, 2020. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/F2/73/02/68/7335671023455957E18818A8/Manual_auditoria_operacional_4_edicao.pdf.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais. Versão 3.1. Brasília: TCU, 2022. Disponível em: https://eficienciasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/08/Referencial-V3_1.pdf.

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. Guia referencial para construção e análise de indicadores/Leandro Oliveira Bahia. Brasília, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6154/1/GR%20Construindo%20e%20Analisando%20Indicadores%20-%20Final.pdf>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=35938&t=resultados>.



APÊNDICE A, METODOLOGIA

Como essa atividade foi conduzida de acordo com as orientações da versão 3.1 do Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais (TCU, 2022), os procedimentos metodológicos partiram da identificação de unidades hospitalares no estado do Maranhão cujos escores de eficiência⁵ apontavam para os extremos de baixa/alta eficiência relativa, ou seja, aquelas unidades que se destacavam com desempenho mais ou menos eficiente dentro do universo de hospitais que compõem o Sistema Único de Saúde e que integraram essa análise. Outros critérios também foram considerados pela equipe para a seleção da unidade auditada, como dados de produção hospitalar e indicadores de desempenho, conforme detalhado na metodologia da fase de pré-planejamento, a seguir.

3.1 Metodologia da etapa de pré-planejamento

Mediante o Ofício Circular n.º 1/2022/CGAUD/DENASUS/MS, de 24/6/2022⁶, o DENASUS orientou as equipes a selecionar três unidades hospitalares, preferencialmente de médio porte, observando os seguintes aspectos: visão da equipe técnica sobre os hospitais públicos no estado, seu papel quanto ao nível de impacto na rede, não ser unidade mista, não ser especializado, materialidade e desempenho de indicadores, escore DEA e estar localizado em São Luís. Após definidas as três unidades hospitalares, encaminhar formulário para coleta de informações aos gestores (saúde estadual e hospitais). Assim, a equipe da SEAUD-MA procedeu da seguinte forma:

- Foram selecionadas na fase de pré-planejamento as seguintes unidades hospitalares: Hospital e Maternidade de São José de Ribamar com score normalizado de 0,42; Hospital Aquiles Lisboa com score normalizado de 0,35 e Hospital Geral da Vila Luizão com score normalizado de 0,34, sendo um no Município de São José de Ribamar (Região Metropolitana) e dois no Município de São Luís (Capital do Estado). Para estas unidades e para a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão – SES/MA (Gestor Estadual) e Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar foram enviados os respectivos questionários, com o objetivo de caracterizar os principais gargalos de acesso do paciente à rede, considerando a fila de espera, identificar os indícios de desperdício de insumo, levantar dados e confrontar informações disponibilizadas pelo estabelecimento hospitalar e pelo gestor SUS responsável pela contratualização (gestor municipal e/ou estadual).
- Quanto aos valores, para o ano de 2022, o Hospital Aquiles Lisboa foi o que teve maiores valores aprovados, no montante de R\$ 3.876.808,99, sendo R\$ 2.055.181,32 de procedimentos ambulatoriais e R\$ 1.821.627,67 de procedimentos hospitalares. Em seguida vem o Hospital de São José de Ribamar que teve aprovado R\$ 3.769.909,79, correspondendo a R\$ 2.281.937,81 pelos procedimentos

⁵ Obtidos por meio da técnica de Análise Envolvente de Dados (Data Envelopment Analysis – DEA), que é usada para avaliar a eficiência relativa de um conjunto de unidades, como organizações e programas (Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais, versão 3.1, TCU, 2022). Seu parâmetro varia de 0 (menos eficiente) a 1 (mais eficiente), portanto, nesse levantamento, quanto mais próximo de 1, maior o nível de eficiência relativa da unidade hospitalar. O cálculo desse escore foi baseado na produção alimentada pelos hospitais nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e os resultados do levantamento realizado pelo TCU foram divulgados no site www.eficienciasaude.org, mediante acesso identificado.

⁶ Processo SEI 25000.088176/2022-20



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

ambulatoriais e R\$ 1.487.971,98 pelos hospitalares. O Hospital Vila Luizão foi o com menor valor aprovado, R\$2.306.619,78, sendo R\$1.387.963,86 pelos procedimentos ambulatoriais e R\$918.655,92 pelos hospitalares.

