

<b>PROCESSO Nº:</b>	@RLA 20/00739312
<b>UNIDADE GESTORA:</b>	Secretaria de Estado da Saúde (SES)
<b>RESPONSÁVEL:</b>	Aldo Baptista Neto - Secretário de Estado da Saúde
<b>ASSUNTO:</b>	Auditoria operacional para avaliar o processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)
<b>RELATOR:</b>	Conselheiro Luiz Eduardo Cherem
<b>UNIDADE TÉCNICA:</b>	DAE/CAOP/DIV3
<b>RELATÓRIO Nº:</b>	DAE - 33/2022 - Reinstrução

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 Visão geral do tema.....	6
1.2 Visão geral do auditado.....	13
1.3 Visão geral da auditoria.....	20
1.3.1 Objetivo da auditoria.....	20
1.3.2 Metodologia utilizada.....	20
1.3.3 Limitações e dificuldades encontradas.....	22
1.3.3.1 Limitações relativas às atividades presenciais e a pandemia (Covid-19).....	22
1.3.3.2 Dificuldades relativas à análise do transporte inter-hospitalar efetuado pelo Samu.....	23
1.3.4 Volume de recursos fiscalizados.....	25
1.4 Informações preliminares acerca da distribuição das solicitações de leitos de UTI/SUS aprovadas por macrorregião extraídas do sistema Sisreg.....	26
2 RESULTADOS DA AUDITORIA.....	31
2.1 ACHADOS RELATIVOS À PRIMEIRA QUESTÃO DE AUDITORIA.....	31
2.1.1 Fluxograma atual, previsto nas Deliberações CIB nºs 066/2018 e 069/2020, não contempla todas as atividades e procedimentos da regulação de leitos de UTI/SUS.....	33
2.1.1.1 Comentários do gestor.....	42
2.1.1.2 Análise dos comentários do gestor.....	43
2.1.2 Ausência de práticas de sistematização e manualização das atividades do sistema estadual de regulação ..	44
2.1.2.1 Comentários do gestor.....	48
2.1.2.2 Análise dos comentários do gestor.....	48
2.1.3 Ausência de educação continuada – atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos – sobre o processo de regulação estadual de leitos de UTI/SUS.....	49
2.1.3.1 Comentários do gestor.....	52
2.1.3.2 Análise dos comentários do gestor.....	52
2.2 ACHADOS RELATIVOS À SEGUNDA QUESTÃO DE AUDITORIA.....	52
2.2.1 Interrupções dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, quando esses deveriam estar disponíveis, ininterruptamente, 24 horas por dia e nos sete dias da semana.....	53
2.2.1.1 Núcleos Internos de Regulação dos Hospitais Públicos Estaduais.....	55

2.2.1.1.1 Funcionamento do NIR .....	58
2.2.1.1.2 Disponibilidade de profissionais médicos no NIR.....	58
2.2.1.2 Centrais Regionais de Internação Hospitalar Macrorregionais (CRIH-MR) e Central Estadual de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) .....	61
2.2.1.2.1 Funcionamento das Centrais de Regulação .....	63
2.2.1.2.2 Disponibilidade dos profissionais médicos nas Centrais de Regulação.....	64
2.2.1.3 Comentários do gestor .....	68
2.2.1.4 Análise dos comentários do gestor .....	69
2.2.2 Intempestividade na prestação dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS nos NIR e nas Centrais de Regulação .....	69
2.2.2.1 Comentários do gestor.....	79
2.2.2.2 Análise dos comentários do gestor .....	79
2.2.3 Registro de internação de usuário em leito de UTI/SUS no Sisreg sem a autorização prévia da Central de Regulação competente.....	79
2.2.3.1 Comentários do gestor.....	82
2.2.3.2 Análise dos comentários do gestor .....	83
2.3 ACHADO RELATIVO À TERCEIRA QUESTÃO DE AUDITORIA .....	83
2.3.1 Os sistemas Sisreg e SES Leitos não atendem às necessidades de regulação de leitos de UTI de Santa Catarina .....	84
2.3.1.1 Comentários do gestor.....	101
2.3.1.2 Análise dos comentários do gestor .....	102
3 CONCLUSÃO.....	102
APÊNDICE A – FUNCIONAMENTO DOS NIR .....	114
APÊNDICE B – FUNCIONAMENTO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO .....	120
APÊNDICE C – EVIDÊNCIAS DE REGULAÇÃO POSTERIOR DE LEITOS .....	129
APÊNDICE D – EVIDÊNCIAS DE FALHA NA ALIMENTAÇÃO DO SISREG.....	133
APÊNDICE E – FLUXOGRAMA.....	134
APÊNDICE F - MODELO DE PLANO DE AÇÃO.....	146

# 1 INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional<sup>1</sup> para a avaliação do processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), cujos dados abrangem o período de setembro a novembro de 2019, autorizada por meio do Memo. DAE nº 011, de 29/07/2020.

Este trabalho surge da necessidade de verificar se o sistema estadual de regulação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva do Sistema Único de Saúde (UTI/SUS) tem disponibilizado leitos de UTI de forma ininterrupta e tempestiva para os usuários que deles necessitam. Para tanto, avaliou-se o fluxo do processo de regulação, procurando-se identificar problemas e gargalos, bem como verificar se a sistematização e padronização de procedimentos são suficientes para auxiliar os profissionais envolvidos na busca de leitos de UTI/SUS. Avaliou-se também se os sistemas informatizados estão adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários SUS.

Além disso, justifica-se sua realização pela materialidade (grande quantidade de recursos públicos envolvidos), pela relevância (atualidade e importância do serviço à população) e pela criticidade (situações críticas efetivas e indesejadas) do objeto em discussão, qual seja a regulação de leitos de UTI/SUS.

Ressalta-se que devido à limitação imposta pela Pandemia do Coronavírus (Covid-19) e em decorrência das restrições impostas pela Portaria nº TC-082/2020<sup>2</sup>, alterada pelas Portarias nºs TC-086/2020<sup>3</sup>, TC-133/2020<sup>4</sup>, TC-298/2020<sup>5</sup> e TC-311/2020<sup>6</sup>, que estabeleceram medidas para mitigação dos riscos decorrentes da doença causada pelo Novo Coronavírus no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), as entrevistas na fase de planejamento foram realizadas de forma virtual (*Microsoft Teams*), efetuados diversos contatos telefônicos, trocas

---

<sup>1</sup> [...] avalia o desempenho de programas, projetos e ações governamentais e verifica se os objetivos para os quais foram criados estão sendo cumpridos. Esse trabalho do TCE/SC busca contribuir para a melhoria de gestão e da aplicação dos recursos públicos em favor da sociedade. Após as conclusões da auditoria, o Pleno determina que o gestor apresente um plano com a definição de ações, prazos e responsáveis para a solução dos apontamentos feitos pelo TCE/SC, que será objeto de monitoramento pelo órgão de controle. Disponível em: <<http://www.tce.sc.gov.br/content/auditorias-operacionais>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>2</sup> Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis\\_normas/PORTARIA%20N.TC%20082-2020%20CONSOLIDADA.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis_normas/PORTARIA%20N.TC%20082-2020%20CONSOLIDADA.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis\\_normas/PORTARIA%20N.TC%20086-2020%20CONSOLIDADA.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis_normas/PORTARIA%20N.TC%20086-2020%20CONSOLIDADA.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>4</sup> Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis\\_normas/PORTARIA%20N.TC%20133-2020%20CONSOLIDADA.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis_normas/PORTARIA%20N.TC%20133-2020%20CONSOLIDADA.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>5</sup> Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis\\_normas/PORTARIA%20N.TC%20298-2020%20CONSOLIDADA.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis_normas/PORTARIA%20N.TC%20298-2020%20CONSOLIDADA.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>6</sup> Disponível em: <[http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis\\_normas/PORTARIA%20N.TC%20311-2020%20CONSOLIDADA.pdf](http://www.tce.sc.gov.br/sites/default/files/leis_normas/PORTARIA%20N.TC%20311-2020%20CONSOLIDADA.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

de *e-mails* e mensagens pelo Aplicativo *WhatsApp*, e as visitas *in loco* à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUS) da SES/SC foram realizadas apenas em 03 (três) momentos, restringindo-se ao conhecimento dos Sistemas informatizados – Sistema Nacional de Regulação (Sisreg)<sup>7</sup> e Sistema de Gerenciamento de Leitos (SES Leitos)<sup>8</sup> – e do fluxograma do processo regulatório em Santa Catarina, sempre cumprindo as regras e cuidados sanitários exigidos pela legislação durante o período da Pandemia.

Importante ressaltar também que esta auditoria deu ênfase ao processo regulatório em situação considerada normal, motivo pelo qual se tratou de avaliar o sistema de regulação estadual em período anterior a Pandemia Mundial do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2), declarada em 20 de março de 2020 por meio do Decreto Legislativo nº 06/2020<sup>9</sup>.

Tendo em vista a amplitude e complexidade do processo regulatório na saúde pública, buscou-se analisar, num primeiro momento, apenas a regulação de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina (próprios e contratualizados), sob a gestão da SES/SC, a partir do mapeamento desse processo, confrontando-o com as normas e as boas práticas de gestão existentes.

Dessa forma, efetuou-se uma análise pormenorizada de todo o processo, desde o momento da demanda (necessidade de vaga em leito de UTI ao usuário do SUS), passando pelos procedimentos de busca do leito pela Unidade Hospitalar Solicitante (UHS), os papéis da Central de Regulação de Internações Hospitalares da Macrorregião (CRIH/MR) e da Central de Regulação Estadual de Internações Hospitalares (CERIH), os procedimentos de transporte inter-hospitalar do usuário realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) até a chegada desse usuário à Unidade Hospitalar de Destino (UHD). Ademais, procurou-se analisar ainda os sistemas informatizados utilizados no processo de regulação em Santa Catarina.

O trabalho iniciou-se em 17/06/2020 com a apresentação da equipe (Ofício TCE/DAE nº 12.151/2020, fl. 04 dos autos) e o levantamento inicial de informações, momento em que também se deu início ao planejamento da auditoria com o estudo do tema, a aplicação de técnicas de auditoria operacional (mapeamento do processo regulatório de leitos de UTI/SUS com o desenho do seu fluxograma, análise *Stakeholder*, SWOT e Diagrama de Verificação de Risco (DVR), Espinha de Peixe e Árvore de Problemas.) e ciclo de reuniões com especialistas e equipes

---

<sup>7</sup> Sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>8</sup> Sistema de Gerenciamento de Leitos criado pela SES/SC, que permite acompanhar a ocupação específica de Leitos Hospitalares em cada hospital, município ou região, permitindo distinguir os tipos (adulto, pediátrico ou neonatal), além da possibilidade de verificar dados específicos das vagas destinadas ao tratamento de Covid-19. Disponível em: <<https://saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/11505-sistema-ses-leitos-traz-ocupacao-em-utis-por-unidades-em-tempo-real>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>9</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/DLG6-2020.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

da Secretaria de Estado da Saúde. Na sequência foi construída a Matriz de Planejamento, que definiu o foco da auditoria e os dados e informações necessárias às análises, passando, em seguida, à fase de execução da auditoria, onde foram efetuadas visitas in loco, entrevistas e coleta de dados e informações e, por fim, elaborou-se o Relatório de Instrução DAE nº 006/2022 (fls. 1523-1659), com o resultado inicial da auditoria.

Oportuno registrar que o mencionado relatório foi encaminhado em audiência ao Secretário de Estado da Saúde por meio do Ofício TCE/SC/SEG 623/2022 (fl. 1667), de 24/01/2022, para que se manifestasse acerca dos apontamentos levantados na auditoria efetivada, no prazo de 30 dias. Em resposta à audiência, o Secretário Adjunto de Estado da Saúde encaminhou o Of. Nº 825/2022/SES/GABS, de 29/04/2022 (fls. 1685-1686), com a Informação nº 095/2022 da Superintendência de Serviços de Especializados de Regulação e da Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares – CERIH (fls. 1679-1683). Complementarmente foi encaminhada a Informação nº 201/2022 da Superintendência de Serviços de Especializados de Regulação e da Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares – CERIH (fls. 1692-1701) contendo as respostas aos demais itens faltantes.

No primeiro tópico, traz-se a introdução ao presente relatório, apresentando: a) visão geral do tema, no qual consta, uma breve síntese sobre o sistema nacional de regulação de leitos de UTI/SUS; b) visão geral do auditado, onde se expõe a estrutura organizacional e informações gerais sobre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), especialmente da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares (Estadual e Macrorregiões); e c) visão geral da auditoria, com destaque ao objetivo geral, às questões da auditoria, à metodologia utilizada, às limitações encontradas e ao volume de recursos fiscalizados.

O segundo tópico apresenta os resultados desta auditoria operacional, em que se relatam situações encontradas, evidências, causas identificadas, efeitos, sugestões de medidas a serem adotadas pelo gestor e benefícios esperados com a adoção dessas medidas, tudo isso sintetizados na Matriz de Achados confeccionada pela equipe de auditoria. Este tópico apresenta também as manifestações e justificativas do gestor sobre cada situação encontrada (achado) e as respectivas análises. Os achados estão vinculados e agrupados às questões de auditoria definidas durante a etapa de planejamento.

No terceiro e último tópico, aborda-se o trabalho realizado pela equipe de auditoria, resgatando os objetivos traçados e uma síntese dos resultados desta auditoria operacional com a sua respectiva conclusão, em que sugere-se, ao Relator do presente processo, conhecer este

relatório de auditoria; conceder prazo ao gestor para que apresente um plano de ação<sup>10</sup>, visando ao cumprimento das determinações e implementação das recomendações resultantes do trabalho de fiscalização operacional; e determinar a realização de monitoramento das deliberações exaradas pelo Pleno.

## 1.1 Visão geral do tema

O direito à saúde está insculpido na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948<sup>11</sup>, mais precisamente em seu art. 25, que prevê que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 define o direito à saúde como um direito social fundamental (art. 6º)<sup>12</sup>, reconhecendo a saúde como “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” (art. 196)<sup>13</sup>.

De forma complementar, a Lei (federal) nº 8.080/90<sup>14</sup>, denominada Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece no seu art. 2º: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nesse contexto, insere-se a regulação dos serviços de saúde e o Estado tem papel fundamental, em nome do interesse público e do bem comum, como regulador desses serviços e garantidor da concretização das diretrizes e dos princípios preconizados pelo SUS.

---

<sup>10</sup> [...] documento elaborado pela unidade auditada que contemple as ações que serão adotadas para o cumprimento das determinações e implementação das recomendações, que indique os responsáveis e estabeleça os prazos para realização de cada ação. Disponível em: <[https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis\\_normas/resolucao\\_n\\_79-2013\\_consolidada.pdf](https://www.tcesc.tc.br/sites/default/files/leis_normas/resolucao_n_79-2013_consolidada.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>11</sup> Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>12</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

<sup>13</sup> Art. 196. 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.

<sup>14</sup> Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Isso, considerando a Portaria nº 399/MS/GM/2006<sup>15</sup>, a Portaria nº 699/MS/GM/2006<sup>16</sup>, a Portaria nº 1.571/MS/GM/2007<sup>17</sup> e a Portaria nº 1.034/MS/GM/2010<sup>18</sup>, bem como, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017<sup>19</sup>, na qual o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, em virtude da necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, de fortalecer os instrumentos de gestão e fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (art. 1º).

Conforme, ainda, a Política Nacional de Regulação, os diversos níveis da regulação em saúde estão organizados em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde<sup>20</sup>, Regulação da Atenção à Saúde<sup>21</sup> e Regulação do Acesso à Assistência<sup>22</sup> (art. 2º do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017). O art. 11 da referida norma define a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, a estrutura

---

<sup>15</sup> Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>16</sup> Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>17</sup> Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571\\_29\\_06\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>18</sup> Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034\\_05\\_05\\_2010\\_rep\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep_comp.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>19</sup> Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>20</sup> Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas (art. 2º, I, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017).

<sup>21</sup> Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (art. 2º, II, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017).

<sup>22</sup> Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (art. 2º, III, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017).

administrativa responsável às providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS.

Em especial, o art. 5º da mesma portaria prevê que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

- regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

São atribuições da regulação do acesso, pontuados pelo art. 8º, § 1º, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017:

- garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- subsidiar o processamento das informações de produção; e
- subsidiar a programação pactuada e integrada.

A estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores é denominado Complexo Regulador, cujas

atribuições são (art. 8º, § 2º, c/c o art. 9º, *caput*, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017):

- fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
- executar a regulação médica do processo assistencial.

O Complexo Regulador, com base no art. 9º, I a III, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, pode seguir três modelos:

- Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

- Complexo Regulador Regional: a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

- Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Quanto à organização do Complexo Regulador, o art. 9º, §§ 1º a 3º, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, traz definições e o divide em: Central de Regulação de Consultas e Exames<sup>23</sup>; Central de Regulação de Internações Hospitalares<sup>24</sup> e Central de Regulação de Urgências<sup>25</sup>. Registra-se que a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. O art. 10

---

<sup>23</sup> Regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais.

<sup>24</sup> Regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

<sup>25</sup> Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

da referida Portaria define as atividades, em âmbito administrativo, a serem exercidas pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

Destaca-se a Portaria nº 2.923 /MS/GM/2013<sup>26</sup>, que estabeleceu critérios de financiamento para a implantação e/ou implementação e informatização das unidades de saúde integrantes dos complexos reguladores.

Em Santa Catarina, o Governo do Estado, por meio da Lei (estadual) nº 16.158/2013<sup>27</sup>, criou as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares e as Centrais de Regulação de Consultas e Exames, operacionalizadas pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

Essas Centrais de Regulação, conforme estabelece o art. 1º, parágrafo único, da referida norma, têm por objetivo: descentralizar e regionalizar a assistência à saúde, otimizando os recursos e qualificando a oferta; padronizar os Protocolos Clínicos e de Acesso que serão utilizados nas Centrais de Regulação, aumentando o controle e a fiscalização dos serviços e atendimentos; estabelecer competências, fluxos e responsabilidades na regulação do acesso à saúde no âmbito do SUS; garantir a agilidade e a qualidade no acesso à assistência à saúde pública; reduzir o tempo de espera para consultas, exames e internações; e reduzir o número de transporte de usuários entre municípios.

As Centrais de Regulação em Santa Catarina, segundo o art. 2º da Lei (estadual) nº 16.158/2013, estão divididas em:

a) Central de Regulação de Consultas e Exames: compete regular o acesso dos usuários do SUS a todos os procedimentos ambulatoriais, especializados ou não, incluindo consultas especializadas; serviços de apoio de diagnóstico terapêutico; e cirurgias ambulatoriais; e

b) Central de Regulação de Internações Hospitalares: compete regular o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados, incluindo a regulação dos leitos qualificados das Redes de Atenção à Saúde, como leitos das portas de entrada, das UTIs, de retaguarda, de cuidados prolongados, da saúde mental e materno-fetais.

---

<sup>26</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2923\\_28\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2923_28_11_2013.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>27</sup> Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/016158-011-0-2013-001.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Pactuada e deliberada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>28</sup>, a Deliberação CIB nº 040/2013<sup>29</sup> c/c a Deliberação CIB nº 370/2013<sup>30</sup>, aprovou o Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina, e definiu, em seu art. 3º que o Complexo Regulador Estadual, sob gestão estadual, coordena o acesso aos serviços especializados de saúde, ambulatorial e hospitalar e as Centrais de Regulação Ambulatoriais Municipais e Macrorregionais, sob gestão municipal, coordenam o acesso aos serviços especializados de saúde, “de acordo com as pactuações previstas na PPI - Programação Pactuada e Integrada, PDR - Plano Diretor de Regionalização, PDI - Plano Diretor de Investimentos de SC e disponibilidade de recursos municipais”.

De acordo com a referida Deliberação, o Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações de Regulação do Acesso à Assistência, podendo ter abrangência e estrutura conforme pactuação entre os gestores, seguindo três modelos: estadual, regional ou municipal. O Complexo Regulador se fundamenta na universalização do atendimento, descentralização, regionalização e na hierarquização do SUS, funcionando como um observatório dos serviços ofertados e das necessidades do usuário ao trazer a informação da assistência e produção de dados que forneçam informações importantes para subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais.

Já, a Central de Regulação que compõe o Complexo Regulador, é uma unidade operacional que deve dispor em tempo real de informações sobre a oferta de serviços assistenciais e desempenhar o papel de receber e direcionar a demanda destes serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também identificar os *déficits* e as falhas do sistema.

A abrangência da Central de Regulação inclui a regulação da assistência ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, bem como as urgências, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; bem como o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

---

<sup>28</sup> É o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Como colegiado bipartite, a CIB em Santa Catarina é composta paritariamente por 09 (nove) representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por 09 (nove) do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC). A CIB/SC foi criada pela Portaria SES nº 012/93, atendendo ao disposto no subitem 2.2.1 da Portaria MS/GM nº 545/93. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultadobusca/cib-gestores/54-o-que-e-a-cib>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>29</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2013-cib/6638-040-21-02-plano-estadual-da-organizacao-das-centrais-de-regulacao/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>30</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2015/12992-deliberacao-370-cib-22-08-2013-370-22-08-centrais-de-regulacao-para-exames-e-consultas/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

A Central de Regulação pode ser de:

a) Consultas e Exames: responsável pela regulação do acesso das pessoas usuárias às consultas especializadas, aos serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não;

b) Internações Hospitalares: responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS: próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros; e

c) Urgências: regula a atenção pré-hospitalar de urgência, e é realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel (Samu); e

d) de Alta Complexidade (CERAC): responsável pelo gerenciamento dos procedimentos de alta complexidade, está integrada às CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares.

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho básicos:

a) o levantamento e distribuição de cotas de consultas, exames e/ou procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não);

b) busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso;

c) processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo: as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) ou da Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e

d) execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam a decisões baseadas em evidências.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa ligada hierarquicamente à Direção-Geral de um hospital que possibilita monitoramento do paciente desde

a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

Para orientar os órgãos de saúde, o Ministério da Saúde, pelo Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde, elaborou o Manual de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação para hospitais gerais e especializados.<sup>31</sup>

Ainda, no intuito de atingir os objetivos da regulação do acesso e garantir as ações das Centrais de Regulação, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), sistema informatizado gratuito, disponibilizado via *on-line (website)*, dispensando os processos de instalação e manutenção do *software*. Essa ferramenta informatizada de regulação foi a escolhida para o gerenciamento das Centrais de Regulação em Santa Catarina, por ser o sistema oficial do MS, sendo que qualquer outro sistema informatizado de regulação necessita atender às necessidades de interoperabilidade com o Sisreg, sujeito a avaliação e aprovação em conjunto pelo DRAC/SAS/MS e pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus/SGEP/MS).

O Sisreg, objeto de análise pela equipe de auditoria, permite a regulação do acesso, com funcionalidade de gestão da fila de espera, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, o maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além da possibilidade de integração da regulação do acesso com as áreas de avaliação, controle e auditoria.<sup>32</sup>

Cabe destacar, ainda, que o fluxograma do sistema estadual de regulação de leitos de UTI/SUS, também objeto de análise neste relatório, está previsto na Deliberação CIB nº 066/2018<sup>33</sup> e na Deliberação CIB nº 069/2020<sup>34</sup>, esta última normativa enfatiza o atendimento à Covid-19<sup>35</sup>.

## 1.2 Visão geral do auditado

---

<sup>31</sup>Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>. Acesso em: 29 out. 2021.

<sup>32</sup> Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>33</sup>Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2018-cib/12413-066-26-03-fluxo-da-regulacao-do-acesso-hospitalar/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>34</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2020-cib/17037-069-25-06-deliberacao-cib-2020-em-breve/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>35</sup> A Covid-19, segundo o Ministério da Saúde, “é uma doença causada pelo Novo Coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves”. São sintomas comuns e não necessariamente devem ocorrer todos ao mesmo tempo: “tosse, febre, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato (anosmia), alteração do paladar (ageusia), distúrbios gastrointestinais (náuseas/vômitos/diarreia), cansaço (astenia), diminuição do apetite (hiporexia) e dispneia (falta de ar)” e a “transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo”. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) tem suas competências definidas no art. 41 da Lei Complementar (estadual) nº 741/2019, dentre as quais cabe destaque a obrigatoriedade de desenvolver a capacidade institucional e definir políticas e estratégias de ação voltadas às macro funções de planejamento, gestão, regulação, acompanhamento, avaliação e controle na área da saúde (art. 41, I); monitorar, analisar e avaliar a situação de saúde no Estado (art. 41, IV); garantir a qualidade dos serviços de saúde (art. 41, X) e, coordenar as políticas da atenção primária, da média e alta complexidade, no que concerne à Administração Pública Estadual (art. 41, XIV).

A estrutura organizacional da SES/SC, com estrutura em nível central sediada em Florianópolis/SC, é composta pelo Gabinete do Secretário; Gabinete do Secretário Adjunto; Superintendência de Gestão Administrativa (SGA); Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS); Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV); Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais (SUH); Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e Superintendência de Urgência e Emergência (SUE), conforme Figura 01 na sequência:

**Figura 01 – Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**



Fonte: Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 (fl. 15).

Dessa estrutura organizacional existente, é a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), que faz a gestão do sistema de regulação estadual de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina.

Subordinada a SUR, estão a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH) e 08 (oito) Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares (CRIH/MR), estas assim definidas pelo art. 4º da Lei (estadual) nº 16.158/2013:

**1. Macrorregião Nordeste e Planalto Norte:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**2. Macrorregião Grande Florianópolis:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**3. Macrorregião Vale do Itajaí:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**4. Macrorregião Foz do Rio Itajaí:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**5. Macrorregião Sul:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**6. Macrorregião Serra Catarinense:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames;

**7. Macrorregião Meio Oeste:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames; e

**8. Macrorregião Grande Oeste:** uma Central de Regulação de Internações Hospitalares e uma Central de Regulação de Consultas e Exames.

No mesmo sentido, a Deliberação CIB n° 370/2013<sup>36</sup>, alterou o escopo estabelecido para organização das Centrais de Regulação Macrorregionais nos Capítulos 3 e 6 do Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação, Anexo à Deliberação CIB n° 040/2013, e estabeleceu em seu art. 1º, parágrafo único: “08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares e de Urgências, sob gestão estadual, operacionalizadas no mesmo espaço físico, e 08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Consultas e Exames, sob gestão municipal”. Ademais, a Deliberação CIB n° 132/2015<sup>37</sup>, criou a Câmara Técnica de Regulação objetivando a discussão contínua sobre a gestão do acesso e as implicações da regulação nos diferentes níveis de atenção a saúde.

Conforme determina o art. 4º, § 3º, do referido diploma legal, “as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares terão funcionamento em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia e nos 7 (sete) dias da semana; e as Centrais de Regulação de Consultas e Exames deverão funcionar nos dias úteis por pelo menos 8 (oito) horas diárias”.

Destaca-se que, conforme a Portaria n° 1.792/MS/GM/2012<sup>38</sup>, que instituiu incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único

---

<sup>36</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2015/12992-deliberacao-370-cib-22-08-2013-370-22-08-centrais-de-regulacao-para-exames-e-consultas/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>37</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2015/12988-deliberacao-n-132-cib-15-camara-tecnica-de-regulacao/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>38</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

de Saúde (SUS), alterada pela Portaria nº 2.655/MS/GM/2012<sup>39</sup>, devem ser dimensionados os portes das CRIH-MR de acordo com a quantidade populacional a seguir:

- Porte I – abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes;
- Porte II – abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes;
- Porte III – abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes;
- Porte IV – abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes; e
- Porte V – abrangência de mais de seis milhões de habitantes.

Na Tabela 01 é apresentada a abrangência das CRIH/MR em Santa Catarina e seu respectivo porte, de acordo com a supramencionada norma do Ministério da Saúde, e as quantidades de unidades de saúde e leitos SUS encontrados em cada região:

**Tabela 01 – Abrangência das CRIH-MR, em Santa Catarina, em Janeiro/2019**

<b>CRIH (PORTE)</b>	<b>UNIDADES DE SAÚDE</b>	<b>LEITOS SUS</b>	<b>POPULAÇÃO 2018</b>
Grande Oeste (Porte II)	34	1.613	789.112
Meio Oeste (Porte II)	29	1.365	631.556
Foz do Rio Itajaí (Porte II)	8	668	698.912
Serra Catarinense (Porte I)	13	738	288.479
Sul (Porte II)	25	1.760	999.701
Nordeste e Planalto Norte (Porte III)	24	1.831	1.400.128
Vale do Itajaí (Porte III)	31	1.684	1.077.659
Grande Florianópolis (Porte III)	25	2.273	1.189.947
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>11.932</b>	<b>7.075.494</b>

**Fonte:** Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 (fl. 178).

A rede de hospitais em Santa Catarina é composta por 189 (cento e oitenta e nove) unidades. Dessas unidades, 13 (treze) são próprias do Estado, sendo que duas não possuíam leitos de UTI/SUS, quais sejam: a) Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (localizado no município de São José) e o Hospital Santa Teresa (localizado no município de São Pedro de Alcântara), embora este último possua NIR, somente para regulação de consultas e exames. Ou seja, 11 hospitais próprios do estado possuíam NIR para regulação de leitos de UTI/SUS, como demonstrado no Quadro 01.

**Quadro 01 – Rede de hospitais públicos estaduais**

<b>UNIDADE HOSPITAR</b>	<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>LEITOS UTI/SUS</b>	<b>NIR</b>
1.Hospital Governador Celso Ramos	Geral	Florianópolis	Sim	Sim
2.Hospital Infantil Joana de Gusmão	Infantil	Florianópolis	Sim	Sim
3.Hospital Nereu Ramos	Geral	Florianópolis	Sim	Sim
4.Maternidade Carmela Dutra	Maternidade	Florianópolis	Sim	Sim
5.Hospital Dr. Waldomiro Colautti	Geral	Ibirama	Sim	Sim
6.Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Geral	Joinville	Sim	Sim
7.Maternidade Darcy Vargas	Maternidade	Joinville	Sim	Sim

<sup>39</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2655\\_21\\_11\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2655_21_11_2012.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

UNIDADE HOSPITAR	ESPECIALIDADE	MUNICÍPIO	LEITOS UTI/SUS	NIR
8.Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos	Geral/Maternidade	Lages	Sim	Sim
9.Maternidade Dona Catarina Kuss	Maternidade	Mafra	Sim	Sim
10. Instituto de Cardiologia de Santa Catarina	Cardiologia	São José	Sim	Sim
11. Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes	Geral	São José	Sim	Sim
12. Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina	Psiquiatria	São José	Não	Não
13. Hospital Santa Teresa	Geral	São Pedro de Alcântara	Não	Não

Fonte: Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 (fl. 09).

A rede hospitalar de Santa Catarina conta ainda com 05 (cinco) hospitais e 02 (dois) centros assistenciais administrados por Organizações Sociais (OS), conforme Quadro 02.

**Quadro 02 – Hospitais administrados por Organizações Sociais**

UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO
1.Hospital Florianópolis	Florianópolis
2.Hospital Regional Terezinha Gaio Basso	São Miguel do Oeste
3.Hospital Materno Infantil Santa Catarina	Criciúma
4.Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria	Joinville
5.Hospital Regional de Araranguá	Araranguá
6.Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC)	Florianópolis
7.Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON)	Florianópolis

Fonte: Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 (fl. 10).

Registra-se que, além das unidades acima relacionadas, o atendimento ao usuário do sistema estadual de regulação de leitos de UTI conta com hospitais contratualizados, conveniados e credenciados do SUS, incluindo o Hospital Universitário (HU) vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em todas as Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina.

Em pesquisa ao sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 24/08/2021, levando em conta o último mês de abrangência da presente auditoria, qual seja, competência: novembro de 2019, encontrou-se o número de 1368 leitos de UTI/SUS existentes em Santa Catarina, sendo 844 destes habilitados, conforme a Tabela 02 a seguir:

**Tabela 02 – Quantidade de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina em de novembro/2019**

DESCRIÇÃO DO LEITO DE UTI	NOVEMBRO/2019	
	Existente	Habilitado
UTI Adulto - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários	845	525
UTI Pediátrica - Tipos I, II, III, Queimados e Cuidados Intermediários	133	97
UTI Neonatal - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários (Convencional e Canguru)	390	222
<b>TOTAL</b>	<b>1368</b>	<b>844</b>

Fonte: Site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 24/08/2021.

Levantando-se o número no mês de agosto/2021, a partir da pesquisa em 24/08/2021, encontrou-se 2.857 de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina, sendo 2166 leitos habilitados, conforme a Tabela 03 na sequência:

**Tabela 03 – Quantidade de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina em de agosto/2021**

DESCRIÇÃO DO LEITO DE UTI	AGOSTO/2021	
	Existente	Habilitado
UTI Adulto - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários	876	545
UTI Pediátrica - Tipos I, II, III, Queimados e Cuidados Intermediários	132	110
UTI Neonatal - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários (Convencional e Canguru)	380	225
UTI II Adulto - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19	1256	1130
UTI II Pediátrica - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19	35	31
Suporte Ventilatório Pulmonar - Covid-19	178	125
<b>TOTAL</b>	<b>2857</b>	<b>2166</b>

**Fonte:** Site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 24/08/2021.

Nessa ideia de extrair os números de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina em novembro/2019, último mês de abrangência desta auditoria e antes da Pandemia do Coronavírus, e agosto/2021, período mais atual e durante a crise de saúde do Covid-19, verifica-se as diferenças desses dados (evoluções e involuções).

**Tabela 04 – Diferença da quantidade de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina (Nov./2019 e Ago./2021)**

DESCRIÇÃO DO LEITO DE UTI	DIFERENÇA	
	Existente	Habilitado
UTI Adulto - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários	31	20
UTI Pediátrica - Tipos I, II, III, Queimados e Cuidados Intermediários	-1	13
UTI Neonatal - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários (Convencional e Canguru)	-10	3
UTI II Adulto - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19	1256	1130
UTI II Pediátrica - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19	35	31
Suporte Ventilatório Pulmonar - Covid-19	178	125
<b>TOTAL</b>	<b>1489</b>	<b>1322</b>

**Fonte:** Site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 24/08/2021.

Nota-se, de pronto, criação de leitos de UTI/SUS destinados ao tratamento da Covid-19, com 03 (três) novos tipos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI II Adulto - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19; UTI II Pediátrica - Síndrome Resp. Aguda Grave (Srag) - Covid-19; e Suporte Ventilatório Pulmonar - Covid-19).

Entretanto, em relação aos leitos de UTI/SUS comumente encontrados nas unidades hospitalares para tratamentos ordinários e diversos à Covid-19, não se verificam grandes modificações em seus números. No caso de “UTI Adulto - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários” houve um pequeno incremento de 3,67% no número de leitos existentes, e 3,81% no número de leitos habilitados. Já em relação à “UTI Pediátrica - Tipos I, II, III, Queimados e Cuidados Intermediários” houve uma diminuição na quantidade em 0,75% no número de leitos existente, e um aumento em 13,40% no número de leitos habilitados. Quanto à UTI Neonatal - Tipos I, II, III e Cuidados Intermediários (Convencional e Canguru) houve uma diminuição na

quantidade em 2,56% no número de leitos existentes e um pequeno aumento de 1,35% no número de leitos habilitados.

Também estava prevista para ser analisada, nesta auditoria, a participação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que é parte do Complexo Regulador e tem papel fundamental nos Municípios para execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador.

Por meio da Central de Regulação do Samu, presta-se atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrerem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos usuários atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia.

Dentro da proposta de atenção integral, o Samu possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internações Hospitalares para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimentos, dentre outras.

Fundamentalmente, a ideia inicial era evidenciar o quanto o transporte efetuado pelo Samu interferiria no tempo de resposta da regulação de leitos de UTI, tendo em vista que, quando necessário, a transferência entre uma unidade solicitante e a unidade destino é efetuada pelos veículos especializados do Samu. Contudo, durante a fase de execução da auditoria algumas limitações à análise pretendida foram encontradas e estão sendo tratadas no subitem 1.3.1.1 deste Relatório.

Além disso, há de registrar que as atividades do Samu para transferências inter-hospitalares estão sendo gradualmente substituídas pela Central Estadual de Transferências Inter-Hospitalares (Cerinter), da SES/SC, em virtude da publicação da Deliberação CIB nº 181<sup>40</sup>, de 24/08/2021, que veda às equipes do Samu 192, o transporte inter-hospitalar para leito de UTI sem acionamento pela Cerinter.

De acordo com a referida norma, a Cerinter é responsável por acionar os dispositivos: ambulância da inter-hospitalar (nos serviços implantados), Central de Regulação das Urgências (Samu-192) ou aero médico (asa fixa) nas transferências de pacientes para leito de UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal. Assim, à medida que as ambulâncias do Serviço Móvel de Transferência Inter-Hospitalar – SC (Portaria SES nº 641, de 26/08/2021) forem sendo adquiridas e agregadas ao sistema, o Samu passará a dedicar-se prioritariamente aos atendimentos pré-hospitalares primários e, de forma secundária, às transferências inter-hospitalares.

---

<sup>40</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2021-cib/18639-181-24-08-cerinter/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

### **1.3 Visão geral da auditoria**

#### **1.3.1 Objetivo da auditoria**

O objetivo central desta auditoria operacional é avaliar o processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

Para atingir esse objetivo foram elaboradas as seguintes questões de auditoria:

**1ª Questão:** A sistematização e a padronização de procedimentos da busca de leitos de UTI/SUS adotados pela SES/SC são suficientes para garantir o atendimento aos usuários que necessitam de internações em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo?

**2ª Questão:** A SES/SC tem disponibilizado leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI/SUS) de forma ininterrupta e tempestiva aos usuários que deles necessitam?

**3ª Questão:** Os sistemas informatizados para regular os leitos de UTI/SUS de Santa Catarina estão adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários SUS?

#### **1.3.2 Metodologia utilizada**

O trabalho iniciou-se em 17 de junho de 2020, com o levantamento inicial de informações e documentos, bem como a apresentação da equipe de auditoria aos gestores (Ofício TCE/DAE nº 12.151/2020, fl. 04 dos autos). A partir dessas informações e documentos preliminares obtidos, desenvolveram-se as técnicas de auditoria de diagnóstico, como: mapeamento do processo regulatório de leitos de UTI/SUS com o desenho do seu fluxograma, análise

*Stakeholder*<sup>41</sup>, SWOT<sup>42</sup> e Diagrama de Verificação de Risco (DVR)<sup>43</sup>, Espinha de Peixe<sup>44</sup> e Árvore de Problemas<sup>45</sup>.

