



Tribunal de Contas do Estado do Piauí



Auditoria da Governança e Gestão da SESAPI nos Hospitais Geridos por OSS, período 2023/2024

TERESINA
2024

RELATÓRIO DE AUDITORIA

TC/007686/2024

Exercício de Referência: 2023/2024

PACEX - Plano Anual de Controle Externo para o biênio 2024/2025 (tema 60)

Tipo de processo FISCALIZAÇÃO - AUDITORIA

Relator JACKSON NOBRE VERAS

Procurador LEANDRO MACIEL DO NASCIMENTO

Ato originário Acórdão Nº 535/2023-SPL determinando instauração de processo de Inspeção junto à Secretaria Estadual de Saúde, para análise dos Chamamentos Públicos nº 01/2023, 02/2023 e 03/2023, com fulcro no art. 74, inciso XIX do RITCE-PI

Objetivo Avaliar a qualidade e forma da prestação dos serviços das unidades de saúde: Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – Parnaíba, Hospital Regional de Campo Maior e Unidade Integrada do Mocambinho.

Unidade Jurisdicionada Secretaria Estadual da Saúde

Diretoria Técnica Diretoria de Fiscalização de Políticas Públicas – DFPP

Composição da equipe:

Nome	Matrícula
Ana Márcia Leal da Costa Sousa	97.009
Antônio Fábio da Silva Oliveira	98.089
Iracema Soares Mineiro	97.204

Coordenação e Supervisão Geysa Elane Rodrigues de Carvalho Sá – Chefe da Divisão de Fiscalização da Saúde (DFPP 2) – Mat. 97.185

Credenciamento Portaria nº 496/2024, publicada no Diário Oficial Eletrônico do TCE-PI nº 120/2024, publicado em 01 de julho de 2024.

Volume de recursos fiscalizados: R\$ 224.853.952,44.



SUMÁRIO EXECUTIVO

POR QUE O TRABALHO FOI REALIZADO?

A realização desta auditoria foi motivada pela prolação do Acórdão 535/2023-SPL, que determinou a inspeção na Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI) com o objetivo de avaliar a qualidade e a forma de prestação dos serviços nas unidades de saúde (HEDA, HRCM e UIM) geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS), conforme os contratos de gestão estabelecidos nos Chamamentos Públicos nº 01/2023, 02/2023 e 03/2023, durante o período de 2023 a 2024.

O foco principal deste trabalho foi identificar os fatores que impactam a eficiência das unidades hospitalares e propor medidas corretivas para mitigar as inconsistências detectadas.

A auditoria buscou examinar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços prestados, além de verificar se as operações estavam em conformidade com as políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Estado.

Auditoria na SESAPI/Hospitais geridos por OSS

O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), o Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) e a Unidade Integrada do Mocambinho (UIM) estão sob a gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS) por meio de contratos de gestão celebrados com a **Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI)** em 2023, com vigência de cinco anos. Essas unidades são fundamentais para a estrutura de saúde do Estado do Piauí, desempenhando papéis essenciais na prestação de serviços hospitalares à população.

Os contratos de gestão atribuíram às OSSs a responsabilidade de garantir a administração eficiente e eficaz das unidades, assegurando a excelência dos serviços prestados, o cumprimento das metas estabelecidas e a adequada utilização dos recursos públicos. O objetivo final é assegurar que a população receba atendimento de saúde de alta qualidade, em conformidade com as diretrizes contratuais e as políticas públicas do Estado.

Para que esses objetivos sejam efetivamente alcançados, é imprescindível que a SESAPI realize um monitoramento contínuo, assegurando o cumprimento das metas pactuadas e a gestão ética e eficiente dos recursos públicos, sempre com foco no bem-estar dos cidadãos que dependem dos serviços prestados por essas unidades.

O que o TCE encontrou?

Após a realização dos procedimentos de fiscalização, constatou-se, em suma:

1. Indisponibilidade de leitos de internação na clínica cirúrgica do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – HEDA, em Parnaíba, para atender à demanda do serviço de urgência e emergência;
2. Ineficiência na gestão de leitos e divergências de dados, comprometendo o atendimento da demanda no Hospital Regional de Campo Maior - HRCM;
3. Fragilidades na gestão de leitos e continuidade do tratamento na Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho - UIM.

Quais os benefícios esperados?

Melhoria na eficiência da gestão hospitalar e na qualidade do atendimento ao paciente; melhor alocação dos recursos públicos; maior transparência e responsabilização na execução dos contratos de gestão, além de um desempenho aprimorado da rede hospitalar do estado.



SIGLAS UTILIZADAS NO RELATÓRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DFPP	Diretoria de Fiscalização de Políticas Públicas
DFPP2	Divisão de Fiscalização da Saúde
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
HRCM	Hospital Regional de Campo Maior
ISAC	Instituto Saúde e Cidadania
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde / Gabinete Militar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OSS	Organização Social de Saúde
PACEX	Plano Anual de Controle Externo
PNHOSP	Política Nacional de Hospitais de Referência
PS	Pronto Socorro
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SESAPI	Secretaria da Saúde do Estado do Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE/PI	Tribunal de Contas do Estado do Piauí
TCU	Tribunal de Contas da União
UIM	Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS DO RELATÓRIO

FIGURAS

Figura 1: Reforma Clínica Cirúrgica	11
Figura 2: Reforma Clínica Cirúrgica	11
Figura 3: Corredor Pronto Socorro - HEDA.....	12

GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de Ocupação Hospitalar/Clínica Cirúrgica - HEDA.....	13
Gráfico 2: Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação - HEDA.....	14
Gráfico 3: Taxa de Ocupação Hospitalar e da Clínica Médica – HRCM.....	28
Gráfico 4: Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação da Clínica Médica - HRCM.....	29
Gráfico 5: Taxa de Ocupação Hospitalar e do Posto II (Clínica Psíquica) -UIM.....	40
Gráfico 6: Tempo Médio de Permanência no Posto II (Clínica Psíquica) - UIM.....	41

TABELAS

Tabela 1: Tempo de Permanência de Internações por Regulação - HEDA	15
Tabela 2: Tempo de Permanência de Internações na Clínica Médica à Espera de Transferência - HRCM	30
Tabela 3: Taxa de Ocupação Hospitalar e Média de Permanência - HRCM	33

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. VISÃO GERAL DO OBJETO	8
3. ACHADOS DE AUDITORIA	9
3.1. Achado 1: Indisponibilidade de Leitos de Internação na Clínica Cirúrgica do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde HEDA-Parnaíba para Atender à Demanda do Serviço de Urgência e Emergência.....	10
3.1.1. Situação encontrada 1: Insuficiência de Leitos na Clínica Cirúrgica para Atender a Demanda	10
3.1.2 Situação encontrada 2: Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência Superiores aos Parâmetros de Referência (Eficiência Hospitalar).....	12
3.1.3 Situação encontrada 3: Acompanhamento Insuficiente dos Indicadores de Eficiência Hospitalar pelo HEDA	15
3.1.4 Situação encontrada 4: Acompanhamento Insuficiente das Metas Qualitativas Pactuadas no Contrato de Gestão pela SESAPI	17
3.1.5 Fontes de informação.....	18
3.1.6 Critérios de auditoria.....	19
3.1.7 Evidências	20
3.1.8 Causas.....	20
3.1.8 Efeitos	21
3.2 Achado 2: Ineficiência na Gestão de Leitos e Divergências de Dados, Comprometendo o Atendimento da Demanda no Hospital Regional de Campo Maior - HRCM	23
3.2.1 Situação encontrada 1: Insuficiência de Leitos na Clínica Médica e Superlotação dos Leitos Hospitalares	23
3.2.2 Situação encontrada 2: Estrutura e Composição Inadequada do Núcleo Interno de Regulação (NIR)	24
3.2.3 Situação encontrada 3: Atuação Incipiente do NIR para Otimizar a Utilização dos Leitos do HRCM / Dificuldades no Gerenciamento de Leitos.....	25

3.2.4	Situação encontrada 4: Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores Hospitalares - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência	27
3.2.5	Situação encontrada 5: Divergência nos Registros de Saídas Hospitalares (NIR versus Sistema JPG)	30
3.2.6	Situação encontrada 6: Ausência de Sistematização e Difusão de Critérios para a Alta Responsável dos Pacientes	31
3.2.7	Situação encontrada 7: Incompatibilidade entre os Dados dos Indicadores de Eficiência do Censo Hospitalar e dos Relatórios de Prestação de Contas	31
3.2.8.	Fontes de informação.....	33
3.2.9.	Critérios.....	34
3.2.10.	Evidências	35
3.2.11.	Causas.....	35
3.2.12.	Efeitos	36
3.3.	Achado 3: Fragilidades na Gestão de Leitos e na Continuidade do Tratamento na Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho UIM.....	39
3.3.1.	Situação encontrada 1 – Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas - Taxa de ocupação / Ociosidade dos Leitos de Internação ...	39
3.3.2.	Situação encontrada 2 - Fragilidade na Definição, Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas – Tempo Médio de Permanência	41
3.3.3.	Situação Encontrada 3: Descontinuidade do Tratamento, Elevado Índice de Abandono e Consequente Reinternação de Pacientes com Distúrbios Relacionados ao Uso de Álcool e Drogas	43
3.3.4.	Fontes de informação.....	44
3.3.5.	Critérios.....	44
3.3.6.	Evidências.....	45
3.3.7.	Causas.....	46
3.3.8.	Efeitos	47
4	CONCLUSÃO.....	48
5	PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	49

1. INTRODUÇÃO

Este relatório de auditoria tem como objetivo examinar a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços prestados pelas unidades de saúde Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) e Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (UIM), geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) conforme os contratos de gestão firmados a partir dos Chamamentos Públicos nº 01/2023, 02/2023 e 03/2023. A auditoria foi motivada pelo Acórdão 535/2023-SPL, que determinou a inspeção na Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI) para avaliar a qualidade e a forma da prestação dos serviços nessas unidades.

O foco principal deste trabalho é identificar os fatores que impactam na eficiência das unidades hospitalares e propor medidas corretivas para mitigar inconsistências detectadas. O relatório busca: (1) avaliar a eficiência hospitalar na prestação de serviços de qualidade ao paciente; (2) identificar as causas e efeitos da ineficiência; (3) reconhecer boas práticas implementadas; e (4) propor ações para tratar as causas subjacentes, mitigar seus efeitos e incorporar boas práticas na gestão hospitalar.

Deve ser ressaltado, ainda, que esse trabalho foi realizado no contexto do tema "Eficiência nas Redes de Atenção à Saúde" do PACEX 2024/2025, abrangendo a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI), o HEDA, gerido pelo Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), o HRCM, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, e a UIM, gerida pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco.

Durante a auditoria, foram identificadas deficiências significativas que comprometem a capacidade de atendimento e a eficiência dos serviços de saúde. O relatório visa fornecer um diagnóstico preciso das inconsistências encontradas e propor medidas que contribuam para a melhoria da eficiência dos serviços de saúde, assegurando que a população tenha acesso a um atendimento de qualidade e que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficaz.

A auditoria abrange o período do 2º semestre de 2023 até o terceiro trimestre de 2024, com etapas de planejamento e execução baseadas em análise documental, visitas *in loco* às unidades hospitalares e entrevistas com servidores. O escopo da auditoria incluiu metas qualitativas dos Contratos de Gestão nº 34/2023 (HRCM), nº 35/2023 (UIM) e nº 36/2023 (HEDA), Núcleo Interno de Regulação, gerenciamento de leitos e serviços hospitalares.

É importante destacar que não foi escopo desta auditoria a análise dos processos licitatórios dos Chamamentos Públicos nº 01/2023, 02/2023 e 03/2023, nem a verificação das prestações de contas dos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) no que tange às despesas realizadas, gestão de pessoal, patrimônio, certidões de regularidade e produção assistencial (metas quantitativas).

Espera-se que esta fiscalização traga benefícios como a melhoria na eficiência da gestão hospitalar, qualidade do atendimento ao paciente, melhor alocação dos recursos públicos, maior transparência e responsabilização na execução dos contratos de gestão, além de um desempenho aprimorado da rede hospitalar do Estado.

2. VISÃO GERAL DO OBJETO

O Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA), o Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) e a Unidade Integrada do Mocambinho (UIM) estão sob a gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS) por meio de contratos de gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), em 2023, com vigência de cinco anos. Essas unidades são fundamentais para a estrutura de saúde do Estado do Piauí, desempenhando papéis essenciais na prestação de serviços hospitalares à população.

Os contratos de gestão atribuíram às OSS a responsabilidade de garantir a administração eficiente e eficaz das unidades, assegurando a excelência dos serviços prestados, o cumprimento das metas estabelecidas e a adequada utilização dos recursos públicos. O objetivo final é assegurar que a população receba atendimento de saúde de alta qualidade, em conformidade com as diretrizes contratuais e as políticas públicas do Estado.

Para que esses objetivos sejam efetivamente alcançados, é imprescindível que a SESAPI realize um monitoramento contínuo, assegurando o cumprimento das metas pactuadas e a gestão ética e eficiente dos recursos públicos, sempre com foco no bem-estar dos cidadãos que dependem dos serviços prestados por essas unidades.

Os contratos de gestão com organizações sociais são caracterizados por sua natureza convencional, conforme definido pelo Acórdão 2057/2016-Plenário do Tribunal de Contas da União (TCU). Esse tipo de contrato se fundamenta na convergência de objetivos entre o Estado e as organizações sociais, estabelecendo uma parceria de longa duração, diferenciada da terceirização de serviços. Embora o Estado delegue a execução dos serviços de saúde, ele mantém a responsabilidade de assegurar que esses serviços sejam prestados em quantidade e qualidade adequadas.

Além disso, o Acórdão mencionado estabelece que os indicadores previstos nos contratos de gestão devem possuir atributos que garantam a efetividade na avaliação dos resultados, proporcionando uma visão ampla e abrangente do desempenho das organizações sociais.

Nesse contexto, a auditoria analisou três unidades hospitalares gerenciadas por OSS, cujos contratos de gestão foram celebrados após Chamamentos Públicos realizados pela SESAPI, sendo eles:

- **Contrato 34/2023:** Celebrado com a Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, para gerenciar o Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) em Campo Maior-PI.

- **Contrato 35/2023:** Celebrado com a Sociedade Brasileira Caminho de Damasco, para a gestão da Unidade Integrada do Mocambinho (UIM) em Teresina-PI.

- **Contrato 36/2023:** Celebrado com o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), para administrar o Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) em Parnaíba-PI.

Dando seguimento, é importante apresentar as características de cada hospital contratado, destacando suas especificidades e a relevância para a saúde pública local e regional.

O **Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA)**, localizado em Parnaíba-PI, é uma das principais referências de saúde do estado, atendendo uma população superior a 650 mil habitantes com serviços de média e alta complexidade. Funcionando 24 horas por dia, o HEDA oferece uma vasta gama de serviços, incluindo urgência e emergência, consultas ambulatoriais e internações em diversas especialidades, como clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e medicina intensiva. Sua estrutura conta com 276 leitos, distribuídos em unidades de terapia intensiva, leitos cirúrgicos e outras áreas especializadas.

O **Hospital Regional de Campo Maior (HRCM)**, situado em Campo Maior-PI, desempenha um papel vital na assistência à saúde da região dos Carnaubais, servindo de referência para vários municípios vizinhos. O HRCM oferece serviços de urgência e emergência, consultas ambulatoriais, internações e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). A unidade dispõe de 72 leitos, incluindo uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e opera 24 horas por dia, atendendo à demanda regional.