- ☐ Ainda com o intuito de contemplar critérios de materialidade e relevância foram selecionados outros indicadores, tais como: a) quantitativo de leito disponível para a rede SUS; b) recursos recebidos pelos estabelecimentos de saúde (média e desvio padrão do cluster 3); c) referência definida para o estabelecimento dentro da rede SUS (local, regional, estadual, nacional); d) média de permanência (média e desvio padrão do cluster 3, calculada conforme subgrupo 303, procedimento comum aos estabelecimento de saúde do cluster), e) mortalidade (média e desvio padrão do cluster 3).
- ☐ A interpretação utilizada foi de quanto menor o score maior o risco e impacto na eficiência hospitalar. Embora tenha ficado com o score intermediário foi escolhido o Hospital Aquiles Lisboa por apresentar os maiores valores aprovados na produção hospitalar e ambulatorial, pelo número significativo de procedimentos hospitalares realizados com destaque para procedimentos do grupo 04, procedimentos cirúrgicos, pelo total de leitos clínicos e cirúrgicos superior as demais unidades, além de realizar cirurgias urológicas e proctológicas que de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão possuem a primeira e terceira maior fila de espera em termos de cirurgias eletivas, com um total de 5401 e 1109 pacientes em fila, respectivamente. Além disso, fica claro pelos dados da produção hospitalar e ambulatorial que o hospital e maternidade de São José de Ribamar tem de maneira preponderante a atividade específica de maternidade e os hospitais especializados não são objeto de seleção pela equipe.
- ☐ De posse das respostas enviadas pelos três hospitais, e considerando os dados dos levantamentos prévios supracitados, a equipe da auditoria concluiu pela realização da atividade no Hospital Aquiles Lisboa localizado no município de São Luís/MA, em razão dos dados que apontaram maior materialidade.

3.2 Metodologia da etapa de planejamento

- ☐ A etapa de planejamento se iniciou com a construção do quadro Canvas da auditoria, após definição do hospital a ser auditado. Conforme já explanado no item 1.1 da Introdução deste Relatório, o Canvas é uma ferramenta visual que permite organizar melhor as informações do trabalho que será realizado. A partir dela a equipe da auditoria definiu os limites do trabalho e seus principais focos.
- ☐ Foi realizada uma primeira reunião técnica na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES/MA dia 7/11/2023, onde a equipe realizou uma reunião com a Direção do hospital e a equipe da SES/MA para apresentar o trabalho, esclarecendo os objetivos da auditoria. Na oportunidade foram explicados os itens solicitados no ofício pela equipe e foi realizada uma entrevista semiestruturada com a Diretora-Geral para levantamento de informações para auxiliar na construção da visão geral do objeto.
- ☐ Levantados os principais riscos, a equipe da auditoria elaborou o Diagrama de Verificação de Riscos (DVR)⁷ que demonstra os riscos classificados com maior probabilidade de ocorrência e impacto sobre os objetivos da unidade hospitalar. Esse diagrama auxilia na identificação dos riscos prioritários para

⁷ Conhecida na literatura como Matriz de Probabilidade e Impacto de Risco.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

análise, a partir dos quais foram construídas posteriormente as questões de auditoria. A equipe classificou como prioritários os eventos de risco identificados com "alta" ou "muito alta" probabilidade de ocorrência e com impacto "médio", "alto" ou "muito alto".

- ☐ A partir da identificação dos riscos prioritários para análise, foi construída a Matriz de Planejamento, na qual os riscos foram correlacionados a questões de auditoria. A Matriz de Planejamento "é o papel de trabalho que organiza e sistematiza o planejamento do trabalho e documenta o plano de auditoria, discriminando, entre outros itens, os objetivos e as questões de auditoria formuladas para alcançá-los. Seu propósito é auxiliar a elaboração conceitual do trabalho e orientar a equipe na fase de execução" (BRASIL, TCU, 2020).
- ☐ Também foram elaborados os instrumentos para a coleta de evidências (planilha e roteiro de entrevista), que será alimentada com dados a serem coletados na fase de execução da auditoria, dados esses que só poderão ser acessados pela equipe da auditoria em visita presencial à unidade hospitalar.
- ☐ A última etapa da fase de planejamento tem como produto a elaboração do Relatório de Planejamento ou Plano de Auditoria, este documento, que contextualiza o objeto da auditoria, organiza as etapas metodológicas e os produtos gerados no processo de planejamento do trabalho antes da fase de execução, quando serão coletadas as evidências.