Na fase de planejamento, efetuou-se pesquisa documental na *internet*, manuais, artigos, notícias veiculadas sobre a matéria e na legislação correlata. Por meio das citadas técnicas, foi construída a Matriz de Planejamento, que definiu o foco da auditoria e os dados e informações necessários às análises.

Para a busca de informações e documentos junto à Secretaria Estadual de Saúde foram encaminhadas as Requisições nº 001, em 04/11/2020, e nº 002, em 11/03/2021 (fls. 06 e 41 dos autos, respectivamente), para as quais a SES encaminhou, em resposta, os documentos juntados às fls. 10-40, 54-464 e 42-52, além de planilhas eletrônicas.

A execução da auditoria ocorreu nos dias 03/11/2020 a 12/11/2020, e para a busca e confirmação de informações ficou definido como principal instrumento a realização de entrevistas a distância, por meio do aplicativo *Microsoft Teams*.

Embora as limitações encontradas, principalmente relativas às restrições às atividades presenciais em virtude do Novo Coronavírus, o principal meio de busca de informações concentrou-se nas entrevistas por vídeo conferência. Destacam-se as entrevistas realizadas com o diretor da SUR da SES/SC, com o Superintendente do Samu /SC, com a coordenadora e os

---

<sup>41</sup> Contribui desde a fase do desenho até o desenvolvimento da matriz de marco lógico e ajuda a identificar a forma apropriada de participação de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto. [...] *Stakeholder* são pessoas, grupos ou instituições com interesse em algum programa ou projeto e inclui tanto aqueles envolvidos quanto os excluídos do processo de tomada de decisão. Brasil. Tribunal de Contas da União. **Técnicas de auditoria: análise stakeholder**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2001, p. 08. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/tecnicas-de-auditoria-analise-stakeholder.htm>.

<sup>42</sup> A palavra **SWOT** é um acrônimo formado pelas palavras inglesas **S**trengths (forças), **W**eaknesses (fraquezas), **O**pportunities (oportunidades) e **T**hreats (ameaças). [...] Consiste na análise subjetiva das capacidades internas, para identificar as forças e as fraquezas da organização, e do ambiente externo no qual atua a organização, para apontar as oportunidades e ameaças presentes. **Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2010, p. 05. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/tecnicas-estudos-e-ferramentas-de-apoio>.

<sup>43</sup> É uma técnica da Gestão de Risco que visa, resumidamente, gerenciar efeitos adversos que possam comprometer um processo de gestão. [...] Nos trabalhos de auditoria, essa é uma técnica usualmente empregada para analisar as informações obtidas por meio da SWOT. Brasil. Tribunal de Contas da União. **Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2010, p. 09 e 10. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/tecnicas-estudos-e-ferramentas-de-apoio>.

<sup>44</sup> Também denominado Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito, “é uma ferramenta de representação das possíveis causas que levam a um determinado efeito”. JUNIOR, Isnard et. al. **Gestão da qualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2008, p.104.

<sup>45</sup> É uma técnica participativa que auxilia no desenvolvimento de ideias criativas para identificar o problema e organizar a informação coletada, gerando um modelo de relações causais que o explicam. Esta técnica facilita a identificação e a organização das causas e das consequências ou efeitos de um problema central. COHEN, Ernesto; MARTINEZ, Rodrigo. **Manual de formulacion, evaluacion y monitoreo de proyectos sociales**. *División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina (CEPAL)*, 2004, p.114. Disponível em: <[http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)> Acesso em: 30 jun. 2021.

médicos reguladores da Central Estadual de Regulação, com os médicos reguladores das Centrais Regionais de Regulação das Macrorregiões Oeste e Sul, bem como dos Núcleos Internos de Regulação dos hospitais São José de Criciúma e Regional de Chapecó, além de entrevistas complementares com servidores da Central Regional de Regulação Nordeste, especializados no sistema Sisreg, e na Central Estadual, especializados no sistema SES Leitos, bem como o Coordenador da Regulação de Acesso da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná e a Coordenadora da Central de Regulação Hospitalar do Rio Grande do Sul.

Os dados obtidos foram analisados e estão resumidamente identificados na Matriz de Achados da auditoria, documento que serviu de base para a elaboração deste Relatório.

### **1.3.3 Limitações e dificuldades encontradas**

O trabalho de auditoria parte de um planejamento que permite prever antecipadamente passos a serem dados e delinear as atividades a serem desenvolvidas. Entretanto, como em qualquer trabalho planejado, é possível encontrar dificuldades e limitações e realizar ajustes durante sua execução. Assim, nesta auditoria foram encontradas algumas situações que passam a ser registradas no presente relatório.

#### **1.3.3.1 Limitações relativas às atividades presenciais e a pandemia (Covid-19)**

Importante salientar que esta auditoria em particular reveste-se de peculiar característica, tendo em vista ter sido totalmente planejada e executada durante a pandemia da Covid-19, doença causada pelo Novo Coronavírus, denominado SARS-CoV-2.

No Brasil, o primeiro caso positivo foi em 26 de fevereiro de 2020 e o primeiro óbito ocorreu em 12 de março do mesmo ano, por conseguinte, em 20 de março de 2020 foi declarada a transmissão comunitária da Covid-19 em todo o território nacional, levando o Congresso Nacional, por meio do Presidente do Senado Federal, a decretar estado de calamidade pública, por meio do Decreto Legislativo nº 06/2020. Assim, com a publicação da Lei (federal) nº 13.979/2020, e alterações posteriores, foram definidas medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus.

Nessa esteira seguiram-se uma série de publicações de decretos estaduais e municipais durante o ano de 2020 e no decorrer de 2021, impondo diversas restrições aos cidadãos e, conseqüentemente aos servidores públicos. Sucedeu-se também, no Tribunal de Contas, a Portaria nº TC-082/2020, alterada pelas Portarias nºs TC-086/2020, TC-133/2020, TC-298/2020 e TC-

311/2020, que estabeleceram medidas para mitigação dos riscos decorrentes da doença, bem como a suspensão, e após restrição, da circulação de pessoas nas dependências desta Corte de Contas e a adoção do regime de trabalho a distância para os membros, servidores, estagiários e terceirizados.

Inclusive, quanto a limitação em discussão, estava previsto no planejamento da auditoria a confrontação entre o número de leitos informados no Sistema “SES Leitos” e a situação destes leitos *in loco* na unidade hospitalar, contudo, devido às limitações impostas para mitigação dos riscos decorrentes da doença causada pelo Novo Coronavírus em Santa Catarina e no âmbito do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC), as visitas *in loco* não foram realizadas.

### **1.3.3.2 Dificuldades relativas à análise do transporte inter-hospitalar efetuado pelo Samu**

Com vistas a verificar se o transporte do usuário efetuado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) nas transferências inter-hospitalares para leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) interfere no tempo de resposta entre a disponibilidade de vaga e a ocupação do leito de UTI/SUS, solicitou-se à Secretaria de Estado da Saúde (SES), em 04/11/2020, um relatório em planilha eletrônica<sup>46</sup> com os registros de todas as ocorrências do Samu em Santa Catarina no período de setembro a novembro de 2019. Nas planilhas a serem remetidas deveriam estar indicadas as transferências inter-hospitalares e deveriam conter, pelo menos, identificação do usuário transportado, nomes das Unidades Solicitantes (US) e Unidades de Destino (UD), especialidade da patologia de cada usuário transferido e data e horário de saída do veículo do Samu da US e de chegada na UD.

Importante ressaltar que, no período de 04/11/2020 a 16/03/2021, foi efetuada intensa troca de *e-mails* e telefonemas com a SES/SC, o Samu e a empresa OZZ Saúde (contratada pelo Samu) (fls. 34 a 39 dos autos), tendo em vista a ocorrência de inconsistências nos dados encaminhados, tais como: atendimentos com mesmo número de ocorrência, ausência de identificação dos usuários, ausência de identificação das macrorregiões de saúde, bem como dos nomes dos municípios, dentre outras. As inconsistências impossibilitaram o cruzamento dos dados das planilhas do Samu com os dados da planilha do Sisreg (Exportador de Internações), encaminhada pela SES/SC, fato que dificultou a análise das informações.

Por fim, após vários contatos na tentativa de corrigir as inconsistências e complementar as informações nas planilhas, a empresa OZZ Saúde encaminhou, em 16/03/2021

---

<sup>46</sup> As planilhas eletrônicas aqui tratadas foram encaminhadas tanto pelo Samu, como pela SES, na extensão .csv, compatível com o Microsoft Excel, sistema utilizado pelo TCE/SC.

(*e-mail* às fls. 658 a 661 dos autos), oito planilhas correspondentes a cada uma das macrorregiões de saúde do estado. Contudo, ao analisá-las, verificou-se que os dados referentes a identificação dos usuários continuaram inconsistentes, ou seja, não é observado um padrão para registrá-los. Ora são registrados nomes completos, ora com abreviaturas, ora somente o primeiro nome ou um apelido. Muitos casos são registrados apenas como Paciente 1, Paciente 2, Paciente 3, situações que tornam impossível a correta identificação dos usuários. Ressalta-se que, além do campo referente ao nome do usuário, que é comum tanto na planilha do Sisreg, como nas planilhas do Samu, não se identificou outro campo com características semelhantes que possibilitasse o cruzamento dos dados entre essas planilhas para posterior análise.

O cruzamento dos dados entre as oito planilhas do Samu, que compreendem 287.000 registros, com a planilha “Exportador de Internações”, do Sisreg, que totaliza 162.000 registros, possibilitaria verificar se o transporte de usuários efetuado pelo Samu nas transferências inter-hospitalares para leitos de UTI interfere no tempo de resposta da disponibilidade de vaga e na ocupação do leito de UTI/SUS. Contudo, devido às inconsistências apontadas, a análise restou prejudicada.

Ademais, é importante registrar que no período de setembro a novembro/2019 foram realizadas 5.385 solicitações de leitos de UTI/SUS no estado. Desse montante, 1.730 não foram aprovadas pela regulação e 3.655 foram aprovadas. Das aprovadas (3.655), 3.259 (89%) referem-se a demanda da própria unidade hospitalar solicitando autorização da regulação para utilização de leitos de UTI dentro da própria unidade, e 396, que representa 11% das solicitações aprovadas, foram para transferência inter-hospitalares, realizadas pelo Samu, o que significa 132 transferências por mês ou quatro por dia, em média (vide Tabela 05).

**Tabela 05 – Comparativo entre a demanda por leitos de UTI efetuada dentro da própria unidade hospitalar e para outras unidades hospitalares (setembro a novembro de 2019)**

Macrorregião	Total de Solicitações	Demanda da própria unidade hospitalar	%	Solicitação de leitos de UTI para outras unidades hospitalares	%
Foz do Rio Itajaí	217	211	97%	6	3%
Grande Florianópolis	542	452	83%	90	17%
Grande Oeste	459	357	78%	102	22%
Meio Oeste	490	469	96%	21	4%
Nordeste	932	815	87%	117	13%
Serra	318	286	90%	32	10%
Sul	437	421	96%	16	4%
Vale do Itajaí	260	248	95%	12	5%
<b>Total</b>	<b>3.655</b>	<b>3.259</b>	<b>89%</b>	<b>396</b>	<b>11%</b>

Fonte: Planilha “Exportador de Internações” (Sisreg).

Destaca-se também que, como já tratado no subitem 1.2 deste Relatório, com a criação da Cerinter, o Samu passará a dedicar-se prioritariamente aos atendimentos pré-hospitalares primários e, somente de forma secundária, às transferências inter-hospitalares, deixando sua atividade de causar impacto significativo no fluxo da regulação de leitos de UTI e nas transferências inter-hospitalares.

### 1.3.4 Volume de recursos fiscalizados

Para o cômputo do volume de recursos fiscalizados, segundo o Relatório da Execução Orçamentária por Programa e Fonte de Recurso do Estado de Santa Catarina foi destinada do orçamento do Estado a quantia de R\$ 5.287.399,14, referente às ações de regulação no exercício de 2019. Deste montante o valor total empenhado foi de R\$ 1.766.856,64 (fls. 49-51 dos autos), sendo R\$ 273.102,87 nas Ações das Centrais de Regulação (Unidade Gestora 480091 – Fundo Estadual de Saúde, subação 013270) e R\$ 1.493.753,77 na Realização das Atividades da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (Unidade Gestora 480091 – Fundo Estadual de Saúde, subação 011283).

Já para o exercício de 2020, o Relatório de Execução Orçamentária<sup>47</sup> indica, para a mesma Unidade Gestora 480091 – Fundo Estadual de Saúde, uma dotação inicial atualizada no valor de R\$ 2.256.851,39, nas subações 013270 e 011283. Deste montante, foram empenhados R\$ 1.689.555,90, liquidados R\$ 1.154.413,16 e pagos R\$ 1.149.598,02, conforme se depreende do resumo na Tabela 06, a seguir:

**Tabela 06 – Volume de recursos fiscalizados nas Ações das Centrais de Regulação (subação 013270) e na Realização das Atividades da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (subação 011283)**

	Orçado	Empenhado	Liquidado	Pago
<b>Exercício de 2019</b>	R\$ 5.287.399,14	R\$ 1.766.856,64	R\$ 438.139,42	R\$ 381.208,66
<b>Exercício de 2020</b>	R\$ 2.256.851,39	R\$ 1.689.555,90	R\$ 1.154.413,16	R\$ 1.149.598,02

Fonte: Relatório da Execução Orçamentária por Programa e Fonte de Recurso do Estado de Santa Catarina.

Portanto, o volume de recursos fiscalizados, que se refere aos valores empenhados no período de 2019 e 2020, totalizaram R\$ 3.456.412,54. Contudo é preciso ressaltar que esse montante de recursos refere-se, conforme destacado na Tabela 06, às ações das Centrais de Regulação, bem como a realização das atividades da Superintendência de Serviços Especializados e Regulação, ou seja, não foram destinados apenas à regulação de leitos de UTI, mas sim para toda a atividade de regulação da SES/SC nos dois exercícios. O Relatório de Execução Orçamentária

<sup>47</sup> Disponível em: <[https://www.sef.sc.gov.br/arquivos\\_portal/relatorios/35/Ex\\_Orcamentaria\\_12\\_2020.pdf](https://www.sef.sc.gov.br/arquivos_portal/relatorios/35/Ex_Orcamentaria_12_2020.pdf)> Relatório emitido em 12/01/2021. Acesso em: 30 jun. 2021.

por Programa e Fonte de Recurso do Estado de Santa Catarina não alcança este nível de detalhamento de despesa.

#### 1.4 Informações preliminares acerca da distribuição das solicitações de leitos de UTI/SUS aprovadas por macrorregião extraídas do sistema Sisreg

As informações remetidas pela SES, por meio de planilha Excel extraída do Sisreg (relatório “Exportador de Internações), continham 161.668 procedimentos de regulação, relativos ao período de setembro a novembro/2019, que foram geradas por 537 unidades solicitantes (centrais de regulação, hospitais, NIR, UPAS, secretarias municipais de saúde, policlínicas, CAPS). Desse montante geral (161.668) selecionou-se apenas as regulações relativas à solicitação de leitos de UTI/SUS, que totalizaram 5.385, o que equivale a 3% do total de regulações lançadas no Sisreg, no período analisado (PTE-22).

Das 5.385 solicitações de leitos de UTI/SUS, 3.655 (68%) foram aprovadas pela regulação, enquanto 1.730 (32%) não foram aprovadas. Ressalta-se que nas solicitações não aprovadas (1.730) estavam contempladas as solicitações negadas (1.632), devolvidas (96) e pendentes por motivo de troca de procedimento (2). Importa dizer que a CRIH-MR Norte Nordeste era a central com maior percentual de solicitações não aprovadas, ou seja, no período analisado foram 599 solicitações negadas, 52 devolvidas e 1 pendente por motivo de troca de procedimento (PTE-23). Apesar do relatório encaminhado não conter as razões das negativas, elas podem ser localizadas no âmbito do Sisreg.

Na sequência apresenta-se a distribuição das solicitações aprovadas de leitos de UTI/SUS por tipo e por macrorregião, do período analisado, a saber (PTE-25):

**Tabela 07 – Distribuição das solicitações aprovadas de leitos de UTI/SUS por tipo e por macrorregião (setembro a novembro/2019)<sup>48</sup>**

Macrorregião	UTI Adulto	UTI Neonatal	UTI Pediátrica	Total	Percentual
Foz do Rio Itajaí	108	90	19	217	6%
Grande Florianópolis	170	262	110	542	15%
Grande Oeste	275	127	57	459	13%
Meio Oeste	354	116	20	490	13%
Norte e Nordeste	605	298	29	932	25%
Serra Catarinense	211	86	21	318	9%
Sul	320	90	27	437	12%

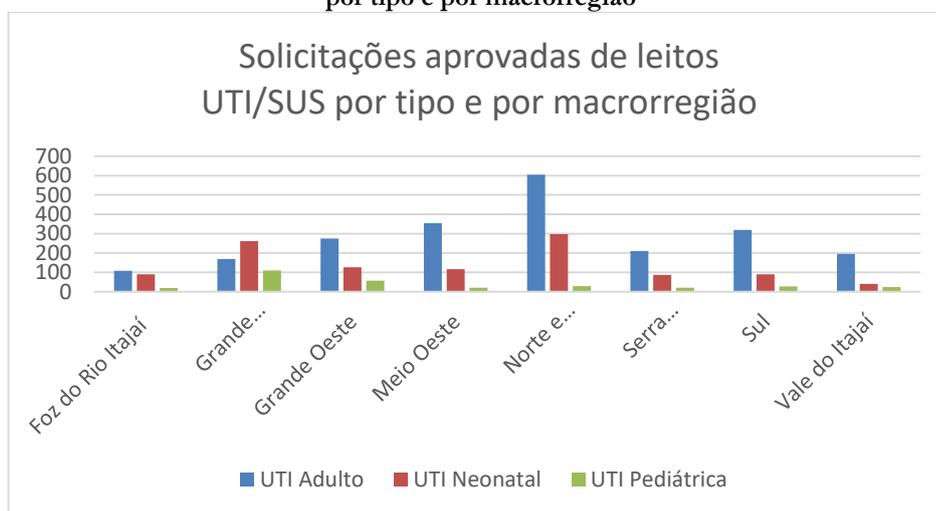
<sup>48</sup> Notas: (1) Estão inclusos no quantitativo de leitos UTI Pediátrica as 93 solicitações para leitos UTI queimados, que tem como executora o Hospital Infantil Joana de Gusmão.

(2) A composição dos quantitativos por macrorregião obedeceu a orientação da SES, a saber: 1) Macrorregião Foz do Rio Itajaí (Camboriú; CER Macro Foz do Itajaí-17SDR; Itajaí, Itapema); 2) Macrorregião Grande Florianópolis (Biguaçu, CER Macro GFpolis/C.Estadual; Florianópolis); 3) Macrorregião Grande Oeste (CER Macro Goeste;4SDR; Chapecó); 4) Macrorregião Meio Oeste (CER Macro Meio Oeste/7SDR; Concórdia); 5) Macrorregião Nordeste (Canoinhas; CER Macro Nordeste/23SDR; Jaraguá do Sul; Joinville); 6) Macrorregião Serra (CER Macro Serra/27SDR; Lages); 7) Macrorregião Sul (CER Macro Sul/21SDR; Criciúma; Laguna; Orleans; Urussanga); 8) Macrorregião Vale do Itajaí (Blumenau; Brusque; CER Macro Vale do Itajaí/15SDR; Gaspar; Indaial; Rio do Sul).

Vale do Itajaí	195	41	24	260	7%
<b>Total</b>	<b>2.238</b>	<b>1.110</b>	<b>307</b>	<b>3.655</b>	<b>100%</b>
<b>Percentual</b>	<b>61%</b>	<b>30%</b>	<b>9%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021. (PTE-25).

Figura 02 – Gráfico contendo o quantitativo de solicitações aprovadas de leitos de UTI/SUS por tipo e por macrorregião



Fonte: SES – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg, referente ao período de setembro a novembro/2019. (PTE-25)

Portanto, verifica-se que do total das 3.655 solicitações aprovadas de leitos de UTI/SUS, 2.238 (61%) se referiram à UTI Adulto, enquanto 1.110 (30%) se referiram à UTI Neonatal e 307 (9%) à UTI Pediátrica. Ressalta-se que no quantitativo de leitos UTI pediátrica foram incluídas as 93 solicitações de leitos UTI queimados que pertenciam ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis).

Do total de leitos UTI Adulto (2.238), observa-se que a macrorregião Nordeste realizou o maior quantitativo de solicitações (605), sendo que o Hospital São José (Criciúma) foi a unidade que mais as executou (394), ou seja, foi o hospital para onde mais usuários foram encaminhados para utilização dos leitos de UTI/SUS requisitados.

No tocante às solicitações de leitos UTI/SUS Neonatal (1.110), verificou-se também que a macrorregião Nordeste foi a que mais efetuou essas solicitações (298), sendo que a unidade executante mais requisitada foi a Maternidade Darcy Vargas (108), localizada em Joinville.

Com relação às solicitações de leitos de UTI/SUS Pediátrica (307) constatou-se que a macrorregião Grande Florianópolis foi a que mais efetuou solicitações (110), tendo sido o Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis) a unidade executante mais requisitada (110).

Registra-se, com base nos dados encaminhados, que a macrorregião Nordeste foi a que mais apresentou unidades hospitalares cadastradas (11) em comparação à macrorregião Grande Florianópolis (09). Essa diferença também é vista com relação aos leitos, pois em pesquisa ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES em 13/09/2021, observou-se que as 11

unidades hospitalares da CRIH-MR Nordeste possuíam 388 leitos habilitados enquanto as 9 unidades hospitalares da CRIH-MR Grande Florianópolis possuíam 286 leitos. Cabe salientar que foram considerados nessa totalização de leitos as habilitações de leitos Covid-19, conforme informado no CNES (PTE-25).

Apresenta-se a seguir as situações encontradas em relação a cada macrorregional no período analisado, de setembro a novembro de 2019.

- **Macrorregião Foz do Rio Itajaí** - verificou-se um total de 217 solicitações de leitos de UTI/SUS, sendo que a maior solicitação foi por leitos UTI Adulto (108) significando 50% das solicitações, onde se verifica que as unidades solicitantes desses leitos foram o Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen (64 leitos) e Hospital Ruth Cardoso (44 leitos). Constatou-se que tais solicitações decorrem de demandas das próprias unidades. Já para as transferências de usuários entre unidades hospitalares observa-se um número menor, ou seja, foram 6 solicitações de leitos UTI Pediátrico e Neonatal (Hospital Infantil Pequeno Anjo e Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen), o que representa apenas 3% do total de solicitações para a macrorregião Foz do Rio Itajaí, enquanto as solicitações para utilização dos próprios leitos de UTI em suas respectivas unidades totalizaram 211 solicitações, o que equivale a 97% da demanda para o referido período.

- **Macrorregião Grande Florianópolis** - constatou-se um montante de 542 solicitações no período analisado, sendo que os leitos de UTI Neonatal foram os mais solicitados (262), seguido pelos leitos UTI Adulto (170) e UTI Pediátrica (110), sendo considerado nessa última os leitos de UTI Queimados. Com relação às solicitações de leitos UTI Neonatal, observa-se que o Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes foi a unidade que mais demandou leitos de UTI Neonatal (116), seguido do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (81) e Maternidade Carmela Dutra (59). Constatou-se que a maioria das solicitações decorrem de demandas das próprias unidades, ou seja, 452 (83%) solicitações eram para autorização de uso de leitos das respectivas unidades, enquanto 90 (17%) foram solicitações para busca de leito em unidade hospitalar diversa da unidade solicitante.

- **Macrorregião Grande Oeste** - foram verificadas 459 solicitações no período analisado, onde 275 (60%) foram para leitos de UTI Adulto, 127 (28%) para leitos UTI Neonatal e 57 (12%) referentes a leitos UTI Pediátrica. Observou-se na análise do relatório Exportador de Internações do Sisreg, que as unidades Hospital Regional do Oeste, Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, Hospital Regional São Paulo ASSEC e Hospital São José de Maravilha foram os maiores demandantes de leitos UTI Adulto, o que totalizou 262 solicitações, correspondendo a 95% de todas as solicitações de leitos de UTI Adulto (275) no período analisado. Portanto, do total

de 459 solicitações de leitos de UTI (adulto, neonatal e pediátrica) de unidades hospitalares da macrorregião Grande Oeste no período de setembro a novembro/2019, tem-se que 357 (78%) solicitações foram para uso das próprias unidades enquanto 102 (22%) foram relativas a busca de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

- **Macrorregião Meio Oeste** - foram analisadas 490 solicitações, em que 354 (72%) foram para leitos de UTI Adulto, 116 (24%) para leitos UTI Neonatal e 20 (4%) referentes a leitos UTI Pediátrica. As unidades que mais solicitaram leitos UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico para demanda própria foram o Hospital Salvatoriano Divino Salvador, Hospital São Francisco, Hospital Maice, Hospital Helio Anjos Ortiz e Hospital Universitário Santa Terezinha, que juntos totalizaram 469 solicitações, o que corresponde a 96% de toda a demanda no período analisado, enquanto 21 solicitações (4%) foram para utilização de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

- **Macrorregião Nordeste** - apresentou um montante de 932 solicitações, sendo 605 para leitos de UTI Adulto (65%), 298 para leitos UTI Neonatal (32%) e 29 para leitos UTI Pediátrica (3%). As unidades que mais solicitaram leitos UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico para demanda própria foram o Hospital Caridade São Braz; Hospital Maternidade Jaraguá; Hospital Maternidade Sagrada Família; Hospital Infantil Jeser Amarante Faria; Hospital Municipal São José; Hospital Hans Dieter Schmidt; Hospital Santa Cruz de Canoinhas; Hospital São Vicente de Paulo; Hospital São José; Maternidade Darcy Vargas e Maternidade Dona Catarina Kuss, que juntos totalizaram 815 solicitações, o que corresponde a 87% de toda a demanda no período analisado, ficando um montante de 117 solicitações (13%) relativas a busca de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

- **Macrorregião Serra Catarinense** - apresentou um total de 318 solicitações, sendo 211 para leitos de UTI Adulto (66%), 86 para leitos UTI Neonatal (27%) e 21 para leitos UTI Pediátrica (7%). As unidades que mais solicitaram leitos UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico para demanda própria foram o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, Hospital Nossa Senhora dos Prazeres e Hospital Infantil Seara do Bem, que ao todo somaram 286 solicitações, o que corresponde a 90% de toda a demanda no período analisado, enquanto 32 solicitações (10%) foram em razão de busca de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

- **Macrorregião Sul** - foram analisadas 437 solicitações, sendo que 320 (73%) foram para leitos de UTI Adulto, 90 (21%) para leitos UTI Neonatal e 27 (6%) referentes a leitos UTI Pediátrica. As unidades que mais solicitaram leitos UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico para demanda própria foram o Hospital São José, Hospital Materno Infantil Santa Catarina, Hospital Regional de Araranguá Deputado Affonso Guizzo e Hospital Nossa Senhora da Conceição, que

juntos totalizaram 421 solicitações, o que corresponde a 96% de toda a demanda no período analisado, enquanto 16 solicitações (4%) foram para utilização de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

- **Macrorregião Vale do Itajaí** - foram analisadas 260 solicitações, sendo que 195 (75%) foram para leitos de UTI Adulto, 41 (16%) para leitos UTI Neonatal e 24 (9%) referentes a leitos UTI Pediátrica. As unidades que mais solicitaram leitos UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico para demanda própria foram o Hospital Bom Jesus, Hospital Santo Antônio, Hospital Regional Alto Vale, Hospital e Maternidade Oase, Hospital Dr. Waldomiro Colautti e Hospital Azambuja, que juntos totalizaram 248 solicitações, o que corresponde a 95% de toda a demanda no período analisado, enquanto 12 solicitações (5%) foram para a busca de leitos em unidades hospitalares diversas da unidade solicitante.

Observou-se ainda que a maior parte das solicitações de leitos de UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica se referiram a autorização de uso de leitos das próprias unidades solicitantes, conforme resumo constante na tabela que segue:

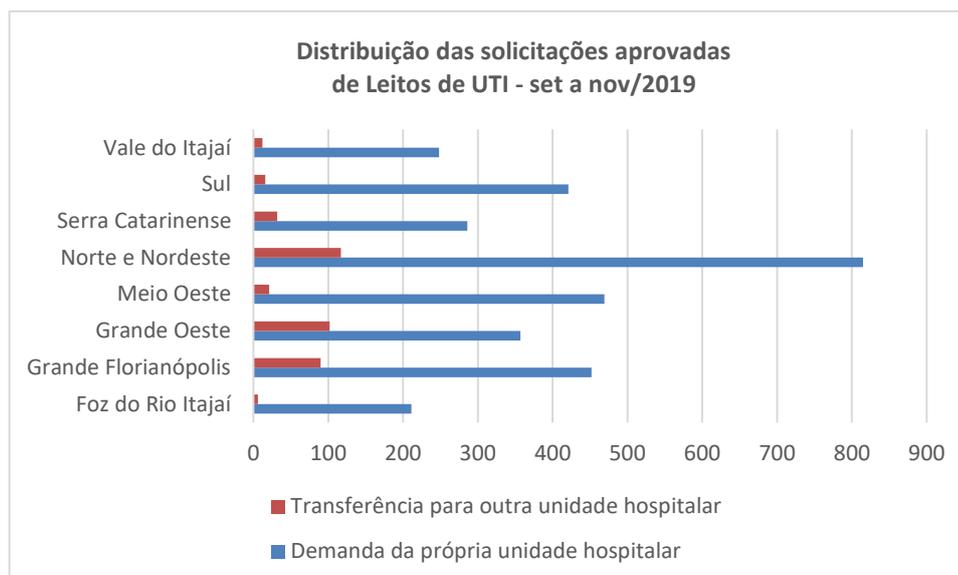
**Tabela 08 – Demonstrativo das solicitações de leitos de UTI/SUS aprovadas por CRIH-MR e discriminadas por demanda das próprias unidades hospitalares e por transferências**

Macrorregião	Total de Solicitações	Demanda da própria unidade hospitalar	Percentual	Solicitação de leitos de UTI em outras unidades hospitalares (transferências)	Percentual
Foz do Rio Itajaí	217	211	97%	6	3%
Grande Florianópolis	542	452	83%	90	17%
Grande Oeste	459	357	78%	102	22%
Meio Oeste	490	469	96%	21	4%
Norte e Nordeste	932	815	87%	117	13%
Serra Catarinense	318	286	90%	32	10%
Sul	437	421	96%	16	4%
Vale do Itajaí	260	248	95%	12	5%
<b>Total</b>	<b>3655</b>	<b>3259</b>	<b>89%</b>	<b>396</b>	<b>11%</b>

**Fonte:** SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021 (PTE-24).

Com base nas informações constantes da tabela acima, conclui-se que das 3.655 solicitações aprovadas por leitos de UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica que envolveram todas as macrorregiões, 89% se referiram à autorização de uso de leitos das próprias unidades solicitantes, enquanto 11% foram solicitações para busca de leitos de UTI em outras unidades hospitalares. Na sequência é possível visualizar essa situação por meio gráfico:

**Figura 03 – Gráfico contendo a distribuição das solicitações aprovadas de leitos de UTI/SUS, no período de setembro a novembro/2019, por macrorregião**



**Fonte:** SES – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg, referente ao período de setembro a novembro/2019. (PTE-24)

Mais uma vez se observa que a CRIH-MR Norte Nordeste é a central que mais solicita leitos de UTI/SUS para sua própria demanda (815) e também para transferência (117). As unidades hospitalares mais solicitadas para as duas situações foram o Hospital São Vicente (228), seguido do Hospital Maternidade Jaraguá (119) e Hospital Maternidade Sagrada Família (115) (PTE25).

## 2 RESULTADOS DA AUDITORIA

Os achados<sup>49</sup> são apresentados a seguir com base nas 03 (três) questões de auditoria definidas durante a etapa de planejamento.

### 2.1 ACHADOS RELATIVOS À PRIMEIRA QUESTÃO DE AUDITORIA

A sistematização e a padronização de procedimentos da busca de leitos de UTI/SUS adotados pela SES/SC são suficientes para auxiliar os profissionais envolvidos no atendimento aos usuários que necessitam de internações em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo?

<sup>49</sup> Achado é a discrepância entre a situação existente e o critério. Achados são situações verificadas pelo auditor durante o trabalho de campo que serão usadas para responder às questões de auditoria. O achado contém os seguintes atributos: critério (o que deveria ser), condição (o que é), causa (razão do desvio com relação ao critério) e efeito (consequência da situação encontrada). Quando o critério é comparado com a situação existente, surge o achado de auditoria (ISSAI 3000/4.3, 2004).

Em resposta à aludida questão, a partir da utilização de técnicas de auditoria como: exame documental, entrevistas, observação direta e pesquisa na rede mundial de computadores (*internet*), constatou-se deficiências e entraves na execução dos procedimentos de busca de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado)<sup>50</sup> pelas centrais de regulação do estado que dificultam o atendimento integral, tempestivo e transparente dos usuários do Sistema Único de Saúde, muito em decorrência dos profissionais envolvidos estarem desprovidos de guias de instruções básicas, de sistematização consolidada de procedimentos e de orientações balizares à prestação de serviços padrões, ou seja, a sistematização e a padronização de procedimentos da busca de leitos de UTI/SUS adotados pela SES/SC não são suficientes para auxiliar os envolvidos no atendimento aos usuários que necessitam de internações em leitos de UTI.

Da análise, identificou-se que o **fluxograma atual, previsto nas Deliberações CIB n<sup>os</sup> 066/2018<sup>51</sup> e 069/2020<sup>52</sup>, não contempla todas as atividades e procedimentos da regulação de leitos de UTI/SUS de Santa Catarina**, evidenciando relevantes lacunas que acabam suscitando dúvidas de encaminhamentos e dificuldades na resolução de problemas, por conseguinte, acarreta a desorganização do sistema regulatório e a demora no atendimento aos usuários do SUS que precisa do leito de UTI.

Além disso, constatou-se a **ausência de práticas de sistematização e de manualização das atividades do sistema estadual de regulação**, fato que dificulta que os profissionais envolvidos tenham padrão no atendimento e possam dirimir rapidamente eventuais dúvidas no decorrer do processo de tomada de decisão, situação agravada quando o profissional em serviço é recém-admitido no sistema de regulação.

Ainda, detectou-se **ausência de educação continuada – atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos – sobre o processo de regulação estadual de leitos de UTI/SUS**, deixando de proporcionar melhoria na qualidade dos serviços prestados com aumento do aprendizado, troca de experiências (positivas e negativas), homogeneização de atividades, maior valorização e engajamento do profissional envolvido, sem deixar de mencionar a inclusão do profissional recém-admitido no sistema estadual de regulação, tornando-o pertencente e corresponsável pelo sucesso do processo de regulação de leitos de UTI.

---

<sup>50</sup> Classificação de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) definida pela Portaria MS/GM nº 3432/98: **Neonatal**: atendem pacientes de 0 a 28 anos; **Pediátrico**: atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; **Adulto**: atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; **Especializado**: voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>51</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2018-cib/12413-066-26-03-fluxo-da-regulacao-do-acesso-hospitalar/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>52</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2020-cib/17037-069-25-06-deliberacao-cib-2020-em-breve/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

Esses achados de auditoria e as respectivas proposições de melhorias são tratados na sequência de forma pormenorizada.

### **2.1.1 Fluxograma atual, previsto nas Deliberações CIB nºs 066/2018 e 069/2020, não contempla todas as atividades e procedimentos da regulação de leitos de UTI/SUS**

O Plano de Organização das Centrais de Regulação para o Estado de Santa Catarina, definido pela Deliberação CIB nº 040/2013<sup>53</sup> c/c a Deliberação CIB nº 370/2013<sup>54</sup>, prevê que a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (CERIH) e as 08 (oito) Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares (CRIH/MR), todas sob a gestão estadual, são responsáveis pela regulação dos leitos hospitalares (das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros) dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS: próprios, contratados ou conveniados.

O planejamento, a supervisão e a avaliação do funcionamento do Sistema Estadual de Regulação de Internações Hospitalares, bem como a liderança da articulação inter federativa e da integração entre os envolvidos no processo regulatório, cabem à CERIH, subordinada a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) da SES/SC.

Nesse sentido, a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares, conforme preconiza a Lei (estadual) nº 16.158/2013<sup>55</sup>, deve fomentar a descentralização e regionalização a assistência à saúde, otimizando os recursos e qualificando a oferta, bem como deve padronizar os Protocolos Clínicos e de Acesso que serão utilizados nas Centrais de Regulação, aumentando o controle e a fiscalização dos serviços e atendimentos.

Além disso, cabe à CERIH: (a) estabelecer competências, fluxos e responsabilidades na regulação do acesso à saúde em Santa Catarina no âmbito do SUS; (b) garantir a agilidade e a qualidade no acesso à assistência à saúde pública; (c) reduzir o tempo de espera para internações; e (d) reduzir o número de transporte de usuários entre municípios.