A **Unidade Integrada do Mocambinho (UIM)**, localizada em Teresina-PI, presta serviços de saúde de forma ininterrupta, com foco em urgência e emergência, consultas ambulatoriais e internações. A UIM possui 30 leitos e oferece atendimento especializado em clínica médica e psiquiatria, além de promover a reabilitação de pacientes internados, contribuindo significativamente para a saúde mental na região.

A presente auditoria foi realizada com o propósito de avaliar eficácia e eficiência da administração das unidades hospitalares sob contrato de gestão com as OSS, oferecendo subsídios para a implementação de melhorias na prestação dos serviços de saúde no Estado do Piauí.

3. ACHADOS DE AUDITORIA

Os achados da auditoria, apresentados a seguir, destacam problemas críticos na gestão e disponibilidade de leitos em unidades hospitalares do Estado, com sérias implicações para a capacidade de atendimento e a eficiência dos serviços presta-

dos. Foi identificada a indisponibilidade de leitos de internação na Clínica Cirúrgica do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA-Parnaíba) (item 3.1), comprometendo o atendimento às demandas de urgência e emergência. No Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) (item 3.2), verificou-se ineficiência na gestão de leitos, agravada por divergências de dados, o que prejudica a adequação da oferta de leitos à demanda existente. Na Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (UIM) (item 3.3), foram constatadas fragilidades na gestão de leitos e na continuidade do tratamento, comprometendo a qualidade e a continuidade dos cuidados aos pacientes. Esses achados evidenciam a necessidade premente de melhorias na administração hospitalar para assegurar a eficácia e eficiência dos serviços de saúde oferecidos à população.

3.1. Achado 1: Indisponibilidade de Leitos de Internação na Clínica Cirúrgica do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde HEDA-Parnaíba para Atender à Demanda do Serviço de Urgência e Emergência.

3.1.1. Situação encontrada 1: Insuficiência de Leitos na Clínica Cirúrgica para Atender a Demanda

A Clínica Cirúrgica, no âmbito hospitalar, é a unidade responsável pelo atendimento pré e pós-operatório, abrigando tanto os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos quanto aqueles em recuperação. De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mês de agosto de 2024, o tipo de leitos “Especialidade Cirúrgico” do HEDA (excluindo as especialidades de obstetrícia e pediatria cirúrgica) conta com 45 leitos. Durante inspeção realizada *in loco*, foi constatado que o hospital encontrava-se em reforma nas enfermarias da Clínica Cirúrgica. No período dessa reforma, os pacientes foram realocados para as enfermarias da Clínica Médica que, por sua vez, foi transferida para o anexo 02 (Hospital Nossa Senhora de Fátima). Até o final da inspeção, não foi apresentado à equipe de auditoria o cronograma oficial da reforma, não sendo possível obter informações precisas sobre o possível aumento do número de leitos da Clínica Cirúrgica após a conclusão das obras.

Figura 1: Reforma Clínica Cirúrgica



Fonte: Equipe de Auditoria da DFPP2

Figura 2: Reforma Clínica Cirúrgica



Fonte: Equipe de Auditoria da DFPP2

Com base nos dados coletados do censo hospitalar e na observação direta da equipe de auditoria, constatou-se que a quantidade atual de leitos na Clínica Cirúrgica é insuficiente para suprir a demanda existente. Como consequência, os leitos destinados à observação do Pronto Socorro vêm sendo utilizados para internação de pacientes cirúrgicos e clínicos. Essa prática compromete seriamente a capacidade de atendimento emergencial e urgente do Pronto Socorro, pois os leitos que deveriam ser usados para a estabilização e observação de pacientes em situação de emergência estão ocupados por pacientes que necessitam de internação prolongada.

Além disso, essa superlotação tem forçado o uso de espaços inadequados, como os corredores do Pronto Socorro, para acomodar pacientes, criando um ambiente de congestionamento que prejudica a qualidade e agilidade no atendimento de casos urgentes. Durante o período da auditoria (julho e agosto de 2024), foram documentadas situações de superlotação, inclusive com pacientes internados em macas nos corredores, o que agrava a sobrecarga dos profissionais de saúde e aumenta o risco de complicações no cuidado aos pacientes.

As fotografias anexas evidenciam o cenário de superlotação e ocupação inadequada do espaço físico do Pronto Socorro.

Figura 3: Corredor Pronto Socorro - HEDA



Fonte: Equipe de Auditoria da DFPP2

Essa situação demonstra um ciclo prejudicial em que a falta de leitos na Clínica Cirúrgica impacta diretamente o fluxo de atendimento de urgência e emergência no hospital. A ocupação dos leitos de observação do Pronto Socorro por pacientes internados gera filas de espera, dificulta a triagem adequada de novos pacientes e compromete a prontidão do atendimento emergencial, resultando em um atendimento hospitalar ineficiente.

3.1.2 Situação encontrada 2: Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência Superiores aos Parâmetros de Referência (Eficiência Hospitalar)

Os indicadores relacionados à eficiência na gestão de leitos hospitalares são fundamentais para avaliar o desempenho do processo de internação, identificar oportunidades de melhoria e garantir a continuidade da assistência de qualidade aos pacientes. A gestão eficiente dos leitos também contribui significativamente para a redução de custos e otimização dos recursos disponíveis. Dentre os principais indicadores de eficiência da gestão de leitos, destacam-se a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência dos pacientes.

Os leitos hospitalares inexoravelmente são gerenciados como recursos escassos e de elevado custo, sendo fundamental que seu uso seja racional e direcionado

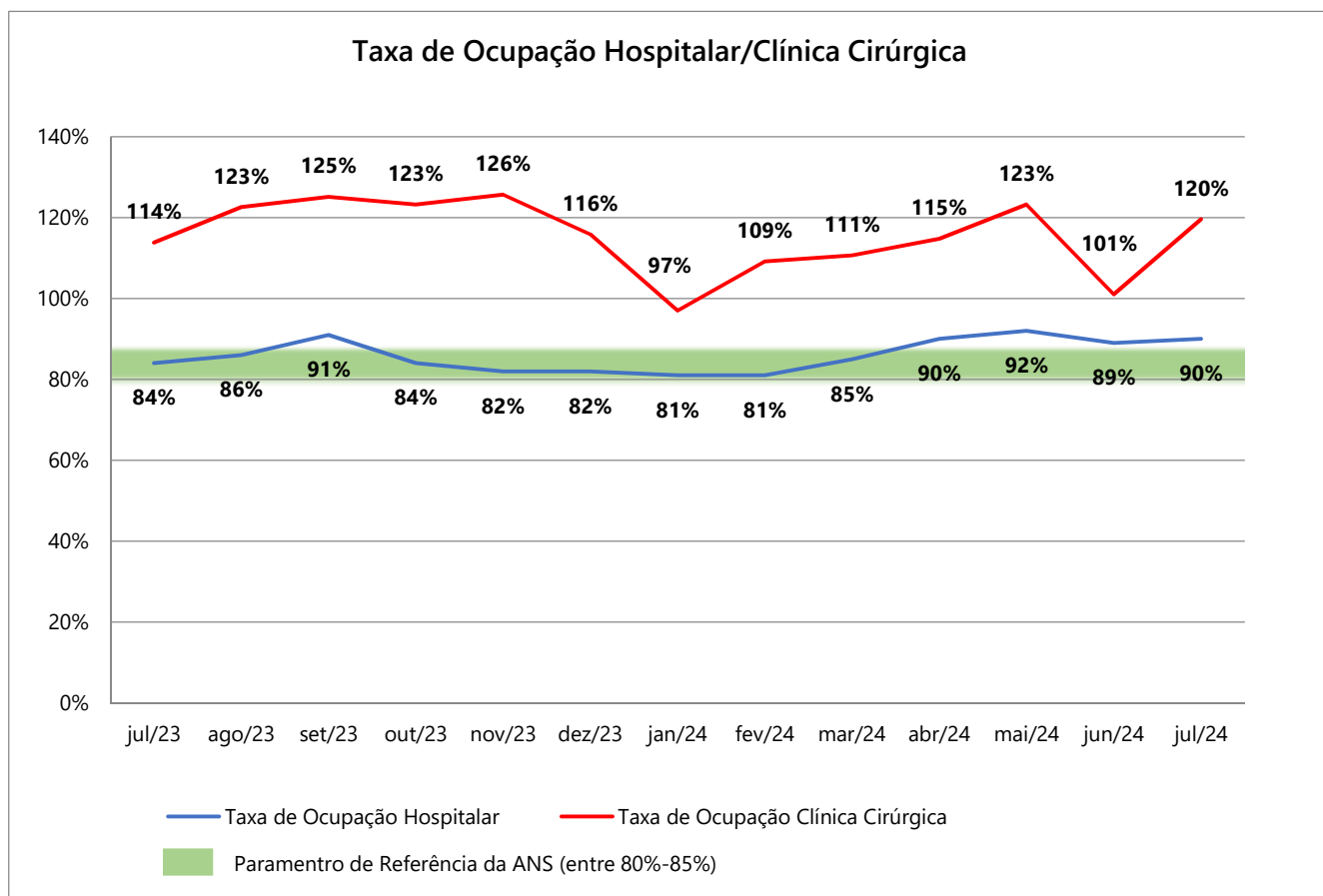
de forma a garantir disponibilidade para os pacientes que realmente necessitam desses recursos para sua recuperação.

A **taxa de ocupação** mede o nível de utilização dos leitos operacionais de um hospital e reflete a eficiência na sua gestão. Uma gestão eficiente permite aumentar a oferta de leitos, atendendo melhor às demandas do sistema de saúde.

Ao analisar os registros históricos do censo hospitalar do HEDA no período de julho de 2023 a julho de 2024, verificou-se a média da taxa de ocupação operacional geral de 86%, enquanto, especificamente na clínica cirúrgica, a média foi de 115,5%, superando os parâmetros de referência. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma taxa de ocupação eficiente em hospitais situa-se entre 80% e 85%, conforme definido no E-EFI-01, V1.01, de novembro de 2012.

O gráfico a seguir ilustra a taxa de ocupação hospitalar no período auditado:

Gráfico 1: Taxa de Ocupação Hospitalar/Clínica Cirúrgica - HEDA



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar (peças 9 e 10).

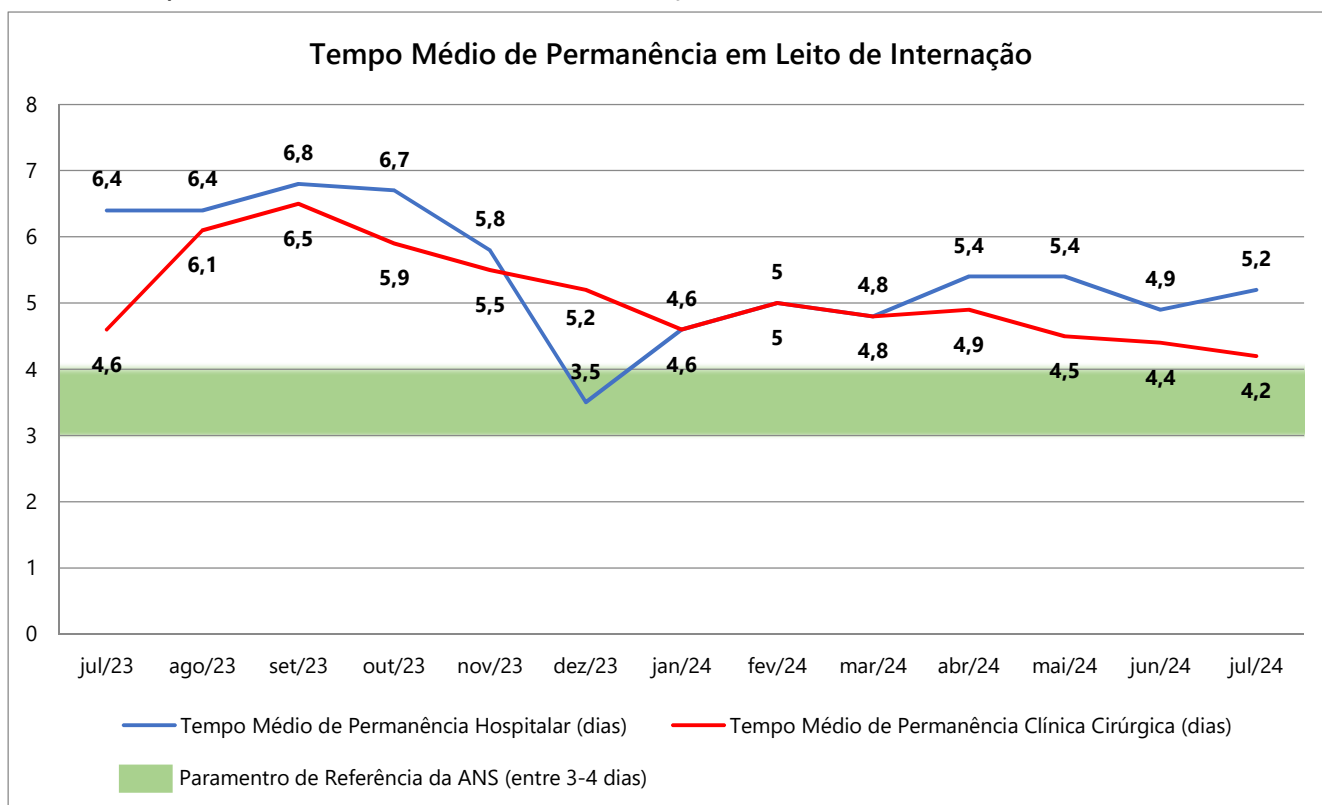
Durante o período em que a taxa de ocupação excedeu o parâmetro ideal, a capacidade do hospital de receber novos pacientes foi limitada. Para contornar essa

situação, o HEDA recorreu à abertura de leitos extras, convertendo os leitos de observação do Pronto Socorro em leitos clínicos. No entanto, essa medida, apesar de eficaz como estratégia de contingência, contribuiu para a superlotação do Pronto Socorro.

O **tempo médio de permanência** é outro indicador relevante que reflete a eficiência da gestão dos leitos operacionais, pois avalia a média de dias que um paciente permanece internado. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (QUALISS – ANS, 2014), o tempo médio de internação recomendado para hospitais de médio porte é de 3 a 4 dias. No entanto, a média global de permanência no HEDA, no período de julho de 2023 a julho de 2024, foi de 5,5 dias, e, especificamente na clínica cirúrgica, foi de 5,1 dias, ambos acima do referencial recomendado.

O gráfico abaixo detalha o tempo médio de permanência no período auditado:

Gráfico 2: Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação - HEDA



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar.

O prolongamento do tempo de permanência impacta negativamente a eficiência hospitalar, gerando desperdício de recursos e aumentando os custos operacionais. Esse cenário foi agravado pela demora na transferência de pacientes para outros hospitais por meio do sistema de regulação HYDRA (Regula Piauí).

Da análise da documentação fornecida pelo hospital (planilha de pacientes regulados), observou-se que, no período de maio a julho de 2024, 8,5% dos leitos hospitalares estavam ocupados por pacientes aguardando transferência, o que prolongou ainda mais o tempo de permanência no HEDA.