3.3 Metodologia da etapa de execução

- ☐ A etapa de execução foi iniciada com uma visita de dois dias ao HAL para a coleta de evidências que só poderiam ser acessadas no ambiente hospitalar (27/2/2024 a 28/2/2024). Durante essa visita a equipe observou os fluxos de funcionamento do hospital, o registro de dados nos sistemas e documentos físicos, acessou prontuários médicos arquivados, conduziu uma entrevista e fez registros fotográficos.
- ☐ Após a coleta das evidências a equipe elaborou a Matriz de Achados⁸ da auditoria, que é o documento que estrutura o desenvolvimento dos achados e reúne os elementos centrais para a construção do relatório: descrição das situações encontradas, causas, efeitos, respectivas evidências e critérios, os encaminhamentos e os benefícios na implementação das propostas de encaminhamento.

3.4 Metodologia da etapa de relatório

- ☐ A etapa de relatório foi realizada com a elaboração do Relatório Preliminar, que descreve de forma objetiva os resultados da atividade de controle. É composto por informações sobre o trabalho, introdução, visão geral do objeto, achados da auditoria, encaminhamentos, conclusão e referências utilizadas no relatório.
- ☐ Na sequência o relatório citado no parágrafo anterior será encaminhado ao auditado para comentários dos gestores e retornará para análises finais da equipe da auditoria. Após essas análises será produzido o Relatório Final.
- ☐ Está prevista uma etapa de monitoramento, com data a definir, para avaliar se os problemas evidenciados pela auditoria foram resolvidos.

⁸ "Achado de auditoria é a discrepância entre a situação encontrada (o que é) e o critério da auditoria (o que deveria ser)". Tribunal de Contas da União. Referencial Básico Auditoria de Eficiência em Hospitais. Versão 3.1. Brasília: TCU, 2022



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

APÊNDICE B, ANÁLISE DO ACHADO 1 - FORMALIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais em atuação no NIR no período de julho de 2022 a julho de 2023, por cargo.

	2022.2						2023.2						
Cargo	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Enfermeiro		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Administrativo	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Administrativo			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Administrativo			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Administrativo			x	x	x	x	x	x					
Administrativo			x	x	x	x	x	x					
Técnico em Enfermagem									x				
Técnico em Enfermagem									x				
Técnico em Enfermagem									x				
Técnico em Enfermagem									x				
Técnico em Enfermagem									x				
Técnico em Enfermagem									x				
Médico													
Assistente Social													
Quantidade de profissionais na equipe do NIR	9	10	14	14	14	14	14	14	7	12	12	12	12

Fonte: escala mensal de profissionais do NIR do HAL (julho de 2022 a julho de 2023) consolidada pela equipe de auditoria.

Observou-se que em todos os meses que a equipe do NIR não contou em sua composição com médico e assistente social, profissionais das categorias mínimas recomendadas no Manual de Implantação e Implementação NIR – Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, do Ministério da Saúde (2017): médico, enfermeiro e assistente social. Desses, apenas o profissional enfermeiro integrou o NIR durante o período. Esta célula básica é indicada pelo manual como o suficiente para iniciar o trabalho no NIR em termos de concepção e organização.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS



Relatório Consolidado

Relatório Final

É importante destacar que o NIR do HAL teve uma média de, aproximadamente, 12 profissionais na ativa durante o período analisado, com exceção do mês de março de 2023, em que o NIR foi composto pelo supervisor e 6 técnicos em enfermagem, não sendo identificada alta rotatividade no setor.