Acerca do estabelecimento do fluxograma do processo regulatório de leitos de UTI/SUS, o art. 3º da citada Lei (estadual) nº 16.158/2013 define que a responsabilidade da gestão das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares seguirá a Política do Estado e o detalhamento de competências e fluxos serão definidos entre a SES/SC, que pode e deve liderar

---

<sup>53</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2013-cib/6638-040-21-02-plano-estadual-da-organizacao-das-centrais-de-regulacao/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

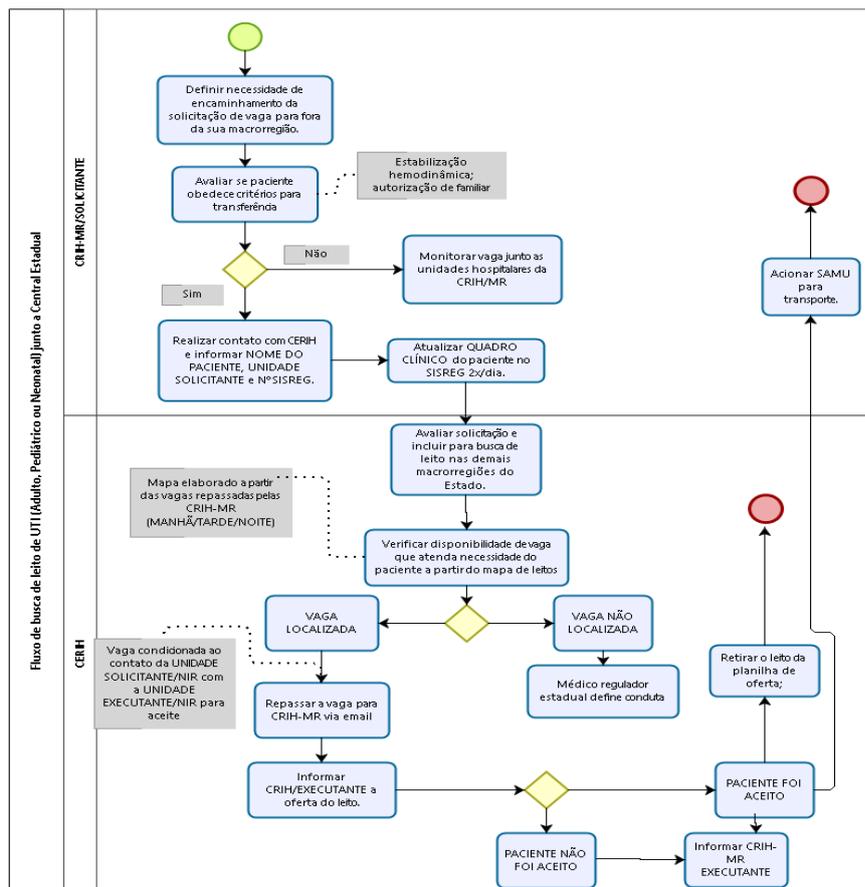
<sup>54</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/deliberacoes-portarias/deliberacoes-regulacao-2015/12992-deliberacao-370-cib-22-08-2013-370-22-08-centrais-de-regulacao-para-exames-e-consultas/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>55</sup> Disponível em: <[http://leis.ale.sc.gov.br/html/2013/16158\\_2013\\_lei.html](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2013/16158_2013_lei.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

tudo esse processo, e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), mediante pactuação e deliberação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>56</sup>.

Nessa inteligência, a Deliberação CIB nº 066/2018 definiu o fluxograma de busca de leito de UTI (adulto, pediátrico e neonatal) junto à Central de Estadual de Internações Hospitalares (CERIH) e o passo a passo para isso. Foi o fluxograma remetido pela SES/SC, em atendimento à Requisição TCE/DAE nº 001/2020, e reproduzido na Figura 04:

**Figura 04 – Fluxograma de busca de leito de UTI/SUS junto à CERIH**



**Fonte:** Deliberação CIB nº 066/2018.

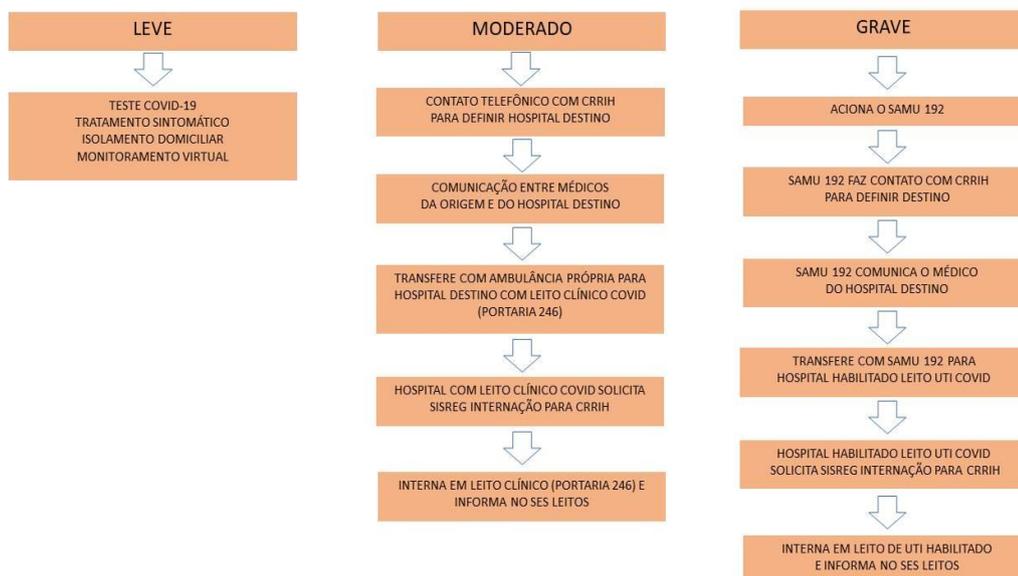
Em decorrência da infecção humana ocasionada pelo Novo Coronavírus (Sars-CoV-2), causadora da doença denominada Covid-19, bem como as declarações de emergência em saúde pública para fins de enfrentamento da aludida doença<sup>57</sup>, foi editada a Deliberação CIB nº

<sup>56</sup> É o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Como colegiado bipartite, a CIB em Santa Catarina é composta paritariamente por 09 (nove) representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por 09 (nove) do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC). A CIB/SC foi criada pela Portaria SES nº 012/93, atendendo ao disposto no subitem 2.2.1 da Portaria MS/GM nº 545/93. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/cib-gestores/54-o-que-e-a-cib>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>57</sup> Portaria GM/MS nº 188/2020; Portaria SES nº 179/2020; Decreto (estadual) nº 562/2020; e Portaria SES nº 246/2020.

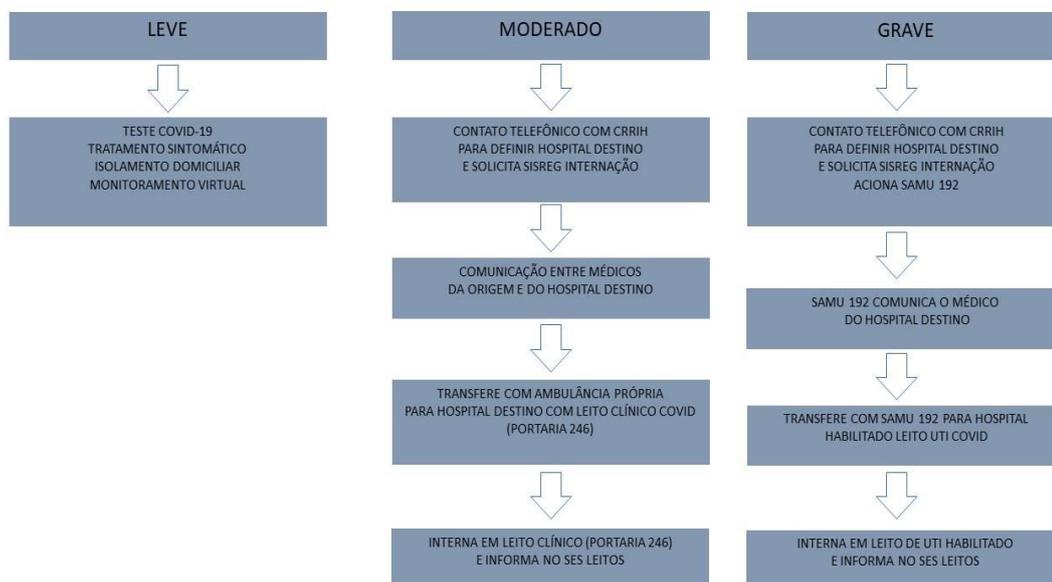
069/2020<sup>58</sup>, estabelecendo fluxogramas especiais para o enfrentamento dessa Pandemia Mundial, conforme segue:

**Figura 05 – Fluxograma Covid-19 para “Posto de Saúde, Pronto-Atendimento, UPA 24h”**



Fonte: Deliberação CIB nº 069/2020.

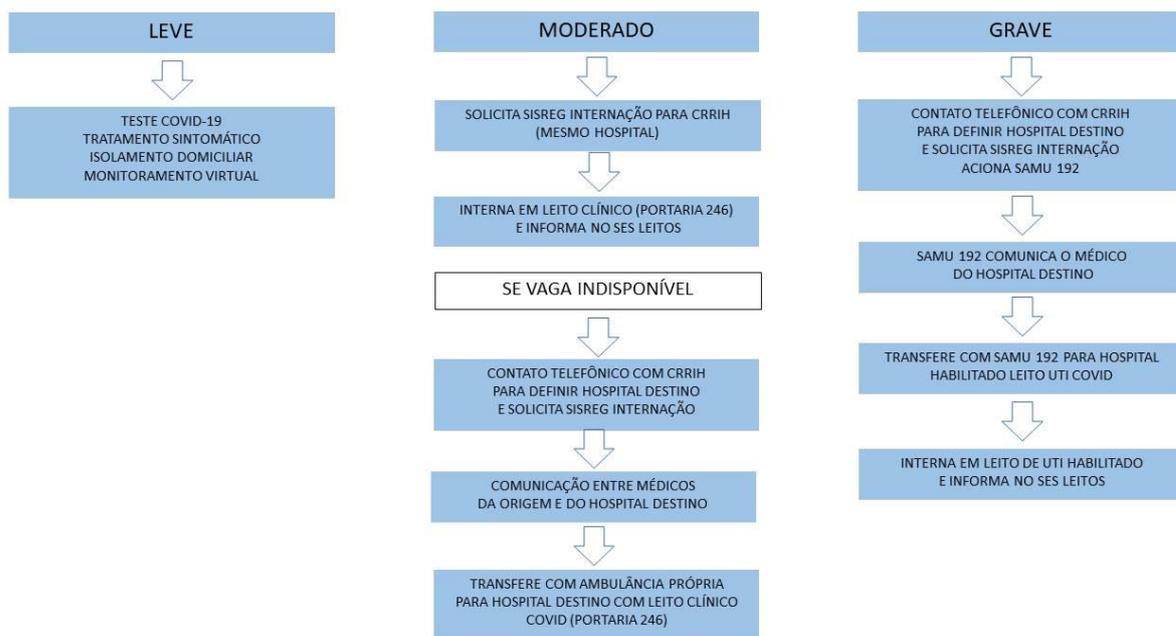
**Figura 06 – Fluxograma Covid-19 para “Hospital Não Habilitado Covid”**



Fonte: Deliberação CIB nº 069/2020.

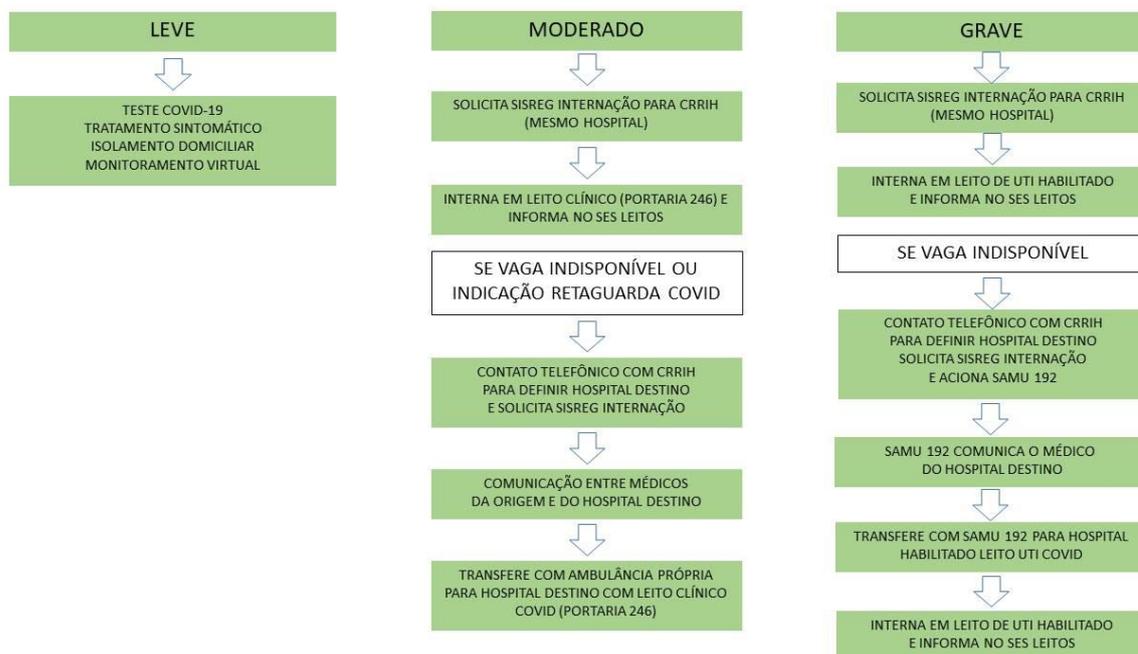
**Figura 07 – Fluxograma Covid-19 para “Hospital Cadastrado Leito Clínico Covid (Portaria 246)”**

<sup>58</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2020-cib/17037-069-25-06-deliberacao-cib-2020-em-breve/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.



Fonte: Deliberação CIB nº 069/2020.

**Figura 08 – Fluxograma Covid-19 para “Hospital Habilitado UTI Covid”**



Fonte: Deliberação CIB nº 069/2020.

Embora se verifique que fluxos de procedimentos para busca de leitos de UTI/SUS foram traçados, antes e depois da deflagração da Pandemia Mundial do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2) no país, constata-se que nenhum dos fluxogramas apresentados permite à regulação atender plenamente as demandas por leitos de UTI/SUS desde sua origem. Em todos os fluxogramas (Figuras 04 a 08), as descrições do processo regulatório não contemplam

integralmente as atividades e os procedimentos desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação, bem como a posterior alta, óbito ou transferência do usuário.

Ressalta-se que o fluxograma – Figura 04 – previsto na Deliberação CIB nº 066/2018, foco da presente auditoria, restringe-se a detalhar, insuficientemente, as atividades relacionadas à CERIH. Esse fluxograma não descreve, com o detalhe necessário, atividades e procedimentos precedentes ocorridos junto à CRIH-MR e à Unidade Solicitante (US), que envolve a busca de leitos de UTI nos municípios das macrorregiões instituídas.

Além disso, o referido fluxograma (Figura 04) não detalha as atividades e os procedimentos subsequentes que envolvem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), especialmente o transporte inter-hospitalar realizado por unidade de suporte avançado de vida (UTI Móvel), e a Unidade de Destino (UD), bem como o acolhimento e os encaminhamentos do usuário transferido.

Os Fluxogramas Covid-19 (Figuras 05 a 08), ainda mais enxutos nas minudências regulatórias, acabam trazendo procedimentos pontuais e descritos de forma objetiva, que acabam não evidenciando detalhes importantes para tomada de decisão da regulação dos leitos de UTI/SUS, pois foram criados para atender a nova demanda de serviços de saúde pública advindos da Pandemia Mundial do Novo Coronavírus, com foco na divisão dos sintomas da Covid-19: leve, moderado e grave.

Oportuno destacar que fluxogramas “são formas de representar por meio de símbolos gráficos, a sequência dos passos de um trabalho, para facilitar sua análise”<sup>59</sup>. Os fluxogramas são ferramentas de qualidade da gestão, utilizados na modelagem dos processos após mapeá-los, que se destinam a descrever graficamente todas as etapas (passo a passo) dos processos, auxiliando na identificação de oportunidades de melhoria e servindo de guias aos profissionais envolvidos com as atividades descritas.

Assim, todas as atividades e procedimentos existentes devem estar contemplados no fluxograma de processo desenhado. Contudo, em algumas situações, por diversificação e dinamismo dos casos, aparecerão exceções e essas devem ser tratadas pontualmente a partir de análises razoáveis, sempre de modo a perseguir o padrão das decisões consolidadas e buscando-se ações resolutivas e rápidas.

No caso em tela, a regulação de leitos de UTI/SUS, realizada por meio das CRIH-MR e da CERIH, é gerida pela SES/SC, portanto pública. Fato que facilita a interferência estatal em

---

<sup>59</sup> PEINADO, Jurandir; GRAEML, Alexandre Reis. **Administração da produção**: operações industriais e de serviços. Curitiba: UnicenP, 2007, p. 149-150.

sua gestão, organização e descrição de atividades, principalmente na correção de eventuais problemas e aprimoramentos que se façam necessários.

Entretanto, o sistema estadual de regulação em Santa Catarina é considerado híbrido, principalmente no que tange ao atendimento do usuário do SUS, uma vez que o usuário pode ser atendido em unidade hospitalar pública ou privada (contratada ou conveniada).

Essa assistência de forma complementar no SUS da rede privada, atualmente imprescindível para o atingimento das diretrizes e dos princípios da saúde pública brasileira, acaba dificultando a intervenção estatal na gestão, organização e descrição de atividades de unidades hospitalares privadas que prestam serviços ao Estado.

Embora possam existir tais dificuldades, deve o Estado, no papel de contratante ou de conveniente, dependendo o caso, definir, de forma precisa e clara, nos instrumentos jurídicos competentes, as atividades básicas e os procedimentos mínimos necessários para prestação dos serviços de saúde, de modo a padronizá-los em sua essência sem pressuposições de interferência estatal na gestão de terceiros. Inclusive, essas atividades básicas e esses procedimentos mínimos necessários devem estar desenhados no fluxograma do sistema estadual de regulação de leitos de UTI/SUS.

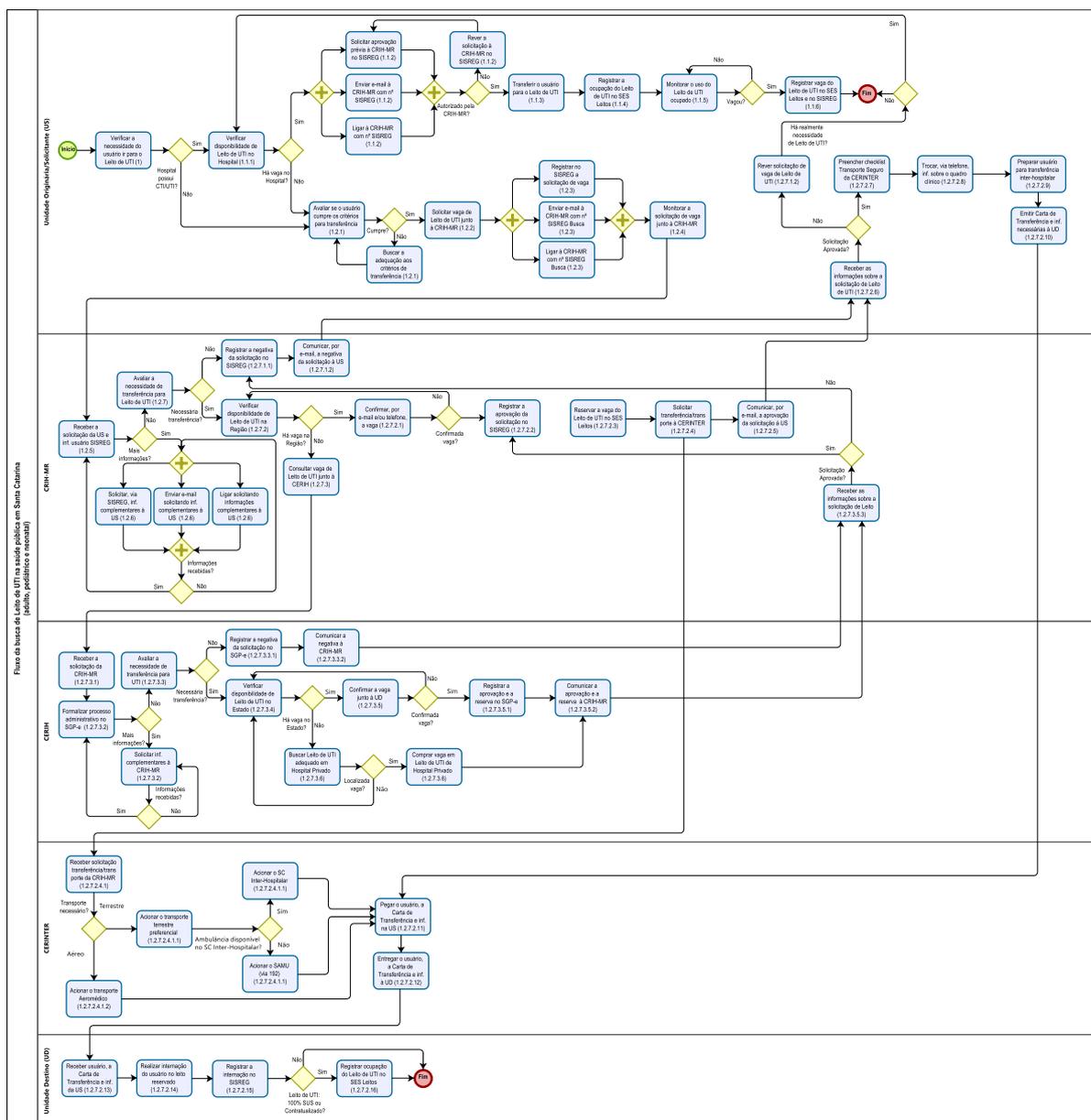
Para fazer frente à necessidade de se desenhar um fluxograma integral e detalhado do processo regulatório de leito de UTI (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), a equipe de auditoria, com base nas normas vigentes, análise documental, entrevistas virtuais realizadas<sup>60</sup>, observações diretas e reunião presencial específica para tratar do fluxograma do processo de regulação de leitos de UTI/SUS com os gestores da CERIH, traçou um fluxograma completo que retrata as atividades e procedimentos realizados atualmente na regulação.

Registra-se que o fluxograma traçado – Figura 09 – tem o objetivo de servir de ponto de partida às discussões no âmbito da SES/SC e posterior definição, conjuntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, mediante pactuação e deliberação na CIB, conforme determina o art. 3º da Lei (estadual) nº 16.158/2013.

---

<sup>60</sup> Destaque as reuniões: **22/07/2020, 14h**, Ramon Tártari, Superintendente da SUR; **19/08/2020, 14h**, Ivaldina Libardo, Coordenadora da CERIH; **24/08/2020, 14h**, Felipe Alvares Cabral de Barros, médico regulador da Gerência Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (GERIH); **02/09/2020, 9h30min.**, Jorge Antonio Pompermaier, coordenador médico regulador da CRIH-MR Oeste (Chapecó); **02/09/2020, 14h**, Roselaine Sturião, médica reguladora da CRIH-MR Sul (Criciúma); **11/09/2020, 9h30min.**, Doroteia Tramontin, Gerente do NIR do Hospital São José (Criciúma); **11/09/2020, 14h**, Marlene/Chefe do NIR e Dario, médico regulador do NIR do Hospital Regional do Oeste (Chapecó); **29/10/2020, 14h**, Jailson, Vinicius Filipak, Coordenador de Regulação de Acesso aos Serviços de Saúde (CRASS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; **06/11/2020, 14h**, Saule Luiz Pastre Júnior, Superintendente de Urgência e Emergência (SUE); e **16/10/2020, 14h**, Getúlio Moroso/Supervisor e Thiago Furtado/Coordenador de Saúde da CRIH-MR Norte-Nordeste (Joinville).

**Figura 09 – Fluxograma de busca de leito de UTI/SUS em Santa Catarina desenhado pela equipe de auditoria**



**Fonte:** elaborado pela Equipe de Auditoria com base na legislação, entrevistas e observação direta.

A partir da Figura 09, acima, descreveu-se o passo a passo do fluxograma da busca de leito de UTI/SUS na saúde pública em Santa Catarina (adulto, pediátrico e neonatal), conforme constatado pela equipe de auditoria como rotina (atividades e procedimentos comuns), o que se encontra no Apêndice E deste Relatório.

Frisa-se, o fluxograma apresentado acima – Figura 09 – foi elaborado diante do levantamento de dados/informações realizado pela equipe de auditoria com base nas situações encontradas e carece de aprimoramento por parte daqueles que labutam diretamente com processo de regulação de leitos de UTI/SUS. Trata-se de um fluxograma que vai além da análise do processo de trabalho da regulação e não serve apenas para compreender melhor o processo regulatório, serve

como meio de reflexão administrativa, de ratificação de responsabilidades e de construção de um compromisso coletivo entre todos os envolvidos, inclusive ente público e privado.

Por isso, a importância de a SES/SC debruçar-se com o esmero devido sobre o processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) em Santa Catarina, para mapear e desenhar seu fluxograma ideal com o máximo de detalhes e de informações possíveis. Essa descrição gráfica deve levar em conta a sequência lógica das atividades e dos procedimentos que compõem o processo regulatório, bem como deve identificar cada passo, as pessoas envolvidas e suas atribuições, os recursos necessários e os resultados alcançados em cada etapa. Trata-se de uma grande oportunidade de rever e (re)aprender com todo o processo, bem como eliminar falhas, gargalos, desperdícios e retrabalhos, além de melhorar a comunicação organizacional e o atendimento ao usuário do SUS.

Em se tratando de melhoria da comunicação (interna e externa) no processo regulatório de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina, importante que se analise possíveis impactos negativos (ruídos, entraves, distorções, retenção de informação, retrabalhos, distanciamento excessivo entre os envolvidos e demora no atendimento ao usuário do SUS) em virtude da comunicação indireta<sup>61</sup> entre a Central Estadual de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) e Unidades Solicitante (US)/Destino (UD) quando da busca de vaga de leitos chega à Central Estadual. Quando isso acontece, a interlocução e toda intermediação entre CERIH e US/UD, inclusive solicitações de informações adicionais, é feita pelas Centrais Macrorregionais de Regulação. Por isso, nesse caso, deve-se priorizar a comunicação direta (sem intermediação) para melhorar o tempo resposta e também ter resolutividade direta/rápida.

Ainda sobre comunicação no processo regulatório de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina, relatos nas entrevistas virtuais realizadas<sup>62</sup> desenhados pela equipe de auditoria no fluxograma, indicam que a comunicação entre os envolvidos na busca de leitos não é fluida, eficiente e eficaz.

Verifica-se que, além do registro da busca de leitos no Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), com codificação própria que possibilita o acompanhamento pelo sistema informatizado,

---

<sup>61</sup> Que necessita de intermediário entre quem envia e recebe a mensagem.

<sup>62</sup> Destaque para as reuniões: **22/07/2020, 14h**, Ramon Tártari, Superintendente da SUR; **19/08/2020, 14h**, Ivaldina Libardo, Coordenadora da CERIH; **24/08/2020, 14h**, Felipe Alvares Cabral de Barros, médico regulador da Gerência Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (GERIH); **02/09/2020, 9h30min.**, Jorge Antonio Pompermaier, coordenador médico regulador da CRIH-MR Oeste (Chapecó); **02/09/2020, 14h**, Roselaine Sturião, médica reguladora da CRIH-MR Sul (Criciúma); **11/09/2020, 9h30min.**, Doroteia Tramontin, Gerente do NIR do Hospital São José (Criciúma); **11/09/2020, 14h**, Marlene/Chefe do NIR e Dario, médico regulador do NIR do Hospital Regional do Oeste (Chapecó); **29/10/2020, 14h**, Jailson, Vinicius Filipak, Coordenador de Regulação de Acesso aos Serviços de Saúde (CRASS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; **06/11/2020, 14h**, Saule Luiz Pastre Júnior, Superintendente de Urgência e Emergência (SUE); e **16/10/2020, 14h**, Getúlio Moroso/Supervisor e Thiago Furtado/Coordenador de Saúde da CRIH-MR Norte-Nordeste (Joinville).

é rotina, tanto na comunicação da Unidade Solicitante à CRIH/MR como da CRIH/MR à CERIH, dependendo do caso, realizar contatos por meio de *e-mail* e de telefone para avisar e confirmar sobre a demanda em andamento.

À primeira vista a execução desta tríplice comunicação – registro da busca de leito no Sisreg, envio de *e-mail* de alerta e telefonema – poderia ser entendida como um excesso zelo dos envolvidos objetivando resolver o caso da forma mais rápida possível. Entretanto, sob a visão das boas práticas da gestão pública, revelam-se problemas no sistema de informação, mais especificamente de comunicação organizacional, que precisam ser discutidos no âmbito da SES/SC a fim de buscar alternativas que aprimorem essa situação.

Esta tríplice comunicação não precisa ser eliminada, mas deve ser utilizada como exceção à regra, isto é, apenas se verificada real necessidade para tanto.

A regra deve ser uma comunicação fluída, sintonizada, direta e célere, onde o acompanhamento das demandas ocorra em tempo real por meio do sistema informatizado pelos responsáveis em receber as demandas por leitos de UTI/SUS na CRIH/MR e na CERIH, ou seja, a partir do monitoramento constante das telas competentes do sistema com visualizações em razoável espaço de tempo. E, também, pelo sistema deve ser dado o retorno ao demandante, sem a necessidade, num primeiro momento, de outras formas de comunicação para execução dessa atividade rotineira. O sistema deve ser confiável!

Evidentemente que, passado determinado tempo estipulado como razoável, procede-se a comunicação por outros meios, incluindo *e-mails* e telefonemas. Ato contínuo, deve-se analisar no âmbito da regulação essa conduta e corrigi-la para que não ocorra mais, se possível.

Ressalta-se que questões específicas do sistema informatizado utilizado pela regulação são tratadas, de forma pormenorizada, em tópico deste relatório que aborda a 3ª Questão da auditoria (subitem 2.3).

Volta-se a dizer, existirão situações excepcionais na busca de leito que, além do registro em sistema, necessitarão do envio do *e-mail* de alerta e do telefonema para ter resolutividade e celeridade no atendimento ao usuário do SUS. Porém, via de regra, esse esforço hercúleo para comunicar a busca por leito não deve acontecer, permitindo aos demandantes atenderem novos casos e executarem outras atividades inerentes ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS. Dessa forma, o fluxo das informações segue de forma fluída, eficiente e eficaz.

Como se pode observar, a comunicação pela busca de leitos de UTI/SUS para ser fluída, eficiente e eficaz, necessita sintonia fina entre demandante e demandado (e vice-versa), inclusive, se preciso for, que se pense a criação de alertas eletrônicos para melhorar a comunicação,

inclusive com a formalização de modificações nos sistemas utilizados a quem tiver competência para tanto.

Diante da situação apontada, **sugere-se à SES/SC:**

I) Realizar diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) em todo o Estado, contemplando todas as unidades envolvidas e analisando a sequência lógica das atividades que o compõem, além de identificar cada passo, as pessoas envolvidas e suas atribuições, os recursos necessários (materiais, financeiros e humanos) e os resultados pretendidos em cada etapa, em atenção ao definido pelo art. 3º da Lei (estadual) nº 16.158/2013;

II) Elaborar um novo fluxograma, com base no diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS, contemplando todas as atividades, procedimentos da regulação e todas as unidades envolvidas, desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação e alta/óbito/transferência do usuário, a ser discutido e definido, posteriormente, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, mediante pactuação e deliberação na CIB, conforme determina o art. 3º da Lei (estadual) nº 16.158/2013; e

III) Incluir cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou os convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo) e futuros, com as unidades hospitalares privadas envolvidas no processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), contemplando o dever de cumprimento do fluxograma pactuado e deliberado na CIB, sob pena de responsabilização e penalização dos infratores (profissional responsável e unidade hospitalar).

Dessa forma, espera-se que a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares, as Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares, as unidades hospitalares (públicas e privadas) e os profissionais envolvidos no processo de regulação de leitos de UTI/SUS possam, por meio de um documento oficial mais claro e intuitivo, o fluxograma, conhecer, entender e respeitar todo o processo de regulação no estado (passo a passo, pessoas envolvidas, recursos necessários e resultados alcançados em cada etapa).

Além disso, atendendo as recomendações acima, a SES/SC poderá refletir o processo regulatório atual e, por conseguinte, abrir oportunidades para melhorias.

#### **2.1.1.1 Comentários do gestor**

Sobre o item “T” aduz a SES que “o processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) envolve todas as unidades hospitalares, seja de Gestão Estadual, Gestão Municipal e Contratualizadas, como também as Centrais de Regulação de

Internações Hospitalares Macrorregionais (CRIHMR), que é de acordo com as características de cada região dentro das pactuações da Rede de Atenção à Saúde.” (fls. 1692).

Com relação ao item “II” alegam os gestores que “no que tange ao processo de regulação, a Central Estadual de Regulação de Internaões Hospitalares (CERIH) dispõe de Fluxograma de Busca de Leito de UTI (Adulto, Pediátrico e Neonatal) no estado catarinense, aprovado em deliberação da Comissão Intergestores Bipartite, (CIB) nº 66/2018, e vigente, conforme anexo. A revisão e atualização do fluxo já está em pauta e em discussão junto as Centrais Macrorregionais, com planejamento de revisão prevista para o segundo semestre deste ano. Assim que concluído, o fluxo será discutido junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e posteriormente apresentado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para validação. As atividades e procedimentos da regulação, desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação e alta/óbito/transferência do usuário, atualmente estão descritas no Sistema de Regulação Hospitalar (SISREG), em fase de atualização pelo Ministério da Saúde.” (fls. 1679-1680 e 1693).

Quanto ao item “III” expõe a SES que “as recomendações foram encaminhadas para Gerência de Contratualização SUS/SES para análise e possibilidade de inclusão na cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo).” (fls. 1697).

#### **2.1.1.2 Análise dos comentários do gestor**

Em análise aos comentários trazidos aos autos pelos gestores verifica-se que, com relação ao item "I", a SES não menciona ou apresenta informações sobre a realização de um diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS em todo o estado, nem discorda da sugestão de realização.

Quanto ao item “II”, a SES informa que possui um Fluxograma de Busca de Leito de UTI aprovado pela deliberação CIB nº 66/2018, contudo os gestores não informam e nem trazem aos autos evidências de que este instrumento foi construído com base em um diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS, contemplando todas as atividades, procedimentos da regulação e todas as unidades envolvidas, desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação e alta/óbito/transferência do usuário, conforme sugerido na auditoria. Ademais, em todos os fluxogramas analisados na auditoria, bem com o aprovado pela deliberação CIB nº 66/2018, constatou-se que não contemplavam as descrições do processo regulatório nem compreendiam integralmente as atividades e os procedimentos desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação, bem como a posterior alta, óbito ou transferência do usuário.

Com relação ao item “III”, os gestores apenas informam que a demanda foi encaminhada para o setor competente para análise e possibilidade de inclusão de cláusula jurídica.

De todo o exposto, conforme apurado em auditoria, a realização do diagnóstico detalhado de todo o processo de regulação de leitos de UTI/SUS é fundamental para um perfeito entendimento da atual situação desta atividade em todo o estado e a elaboração de um fluxograma com base nesse diagnóstico permitirá identificar gargalos e problemas no processo e encontrar soluções. Porém, como as ações expressas pelos gestores não foram acompanhadas de evidências ou não foram suficientes para demonstrar a implementação das três recomendações sugeridas, nem que a SES discorda de tais ações, entende-se por mantê-las para que seja possível a elaboração de um plano de ação pelo gestor, para implementações, e posterior monitoramento por este Tribunal.

### **2.1.2 Ausência de práticas de sistematização e manualização das atividades do sistema estadual de regulação**

A Organização, Sistemas e Métodos, conhecida pelas siglas O&M ou OSM, é a área especializada da administração que integra duas das funções administrativas primordiais, organização e planejamento, e tem por objetivo, mediante o uso de técnicas, construir estrutura de recursos e de operações de uma instituição, determinando seus planos, procedimentos, rotinas e métodos de trabalho. Numa organização existente, por exemplo, a partir da aplicação de técnicas de OSM, tem-se o aperfeiçoamento do funcionamento da instituição e melhoria nos serviços prestados.

A OSM “é o estudo das organizações por meio da análise de cada uma das suas atividades, a fim de criar procedimentos que venham a interligá-las de forma sistêmica”<sup>63</sup>. Conceito de demonstra sua importância no âmbito da Administração Pública, mais especificamente na organização e no planejamento dos serviços públicos prestados.

A responsabilidade básica dessa área especializada da administração é a de executar as atividades de levantamento, análise, elaboração e implementação de sistemas administrativos na empresa. O objetivo é o de criar ou aprimorar métodos de trabalho, agilizar a execução das atividades, eliminar atividades em duplicidade, padronizar, melhorar o controle, fazer o gerenciamento de processos e solucionar problemas<sup>64</sup>.

Nesse sentido, são finalidades da OSM: padronização de procedimentos; eliminação de atividades desnecessárias; otimização de processos e recursos; redução de custos; maximização

---

<sup>63</sup> CRUZ, Tadeu. **Sistemas, organização & métodos**. São Paulo: Atlas, 2002.

<sup>64</sup> OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas, organizações e métodos**: uma abordagem gerencial. 13. ed. São Paulo, 2002.

de resultados; racionalização na distribuição de tarefas; elaboração de manuais e formulários; e melhor distribuição do espaço por meio da otimização do *layout*.

Dessa forma, trazendo a OSM ao caso em análise, reforça-se que as boas práticas da gestão pública recomendam (re)organizar os processos administrativos de forma que os objetivos e as metas traçadas sejam alcançados, otimizando-se os recursos disponíveis na produção dos melhores resultados possíveis ao interesse público, ou seja, o Estado deve perseguir a eficiência, a eficácia e a efetividade na prestação dos serviços públicos, melhorando-a continuamente.

Entre as vantagens de fazer essa (re)organização dos processos, destacam-se: maior qualidade no serviço prestado; maior agilidade na execução dos serviços; maior engajamento dos envolvidos; melhoria na comunicação (interna e externa); diminuição de custos; e maior satisfação dos usuários.

Para (re)organizar os processos da melhor forma possível, primeiramente realiza-se o seu mapeamento (passo a passo, pessoas envolvidas, recursos necessários e resultados alcançados em cada etapa) e se desenha seu fluxograma completo (atividades e procedimentos pormenorizados). Tamanha é a importância dessas etapas na (re)organização dos processos, que essas foram recomendações à SES/SC tratadas no apontamento anterior (subitem 2.1.1).

Ademais, o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017<sup>65</sup>, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê em seu art. 10, que cabe ao Estado, em seu âmbito administrativo, “elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação” (VI); “coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais” (§2º, IV); e “elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal” (§2º, XII). No mesmo sentido, a Lei (estadual) nº 16.158/2013 define aspectos administrativos que devem ser observados pela SES/SC.

Feito isso, pode-se passar para outra etapa, não menos importante, que é a padronização dos processos, técnica de OSM, que objetiva sistematizar e manualizar processos de trabalho.

A padronização de processos não é técnica de gestão recente e sequer inovadora, trata-se de mecanismo disponível ao exercício da boa gestão há anos. A guisa de ilustração, embora o precursor da padronização tenha sido Frederick Winslow Taylor, por meio de suas lições na obra "Os Princípios da Administração Científica", publicado em 1911, Henry Ford, ditou o “Fordismo”, ao utilizar, anos antes, a padronização na sua empresa de grande escala com procedimentos

---

<sup>65</sup> Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

rotineiros executados sempre da mesma maneira descritos em documentos de fácil leitura e entendimento.