Na referida análise, calculou-se o tempo de permanência destes pacientes internados no HEDA, desde a data do cadastramento no sistema HYDRA, até a data da transferência ou sua exclusão por motivo de óbito.

A tabela a seguir ilustra o tempo de permanência dos pacientes à espera de transferência:

Tabela 1: Tempo de Permanência de Internações por Regulação - HEDA

Mês/Ano	Pacientes-dia Internados Regulados (b)	Pacientes-dia Totais Internados (c)	Percentual de Internação por Regulação (b/c x 100)
Mai/24	622	6.473	9,6
Jun/24	525	5.153	10,2
Jul/24	433	6.870	6,3
Total	1.580	18.496	8,5

Fonte: Equipe de auditoria da DFPP 2 – setembro/2024.

Pacientes-dia é a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês.

3.1.3 Situação encontrada 3: Acompanhamento Insuficiente dos Indicadores de Eficiência Hospitalar pelo HEDA

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) é responsável por monitorar a ocupação e utilização dos leitos hospitalares, além de acompanhar a movimentação dos pacientes desde a entrada até a alta hospitalar.

O NIR possui instalações físicas próprias, funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, com uma equipe multiprofissional composta por 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 1 coordenadora, 1 auxiliar administrativo e 1 médico efetivo, todos dedicados exclusivamente ao núcleo.

Entre as responsabilidades do NIR, está a otimização da utilização dos leitos hospitalares, mantendo a taxa de ocupação dentro de limites adequados, evitando tanto a ociosidade quanto a superlotação, e controlando o tempo de permanência nos diversos setores do hospital. Além disso, o NIR busca ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esses indicadores

devem ser definidos de acordo com o perfil da instituição, com base em comparações com outras instituições de porte semelhante (*benchmarking*).

Apesar da estrutura e do funcionamento contínuo do NIR, observou-se que a gestão de leitos no HEDA ainda não está formalizada em processos devidamente estruturados. As práticas atualmente adotadas incluem:

- Acompanhamento de todos os pacientes hospitalizados, não apenas dos regulados.
- O enfermeiro do NIR realiza a "corrida de leitos" diariamente.
- O médico do NIR verifica a fila de regulação e faz a interface com a central de regulação, além de acompanhar as altas dos pacientes.
- Os médicos do hospital realizam a evolução dos prontuários.
- A coleta do censo diário é feita por cada equipe de setor, sendo registrada em um livro censo à meia-noite. Na manhã seguinte, o NIR recolhe os livros dos setores e alimenta uma planilha em Excel, comparando os dados com o sistema Gesthor.
- Caso haja inconsistências nos dados comparados, o NIR reúne-se semanalmente com os coordenadores dos setores para correção do censo.
- Pacientes internados no Pronto Socorro são cadastrados como "extra", mas contabilizados no censo hospitalar dentro de suas respectivas clínicas.
- Após esse processo, o censo consolidado é encaminhado para o setor de qualidade, que realiza a análise dos dados.

No entanto, essas práticas não garantem a gestão plena e eficiente dos leitos no HEDA. Os indicadores analisados para o período de julho de 2023 a julho de 2024 evidenciam altas taxas de ocupação de leitos na clínica cirúrgica e tempos médios de permanência elevados, conforme demonstrado nas tabelas apresentadas nas situações anteriores.

Atualmente, o HEDA não possui um plano formalizado para monitorar esses indicadores, o que compromete a capacidade da gestão em identificar e corrigir problemas pontuais que afetam diretamente a eficiência hospitalar. O acompanhamento dos indicadores de taxa de ocupação e tempo médio de permanência deve ser uma prática contínua e proativa para garantir a eficiência do uso dos recursos hospitalares e a qualidade do atendimento aos pacientes.

Para garantir uma gestão eficiente dos leitos hospitalares, é essencial que o HEDA acompanhe regularmente os indicadores de eficiência e implemente planos de contingência sempre que houver distorções em relação aos parâmetros estabelecidos. Isso é fundamental para evitar prejuízos nos serviços prestados aos usuários do hospital e assegurar a qualidade da assistência à saúde.

3.1.4 Situação encontrada 4: Acompanhamento Insuficiente das Metas Qualitativas Pactuadas no Contrato de Gestão pela SESAPI

O Termo de Referência que regula o Chamamento Público nº 01/2023 - SESAPI para a seleção de uma Organização Social de Saúde (OSS) para gerir, operacionalizar e executar os serviços de saúde do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) estabelece indicadores qualitativos para a avaliação trimestral de desempenho. Esses indicadores, que incluem metas como taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais e outros, são fundamentais para medir a eficiência da gestão hospitalar. A OSS é obrigada a fornecer relatórios mensais à Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), demonstrando os resultados obtidos com base nesses indicadores.

Os principais indicadores de desempenho pactuados no contrato de gestão são:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48h)	≤ 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

Fonte: Termo de Referência do Chamamento Público nº 01/2023 – SESAPI (peça 11)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece como parâmetro de eficiência hospitalar uma taxa de ocupação entre 80% e 85%, enquanto o tempo médio de permanência recomendado para hospitais de médio porte é de 3 a 4 dias. No entanto, verificou-se que as metas pactuadas entre a OSS e a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) para esses indicadores não estão alinhadas com esses parâmetros de eficiência, uma vez que a meta de taxa de ocupação hospitalar foi fixada em ≥ 85% e o tempo médio de permanência em ≤ 7 dias, o que ultrapassa o referencial de eficiência hospitalar definido pela ANS.

A fixação da taxa de ocupação hospitalar em um patamar mínimo de 85% e uma média de permanência de até 7 dias não apenas contraria as diretrizes da ANS, mas também pode comprometer a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes. **A meta de ocupação superior a 85% tende a gerar superlotação**, aumentando o risco de infecções hospitalares e reduzindo a capacidade da equipe em oferecer atenção adequada a cada paciente.

Essas incongruências nas metas pactuadas revelam a necessidade de uma revisão criteriosa para que estejam alinhadas aos parâmetros de eficiência e qualidade estabelecidos por órgãos reguladores, garantindo assim a segurança dos pacientes e a eficácia dos serviços de saúde prestados.

Além disso, outros indicadores importantes, como o percentual de suspensão de cirurgias programadas por motivos operacionais, não tem sido acompanhados de forma eficaz. Destacam-se os seguintes resultados:

1. Relatório de Avaliação da SESAPI – 3º Trimestre de 2023:
 - Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Organização da Unidade): Meta $\leq 3\%$ / Resultado: 2,68%.
2. Relatório de Avaliação da SESAPI – 4º Trimestre de 2023:
 - Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Organização da Unidade): Meta $\leq 3\%$ / Resultado: 16,34%.
3. Relatório de Avaliação da SESAPI – 1º Trimestre de 2024:
 - Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (Organização da Unidade): Meta $\leq 3\%$ / Resultado: 10,05%.

(Relatórios de Avaliação anexos às peças 12, 13 e 14).

Estes resultados sinalizam problemas estruturais na organização e na gestão dos recursos hospitalares, que afetam diretamente a capacidade do hospital de cumprir seu planejamento cirúrgico.

Ademais, observa-se que o contrato de gestão, que deveria ser objeto de avaliação e acompanhamento trimestral pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), não está sendo adequadamente cumprido neste aspecto. A SESAPI, na qualidade de órgão contratante, deve intensificar suas ações de supervisão e promover uma análise mais rigorosa das causas subjacentes ao alto índice de suspensão de cirurgias.

É crucial que a SESAPI assuma um papel mais ativo e rigoroso no monitoramento e avaliação das metas qualitativas pactuadas com a OSS.

3.1.5 Fontes de informação

- **Censo hospitalar do HEDA**, fornecido pela administração hospitalar.
- **Relatórios operacionais do hospital**, fornecidos pela administração hospitalar.

- **Inspeção *in loco*** realizada pela equipe de auditoria, com coleta de dados e análise de documentos.
- **Normas e diretrizes da ANS** sobre parâmetros de eficiência hospitalar.
- **Sistema de regulação HYDRA (Regula Piauí)**, com registros de movimentação e transferência de pacientes.
- **Planilhas de Excel** e outros sistemas utilizados pelo NIR para o acompanhamento do censo hospitalar.
- **Entrevistas** com membros do NIR e outros responsáveis pela gestão dos indicadores hospitalares.
- **Contrato de gestão** entre a OSS e a SESAPI, com as metas qualitativas pactuadas, anexo à peça 15.
- **Relatórios de avaliação trimestral** da SESAPI.

3.1.6 Critérios de auditoria

- **Constituição Federal de 1988, Art. 37** – dispõe sobre os princípios de Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência e Art. 196 – dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- **Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)**, que assegura o direito à saúde e determina que os serviços de saúde devem ser organizados de forma a garantir a universalidade e a integralidade do atendimento, o que inclui a disponibilidade adequada de leitos hospitalares.
- **Portaria de Consolidação MS/GM nº 1, de 28/09/2017 – Art. 4º, § Único, inciso I** – dispõe que é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento.
- **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 GM/MS – Art. 8º, § 1º, Inciso I** – Dispõe sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada e Inciso VI, preceitua sobre construção e viabilização às grades de referência e contrarreferência.
- **Portaria nº 3.410/2013** - Diretrizes para Contratualização de Hospitais no SUS, que requer a gestão eficiente dos leitos hospitalares para evitar superlotação e garantir a otimização dos recursos disponíveis.
- **Portaria MS nº 3.390/2013** – Regulamenta o monitoramento e avaliação das me-

tas qualitativas pactuadas em contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde, exigindo que as metas sejam alinhadas com padrões de eficiência e eficácia estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

- **Manual de Implantação e Implementação do NIR – MS/SAES/DAHU 2017, item 2.3** - estabelece, dentre as principais atribuições do órgão, a otimização da utilização dos leitos hospitalares, para manter a taxa de ocupação em limites adequados e controlar o tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, a promoção do uso dinâmico dos leitos hospitalares e o fornecimento de subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos.

3.1.7 Evidências

- **Relatórios do censo hospitalar** que mostram a ocupação dos leitos da clínica cirúrgica e a utilização de leitos de observação do Pronto Socorro para internação prolongada.
- **Registros fotográficos** das condições das enfermarias e dos corredores durante a inspeção in loco, mostrando a acomodação inadequada de pacientes.
- **Registros históricos do censo hospitalar** que indicam a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência para o período auditado.
- **Tabelas e gráficos comparativos** que mostram o desvio dos parâmetros de eficiência em relação aos critérios estabelecidos pela ANS.
- **Relatórios de avaliação da SESAPI** que mostram o cumprimento parcial ou não cumprimento das metas pactuadas como taxa de ocupação hospitalar e percentual de suspensão de cirurgias programadas.
- **Contrato de gestão** entre a OSS e a SESAPI, destacando as metas qualitativas pactuadas e os parâmetros estabelecidos.

3.1.8 Causas

- **Reforma prolongada:** A reforma nas enfermarias da clínica cirúrgica, sem um cronograma claro e a falta de informações precisas sobre o aumento da capacidade de leitos.
- **Falta de planejamento estratégico** para ajustar a capacidade de leitos temporários durante o período de reforma.
- **Demora na transferência de pacientes** para outros hospitais (sistema de regulação HYDRA/Regula Piauí).
- **Falta de monitoramento e controle contínuo dos indicadores** de taxa de ocupação e tempo de permanência.

- **Ausência de processos formalizados** para o monitoramento contínuo e proativo dos indicadores de eficiência hospitalar.
- **Falta de alinhamento das metas pactuadas** entre a OSS e a SESAPI com os parâmetros de eficiência estabelecidos por órgãos reguladores, como a ANS.
- **Monitoramento insuficiente por parte da SESAPI**, com falhas na análise e na ação corretiva quando as metas não são cumpridas.

3.1.8 Efeitos

- **Superlotação dos leitos de observação do Pronto Socorro**, comprometendo a capacidade de atendimento emergencial e dificultando a triagem e estabilização de novos pacientes.
- **Aumento do risco de complicações para os pacientes** devido à acomodação em espaços inadequados, como corredores, que não são equipados para atendimento prolongado.
- **Sobrecarga dos profissionais de saúde**, resultando em queda na qualidade do atendimento e aumento do risco de esgotamento profissional.
- **Aumento dos custos operacionais do hospital**, devido ao prolongamento desnecessário das internações.
- **Redução da capacidade do hospital de receber novos pacientes**, levando a atrasos no atendimento e na realização de procedimentos cirúrgicos.
- **Comprometimento da capacidade de planejamento estratégico do hospital**, resultando em uma gestão reativa em vez de proativa.
- **Superlotação do hospital e aumento do risco para os pacientes**, devido à fixação de metas de ocupação hospitalar superiores aos parâmetros recomendados.
- **Aumento da taxa de suspensão de cirurgias programadas**, comprometendo o planejamento cirúrgico e a qualidade do atendimento prestado.
- **Comprometimento da qualidade dos serviços de saúde**, com impacto direto na segurança dos pacientes e na eficácia das operações hospitalares.

CAMPO EXCLUSIVO PARA COMENTÁRIOS DA ENTIDADE AUDITADA:

(X) Concordo

() Concordo parcialmente

() Discordo

Justifique (prazo para adoção das medidas e/ou sugestão de alternativas):

PLANO DE AÇÃO PARA AS SITUAÇÕES ENCONTRADAS: (Peça 35)

Situação Encontrada 1. Insuficiência de Leitos na Clínica Cirúrgica para Atender a Demanda

Ação 1: Durante a reforma, os leitos da clínica médica foram temporariamente transferidos para o Anexo Nossa Senhora dos Remédios, enquanto os leitos da clínica cirúrgica foram realocados

na área destinada à clínica médica. Com a finalização da reforma, os leitos de ortopedia já retornaram para o HEDA ficando o anexo apenas com leitos de clínica médica (Anexo 01 - peça 36). RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 2: O Hospital informa que o Plano de Capacidade Plena (PCP), protocolo utilizado para definir ações em situações de superlotação, estava em fase de revisão. Atualmente já concluído e em uso (Anexo 02 – peça 37). RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Situação Encontrada 2: Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência Superiores aos Parâmetros de Referência (Eficiência Hospitalar)

Ação 1: Solicitar à OSS a apresentação de um plano de ação focado na redução do tempo de permanência e da taxa de ocupação. RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: 18/11/2024. STATUS: A iniciar.

Ação 2: De acordo com a ANAHP 2024, a média de permanência em hospitais de grande porte varia entre 3,97 e 4,51 dias (<https://www.anahp.com.br/indicadores-hospitalares/>). Com a repectuação de metas, ajustamos o tempo de permanência de 7 para, no máximo, 5 dias. Vale ressaltar que essa redução será gradativa, pois depende de tempo e de uma mudança na cultura institucional para alcançar reduções ainda maiores. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 3: Solicitar à OSS a apresentação de um plano de ação focado na redução do tempo de espera pela definição e realização das transferências interhospitalares. RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: 18/11/2024. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 3: Acompanhamento Insuficiente dos Indicadores de Eficiência Hospitalar pelo HEDA

Ação 1: O HEDA informa que a coleta dos indicadores é realizada por meio da plataforma ISAC Up. Esses indicadores são discutidos mensalmente no 'Café com Gestão' (Anexo 03 – peça 38), uma reunião que envolve gestores, comissões e o corpo assistencial, com o objetivo de analisar os dados e elaborar um plano de ação para resolver as não conformidades. RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 2: O HEDA informa que a coleta dos indicadores é realizada por meio da plataforma ISAC Up. O acompanhamento dos indicadores será realizado quinzenalmente por meio da criação da Comissão de Governança Clínica, que envolverá reuniões entre a SESAPI e as OSS para discutir e monitorar os indicadores e as metas de desempenho. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: Em andamento.