Relatório Final

APÊNDICE C, ANÁLISE DO ACHADO 2 - FRAGILIDADES NA COMUNICAÇÃO INTERNA DO HAL

☐ Falta de padronização no uso dos meios de comunicação

Os profissionais do HAL relataram na visita realizada nos dias 27/2/2024 e 28/2/2024 que utilizam as ferramentas: e-mail, aplicativo WhatsApp, Comunicado Interno, Ofício e telefone para realizarem suas comunicações internas e externas, entretanto não possuem um padrão definido do mecanismo a ser utilizado para cada tipo de demanda que chega ou é gerada pelo Setor, são utilizadas as ferramentas que melhor convirem no momento.

☐ Falta de reunião com os setores envolvidos para alinhamento, padronização das nomenclaturas dos tipos de leito/procedimentos e discussão das metas de desempenho do hospital

Para executar todas as atividades propostas o NIR precisa do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do setor de faturamento para a coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para a aplicação dos protocolos, durante a visita em 28/2/2024 Direção do Hospital informou da dificuldade em realizar reunião com os setores envolvidos (NIR e Faturamento) para alinhamento, padronização das nomenclaturas dos tipos de leito/procedimentos e discussão das metas de desempenho do hospital, o que interfere na geração de informações importantes para o processo de gestão, planejamento e monitoramento, contribuindo de forma significativa para as falhas de comunicação. Além disso, dentre a documentação apresentada não consta ata ou outro documento que comprove a realização dessas reuniões, tampouco lista de frequência ou cronograma de reuniões envolvendo os três setores apontados.

O Setor de faturamento utiliza planilha de excel para o lançamento dos dados estatísticos do hospital, a Direção Administrativa do HAL analisa os dados brutos estatísticos dos indicadores que são encaminhados para as lideranças do hospital, das quais não inclui o NIR.

☐ Sistemas não sincronizados

Durante as visitas realizadas em 27/2/2024 e 28/2/2024 a equipe de auditoria identificou que os sistemas utilizados pelo HAL não são integrados ou utilizados por todos os setores para viabilizar e agilizar a comunicação e o registro das informações de rotina. O software WEBCLIN encontra-se com a abrangência ainda restrita a alguns setores e sem todas as funções do sistema disponíveis.



Relatório Final

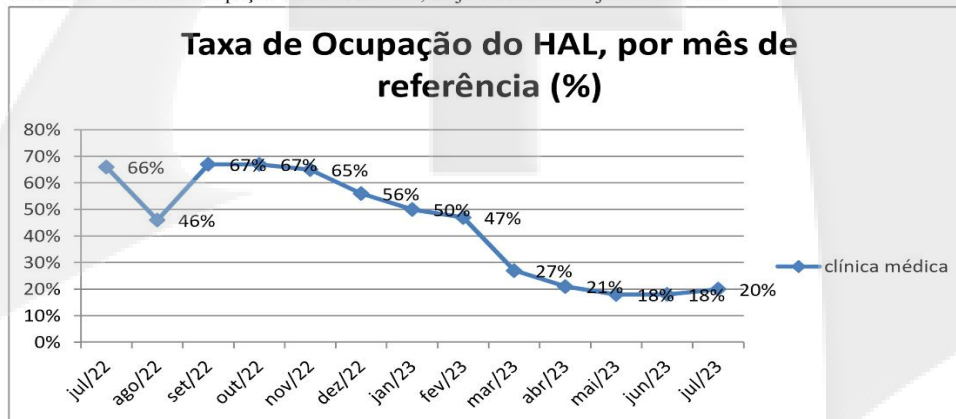
APÊNDICE D, ANÁLISE DO ACHADO 3 - DIFICULDADES NO GERENCIAMENTO DE LEITOS

As dificuldades para gerenciamento dos leitos com a utilização de controles manuais foram constatadas na análise dos relatórios de desempenho apresentados pela coordenação do NIR. O mapa cirúrgico, cujo preenchimento é manual e diário, observa-se que o controle realizado pelo NIR no referido relatório especifica o nome do paciente por leito, no entanto o controle feito pelo setor com a vinculação do leito/paciente é realizado somente utilizando-se de um quadro denominado Mapa Cirúrgico afixado na parede e todas as informações nele contidas não são registradas ou arquivadas em nenhum outro documento de controle, o que impossibilita identificar os detalhes históricos da ocupação de cada leito e dificulta a identificação de possíveis fragilidades no gerenciamento dos leitos. Além disso, não há estratificação da faixa etária e público no relatório de desempenho do NIR para a taxa de ocupação. Durante a entrevista com a equipe do NIR em 28/2/2024 foi relatado que os dados são preenchidos conforme solicitado pela EMSERH, sem uma análise dos dados.