Nessa esteira, importante ressaltar que a ausência de padrões leva o Estado ao desperdício de recursos públicos e a inúmeras falhas na prestação de seus serviços. Por isso, a necessidade de elaboração e o uso de manuais.

Manuais são “documentos elaborados dentro de uma empresa com a finalidade de uniformizar os procedimentos que devem ser observados nas diversas áreas de atividades”<sup>66</sup>. Trata-se de “um ótimo instrumento de racionalização de métodos, de aperfeiçoamento do sistema de comunicações, favorecendo, finalmente, a integração dos diversos subsistemas organizacionais.”<sup>67</sup>.

Sem dúvidas, os manuais trazem um “conjunto sistemático de normas que indicam as atividades a serem cumpridas pelos indivíduos que mantêm relações de trabalho com a empresa, e a forma pela qual elas deverão ser realizadas”<sup>68</sup>.

A SES/SC apresentou, em atendimento à Requisição TCE/DAE nº 001/2020, os seguintes documentos:

- Procedimentos operacionais padrão (POP) do NIR do Hospital Doutor Waldomir Colautti: “Admissão de Paciente Repatriado”, “Internação e Transferência de Paciente Psiquiátricos para Instituições de Referência”, “Atendimento Neo-Natal de Emergência” e “Gestante de Alto Risco” (fls. 481-494);
- Informações de central executante e unidades vinculadas, Protocolos Crivale e fluxograma de solicitações de leitos de retaguarda, manual de orientações sistema Sisreg III internação da CRIH/MR do Vale do Itajaí (fls. 737-775);
- Fluxo das cirurgias eletivas, fluxo de mutirão de cirurgias eletivas e fluxo de busca de leito de UTI da CRIH/MR da Foz do Rio Itajaí (fls. 781-788);
- Protocolo de regulação das solicitações de transferência de usuários para leito em hospital de retaguarda clínica (curta permanência) e fluxograma de Transferência de usuários para leito de retaguarda clínica da CRIH/MR da Grande Florianópolis (fls. 851-915);
- Manual operacional da CRIH/MR do Meio Oeste (fls. 1146-1188);
- Rotina do videofonista e Regimento Interno da CRIH/MR do Norte/Nordeste (fls. 1421-1439); e
- Orientações gerais de encaminhamentos da CRIH/MR da Serra (fls. 1440-1477).

---

<sup>66</sup> CURY, Antonio. **Organização e métodos**: uma visão holística, perspectiva comportamental e abordagem contingencial. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000, p. 415.

<sup>67</sup> CURY, Antonio. **Organização e métodos**: uma visão holística, perspectiva comportamental e abordagem contingencial. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2000, p. 415.

<sup>68</sup> SIMCSIK, Tibor. **OSM**: organização, sistemas e métodos. 2. ed. São Paulo: Futura, 2002, p. 339.

Os documentos apresentados demonstram que a sistematização e a manualização das atividades do sistema estadual de regulação são muito incipientes e desarticuladas, apesar de se utilizarem de vários protocolos. Além disso, dos documentos apresentados, restaram evidenciadas práticas isoladas e insuficientes de algumas unidades da SES/SC que, por conta própria, organizaram suas rotinas, sem a devida retroalimentação de conhecimento e aprendizado a partir das boas práticas existentes.

Por isso, a sistematização e a manualização do processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) em Santa Catarina vai contribuir para melhoria do sistema estadual de regulação e fortalecer a gestão da saúde pública estadual. Inclusive, deve o Estado, no papel de contratante ou de convenente, dependendo o caso, definir, de forma precisa e clara, nos instrumentos jurídicos competentes, a observância da padronização normatizada.

Diante da situação apontada, **sugere-se à SES/SC:**

I) Elaborar manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklists – com informações básicas mínimas – com todos os documentos relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), preferencialmente em arquivos digitais, que sirvam de guias de instrução e orientações aos profissionais da área, levando em conta as características e competências de cada grupo das unidades envolvidas (CERIH, CRIH/MR, unidades hospitalares públicas e unidades hospitalares privadas), em conformidade com o previsto no art. 10, VI e § 2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017;

II) Elaborar norma interna para tornar obrigatória a observância dos manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklists relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, respeitando o preconizado pelo art. 10, VI e § 2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017; e

III) Incluir cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou os convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo) e futuros, que vincule a observância aos manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklist, bem como o fluxograma elaborado pela SES, relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) sob pena de responsabilização e penalização dos infratores (profissional responsável e unidade hospitalar).

Dessa forma, espera-se que a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares, as Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares, as unidades

hospitalares (públicas e privadas) e os profissionais envolvidos no processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) possam, por meio da padronização desse processo (sistematização e manualização), tornar padrão a rotina dos serviços realizados, melhorar a comunicação (interna e externa), aumentar a produtividade e atender o usuário do serviço com mais qualidade e celeridade.

#### **2.1.2.1 Comentários do gestor**

Sobre o item “I” aduz a SES que “a CERIH deve retomar os encontros que aconteciam mensalmente com as centrais de regulação de internações hospitalares macrorregionais, suspenso por conta da pandemia Covid-19. O documento que vinha sendo construído denominado “Diretrizes para Operacionalização das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares no estado de Santa Catarina”, servir como norteador e padronizará o processo de Regulação do Acesso das solicitações de autorização de internações clínicas e cirúrgicas através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o processo e trabalho das 08 (oito) Centrais de Regulação de Internações Macrorregionais (CRIH/MR.). Quanto aos documentos Relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), a CERIH vem analisando junto a Diretoria de Tecnologia DITG a possibilidade de compartilhar em arquivos digitais junto ao portal da SES para consulta das áreas”. (fls. 1680 e 1694).

Com relação ao item “II” alegam os gestores que “no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, a Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares possui seu Regimento Interno, formulários e checklists e se ampara (fundamenta) na Portaria estadual nº 1.207, de 03/11/2021, que estabelece normas para pleno funcionamento da CERIH.” (fls. 1681 e 1694).

Quanto ao item “III” expõe a SES que “as recomendações foram encaminhadas para Gerência de Contratualização SUS/SES para análise e possibilidade de inclusão na cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo).” (fls. 1697).

#### **2.1.2.2 Análise dos comentários do gestor**

Quanto ao item “I”, a respeito da construção de um documento chamado “Diretrizes para Operacionalização das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares no estado de Santa Catarina”, a SES não apresenta evidências sobre a sua elaboração ou se tal documento compreende manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklists com todos os documentos relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS, como sugerido na auditoria, menciona somente que deve retomar os encontros com as centrais de regulação de

internações hospitalares macrorregionais para a continuidade da elaboração do documento que vinha sendo construído. Ou seja, concorda com o sugerido por este Tribunal.

Com relação ao item “II”, a SES apenas alega o cumprimento do Regimento Interno, e da Portaria estadual nº 1.207, de 03/11/2021, não evidenciando a existência de norma interna para tornar obrigatória a observância dos manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklist relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS, ou que não concorda com a sugestão efetuada sobre este item. Ademais, quanto ao Regimento Interno da CERIH, a SES não apresentou referido documento devidamente aprovado pela autoridade competente, fato que deverá ser acompanhado em futuro monitoramento.

Com relação ao item “III”, os gestores informam apenas que a demanda foi encaminhada para o setor competente para análise, sem apresentar soluções ou ações efetivas.

Desta forma, tendo em vista a inexistência de evidências que suportem suas alegações, ou discordância das sugestões apresentadas, faz-se necessária a permanência destas, para que sejam implementadas e posteriormente monitoradas e avaliadas.

### **2.1.3 Ausência de educação continuada – atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos – sobre o processo de regulação estadual de leitos de UTI/SUS**

As instituições e os serviços de saúde estão em constantes modificações, por isso os profissionais envolvidos com o processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) precisam buscar e acessar, constantemente, espaços de reflexão sobre a teoria e a prática, mediante atualização técnico-científica e discussões com outros profissionais da área, em prol da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS.

Nessa esteira, vislumbra-se a necessidade de se ter programa de treinamento, de curta duração, destinado aos profissionais recém-admitidos no sistema estadual de regulação, propiciando o acolhimento e integrando-os, de forma rápida, aos protocolos e normas, além de capacitá-los dentro da missão, visão, valores e filosofia da regulação. Da mesma forma, os profissionais que estão inseridos a mais tempo na regulação precisam de atualização técnico-científica continuada.

Destaca-se que o art. 200, III e V, da Constituição Federal<sup>69</sup> c/c o art. 14, parágrafo único, da Lei (federal) nº 8.080/90<sup>70</sup>, denominada Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece o dever de dispor de educação continuada aos recursos humanos do SUS na esfera correspondente.

No mesmo sentido, além das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde definidas na Portaria MS/GM nº 1.996/2007<sup>71</sup>, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017<sup>72</sup>, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, prevê em seu art. 10, V, que cabe ao Estado, em seu âmbito administrativo, “capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação”. Também, a Lei (estadual) nº 16.158/2013 define aspectos administrativos que devem ser observados pela SES/SC.

Entretanto, o que se constatou na presente auditoria, a partir das informações prestadas pela SES/SC em atendimento à Requisição TCE/DAE nº 001/2020 e por meio das entrevistas virtuais realizadas<sup>73</sup>, é que não é realizada educação continuada – atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos – sobre o processo de regulação estadual de leitos de UTI/SUS. Como evidência podemos citar os relatos do Médico regulador do Hospital Doutor Waldomiro Colautti: “Não houve capacitações para os atores da regulação desta unidade hospitalar no período de 2018 até a presente data” (fl. 466) e do Hospital Infantil Joana de Gusmão: “não houveram capacitações no período solicitado, sendo assim, contemplo o item 17 do referido documento” (fl. 654).

Ademais, é imprescindível que as capacitações propiciem aos profissionais envolvidos com o processo de regulação de leitos de UTI/SUS o entendimento de todo processo, não apenas da parte que lhes cabe. Afinal, fazendo analogia ao atingimento dos objetivos organizacionais, para

---

<sup>69</sup> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

[...] V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

<sup>70</sup> Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

<sup>71</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>72</sup> Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>73</sup> Destaque as reuniões: **22/07/2020, 14h**, Ramon Tártari, Superintendente da SUR; **19/08/2020, 14h**, Ivaldina Libardo, Coordenadora da CERI; **24/08/2020, 14h**, Felipe Alvares Cabral de Barros, médico regulador da Gerência Estadual de Regulação de Internações Hospitalares (GERIH); **02/09/2020, 9h30min.**, Jorge Antonio Pompermaier, coordenador médico regulador da CRIH-MR Oeste (Chapecó); **02/09/2020, 14h**, Roselaine Sturião, médica reguladora da CRIH-MR Sul (Criciúma); **11/09/2020, 9h30min.**, Doroteia Tramontin, Gerente do NIR do Hospital São José (Criciúma); **11/09/2020, 14h**, Marlene/Chefe do NIR e Dario, médico regulador do NIR do Hospital Regional do Oeste (Chapecó); **29/10/2020, 14h**, Jailson, Vinicius Filipak, Coordenador de Regulação de Acesso aos Serviços de Saúde (CRASS) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; **06/11/2020, 14h**, Saule Luiz Pastre Júnior, Superintendente de Urgência e Emergência (SUE); e **16/10/2020, 14h**, Getúlio Moroso/Supervisor e Thiago Furtado/Coordenador de Saúde da CRIH-MR Norte-Nordeste (Joinville).

se ter uma máquina em perfeita produção é necessário que todas as engrenagens existentes para o funcionamento estejam alinhadas e sincronizadas. Uma engrenagem não funciona sozinha.

Em 1978, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) conceituou a educação contínua como “um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais”<sup>74</sup>.

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1982, definiu a educação continuada de profissionais de saúde como “um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial que ajudam o pessoal de assistência à saúde a aprender competências importantes para o seu trabalho”<sup>75</sup>.

Como se observa, a educação continuada, além de complementar a formação e minimizar eventuais defasagens, é uma ferramenta efetiva na melhoria do desempenho profissional. Ademais, possibilita a ampliação do capital intelectual da organização com o desenvolvimento das competências profissionais (aumento de conhecimentos, melhoria de habilidades e imposição de atitudes mais responsáveis).

Diante da situação apontada, **sugere-se à SES:**

I) Elaborar plano anual de educação continuada e capacitar as equipes de regulação, conforme preconizado pelo art. 200, III e V, da Constituição Federal c/c o art. 14, parágrafo único, da Lei (federal) nº 8.080/90 e de acordo com o previsto na Portaria MS/GM nº 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, bem como observando os aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) nº 16.158/2013, prevendo cursos, oficinas e workshop – presenciais e/ou à distância – sobre o processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado);

II) Elaborar programa de treinamento – presencial e/ou à distância –, de curta duração, e capacitar os profissionais recém-admitidos no sistema estadual de regulação, propiciando o acolhimento e integrando-os, de forma rápida, aos protocolos e normas, além de capacitá-los dentro da missão, visão, valores e filosofia da regulação, em atendimento do disposto na Portaria MS/GM nº 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 e em respeito aos aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) nº 16.158/2013.

Dessa forma, almeja-se que os profissionais envolvidos no processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), por meio da educação

---

<sup>74</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Educación continua:guia para la organización de programa de educación continua para el personal de salud. Washington, 1978.

<sup>75</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Continuando la educación de los trabajadores de salud: principios e guías para el desarrollo de un sistema. Ginebra, 1982.

continuada, possam se manter atualizados e ampliar seus conhecimentos sobre o processo de regulação estadual, bem como terem oportunidades de desenvolvimento e constantes trocas de experiências envolvendo toda a equipe e a organização como um todo. Com isso, possa se promover satisfação na prestação dos serviços e aprimorar as condições de trabalho, consequentemente, melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS.

#### **2.1.3.1 Comentários do gestor**

Sobre o item “I” aduz a SES que “a Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) vêm capacitando as equipes da Regulação desde o início da implantação das Centrais. Com a pandemia de COVID e o aumento da demanda para a área, as capacitações foram suspensas, mas serão retomadas conforme planejamento de 2022.” (fls. 1681 e 1694).

Com relação ao item “II” alegam os gestores que “capacitações de curta duração estão previstas nas Ações de Planejamento/2022 da CERIH, para acontecer no segundo semestre de 2022.” (fls. 1682 e 1695).

#### **2.1.3.2 Análise dos comentários do gestor**

Tendo em vista que o gestor se limita a informar que a SUR tem capacitado as equipes de regulação desde a implantação das Centrais e que as capacitações de curta duração serão retomadas no segundo semestre de 2022, as sugestões de recomendações atribuídas à SES devem ser mantidas na íntegra, considerando a justificativa apresentada em relação à pandemia e a ausência de comprovação das ações efetivamente implementadas e de discordância dessas ações, para que se possa acompanhar e verificar as capacitações realizadas quando dos monitoramento sugeridos para esta auditoria.

## **2.2 ACHADOS RELATIVOS À SEGUNDA QUESTÃO DE AUDITORIA**

A SES/SC tem disponibilizado leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI/SUS) de forma ininterrupta e tempestiva aos usuários que deles necessitam?
--

Para responder a esta questão de auditoria verificou-se, por meio de análise documental, entrevistas e pesquisa na internet, se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível ininterruptamente, ou seja, funcionando 24 horas em todos os dias da semana. Buscou-se, ainda, verificar se a regulação disponibilizava leitos de UTI/SUS em tempo real a todos aqueles usuários cuja condição clínica exigisse aquele tipo de leito.

Procurou-se, também, conhecer se o transporte do usuário do serviço de saúde interferia no tempo de resposta entre a disponibilidade de vaga e a ocupação do leito de UTI/SUS. Entretanto, em virtude das atividades do Samu para transferências inter-hospitalares estarem sendo gradualmente substituídas pela Cerinter, conforme definido pela Deliberação CIB nº 181/2021, essa análise ficou prejudicada. Para a análise dessa questão de auditoria, levantou-se informações e documentos dos profissionais médicos que atuavam nos Núcleos Internos de Regulação (NIR) dos hospitais públicos estaduais que dispunham de leitos de UTI/SUS como também das regulações e dos médicos reguladores que atuavam nas Centrais Macrorregionais de Internação Hospital. Foram também objeto da análise o relatório intitulado “Exportador de Internações” emitido pelo sistema Sisreg e os relatórios de ocorrências e transferências inter-hospitalares efetuadas pelo Samu, este último acabou não sendo utilizado na sua integralidade de pelo fato da criação da Cerinter.

Em decorrência desse processo de análise foram encontrados três achados de auditoria em relação ao período analisado, quais sejam:

- Interrupções dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, quando estes deveriam estar disponíveis, ininterruptamente, 24 horas por dia e nos sete dias da semana;
- Intempestividade na prestação dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS nos NIR e nas Centrais de Regulação; e
- Registro de internação de usuário em leito de UTI/SUS no Sisreg sem a autorização prévia da Central de Regulação competente.

Os achados de auditoria e as proposições de melhorias estão relatados a seguir.

### **2.2.1 Interrupções dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, quando esses deveriam estar disponíveis, ininterruptamente, 24 horas por dia e nos sete dias da semana**

A Central de Regulação, que compõe o Complexo Regulador, é uma unidade operacional que deve dispor em tempo real de informações sobre a oferta de serviços assistenciais e desempenhar o papel de receber e direcionar a demanda destes serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também identificar os déficits e as falhas do sistema.

Já o Núcleo Interno de Regulação se constitui em uma unidade técnico-administrativa que se encontra nos hospitais e possibilita monitoramento do usuário desde a sua chegada à instituição, bem como durante o processo de internação e sua movimentação (interna e externa), até a sua alta que poderá ocorrer pela melhora, óbito ou transferência. Trata-se de um setor de suma importância ao processo de regulação, pois está na ponta desse processo. Por isso, deve ser legitimado, ter seu papel claramente definido e disseminado dentro da instituição hospitalar. Afinal,

cabe ao NIR a interface com as Centrais de Regulação e o importante contato na busca de vagas de leitos de UTI/SUS no caso de não existir vaga na própria unidade hospitalar.

A regulação do acesso aos leitos de UTI/SUS em Santa Catarina é realizada pelas 08 Centrais de Regulação Macrorregionais e, também, quando for o caso, pela Central de Regulação Estadual. Essas centrais devem regular as urgências baseadas em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Anexo da Deliberação CIB nº 040/2013), por meio de informações acerca das condições clínicas do usuário, exames e diagnóstico médico. De posse de todas essas informações, inicia-se a busca do leito de UTI/SUS correspondente à situação do usuário no momento da solicitação.

Em síntese, a busca de leitos de UTI/SUS (adulto, neonatal ou pediátrico) tem início com o médico regulador do NIR ou pelo profissional médico competente dentro da própria unidade hospitalar que solicita vaga de leito de UTI/SUS à Central Macrorregional de Regulação de Internação Hospitalar para sua própria demanda ou em razão do hospital solicitante não possuir naquele momento leito de UTI condizente à necessidade do usuário ou por não dispor de vagas de leitos de UTI no momento da solicitação.

Uma vez encontrado o leito desejado deve-se aguardar a autorização da Central de Regulação Macrorregional vinculada a sede do hospital para a devida ocupação. Caso o leito desejado não esteja disponível na região da unidade hospitalar solicitante, a busca de leito de UTI/SUS será repassada à Central Estadual de Regulação de Internação Hospitalar que dará prosseguimento e resolução ao caso. Então, localizada a vaga, o leito é reservado e confirmado à unidade hospitalar solicitante.

A Deliberação CIB nº 040/2013, que aprovou o Plano Estadual da Organização das Centrais de Regulação, dispõe em seu subitem 6.1, como também a Lei (estadual) nº 16.158/2013 (art. 4º, §3º), que as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares terão seu funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e nos 07 (sete) dias da semana.

Consta do Plano Estadual da Organização das Centrais de Regulação (item 5.3 – Recursos Humanos) que uma equipe de Central de Regulação deverá ser composta por médico regulador, coordenador, supervisor, atendente de regulação/videofonista e secretária, bem como define que o médico regulador deverá atuar como autoridade sanitária para a garantia do acesso que será baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Registra-se que a Portaria SES nº 313, de 28/04/2015, em seu art. 2º, atribuiu ao médico regulador a competência de autoridade sanitária no âmbito do SUS enquanto no exercício de suas funções na Central Estadual e nas Centrais Macrorregionais de Internações Hospitalares e

de Consultas e Exames. Ademais, resta claro que a regulação é uma atividade dinâmica que exige tomada de decisões de forma ética, consistente, célere, eficaz, eficiente e tempestiva.

Com relação ao Núcleo Interno de Regulação das unidades hospitalares, o manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados, no tema Estrutura de Recursos Humanos (p. 11), recomenda que o funcionamento seja 24 horas nos 07 dias da semana e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.

### **2.2.1.1 Núcleos Internos de Regulação dos Hospitais Públicos Estaduais**

Com base no exposto, procurou-se verificar se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível 24h em todos os dias da semana nos Núcleos Internos de Regulação (NIR) dos Hospitais Públicos Estaduais. Para tanto, a Secretaria de Estado da Saúde (SES), informou, por meio do processo nº SES 00146306/2020, via Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (*SGPE-e*), os dias e horários de funcionamento dos núcleos nos 13 hospitais públicos estaduais, como também encaminhou documentos referentes as escalas de trabalho (sobreviço e plantão) e os registros de frequência dos médicos reguladores das unidades no período de setembro a novembro/2019, que totalizou 593 documentos, que foram analisados em seu inteiro teor. Também houve o encaminhamento e análise do relatório “Exportador de Internações” extraído do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), relativo ao período de setembro a novembro/2019.

Com base nas informações encaminhadas e tendo em vista que o objeto da auditoria é regulação de leitos de UTI/SUS, foram excluídas da análise duas unidades hospitalares por não possuírem leitos de UTI/SUS, quais sejam: a) Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (localizado no município de São José) e o Hospital Santa Teresa (localizado no município de São Pedro de Alcântara). Embora este último possua NIR, ressalta-se que ali são regulados apenas consultas e exames. Para as demais unidades não houve alteração na análise.

Isto posto, no intuito de confirmar se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível 24h em todos os dias da semana nos Núcleos Internos de Regulação (NIR), buscou-se verificar o horário de funcionamento destes nos hospitais públicos estaduais selecionados, como também se haviam médicos reguladores trabalhando, por serem autoridade sanitária responsáveis pela regulação nessas unidades hospitalares, conforme as escalas individuais e coletivas, bem como a escala de sobreviço (quando enviadas), os relatórios espelho de ponto destes servidores, e relatórios de "logs de acesso" ao Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar da Micromed que registra a produção médica do servidor durante sua permanência no NIR, todos relativos ao período de

setembro a novembro/2019. Ressalta-se que a análise desses últimos documentos (logs de acesso - Micromed) ocorreu apenas em duas unidades hospitalares que os encaminharam, uma vez que não foram requisitados.

Apresenta-se, primeiramente, quadro resumido contendo as principais informações recebidas dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) das unidades hospitalares estaduais analisadas:

**Quadro 03 – Quantitativo de leitos UTI/SUS por unidade hospitalar estadual, nominata dos médicos e horário de funcionamento do NIR informados pelas unidades hospitalares (setembro a novembro/2019)**

Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Médicos do NIR	Horário do NIR
Hospital Governador Celso Ramos (Florianópolis)	14 leitos UTI Adulto II; 14 leitos UTI Adulto Covid	1.Liborio Soncini 2.Mary Anne Sidyakis 3.Rui Toebe 4.Saada Avila Chidiac	7h às 19h - segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados
Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis)	6 leitos UTI Pediátrica I; 20 leitos UTI Pediátrica II (CNES)	1.Maaiké Cornelia Bronkhorst 2.Claudia Valeria Silva Lemos 3.anaina Jacques 4.Rodrigo Barddal 5.Leonardo Albino Medeiros	7h às 19h - segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados Obs.: Informação não encaminhada. Obtida por meio de contato telefônico em fevereiro/2020 com o setor do NIR
Hospital Nereu Ramos (Florianópolis)	9 leitos UTI adulto	1.Fernanda Naspolini Zanatta 2.Roseli Maria Duarte 3.Bruna Lucena Bohlke (demissão em 28/11/2019)	7h às 20h - segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados
Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis)	10 leitos UTI Neonatal	1.Bruna Vanessa Medeiros (médica) 2.Elen Débora Brinker Siqueira	Manhã e tarde - segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados
Hospital Dr. Waldomiro Colautti (Ibirama)	10 leitos UTI Geral adulto; 10 leitos não habilitados UTI Covid.	1.Carlos Eduardo Prado Costa 2.Eric Sanders Gomes 3.Felipe Guilherme Nascimento Garcia 4.Tatiana Bueno Toledo	24h – segunda a quinta 12h – sexta Sobreaviso - demais horários e dias
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)	21 leitos UTI Adulto II; 27 UTI Adulto Covid	1.Ana Paula Silva Stratmann 2.Marcia Castello Branco Faria Santos 3.Nelson Loss Neto 4.Wilson Cardoso Iida 5.Carlos William Gomes Delfim	24h – segunda a segunda – todos os dias
Maternidade Darcy Vargas (Joinville)	10 leitos UTI Neonatal	1.Caroline de Moraes Penno 2.Luciane Martelet dos Santos 3.Leuvanir Gschwerndtner 4.Bruna Ferreira Alves 5.Juliana Evanir Souza (pediu exoneração em setembro/2019)	24h – segunda a segunda – todos os dias (ativo desde junho/2020)

Unidade Hospitalar	Nº Leitos	Médicos do NIR	Horário do NIR
Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos (Lages)	10 leitos UTI Adulto Tipo II (SUS); 08 leitos UTI Neonatal Tipo II (SUS); 10 leitos UTI CovidA; 9 leitos UTI CovidB; 7 Leitos UTI CovidC	1.Thadeu Candido da Rocha 2.Fabio Daniel Mendes 3.Jonas Coelho Lehmkuhl 4.Hildebrando Nilton Reis Filho 5.Ricardo Brancher 6.Gisele Bizotto Viaceli.	7h às 19h - segunda a segunda – todos os dias Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados
Maternidade D <sup>a</sup> . Catarina Kuss (Mafra)	09 leitos UTI Neonatal habilitados pelo SUS.	1.Rafael Marques da Silva	O NIR ainda não tem horário definido para funcionamento
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (São José)	15 leitos UTI adulto (SUS)	1.Bruno Quercia Barros 2.Lisiane Szczepaniak Janovik 3.Thais Rossoni Weber 4.Macos Bonin.	8h às 20h – segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados
Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (São José)	18 leitos UTI Adulto; 10 leitos UTI Neonatal	1.Mário Afonso Maluf 2.Elisangela dos Santos Boeno 3.Bianca Comelli Gerent 4.Maria Elizabeth Andrade Galeno Carvalho	7h às 19h – segunda a segunda - todos os dias Sobreaviso – não há
Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (São José)	A unidade informou que o IPQ não possui NIR e setor responsável pela regulação. Os usuários são trazidos pelos familiares, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Samu. São consultados no setor de emergência pelo médico de plantão e dependendo da avaliação médica são internados ou não. Recentemente um médico clínico (Rafael de Alcântara) foi designado a solicitar as transferências via Sisreg aos demais hospitais da rede. Para tanto adquiriu login e senha.	Não possui	Não possui
Hospital Santa Teresa (São Pedro de Alcântara)	O hospital informou que é de pequeno porte, de retaguarda e não dispõe de leitos de UTI, fazendo apenas a regulação de consultas e exames). O NIR foi instituído pela Portaria 455 de 18/05/2018 (DOE nº 20.786), sendo alterada pela Portaria 324 de 25/04/2019 com a inclusão de mais um integrante. Informaram ainda que o NIR é composto por profissionais multisetoriais e que estes exercem, além de suas funções cotidianas, as atribuições do NIR.	1.Vander Luiz Gil Boeira 2.Raul Cherem Neto	7h às 17h – segunda a sexta Sobreaviso - noites, finais de semana e feriados Obs.: Como não possuem leitos de UTI a regulação ocorre apenas para consultas e exames.

**Fonte:** SES/SC - Processo SES 00146306/2020, via Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPE-e). As análises estão contidas nos PTE-01 a PTE-12.

### **2.2.1.1.1 Funcionamento do NIR**

Das análises efetuadas, constatou-se que os Núcleos Internos de Regulação dos 11 hospitais públicos estaduais que possuem leitos de UTI/SUS não funcionavam presencialmente 24 horas em todos os dias da semana. O que se verificou foi que o horário que todos tinham em comum era o das 7h às 19h, sendo que período noturno, finais de semana e feriados funcionam por meio de sobreaviso médico. Dá-se destaque ao NIR do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt e da Maternidade Darcy Vargas que funcionavam 24h todos os dias e ao Hospital Dr. Waldomiro Colautti que funcionava 24h de segunda a quinta, 12h nas sextas e com sobreaviso nos demais dias e horários.

No caso da Maternidade Dona Catarina Kuss, o NIR ainda não possuía horário de funcionamento, pelo serviço ser novo e não possuírem pessoal suficiente para o desenvolvimento das atividades de regulação. Dispunham apenas de um médico regulador e uma servidora para auxiliá-lo. Já o NIR do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes só funcionava de segunda à sábado das 7h às 19h, ou seja, não funcionava no período noturno, nem domingos e feriados, não tendo médicos em sobreaviso nesses dias e período. Não havia programação de escala de sobreaviso no hospital.

### **2.2.1.1.2 Disponibilidade de profissionais médicos no NIR**

Em relação a disponibilidade dos profissionais médicos nos Núcleos Internos de Regulação (NIR), as principais constatações foram:

- **Maternidade Carmela Dutra** - Segundo o relatório espelho de ponto, não houve registro de trabalho em horário diverso do período das 8h às 20. Nos dias 03 de setembro, 01 de outubro e 05 de novembro de 2019 não houve escala para médico no NIR, apenas para enfermeiro, como também não houve registro de presença de médicos no relatório espelho ponto nesses três dias em questão. Ao total do período analisado de setembro a novembro/2019 foram 36h sem médico regulador no NIR.

- **Hospital Dr. Waldomiro Colautti** – Constatou-se divergência na informação encaminhada pela unidade hospitalar, pois a mesma alegou que seu NIR funcionava de 2ª a 5ª em escala de 24h e às 6ª com escala de 12h, sendo que sábados, domingos e feriados era por meio de sobreaviso. Com base nessa informação observou-se que nos dias 02, 11, 16, 23, 25, 26, 30 de setembro de 2019 a jornada do NIR foi de até 12 horas, quando deveria ser de 24h de acordo com

o informado pela unidade hospitalar. O mesmo ocorreu no mês de outubro nos dias 01, 07, 08, 10, 16, 23, 24, 30, 31, e no mês de novembro nos dias 05 e 12.

Verificou-se, ainda, de acordo com as escalas médicas e folha ponto dos profissionais que o NIR ficou sem a presença de médico para efetuar a regulação em alguns dias da semana, ora motivada pelo agendamento de folga de todos os médicos no mesmo dia da semana e outros por ausência do profissional que estava programado na escala. As ausências médicas no NIR motivadas pelas folgas ocorreram nos dias 20 e 27 de setembro de 2019, e nos dias 08, 14, 20, 22, 27, 29 de novembro de 2019. Já as situações de não cumprimento da escala ocorreram nos dias 06 e 13 de setembro de 2019, 04 e 11 de outubro de 2019. Ao total do período analisado de setembro a novembro/2019 foram 180h sem médico regulador na central.

- **Hospital Regional Hans Dieter Schmidt** - A escala médica oficial não indica profissional para trabalhar nos finais de semana e feriados. Tendo em vista que não foi encaminhada escala de sobreaviso, não foi possível identificar quais profissionais teriam sido convocados.

- **Maternidade Darcy Vargas** – A produção de profissionais conforme o Micromed atendeu apenas o período constante nas escalas de serviço oficial.

- **Maternidade Dona Catarina Kuss** - Verificou-se que não existe um horário definido de trabalho do médico regulador.

- **Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes** – Nos dias 12 e 13 de setembro, 21 e 28 de outubro e 15, 18 e 25 de novembro de 2019 não havia indicação de médico nas escalas de serviço oficial do NIR. Dessa relação, apenas nos dias 12 e 13 de setembro houve o registro de produção de uma profissional.

Com base no exposto, verificou-se que nos meses de setembro, outubro e novembro de 2019, três das onze unidades hospitalares analisadas que possuíam leitos de UTI/SUS totalizaram juntas 276h sem a presença de médico no NIR durante seu horário de funcionamento presencial, ou seja, sem regulação médica, conforme se demonstra na Tabela 09 a seguir:

**Tabela 09 – Quantitativo de horas em que as unidades hospitalares com leitos de UTI/SUS ficaram sem médico no NIR durante seu horário de funcionamento presencial (setembro a novembro/2019)**

Unidade Hospitalar	Set/19	Out/19	Nov/19	Total	Percentual
Maternidade Carmela Dutra	12	12	12	36	13%
Hospital Dr. Waldomiro Colautti	48	24	108	180	65%
Hospital Regional de São José Dr Homero de Miranda Gomes	0	24	36	60	22%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>156</b>	<b>276</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** SES/SC - Processo SES 00146306/2020, via Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPE-e). As análises estão contidas no PTE-01.

Observa-se que o Hospital Dr. Waldomiro Colautti foi o que apresentou o maior quantitativo de horas sem a presença de médico no NIR da unidade hospitalar, totalizando 180h (65%) no período de setembro a novembro/2019, em comparação com as outras unidades hospitalares que apresentaram a mesma situação. O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes ficou em segundo lugar com 22% e a Maternidade Carmela Dutra em terceiro lugar com 13% de ausência de médico no NIR durante o horário presencial de regulação nas respectivas unidades hospitalares.

Neste ponto, cabe esclarecer que procurou-se verificar no relatório Exportador de Internações, extraído do sistema Sisreg, se o fluxo de regulação foi prejudicado pela ausência de médico no NIR durante o horário de funcionamento presencial das unidades hospitalares, que totalizaram 276 horas. Em pesquisa, não foi possível fazer essa correlação, pois não se verificou solicitações de leitos de UTI/SUS logo após os horários em que não havia profissionais no NIR, ou qualquer outra situação que ensejasse uma possível regulação tardia.

Disso, percebe-se que, além de o NIR não funcionar 24h, ocorre a ausência de profissionais nas suas escalas de trabalho, como o caso mencionado do Hospital Nereu Ramos, onde em um mês representou 43% do total da jornada de trabalho e, a falta de indicação de profissional nas escalas médicas dos meses analisados que resultou na ausência de profissional durante o expediente das unidades hospitalares Maternidade Carmela Dutra, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Waldomiro Colautti.

Em relação a disponibilidade e produção dos profissionais médicos para regulação na modalidade de sobreaviso, não foi possível obter tal confirmação com base nas escalas e folhas ponto, sendo que a confirmação poderia se dar por meio da produção médica que é registrada no Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar da Micromed, registros esses que não fizeram parte da documentação requisitada às unidades hospitalares.

Registra-se, ainda, que durante as análises encontrou-se diversos indícios de irregularidades relacionadas ao trabalho dos médicos reguladores nos NIR, como a existência de produção médica no sistema Micromed de profissional que naquele período estava em férias, denotando o uso indevido de senha por servidor não habilitado; horário de funcionamento do NIR informado difere do encontrado nas análises; ausência de entrega de documentos solicitados pelo TCE/SC; faltas ao serviço de médicos reguladores; escala de trabalho do NIR somente com enfermeiros, sem a presença de médico regulador. Essas situações merecem melhores análises, contudo, por fugirem do foco principal dessa auditoria, serão direcionadas para outras fiscalizações.

Destaca-se que as informações detalhadas das análises relatadas se encontram no Apêndice A deste Relatório.

### 2.2.1.2 Centrais Regionais de Internação Hospitalar Macrorregionais (CRIH-MR) e Central Estadual de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH)

Na análise das Centrais Regionais de Internação Hospitalar Macrorregionais e Estadual procedeu-se análise semelhante àquela realizada com o NIR das unidades hospitalares, procurando verificar se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível 24h em todos os dias da semana, utilizando-se para tanto das escalas oficiais e de sobreaviso (quando enviadas) e dos relatórios de ponto dos médicos reguladores.

Ressalta-se que não houve encaminhamento de documentação para a análise da jornada de trabalho dos médicos reguladores das CRIH-MR Serra Catarinense (Lages) e Sul (Criciúma). As informações constantes do quadro abaixo se resumem ao horário de funcionamento das mesmas que foi informado pela SES.

Além disso, embora tenham sido enviadas as escalas de sobreaviso pelas centrais de regulação, não foi possível verificar se houve produção dos médicos reguladores nesse período, haja vista que a documentação encaminhada (relatório ponto) se refere ao período presencial dos médicos nas centrais de regulação macrorregionais, obedecendo as escalas oficiais de serviço, que em sua maioria perfazia 24h.