Ação 3: Solicitar da OSS um protocolo para implementação de planos de contingência para gerenciamento de superlotação e ociosidade. RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: 18/11/2024. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 4: Acompanhamento Insuficiente das Metas Qualitativas Pactuadas no Contrato de Gestão pela SESAPI

Ação 1: A metodologia de avaliação dos relatórios foi modificada com a criação de uma CMA para cada instituição, composta por um presidente, um assistente técnico enfermeiro, um ana-

lista de glosas e um contador. Anteriormente, havia apenas uma comissão que abrangia todos os hospitais. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 2: Criar um sistema de monitoramento em tempo real dos indicadores no MV. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 02/01/2025. STATUS: A iniciar.

Ação 3: O acompanhamento dos indicadores será realizado quinzenalmente por meio da criação da Comissão de Governança Clínica, que envolverá reuniões entre a SESAPI e as OSS para discutir e monitorar os indicadores e as metas de desempenho. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: Em andamento.

Ação 4: Elaborar modelo de relatório trimestral de prestação de contas que contenha um plano de ação para resolução de cada meta não atingida. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 18/11/2024. STATUS: A iniciar.

Ação 5: O HEDA informa a seguinte rotina para a marcação de cirurgias eletivas (Anexo 04 – peça 39): o mapa cirúrgico da semana seguinte é enviado ao centro cirúrgico pelo NIR todas as sextas-feiras. O NIR entra em contato com os pacientes agendados em três momentos: 48, 24 e 12 horas antes do procedimento cirúrgico. RESPONSÁVEL: HEDA. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 6: Criação de uma Comissão de Governança Clínica, com reuniões quinzenais entre a comissão e as OSS para discussão de indicadores hospitalares, metas contratualizadas e avaliação das suspensões de cirurgias. Nesses encontros, serão verificados o número de cirurgias programadas, o número de cirurgias executadas, o número de cirurgias suspensas e os motivos das suspensões. As ações necessárias para resolver cada caso serão cobradas. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: Em andamento.

3.2 Achado 2: Ineficiência na Gestão de Leitos e Divergências de Dados, Comprometendo o Atendimento da Demanda no Hospital Regional de Campo Maior - HRCM

3.2.1 Situação encontrada 1: Insuficiência de Leitos na Clínica Médica e Superlotação dos Leitos Hospitalares

A clínica médica, no contexto hospitalar, é responsável pelo atendimento de urgência e emergência, visando ao diagnóstico e tratamento rápidos, com foco na estabilização do quadro do paciente até o encaminhamento para atendimento especializado, se necessário.

Um dos aspectos que exerce forte impacto sobre a dimensão “eficiência” em unidades hospitalares é a sua política de gerenciamento de leitos. Segundo Was-

gen, Terres e Machado¹, o gerenciamento de leitos engloba uma variedade de atividades, que vão desde o desenvolvimento de sistemas de informação para monitorar e planejar a ocupação hospitalar até a implementação de procedimentos operacionais para admissão e alta, sendo o objetivo central garantir a eficiência no uso dos recursos, por meio da otimização dos leitos disponíveis no hospital.

No Hospital Regional de Campo Maior, a quantidade de leitos disponíveis na clínica médica é insuficiente para atender à demanda, resultando na utilização de leitos de observação do pronto-socorro para internação de pacientes. Tal prática compromete o tratamento adequado dos pacientes internados e sobrecarrega o pronto-socorro, que é a principal porta de entrada do hospital.

O HRCM utiliza o sistema "JPG Soluções" para registrar atendimentos, ocupação de leitos e movimentação dos pacientes entre as diversas áreas do hospital, como o pronto-socorro, clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria e UTI. A clínica médica do HRCM dispõe de 27 leitos, distribuídos em 8 enfermarias, os quais, durante inspeção *in loco*, apresentaram ocupação total, conforme comprovado por registros fotográficos.

Como consequência, muitos pacientes que chegam ao pronto-socorro e necessitam de internação são acomodados nos leitos de observação e ainda que fiquem sob a responsabilidade da clínica médica, dificulta um atendimento adequado, em razão da própria distância física entre paciente e a equipe profissional. Além disso, alguns pacientes permanecem internados no pronto-socorro por vários dias aguardando vaga na clínica médica, enquanto outros, que precisam de tratamento de menor duração, permanecem no pronto-socorro até sua alta.

3.2.2 Situação encontrada 2: Estrutura e Composição Inadequada do Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa essencial para o monitoramento da internação e movimentação de pacientes até a alta hospitalar.

Nesse contexto, o NIR exerce papel crucial na gestão dos leitos e no fluxo de pacientes, sendo necessário que ele mantenha vínculo direto com a alta administra-

¹ WASGEN, Alexsandra Maria; TERRES, Mellina Da Silva; MACHADO, Bárbara Foiato Hein. O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar, **Revista Hospitalidade**, v. 16, n. 2, p. 31-49, 2019. Disponível em: <https://www.rev Hosp.org/hospitalidade/article/view/813/pdf>. Acesso em: 13 de abr de 2023.

¹ Fonte: IBGE Pop.Est. 2018; PIAUÍ. Plano Estadual de Saúde. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/2109/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE_-_2023.pdf. Acesso em: 18 de setembro de 2023.

ção do hospital, gerenciando de forma centralizada todos os recursos relacionados aos leitos. Para o desempenho adequado de suas funções é imperativo que o NIR opere com políticas e planos definidos, amplamente conhecidos por todos os setores do hospital.

De acordo com o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017), o NIR deve ser dimensionado conforme o grau de atuação esperado. O funcionamento ideal prevê operação 24 horas por dia, sete dias por semana, com uma equipe mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

No entanto, no HRCM, o NIR apresenta uma estrutura inadequada. A unidade não possui espaço físico próprio, funcionando em uma mesa compartilhada em uma sala com outros núcleos. O horário de funcionamento é restrito a 12 horas diárias, sete dias por semana, comprometendo o acompanhamento contínuo dos leitos e dos fluxos de pacientes.

A equipe do NIR do HRCM é composta por 2 enfermeiras plantonistas em regime de 12 horas diurnas, com atuação exclusiva no núcleo. Embora haja um médico plantonista responsável pela atualização do quadro clínico dos pacientes regulados, ele não atua de forma exclusiva no NIR.

Tal configuração evidencia que a estrutura do NIR no HRCM apresenta fragilidades que comprometem o pleno cumprimento de suas funções.

3.2.3 Situação encontrada 3: Atuação Incipiente do NIR para Otimizar a Utilização dos Leitos do HRCM / Dificuldades no Gerenciamento de Leitos

Compete aos hospitais, em conformidade com o inciso V do artigo 7º da Portaria nº 3.410/2013 – Diretrizes para Contratualização de Hospitais no SUS, e em consonância com a Política Nacional de Hospitais de Referência (PNHOSP), realizarem a gestão dos leitos hospitalares de forma a otimizar sua utilização. Contudo, a equipe de auditoria verificou que a gestão de leitos no Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) não dispõe de estratégias suficientemente eficientes para esse fim.

O HRCM não possui mapeamento de seus macroprocessos, isto é, os fluxos de trabalho organizados entre os diversos setores do hospital não estão formalmente estabelecidos. Essa ausência de mapeamento eficiente do fluxo de pacientes, associada à dificuldade em mensurar indicadores-chave de desempenho, compromete tanto a qualidade do atendimento quanto a resolutividade da assistência prestada. Consequentemente, observa-se impacto direto na integralidade dos serviços de saúde oferecidos, no tempo médio de internação, na rotatividade dos leitos, no atendimento da demanda da Rede de Saúde local e nas filas de regulação.

Além disso, a rotina operacional referente à gestão de leitos no HRCM carece de formalização. As práticas atualmente adotadas consistem no acompanhamento da oferta e demanda de leitos ao longo do dia, seja por meio do sistema JPG (aba ALAS) ou de verificações *in loco* nos diversos setores. Também é realizado o monitoramento dos pacientes na fila de regulação pelo sistema Hydra (Regula Piauí), bem como a coleta do censo hospitalar de todas as clínicas, cujo resultado é consolidado e enviado em relatórios diários para a coordenação de enfermagem. Todavia, essas práticas não garantem, de fato, uma gestão eficiente dos leitos, considerando que os indicadores relativos ao período de junho a agosto de 2024 apresentam elevadas taxas de ocupação de leitos na clínica médica e um tempo médio de permanência elevado, conforme demonstrado nos gráficos 3 e 4.

As informações obtidas junto ao NIR revelam que, durante o período noturno, as atividades relacionadas às transferências e à regulação dos pacientes ficam sob a responsabilidade do serviço social, enquanto a evolução clínica dos pacientes que aguardam senha de regulação é realizada pelo médico plantonista na manhã seguinte.

Atualmente, a rotina da enfermeira do NIR consiste em consultar o sistema JPG para verificar a disponibilidade de leitos, realizando, posteriormente, uma confirmação presencial ou por contato telefônico com as clínicas. Somente após essa verificação, as informações são repassadas ao setor demandante para que este providencie a transferência dos pacientes internados nos postos de observação. Esse processo cria vulnerabilidades nos controles das informações e na comunicação entre os setores, impactando negativamente na tempestividade da assistência prestada aos pacientes.

É importante destacar que protocolos de gestão de leitos são essenciais para assegurar a qualidade e a eficiência dos serviços hospitalares. Esses protocolos ajudam a padronizar práticas profissionais, definir diretrizes claras, melhorar a comunicação entre as equipes e garantir a utilização otimizada dos recursos hospitalares. Diante disso, a ausência de formalização dos processos de trabalho dentro do HRCM compromete não apenas a transparência e o controle, como também geram gargalos que influenciam negativamente a eficiência dos serviços prestados pela unidade hospitalar.

Embora o gerenciamento de leitos no HRCM seja realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), constatou-se que tanto as estruturas físicas disponibilizadas pelo hospital quanto os processos de trabalho em execução são insuficientes para proporcionar a eficácia na gestão de leitos. Essa deficiência impossibilita o adequado monitoramento do fluxo de pacientes desde sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar, além de limitar o desenvolvimento de atividades fundamentais para otimizar a capacidade instalada do hospital.

3.2.4 Situação encontrada 4: Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores Hospitalares - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência

Os indicadores relacionados à eficiência na gestão de leitos são fundamentais para avaliar o desempenho do hospital, identificar oportunidades de melhoria e garantir uma assistência contínua e de qualidade aos pacientes. A gestão eficiente de leitos também contribui para a redução de custos e melhor utilização dos recursos disponíveis.

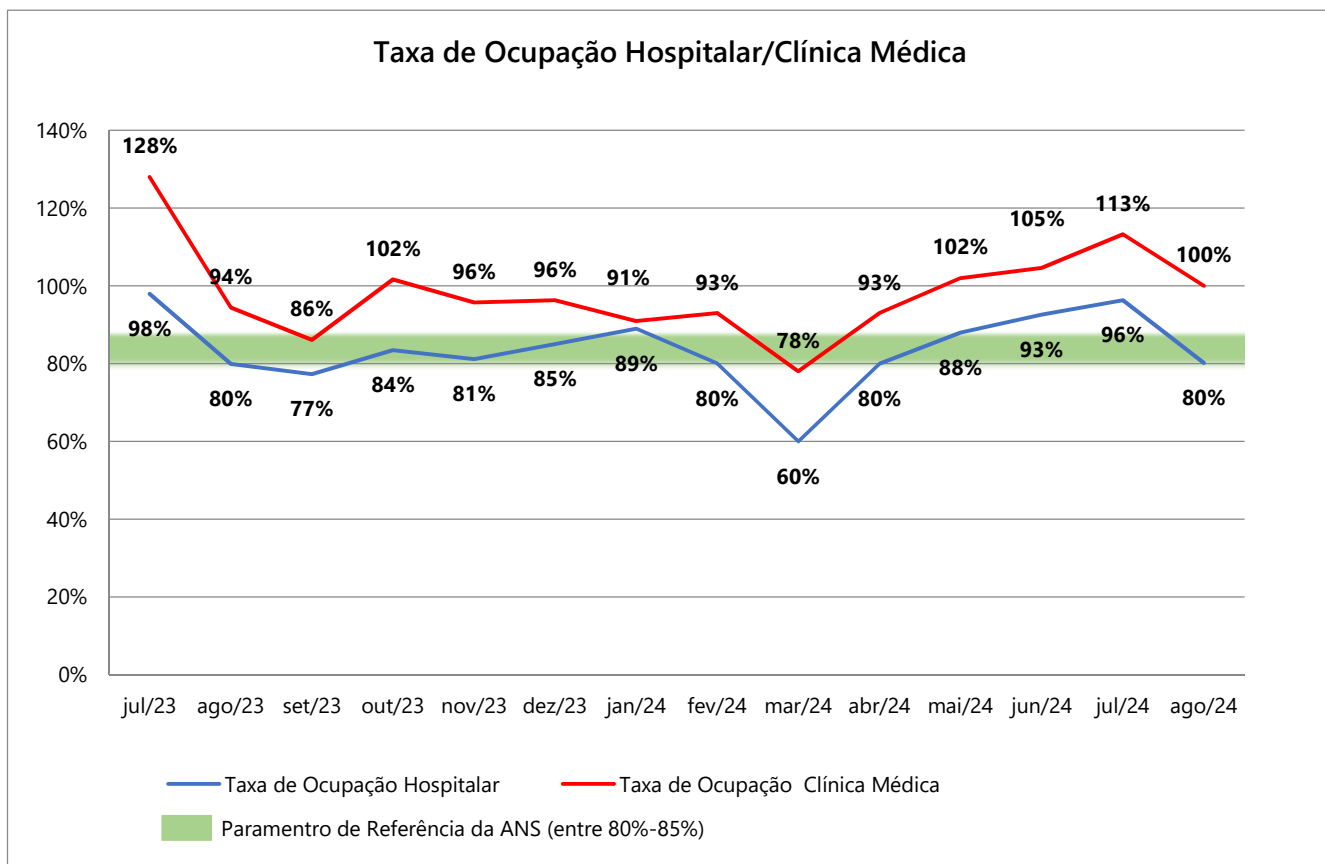
Entre os principais indicadores, destacam-se a taxa de ocupação dos leitos e o tempo médio de permanência dos pacientes, que são essenciais para monitorar a eficiência do uso dos leitos hospitalares. Dentre as atribuições do Núcleo Interno de Regulação (NIR) está a otimização da utilização dos leitos hospitalares, mantendo a taxa de ocupação em níveis adequados, evitando tanto a ociosidade quanto a superlotação, além de controlar o tempo de permanência e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

A taxa de ocupação mede o grau de utilização dos leitos operacionais e reflete o perfil de gestão do hospital. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituições com taxa de ocupação entre 80% e 85% são consideradas eficientes.

Durante o período auditado, de julho de 2023 a agosto de 2024, o censo hospitalar do HRCM registrou uma taxa de ocupação média de 98,36% para a clínica médica, acima da faixa de referência recomendada pela ANS.