Registra-se também que o gerenciamento dos leitos no HAL é realizado de forma descentralizada quanto à gestão do acesso de pacientes à estrutura do hospital e dos processos relacionados (internação, ambulatório e agenda cirúrgica) com outros setores do HAL (SADT, recepção), pois, além de contrariar o disposto no Manual de Implantação e Implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, 1ª edição/2017 - Ministério da Saúde, quanto à padronização dos processos de trabalho e a centralização no NIR da gestão do acesso à estrutura hospitalar, também favorece as múltiplas formas de controles existentes atualmente por diversos setores no hospital.

☐ Baixa Taxa de ocupação e ociosidade de leitos

Gráfico 1 – Taxa de Ocupação mensal do HAL, de julho de 2022 a julho de 2023.



Fonte: dados registrados nos relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 apresentados pelo NIR do HAL apresentados por meio de gráficos pela equipe de auditoria.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

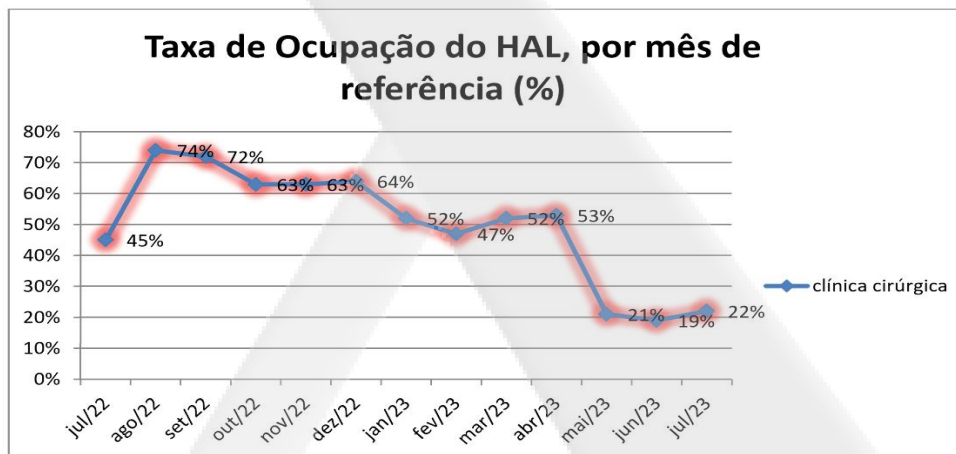
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

Gráfico 2 – Taxa de Ocupação mensal do HAL, de julho de 2022 a julho de 2023.



Fonte: relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 apresentados pelo NIR do HAL.

Os efeitos potenciais de uma baixa taxa de ocupação são diversos: 1) Aumento do custo dos leitos, uma vez que o hospital tem custos fixos para a manutenção dos mesmos e à medida que não os utiliza deixa de receber pelos procedimentos que poderia ter realizado na assistência aos pacientes ocupantes desses leitos; 2) Desperdício de recursos, pois o leito é um recurso caro e complexo e, se está ocioso, significa que não está atendendo a quantidade de pacientes que tem potencial para atender, precarizando a assistência ofertada e; 3) Redução da eficiência operacional, pois quando os leitos estão desocupados o hospital perde a oportunidade de realizar atendimentos e procedimentos médicos.

A qualidade da produção desse indicador no HAL também pode ser questionada, tendo em vista que a equipe não se apropriou da sua necessidade e utilização sendo apenas um item a ser preenchido. Da mesma forma, a fragmentação do processo de trabalho no gerenciamento dos leitos de internação e a falta de um sistema unificado que viabilize analisar a ocupação dos leitos em tempo real causa retrabalho e potencializa a perda de informações importantes para o cálculo exato do indicador. Portanto, não se pode desconsiderar a possibilidade de os dados de ocupação de leitos considerados para o cálculo do indicador estarem distorcidos.