Apresenta-se, na sequência, quadro resumo contendo as principais informações recebidas das CRIH-MR e CERIH, a saber:

**Quadro 04 – Quantitativo de servidores, nominata dos médicos reguladores e horário de funcionamento das CRIH-MR e CERIH (setembro a novembro/2019)**

Central de Regulação	Quantidade Servidores	Médicos Reguladores	Horário de Funcionamento
CRIH-MR Meio Oeste (Joaçaba)	- 10 médicos reguladores; - 20 videofonistas, enfermeiros; téc enfermagem; aux enfermagem; aux laboratório; téc administrativo; farmacêutico; odontólogo; fiscal sanitaria; atendente de saúde público. =Total 30 servidores	1.Alessandro G. Miozzo 2.Arthur L. Hoffmann 3.Carlos Alexandre R. de Souza 4.Daiana Fioresti 5.Cleber Primo 6.Franklin V. Melo Filho 7.João Manoel Salim Testa 8.Liciane Angela Fabro Scaini 9.Enemara C. Pretto 10.Osmar Damaceno Ribeiro	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – realizado por apenas um médico (coordenador) e não abrange o todos os dias da semana. Em setembro foram 13 dias, outubro 15 dias e novembro 13 dias de sobreaviso
CRIH-MR do Vale do Itajaí (Blumenau)	- 11 médicos reguladores; - 8 enfermeiros; - 2 tec enfermagem; - 1 aux enfermagem; - 1 téc laboratório; - 1 nutricionista; - 3 téc atividades administrativas; - 2 téc serviços gerais =Total 29 servidores	1.Alexandre Ernani da Silva 2.Baltazar Eustaquio Chaves Filho 3.Bianka Bagatolli 4.Bruno Kelmer de Carvalho 5.Daniela Arruda Bastos de Barros 6.Fabio Gazzolla 7.Fabricio Inacio Brandao 8.Jaqueline Ferrareis Menegasso	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – realizado aos sábados e domingos das 7h às 7h por apenas um médico regulador

Central de Regulação	Quantidade Servidores	Médicos Reguladores	Horário de Funcionamento
		9.Maria Beatriz Silveira Schmitt Silva 10.Rodolfo Augusto Bressan Barboza 11.Mônica Helen Winnikow	
CRIH-MR Grande Oeste (Chapecó)	- 9 médicos reguladores; - 12 videofonistas, enfermeiro, téc enfermagem, farmacêutico, biólogo, administrativo; assistente social; - 3 médicos eletivas; - 3 enfermeiras eletivas; - 2 téc enfermagem supervisora =Total 29 servidores	1.Alexsandro Marcos Rosa 2.Cristiani Vicentini 3.Fabio Roberto B.Batista 4.Fabio L. Rockenbach 5.Felipe Mauricio Melo 6.Jorge A. Pompermaier 7.Renato Bacher; Thais Camila Vivi 8.Vinicius Chies de Moraes	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – não informaram
CRIH-MR Norte e Nordeste (Joinville)	- 12 médicos reguladores; - 8 videofonistas =Total 20 servidores	1.Anajara Tatiana Fortes 2.Aracelli Tavares Freire 3.Elisabete Abreu Pereira 4.Erich Matheus Fernandes Silva 5.Fernanda Bertelli de Prado 6.Gerdil Leal Azeredo 7.Marco Aurelio Lima Costa Filho 8.Marília Dualibe Barbosa 9.Orlando Soares Gonçalves 10.Pedro Simão Bosse 11.Silvana Mitie Nishimura 12.Tammy Boing	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – não informaram
CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí (Itajaí)	- 9 médicos reguladores; - 21 videofonistas; - 2 cirurgias eletivas; - 1 supervisor; - 1 coordenador =Total 34 servidores	1.Caio A. Raicher 2.Giovane Ventura 3.Guilherme Veronese 4.João Ramão 5.José A. Montoya 6.Marcelo Santos 7.Marli Koefender 8.Rossano M. Jelinek 9.Thais Christina	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – realizado por apenas um médico regulador no total de 150h mensais
CRIH-MR Grande Florianópolis (Florianópolis)	- 8 médicos reguladores bancada urgência; - 7 videofonistas bancada urgência; - 5 médicos bancada eletiva; - 1 enfermeiro bancada eletiva; - 3 téc enfermagem bancada eletiva; - 2 téc administrativos bancada eletiva =Total 26 servidores	1.Rodrigo Willens Fernand 2.Elisangela dos Santos Boeno 3.Rafael dos Santos Souza 4.Carina Dienstmann Fujihara 5.Camila Medeiros Machado 6.Rafael Dias de Oliveira Alcantara 7.Marcela Portugal de Alencar Ribeiro	24h – 7 dias da semana  Sobreaviso – não informaram
CRIH-MR Serra Catarinense (Lages)	Não encaminharam informação	Não encaminharam documentação.	24h – 7 dias da semana
CRIH-MR Sul - Criciúma	Não encaminharam informação	Não encaminharam documentação	24h – 7 dias da semana
CERIH - Central Estadual de	- 9 médicos reguladores; - 6 videofonistas;	1.Cyro Riggenbach Muller	24h – Segunda a sexta

Central de Regulação	Quantidade Servidores	Médicos Reguladores	Horário de Funcionamento
Regulação de Internações Hospitalares	- 1 coordenador; - 2 administrativos °=Total 18 servidores	2.Felipe Alvares Cabral de Barros 3.Jeancarla Rodrigues de Oliveira 4.Simone Zambelli Alberti 5.Daniel Di Pietro 6.Patricia Faggion 7.Paulo da Veiga Cordeiro 8.Mariangela Pimentel Pincelli 9.Ariadne Machado Raschcowetzki	Sobreaviso – não informaram

**Fonte:** SES/SC - Processo SES 00146306/2020, via Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPE-e). CI nº 428/2020 (CERIH e CRIH-MR Grande Florianópolis). As análises estão contidas no PTE-21.

### 2.2.1.2.1 Funcionamento das Centrais de Regulação

Em relação ao funcionamento da central estadual e das 8 centrais macrorregionais de regulação de internação hospitalar, apesar da SES informar que todas funcionam 24h, nos sete dias da semana, não foi possível fazer essa confirmação para as centrais Serra Catarinense (Lages) e Sul (Criciúma), tendo em vista o não encaminhamento da documentação solicitada. Com relação à central estadual e demais centrais macrorregionais foi possível comprovar, por meio das escalas médicas, o seu funcionamento 24h, nos 7 dias da semana, de forma presencial.

No tocante ao sobreaviso, apenas três centrais macrorregionais encaminharam informação que praticavam sobreaviso médico, sendo adotados critérios diferentes entre elas. Como exemplo, cita-se a CRIH-MR Meio Oeste em que a escala de sobreaviso para outubro/2019 apresentava cobertura de apenas 15 dias no mês, enquanto a CRIH-MR Vale do Itajaí realizava sobreaviso somente aos sábados e domingos, das 7h às 7h e finalmente a CRIH Foz do Rio Itajaí realizava 150h mensais de sobreaviso, ou seja, não existe uma uniformidade entre as macrorregiões quanto ao sobreaviso médico nas centrais de regulação.

- **CRIH-MR Meio Oeste (PTE-21)** – O horário de funcionamento da central é de 24h, nos 7 dias da semana, com duas escalas de 6h (7h-13h e 13h-19h) e uma escala de 12h (19h-7h). A escala médica de sobreaviso não abrange todos os dias da semana e é realizada em horários diversos (7h-19h; 19h-7h; 7h-7h) pelo médico coordenador. A escala de sobreaviso dos videofonistas ocorre de segunda a sexta das 19h às 7h e nos finais de semana das 7h-7h e é realizada por dois profissionais.

- **CRIH-MR do Vale do Itajaí (PTE-21)** - Da análise verificou-se que a jornada de trabalho da central ocorre das 7h-7h, sendo que as escalas de trabalho são variadas, havendo turnos de seis a dezenove horas durante a semana e turnos de 12 horas aos finais de semana, sendo que o sobreaviso médico ocorre apenas aos sábados e domingos, das 7h-7h e é realizada apenas por um

médico regulador a cada mês. No tocante ao sobreaviso de enfermagem, este acontece no período noturno durante a semana, das 19h-7h e nos feriados e finais de semana das 7h-7h.

- **CRIH-MR Grande Oeste (PTE-21)** - A central também informou que seu horário de funcionamento é de 24h durante todos os sete dias da semana. Na análise da escala médica oficial da Macrorregional de Chapecó, verificou-se que o período coberto pelas escalas abrange 24 horas todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados. No tocante ao sobreaviso médico, ressalta-se que não houve encaminhamento de escala, apenas consta da relação de servidores a informação de que o sobreaviso é realizado pelo médico coordenador, sem definir qual é o período em que ele ocorre.

- **CRIH-MR Norte e Nordeste (PTE-21)** - Constatou-se que o período coberto pelas escalas abrange 24h de segunda a sexta, inclusive finais de semana e feriados, sendo que as escalas dos médicos reguladores obedecem a quatro turnos de 6h (7h-13h; 13h-19h; 19-01h; 01h-7h) e um turno de 8h (9h-17h) que ocorre às segundas e quartas. Não foi informado se a central realiza sobreaviso, tampouco foi encaminhada escala de sobreaviso médico.

- **CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí (PTE-21)** - Verificou-se que o período coberto pelas escalas médicas abrange 24 horas em todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, sendo que as escalas dos médicos reguladores obedecem a turnos de 4h (7h-11h; 19h-23h); 6h (7h-13h; 13h-19h); 8h (7h-15h; 15h-23h; 11h-19h); 10h (13h-23h); 12h (7h-19h; 19-7h) e 16h (7h-23h; 23h-7h). O sobreaviso é realizado por apenas um médico regulador que totaliza 150h mensais.

- **CRIH-MR Grande Florianópolis (PTE-21)** - O período coberto pelas escalas médicas abrange 24h nos 7 dias da semana, obedecendo a três turnos de 4h (8h-12h; 12h-16h; 16h-20h) e um turno de 12h (20h-8h). Não foi informado se é realizado sobreaviso médico.

- **Central Estadual de Internações Hospitalares – CERIH (PTE-21)** - A CERIH informou que atua de forma presencial de segunda a sexta, nas 24h do dia. Porém ao se analisar as escalas médicas, verificou-se que há indicação de médico em todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados. Não foi informado se é realizado sobreaviso médico, tampouco foi encaminhada escala de sobreaviso.

#### **2.2.1.2.2 Disponibilidade dos profissionais médicos nas Centrais de Regulação**

Quanto a disponibilidade dos profissionais médicos nas centrais de regulação, as principais constatações foram:

- **CRIH-MR Meio Oeste (PTE21)** – Da análise da documentação não se visualizou presença médica no período das 13h-19h nos dias 04 e 11 de outubro de 2019, totalizando nesse mês 12h sem médico regulador na central. No dia 22 de novembro de 2019 também não se visualizou presença de médico regulador num período de 6 horas. Ao total do período analisado de setembro a novembro/2019 foram 18h sem médico regulador na central.

- **CRIH-MR Grande Oeste (PTE21)** - Na escala médica de novembro de 2019 observou-se dois vazios, ou seja, em que não havia indicação de médico para determinado turno, nem registro ponto de qualquer profissional médico regulador: dia 15 (feriado) – entre 07h-13h e das 19h-7h. A mesma situação ocorreu no dia 22 (sexta) das 7h-13h. Portanto, no mês de novembro observou-se um total de 24h sem médico regulador na central.

- **CRIH-MR Norte e Nordeste (PTE21)** - No mês de setembro, nos dias 02 (das 7h às 13), 17 e 19 (das 7h às 19h) não foi observada a presença de médico regulador, totalizando no mês 30h sem médico regulador nessa central. No mês de outubro, nos dias 09, 11, 23, 24, 25 e 28/10 não se observou presença de médico regulador na central no horário das 7h às 19h; e nos dias 08, 10, 18 e 22/10, no horário das 7h-17h30 totalizando no mês 114h sem médico regulador na central. No mesmo mês, nos dias 09, 16, 23 e 30, um profissional médico não cumpriu seu horário de escala integralmente, totalizando 40% do total de sua jornada no mês não cumprida. Para o mês de novembro de 2019, as análises indicaram não haver presença de médico na central em todo o período do dia 19 (7h-7h) e também nos turnos das 7h às 19h nos dias 05, 06, 07, 15 e 20, e, das 7h-13h nos dias 12, 14, 27 e 29/11, totalizando 108h sem médico regulador nessa central em novembro/2019. Ao total foram 252h sem profissional na central, durante o período de setembro a novembro/2019.

- **CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí (PTE21)** - No mês de setembro de 2019, com base nas escalas de serviço e controles de frequência, ocorreu falta de indicação de médico regulador como também a ausência desses profissionais na central relativo aos dias 04, 06, 09, 11, 18, 19, 20, 23 e 25 (das 23h às 7h) e nos dias 10, 13 e 27 (das 19h às 7h), totalizando 108h sem médico regulador nessa central. Essa mesma situação se repetiu no mês de outubro nos dias 01, 04, 07, 08, 14, 15, 18, 21, 22, 25, 28 (período das 19h às 7h), e, dias 02, 09, 11, 16, 23, 29, 30 (período das 23h às 7h), totalizando 188h sem médico regulador na central. Em novembro também se registrou falta de indicação de médico regulador e a ausência desses profissionais na central nos dias 05, 07, 08, 19 e 22 (das 23h às 7h) e nos dias 06, 12, 13, 20, 21, 26, 27 e 29 (das 19h às 7h), totalizando 136h sem médico regulador nessa central. Portanto, no período de setembro a novembro/2019 foram 432h sem médico regulador na central.

- **CRIH-MR Grande Florianópolis (PTE-21)** - Para a análise dessa central foram consideradas as escalas e relatórios de ponto somente dos médicos reguladores da bancada de urgência. Constatou-se na escala do mês de setembro de 2019 que a central ficou 24 horas sem médico regulador nesse mês, sendo nos dias 01, 03 e 04 (8h-12h) e dia 08/09 (8h às 20h), tendo em vista que os profissionais escalados para esses turnos não compareceram à central. Em outubro, a situação se repetiu nos dias 04 (16h-20h), 28 (20h-8h), e 29 (20h-8h), o que totalizou 28h sem a presença de profissional médico na central. No mês de novembro foram 66h sem a presença do profissional médico na central nos dias 03 (14h-20h); 04 e 11 (16h-20h); 08 (20h-8h); 09 (16h-20h); 12 (12h-16h); 13 e 24(8h-12h), e, 16 e 17 (8h-20h). Portanto, no período de setembro a novembro/2019 foram 118h sem médico regulador na respectiva central.

- **Central Estadual de Internações Hospitalares – CERIH (PTE21)** - Da análise dos documentos dessa central, constatou-se que no mês de setembro de 2019 houve um total de 73h sem médico regulador correspondendo aos dias 07 (8h-20h); 11 (23h-8h); 21 (21h-8h); 25 e 30 (20h-8h); 28 (8h-19h) e 29 (8h-14h). No mês de outubro de 2019 foram 44h sem médico regulador nessa central referente aos dias 6 e 28 (16h-20h), 27 (8h-20h), 31 (8h-8h). E, no mês de novembro de 2019 foram 180h sem médico regulador nessa central, correspondendo aos dias 02, 16 e 30 (8h-8h); 03, 19, 24 (16h-20h); 05 (8h-12; 20h-8h); 07, 11, 14 e 22 (20h-8h); 12 e 26 (16h-8h). Assim, no período de setembro a novembro/2019 foram 297h sem médico regulador na central estadual.

Do exposto, verificou-se que 85% das centrais de regulação de internação hospitalar analisadas (central estadual e 5 centrais macrorregionais), no período de setembro a novembro/2019, ocorreu ausência de médico regulador em alguns turnos das escalas, durante o período de 24h de um dia, que totalizaram 1.141 horas, ora motivada pela falta do profissional ao trabalho e em outras situações pela falta de indicação médica nas escalas e que acabaram por não serem cumpridas por outros médicos das respectivas centrais.

Na sequência demonstra-se tabela resumo dessas horas por central de regulação, a saber:

**Tabela 10 – Quantitativo de horas em que as centrais de regulação ficaram sem médico regulador durante seu horário de funcionamento presencial (setembro a novembro/2019)**

Central	Set/19	Out/19	Nov/19	Total	Percentual
CRIH-MR Meio Oeste	-	12	6	18	2%
CRIH-MR Grande Oeste	-	-	24	24	2%
CRIH-MR Norte e Nordeste	30	114	108	252	22%
CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí	108	188	136	432	38%
CRIH-MR Grande Florianópolis	24	28	66	118	10%
CERIH Central Estadual	73	44	180	297	26%
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>386</b>	<b>520</b>	<b>1.141</b>	<b>100,00%</b>

**Fonte:** Documentos encaminhados pelas centrais de regulação e SES (Apêndice B). As análises estão disponíveis no PTE-21.

Observa-se que a CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí foi a que apresentou o maior quantitativo de horas sem a presença de médico regulador, totalizando 432h (38%) no período de setembro a novembro/2019, em comparação com as outras centrais de regulação que apresentaram a mesma situação. A CERIH ficou em segundo lugar com 26% e a CRIH-MR Norte e Nordeste em terceiro lugar com 22% de ausência de médico regulador durante o horário presencial de regulação nas respectivas centrais.

Por fim, considerando as análises realizadas no presente item, buscando verificar se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível, ininterruptamente, 24 horas por dia e nos 07 dias da semana, conclui-se que a regulação realizada pelos 11 hospitais estaduais (NIR) analisados funciona presencialmente em sua maioria das 7h às 19h, não sendo possível confirmar como ela ocorre durante o período de sobreaviso que acontece à noite, finais de semana e feriados, pois se denotou a ausência de escalas e profissionais em alguns períodos.

No tocante às centrais macrorregionais de regulação de internação hospitalar e estadual, o que se verificou foi que todas mantêm escala de 24h – presencial e sobreaviso. Contudo, dos 91 dias de período analisado (setembro a novembro/2019), constatou-se que em seis das oito centrais analisadas (85%) houve um total de 1.141 horas em que não houve a presença de médico regulador nas centrais em alguns turnos das escalas, durante o período de 24h de um dia, o que comprometeu o fluxo da regulação uma vez que se evidenciou regulações tardias, que segundo estudos citados neste relatório, podem afetar a condição clínica dos usuários.

Portanto, das análises efetuadas, pode-se concluir que houve interrupções dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, no período analisado, restando evidenciado que estes serviços não estavam disponíveis, ininterruptamente, 24 horas em todos os dias da semana.

Registra-se, ainda, que durante as análises encontrou-se diversos indícios de irregularidades relacionadas aos trabalhos dos médicos reguladores na centrais de regulação, quais sejam, mesmo profissional trabalhando em duas centrais; controle de ponto manual; falta de indicação de médicos nas escalas; faltas de profissionais médicos; indicação de profissional médico em escala, em mês que estava de férias; e médico coordenador recebendo horas de sobreaviso, sem haver escala de sobreaviso. Essas situações merecem melhores análises, contudo, por fugirem do foco principal dessa auditoria serão encaminhadas para outras fiscalizações.

Destaca-se que as informações detalhadas das análises relatadas sobre as centrais de regulação encontram-se nos Apêndices B e C deste Relatório.

Portanto, identificou-se como causas dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS não estarem disponíveis 24h, o funcionamento presencial nos Núcleos Internos de Regulação –

NIR dos hospitais públicos que ocorre em sua maioria das 7h às 19h, de segunda a sexta, e, também pelo descumprimento de carga horária por parte dos médicos reguladores do NIR e das centrais de regulação de internação hospitalar (macrorregionais e estadual). Ressalta-se que essas situações comprometem o fluxo da regulação de leitos de UTI/SUS causando a regulação tardia de inúmeras solicitações, fato esse que pode agravar a condição clínica dos usuários dos leitos de UTI/SUS, podendo levar ao aumento da mortalidade daqueles usuários.

Diante das situações encontradas, **sugere-se à SES:**

I) Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, por meio das Centrais de Regulação (Macrorregionais e Estadual), 24h por dia e nos sete dias da semana, em conformidade com o disposto no art. 4º, §3º, da Lei (estadual) nº 16.158/2013 e na Deliberação CIB nº 040/2013;

II) Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, nas unidades hospitalares estaduais, 24h por dia e nos sete dias da semana, em consonância a recomendação constante do Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados do Ministério da Saúde, observando a necessidade da unidade hospitalar.

Com isso espera-se agilidade na liberação e disponibilização de leitos de UTI/SUS aos usuários que necessitam de internações em leitos de UTI, significando uma regulação tempestiva, o que evitará também um possível agravamento do quadro clínico do usuário.

### **2.2.1.3 Comentários do gestor**

Sobre o item “I” aduz a SES que “atualmente, a CERIH dispõe de serviços de regulação de leitos UTI/SUS 24 h por dia e nos (07(sete) dias da semana, ou seja, em funcionamento ininterrupto, com profissionais em escala presencial, contando com médico regulador e um técnico (enfermagem). Havendo necessidade de substituição na escala, a SUR dispõe de processo seletivo vigente para contratar profissionais.” (fls. 1682 e 1695).

Com relação ao item “II” alegam os gestores que “as Unidades hospitalares estaduais, contam com o Núcleo Interno de Regulação (NIR,) com equipes formadas, atuando de forma presencial e/ou sobreaviso, 24 horas por dia e nos 7 dias da semana.” (fls. 1695).

Importante registrar que a SES, com respeito ao funcionamento das Centrais de Regulação, bem como dos NIR, assim se manifesta: “considerando a necessidade de estabelecer normas e diligências práticas, para o pleno e adequado funcionamento da central estadual de regulação e das centrais macrorregionais, a SES estabeleceu a Instrução Normativa SUR n. 001 de 19 de outubro de 2021, que estabelece normas e diligências práticas para o pleno funcionamento

das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares no âmbito da Secretaria de Estado da saúde. Com referência aos servidores que atuam nos Núcleos Internos de Regulação – NIR, a Coordenação Estadual do NIR, informou que tem horário definido em escala prévia, com batidas de ponto eletrônicas, em escala híbrida (presencial e sobreaviso), exercendo atividades regulatórias registradas em planilhas de produção médica.” (fls. 1700-1701).

#### **2.2.1.4 Análise dos comentários do gestor**

Tendo em vista que o gestor se limita a informar que a CERIH e os NIR atuam nos serviços de regulação de leitos UTI/SUS 24 horas por dia e nos sete dias da semana ininterruptamente sem, contudo, comprovar as ações efetivamente implementadas, diferentemente do que foi encontrado e evidenciado na auditoria, entende-se que as sugestões atribuídas à SES neste item devem ser mantidas na íntegra. As referidas ações deverão ser acompanhadas durante os processos de monitoramento sugeridos para esta auditoria.

#### **2.2.2 Intempestividade na prestação dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS nos NIR e nas Centrais de Regulação**

Para se verificar se a regulação disponibilizava leitos de UTI/SUS em tempo adequado a todos aqueles usuários cuja condição clínica exigisse esse tipo de leito, foi considerado o que dispõe o art. 8º, § 1º, I e II do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, no sentido de que a regulação deve garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada, bem como garantir os princípios da equidade e da integralidade.

Nesse sentido foi utilizado para as análises o relatório Exportador de Internações, extraído do sistema Sisreg em formato de Excel, e encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, que contempla todas as regulações de leitos de UTI/SUS, no período de setembro a novembro/2019. A planilha contém diversas informações, desde o número de AIH; unidade hospitalar solicitante e executante; central macrorregional responsável pela regulação; tipo de leito; data e hora da solicitação do leito de UTI/SUS e da regulação do mesmo; data da internação e alta do usuário; procedimento realizado e o status da solicitação (aprovado ou não aprovado).

Importante ressaltar que no tempo total para busca de leitos de UTI devem ser consideradas as janelas terapêuticas (ou condições de tempo sensível), isto é, o momento ótimo para tratar um usuário, dependendo do tipo de patologia e do tipo de agudização em que o usuário está acometido no momento do atendimento. Essas janelas são definidas como a extensão de

tempo necessário para realização de procedimentos em um usuário, normalmente em casos agudos, para impedir a piora do quadro patológico e atingir a sua estabilização.

Antes de ser admitido em um leito de UTI, por exemplo, no tratamento trombolítico de um AVC, de acordo com o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)* é necessário considerar os tempos da admissão à avaliação médica, da admissão na Tomografia Computadorizada de crânio, da interpretação do referido exame, da admissão à infusão do medicamento trombolítico, da disponibilidade do neurologista, da disponibilidade do neurocirurgião e da admissão ao leito de UTI propriamente dito.

No Brasil, a Lei nº 12.401, de 28/04/2011, criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e é também responsável pela análise, elaboração e atualização de Protocolos e Diretrizes do Ministério da Saúde (PCDT) que visam garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários no âmbito do SUS. Os PCDT incluem recomendações de condutas clínicas, medicamentos, produtos e procedimentos nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde.

Assim os PCDT são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos profissionais da saúde e gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Segundo o Protocolo Clínico para as Síndromes Coronarianas Agudas (SAC) a pronta restauração do fluxo sanguíneo coronariano é essencial para o salvamento miocárdico e redução da mortalidade dentro das três primeiras horas de apresentação dos sintomas. Dentro desta janela de três horas o tratamento terapêutico deve ser iniciado, seja por meio de procedimento de reperfusão miocárdica, seja por terapia trombolítica ou por ICP primária. O objetivo é reduzir o tempo de isquemia total, definido como o tempo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão, gerando benefícios em relação à mortalidade.

Destaca-se, ainda de acordo com o protocolo acima, que o número de internações devido à SCA e outras doenças isquêmicas do coração pelo SUS vem aumentando progressivamente nos últimos anos no país. A maioria das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40 a 65% dos casos na

primeira hora e, aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas. Assim, é essencial que os usuários com SCA sejam prontamente atendidos e tratados.

Diante do exposto, é essencial que a regulação de leitos de UTI seja célere e tempestiva, observando as janelas terapêuticas estabelecidas nos protocolos clínicos de cada patologia com vistas à estabilização do usuário para evolução do tratamento e evitando o óbito.

Ainda, de acordo com estudos realizados pela *University of Chicago*<sup>76</sup> e artigos científicos publicados na *National Library of Medicine (National Center for Biotechnology Information - NCBI)*<sup>77</sup>, atraso na transferência de usuários das enfermarias ou salas de emergência de hospitais para as UTIs está associado ao aumento da mortalidade desses usuários.

Segundo os estudos, as intervenções efetuadas rapidamente em usuários em situações críticas geram bons resultados em muitos casos cujas indicações são para transferências de usuários em condições críticas das emergências ou enfermarias para leitos de UTI. Contudo, o atraso dessas transferências tem impactado no aumento da taxa de mortalidade dos usuários que são internados em leitos de UTI.

Concluiu-se que, para cada uma hora de atraso para transferência de usuários para leitos de UTI, evidenciou-se um incremento de 7% na taxa de mortalidade de usuários que deram entrada nas enfermarias de cirurgia médica e salas de emergência dos hospitais pesquisados.

Foram considerados grupos de usuários em condições críticas nas emergências que foram internados em leitos de UTI em menos de 6 horas desde a sua entrada no hospital e usuários cuja internação nesses mesmos leitos sofreram um atraso superior a 6 horas.

No grupo de usuários pesquisados que foram transferidos para os leitos de UTI nas primeiras 6 horas após entrarem no hospital, foi registrada uma taxa de mortalidade de 21%, sendo que aqueles que foram transferidos ente 18 e 24 horas a taxa de mortalidade foi de 52%.

Como conclusão ficou evidenciado que existe uma associação significativa entre o tempo para internação em leitos de UTI e as taxas de sobrevivência. A admissão antecipada na UTI tem maior probabilidade de produzir resultados positivos nas condições dos usuários.

Destaca-se que referidos estudos foram adotados pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) em auditoria operacional realizada em agosto de 2014 nas Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF<sup>78</sup>, cujo critério utilizado foi “os usuários conseguirem acesso aos leitos de UTI até 6 horas após a solicitação médica, devido ao prolongamento

---

<sup>76</sup> CHURPEK, M. M. et al. Delayed Intensive Care Unit Transfer Is Associated With Increased Mortality In Ward Patients. University of Chicago. Chicago, IL. 2013.

<sup>77</sup> Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2007;35:1477-1483.

<sup>78</sup> Cardoso L.T.Q. et al: Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Crit Care* 2011, 15:R28.

do tratamento e ao incremento no risco de mortalidade a cada hora de atraso na admissão em UTI.”

Aqueles usuários que ultrapassaram as 6 horas de espera para serem internados em leitos de UTI, segundo o relatório de auditoria do TCDF, foram consideradas internações tardias, de acordo com o critério adotado, e poderiam representar risco de agravamento das condições do usuário ou até a morte.

Isto posto, primeiramente, procurou-se verificar se o fluxo da regulação foi prejudicado pela ausência de médico regulador durante o horário de funcionamento presencial das centrais macrorregionais e estadual de regulação de internação hospitalar, que totalizaram 1.141 horas, conforme análise do item anterior deste Relatório. Buscou-se no sistema Sisreg (relatório Exportador de Internações) se ocorreram solicitações de leitos de UTI/SUS durante a ausência de médicos reguladores no período de setembro a novembro de 2019 e, se foram aprovadas posteriormente. Todavia, importa esclarecer que no tocante à Central Estadual de Regulação de Internação Hospitalar – CERIH não foi possível fazer essa análise, uma vez que esta central só realiza consultas ao Sisreg, ficando a regulação das solicitações a cargo das centrais macrorregionais, o que impossibilita saber se a ausência do profissional na central afeta o fluxo da regulação.

Para tanto, apresenta-se na sequência quadro contendo o quantitativo de horas sem médico regulador e o total de solicitações de leitos de UTI/SUS que foram reguladas de forma tardia, ou seja, ocorreram posteriormente ao período de ausência dos médicos reguladores. Os registros com os dados coletados e as análises encontra-se no Apêndice C.

**Tabela 11 – Quantitativo de regulações tardias de leitos de UTI/SUS decorrentes do período sem médico regulador nas centrais de regulação de internação hospitalar (setembro a novembro/2019)**

Descrição	Total de horas sem médico regulador na central (setembro a novembro/2019)	Total de regulações tardias
CRIH-MR Meio Oeste	18	0
CERIH Central Estadual	297	0
CRIH-MR Grande Oeste	24	2
CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí	432	15
CRIH-MR Grande Florianópolis	118	25
CRIH-MR Norte e Nordeste	252	110
<b>Total</b>	<b>1.141</b>	<b>152</b>

**Fonte:** Relatório Exportador de Internações do Sistema Sisreg. As análises completas se encontram no Apêndice C e PTE-21.

Do montante de 1.141 horas sem médico na central, conseguiu-se evidenciar por meio do relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg, um total de 152 solicitações de leitos de UTI/SUS que foram aprovadas (reguladas) tardiamente pelas centrais macrorregionais Grande Oeste (02), Foz do Rio Itajaí (15), Grande Florianópolis (25) e Norte e Nordeste (110).

Na sequência apresenta-se quadro resumo e com algumas solicitações tardias que foram evidenciadas, por macrorregião, a saber:

**Quadro 05 – Regulações tardias verificadas nas CRIH-MR Grande Oeste, Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis e Norte Nordeste, decorrentes do período sem médico regulador nas respectivas centrais (setembro a novembro/2019)**

RIH-MR	Dia da semana	Dia e Horário sem médico regulador		Dia e Horário da Solicitação pela unidade Hospitalar		Dia e Horário da Autorização pela CRIH/CERIH	
		Dia	Horário	Dia Solicitação	Hora Solicitação	Dia Autorização	Hora Autorização
Grande Oeste	sexta-feira	15/11/2019	19x7h	15/11/2019	23:22:46	16/11/2019	13:39:17
	sexta-feira	22/11/2019	7x13h	22/11/2019	10:20:02	22/11/2019	13:39:40
Foz do Rio Itajaí	terça-feira	10/09/2019	19x7h	10/09/2019	23:42:42	11/09/2019	08:29:10
	quarta-feira	11/09/2019	23x7h	11/09/2019	05:17:01	11/09/2019	11:01:32
	segunda-feira	23/09/2019	23x7h	23/09/2019	23:35:42	24/09/2019	12:49:46
Grande Florianópolis	domingo	08/09/2019	8x20h	08/09/2019	13:30:39	09/09/2019	10:00:34
	sexta-feira	04/10/2019	16x20h	04/10/2019	16:49:45	04/10/2019	21:47:24
	domingo	24/11/2019	8x12h	24/11/2019	11:55:23	27/11/2019	14:06:48
Norte Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	07:55:23	02/09/2019	15:19:31
				02/09/2019	09:28:15	02/09/2019	16:47:48
				02/09/2019	09:24:48	02/09/2019	16:47:09
				02/09/2019	07:26:45	02/09/2019	14:52:58
				02/09/2019	09:32:46	04/09/2019	19:15:47
				02/09/2019	10:03:47	02/09/2019	17:25:12
				02/09/2019	07:31:21	02/09/2019	15:05:30
				02/09/2019	07:29:21	02/09/2019	15:06:25
	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	10:08:49	09/10/2019	21:20:45
				09/10/2019	15:13:24	09/10/2019	22:34:24
				09/10/2019	16:57:24	09/10/2019	22:57:38
				09/10/2019	10:12:11	09/10/2019	21:20:30
				09/10/2019	13:08:33	09/10/2019	21:51:50
				09/10/2019	11:11:13	09/10/2019	21:46:49
				09/10/2019	15:25:06	09/10/2019	22:43:56
09/10/2019	08:52:20	09/10/2019	21:01:21				
09/10/2019	15:21:01	09/10/2019	22:42:33				

**Fonte:** Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg (PTE-21). O quadro completo com todas as solicitações tardias encontra-se no Apêndice C.

Ademais, procurou-se evidenciar, conforme quadro acima, que no período em que não houve médico regulador na central ocorreram diversas solicitações de leitos de UTI/SUS provenientes de unidades hospitalares e que a falta de profissional médico naquelas centrais motivou as regulações tardias daqueles leitos de UTI/SUS. Como exemplo cita-se a primeira evidência na CRIH-MR Grande Oeste, onde no período das 19h às 7h entre os dias 15 e 16/11/2019 não houve presença de médico regulador na central, e nesse ínterim, foi solicitado leito de UTI/SUS às 23:22:46h do dia 15/11, sendo autorizado pela central no dia 16/11 às 13:39:17h, portanto com um tempo de regulação de 14:16:31h.

Ressalta-se que segundo estudos realizados pela *University of Chicago* artigos científicos publicados na *National Library of Medicine (National Center for Biotechnology Information - NCBI)*, citados anteriormente, o atraso na transferência de usuários das enfermarias ou salas de emergência de hospitais para as UTIs está associado ao aumento da mortalidade desses usuários. Os estudos concluíram que existe uma associação significativa entre o tempo de internação em leitos de UTI e as taxas de sobrevivência. A admissão antecipada na UTI tem maior probabilidade de produzir resultados positivos nas condições dos usuários.

Portanto, apresenta-se, também, tabela que demonstra o motivo da alta registrada no sistema Sisreg dos 152 usuários dos leitos UTI/SUS que sofreram regulação tardia, levantadas nos meses de setembro, outubro e novembro de 2019:

**Tabela 12 – Motivo da alta dos usuários de leitos de UTI/SUS que sofreram regulação tardia (setembro a novembro/2019)**

Descrição	Motivo da alta do usuário				Total de regulações tardias
	Curado/Melhorado/Com previsão de retorno para acompanhamento	Transferido para outro estabelecimento	Encerramento Administrativo	Óbito	
CRIH-MR Meio Oeste	0	0	0	0	0
CRIH-MR Grande Oeste	2	0	0	0	2
CRIH-MR Norte e Nordeste	62	7	25	16	110
CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí	10	2	0	3	15
CRIH-MR Grande Florianópolis	21	2	0	2	25
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>152</b>
<b>Percentual</b>	<b>63%</b>	<b>7%</b>	<b>16%</b>	<b>14%</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Relatório Exportador de Internações do Sistema Sisreg. As análises completas se encontram no PTE-21.

Do exposto, verifica-se que 95 dos usuários (63%) tiveram alta pelo motivo de estarem curados ou que sua situação foi de melhora ou com previsão de retorno para acompanhamento médico. Foram transferidos para outras unidades hospitalares 11 usuários, enquanto 25 (16%) tiveram encerramento administrativo e permaneceram na unidade hospitalar em que se encontravam, uma vez que essa situação está prevista no Manual Técnico Operacional do SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS (subitem 5.11)<sup>79</sup> em que, a critério do gestor, é possível autorizar a emissão de AIH para usuários que permanecem internados por longos períodos em UTI. Contudo, observou-se que 21 usuários foram a óbito, o que representa 14% das regulações tardias trazidas neste relatório.

Na sequência lista-se todas as 21 solicitações cujos usuários foram a óbito, a saber:

<sup>79</sup> SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2017

**Quadro 06 – Tempo de regulação das solicitações para utilização de leitos de UTI/SUS das CRIH-MR Grande Florianópolis, Foz do Rio Itajaí e Norte Nordeste, cujos usuários foram a óbito**

CRIH-MR	AIH	Data Solicitação	Hora Solicitação	Data Autorização	Hora Regulação	Tempo Regulação	Tipo de Leito
Grande Fpolis	421910220587-9	01/09/2019	12:16:46	02/09/2019	09:48:39	21:31:53	UTI Adulto
Grande Fpolis	421910488881-2	08/11/2019	16:40:17	12/11/2019	14:48:35	94:08:18	UTI Adulto
Foz do Rio Itajaí	421910352429-5	11/09/2019	05:17:01	11/09/2019	11:01:32	05:44:31	UTI Adulto
Foz do Rio Itajaí	421910352783-7	18/09/2019	18:12:55	19/09/2019	16:06:27	21:53:32	UTI Adulto
Foz do Rio Itajaí	421910352978-4	23/09/2019	23:35:42	24/09/2019	12:49:46	13:14:04	UTI Neonatal
Norte e Nordeste	421910445962-5	17/09/2019	13:04:38	19/09/2019	20:02:56	54:58:18	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910445912-0	19/09/2019	14:35:39	19/09/2019	19:49:24	5:13:45	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910449062-3	09/10/2019	15:25:06	09/10/2019	22:43:56	7:18:50	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910449164-6	10/10/2019	05:09:55	10/10/2019	18:41:57	13:32:02	UTI Neonatal
Norte e Nordeste	421910449390-1	11/10/2019	14:32:11	11/10/2019	19:53:22	5:21:11	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910449342-8	11/10/2019	09:17:14	11/10/2019	19:29:03	10:11:49	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910450441-7	18/10/2019	10:51:33	18/10/2019	19:21:25	8:29:52	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910451019-2	22/10/2019	11:00:53	22/10/2019	20:01:01	9:00:08	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910451220-5	23/10/2019	12:37:39	23/10/2019	20:43:56	8:06:17	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910451211-7	23/10/2019	11:48:09	23/10/2019	20:36:22	8:48:13	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910454719-6	14/11/2019	10:23:15	14/11/2019	22:21:59	11:58:44	UTI Neonatal
Norte e Nordeste	421910454671-2	14/11/2019	14:29:14	14/11/2019	21:47:40	7:18:26	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910454672-3	14/11/2019	10:58:13	14/11/2019	21:47:57	10:49:44	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910539439-4	19/11/2019	10:18:29	20/11/2019	11:39:19	25:20:50	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910540616-4	27/11/2019	01:29:57	27/11/2019	13:42:12	12:12:15	UTI Adulto
Norte e Nordeste	421910553090-4	29/11/2019	07:26:38	29/11/2019	23:06:35	15:39:57	UTI Adulto

**Fonte:** Relatório Exportador de Internações do Sistema Sisreg. As análises completas se encontram no PTE-21.

No quadro em questão, observa-se que das 21 solicitações, 3 se referiram a leitos UTI Neonatal e 18 a leitos UTI Adulto. Com relação ao tempo de regulação dos leitos UTI Neonatal observa-se que todos tiveram regulação superior a 11h. Já para os leitos UTI Adulto verificou-se que o menor tempo foi de 05:13:45h (CRIH-MR Nordeste) e o maior tempo foi de 94:08:18 (CRIH-MR Grande Florianópolis).