O gráfico a seguir ilustra a taxa de ocupação hospitalar no período auditado:

Gráfico 3: Taxa de Ocupação Hospitalar e da Clínica Médica – HRCM



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar (anexo às peças 16 e 17).

Para o cálculo da taxa de ocupação, devem ser considerados leitos operacionais ou disponíveis, incluindo leitos extras utilizados em casos de internação. No entanto, a análise dos Relatórios de Internação por Período (movimentação), gerados pelo sistema "JPG Soluções" para o período de junho a agosto de 2024, revelou que, em média, 5 leitos do pronto-socorro foram utilizados para acomodar pacientes da clínica médica, sem que esses leitos fossem incluídos no cálculo da taxa de ocupação. O uso de leitos instalados em vez de leitos efetivamente em uso causa divergências nos resultados da taxa de ocupação hospitalar.

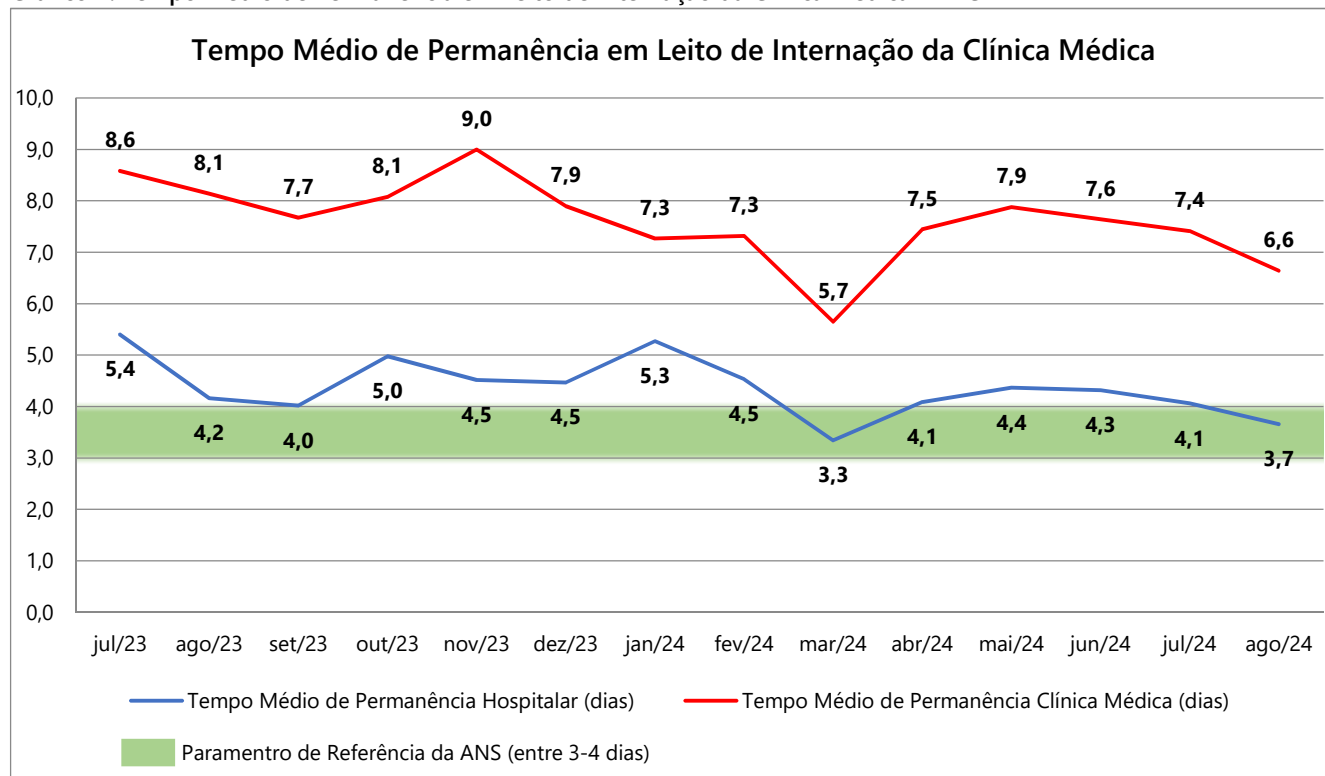
O indicador de Tempo Médio de Permanência avalia a duração da internação dos pacientes e está diretamente relacionado à eficiência na gestão dos leitos operacionais. Segundo a QUALISS – ANS (2014), a média de permanência em hospitais de médio porte deve ser de 3 a 4 dias.

No entanto, conforme os dados apurados e demonstrados na tabela a seguir, o Hospital Regional de Campo Maior (HRCM) apresentou, no período de julho de 2023 a agosto de 2024, um tempo médio de permanência global de 4,37 dias. Na clínica médica, esse indicador foi significativamente superior, atingindo 7,62 dias, valor que

não atende aos parâmetros de referência estabelecidos.

O gráfico abaixo detalha o tempo médio de permanência no período auditado:

Gráfico 4: Tempo Médio de Permanência em Leito de Internação da Clínica Médica - HRCM



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar.

Tal situação evidencia uma ineficiência na gestão de leitos operacionais no âmbito da clínica médica, indicando necessidade de revisão e aprimoramento das práticas de regulação e controle de internações, a fim de garantir o uso otimizado dos recursos hospitalares e redução dos tempos de permanência.

O aumento do tempo de permanência hospitalar impacta negativamente a eficiência operacional do hospital, comprometendo a entrega de valor à sociedade. Tal cenário configura-se como desperdício de recursos públicos, além de elevar desnecessariamente os custos ao contribuinte.

A partir da análise da documentação fornecida pelo hospital, bem como dos dados extraídos do sistema JPG, constatou-se que, entre junho e agosto de 2024, 8,4% dos leitos ocupados na clínica médica foram destinados a pacientes aguardando regulação para transferência, o que contribuiu para o aumento do tempo de internação.

Foram analisados os registros dos pacientes internados na clínica médica do HRCM, incluindo aqueles alocados em leitos de observação do pronto-socorro, bem

como pacientes de outras especialidades (oncologia, infectologia, cardiologia, cirurgia vascular) alocados na clínica médica, que aguardavam transferência para outros hospitais, regulados por meio do sistema HYDRA.

Na referida análise, calculou-se o tempo de permanência desses pacientes, desde a data de cadastramento no sistema até a data de sua transferência ou, em alguns casos, exclusão por motivo de óbito.

Os resultados da análise estão descritos na tabela a seguir:

Tabela 2: Tempo de Permanência de Internações na Clínica Médica à Espera de Transferência - HRCM

Mês/ano	Pacientes/dia regulados para transferência (b)	Total de Pacientes/dia internados na Clínica Médica (c)	Percentual de leitos ocupado por Pacientes Regulados (b/c x 100)
Jun/24	50	871	5,7%
Jul/24	69	948	7,3%
Ago/24	105	837	12,5%
Total	224	2.656	8,4%

Fonte: Equipe de auditoria da DFPP 2 – setembro/2024.

A unidade de medida utilizada para a análise foi "pacientes-dia", que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de "pacientes-dia" em um mês corresponde à somatória dos pacientes-dia ao longo dos dias do mês.

3.2.5 Situação encontrada 5: Divergência nos Registros de Saídas Hospitalares (NIR versus Sistema JPG)

Ao confrontar os registros das planilhas de pacientes regulados, elaboradas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR), com as planilhas de internações geradas pelo sistema JPG Soluções, foi constatada divergência nas datas de saída dos pacientes, seja por alta hospitalar, transferência, evasão ou óbito.

Como exemplificação, no período de junho a agosto de 2024, 224 pacientes internados na clínica médica do hospital, que necessitavam de regulação, foram acompanhados pelo NIR. Destes, 15 pacientes estavam registrados no sistema JPG Soluções com datas de saída posteriores às registradas nas planilhas diárias elaboradas pelo NIR, resultando em registros indevidos de 11 dias adicionais de internação na clínica médica.

3.2.6 Situação encontrada 6: Ausência de Sistematização e Difusão de Critérios para a Alta Responsável dos Pacientes

Outro aspecto relevante para a avaliação da eficiência hospitalar é a gestão de altas, que deve ser planejada com protocolos bem definidos, envolvendo equipes multidisciplinares de saúde para garantir a adequada avaliação do estado do paciente e determinar o momento mais apropriado para a alta hospitalar. O protocolo de alta deve ainda estabelecer critérios claros de orientação ao paciente sobre sua condição e os cuidados necessários após o seu retorno para casa.

Nas entrevistas realizadas com o NIR e a coordenação de enfermagem, bem como na inspeção *in loco*, foi constatada a inexistência de um processo de gestão de alta hospitalar eficaz, decorrente da ausência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para a alta e para a continuidade do cuidado. Além disso, observou-se a falta de implementação de um plano de alta adequado, não sendo apresentados os documentos necessários para tanto.

As imprecisões nos registros, associadas às deficiências na gestão de leitos, demonstram a necessidade urgente de implementação de um processo sistemático de gestão de altas hospitalares. Tal processo deve articular-se com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a continuidade do cuidado ao paciente após a alta.

É fundamental que a rede de saúde esteja capacitada para atender à demanda de usuários que não se enquadram no perfil do hospital, evitando que esses pacientes permaneçam por tempo indeterminado em unidades inadequadas. A permanência de pacientes que já se encontram em condições de receber alta acarreta riscos à sua própria saúde, como o aumento de eventos adversos, além de gerar uma ocupação desnecessária de leitos. Isso prejudica a eficiência da gestão hospitalar e compromete a qualidade do atendimento aos demais usuários que realmente necessitam de leitos hospitalares.

3.2.7 Situação encontrada 7: Incompatibilidade entre os Dados dos Indicadores de Eficiência do Censo Hospitalar e dos Relatórios de Prestação de Contas

O Termo de Referência que trata do Chamamento Público para a seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), para a gestão do Hospital Regional de Campo Maior (HRCM), estabelece, no item 8 (Metas Qualitativas), os indicadores a serem utilizados na avaliação e valoração trimestral. Conforme o documento, a OSS é responsável por informar mensalmente os resultados das metas qualitativas da assistência prestada aos usuários do

HRCM, as quais mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão da unidade.

Os principais indicadores de desempenho pactuados são os seguintes:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48h)	≤ 5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

Fonte: Termo de Referência do Chamamento Público nº 02/2023 – SESAPI (peça 18)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabelece como parâmetro de eficiência hospitalar uma taxa de ocupação entre 80% e 85%, enquanto o tempo médio de permanência recomendado para hospitais de médio porte é de 3 a 4 dias. No entanto, verificou-se que as metas pactuadas entre a OSS e a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) para esses indicadores não estão alinhadas com esses parâmetros de eficiência, uma vez que a meta de taxa de ocupação hospitalar foi fixada em ≥ 85% e o tempo médio de permanência em ≤ 7 dias, o que ultrapassa o referencial de eficiência hospitalar definido pela ANS.

A fixação da taxa de ocupação hospitalar em um patamar mínimo de 85% e uma média de permanência de até 7 dias não apenas contraria as diretrizes da ANS, mas também pode comprometer a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes. **A meta de ocupação superior a 85% tende a gerar superlotação**, aumentando o risco de infecções hospitalares e reduzindo a capacidade da equipe em oferecer atenção adequada a cada paciente.

Essas incongruências nas metas pactuadas revelam a necessidade de uma revisão criteriosa para que estejam alinhadas aos parâmetros de eficiência e qualidade estabelecidos por órgãos reguladores, garantindo assim a segurança dos pacientes e a eficácia dos serviços de saúde prestados.

Além disso, ao comparar os dados do Relatório Assistencial de Qualidade e Desempenho enviado pela OSS à SESAPI (anexos às peças 21 a 24) e os dados do Censo Hospitalar fornecido à equipe de auditoria (anexos às peças 16 e 17) relativos aos referidos indicadores, foram detectadas divergências substanciais, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 3: Taxa de Ocupação Hospitalar e Média de Permanência - HRCM

Mês/Ano	Taxa de Ocupação (Censo Hospitalar)	Taxa de Ocupação (Relatório Assistencial)	Média de Permanência - dias (Censo Hospitalar)	Média de Permanência - dias (Relatório Assistencial)
Jul/23	98,00%	96%	5,4	5,42
Ago/23	79,94%	99%	4,16	5,02
Set/23	77,30%	111%	4,02	5,93
Out/23	83,50%	130%	4,98	7,82
Nov/23	81,20%	132%	4,52	7,36
Dez/23	85,00%	146%	4,47	7,70
Jan/24	89,00%	81%	5,27	3,84
Fev/24	80,00%	84%	4,53	3,50
Mar/24	60,00%	89%	3,34	3,76
Abr/24	80,00%	82%	4,09	4,12
Mai/24	88,00%	91%	4,37	4,49
Jun/24	92,60%	93%	4,32	4,59

Fonte: Censo Hospitalar e Relatório Assistencial de Qualidade e Desempenho do HRCM

Essas discrepâncias comprometem a confiabilidade dos dados de eficiência hospitalar e, por consequência, podem impactar as ações de planejamento, avaliação, controle e monitoramento da gestão hospitalar, afetando diretamente a tomada de decisões estratégicas pela administração do hospital e pelos órgãos de controle.

3.2.8. Fontes de informação

- **Sistema JPG Soluções**, utilizado pelo hospital para registrar atendimentos e ocupação e movimentação de leitos.
- **Censo hospitalar e planilhas de indicadores hospitalares** fornecidas pelo hospital.
- **Inspeção in loco** realizada pela equipe de auditoria.
- **Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação** para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017).

- **Entrevistas e reuniões** com os membros do NIR, com a coordenação de enfermagem e com a direção do hospital.
- **Relatórios diários de ocupação e de tempo de permanência** fornecidos pelo hospital.
- **Contrato de gestão** entre a OSS e a SESAPI, com as metas qualitativas pactuadas, anexo às peças 19 e 20.
- **Relatórios Assistenciais de Qualidade e Desempenho** enviados pela OSS para a SESAPI, anexos às peças 21 a 24.

3.2.9. Critérios

- **Constituição Federal de 1988, Art. 37** – dispõe sobre os princípios de Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência e Art. 196 – dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- **Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde)**, que estabelece a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, incluindo a garantia de acesso universal e igualitário à assistência à saúde.
- **Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)**, que estabelece a necessidade de dados precisos e consistentes para a prestação de contas e a transparência administrativa.
- **Portaria nº 3.390, de 30/12/2013 (Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP) – Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 02/2017 GM/MS – Seção I, Art. 12, § 6** – dispõe sobre a implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) para o gerenciamento de leitos.
- **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 GM/MS – Art. 8º, § 1º, Inciso I** – Dispõe sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada e Inciso VI, preceitua sobre construção e viabilização às grades de referência e contrarreferência.
- **Portaria de Consolidação MS/GM nº 1, de 28/09/2017 – Art. 4º, § Único, inciso I** – dispõe que é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento.

- **Portaria nº 3.410/2013 - Diretrizes para Contratualização de Hospitais no SUS**, que estabelece a necessidade de gestão eficiente dos leitos hospitalares para garantir a qualidade e o acesso aos serviços de saúde.
- **Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017)**, que define as diretrizes para a composição e funcionamento dos NIRs.
- **Manual de Implantação e Implementação do NIR – MS/SAES/DAHU 2017, item 2.3**, estabelece, dentre as principais atribuições do órgão, a otimização da utilização dos leitos hospitalares, para manter a taxa de ocupação em limites adequados e controlar o tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, a promoção do uso dinâmico dos leitos hospitalares e o fornecimento de subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos.