Durante a auditoria identificou-se que embora o indicador da Taxa de Ocupação hospitalar seja produzido com regularidade, seus resultados em série histórica devem ser utilizados para qualificar a gestão dos leitos e/ou identificar comportamentos epidemiológicos de sazonalidade que impactam em diminuição ou aumento da demanda por vagas. Essa é uma das principais atribuições do Núcleo Interno de Regulação elencadas no Manual de Implantação e Implementação do NIR para Hospitais Gerais e Especializados (Ministério da Saúde, 2017), conforme destacado a seguir:

“Sendo assim, constituem como principais atribuições do NIR:

[...] Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.” (pág. 9)



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Relatório Consolidado



Relatório Final

“É esperado que o NIR passe a ter controle total sobre os leitos do hospital. Esse controle é necessário, pois haverá necessidade de centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades. Aqui, destacamos o papel do enfermeiro operacional: sua função primordial é a gestão em tempo real dos leitos livres. Ele deve autorizar as novas admissões das reservas solicitadas, as trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades; deve acompanhar diariamente o censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso eficiente dos leitos disponíveis”. (pág. 28)



Relatório Final

APÊNDICE E, ANÁLISE DO ACHADO 4 - O HAL NÃO UTILIZA TODOS OS INDICADORES DE EFICIÊNCIA

☐ Indicadores de processo

Verificou-se que os relatórios estatísticos consolidados contendo os indicadores de produção e desempenho do hospital, referentes aos exercícios de 2022 e 2023, contêm algumas divergências e inconsistências que dificultam a interpretação dos dados. Cita-se como exemplo:

- O cálculo do Índice de Giro de Leitos está incorreto, pois gera números inteiros e percentuais (multiplicado por 100) para a mesma fórmula, apresentando resultados diferentes para clínica médica e para clínica cirúrgica;
- A análise crítica do Índice de Giro de Leitos não chega a ser uma análise, sendo apenas a constatação dos números e por vezes não condizem com o que está exposto;
- O cálculo do Tempo Médio de Permanência também está incorreto, pois possui fórmula que tem como resultado números inteiros, no entanto no relatório do NIR a mesma fórmula também apresenta resultados em números percentuais, sendo números inteiros para clínica cirúrgica e números percentuais para a clínica médica;
- A análise crítica do Tempo Médio de Permanência não chega a ser uma análise, sendo apenas a constatação dos números e por vezes não condizem com o que está exposto;
- As evidências de execução do Plano de Ação também são "print" de documentos impressos aleatórios, ou seja, não são capazes de confirmar a execução do plano de ação.

Outro fator relatado pela Direção do Hospital, durante a visita em 27/2/2024, é de que o NIR, o Setor de Faturamento e a Direção do hospital não realizam reuniões conjuntas periódicas para análise e discussão dos resultados apresentados nos relatórios de indicadores, tampouco para a proposição de melhorias na apresentação dos dados.

As inconsistências observadas acima demonstram que os relatórios não recebem um cuidado especial na sua elaboração, ou não passam por uma revisão técnica, fato que afeta substancialmente a qualidade dos resultados e pode impactar as tomadas de decisão, uma vez que esses relatórios são utilizados para orientar a gestão administrativa e técnica à nível de Secretaria Estadual, EMSERH e Direção Hospitalar.

É oportuno mencionar que a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) possui Plano de Trabalho para execução pela EMSERH no HAL, ou seja, foi estabelecido um compromisso entre as partes por meio de um documento oficial para definir regras, metas quantificativas e indicadores de monitoramento da atenção hospitalar, no entanto o acompanhamento não ocorre adequadamente. Ressalta-se o cadastramento de diversas AIH's com o código de Urgência e Emergência sem que o Hospital tenha esse perfil, tendo sido justificado que foi um faturista que o fez, mas que já tinha sido demitido, conforme Relatório apresentado no Ofício 1568/2023 GAB-SES de 21/11/2023, relatório esse que foi assinado pela encarregada pelo faturamento do HAL.