Apesar de não ser possível afirmar que a regulação tardia acarretou no óbito do usuário, o que se pode afirmar com base nos estudos já citados anteriormente é que a internação tardia pode afetar a condição clínica do usuário, uma vez que os estudos concluíram que para cada hora de atraso na transferência de usuários para leitos de UTI, foi evidenciado um incremento de 7% na taxa de mortalidade dos usuários que deram entrada nas enfermarias de cirurgia médica e salas de emergência dos hospitais pesquisados.

Isto posto, procurou-se demonstrar na sequência o quantitativo de solicitações de leitos de UTI aprovadas, no período de setembro a novembro/2019, relacionado por regulações que foram aprovadas em até 6h, e após 6h a partir de suas respectivas solicitações, relacionando

ainda a motivação de alta dos usuários dos leitos de UTI (melhora/cura; transferência para outra unidade hospitalar; encerramento administrativo e óbito), a saber:

**Tabela 13 – Demonstrativo das regulações de leitos de UTI/SUS aprovadas em até 6h e após esse período, contados de suas respectivas solicitações, como também a motivação da alta dos usuários dos leitos de UTI**

Descrição	Solicitações leitos UTI aprovadas	%	MOTIVO DA ALTA							
			Melhora/Cura	%	Transferência	%	Encerramento Administrativo	%	Óbito	%
Até 6h	2.308	63%	1.335	58%	176	8%	377	16%	420	18%
Acima 6h	1.347	37%	789	59%	93	7%	173	13%	292	22%
<b>Total</b>	<b>3.655</b>	<b>100%</b>	<b>2.124</b>	<b>58%</b>	<b>269</b>	<b>7%</b>	<b>550</b>	<b>15%</b>	<b>712</b>	<b>19%</b>

**Fonte:** SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021 (PTE-29).

Depreende-se das informações constantes na tabela acima, que das 3.655 solicitações de leitos de UTI aprovadas, no período analisado, 2.308 (63%) foram aprovadas pelas centrais de regulação de internações hospitalares em até 6h, enquanto 1.347 (37%) foram aprovadas depois de 6h de suas respectivas solicitações.

De acordo com entrevistas realizadas com servidores da SES e das centrais macrorregionais, a demora na regulação pode acontecer por diversos fatores, tais como o NIR não alimentar o Sisreg nos finais de semana e feriados, uma vez que não há pessoal nesses dias; demora no retorno por parte do NIR quando a central solicita alguma informação; descrição incompleta da situação do usuário no Sisreg por parte da unidade hospitalar, acarretando devolução da solicitação para complementação de informações; confirmação de disponibilidade de leitos via telefone e e-mail, em razão da falta de confiabilidade do mapa de leitos (SES Leitos), dentre outros.

Ao se verificar a motivação da alta dos usuários dos leitos de UTI/SUS das 3.655 solicitações aprovadas, observou-se que 2.124 (58%) ocorreram pela melhora ou cura do usuário; 712 (19%) foram pelo óbito do usuário; 550 (15%) por encerramento administrativo (situação em que a critério do gestor é possível autorizar a emissão de AIH para usuários que permanecem internados por longos períodos em UTI), e 269 (7%) ocorreram pela transferência do usuário para outra unidade hospitalar.

Ao se comparar os percentuais de motivação de alta das duas situações de regulação, quais sejam, aquelas aprovadas em até 6h com as aprovadas após 6h de suas solicitações, verifica-se uma semelhança de resultados nas altas pela melhora/cura, transferência e encerramento administrativo. Contudo ao se analisar os percentuais de óbito, verifica-se que o percentual aumentou quando as regulações foram aprovadas após o período de 6h desde sua solicitação, ou seja, em até 6h de regulação os óbitos corresponderam a 18% do total daquelas solicitações (2.308), enquanto que as regulações que ultrapassaram 6h atingiram 22% para aquele período (1.347), o que acompanha o entendimento já descrito anteriormente de que os usuários que ultrapassam 6h de

espera para serem internados em leitos de UTI apresentam risco de agravamento de suas condições clínicas.

Na sequência demonstra-se as regulações de leitos de UTI/SUS aprovadas após 6h contados de sua solicitação pelas unidades hospitalares, detalhadas por central macrorregional de regulação e, também, classificada pela motivação da alta, a saber:

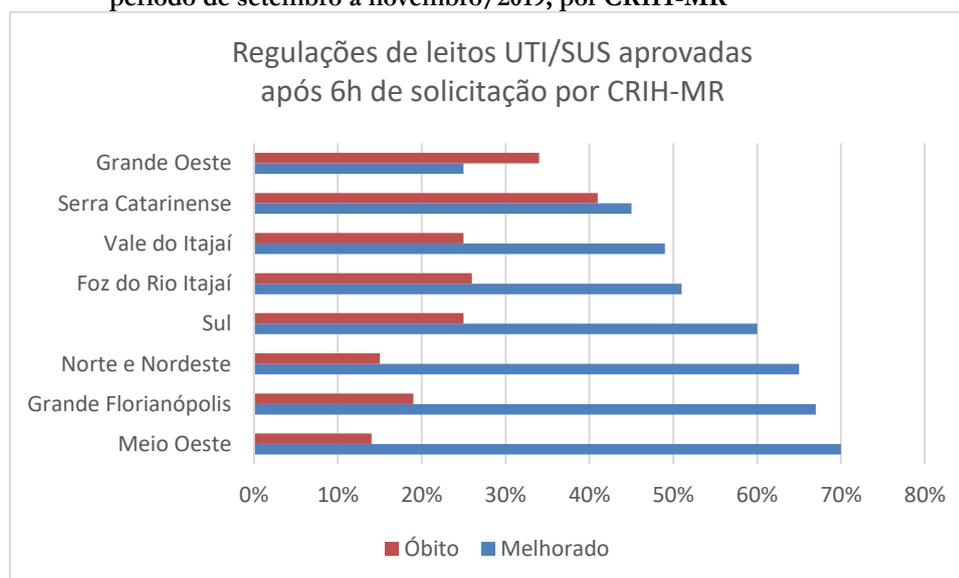
**Tabela 14 – Demonstrativo das regulações de leitos de UTI/SUS aprovadas após 6h de solicitação, por central macrorregional e classificada pela motivação da alta**

CRIH-MR	Melhorado /Curado	%	Transferência	%	Encerramento Administrativo	%	Óbito	%	Total	%
Meio Oeste	151	70%	5	2%	29	13%	30	14%	215	16%
Grande Florianópolis	83	67%	11	9%	6	5%	23	19%	123	9%
Norte e Nordeste	288	65%	24	5%	66	15%	68	15%	446	33%
Sul	107	60%	8	4%	20	11%	44	25%	179	13%
Foz do Rio Itajaí	38	51%	7	9%	10	14%	19	26%	74	5%
Vale do Itajaí	37	49%	5	7%	14	19%	19	25%	75	6%
Serra Catarinense	59	45%	6	5%	12	9%	53	41%	130	10%
Grande Oeste	26	25%	27	26%	16	15%	36	34%	105	8%
<b>Total</b>	<b>789</b>	<b>59%</b>	<b>93</b>	<b>7%</b>	<b>173</b>	<b>13%</b>	<b>292</b>	<b>22%</b>	<b>1.347</b>	<b>100%</b>

Fonte: SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021 (PTE-29).

Do exposto, constata-se que das 1.347 regulações que foram aprovadas após 6h de solicitação, 59% dos usuários que utilizaram aqueles leitos tiveram alta por terem melhorado; 22% foram a óbito; 13% foram por encerramento administrativo e 7% foram transferidos para outras unidades hospitalares.

**Figura 10 – Gráfico contendo a regulação de leitos UTI/SUS aprovadas após 6h de solicitação, no período de setembro a novembro/2019, por CRIH-MR**



Fonte: SES – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg, referente ao período de setembro a novembro/2019. (PTE-29).

Ao se analisar esses dados sob a ótica das centrais macrorregionais, observa-se que a CRIH-MR Meio Oeste foi a que apresentou o melhor percentual de melhora de usuário (70%) com o mais baixo percentual de óbitos (14%). Constata-se também que à medida que o percentual de melhora vai decrescendo por central, vê-se um crescimento no percentual de óbitos, onde temos a situação da CRIH-MR Grande Oeste em que o percentual de melhora foi de 25%, enquanto o percentual de óbito atingiu 34%.

Portanto, das análises efetuadas, pode-se concluir que a regulação de leitos de UTI/SUS, no período analisado, é intempestiva, pois se verificou que das 3.655 regulações de leitos de UTI aprovadas no período de setembro a novembro/2019, 63% ocorreram até 6h de suas solicitações no Sisreg, enquanto 37% tiveram aprovação após o período de 6h. Demonstrou-se também que essa regulação tardia aprovada após as 6h contadas da solicitação resultou num aumento de óbito (22%) quando comparado ao período inferior a 6h (18%).

Demonstrou-se, também, por central macrorregional de regulação, os percentuais da motivação da alta dos usuários cujas regulações foram superiores a 6h, onde se demonstrou que a CRIH-MR do Grande Oeste apresentou 25% de usuários com melhora enquanto o percentual de óbitos atingiu 34% no período analisado. Evidenciou-se ainda regulações que tiveram um período muito longo entre a solicitação e a autorização, denotando falha na alimentação de dados no Sisreg ou da gestão na regulação dos leitos.

Ainda, identificou-se como causas da regulação intempestiva de leitos de UTI/SUS a possível demora na alimentação dos sistemas informatizados na regulação, motivada pela ausência do médico regulador no NIR das unidades hospitalares e Centrais Macrorregionais de Regulação; demora no retorno por parte do NIR quando central solicita alguma informação; descrição incompleta da situação do usuário no Sisreg por parte da unidade hospitalar, acarretando devolução de solicitação para complementação das informações; confirmação de disponibilidade de leitos via telefone e e-mail, em razão da falta de confiabilidade do mapa de leitos (SES Leitos).

Como efeito da intempestividade da regulação de leitos de UTI/SUS podem-se citar disponibilidade tardia de leito de UTI/SUS, causando possível agravamento do quadro clínico do usuário; defasagem ou desatualização de dados necessários para a tomada de decisão (regulação).

Diante das situações encontradas, **sugere-se à SES:**

I) Garantir em 100% a tempestividade da regulação de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II do Anexo XXVI Portaria de Consolidação nº 02/2017.

Com isso espera-se agilidade na liberação e disponibilização de leitos de UTI/SUS aos usuários que necessitam de internações em leitos de UTI, significando uma regulação tempestiva,

o que evitará também um possível agravamento do quadro clínico do usuário e no tocante ao cumprimento da carga horária por parte dos médicos reguladores espera-se evitar desperdício de recursos públicos causando assim danos ao erário.

#### **2.2.2.1 Comentários do gestor**

Sobre o item “I” aduz a SES que “a SUR cumpre a Portaria de Consolidação referida.” (fls. 1682 e 1696).

#### **2.2.2.2 Análise dos comentários do gestor**

Tendo em vista que o gestor se limita a informar que a SES cumpre o disposto na Portaria de Consolidação Portaria de Consolidação nº 02/2017 sem, contudo, comprovar as ações efetivamente implementadas que demonstrem a tempestividade nas regulações de leitos de UTI, diferentemente do encontrado na auditoria, entende-se que a sugestão de recomendação atribuída à SES deve ser mantida na íntegra. As referidas ações serão acompanhadas durante os processos de monitoramento previstos para esta auditoria.

#### **2.2.3 Registro de internação de usuário em leito de UTI/SUS no Sisreg sem a autorização prévia da Central de Regulação competente**

A Deliberação nº 066/CIB/18 que aprova o fluxograma de busca de leito de UTI, traz em seu Anexo 01, item 2.9, que a vaga de leito de UTI/SUS deverá ser utilizada exclusivamente para o paciente cadastrado na central de regulação, não podendo ser repassada/destinada a outro paciente mesmo quando se tratar de paciente da mesma unidade solicitante, sem contato prévio e cadastro na central de regulação. A Deliberação CIB nº 008/2020, art. 1º dispõe que a solicitação e a autorização de internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) deverá ocorrer previamente à ocupação do leito, sendo vedado à Unidade Hospitalar a ocupação de leito de UTI/SUS sem a autorização prévia da Regulação de Internações Hospitalares, em qualquer situação, até mesmo quando se tratar de demanda da própria Unidade ou demanda judicial (§1º), bem como é vedado às Unidades Hospitalares a disponibilização de leito, a transferência inter-hospitalar e a ocupação de leito UTI SUS sem o prévio conhecimento e autorização da Regulação de Internações Hospitalares (§2º).

Dito isto, levando-se em consideração os dados relativos às regulações de leitos de UTI/SUS aprovadas após 6h de solicitação, foi possível verificar que algumas regulações apresentaram um tempo muito elevado para autorização, denotando provavelmente problemas na alimentação de dados no sistema Sisreg por parte do NIR das unidades hospitalares e também pelas

Centrais Macrorregionais de Regulação, como também na gestão da ocupação dos leitos sem a devida autorização prévia da regulação, pois a data de autorização ocorreu no mesmo dia da alta do usuário ou próxima a esta. Na sequência demonstra-se um resumo das situações encontradas. O quadro completo se encontra no Apêndice D deste relatório.

**Quadro 07 – Demonstrativo resumido de possíveis falhas de informações no Sisreg ou gestão da ocupação de leitos de UTI/SUS**

CRIH-MR	AIH	Data Internação	Data solicitação	Data autorização	Autorização - Regulação	Data Alta
Serra catarinense	421910147084-8	15/10/2019	16/10/2019	29/10/2019	318:21:22	01/11/2019
Foz do Rio Itajaí	421910537643-1	31/10/2019	01/11/2019	02/12/2019	745:13:30	02/12/2019
Grande Fpolis	421910498813-1	13/09/2019	13/09/2019	19/12/2019	2319:20:36	20/12/2019
Meio Oeste	421910551055-4	07/11/2019	08/11/2019	12/12/2019	814:02:06	13/12/2019
Norte e Nordeste	421910566190-3	25/11/2019	27/11/2019	22/12/2019	606:32:19	23/12/2019

**Fonte:** SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021 (PTE-29).

Pode-se observar no quadro anterior que nas cinco centrais macrorregionais de regulação a data da autorização ocorreu no mesmo dia da alta do usuário da unidade hospitalar ou muito próximo a esta.

Por fim, procurou-se extrair do relatório Exportador de Internações do Sisreg dados que apresentassem internações de usuários anteriores às solicitações de leitos UTI/SUS.

Disso, verificou-se que do total de 3.655 regulações aprovadas de leitos de UTI/SUS, 2.218 regulações (61%) foram de solicitações de leitos realizadas após a internação dos usuários nos leitos de UTI.

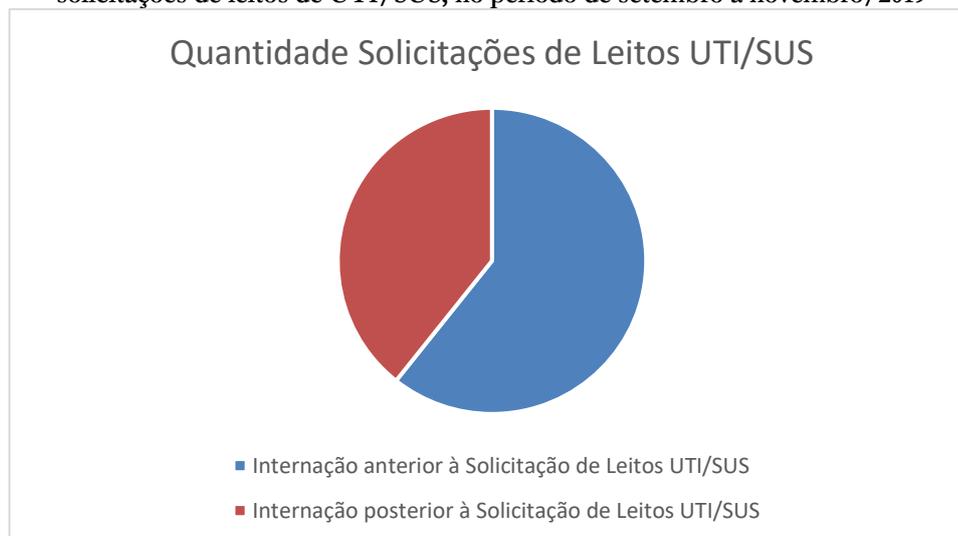
**Tabela 15 – Quantitativo de internações que ocorreram antes e depois das solicitações de Leitos de UTI/SUS**

Descrição	Quantidade Solicitações de Leitos UTI/SUS	%
Internação anterior à Solicitação de Leitos UTI/SUS	2.218	61%
Internação posterior à Solicitação de Leitos UTI/SUS	1.437	39%
<b>Total</b>	<b>3.655</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** SES/SC – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg no período de setembro a novembro/2021 (PTE-29).

A presente situação está demonstrada no gráfico que segue:

**Figura 11 – Gráfico demonstrando o quantitativo de internações que ocorreram antes e depois das solicitações de leitos de UTI/SUS, no período de setembro a novembro/2019**



**Fonte:** SES – Relatório Exportador de Internações do sistema Sisreg, referente ao período de setembro a novembro/2019. (PTE-29).

Isto posto, entende-se que a regulação serve para otimizar o uso dos bens e serviços públicos, no presente caso, o serviço de internação hospitalar em UTI, e a legislação define que deve ser realizada pelo gestor estadual, no caso a SES/SC, de forma a garantir a promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, por meio do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Então, além de contribuir com a otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente.

Destaca-se que a regulação é realizada por profissionais capacitados para orientar sobre o assunto, realizar a classificação e indicar a priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências, se for o caso. Por isso, via de regra, antes de qualquer internação em leitos de UTI/SUS, a regulação deve autorizar a ocupação do leito. E, em caso de exceções, essas devem ser devidamente justificadas e registradas no Sisreg, bem como devem ser acordadas previamente com a Central de Regulação competente.

As Centrais são quem detêm as informações do todo (da região ou do estado), possuem os dados a nível macro de todas as solicitações em andamento, as prioridades das prioridades e os direcionamentos, diferentemente das unidades hospitalares que possuem a visão somente da sua unidade.

Portanto, o registro de internação de usuário em leito de UTI/SUS no Sisreg, ou mesmo a ocupação de leito dentro de unidades hospitalares, sem a devida autorização prévia da Central de Regulação competente, não podem ocorrer. A ocorrência desse fato inviabiliza e desestabiliza todo o processo de regulação, sem deixar de mencionar que a situação pode caracterizar burla ao processo regulatório para beneficiar indevidamente terceiros.

O registro da internação no Sisreg e/ou a ocupação do leito de UTI sem a prévia autorização da Central de Regulação competente, distorce completamente os dados e as informações constantes do mapa de leitos de UTI/SUS – disponibilidade, reservar e ocupação – em Santa Catarina, interferindo diretamente na tomada de decisão do médico regulador que, com base nos dados e informações que possui, pode, por exemplo, autorizar a transferência inter-hospitalar de um usuário para unidades mais distantes, que exigem maior tempo de deslocamento, conseqüentemente, maior risco de morte, e maiores custos, ao invés de autorizar a ocupação do leito por um usuário que se encontra na própria unidade hospitalar em que há vaga de leito.

Diante das situações encontradas, **sugere-se à SES:**

I) Garantir a regulação em 100% de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II do Anexo XXVI Portaria de Consolidação nº 02/2017;

II) Garantir a autorização de internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) pela Central de Regulação competente antes do registro da internação no Sisreg e/ou a ocupação do leito na unidade hospitalar, em conformidade com a Deliberação nº 066/CIB/18, Anexo 1 e Deliberação CIB nº 008/2020), art. 1º; e

III) Controlar a regulação, com a devida atuação de processo administrativo de responsabilização, no sentido de coibir o registro no Sisreg e/ou a internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) sem a prévia autorização da Central de Regulação competente, em consonância ao previsto no art. 1º da Deliberação CIB nº 008/2020.

Com isso espera-se que a regulação trabalhe em sua plenitude e que se evite burla ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS.

### **2.2.3.1 Comentários do gestor**

Sobre o item “I” aduz a SES que “a SUR cumpre a Portaria de Consolidação referida.” (fls. 1682 e 1696).

Com relação ao item “II” alegam os gestores que “as transferências inter-hospitalares para leito de UTI são reguladas pela Central de Regulação de Internações Hospitalares que deve ocorrer previamente à ocupação.” (fls. 1683 e 1696).

Quanto ao item “III” expõe a SES que “nos casos de transferência inter-hospitalar para leito de UTI, sem prévia autorização da CRIHMR, a solicitação será encaminhada para análise da auditoria, e a unidade pode ter a Solicitação de Autorização de Internações Hospitalar (AIH) “negada” pela bancada da urgência e abertura de processo administrativo pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação.” (fls. 1697).

#### **2.2.3.2 Análise dos comentários do gestor**

A SES informa apenas o cumprimento do disposto na Portaria de Consolidação nº 02/2017 (item “I), bem com afirma a realização de regulação previamente às transferências inter hospitalares (item “II”) e que, se referida transferência for realizada sem autorização prévia, a solicitação será encaminhada para auditoria (item “III”). Contudo, para os itens “II” e “III” apresentou manifestação somente quanto às transferências e não comprova as ações efetivamente implementadas, após as situações encontradas na auditoria, e nem se opõe as sugestões apresentadas, entendendo-se, assim, que as ações atribuídas à SES neste item devem ser mantidas na íntegra. As referidas ações serão acompanhadas durante os processos de monitoramento previstos para esta auditoria.

### **2.3 ACHADO RELATIVO À TERCEIRA QUESTÃO DE AUDITORIA**

Os sistemas informatizados para regular os leitos de UTI/SUS de Santa Catarina estão adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários SUS?

Para responder a esta questão de auditoria verificou-se conhecer e analisar, por meio de documentos, entrevistas e pesquisa na internet, se os sistemas informatizados para regulação de leitos de UTI/SUS (Sisreg e SES Leitos) estavam adequados para as necessidades demandadas pela regulação, apresentavam mapa que possibilitasse uma visualização confiável, rápida e tempestiva da disponibilidade de leitos em todo o estado e se havia interoperabilidade entre estes sistemas.

Procurou-se também verificar se a alimentação das informações nos sistemas era realizada em tempo real, ou seja, no exato momento em que o leito era ocupado ou desocupado, bem como se as informações clínicas (prontuário eletrônico) dos usuários do SUS estavam disponíveis de forma minuciosa no sistema para subsidiar a análise e decisão do médico regulador. Além disso buscou-se também verificar se os sistemas informatizados registravam todos os passos e contatos do médico regulador com as unidades solicitantes e de destino.

Em decorrência desse processo de análise verificou-se que os sistemas Sisreg e SES Leitos, pelo período analisado, não atendiam às necessidades de regulação de leitos de UTI de Santa Catarina.

O achado de auditoria e as proposições de melhoria estão relatados a seguir.

### **2.3.1 Os sistemas Sisreg e SES Leitos não atendem às necessidades de regulação de leitos de UTI de Santa Catarina**

O Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, dispõe, em seu artigo 4º, que uma das ações da dimensão da Regulação da Atenção à Saúde é contemplar sistemas de informação para cadastro, produção e regulação de acesso aos leitos:

Art. 4º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

[...]

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Ainda, conforme referida Portaria, no que se refere à dimensão da Regulação do Acesso à Assistência, esta deve contemplar ações de regulação hospitalar às urgências e controle dos leitos disponíveis, dentre outras:

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

[...]

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

Já o Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de SC, instituído pela Deliberação CIB nº 040/2013, assim conceitua a Central de Regulação:

5.2 A Central de Regulação é uma unidade operacional que deverá dispor em tempo real de informações sobre a oferta de serviços assistenciais e desempenhar o papel de receber e direcionar a demanda destes serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também identificar os déficits e as falhas do sistema.

Conforme as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores<sup>80</sup>, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, alguns requisitos são essenciais para a implantação de sistemas de informação para regulação do acesso. Dentre outros, destaca-se o de que a gestão local deve

---

<sup>80</sup> Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. 2006. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Tiragem: 1ª edição – 2006 – 15.000 exemplares.

definir a estratégia de implementação de informação e informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar este fluxo.

Segundo referida publicação ministerial, para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, o sistema informatizado deverá, minimamente, ter as seguintes funcionalidades, dentre outras:

- A) Configurar o controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado;
- B) Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade;
- C) Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e seu controle financeiro;
- D) Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
- E) Gerar relatórios operacionais e gerenciais.

E, para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações o sistema deverá:

- F) Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
- G) Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;
- H) Controlar o fluxo dos usuários nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento);
- I) Acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas;
- J) Visualizar a ocorrência de cancelamentos de internações e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;
- K) Subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência.

Segundo o Manual de Utilização do Sisreg<sup>81</sup> e o Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS<sup>82</sup> do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass, o sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios para gerenciamento e operação dos complexos reguladores é o Sistema de Regulação - Sisreg, que foi desenvolvido no período de 1999 a 2002 pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). É um sistema web, on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, através de módulos que permitem desde inserção de oferta até a solicitação,

---

<sup>81</sup> Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/regulacao-1/regulacao-manuais/12878-manual-sisreg-administrador-ambulatorial-28-06/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>82</sup> Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos na média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde, otimização na utilização dos recursos assistenciais e visando a humanização no atendimento. É distribuído de forma gratuita, sendo sua utilização não compulsória.

É bom lembrar que o Sisreg representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores, tendo sido desenvolvido na esteira do processo de regionalização e hierarquização da Atenção à Saúde, estabelecido pela NOAS nº 01/2002, e foi concebido inicialmente com foco nas Centrais de Regulação. Este foi o primeiro dos grandes sistemas nacionais construídos sob os novos padrões de linguagem e infraestrutura de comunicação, estabelecido como padrão para os sistemas do Datasus<sup>83</sup>.

Assim, segundo o Ministério da Saúde, em sua publicação “Diretrizes para Implantação dos Complexos Reguladores”<sup>84</sup>, em torno da implantação do Sisreg, inevitavelmente iniciou-se um processo amplo de reestruturação e organização do acesso aos serviços de saúde, envolvendo definição de normas, procedimentos e processos de trabalho relacionados à gestão e à assistência, pois há uma transferência do *locus* de controle sobre os recursos assistenciais.

O acesso aos leitos e às consultas não depende mais da gerência interna de cada estabelecimento de saúde, pois deve ficar sob controle da central de regulação. Dessa forma, o acesso a estes recursos fica garantido em critérios impessoais, de acordo com as condições clínicas dos usuários, fluxos estabelecidos e protocolos de regulação.

O ponto de partida para implantação do Sisreg em SC<sup>85</sup>, deu-se com a instituição do Complexo Regulador no estado, que é a estrutura que operacionaliza as ações da Regulação do Acesso, composto pelas Centrais de Regulação de Consultas e Exames, Internações Hospitalares e de Urgências.

A Portaria GM/MS nº 2.907, de 23/11/2009, estabeleceu critérios de financiamento para a implantação e/ou implementação e informatização das unidades de saúde integrantes dos complexos reguladores, sendo que a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação nº 232, de 10/12/2009, o “Projeto Estadual de Implantação ou Implementação dos Complexos Reguladores e Informatização das Unidades Básicas no âmbito do SUS em Santa Catarina”, que garantiu junto ao Ministério da Saúde (MS) o recurso financeiro para aquisição de equipamentos de informática e mobiliários destinados às unidades envolvidas no

---

<sup>83</sup> Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria\\_datasus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>84</sup> Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores – Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_volume6.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>85</sup> Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas de Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina (publicado pelo Governo do Estado em fevereiro de 2013): <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2013/6643-anexo-deliberacao-40/file>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

processo de construção dos Complexos Reguladores no Estado, bem como capacitação de seus usuários em diferentes modalidades de atuação.

No intuito de fortalecer a Regulação de Acesso e fomentar a operacionalização dos Complexos Reguladores, permitindo a implantação das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, instituiu incentivo financeiro para custeio das Centrais de Regulação.

A partir da pandemia da H1N1, no ano de 2009, a SES precisava organizar-se para realizar a regulação de leitos<sup>86</sup>, pois não havia até então um sistema definido para regulação de leitos de UTI, sendo que o próprio médico assistente é quem fazia as ligações para os hospitais com o intuito de encaminhar usuários. Assim, em 2009, foi criada a Central de Leitos, passando então o médico assistente a direcionar suas ligações telefônicas diretamente para a Central, onde um médico regulador e um videofonista faziam a busca de leitos de UTI em âmbito estadual e repassavam as possíveis vagas. Essa busca de leitos era realizada três vezes ao dia, às 9h, 16h e 20h.

Este mecanismo perdurou até 2015, quando se iniciou o processo de descentralização da regulação, sendo instituídas as Centrais Regionais de Regulação em cada Macrorregião de Saúde, com base na Deliberação CIB nº 040/2013. O sistema adotado pela SES para atingir os objetivos da Regulação de Acesso e garantir as ações das Centrais de Regulação foi o Sisreg, tendo sido escolhido por ser o sistema oficial do Ministério da Saúde.

Ressalta-se que o item 5.6 do Anexo da Deliberação CIB nº 040/2013, define que “qualquer outro sistema informatizado de regulação necessita atender às necessidades de interoperabilidade com o Sisreg, sujeito a avaliação e aprovação em conjunto pelo DRAC/SAS/MS<sup>87</sup> e pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus/SGEP/MS<sup>88</sup>)”.

Contudo, as experiências a partir da utilização do Sisreg e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação apontaram para a necessidade de melhorias no sistema original. E, por ser um sistema desenvolvido e distribuído pelo Ministério da Saúde, há dificuldades para solução das demandas quanto à resolução de problemas, adaptações do sistema às necessidades locais, dentre outras.

Nas entrevistas realizadas com os médicos reguladores de Santa Catarina, foram apontadas algumas falhas na utilização do Sisreg, o que o torna um sistema com grandes limitações para execução das atividades de regulação. Segundo relatado, uma falha constante é a instabilidade

---

<sup>86</sup> Entrevista (PTL 01) realizada, em 27/07/2020, com Ramon Tártari, Superintendente de Serviços Especializados e Regulação.

<sup>87</sup> DRAC/SAS/MS - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) / Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) / Ministério da Saúde (MS).

<sup>88</sup> Datusus/SGEP/MS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) / Ministério da Saúde (MS).

do sistema, provocada por longos períodos de inoperabilidade, por problemas técnicos, o que prejudica a consulta e alimentação de informações. Além disso, a partir das 16h, em função do processamento de dados em bloco, algumas funcionalidades ficam inativas ou apresentam excessiva lentidão como, neste caso, a emissão de relatórios, por exemplo.

Outra falha encontrada, quando da análise do relatório em planilha eletrônica (Microsoft Excel) denominado “Exportador de Internações”, extraída do Sisreg, é que vários registros são cadastrados para um mesmo usuário, com números de solicitação distintos. Os registros relativos às datas de solicitação, datas de autorização, datas de alta e datas de internação, por exemplo, são desconstruídos e fogem a uma sequência lógica. Como exemplo cita-se os registros do usuário A.M. (Quadro 08), que no período pesquisado, de setembro a novembro de 2019, teve 5 solicitações registradas, conforme segue:

**Quadro 08 –Usuário A.M. – Registros do Sisreg**

Nº da Solicitação	Data da Solicitação	Data da Autorização	Data da Alta	Data da Internação	Nome da clínica
305624772	09/09/2019	13/09/2019	14/10/2019	09/09/2019	Clínica geral
310764721	11/10/2019	11/10/2019	14/10/2019	25/09/2019	Cirurgia geral
310879469	14/10/2019	14/10/2019	15/10/2019	09/09/2019	UTI Adulto Tipo II
316673447	24/11/2019				Cardiologia
316675406	24/11/2019	24/11/2019	24/11/2019	25/09/2019	Cirurgia geral

**Fonte:** planilha “Exportador de Internações” (extraída do Sisreg. Ref. ao período de setembro a novembro de 2019).

No quadro acima destaca-se, por exemplo, com relação à solicitação nº 316675406, que a data da internação para cirurgia geral foi registrada em 25/09/2019, com solicitação dois meses após, ou seja, em 24/11/2019 e alta no mesmo dia. Já na solicitação de nº 310879469, houve internação na UTI em 09/09/2019, com solicitação registrada mais de um mês depois, ou seja, em 14/10/2019. Nesse caso a solicitação e a autorização para utilização de leito de UTI deveriam ser efetuadas anteriormente à data da internação e não 35 dias depois de o usuário ter sido internado.

Esse exemplo foi apenas um, das muitas situações analisadas nos registros do Sisreg que apresentaram as mesmas falhas, demonstrando falta de coordenação por parte da SES no sentido de melhor orientar e cobrar dos executores um maior cuidado e atenção quanto ao registro fidedigno e tempestivo dos dados nos sistemas informatizados.

A desorganização com relação ao registro de informações no Sisreg não permite que a atividade de regulação seja efetuada de forma eficiente, impedindo a realização de cálculos de tempos médios de ocupação de leitos, por tipo de leito, internações e alta, por exemplo. A produção de indicadores de desempenho fica totalmente comprometida, deixando de entregar à gestão uma ferramenta importante para a tomada de decisão.

Apesar de o Sisreg ser o sistema oficial de regulação distribuído pelo MS, as dificuldades encontradas naquele sistema para verificar a disponibilidade de leitos levaram a SES a elaborar um mecanismo alternativo para compilação dos dados e auxiliar a regulação, passando a utilizar o Extrato de Demanda e Oferta de Leitos, que era composto de três boletins diários, tornando-se o instrumento que orientava a Central de Regulação na distribuição e controle dos leitos de UTI nas oito Macrorregiões do estado. Assim, a Central de Regulação apurava o quantitativo de vagas ou necessidades de leitos de UTI em cada região, compilava os dados do estado como um todo, fazia o cruzamento das informações e informava as oito Centrais Regionais sobre as possibilidades de vagas de UTI na rede hospitalar.

Contudo, este mecanismo de compilação de dados ainda não atendia as necessidades de informações, pois não possibilitava uma visualização confiável, rápida e tempestiva da disponibilidade de leitos em todo o estado. Aliás, a alimentação de dados em apenas três períodos durante o dia não permitia a visualização de leitos disponíveis em tempo real, o que gerou falta de confiança na prática adotada.

Perguntada sobre a emissão de relatórios gerenciais pelo Sisreg, a Coordenadoria da CERIH (PTE 30, em 09/09/2021) informou que estes não são emitidos pelo Sisreg e que qualquer levantamento de informações ou indicadores no sistema teria que ser realizado manualmente e por demanda. Além disso, o Sisreg possui apenas o registro dos leitos habilitados pelo MS e, conseqüentemente, registrados na base de dados do CNES, não permitindo a visualização dos leitos não habilitados, o que impede assim a regulação da totalidade de leitos de UTI/SUS à disposição da SES.

Assim, com o advento da pandemia da Covid-19 em 2020 e com as dificuldades de o mecanismo utilizado até então informar em tempo real um mapa de leitos geral, a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu o Sistema de Gestão de Leitos - SES Leitos, cujo objetivo é o monitoramento da ocupação de leitos em todo o estado.

Segundo a própria SES<sup>89</sup>, o formato permite acompanhar a ocupação específica de cada hospital, município ou região, conseguindo-se distinguir os tipos de leitos (adulto, pediátrico ou neonatal), além da possibilidade de se verificar dados específicos das vagas destinadas ao tratamento de Covid-19.

Embora o SES Leitos e o Sisreg permitam acompanhar a ocupação de leitos de cada unidade hospitalar, durante o período de auditoria, verificou-se que referidos sistemas não atendem integralmente às necessidades de regulação de leitos de UTI, pois, como detectado no mecanismo

---

<sup>89</sup> Notícia de 29/07/2020, publicada na página da SES em: <<https://saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/11505-sistema-ses-leitos-traz-ocupacao-em-utis-por-unidades-em-tempo-real>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

de regulação anteriormente citado, não possibilitam uma visualização confiável e rápida do mapa de leitos, não estando estas informações disponibilizadas em tempo real. O ponto frágil do sistema reside na alimentação das informações em tempo real, no momento em que o leito é ocupado ou desocupado, o que não ocorre em muitos casos.

Constatou-se que os médicos reguladores das Centrais Macrorregionais ainda necessitam telefonar para os hospitais de sua abrangência solicitando a confirmação da quantidade de leitos disponíveis e ocupados, pois os sistemas podem informar que determinada vaga está disponível, mas na realidade não está, tendo em vista que a informação de sua ocupação não é alterada no sistema pelo responsável de forma concomitante. Esta prática denota uma flagrante ausência de confiabilidade na informação disponível nos sistemas informatizados. Um agravante desta situação é que os sistemas não se conversam, ou seja, não há interoperabilidade, e a prática de “copiar e colar” informações de um sistema para outro é comum, o que aumenta o tempo burocrático para regulação de leitos.

Apurou-se ainda que o Sisreg, apesar de ser um sistema de regulação, controle e avaliação, ainda é precário e não funciona bem para a regulação de leitos de UTI, justamente pela dificuldade de visualização da disponibilidade de leitos e pela defasagem da informação. Ainda, segundo levantado nas entrevistas com médicos reguladores, o sistema é instável, pois permanece grandes períodos fora do ar, prejudicando a regulação tempestiva.

Importante salientar que, apesar de todas as suas limitações, é por meio do Sisreg que a SES ainda efetua a gestão dos leitos SUS no Estado. E aqui se faz um parêntese sobre a não compulsoriedade para utilização do Sisreg pela SES, tendo em vista que o MS não obriga ou vincula sua utilização. Assim, qualquer outro sistema informatizado mais eficiente pode ser utilizado.