3.2.10. Evidências

- **Registros fotográficos** que mostram a ocupação total dos leitos durante a inspeção in loco.
- **Relatórios do sistema JPG** que indicam a ocupação dos leitos de observação do pronto-socorro para internação de pacientes devido à falta de leitos na clínica médica.
- **Relatórios diários de ocupação de leitos** fornecidos pelo hospital.
- **Observação direta** sobre a estrutura organizacional do NIR, que indica a falta de espaço físico próprio e a insuficiência de recursos humanos e materiais.
- **Dados do sistema JPG** que mostram a alta taxa de ocupação na clínica médica e o tempo médio de permanência elevado.
- **Comparação entre as planilhas** de pacientes regulados elaboradas pelo NIR e os registros de internação e alta do sistema JPG, evidenciando divergências nas datas de saída.
- **Relatórios** que mostram registros indevidos de dias adicionais de internação no sistema JPG.
- **Comparação dos dados** do Censo Hospitalar com os dados apresentados nos Relatórios de Prestação de Contas enviados pela OSS à SESAPI, evidenciando incompatibilidades.

3.2.11. Causas

- **Deficiência na gestão de fluxos de pacientes**, como transferências tardias, que agravam a ocupação dos leitos disponíveis.
- **Falta de treinamento específico e contínuo** para os profissionais do NIR, resultando em uma atuação limitada.

- **Infraestrutura inadequada**, como a falta de espaço físico próprio e de equipamentos necessários para o funcionamento pleno do NIR.
- **Alocação insuficiente de recursos humanos e materiais** para o NIR, limitando sua capacidade de operação e regulação.
- **Falta de implementação de políticas e protocolos claros** para a gestão de leitos, resultando em práticas inconsistentes e ineficientes.
- **Comunicação ineficaz entre os setores hospitalares**, dificultando o fluxo de informações e a coordenação das atividades de regulação e gerenciamento de leitos.
- **Deficiência no uso de tecnologias e sistemas de informação**, como o não aproveitamento pleno do sistema JPG para o gerenciamento de leitos.
- **Falta de monitoramento e avaliação contínua** dos processos internos do NIR, impedindo a identificação e correção de ineficiências.
- **Deficiência nos sistemas de informação e controle**, resultando em dados imprecisos sobre a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência.
- **Inadequada integração entre os sistemas de informação hospitalar**, dificultando o acesso a dados confiáveis e consistentes.
- **Falta de padronização e clareza nos processos internos**, que pode comprometer a eficiência geral da regulação e da gestão hospitalar.
- **Ausência de procedimentos de verificação e reconciliação dos dados** entre o NIR e o sistema JPG, que poderiam corrigir as divergências antes do fechamento dos relatórios.
- **Ausência de um processo de planejamento integrado da alta**, que envolva todos os profissionais de saúde necessários para uma decisão informada e segura.

3.2.12. Efeitos

- **Maior risco de complicações de saúde** para os pacientes, incluindo o aumento da incidência de infecções hospitalares.
- **Gestão ineficiente dos leitos hospitalares**, dificultando a otimização da taxa de ocupação e do tempo de permanência dos pacientes.
- **Subutilização ou superlotação dos leitos**, resultando em alocação inadequada dos recursos hospitalares.
- **Dificuldade em responder rapidamente a emergências e demandas imprevistas**, prejudicando o atendimento de pacientes em estado crítico.
- **Baixa rotatividade dos leitos**, o que agrava a superlotação e compromete a capacidade do hospital de atender novos pacientes.
- **Ineficiência no atendimento da demanda da Rede de Saúde local**, resultando em filas de espera e em um atendimento abaixo do esperado.

- **Desperdício de recursos hospitalares**, devido à falta de estratégias eficazes para maximizar a utilização dos leitos disponíveis.
- **Decisões gerenciais baseadas em dados imprecisos**, resultando em alocação inadequada de recursos e falhas no planejamento estratégico.
- **Comprometimento da capacidade do hospital em responder a picos de demanda**, como durante emergências de saúde pública.
- **Perda de oportunidades para melhorar os processos internos**, dado que as falhas de monitoramento impedem a identificação de áreas críticas de melhoria.
- **Aumento dos custos operacionais**, devido à permanência prolongada de pacientes sem necessidade, ocupando leitos que poderiam ser usados por outros.
- **Relatórios de desempenho incorretos**, o que pode levar a avaliações inadequadas por parte de órgãos reguladores e financiadores.
- **Descontinuidade no cuidado pós-alta**, devido à falta de orientação clara e coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
- **Comprometimento da segurança dos pacientes**, expondo-os a riscos adicionais, como infecções hospitalares ou eventos adversos, durante uma internação prolongada.

CAMPO EXCLUSIVO PARA COMENTÁRIOS DA ENTIDADE AUDITADA:		
(X) Concordo	() Concordo parcialmente	() Discordo
Justifique (prazo para adoção das medidas e/ou sugestão de alternativas): PLANO DE AÇÃO PARA AS SITUAÇÕES ENCONTRADAS (Peça 35): Situação Encontrada 2: Estrutura e Composição Inadequada do Núcleo Interno de Regulação (NIR) Ação 1: Estabelecer protocolos claros e integrados para o gerenciamento de leitos, incluindo critérios para admissão, alta e transferência. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 09/12/2024. STATUS: A iniciar. Ação 2: Requerer à OSS a escala de enfermeiros diaristas no NIR. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 01/12/2024. STATUS: A iniciar. Ação 3: Requerer à OSS a escala de médico diarista no NIR. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 01/12/2024. STATUS: A iniciar. Situação Encontrada 3: Atuação Incipiente do NIR para Otimizar a Utilização dos Leitos do HRCM / Dificuldades no Gerenciamento de Leitos Ação 1: Fortalecer o uso de sistemas de informação (JPG) para monitorar em tempo real a taxa de ocupação e o tempo de permanência. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: A iniciar. Ação 2: Solicitar à OSS a elaboração dos fluxos intersetoriais, assim como um protocolo de		

realização de reuniões periódicas entre a gestão, comissões e corpo assistencial do hospital para discutir indicadores e definir um plano de ação para resolver as não conformidades. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 09/12/2024. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 4: Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores Hospitalares - Taxa de Ocupação e Tempo Médio de Permanência

Ação 1: Integrar os sistemas de informação hospitalar. RESPONSÁVEL: DUGES/HRCM. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: A iniciar.

Ação 2: Implementar medidas para aumentar a rotatividade dos leitos. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 09/12/2024. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 5: Divergência nos Registros de Saídas Hospitalares (NIR versus Sistema JPG)

Ação: A OSS comunica que, no período em que foi realizada a visita técnica, o protocolo de preenchimento do censo hospitalar no sistema JPG encontrava-se em fase de implantação. No entanto, essa não conformidade já foi sanada. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Situação Encontrada 6: Ausência de Sistematização e Difusão de Critérios para a Alta Responsável dos Pacientes

Ação: Requerer à OSS a elaboração e implementação dos protocolos operacionais padrão (POPs) de alta hospitalar. RESPONSÁVEL: HRCM. PRAZO: 02/01/2025. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 7: Incompatibilidade entre os Dados dos Indicadores de Eficiência do Censo Hospitalar e dos Relatórios de Prestação de Contas

Ação 1: Durante a repactuação de metas, estabelecemos que a taxa de ocupação deve ser maior ou igual a 85% e o tempo de permanência deve ser menor ou igual a 5 dias, com o objetivo de promover uma melhoria progressiva, levando em conta todo o contexto das mudanças de fluxos e da cultura institucional. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 2: O acompanhamento dos indicadores será realizado quinzenalmente por meio da criação da Comissão de Governança Clínica, que envolverá reuniões entre a SESAPI e as OSS para discutir e monitorar os indicadores e as metas de desempenho. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 02/12/2024. STATUS: Em andamento.

Ação 3: A metodologia de avaliação dos relatórios foi modificada com a criação de uma CMA para cada instituição, composta por um presidente, um assistente técnico enfermeiro, um analista de glosas e um contador. Anteriormente, havia apenas uma comissão que abrangia todos os hospitais. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 4: Criação de uma Comissão de Governança Clínica, com reuniões quinzenais entre a comissão e as OSS para discussão de indicadores hospitalares, metas contratualizadas e avaliação das suspensões de cirurgias. Nesses encontros, serão verificados o número de cirurgias programadas, o número de cirurgias executadas, o número de cirurgias suspensas e os motivos das suspensões. As ações necessárias para resolver cada caso serão cobradas.

RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: 22/11/2024. STATUS: A iniciar.

3.3. Achado 3: Fragilidades na Gestão de Leitos e na Continuidade do Tratamento na Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho UIM

3.3.1. Situação encontrada 1 – Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas - Taxa de ocupação / Ociosidade dos Leitos de Internação

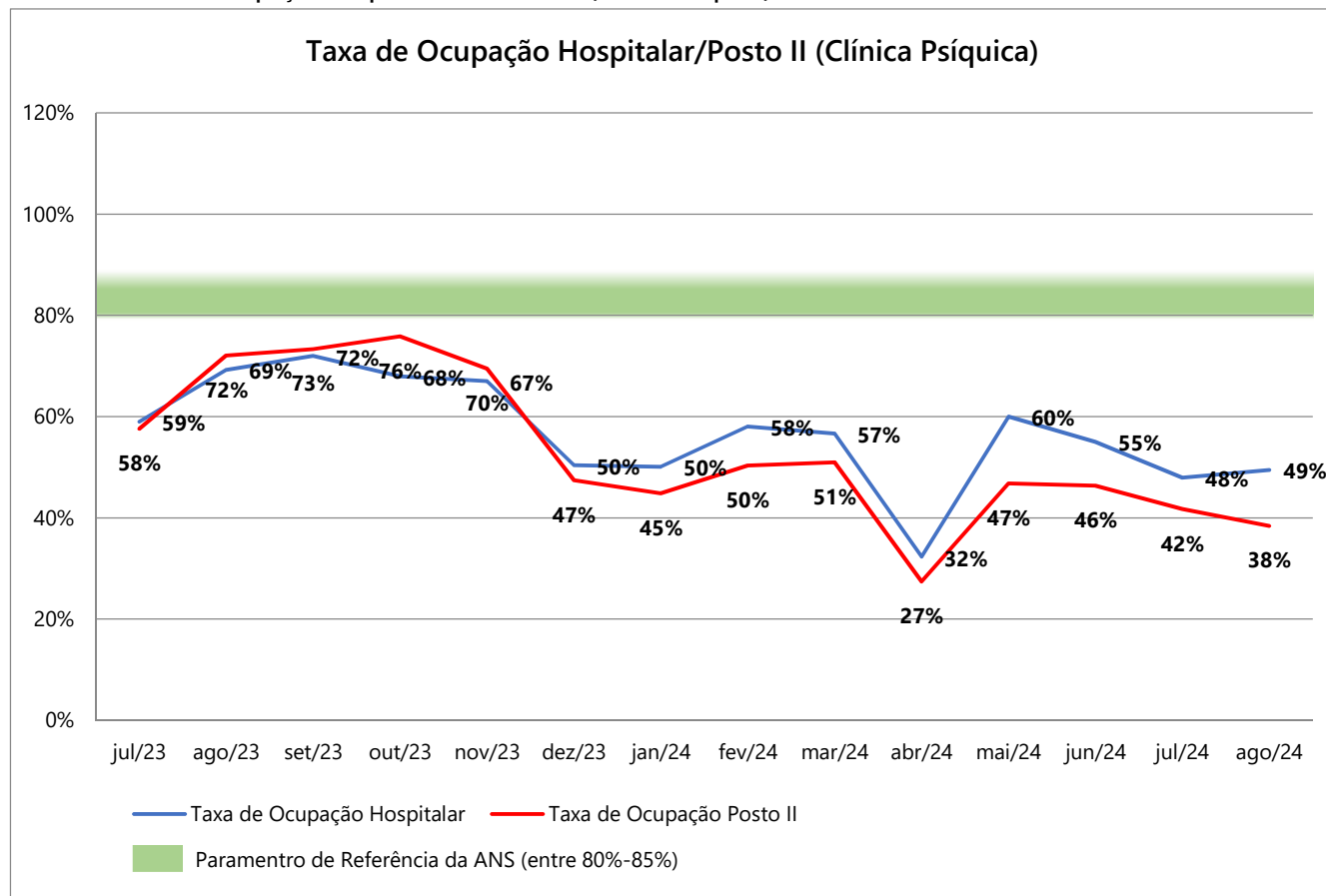
Atualmente, a UIM dispõe de 30 leitos de internação habilitados, distribuídos entre clínica geral, saúde mental e estabilização. Embora a maioria dos leitos esteja classificada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como clínica geral (20 leitos), as notas explicativas dos Relatórios Assistenciais publicados no Portal da Transparência da Organização Social (OSS) indicam a existência de 30 leitos, dos quais 9 são destinados à clínica médica, 20 ao tratamento de distúrbios mentais decorrentes do uso de álcool e drogas, e 1 leito para estabilização. Esta configuração foi confirmada pela equipe multidisciplinar durante a visita realizada pela auditoria.

O gerenciamento eficaz de leitos é essencial para a eficiência operacional de unidades hospitalares. No entanto, na UIM, observou-se uma redistribuição dos leitos para o atendimento a pacientes com necessidades de saúde mental, aliada à descentralização do acesso de pacientes à unidade e à ausência de um sistema integrado de gerenciamento de leitos. Esta situação resultou em fragilidade na gestão e em uma baixa taxa de ocupação dos leitos.

Conforme os Relatórios de Avaliação de Contrato de Gestão, a taxa de ocupação hospitalar da UIM oscilou entre julho de 2023 e junho de 2024, mantendo-se consistentemente abaixo de 70%. Esse baixo índice de ocupação revela uma ociosidade significativa dos leitos, o que não só resulta em desperdício de recursos, mas também aponta para possíveis deficiências no planejamento, dificuldades no processo de admissão de pacientes externos e falhas operacionais na gestão hospitalar.

O gráfico a seguir ilustra a taxa de ocupação hospitalar no período auditado:

Gráfico 5: Taxa de Ocupação Hospitalar e do Posto II (Clínica Psíquica) - UIM



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar (anexo à peça 25).

As metas pactuadas para a taxa de ocupação hospitalar, estabelecidas em $\geq 85\%$, não foram alcançadas em nenhum trimestre do período analisado. A persistência de leitos ociosos acima do esperado destaca a necessidade urgente de revisar os processos de gestão, identificar as causas da baixa ocupação e implementar medidas corretivas.

As entrevistas realizadas com a coordenadora do serviço social, o diretor da clínica médica e o Núcleo de Internação e Regulação (NIR) em agosto de 2024 evidenciaram a falta de um fluxo definido para o encaminhamento de pacientes e a ausência de um sistema integrado de controle e comunicação. A gestão manual dos dados de ocupação e a comunicação predominantemente por e-mail entre as instituições da rede de saúde mental foram identificadas como fatores que comprometem a eficiência da gestão hospitalar.