☐ Tempo Médio de Permanência

Gráfico 3 – Tempo médio de permanência do HAL, por mês, do período de julho de 2022 a julho de 2023.

30



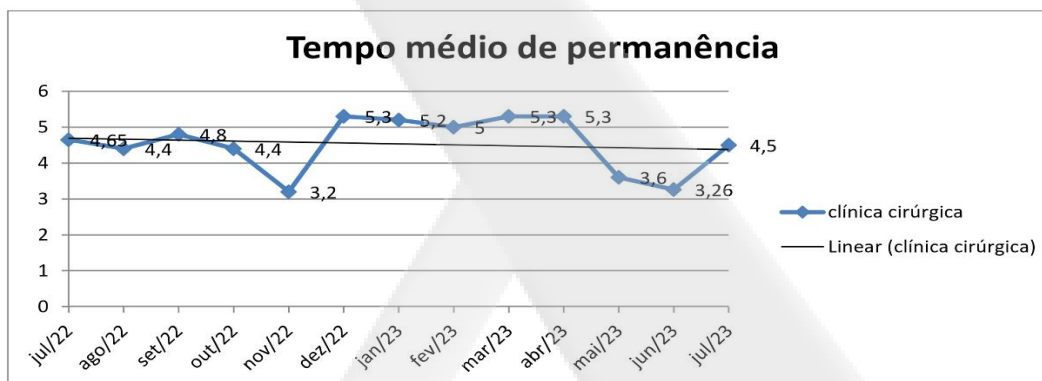
SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado

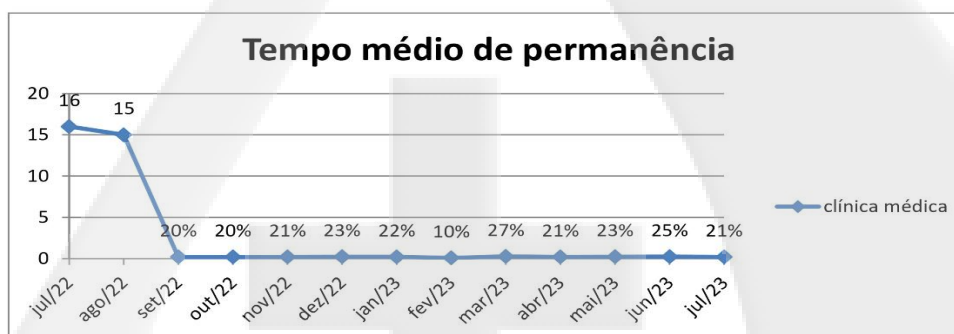


Relatório Final



Fonte: relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 informados pelo NIR do HAL.

Gráfico 4 – Tempo de permanência do HAL, por mês, do período de julho de 2022 a julho de 2023.



Fonte: relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 informados pelo NIR do HAL.

A ausência de estratificação por perfil de paciente (pediátrico, adulto e idoso) e por tipo de procedimento realizado impossibilitam saber se o tempo médio de permanência está adequado com o intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde para cada perfil e procedimento realizado, nas clínicas médica e cirúrgica. Sem informações como essas há dificuldade em identificar possíveis pontos críticos, tais como: tempo excessivo de espera para a realização ou obtenção dos resultados de um exame, a ocorrência de infecções hospitalares ou de complicações pós-cirúrgicas, entre outras situações que impactam sobre o tempo de permanência do paciente no hospital.

Índice de giro de leitos

O indicador “Índice de giro de leitos”, que demonstra quantos pacientes utilizaram o mesmo leito em determinado período, tem grande importância na avaliação da eficiência da capacidade instalada do hospital,