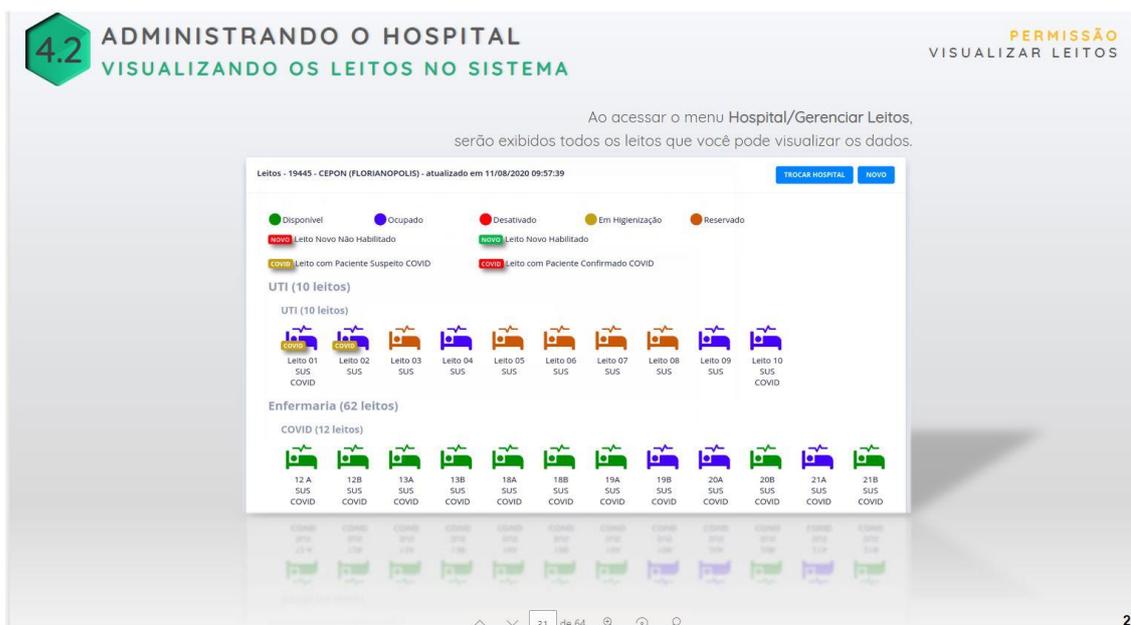
Conforme entrevista (PTL 03) com Médico Regulador da CERIH este declarou que o tempo burocrático na regulação pode melhorar através da unificação dos sistemas. As limitações do SES Leitos e do Sisreg são o ponto de partida para a criação de mecanismos alternativos, não tão eficientes, para comunicação entre os atores da regulação e para a busca de informações para a tomada de decisão, como o uso do telefone, e-mail e planilhas consolidadas, por exemplo, para a verificação e confirmação do estado dos leitos, livres ou ocupados. Este tempo adicionado pelos mecanismos alternativos, segundo o médico regulador, pode somar de duas a até três horas, o que considera um período de espera muito longo para um usuário que se encontra em estado crítico.

Em resposta ao item 21 da Requisição DAE nº 001/2020, a SES encaminhou o Manual do Sistema de Gestão de Leitos - SES Leitos (fls. 662/725), que orienta o usuário na operação do SES Leitos. Na Figura 12 denota-se que a visualização de leitos é efetuada apenas por hospital, no

exemplo, o CEPON, não permitindo um panorama geral da disponibilidade por região ou em todo o Estado.

O Médico Regulador, com base nessa visualização gerada pelo sistema, precisa fazer a pesquisa hospital por hospital em todo o Estado, na busca por um leito disponível, o que não é prático e é mais um fato que aumenta o tempo da regulação.

Figura 12 – Visualização de leitos no sistema SES Leitos (CEPON)



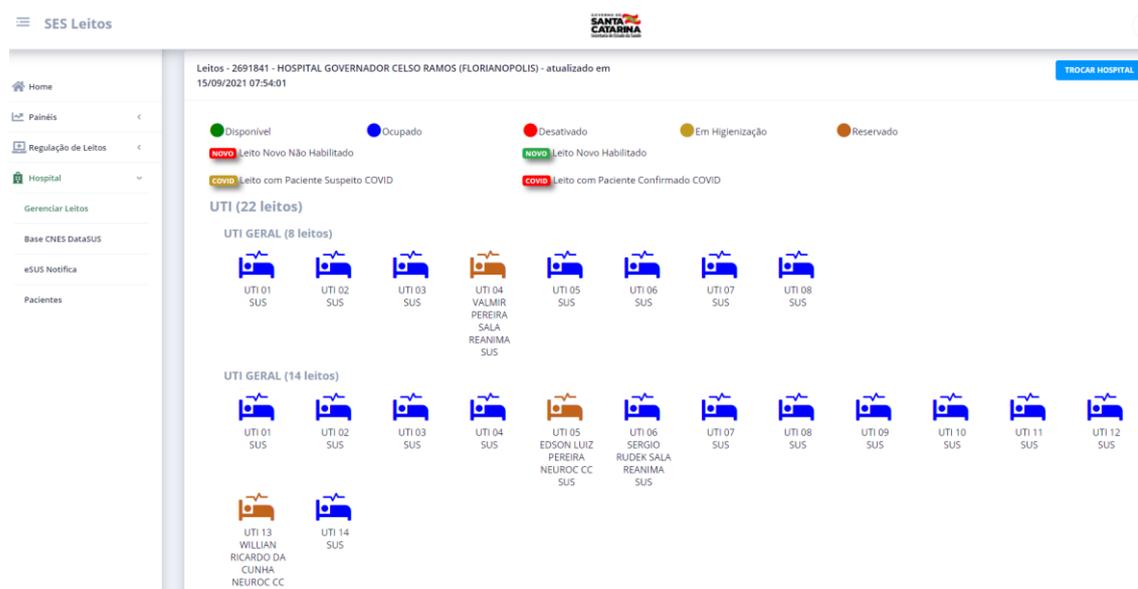
Fonte: Sistema de Gestão de Leitos – Versão 1.1.0 – Manual do Usuário (SES/SC - 07/04/2020).

Além de a pesquisa ser apenas por hospital, não permitindo uma consulta geral por macrorregião ou em todo o estado, foi constatado um grande atraso na atualização do status dos leitos de UTI no SES Leitos.

Na imagem copiada de pesquisa realizada no SES Leitos pela equipe de auditoria, em 15/09/2021, às 16h40, verifica-se que a última atualização do status dos leitos do Hospital Governador Celso Ramos (CNES 2691841), em Florianópolis, foi realizada às 07h54 (canto superior esquerdo da Figura 13), ou seja, uma diferença de quase 9 horas até o momento da consulta no sistema.

Ressalta-se que este é um hospital de grande porte e que, somente relativos a leitos de UTI, segundo dados do CNES de 23/09/2021, o hospital possui 28 leitos, sendo 14 destinados a UTI Adulto Tipo II e 14 para Covid-19, de um total de 208 leitos existentes.

Figura 13 – Visualização de leitos no sistema SES Leitos (Hospital Governador Celso Ramos)



Fonte: extraído do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos (pesquisa efetuada em 15/09/2021, às 16h40).

Para efeitos de regulação de leitos de UTI, que busca disponibilidade de leitos especialmente para casos de urgências, a demora na atualização do status dos leitos pode trazer sequelas severas para o usuário ou até mesmo levá-lo a óbito.

Segundo entrevista realizada em 09/09/2021 (PTE 30), com a Coordenadoria da CERIH e médico regulador, para diminuir o atraso nos registros de informações nos sistemas, sugeriu-se que os NIR das unidades hospitalares, ou setor com as mesmas atribuições, deveriam atuar 24h, a exemplo da CERIH, possibilitando o registro de leitos no sistema no exato momento de sua ocupação ou desocupação e a realização da regulação em tempo real.

Já no relatório disponível para a regulação do SES Leitos, conforme Figura 14, ocorre do mesmo modo, a pesquisa pode ser efetuada por hospital ou por município, restringindo também a busca a um espaço geográfico limitado.

Figura 14 – Visualização de leitos no sistema SES Leitos (tabela)

**6.2 INDICADORES E RELATÓRIOS**  
**RELATÓRIOS DA REGULAÇÃO**

PERMISSÃO MONITORAR LEITOS

No menu Regulação de Leitos/Status dos Leitos você poderá verificar o quantitativo de leitos agrupados por hospital ou município.

Filtro

Agrupamento: Município  
Município: FLORIANÓPOLIS  
[PESQUISAR]

Status dos Leitos

CNES	Hospital	UTI					Enfermaria					
		Disp.	Ocup.	Dispon.	Hig.	Res.	Disp.	Ocup.	Dispon.	Hig.	Res.	
19445	CEPON - FLORIANÓPOLIS	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6680305	HOSPITAL BAIA SUL - FLORIANÓPOLIS	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19402	HOSPITAL DE CARIDADE - FLORIANÓPOLIS	24	16	0	0	0	56	49	7	0	73	0
3426572	HOSPITAL E MATERNIDADE DR CARLOS CORREA - FLORIANÓPOLIS	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0
19305	HOSPITAL FLORIANÓPOLIS - FLORIANÓPOLIS	25	5	0	0	0	18	5	0	0	0	0
2691841	HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - FLORIANÓPOLIS	3	11	7	0	0	24	1	0	0	0	0

Caso queira acessar os leitos do hospital basta clicar no botão de visualizar.

Este relatório também poderá ser exportado no formato CSV.

58 de 64

53

Fonte: Sistema de Gestão de Leitos – Versão 1.1.0 – Manual do Usuário (SES/SC - 07/04/2020).

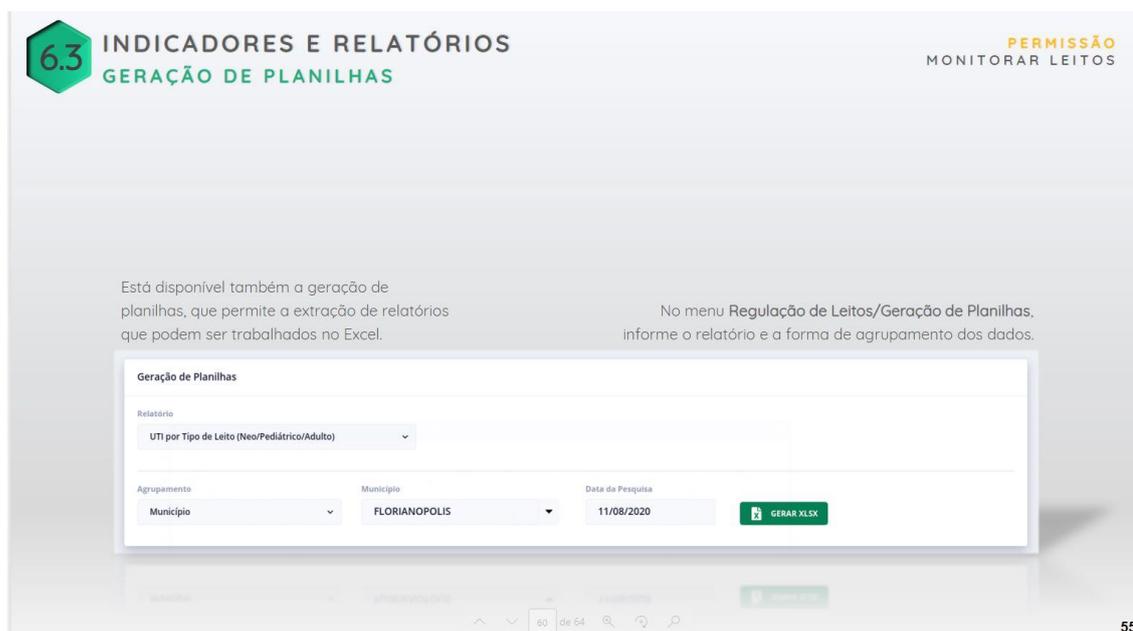
O sistema permite também a geração de planilhas do tipo “XLSX” (ver Figura 15), sendo que a disponibilidade de leitos está classificada nas abas das planilhas em leito de UTI neonatal, leito de UTI pediátrico e leito de UTI adulto.

Porém, em conversa telefônica com o Médico Regulador da CERIH<sup>90</sup>, apurou-se que as informações disponibilizadas nas planilhas precisam ser confirmadas em outro relatório do próprio sistema, por telefone, e-mail ou através das antigas planilhas ainda encaminhadas pelas unidades hospitalares.

Esta situação decorre, em alguns casos, de determinados hospitais não possuírem pessoal destacado para a alimentação do sistema durante 24hs, bem como não haver responsabilização do funcionário no exercício desta função. Ou seja, as informações ali disponibilizadas ainda carecem de confiabilidade e não estão disponibilizadas em tempo real.

<sup>90</sup> Contato efetuado em 20/01/2021.

Figura 15 – Visualização de leitos no sistema SES Leitos (geração de planilha SLSX)



Fonte: Sistema de Gestão de Leitos – Versão 1.1.0 – Manual do Usuário (SES/SC - 07/04/2020).

Assim, dentre os aspectos verificados pela auditoria, salienta-se que (PTL.12.1) o Sisreg é utilizado, durante a regulação, basicamente como prontuário eletrônico para os médicos reguladores, de onde estes profissionais verificam a condição clínica de cada usuário.

Detectou-se que há dificuldade de visualização dos leitos nos hospitais por meio deste sistema, não sendo possível a verificação em tempo real de qual hospital possui leito vago no momento da consulta. A dificuldade de visualização de leitos no Sisreg reside no fato de possibilitar a consulta apenas por unidade, ou seja, enfermaria por enfermaria, hospital por hospital, não disponibilizando uma visualização ampla e geral da disponibilidade de leitos na Macrorregião ou no estado.

Quanto às informações clínicas dos usuários registradas no Sisreg, verificou-se, por meio do relatório “Exportador de Internações”, e por meio de entrevistas com os médicos reguladores, que as informações ali descritas muitas vezes precisam ser confirmadas com o médico assistente na unidade solicitante (via e-mail), tendo em vista a má qualidade da descrição do estado clínico do usuário no momento do registro no Sisreg pela US.

Além de registrar as informações clínicas no prontuário eletrônico (sistema Micromed ou outro sistema utilizado pela unidade hospitalar), a unidade solicitante necessita também informar o estado clínico do usuário no Sisreg e, usualmente, além de demandar mais tempo em função do retrabalho, não o faz de forma tão minuciosa como no prontuário.

Uma queixa recorrente dos médicos reguladores nas entrevistas é que eles não possuem acesso ao prontuário eletrônico dos usuários, o que agilizaria em muito a regulação, tendo em vista

que, neste caso, seria desnecessário confirmar informações junto à unidade solicitante. Neste sentido é que nos foi sugerido que um sistema de regulação eficaz deveria “conversar” com o sistema Micromed ou outro sistema de prontuário eletrônico, reduzindo o retrabalho e o tempo de regulação. Aqui destaca-se a necessidade de interação desse sistema com outros, conforme dispõe as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores<sup>91</sup>, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2006, sendo esta funcionalidade requisito essencial do sistema que realiza a regulação de acesso.

Além de a disponibilidade de leitos precisar ser confirmada junto às centrais macrorregionais de regulação, ou junto às unidades de destino, tendo em vista que a informação de sua ocupação não é alterada no sistema pelo responsável local de forma concomitante, o sistema pode informar que não há vagas de leitos de UTI naquela unidade hospitalar ou região, mas na verdade ela existe, como em casos em que o usuário recebeu alta e o responsável não alimentou o sistema, o que pode ser danoso ao usuário. Em unidades em que o NIR não atua 24 horas, esta situação pode acontecer, sendo necessário definir um responsável pela informação em tempo real. Contudo, esta situação está sendo tratada de forma mais minuciosa no item 2.2 deste relatório.

Outro ponto frágil do sistema, segundo o entrevistado, é que não há registro oficial do contato com o médico regulador das centrais com o médico assistente na unidade hospitalar, pois quase todas as decisões são embasadas em e-mails e ligações telefônicas. A integração de todos os sistemas e o registro informatizado de todos os passos necessários à regulação seria um grande avanço na transparência, na diminuição deste tempo burocrático e no registro das informações, permitindo a rastreabilidade de todos os passos da regulação via sistema.

Constatou-se também que não há definição oficial dos responsáveis pela alimentação dos sistemas, o que dificulta o controle e a gestão. A alimentação automática, integrada aos prontuários eletrônicos de cada unidade hospitalar, é uma solução para disponibilização da informação em tempo real. Contudo, há necessidade de definição dos responsáveis pela inserção dos dados no sistema concomitante ao fluxo do atendimento e do fluxo do usuário.

Além disto, conforme apurado na entrevista com a Coordenadoria da CERIH e o médico regulador, verificou-se que o sistema atual não bloqueia o login para efetuar uma reserva de leito. As reservas de leito devem ser prerrogativa da CERIH e das CRIH/MR, e não devem ser efetuadas localmente. A unidade hospitalar, em respeito ao fluxo da regulação, deve solicitar a reserva do leito à CRIH/MR que, por sua vez, o faz à CERIH, caso não encontre vaga em sua região, sendo responsabilidade das centrais efetuar o bloqueio ou o desbloqueio do leito no sistema.

---

<sup>91</sup> Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. 2006. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Tiragem: 1ª edição – 2006 – 15.000 exemplares.

Na busca de conhecimento da utilização de sistemas de regulação de acesso utilizados em outras unidades da federação, apurou-se, em entrevista com a Secretaria de Saúde do Paraná<sup>92</sup>, que aquele estado não se utiliza do Sisreg para as atividades que envolvam fluxo de informações, como no caso da regulação, tendo em vista as limitações desse sistema, sendo este utilizado apenas para as atividades orçamentárias e financeiras.

O sistema adotado para regulação no Estado do Paraná chama-se CARE - Central de Acesso à Regulação do Paraná, e integra diversos módulos que envolvem a regulação ambulatorial de consultas e exames especializados, a regulação de internações hospitalares, a central de leitos, as autorizações de procedimentos de alta complexidade e a regulação do faturamento (AIH e APAC) para o pagamento aos prestadores de serviço da área da saúde, bem como o Samu. Este sistema utiliza-se de tecnologia produzida pelo próprio Governo do Estado. Segundo opinião da entrevistada a integração desses módulos em um único sistema permite o intercâmbio de informações, facilita o controle e permite uma gestão muito mais eficiente.

Já no Estado do Rio Grande do Sul (RS), em conversa com a Coordenadora da Central de Regulação Hospitalar estadual, em 23/09/2021, via telefone, apurou-se que o sistema utilizado pela regulação daquele estado é o Sistema de Gerenciamento de Internações (Gerint), um sistema de tecnologia própria desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre (Procempa) e, por meio de convênio assinado entre a Procempa e a SES daquele estado, a ferramenta passou ser utilizada também em nível estadual, permitindo à SES uma qualificação na busca por vagas a partir de um mapa de ocupação dos leitos em tempo real. Cabe salientar que o Gerint oferece um serviço de informatização que viabiliza o compartilhamento de informações do prontuário e outros dados importantes<sup>93</sup>.

Importante destacar, em ambos os casos, que a equipe de auditoria não verificou se a opção pelos sistemas próprios naqueles estados trouxe benefícios significativos ao sistema de regulação, tendo em vista as restrições causadas pela pandemia do Coronavírus. O intuito aqui é apenas informativo, já que outros estados estão buscando soluções e alternativas para os seus sistemas de regulação.

Isto posto, cabe aqui salientar um fato importante. Sabedora das limitações práticas do SES Leitos e do Sisreg e das dificuldades para alimentação do sistema com informações em tempo real, com veracidade e temporalidade, a Secretaria Estadual de Saúde de SC, por conta do enfrentamento à pandemia da Covid-19, editou a Portaria SES nº 273, de 24/04/2020, cuja vigência

---

<sup>92</sup> PTL 11, entrevista com o Diretor de Gestão em Saúde – DGS, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 29/10/2020.

<sup>93</sup> <https://saude.rs.gov.br/saude-vai-gerenciar-internacoes-hospitalares-em-tempo-real>

é limitada à duração do estado de calamidade pública declarada pelo Governo estadual, por meio do Decreto nº 562, de 17/04/2020 e seguintes.

Embora não seja este o tema da presente auditoria, importante destacar que o Secretário, por meio desta Portaria, exige (art. 2º) que todas as unidades hospitalares próprias e contratualizadas devem informar, em tempo real, toda a movimentação de usuários em todas as Unidades de Terapia Intensiva e Semi Intensiva como ocupação de leito geral, ocupação de leito Covid, desocupação de leito geral, desocupação de leito Covid com motivo (alta ou óbito) e reservas de leito com vinculação do CPF do usuário, através do Sistema de Gestão de Leitos - SES Leitos. Exigindo, ainda, que as mesmas unidades hospitalares devem cadastrar um administrador e usuários no Sistema de Gestão de Leitos Hospitalares - SES Leitos (art. 1º), que ficam responsáveis pela veracidade e temporalidade das informações, podendo ser responsabilizados pela omissão ou inadequação de informações (art. 5º).

Além disso, no artigo 4º da referida Portaria, impõe o Secretário Estadual que a gestão do saldo de leitos através de ligações telefônicas entre Centrais de Regulação e Hospitais seja encerrada, a partir da adesão da unidade hospitalar ao SES Leitos.

Contudo, em conversa telefônica com o Médico Regulador da Central Estadual de Regulação<sup>94</sup> foi constatado que a prática de ligações telefônicas entre Centrais de Regulação e hospitais com o objetivo de confirmar informações ainda é realizada, porque o registro da movimentação de usuários nas UTIs no sistema ainda não é em tempo real, em afronta ao citado dispositivo.

Por fim, referida Portaria prevê a possibilidade de impor restrições financeiras às unidades hospitalares que não aderirem à regulação de leitos através do Sistema de Gestão de Leitos - SES Leitos.

Deste modo, fica claro que a SES, quando impelida por uma situação que exige ação imediata e enérgica, conforme disposto nas considerações iniciais da Portaria SES nº 273/2020, reconheceu a importância e o papel imprescindível que a Regulação desempenha nos momentos de sobrelotação hospitalar, no sentido de administrar leitos e serviços em toda a rede hospitalar e apontar as disponibilidades, otimizando recursos e tempo-resposta. Reconheceu também a importância da existência de um sistema de Gestão de Leitos eficiente e a obrigatoriedade da atualização em tempo real da ocupação de leitos hospitalares, bem como de outros indicadores relacionados ou específicos ao leito utilizado pelo usuário do SUS. E, por fim, determina a obrigatoriedade de que todas as internações hospitalares sejam reguladas e aprovadas pelas Centrais de Regulação.

---

<sup>94</sup> Contato efetuado em 20/01/2021.

A regulação de leitos de UTI é uma atividade que trata de situações que exigem ações imediatas e enérgicas cotidianamente, pois os usuários que necessitam de leitos para tratamento intensivo sempre estão em condições clínicas bastante frágeis e, muitas vezes, com riscos graves à sua saúde ou até mesmo à sua vida. Pela natureza óbvia da urgência dos casos que chegam ao médico regulador diariamente, necessário se faz que as informações para tomada de decisão sempre estejam disponíveis em tempo real e sejam dotadas de veracidade e temporalidade, como definiu a própria SES na Portaria nº 273/2020.

Ou seja, com a edição da referida portaria a SES evidencia a existência dos problemas relatados e deixa patente a necessidade de melhorias em todo o sistema de regulação. Contudo, é importante ressaltar que referida Portaria está revestida de precariedade, tendo em vista que sua vigência está limitada à duração do estado de calamidade pública declarada pelo Decreto nº 562/2020, e é de grande relevância que ela seja reeditada para que possa produzir seus efeitos indefinidamente e, ainda, que seja atendida em sua integralidade.

Assim, a busca de leito especializado em casos de urgência deve ser amparada em um sistema gerencial efetivo, utilizado por equipe de regulação experiente e operada por meio de um sistema informatizado que permita ao regulador pronta visualização da disponibilidade de leitos em toda a rede e contemple todas as informações necessárias a pronta regulação de acesso ao leito UTI, bem como a extração de indicadores e informações para subsidiar as decisões de forma estratégica.

A regulação do acesso eletivo ao leito especializado, por sua vez, deve ser realizada por meio do mesmo sistema operacional, para garantir a gestão integral do processo, sendo necessário, no entanto, estabelecer o critério de ocupação preferencial dos leitos disponíveis para o atendimento eletivo, em face da necessidade da assistência emergencial.

Em suma, conforme levantado junto à Coordenadoria da Estadual de Regulação (PTE 30) um sistema informatizado de regulação necessita, no mínimo:

- a) ser hierarquizado, ou seja, o NIR não pode desfazer uma ordem da Central como, por exemplo, ocupar uma vaga já regulada;
- b) a visualização das informações também necessita ser hierarquizada, ou seja, cada unidade hospitalar, Macrorregional e Central de Regulação deve ter acesso às informações relativas à sua região;
- c) as informações precisam estar disponíveis em tempo real, devendo ser alimentadas no momento em que o evento ocorrer, como por exemplo, o registro deve ser efetuado no exato momento em que um leito é ocupado, reservado ou solicitado;

d) todos os passos e procedimentos, informações clínicas, troca de informações entre médicos assistentes e médicos reguladores, decisões etc., devem ser registrados no sistema;

e) deve haver completa interoperabilidade entre o sistema de regulação o sistema Micromed, ou qualquer outro sistema que seja utilizado como prontuário eletrônico; e

f) o sistema deve prever um mecanismo de alerta para chegada de solicitações urgentes, usuários em trânsito para ocupar leito reservado pela regulação, dentre outros que agilizem a tomada de decisão.

Identificou-se como principal causa desse achado, que não permite o atendimento pleno das demandas por leitos de UTI, a não disponibilização pela SES de um mapa de leitos capaz de informar instantaneamente, de forma confiável e em tempo real, a disponibilidade de leitos em todas as unidades hospitalares.

Diante da situação apontada, **sugere-se à SES:**

I) Que complemente a Portaria/SES nº 273/2020 para que possa produzir seus efeitos por tempo indeterminado e que contemple especialmente o que segue: A) Obrigatoriedade para as Unidades Hospitalares Próprias e Contratualizadas informar, em tempo real, toda a movimentação de usuários em todas as Unidades de Terapia Intensiva e Semi Intensiva, bem como as Unidades de Internação (enfermarias), como ocupação de leito geral, desocupação de leito geral, com motivo (alta ou óbito) e reservas de leito com vinculação ao CNS e CPF do usuário, através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES; B) Encerramento da gestão do saldo de leitos através de ligações telefônicas e e-mails entre Centrais de Regulação e Hospitais a partir da adesão da unidade hospitalar ao SES Leitos ou outro sistema semelhante adotado pela SES; C) Responsabilização do administrador e usuários do sistema pela veracidade e temporalidade das informações, podendo ser responsabilizados pela omissão ou inadequação de informações; D) As Unidades Hospitalares que não aderirem à regulação de leitos através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES, poderão sofrer deduções dos repasses referentes à Política Hospitalar Catarinense. Acrescentando também na Portaria os seguintes itens: E) As Unidades Hospitalares devem destacar pessoal para a alimentação do sistema durante 24hs, concomitantemente ao fluxo do atendimento e do fluxo do usuário, ou seja, em tempo real;

II) Adoção de novo sistema ou aprimoramento do atual sistema informatizado de gestão de leitos para que possua, no mínimo, as seguintes características: A) Disponibilização de mapa de leitos, em tempo real, com atualização dinâmica, de todas as regiões do estado, que permita controlar o fluxo dos usuários nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento); B) Que estejam

incorporados e integrados módulos para regulação ambulatorial de consultas e exames especializados, para regulação de internação hospitalar, regulação de todos os procedimentos eletivos, regulação do faturamento (AIH e APAC) e regulação do transporte inter-hospitalar (Cerinter e Samu), funcionando de forma integrada com os sistemas gerenciais das unidades hospitalares; C) Que emita relatórios operacionais e gerenciais e produza indicadores relativos a, pelo menos, número de vagas e ocupação de leitos por região e unidades hospitalares, tempos médios de ocupação, datas de internação, datas de alta, tempo dispendido no transporte inter-hospitalar, motivos da alta, motivos da internação, número de solicitações realizadas, negadas e aprovadas, bem como o motivo que as gerou, tempos de resposta às solicitações, dentre outros indicadores que auxiliem a gestão; D) Que permita a regulação, tanto de leitos habilitados, como os não habilitados; E) Que seja desenvolvido em uma plataforma tecnológica dotada de mecanismos que evitem as instabilidades comuns a sistemas informatizados; F) Que haja interoperabilidade com o sistema de prontuário eletrônico Micromed, ou outro sistema adotado pela Unidade Hospitalar, permitindo a visualização, através do sistema de gestão de leitos, das condições clínicas do usuário durante todo o processo de regulação, sendo que a atualização das informações no prontuário eletrônico deve atualizar automaticamente o sistema de gestão de leitos; G) Que registre todos os passos e comunicações realizados, bem como as decisões tomadas durante o processo de regulação, tanto pelo médico assistente, como pelo médico regulador e videofonistas, dotando o sistema de rastreabilidade desde o início até o fim do processo; H) Que o sistema seja hierarquizado, ou seja, cabe exclusivamente às CRIH/MR e à Central Estadual a tomada de decisões para ocupação e reservas de leitos, não podendo ser realizadas ou modificadas localmente; I) Que interaja com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);

III) Formalização de solicitação junto ao Datasus (Ministério da Saúde) para que resolva os problemas relacionados ao Sisreg, bem como para que proceda o seu aperfeiçoamento, de acordo com as necessidades levantadas pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e os achados desta auditoria.

Assim espera-se que o sistema de regulação de Santa Catarina propicie maior controle, gestão integral e eficiência de todo o processo de regulação de leitos de UTI. Além disso, espera-se a disponibilização de relatórios e informações em tempo real que possibilitem a tomada de decisões levando-se em conta que os casos de usuários que necessitam de leitos para tratamento intensivo sempre estão em condições clínicas bastante frágeis e, muitas vezes, com riscos graves à sua saúde ou até mesmo à sua vida.

### 2.3.1.1 Comentários do gestor

Sobre as sugestões recomendadas no item “I” assim aduz a SES:

A) “Uma nova Portaria vai contemplar as obrigtoriedades das Unidades Hospitalares (Próprias e Contratualizadas) para a movimentação de usuários em todas as internações junto ao Sistema SES Leitos, sem prazo de vigência limitado, conforme a recomendação.” (fls. 1697);

B) “A oferta do leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ativo e disponível no Sistema SES LEITOS é prerrogativa exclusiva das Centrais de Regulação de internações Hospitalares e que o contato entre médicos do hospital de origem e do destino é formalidade necessária para comunicar o encaminhamento e o quadro clínico do paciente. Compete a CRIH/MR efetuar a RESERVA do LEITO no SES LEITOS – devendo o leito permanecer reservado para o paciente regulado a qual foi ofertado a vaga.” (fls. 1697);

C) “Uma nova Portaria vai contemplar as obrigtoriedades das Unidades Hospitalares (Próprias e Contratualizadas), responsabilização ao administrador e usuários do sistema pela veracidade e temporalidade das informações, podendo ser responsabilizados pela omissão ou inadequação de informações.” (fls. 1698);

D) “Uma nova Portaria vai contemplar as obrigtoriedades das Unidade Hospitalares (Próprias e Contratualizadas) - As Unidades Hospitalares que não aderirem à regulação de leitos através do Sistema de Gestão de Leito – SES Leitos, ou outro sistema semelhante ao adotado pela SES, poderão sofrer deduções dos repasses referentes à Política Hospitalar Catarinense.” (fls. 1698).

E) “Uma nova Portaria vai contemplar as obrigtoriedades das Unidades Hospitalares (Próprias e Contratualizadas) - As Unidades Hospitalares devem destacar pessoal para a alimentação do sistema durante 24 horas, concomitante ao fluxo de atendimento e do fluxo do usuário, ou seja, em tempo real.” (fls. 1698).

Com relação às sugestões propostas no item “II” os gestores apenas informaram para os subitens “A” a “I” que as respostas referentes a eles são de competência de outros setores da SES (SGE), conforme exposto às fls. 1699-1700.

Quanto ao item “III”, informa a SES que “por intermédio e apoio do CONASEMS, foi realizada uma reunião virtual com a SUR, MPSC, COSEMSSC e DRAC/MS junto a Diretoria do DATASUS, em 16.09.2021, onde foram apresentadas todas as dificuldades, necessidades e aperfeiçoamentos necessários relacionados ao Sisreg. Os encaminhamentos foram no sentido de análise das solicitações pela Diretoria DATASUS. Ato contínuo, diversas ligações e conversas foram realizadas e continuamos no aguardo.” (fls. 1700).

### 2.3.1.2 Análise dos comentários do gestor

O gestor, relativamente ao item “I”, subitens A, C, D e E, limita-se a informar que uma nova portaria contemplará os apontamentos sugeridos, porém não traz aos autos evidências a respeito do que alega, nem discorda das ações sugeridas. Quanto ao item “I”, subitem B, o gestor alega que o contato entre médicos do hospital de origem e do destino é formalidade necessária para comunicar o encaminhamento e o quadro clínico do paciente.

Entende-se que esta comunicação é necessária, contudo, conforme apontado, a regra deve ser uma comunicação fluida, sintonizada, direta e célere, onde o acompanhamento das demandas ocorra em tempo real, por meio do sistema informatizado pelos responsáveis em receber as demandas por leitos de UTI/SUS na CRIH/MR e na CERIH, ou seja, a partir do monitoramento constante das telas componentes do sistema informatizado, com visualizações em razoável espaço de tempo. E, também, por meio do sistema, deve ser dado o retorno ao demandante, sem a necessidade, num primeiro momento, de outras formas de comunicação para execução dessa atividade rotineira, devendo, ainda, o sistema deve ser confiável.

Sabe-se que podem existir situações excepcionais na busca de leito, que, além do registro em sistema, necessita do envio de *e-mail* de alerta e de telefonema para se ter resolutividade e celeridade no atendimento ao usuário do SUS. Porém, via de regra, esse caminho percorrido por fora do sistema para comunicar a busca por leito não deve acontecer, permitindo aos demandantes de todas as regionais atenderem novos casos e executarem outras atividades inerentes ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS. Dessa forma, o fluxo das informações segue de forma fluida, eficiente e eficaz.

Conclui-se, assim, que as sugestões atribuídas à SES relativamente ao Item “I” devem ser mantidas na íntegra.

Quanto às sugestões do item “II”, atribuídas à SES, tendo em vista que o gestor apenas informa que os itens apontados são de competência de outros setores da própria Secretaria Estadual de Saúde, devem ser mantidas na sua totalidade.

Quanto ao item III, tendo em vista as pendências relativas à resposta do DATASUS relativamente às demandas da SES sobre o Sisreg, entende-se por manter a sugestão na íntegra.

Registra-se que referidas ações serão acompanhadas durante os processos de monitoramento previstos para esta auditoria.

## 3 CONCLUSÃO

A presente auditoria operacional foi realizada com o objetivo de avaliar o processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), cujo levantamento de dados abrangeu o período de 01/09/2019 a 30/11/2019, ou seja, período anterior à pandemia. Porém, outros aspectos foram analisados durante todo o período de auditoria.

Este trabalho surgiu da necessidade de verificar se o sistema estadual de regulação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva do Sistema Único de Saúde (UTI/SUS) tem disponibilizado leitos de UTI de forma ininterrupta e tempestiva para os usuários que deles necessitam. Para tanto, avaliou-se o fluxo de trabalho da regulação, procurando-se identificar problemas e gargalos, bem como verificar se a sistematização e padronização de procedimentos são suficientes para auxiliar os profissionais envolvidos na busca de leitos de UTI. Avaliou-se também se os sistemas informatizados estavam adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários SUS.

Além disso, justifica-se sua realização pela materialidade (grande quantidade de recursos públicos envolvidos), pela relevância (atualidade e importância do serviço à população) e pela criticidade (situações críticas efetivas e indesejadas) do objeto em discussão, qual seja a regulação de leitos de UTI/SUS.

Em virtude da Pandemia do Coronavírus (Covid-19) e em decorrência das medidas para mitigação dos riscos decorrentes da doença causada pelo Novo Coronavírus no âmbito do TCE/SC, as entrevistas na fase de planejamento foram realizadas de forma virtual (*Microsoft Teams*), efetuados diversos contatos telefônicos, trocas de *e-mails* e mensagens pelo Aplicativo *WhatsApp*, e as visitas *in loco* à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUS) da SES/SC foram realizadas apenas em três momentos, restringindo-se ao conhecimento dos Sistemas informatizados – Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) e Sistema de Gerenciamento de Leitos (SES Leitos) – e do fluxograma do processo regulatório em Santa Catarina, sempre cumprindo as regras e cuidados sanitários exigidos pela legislação durante o período da Pandemia.

Tendo em vista a amplitude e complexidade do processo regulatório na saúde pública, buscou-se analisar, num primeiro momento, apenas a regulação de leitos de UTI/SUS em Santa Catarina, sob a gestão da SES/SC, a partir do mapeamento desse processo, confrontando-o com as normas e as boas práticas de gestão existentes. Com ênfase no processo regulatório em situação considerada normal, ou seja, tratou-se de avaliar o sistema de regulação estadual em período anterior a Pandemia Mundial do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2), declarada em 20 de março de 2020 por meio do Decreto Legislativo nº 06/2020 e seguintes.

O trabalho iniciou-se em 17/06/2020, com o levantamento inicial de informações e documentos, bem como a apresentação da equipe de auditoria aos gestores (Ofício TCE/DAE nº 12.151/2020, fl. 04 dos autos). A partir dessas informações e documentos preliminares obtidos, desenvolveram-se as técnicas de auditoria de diagnóstico, como: mapeamento do processo regulatório de leitos de UTI/SUS com o desenho do seu fluxograma, análise *Stakeholder*<sup>95</sup>, SWOT<sup>96</sup> e Diagrama de Verificação de Risco (DVR)<sup>97</sup>, Espinha de Peixe<sup>98</sup> e Árvore de Problemas<sup>99</sup>. Por meio dessas técnicas, foi construída a Matriz de Planejamento, que definiu o foco da auditoria e os dados/informações necessárias às análises.

A análise dos resultados levou em conta as três questões de auditoria traçadas na fase de planejamento, quais sejam: 1ª) A sistematização e a padronização de procedimentos da busca de leitos de UTI/SUS adotados pela SES/SC são suficientes para garantir o atendimento aos usuários que necessitam de internações em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo?; 2ª) A SES/SC tem disponibilizado leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI/SUS) de forma ininterrupta e tempestiva aos usuários que deles necessitam?; e 3ª) Os sistemas informatizados para regular os leitos de UTI/SUS de Santa Catarina estão adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários SUS?