Após um ano de gestão pela Organização Social (Sociedade Brasileira Caminho de Damasco), não foram observados avanços significativos para atingir uma taxa

de ocupação hospitalar compatível com os parâmetros de eficiência. A falta de atenção aos resultados do indicador de taxa de ocupação prejudica a tomada de decisões assertivas para otimizar o uso da capacidade instalada da unidade.

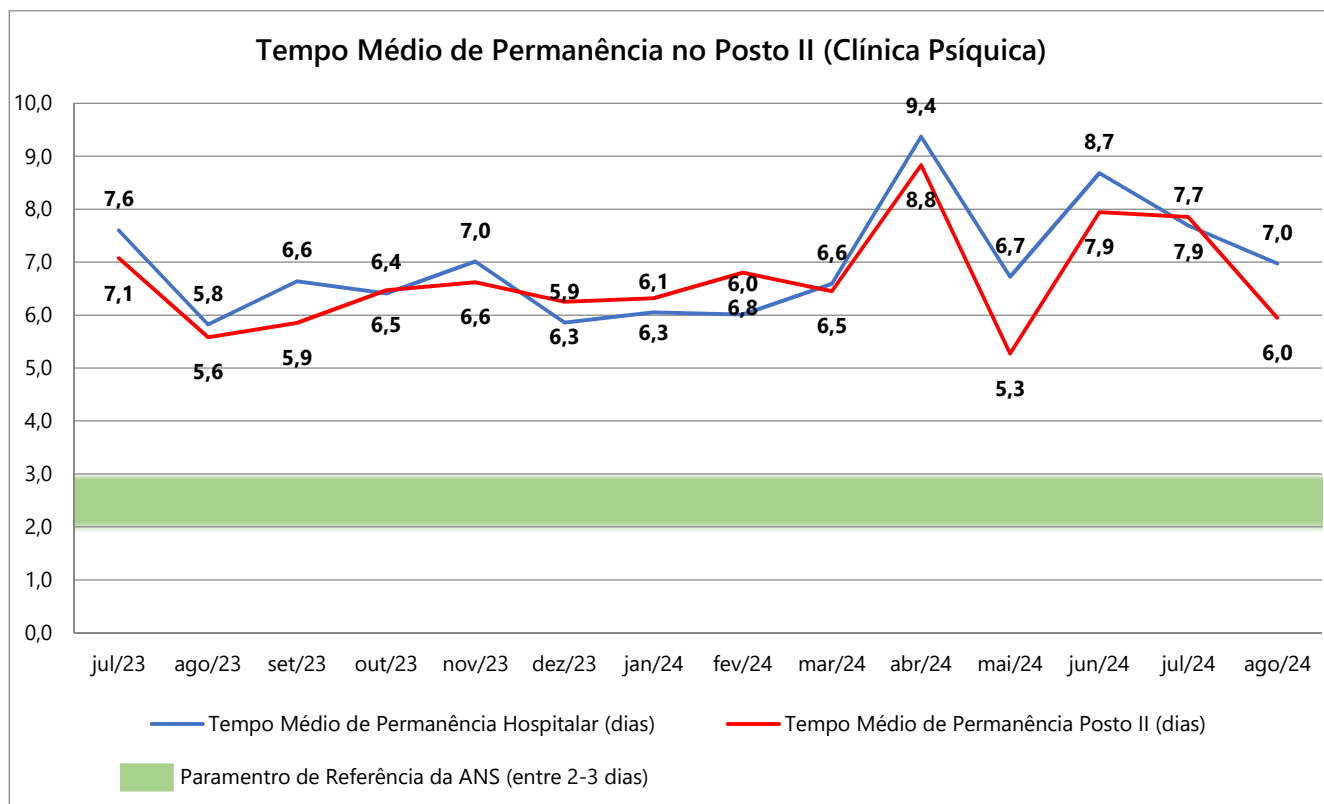
3.3.2. Situação encontrada 2 - Fragilidade na Definição, Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas – Tempo Médio de Permanência

O tempo médio de permanência é um indicador fundamental para avaliar a eficiência na gestão de leitos hospitalares. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a média de permanência em hospitais de pequeno porte deve variar entre 2 e 3 dias. No entanto, na Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (UIM), o tempo médio de permanência global, no período de julho de 2023 a agosto de 2024, foi de 6,96 dias, excedendo significativamente os parâmetros de eficiência recomendados.

No Posto II, que é especificamente destinado ao tratamento de pacientes com distúrbios psiquiátricos relacionados ao uso de álcool e drogas, o tempo médio de permanência foi de 6,66 dias. Este setor é voltado para o processo de desintoxicação, que, conforme os protocolos clínicos estabelecidos exige um período médio recomendado de 8 a 15 dias.

O gráfico abaixo detalha o tempo médio de permanência no período auditado:

Gráfico 6: Tempo Médio de Permanência no Posto II (Clínica Psíquica) - UIM



Fonte: Equipe de Auditoria DFPP2 a partir dos dados do Censo hospitalar. (anexo à peça 25).

O Termo de Referência do Chamamento Público nº 03/2023 – SESAPI para a seleção da Organização Social de Saúde responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços da UIM estabelece, no item 8 (Metas Qualitativas), que a média de permanência hospitalar deve ser igual ou inferior a 7 dias, entre outros indicadores que medem a eficiência, efetividade e qualidade dos processos de gestão.

Dado que a UIM destina a maior parte de seus leitos ao tratamento de pacientes com distúrbios psíquicos decorrentes do uso de álcool e drogas, e considerando que a primeira fase do tratamento, a desintoxicação, deve ocorrer em um prazo de até 8 a 15 dias, conforme protocolos clínicos do hospital, observa-se que o indicador de tempo de permanência pactuado não está alinhado com os parâmetros de eficiência adequados.

É crucial que, ao se tratar de um hospital especializado em saúde mental, como é o caso da UIM, os critérios de tempo de permanência sejam ajustados às particularidades desse tipo de tratamento. A falta dessa consideração pode gerar distorções no monitoramento e avaliação dos indicadores, resultando na criação de planos de ação inadequados e, conseqüentemente, comprometendo a eficiência do tratamento e o bem-estar dos pacientes.

Portanto, é necessário que, na contratualização, a meta do indicador de tempo médio de permanência seja diferenciada por posto de saúde. Enquanto o Posto III, de clínica médica, deve seguir o critério de 2 a 3 dias, o Posto II, destinado à desintoxicação, deve ter um critério de até 15 dias. Essa diferenciação permitirá um monitoramento mais preciso e uma gestão mais eficiente dos recursos hospitalares.

3.3.3. Situação Encontrada 3: Descontinuidade do Tratamento, Elevado Índice de Abandono e Consequente Reinternação de Pacientes com Distúrbios Relacionados ao Uso de Álcool e Drogas

A Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (UIM) dispõe de 20 leitos de internação destinados ao tratamento de pacientes com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como crack, álcool e outras drogas. Esses leitos são divididos em 10 leitos psicossociais, voltados para o atendimento de questões psíquicas, e 10 leitos clínicos, destinados ao tratamento de comorbidades de natureza clínica associadas ao uso dessas substâncias.

Os procedimentos realizados na unidade incluem: tratamento de intoxicação aguda por substâncias psicoativas, tratamento de síndrome de abstinência, dependência química, e atendimento a pacientes com transtornos mentais associados ao uso de cocaína e seus derivados.

No período de julho de 2023 a agosto de 2024, foram registradas 1.106 internações na UIM, das quais 720, ou seja, 65% do total referem-se a pacientes com distúrbios relacionados ao uso de álcool e drogas.

A Coordenação do Serviço Social da Unidade Integrada de Saúde do Mocambinho (UIM) elaborou um relatório sobre o perfil dos usuários atendidos entre janeiro e setembro de 2023 que destaca os principais desafios enfrentados pela unidade no atendimento a pacientes com distúrbios relacionados ao uso de álcool e drogas. Entre os problemas mais críticos identificados estão a dificuldade de acesso aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços devido à falta de recursos para transporte, a indisponibilidade de medicamentos nos CAPS e Unidades Básicas de Saúde (UBS), e a falta de suporte adequado para pacientes em situação de rua. Além disso, o relatório aponta problemas como coação e ameaças à equipe, a introdução clandestina de substâncias psicoativas nas enfermarias, e demandas judiciais envolvendo menores sem suporte adequado. O relatório sugere a necessidade de uma maior articulação entre a UIM e a rede de saúde e assistência social, bem como a descentralização dos CAPS AD para melhorar o acesso e a continuidade do tratamento.

A situação relatada no referido relatório permanece, em sua maior parte, inalterada até os dias atuais, conforme evidenciado pelos relatos colhidos nas entrevistas realizadas com os profissionais da UIM. As dificuldades de articulação entre a UIM e

a rede de saúde e a falta de recursos para garantir a continuidade do tratamento pós-alta continuam a comprometer a eficácia do atendimento. Esses desafios persistem, refletindo-se nos elevados índices de abandono e reinternação de pacientes, o que evidencia a necessidade urgente de implementação de ações corretivas.

A análise da situação encontrada na Unidade Integrada de Saúde do Mociminho revela uma descontinuidade preocupante no tratamento de pacientes com distúrbios relacionados ao uso de álcool e drogas. Apesar da existência de leitos destinados a essa população, a falta de articulação entre os serviços de saúde e a rede socioassistencial compromete a efetividade do tratamento e a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

Os desafios identificados, como a dificuldade de acesso aos serviços de transporte, a escassez de medicações nos centros de atenção psicossocial (CAPS) e a insuficiência de suporte para pacientes em situação de rua, indicam a necessidade urgente de ações coordenadas. A ausência de mecanismos eficazes de comunicação entre o hospital e a rede de saúde psíquica acentua o problema, resultando em altos índices de readmissão e, conseqüentemente, em desperdício de recursos.

3.3.4. Fontes de informação

- Relatórios de Avaliação de Contrato de Gestão (julho de 2023 a junho de 2024 – anexos às peças 26 a 30).
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Relatórios Assistenciais publicados no Portal da Transparência da Organização Social (OSS).
- Entrevistas com a coordenadora do serviço social, a equipe de psicologia e o diretor da clínica médica e do Núcleo de Internação e Regulação (NIR).
- Censo Hospitalar da UIM.
- Termo de Referência do Chamamento Público nº 03/2023-SESAPI para a seleção da Organização Social de Saúde responsável pela UIM, anexo às peças 31.
- Contrato de gestão entre a OSS e a SESAPI, com as metas qualitativas pactuadas, anexo às peças 32.
- Relatório elaborado pela Coordenadora do Serviço Social da UIM (janeiro a setembro de 2023).

3.3.5. Critérios

- **Constituição Federal de 1988 (Art. 37, caput):** Os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência regem a administração pública. A definição inadequada do indicador de tempo médio de permanência compromete a eficiência e a eficácia do serviço público de saúde

- **Constituição Federal de 1988 (Art. 196):** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e outros agravos. A gestão inadequada dos leitos, refletida pela baixa taxa de ocupação, pode comprometer a eficiência dos serviços de saúde, contrariando o direito constitucional à saúde.
- **Constituição Federal de 1988 (Art. 198, II):** Estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A descontinuidade do tratamento e a falta de articulação entre os serviços de saúde violam esse princípio.
- **Lei nº 8.080/1990 - Lei Orgânica da Saúde (Art. 7º, inciso II):** Estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma a assegurar a eficiência na alocação de recursos. A baixa taxa de ocupação dos leitos e a falta de um sistema integrado de gestão contrariam esse princípio.
- **Lei nº 10.216/2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica:** Assegura os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, incluindo o direito ao tratamento adequado e contínuo. A alta taxa de abandono e de reinternação aponta para uma falha no cumprimento dessa lei.
- **Portaria GM/MS nº 3.390/2013:** Define diretrizes para a organização de redes de atenção à saúde e a regulação do acesso, incluindo a necessidade de sistemas de informação e gestão que permitam o controle e monitoramento eficiente da utilização de leitos hospitalares.
- **Portaria GM/MS nº 3.090/2011:** Dispõe sobre a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, estabelecendo que a continuidade do cuidado e a reinserção social são essenciais para a eficácia do tratamento.
- **Portaria GM/MS nº 3.088/2011:** Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, que visa garantir a continuidade do cuidado para pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A falta de articulação entre a UIM e os serviços da RAPS demonstra o não cumprimento dessa portaria.

3.3.6. Evidências

- Relatórios de Avaliação de Contrato de Gestão que demonstram a taxa de ocupação hospitalar abaixo de 70% ao longo de vários trimestres.
- CNES que detalha a configuração dos leitos disponíveis na UIM.
- Notas explicativas nos Relatórios Assistenciais que descrevem a redistribuição dos leitos e a ociosidade observada.

- Depoimentos das entrevistas que indicam a ausência de um fluxo definido para encaminhamento de pacientes e a falta de um sistema integrado de gestão de leitos.
- Dados do Censo Hospitalar que detalham o tempo de permanência dos pacientes em diferentes setores da UIM.
- Tabelas de permanência que evidenciam a discrepância entre o tempo de permanência pactuado e o necessário para o tratamento adequado no Posto II.
- Relatório do Serviço Social que documenta os desafios enfrentados pela unidade, como dificuldades de acesso aos CAPS, indisponibilidade de medicamentos, e suporte inadequado para pacientes em situação de rua.

3.3.7. Causas

- **Ausência de um Sistema Integrado de Gerenciamento de Leitos:** A falta de um sistema informatizado e centralizado para o controle dos leitos impede o monitoramento eficaz e a otimização da ocupação hospitalar.
- **Descentralização do Acesso a Pacientes:** A ausência de um fluxo definido para o encaminhamento de pacientes resulta em uma gestão descoordenada, dificultando o preenchimento adequado dos leitos.
- **Comunicação Ineficiente entre Instituições:** A comunicação predominantemente manual e por e-mail entre as instituições da rede de saúde mental dificulta a alocação eficiente dos pacientes.
- **Definição Inadequada dos Indicadores de Desempenho:** A falta de consideração das especificidades do tratamento no Posto II levou à definição de metas que não refletem adequadamente as necessidades dos pacientes.
- **Falta de Adequação às Particularidades do Tratamento:** A não adaptação das metas de tempo de permanência às diferentes realidades dos setores clínicos e psiquiátricos compromete a precisão do monitoramento.
- **Monitoramento Ineficiente dos Indicadores:** A ausência de um sistema robusto de monitoramento contribui para a falta de ajustes oportunos nos indicadores, mantendo metas inadequadas.
- **Falta de Articulação entre Serviços de Saúde e Assistência Social:** A ausência de uma coordenação eficaz entre a UIM e a rede de atenção psicossocial e socioassistencial compromete a continuidade do cuidado após a alta.
- **Barreiras Logísticas para Acesso aos Serviços de Continuidade:** Dificuldades financeiras e de transporte para acessar os serviços de CAPS e UBS após a alta hospitalar impedem a continuidade do tratamento.