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

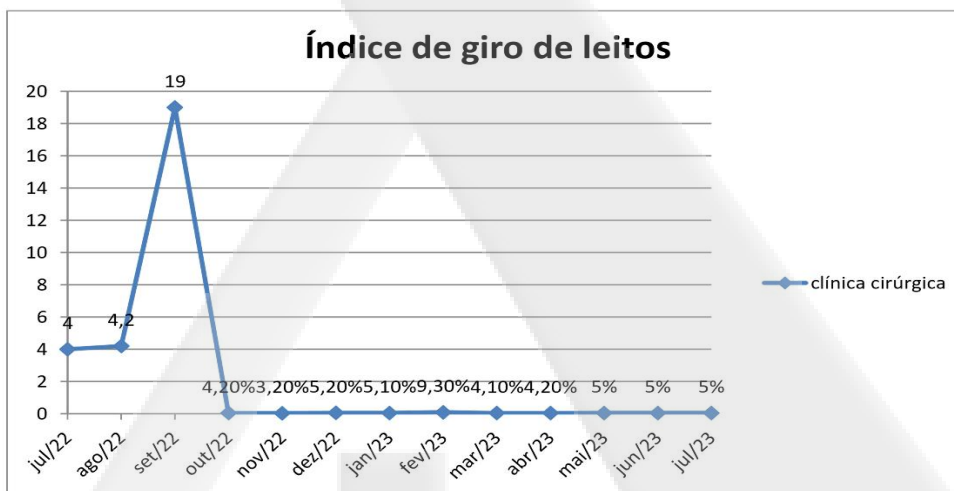
Relatório Consolidado



Relatório Final

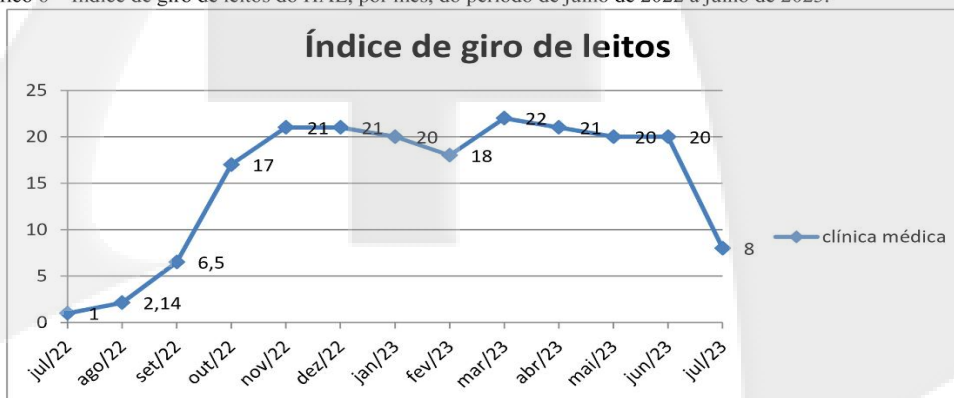
juntamente com os indicadores “Taxa de Ocupação” e “Tempo Médio de Permanência”. Para esse indicador, a meta também deve ser definida conforme o perfil da instituição e comparação com outras instituições de porte semelhante.

Gráfico 5 – Índice de giro de leitos do HAL, por mês, do período de julho de 2022 a julho de 2023.



Fonte: relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 informados pelo NIR do HAL.

Gráfico 6 – Índice de giro de leitos do HAL, por mês, do período de julho de 2022 a julho de 2023.



Fonte: relatórios consolidados de indicadores de 2022 e 2023 informados pelo NIR do HAL.



SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Relatório Consolidado



Relatório Final

- O Núcleo Interno de Regulação do HAL não utiliza os indicadores produzidos para avaliar seu desempenho na gestão da capacidade instalada

A ausência de uma rotina de reuniões periódicas com a equipe do NIR para a avaliação de resultados e elaboração de um planejamento estratégico contribuíram para o estabelecimento de uma cultura institucional que não promove uma auto-avaliação baseada em resultados. Com isso, dificulta-se a identificação de problemas de fluxo e processo, assim como as tomadas de decisão necessárias para dirimir as chances de mudanças ineficazes e desperdício de recursos (financeiros, físicos e de pessoal).

Os indicadores de produção e desempenho têm um papel de "termômetro" na avaliação de eficiência do hospital e devem impulsionar as equipes a reavaliar condutas profissionais e processos de trabalho para que os resultados atinjam o esperado para o porte e o perfil da unidade. Sem esses parâmetros estabelecidos de forma objetiva e com propósitos bem definidos o hospital encontra dificuldades em saber se cumpriu com o que se esperava dele para a entrega de resultados.