3.3.8. Efeitos

- **Ociosidade dos Leitos:** A baixa taxa de ocupação hospitalar resulta em leitos ociosos, o que representa um desperdício de recursos públicos e compromete a eficiência do serviço.
- **Desperdício de Recursos Financeiros e Humanos:** A manutenção de leitos não ocupados gera custos adicionais sem o correspondente benefício à saúde pública.
- **Dificuldade na Otimização da Capacidade Instalada:** A subutilização dos leitos impede que a UIM alcance níveis ideais de eficiência, afetando a capacidade de atender a um maior número de pacientes.
- **Distorções na Avaliação do Desempenho Hospitalar:** Indicadores inadequadamente definidos resultam em avaliações incorretas da eficiência e qualidade dos serviços, levando a conclusões e decisões gerenciais equivocadas.
- **Comprometimento da Eficiência Operacional:** A utilização de metas não condizentes com a realidade dos pacientes resulta em permanências hospitalares inadequadas, impactando negativamente a eficiência do uso dos leitos.
- **Risco de Implementação de Planos de Ação Inadequados:** Indicadores mal ajustados podem levar à formulação de planos de ação que não abordam as reais necessidades da unidade e dos pacientes, comprometendo o tratamento.
- **Elevado Índice de Abandono e Reinternação:** A falta de continuidade do tratamento leva a um aumento significativo no índice de abandono e reinternação de pacientes, sobrecarregando o sistema de saúde e afetando a recuperação dos pacientes.
- **Desperdício de Recursos Públicos:** A reinternação frequente de pacientes devido à descontinuidade do tratamento resulta em custos adicionais para o sistema de saúde, sem melhoria nos resultados clínicos.
- **Prejuízo à Efetividade do Tratamento:** A incapacidade de garantir a continuidade do cuidado compromete a efetividade do tratamento e a recuperação dos pacientes, perpetuando ciclos de dependência e vulnerabilidade.

CAMPO EXCLUSIVO PARA COMENTÁRIOS DA ENTIDADE AUDITADA:		
(x) Concordo	() Concordo parcialmente	() Discordo
Justifique (prazo para adoção das medidas e/ou sugestão de alternativas):		
PLANO DE AÇÃO PARA AS SITUAÇÕES ENCONTRADAS (Peça 35):		
Situação Encontrada 1: Fragilidade no Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas - Taxa de ocupação / Ociosidade dos Leitos de Internação		
Ação 1: A quantidade de leitos foi ajustada entre leitos de clínica médica, psiquiatria e trata-		

mento de osteomielite, o que levará ao aumento da taxa de ocupação. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Ação 2: Criação de um Fluxo de Regulação por meio de Sistema entre os CAPs e a UIM. RESPONSÁVEL: UIM. PRAZO: 02/01/2025. STATUS: A iniciar.

Situação Encontrada 2: Fragilidade na Definição, Monitoramento e Controle de Indicadores e Metas – Tempo Médio de Permanência

Ação: Conforme o processo de repactuação de metas, houve a separação das metas de tempo de permanência: para a clínica médica, o período deve ser entre 2 e 3 dias, enquanto para a clínica psiquiátrica, decorrente do uso de álcool e drogas, a meta deve ser de até 15 dias e para os leitos voltados ao tratamento de osteomielites crônicas a meta de até 4 semanas. RESPONSÁVEL: DUGES. PRAZO: Imediato. STATUS: Concluído.

Situação Encontrada 3: Descontinuidade do Tratamento, Elevado Índice de Abandono e Consequente Reinternação de Pacientes com Distúrbios Relacionados ao Uso de Álcool e Drogas

Ação 1: A elevada taxa de evasão está relacionada ao perfil dos pacientes, que buscam tratamento para desintoxicação de álcool e drogas, além do modelo de internação voluntária. A OSS realizará reunião com o comitê de saúde mental a fim de traçar estratégias para resolução da não conformidade. RESPONSÁVEL: UIM. PRAZO: 09/12/2024. STATUS: A iniciar.

Ação 2: Elaborar um protocolo de contrarreferência voltado para a manutenção da continuidade do tratamento dos pacientes psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e drogas junto aos CAPS. RESPONSÁVEL: UIM. PRAZO: 02/01/2025. STATUS: A iniciar.

4 CONCLUSÃO

O presente relatório arremata o processo de auditoria que foi conduzido com o objetivo de avaliar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde prestados nas unidades hospitalares geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado do Piauí. A análise abrangeu a gestão dos contratos estabelecidos com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI), focando na conformidade com as políticas públicas de saúde, no uso eficiente dos recursos públicos e na qualidade do atendimento à população.

Após a execução da auditoria, foi oportunizada à gestão da SESAPI, manifestação a respeito do relatório preliminar de auditoria, culminando esta fase na realização de reunião virtual, por meio da plataforma *Microsoft Teams*, realizada em 24 de outubro de 2024, iniciada às 10h15min, referente ao encerramento do processo. Levadas em consideração os comentários da gestão, foi possível concluir o relatório de auditoria.

Com base nos achados apresentados neste relatório, a equipe de auditoria conclui que a gestão das OSS apresentou resultados ineficientes que impactam negati-

vamente na operação das unidades hospitalares auditadas. As deficiências observadas comprometem a capacidade dessas unidades em cumprir as metas pactuadas, refletindo problemas estruturais e operacionais que requerem medidas corretivas imediatas.

A equipe de auditoria entende ser necessário que a SESAPI intensifique o monitoramento e a fiscalização dos contratos de gestão, visando corrigir as inconsistências identificadas de modo a assegurar que as OSS operem de maneira eficiente, transparente e em conformidade com os parâmetros de qualidade estabelecidos. É essencial que sejam implementadas ações concretas para melhorar a eficiência na gestão hospitalar, garantindo que a população tenha acesso a um atendimento de saúde adequado e de qualidade, conforme as diretrizes contratuais e as políticas públicas vigentes.

5 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Para fins de registro e documentação nos autos, a despeito de já ter sido apresentado pela gestão, Plano de Ação (peça 35) por parte do gestor, passa-se às propostas de encaminhamento:

Achado 1: Indisponibilidade de Leitos de Internação na Clínica Cirúrgica do HEDA-Parnaíba para Atender à Demanda do Serviço de Urgência e Emergência

Recomendações:

- **Elabirar de Plano de Contingência para atendimento emergencial:** a criação de um plano de contingência específico para o Pronto Socorro, garantindo que leitos de observação estejam sempre disponíveis para emergências e que os pacientes de longa permanência sejam rapidamente transferidos para unidades de internação.
- **Implementar um plano de ação para reduzir a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência dos pacientes,** visando aumentar a eficiência da gestão hospitalar e melhorar a capacidade de resposta do HEDA às demandas da população
- **Alinhamento com os parâmetros da ANS:** que a SESAPI e a OSS reavaliem os parâmetros pactuados para os indicadores de eficiência, especialmente no que se refere à taxa de ocupação e ao tempo médio de permanência, alinhando-os aos padrões de eficiência estabelecidos pela ANS.
- **Implementar medidas para aumentar a rotatividade de leitos,** como a agilização de transferências para outras unidades de saúde e a melhoria dos processos de regulação de pacientes através do sistema HYDRA/Regula Piauí.
- **Formalizar um plano de monitoramento contínuo dos indicadores de eficiência hospitalar,** incluindo taxa de ocupação e tempo médio de permanência, assegu-

do que esses dados sejam coletados, analisados e reportados regularmente, tomando ações corretivas rápidas em caso de desvios.

- **Adotar sistema de monitoramento automatizado:** Sugere-se que o HEDA adote um sistema automatizado de gestão de leitos que permita o monitoramento em tempo real dos indicadores, integrando os dados dos setores hospitalares e evitando falhas no registro de informações.
- **Implementar planos de contingência:** que o HEDA e a SESAPI desenvolvam planos de contingência detalhados para serem ativados sempre que os indicadores ultrapassarem os parâmetros de eficiência, com foco na rápida resolução de problemas, como superlotação ou ociosidade de leitos.
- **Intensificar o monitoramento das metas qualitativas pela SESAPI,** assegurando que os relatórios mensais fornecidos pela Organização Social de Saúde (OSS) sejam analisados com rigor e que ações corretivas sejam implementadas quando necessário.
- **Exigir que a OSS desenvolva e implemente planos de ação corretiva** sempre que as metas não forem atingidas, com medidas específicas para resolver problemas como superlotação, alta taxa de suspensão de cirurgias, ou prolongamento desnecessário de internações.

Achado 2: Ineficiência na Gestão de Leitos e Divergências de Dados, Comprometendo o Atendimento da Demanda no Hospital Regional de Campo Maior - HRCM

Recomendações:

- **Revisar e padronizar os processos de coleta e reporte de dados** entre o Censo Hospitalar e os Relatórios de Prestação de Contas, assegurando que os indicadores de eficiência sejam consistentes e confiáveis.
- **Elaborar e implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POP)** para o processo de alta hospitalar, envolvendo todos os profissionais de saúde na sua construção e implementação.
- **Promover o alinhamento com os parâmetros da ANS:** que a SESAPI e a OSS reavaliam os parâmetros pactuados para os indicadores de eficiência, especialmente no que se refere à taxa de ocupação e ao tempo médio de permanência, alinhando-os aos padrões de eficiência estabelecidos pela ANS.
- **Reestruturar o Núcleo Interno de Regulação (NIR),** garantindo a alocação adequada de espaço físico, equipamentos e pessoal qualificado, conforme as diretrizes estabelecidas pelo *Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (MS/2017)*
- **Ampliar o horário de funcionamento do NIR para 24 horas,** sete dias por semana, com a presença de equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, assistentes so-

ciais), assegurando a continuidade das atividades de regulação e monitoramento de leitos.

- **Estabelecer protocolos claros e integrados** de comunicação e ação para o NIR, facilitando a coordenação interna e a tomada de decisões rápidas e eficazes.
- **Desenvolver e implementar políticas e protocolos padronizados** para o gerenciamento de leitos, incluindo critérios claros para a admissão, transferência, alta e realocação de pacientes, a fim de otimizar a utilização dos leitos disponíveis.
- **Fortalecer o uso de sistemas de informação**, como o JPG Soluções, para monitorar em tempo real a ocupação dos leitos e o tempo médio de permanência, facilitando a tomada de decisões informadas e eficientes.
- **Fortalecer os processos de monitoramento e controle de indicadores**, garantindo que os dados de taxa de ocupação e tempo médio de permanência sejam coletados, analisados e reportados de forma precisa e consistente.
- **Integrar os sistemas de informação hospitalar** para assegurar que os dados coletados e reportados estejam alinhados e reflitam a realidade operacional do hospital.
- **Implementar medidas para aumentar a rotatividade de leitos**, como a agilização de transferências para outras unidades de saúde e a melhoria dos processos de regulação de pacientes através do sistema HYDRA/Regula Piauí.
- **Capacitar as equipes de saúde sobre os critérios e procedimentos para a alta responsável**, assegurando que todos estejam alinhados com as diretrizes estabelecidas.
- **Capacitar os profissionais do NIR** continuamente, para garantir que estejam aptos a desempenhar suas funções de forma eficiente e em conformidade com as melhores práticas de gestão hospitalar.

Achado 3: Fragilidades na Gestão de Leitos e na Continuidade do Tratamento na Unidade Integrada de Saúde do Mocaminho - UIM

Recomendações:

- **Promover à adequação dos Indicadores de Tempo de Permanência:** revisão e adequação dos indicadores de tempo médio de permanência para refletir as especificidades de cada setor da UIM, especialmente no Posto II, onde o tempo necessário para desintoxicação deve ser considerado.
- **Proceder à revisão das metas pactuadas no Contrato de Gestão:** revisão das metas pactuadas no Contrato de Gestão, com a possibilidade de segmentar as metas por tipo de atendimento (clínica médica vs. psiquiatria), para evitar distorções na avaliação da eficiência.
- **Fortalecer a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** fortalecimento da articulação entre a UIM e os serviços de CAPS, UBS, e instituições socioassis-

tenciais, com a formalização de protocolos de referência e contrarreferência que garantam a continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

- **Implantar um sistema integrado de Gerenciamento de Leitos:** implementação de um sistema informatizado e centralizado para o controle e monitoramento dos leitos hospitalares, que permita uma gestão eficiente da ocupação e facilite a tomada de decisões estratégicas.
- **Promover a revisão dos processos de planejamento e coordenação:** revisão dos processos internos de planejamento e coordenação entre os setores da UIM, para garantir que os fluxos de encaminhamento de pacientes estejam bem definidos e que a alocação dos leitos seja otimizada.
- **Promover o fortalecimento da comunicação entre Instituições:** implementação de protocolos formais de comunicação entre a UIM e outras instituições da rede de saúde mental, com o objetivo de melhorar a articulação e a eficiência no preenchimento dos leitos disponíveis.
- **Implementação de um sistema de monitoramento contínuo:** implantação de um sistema de monitoramento contínuo dos indicadores de desempenho, com relatórios periódicos que permitam ajustes rápidos e precisos nas metas de tempo de permanência conforme necessário.
- **Estabelecer parcerias com Instituições de Assistência Social:** estabelecimento de parcerias com instituições de assistência social para oferecer suporte adequado a pacientes em situação de rua, garantindo que recebam alimentação, abrigo, e assistência necessária para completar o tratamento.
- **Promover a revisão das estratégias de tratamento para reduzir reinternações:** revisão das estratégias de tratamento e acompanhamento pós-alta, com foco na redução do índice de reinternação, incluindo a implementação de programas de acompanhamento domiciliar ou comunitário para pacientes de alto risco de recaída.

Essas recomendações visam resolver as deficiências identificadas, melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços hospitalares, e garantir o cumprimento dos critérios e metas estabelecidos nos regulamentos e contratos de gestão.

Porém, tendo em vista que, já na fase de comentários do gestor, durante a reunião de encerramento, foi apresentado Plano de Ação desenvolvido para atender as recomendações apontadas acima, abordando cada situação identificada nos achados de auditoria, as propostas de encaminhamento preliminarmente sugeridas foram substituídas pelas seguintes:

- Formalização do Plano de Ação apresentado e a sua publicação na imprensa oficial, nos moldes do art. 18, § 3º da Resolução nº 32/2022, de 10 de novembro de 2022;



- Instauração de monitoramento do cumprimento das recomendações, nos termos dos art. 177, V c/c art. 185, I, "b" do Regimento Interno do TCE/PI, visando acompanhar o cumprimento do Plano de Ação (peça 35) apresentado; e
- Arquivamento dos autos desta auditoria, nos termos do art. 185, I, "b", parte final, do Regimento Interno do TCE/PI.

Teresina (PI), 26 de novembro de 2024.

(assinado digitalmente)

Ana Márcia Leal da Costa Sousa

Auditora de Controle Externo

Mat. 97.009

DFPP 2

(assinado digitalmente)

Iracema Soares Mineiro

Auditora de Controle Externo

Mat. 97.204

DFPP 2

(assinado digitalmente)

Antônio Fábio da Silva Oliveira

Auditor de Controle Externo

Mat. 98.089

Chefe em substituição da DFPP 2

Visto:

(assinado digitalmente)

Gilson Soares de Araújo

Mat. 98.091

Auditor de Controle Externo

Diretor da DFPP

ASSINATURA DIGITAL

Certificamos que a peça nº 41 está assinada digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)		
CPF/CNPJ	Nome	Data e hora
02*.***-**-77	ANTONIO FABIO DA SILVA OLIVEIRA	26/11/2024 10:11:03
01*.***-**-60	GILSON SOARES DE ARAUJO	26/11/2024 10:15:40

Protocolo: 007686/2024

Código de verificação: 3D85B2F6-AD50-4C28-AF22-306572BB23C0

Portal de validação:

<https://sistemas.tce.pi.gov.br/eprocesso/validador/documento>