---

<sup>95</sup> Contribui desde a fase do desenho até o desenvolvimento da matriz de marco lógico e ajuda a identificar a forma apropriada de participação de todas as partes envolvidas em um programa ou projeto. [...] *Stakeholder* são pessoas, grupos ou instituições com interesse em algum programa ou projeto e inclui tanto aqueles envolvidos quanto os excluídos do processo de tomada de decisão. Brasil. Tribunal de Contas da União. **Técnicas de auditoria: análise stakeholder**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2001, p. 08. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/tecnicas-de-auditoria-analise-stakeholder.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>96</sup> A palavra **SWOT** é um acrônimo formado pelas palavras inglesas **S**trengths (forças), **W**eaknesses (fraquezas), **O**pportunities (oportunidades) e **T**hreats (ameaças). [...] Consiste na análise subjetiva das capacidades internas, para identificar as forças e as fraquezas da organização, e do ambiente externo no qual atua a organização, para apontar as oportunidades e ameaças presentes. **Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2010, p. 05. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/tecnicas-estudos-e-ferramentas-de-apoio>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>97</sup> É uma técnica da Gestão de Risco que visa, resumidamente, gerenciar efeitos adversos que possam comprometer um processo de gestão. [...] Nos trabalhos de auditoria, essa é uma técnica usualmente empregada para analisar as informações obtidas por meio da SWOT. Brasil. Tribunal de Contas da União. **Análise SWOT e Diagrama de Verificação de Risco aplicados em Auditoria**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2010, p. 09 e 10. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/controle-externo/normas-e-orientacoes/tecnicas-estudos-e-ferramentas-de-apoio>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

<sup>98</sup> Também denominado Diagrama de Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito, “é uma ferramenta de representação das possíveis causas que levam a um determinado efeito”. JUNIOR, Isnard et. al. **Gestão da qualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2008, p.104.

<sup>99</sup> É uma técnica participativa que auxilia no desenvolvimento de ideias criativas para identificar o problema e organizar a informação coletada, gerando um modelo de relações causais que o explicam. Esta técnica facilita a identificação e a organização das causas e das consequências ou efeitos de um problema central. COHEN, Ernesto; MARTINEZ, Rodrigo. **Manual de formulacion, evaluacion y monitoreo de proyectos sociales**. División de Desarrollo Social. Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 2004, p.114. Disponível em: <[http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual\\_dds\\_200408.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/8/15448/Manual_dds_200408.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2021.

No tocante a primeira questão – a sistematização e a padronização de procedimentos da busca de leitos de UTI/SUS são suficientes para garantir o atendimento aos usuários que necessitam de internações em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo? –, identificou-se que o fluxograma atual, previstos nas Deliberações CIB n<sup>os</sup> 066/2018 e 069/2020, não contempla todas as atividades e procedimentos da regulação de leitos de UTI/SUS, evidenciando relevantes lacunas que acabam suscitando dúvidas de encaminhamentos e dificuldades na resolução de problemas, por conseguinte, acarreta a desorganização do sistema regulatório e a demora no atendimento aos usuários do SUS que precisa do leito de UTI.

Além disso, constatou-se a ausência de práticas de sistematização e de manualização das atividades do sistema estadual de regulação, fato que dificulta que os profissionais envolvidos tenham padrão no atendimento e possam dirimir rapidamente eventuais dúvidas no decorrer do processo de tomada de decisão, situação agravada quando o profissional em serviço é recém-admitido no sistema de regulação.

Ainda, detectou-se a ausência de educação continuada – atualização, complementação e/ou ampliação de conhecimentos – sobre o processo de regulação estadual de leitos de UTI/SUS, deixando de proporcionar melhoria na qualidade dos serviços prestados com aumento do aprendizado, troca de experiências (positivas e negativas), homogeneização de atividades, maior valorização e engajamento do profissional envolvido, sem deixar de mencionar a inclusão do profissional recém-admitido no sistema estadual de regulação, tornando-o pertencente e corresponsável pelo sucesso do processo de regulação de leitos de UTI.

A segunda questão procurou identificar se a SES/SC tem disponibilizado leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI/SUS) de forma ininterrupta e tempestiva aos usuários que deles necessitam. Concluiu-se que a regulação realizada pelos 11 hospitais estaduais analisados funcionava presencialmente em sua maioria das 7h às 19h, não tendo sido possível confirmar como ela ocorria durante o período de sobreaviso que acontece à noite, finais de semana e feriados, pois se denotou a ausência de escalas e profissionais em alguns períodos. No tocante às centrais macrorregionais de regulação de internação hospitalar e estadual, o que se verificou foi que todas mantêm escala de 24h – presencial e sobreaviso. Contudo, dos 91 dias de período analisado (setembro a novembro/2019), constatou-se que em seis das oito centrais analisadas (85%) houve um total de 1.141 horas em que não houve a presença de médico regulador nas centrais em alguns turnos das escalas, durante o período de 24h de um dia, o que comprometeu o fluxo da regulação uma vez que se evidenciou regulações tardias que segundo estudos citados neste relatório podem afetar a condição clínica dos usuários. Isto posto, pode-se concluir que a regulação de leitos de UTI/SUS, no período analisado, não estava disponível 24h em todos os dias da semana.

Concluiu-se também que a regulação de leitos de UTI/SUS, no período analisado, é intempestiva, pois se verificou que das 3.655 regulações de leitos de UTI aprovadas no período de setembro a novembro/2019, 63% ocorreram até 6h de suas solicitações no Sisreg, enquanto 37% tiveram aprovação após o período de 6h. Demonstrou-se também que essa regulação tardia aprovada após as 6h contadas da solicitação resultou num aumento de óbito (22%) quando comparado ao período inferior a 6h (18%). Demonstrou-se também por central macrorregional de regulação os percentuais da motivação da alta dos usuários cujas regulações foram superiores a 6h, onde se demonstrou que a CRIH-MR do Grande Oeste apresentou 25% de usuários com melhora enquanto o percentual de óbitos atingiu 34% no período analisado. Evidenciou-se ainda regulações que tiveram um período muito longo entre a solicitação e a autorização, denotando falhas no processo.

No que tange aos sistemas informatizados para regulação dos leitos de UTI/SUS, conclui-se que não estão adequados para garantir, com razoável segurança, o atendimento das demandas de urgência dos usuários da rede de saúde pública do estado. Com relação ao Sisreg, foram detectadas instabilidades constantes no sistema, gerando períodos de falta de operacionalidade; dificuldades para análise dos dados registrados no sistema, tendo em vista a falta de organização e padronização na alimentação do sistema; e a não possibilidade de visualização confiável, rápida e tempestiva da disponibilidade de leitos em todo o estado.

A ausência de um mapa de leitos confiável, capaz de informar em tempo real a disponibilidade de leitos em todas as unidades hospitalares é uma das dificuldades apresentadas pelo SES Leitos.

A falta de organização e responsabilização do administrador e usuários do sistema pela omissão e inadequação na alimentação de dados e informações, especialmente de forma tempestiva, também foi uma constatação desta auditoria. Constatou-se, ainda, que a falta de confiabilidade nos sistemas informatizados é traduzida quando os médicos reguladores necessitam telefonar para os hospitais de sua abrangência solicitando a confirmação da quantidade de leitos disponíveis e ocupados em virtude da defasagem destas informações nos sistemas.

Verificou-se, ainda, a ausência de informações detalhadas a respeito das condições clínicas dos usuários da rede de saúde pública, dificultando sobremaneira a tomada de decisão de forma rápida pelo médico regulador. A ausência de interoperabilidade do SES Leitos com os sistemas de prontuário eletrônico utilizados pelas unidades hospitalares é uma das causas deste problema. Por fim, cabe ressaltar a ausência de rastreabilidade apresentada pelo sistema SES Leitos, que não registra todos os passos, decisões e comunicações realizados entre os atores durante todo o processo regulação.

Assim, a busca de leito especializado em casos de urgência deve ser amparada em um sistema gerencial efetivo, utilizado por equipe de regulação experiente e operada por meio de um sistema informatizado que permita ao regulador pronta visualização da disponibilidade de leitos em toda a rede.

Registra-se, ainda, que durante as análises encontrou-se diversos indícios de irregularidades relacionadas ao trabalho dos médicos reguladores nos NIR, como a existência de produção médica no sistema Micromed de profissional que naquele período estava em férias; horário de funcionamento do NIR informado difere do encontrado nas análises; ausência de entrega de documentos solicitados pelo TCE/SC; faltas ao serviço de médicos reguladores; e escala de trabalho do NIR somente com enfermeiros, sem a presença de médico regulador.

Quanto aos médicos reguladores na centrais de regulação, encontrou-se: mesmo profissional trabalhando em duas centrais; controle de ponto manual; falta de indicação de médicos nas escalas; faltas de profissionais médicos; indicação de profissional médico em escala, em mês que estava de férias e médico coordenador recebendo horas de sobreaviso, sem haver escala de sobreaviso. Essas situações merecem melhores análises, contudo, por fugirem do foco principal dessa auditoria serão encaminhadas para outras fiscalizações.

Dada oportunidade ao gestor para se manifestar, este nada trouxe para contribuir ou mudar a situação encontrada na auditoria, disso, as sugestões de recomendações e determinações permaneceram na íntegra.

Assim sendo:

I - Considerando que a auditoria operacional é o instrumento que tem por finalidade avaliar, quanto aos aspectos da economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade, os programas, projetos e atividades, considerados no seu conjunto, dos órgãos ou entidades que integram a administração pública, ou aqueles realizados pela iniciativa privada sob delegação, contrato de gestão ou congêneres e, por meio dessa avaliação, obter conclusões aplicáveis ao aperfeiçoamento desses programas, projetos e atividades, e à otimização da aplicação dos recursos públicos, sem prejuízo do exame da legalidade (art. 2º da Resolução N° TC-0176/2021);

II – Considerando que a auditoria operacional visa a fornecer novas informações, análises ou percepções e, quando apropriado, recomendações para aperfeiçoamento da gestão pública (art. 2º da Resolução N° TC-0176/2021);

III - Considerando a importância dos comentários e/ou justificativas do gestor público acerca das constatações apuradas durante a realização da auditoria, a fim de confirmar o diagnóstico e precisar as proposições ao jurisdicionado;

IV - Considerando que o relatório de auditoria, após o pronunciamento do responsável, será encaminhado ao Conselheiro Relator, ouvido o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas, para que seja proferida a decisão no Tribunal Pleno, contendo determinações e recomendações ao gestor público;

V - Considerando que o Tribunal Pleno poderá determinar ao responsável pela unidade auditada a apresentação de plano de ação para cumprimento das determinações e implementação das recomendações (art. 8º, III da Resolução N° TC-0176/2021);

VI - Considerando que o plano de ação a ser apresentado pelo gestor servirá de base para acompanhamento do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações, em processo específico de monitoramento (art. 10º e parágrafo único do art. 12 da Resolução N° TC-0176/2021);

A Diretoria de Atividades Especiais sugere ao Exmo. Sr. Relator:

**3.1 Conhecer** o presente Relatório de Auditoria Operacional DAE n° 033/2022, realizada na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, que avaliou o processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da SES/SC.

**3.2. Determinar ao Secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina**, a apresentação de um Plano de Ação a este Tribunal de Contas, conforme modelo constante no Apêndice F do Relatório de Auditoria DAE n° 033/2022, no prazo de 30 dias, a contar da data da publicação da deliberação a ser proferida no Diário Oficial Eletrônico (DOTC-e), com fulcro no inciso III do art. 8º da Resolução N. TC-0176/2021, contendo as medidas a serem adotadas, os prazos para a adoção das providências e os responsáveis por cada ação, visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendações:

**3.2.1 –Determinações à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:**

**3.2.1.1 –** Realizar diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) em todo o Estado, contemplando todas as unidades envolvidas e analisando a sequência lógica das atividades que o compõem, além de identificar cada passo, as pessoas envolvidas e suas atribuições, os recursos necessários (materiais, financeiros e humanos) e os resultados pretendidos em cada etapa, em atenção ao definido pelo art. 3º da Lei (estadual) n° 16.158/2013 (subitem 2.1.1 deste relatório);

**3.2.1.2** – Elaborar um novo fluxograma, com base no diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS, contemplando todas as atividades, procedimentos da regulação e todas as unidades envolvidas, desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação e alta/óbito/transferência do usuário, a ser discutido e definido, posteriormente, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, mediante pactuação e deliberação na CIB, conforme determina o art. 3º da Lei (estadual) nº 16.158/2013 (subitem 2.1.1 deste relatório);

**3.2.1.3** – Elaborar manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklists – com informações básicas mínimas – com todos os documentos relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), preferencialmente em arquivos digitais, que sirvam de guias de instrução e orientações aos profissionais da área, levando em conta as características e competências de cada grupo das unidades envolvidas (CERIH, CRIH/MR, unidades hospitalares públicas e unidades hospitalares privadas), em conformidade com o previsto no art. 10, VI e § 2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 (subitem 2.1.2 deste relatório);

**3.2.1.4** – Elaborar norma interna para tornar obrigatória a observância dos manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e checklist relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, respeitando o preconizado pelo art. 10, VI e § 2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 (subitem 2.1.2 deste relatório);

**3.2.1.5** – Elaborar plano anual de educação continuada e capacitar as equipes de regulação, conforme preconizado pelo art. 200, III e V, da Constituição Federal c/c o art. 14, parágrafo único, da Lei (federal) nº 8.080/90 e de acordo com o previsto na Portaria MS/GM nº 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017, bem como observando os aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) nº 16.158/2013, prevendo cursos, oficinas e workshop – presenciais e/ou à distância – sobre o processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) (subitem 2.1.3 deste relatório);

**3.2.1.6** - Elaborar programa de treinamento – presencial e/ou à distância –, de curta duração, e capacitar os profissionais recém-admitidos no sistema estadual de regulação, propiciando o acolhimento e integrando-os, de forma rápida, aos protocolos e normas, além de capacitá-los dentro da missão, visão, valores e filosofia da regulação, em atendimento do disposto

na Portaria MS/GM nº 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 02/2017 e em respeito aos aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) nº 16.158/2013 (subitem 2.1.3 deste relatório);

**3.2.1.7** – Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, por meio das Centrais de Regulação (Macrorregionais e Estadual), 24h por dia e nos sete dias da semana, em conformidade com o disposto no art. 4º, §3º, da Lei (estadual) nº 16.158/2013 e na Deliberação CIB nº 040/2013 (subitem 2.2.1 deste relatório);

**3.2.1.8** - Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, nas unidades hospitalares estaduais, 24h por dia e nos sete dias da semana, em consonância a recomendação constante do Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados do Ministério da Saúde, observando a necessidade da unidade hospitalar (subitem 2.2.1 deste relatório);

**3.2.1.9** - Garantir em 100% a tempestividade da regulação de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II do Anexo XXVI Portaria de Consolidação nº 02/2017 (subitem 2.2.2 deste relatório); e

**3.2.1.10** - Garantir a regulação em 100% de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II do Anexo XXVI Portaria de Consolidação nº 02/2017;

**3.2.1.11** - Garantir a autorização de internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) pela Central de Regulação competente antes do registro da internação no Sisreg e/ou a ocupação do leito na unidade hospitalar, em conformidade com a Deliberação nº 066/CIB/18, Anexo 1 e Deliberação CIB nº 008/2020), art. 1º (subitem 2.2.3 deste relatório); e

**3.2.1.12** – Controlar a regulação, com a devida autuação de processo administrativo de responsabilização, no sentido de coibir o registro no Sisreg e/ou a internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) sem a prévia autorização da Central de Regulação competente, em consonância ao previsto no art. 1º da Deliberação CIB nº 008/2020 (subitem 2.2.3 deste relatório).

### **3.2.2 –Recomendações à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina:**

**3.2.2.1** – Incluir cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou os convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo) e futuros, com as unidades hospitalares privadas envolvidas no processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), contemplando o dever de cumprimento do fluxograma pactuado e deliberado na CIB, sob pena de responsabilização e penalização dos infratores (profissional responsável e unidade hospitalar), conforme o subitens 2.1.1 e 2.1.2 deste relatório;

**3.2.2.2** – Complementar a Portaria/SES nº 273/2020 para que possa produzir seus efeitos por tempo indeterminado e que contemple especialmente o que segue a: **A)** Obrigatoriedade para as Unidades Hospitalares Próprias e Contratualizadas informar, em tempo real, toda a movimentação de usuários em todas as Unidades de Terapia Intensiva e Semi Intensiva, bem como as Unidades de Internação (enfermarias), como ocupação de leitos, desocupação de leitos, com motivo (alta ou óbito) e reservas de leito com vinculação ao CNS e CPF do usuário, através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES; **B)** Encerramento da gestão do saldo de leitos através de ligações telefônicas e e-mails entre Centrais de Regulação e Hospitais a partir da adesão da unidade hospitalar ao SES Leitos ou outro sistema semelhante adotado pela SES; **C)** Responsabilização do administrador e usuários do sistema pela veracidade e temporalidade das informações, podendo ser responsabilizados pela omissão ou inadequação de informações; **D)** As Unidades Hospitalares que não aderirem à regulação de leitos através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES, poderão sofrer deduções dos repasses referentes à Política Hospitalar Catarinense. Acrescentando também na Portaria os seguintes itens: **E)** As Unidades Hospitalares devem destacar pessoal para a alimentação do sistema durante 24hs, concomitante ao fluxo do atendimento e do fluxo do usuário, ou seja, em tempo real (subitem 2.3.1 deste relatório);

**3.2.2.3** – Adotar novo sistema ou aprimoramento do atual sistema informatizado de gestão de leitos para que possua, no mínimo, as seguintes características: **A)** Disponibilização de mapa de leitos, em tempo real, com atualização dinâmica, de todas as regiões do estado, que permita controlar o fluxo dos usuários nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento); **B)** Que estejam incorporados e integrados módulos para regulação ambulatorial de consultas e exames especializados, para regulação de internação hospitalar, regulação de todos os procedimentos eletivos, regulação do faturamento (AIH e APAC) e regulação do transporte inter-hospitalar (Cerinter e Samu), funcionando de forma integrada com os sistemas gerenciais das unidades

hospitalares; **C)** Que emita relatórios operacionais e gerenciais e produza indicadores relativos a, pelo menos, número de vagas e ocupação de leitos por região e unidades hospitalares, tempos médios de ocupação, datas de internação, datas de alta, tempo dispendido no transporte inter-hospitalar, motivos da alta, motivos da internação, número de solicitações realizadas, negadas e aprovadas, bem como o motivo que as gerou, tempos de resposta às solicitações, dentre outros indicadores que auxiliem a gestão; **D)** Que permita a regulação, tanto de leitos habilitados, como os não habilitados; **E)** Que seja desenvolvido em uma plataforma tecnológica dotada de mecanismos que evitem as instabilidades comuns a sistemas informatizados; **F)** Que haja interoperabilidade com o sistema de prontuário eletrônico Micromed, ou outro sistema adotado pela Unidade Hospitalar, permitindo a visualização, através do sistema de gestão de leitos, das condições clínicas do usuário durante todo o processo de regulação, sendo que a atualização das informações no prontuário eletrônico deve atualizar automaticamente o sistema de gestão de leitos; **G)** Que registre todos os passos e comunicações realizados, bem como as decisões tomadas durante o processo de regulação, tanto pelo médico assistente, como pelo médico regulador e videofonistas, dotando o sistema de rastreabilidade desde o início até o fim do processo; **H)** Que o sistema seja hierarquizado, ou seja, cabe exclusivamente às CRIH/MR e à CERIH a tomada de decisões para ocupação e reservas de leitos, não podendo ser realizadas ou modificadas localmente; **I)** Que interaja com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH), permitindo a criação de indicadores e relatórios gerenciais (subitem 2.3.1 deste relatório); e

**3.2.2.4** – Formalizar solicitação junto ao Datasus (Ministério da Saúde) para que resolva os problemas relacionados ao Sisreg, bem como para que proceda o seu aperfeiçoamento, de acordo com as necessidades levantadas pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e os achados desta auditoria (subitem 2.3.1 deste relatório).

**3.3 Recomendar** à Diretoria Geral de Controle Externo (DGCE) que avalie a perspectiva de realizar fiscalização, com a finalidade de analisar questões relacionadas aos trabalhos dos médicos reguladores nos NIR e nas Centrais Macrorregionais de Regulação de Internação Hospitalar, com base no que foi encontrado durante esta auditoria: mesmo profissional trabalhando em duas centrais; controle de ponto manual; falta de indicação de médicos nas escalas; faltas de profissionais médicos ao serviço; falta de fiscalização do cumprimento da carga horária dos médicos reguladores nas Centrais de Regulação (Macrorregionais e Estadual) e nos Núcleos internos de regulação nas unidades hospitalares estaduais; indicação de profissional médico em escala, em mês que estava de férias; médico coordenador recebendo horas de sobreaviso, sem haver

escala de sobreaviso; existência de produção médica no sistema Micromed de profissional que naquele período estava em férias; horário de funcionamento do NIR informado difere do encontrado nas análises; ausência de entrega de documentos solicitados pelo TCE/SC; e escala de trabalho do NIR somente com enfermeiros, sem a presença de médico regulador (subitens 2.2.1.1 e 2.2.1.2 deste Relatório).

**3.4 Determinar** à Diretoria de Atividades Especiais o monitoramento do cumprimento das deliberações exaradas no processo de auditoria operacional, nos termos do parágrafo único do art. 8º, art. 12, e parágrafos 1º e 2º do art. 13, da Resolução Nº TC-0176/2021.

**3.5 Determinar** o encerramento deste processo, após decisão singular do Relator sobre o plano de ação apresentado pelo Gestor, ratificada pelo Tribunal Pleno, com sua vinculação ao(s) futuro(s) processo(s) de monitoramento a ser(em) atuado(s) no momento oportuno, conforme preveem o parágrafo único do art. 8º, art. 10, art. 11, parágrafo único do art. 12 e art. 13 da Resolução nº TC- 0176/2021.

**3.6. Dar ciência** do Relatório DAE nº 033/2022, do Parecer do MPTC, do relatório e voto do Relator e decisão que for proferida à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Diretoria de Atividades Especiais, em 12 de julho de 2022.

RENATO COSTA  
Auditor Fiscal de Controle Externo

ROSEMARI MACHADO  
Auditora Fiscal de Controle Externo

RICARDO CARDOSO DA SILVA  
Auditor Fiscal de Controle Externo  
(Coordenador da Equipe)

De acordo:

MICHELLE FERNANDA DE CONTO EL ACHKAR  
Auditora Fiscal de Controle Externo  
Coordenadora de Controle

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Conselheiro Luiz Eduardo Cherem, ouvido preliminarmente o Ministério Público de Contas.

MONIQUE PORTELLA  
Diretora

## APÊNDICE A – FUNCIONAMENTO DOS NIR

No intuito de confirmar se no horário de funcionamento do NIR das unidades hospitalares supracitadas haviam médicos reguladores trabalhando, por serem autoridade sanitária responsáveis pela regulação nessas unidades hospitalares, foram analisadas as escalas individuais e coletivas, bem como a escala de sobreaviso (quando enviadas) relativas ao período de setembro a novembro/2019 e também os relatórios espelho de ponto destes servidores, e relatórios de "logs de acesso" ao Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar da Micromed, que registra a produção médica do servidor durante sua permanência no NIR. Ressalta-se que a análise desses últimos documentos ocorreu apenas quando os mesmos foram encaminhados pelas unidades hospitalares, haja vista não terem sido requisitados.

**Hospital Governador Celso Ramos** (PTE-02), localizado em Florianópolis, faz-se necessário esclarecer primeiramente que a documentação encaminhada para análise contempla a “escala individual de horários de contrato de trabalho, plantão e sobreaviso” que corresponde ao espelho de ponto, ou seja, documento onde está registrado o acesso e o tempo de permanência do servidor na unidade hospitalar (entradas e saídas), como também as escalas de serviço oficial e de sobreaviso. Portanto, na análise de tais documentos, constatou-se que os quatro médicos informados pelo hospital (Libório Soncini, Mary Anne Sidyakis, Rui Toebe, Saada Avila Chidiac) cumpriram suas respectivas escalas de trabalho no período de setembro a novembro/2019, ou seja, estavam trabalhando presencialmente no Núcleo Interno de Regulação das 6h às 19h, e ainda havia registro de “log de acesso” ao Sistema Micromed desses servidores confirmando suas atuações no setor durante o período analisado, confirmando-se dessa forma o horário informado pelo hospital que era das 7h às 19h (presencialmente) de segunda a sexta, sendo que finais de semana e feriados ocorria o sobreaviso. No tocante ao sobreaviso, foi possível atestar que apenas os médicos Libório Soncini, Mary Anne Sirydakis e Saada Avila Chidiac apresentaram “log de acesso” ao Sistema Micromed, não sendo registrada produção do médico Rui Toebe, embora conste na escala de sobreaviso o nome desse profissional. Em tempo, registra-se que a unidade hospitalar encaminhou a documentação relativa à médica Wanda Coelho Demetrio, que consta apenas da escala de serviço oficial do mês de outubro/2019. Porém, foram encontradas algumas divergências durante a análise da documentação dessa servidora, uma vez que na escala oficial a servidora estava de folga o mês todo de outubro. Já a escala individual (espelho de ponto) registrava que a servidora havia realizado

24 horas de sobreaviso no dia 05/10/2019. Entretanto, ao se analisar o Relatório de Logs (Micromed), verificou-se que a servidora acessou o referido sistema em todos os dias úteis do mês de outubro, não havendo registro de produção para o dia em que teria realizado o sobreaviso no dia 05/10/2019, contrariando assim as informações constantes das escalas para o mês de outubro/2019.

**Hospital Infantil Joana de Gusmão (PTE-12)**, de Florianópolis, foram encaminhadas as escalas de serviço e espelho de ponto dos médicos Maaike Cornelia Bronkhorst, Claudia Valeria Silva Lemos, Janaina Jacques, Rodrigo Barddal, Leonardo Albino Medeiros referentes aos meses de setembro e novembro/2019, não tendo sido enviado o mês de outubro. Por meio da análise dos documentos foi possível constatar que o NIR nessa unidade hospitalar funcionava das 8h às 20h (presencialmente), havendo sobreaviso médico para os dias úteis no período noturno (20h às 8h) e finais de semana e feriados das 8h às 8h. Ressalta-se que o horário de funcionamento presencial informado pelo hospital (7h-19h) difere daquele resultante da análise (20h-8h). Foi possível verificar também que os cinco médicos cumpriram suas escalas, não sendo possível verificar se houve produção durante o sobreaviso. Ressalta-se que nos meses de setembro e novembro/2019 as médicas Claudia Valeria Silva Lemos e Maaike Cornelia Bronkhorst trabalharam além de suas escalas, perfazendo cada uma o total de 11 dias em setembro; e no mês de novembro a Dra. Cláudia trabalhou 9 dias além de sua escala e a Dra. Maaike 05 dias. No tocante ao mês de outubro não foi possível fazer análises, uma vez que não foi encaminhada escala oficial, tampouco foi possível localizá-la no site "escala.saude.sc.gov.br".

**Hospital Nereu Ramos (PTE-10)**, de Florianópolis, foram encaminhadas as escalas de serviço oficial do NIR, as escalas de sobreaviso e o relatório espelho de ponto das médicas Bruna Lucena Bohlke, Roseli Maria Duarte e Fernanda Napolini Zanatta e das Enfermeiras Isabel Cristina Broering da Silva e Suzana Pacheco Beck, onde se constatou que o funcionamento presencial do NIR ocorre em dias úteis no período das 7h às 20h, confirmando a informação repassada pelo hospital. Para o sobreaviso, que durante a semana acontece das 20h às 6h e finais de semana e feriados das 8h às 4h, constatou-se que a Dra. Fernanda e as duas enfermeiras Isabel e Suzana foram convocadas para o sobreaviso. Na análise da documentação verificou-se que a Dra. Fernanda e enfermeiras cumpriram suas escalas de trabalho, porém não foi possível aferir se houve produção durante o sobreaviso. Contudo, se verificou no período analisado, uma constância de faltas das médicas Bruna e Roseli. No mês de setembro que teve 21 dias úteis, cada uma das profissionais citadas apresentou 9 faltas no mês, tendo ambas trabalhado apenas 12 dias. Ressalta-se que essas

faltas representam 43% da jornada de trabalho no mês. Já em outubro, a Dra. Bruna teve 7 faltas e a Dra. Roseli 8 faltas. Em novembro a Dra. Bruna apresentou o mesmo número de faltas do mês anterior, ou seja, 7 faltas e a Dra. Roseli 6 faltas. Ressalta-se que a unidade hospitalar informou que efetuou a demissão da Dra. Bruna em 28/11/2019. Embora tenha se verificado o excesso de faltas das profissionais citadas, registra-se que durante a ausência das mesmas a Dra. Fernanda conseguiu cumprir sua escala e a das médicas em questão.

**Maternidade Carmela Dutra** (PTE-11), de Florianópolis, constatou-se por meio da análise da escala de serviço oficial e sobreaviso do NIR e relatório espelho de ponto das médicas Bruna Vanessa Medeiros, Elen Débora Brinker Siqueira e Juliana Manica, relativo ao período de setembro a novembro/2019, que o horário de funcionamento presencial do NIR abrange o período das 8h às 20h, de segunda a sexta e que finais de semana e feriados atendem por sobreaviso médico. Ressalta-se que o hospital não havia informado o horário do setor. Informa-se ainda que não houve registro de trabalho em outro horário, segundo o relatório espelho de ponto. Com base na documentação encaminhada não foi possível verificar se houve produção das médicas no período de sobreaviso. Observou-se ainda que nos dias 03/setembro, 01/outubro e 05/novembro não houve escala para médico no NIR, apenas para enfermeiro, como também não houve registro de presença das médicas no relatório espelho ponto nesses três dias em questão. Ao total do período analisado de setembro a novembro/2019 foram 36h sem médico regulador na central.

**Hospital Dr. Waldomiro Colautti** (PTE-07), de Ibirama, foram analisadas as escalas de serviço oficial do NIR e relatório espelho de ponto dos médicos Carlos Eduardo Prado Costa, Eric Sanders Gomes, Felipe Guilherme Nascimento Garcia e Tatiana Bueno Toledo, relativo ao período de setembro a novembro/2019. Registra-se que não foi enviada escala de sobreaviso desses profissionais. A unidade hospitalar informou que o horário de funcionamento do NIR é de 2ª a 5ª em escala de 24h e às 6ª a escala é de 12h e sábados, domingos e feriados por meio de sobreaviso. Contudo, ao se analisar a documentação enviada constatou-se que em setembro, especificamente nos dias 02, 11, 16, 23, 25, 26, 30, a jornada do NIR foi de até 12 horas, contrariando o informado pela unidade hospitalar de que o NIR funciona 24h de segunda a quinta-feira. O mesmo ocorreu em outubro nos dias 01, 07, 08, 10, 16, 23, 24, 30, 31, e em novembro nos dias 05 e 12.

Verificou-se ainda que não havia indicação de médico nas escalas de setembro (dias 20 e 27) e em novembro (dias 07, 08, 14, 20, 21, 22, 27, 28, 29), constando como folga dos profissionais nesses dias. Registra-se que o médico Eric, mesmo estando de folga trabalhou nos dias 07, 21 e 28 de novembro. Nos demais dias não houve presença de médico no NIR.

Apesar de haver escala médica para os dias 06 e 13/setembro não houve registro de trabalho médico nesses dois dias segundo o relatório ponto. O mesmo ocorreu para os dias 04 e 11/outubro. Ao total do período analisado de setembro a novembro/2019 foram 180h sem médico regulador na central.

**Hospital Regional Hans Dieter Schmidt** (PTE-08), de Joinville, encaminhou escala médica oficial do NIR e relatório espelho de ponto dos médicos Ana Paula Silva Stratmann, Carlos William Gomes Delfim, Marcia Castello Branco Faria Santos, Nelson Loss Neto e Wilson Cardozo Iida. Ressalta-se que a escala de sobreaviso dos médicos reguladores não foi encaminhada. De acordo com a documentação verificou-se que os médicos cumpriram suas escalas de trabalho, onde se concluiu que o NIR funcionava presencialmente no período analisado, das 7h às 23h, de segunda a sexta. Registra-se que a escala médica oficial não indica profissional para trabalhar nos finais de semana e feriados. Tendo em vista que não foi encaminhada escala de sobreaviso não foi possível identificar quais profissionais teriam sido convocados. Ressalta-se o horário resultante da análise (7h-23h) difere daquele informado pelo hospital que seria de jornada de 24h em todos os dias da semana.

**Maternidade Darcy Vargas** (PTE-05), de Joinville, constatou-se por meio da análise das escalas de serviço oficial e sobreaviso do NIR, como também do Relatório Espelho de Ponto e relatórios de Logs do Sistema de Gestão em Saúde Hospitalar – Micromed, dos médicos Caroline de Moraes Penno, Luciane Martelet dos Santos, Leovanir Gschwendtner e Bruna Ferreira Alves, que o horário de funcionamento presencial no NIR abrangia o período das 8h às 19h, de segunda a sexta. Verificou-se ainda que o período noturno (19h às 24h) e finais de semana e feriados era por meio de sobreaviso, cuja médica indicada para o serviço nos meses de outubro e novembro/2019 foi a Dra. Luciane. Com base no relatório de Logs foi possível verificar a produção da referida profissional durante o sobreaviso. Com relação aos demais profissionais verificou-se que a produção dos mesmos no relatório do Micromed atendeu apenas ao período constante nas escalas de serviço oficial. Ressalta-se que a unidade hospitalar informou que a partir de junho/2020 o horário de funcionamento do NIR passou a ocorrer das 7h às 19h e das 19h às 7h.

**Hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos** (PTE-04), de Lages, encaminhou as escalas de serviço oficial e sobreaviso do NIR e espelho de ponto dos médicos Thadeu Candido da Rocha, Fabio Daniel Mendes, Jonas Coelho Lehmkuhl, Hildebrando Nilton Reis Filho e Ricardo Brancher, relativo ao período de setembro a novembro/2019. Com base na documentação foi possível

verificar que o horário de funcionamento presencial do NIR abrange o período das 7h às 19h, de segunda a sexta, estando de acordo com a informação repassada pelo próprio hospital. Existe também escala de sobreaviso para período noturno durante a semana (19h às 07h) e final de semana e feriados. Não foi possível evidenciar na documentação em questão se houve produção médica durante o período de sobreaviso.

**Maternidade Dona Catarina Kuss** (PTE-06), de Mafra, encaminhou apenas os espelhos de ponto dos meses de outubro e novembro/2019, uma vez que o médico regulador daquele hospital iniciou suas atividades em 02/10/2019. Na análise de tais documentos verificou-se que não existe um horário definido de trabalho do médico regulador em questão, corroborando com a informação encaminhada pelo hospital em resposta à requisição 001/2020. Em conversa telefônica com a Diretora daquela unidade em 26/02/2021, obtive-se informação que a situação de falta de pessoal e de escala para o setor NIR ainda persiste.

**Instituto de Cardiologia de Santa Catarina** (PTE-09), de São José, encaminhou as escalas de serviço oficial do NIR e de sobreaviso relativas ao período de setembro a novembro/2019, como também relatório espelho de ponto dos médicos reguladores Bruno Quercia Barros, Lisiane Szczepaniak Janovik, Marcos Bonin e Thais Rossoni Weber da Silva. Verificou-se que os mesmos cumpriram a programação de suas escalas de trabalho, onde se evidenciou que o NIR funcionava das 8h às 20h, de segunda a sexta, confirmando a informação repassada pela unidade hospitalar. Todavia, não foi possível identificar na documentação encaminhada a produção dos médicos reguladores durante o sobreaviso que deveria acontecer no período noturno durante a semana e nos finais de semana e feriados.

**Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes** (PTE-03), de São José, encaminhou as escalas de serviço oficial do NIR e os relatórios espelho ponto das médicas Bianca Comelli Gerent, Elisângela dos Santos Boeno e Maria Elisabeth Andrade Galeno Carvalho, relativos ao período de setembro a novembro/2019. Da análise dos citados documentos verificou-se também que de acordo com as escalas o NIR funciona presencialmente das 7h às 19h e não funciona à noite, tampouco aos domingos e feriados, o que confirma a informação repassada pelo hospital. Existe apenas uma médica (Dra. Maria Elisabeth Andrade Galeno Carvalho) que tem escala aos sábados das 07 às 19h. Não há programação de escala de sobreaviso no hospital. Ressalta-se que de acordo com a documentação encaminhada as três médicas cumpriram a escala de trabalho no período selecionado de setembro a novembro/2019. Contudo, foi possível observar que nos

dias 12 e 13/setembro, 21 e 28/outubro e 15, 18 e 25/novembro não havia indicação de médico nas escalas de serviço oficial do NIR. Registra-se que dessa relação, apenas nos dias 12 e 13/09 houve o registro de trabalho da Dra. Maria Elisabeth que trabalhou 03:59h (12/09) e 5:52h (13/09), não havendo presença médica para os demais dias ora informados.

## APÊNDICE B – FUNCIONAMENTO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

**CRIH-MR Meio Oeste - Joaçaba** (PTE-21) informou que o funcionamento da central é 24h diárias e que no momento do encaminhamento da resposta ao TCE possuía 30 servidores sendo 10 médicos reguladores e 20 videofonistas (7 enfermeiros; 5 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de enfermagem; 1 auxiliar de laboratório; 2 técnicos administrativos; 1 farmacêutico; 1 odontólogo; 1 fiscal sanitaria; 1 atendente de saúde público). A unidade encaminhou escala de trabalho e sobreaviso dos médicos e videofonistas relativo a setembro a novembro/2019, e, também cartão ponto dos médicos reguladores, como também cópia de requerimento para inclusão manual em ficha ponto quando do esquecimento do lançamento de entrada ou saída da central por parte dos médicos. Com base nas escalas de serviço verificou-se que a jornada de trabalho na central ocorre em três períodos, quais sejam: manhã (7h-13h), tarde (13h-19h) e noite (19h-7h) em todos os dias da semana e envolve oito médicos reguladores e dezenove videofonistas. A escala médica de sobreaviso é realizada pelo médico Osmar Damaceno Ribeiro e perfaz apenas alguns dias da semana, e a jornada é variada também, por exemplo, em setembro foram 13 dias de escala de sobreaviso com turnos aos sábados das 7 às 19h, domingos das 7h às 7h, e durante a semana das 19h-7h. Já em outubro foram 15 dias de sobreaviso e em novembro 13 dias, todos com jornadas variadas. A escala de sobreaviso dos videofonistas ocorre de segunda a sexta das 19h às 7h e nos finais de semana das 7h-7h, tendo como servidores responsáveis a enfermeira Lesiane Cristina Agusti e o Técnico Administrativo Delir Vieceli Melo.

Durante a análise dos documentos, verificou-se que dos 10 médicos citados pela central apenas dois não fazem parte da escala de serviço ou sobreaviso (Franklin Veríssimo de Melo Filho e Liciane Angela Fabro). Constatou-se por meio do cartão ponto que a jornada de trabalho do médico Franklin em setembro foi de 80:12h, outubro de 78h e novembro de 82:11h. Já a médica Liciane cumpriu em setembro 106:25h; em outubro 110:26h e novembro 103:18h. Informa-se que nas escalas de serviço e sobreaviso dos videofonistas não foi possível localizar o nome da enfermeira Maria Cecília Piassini Silverio. Tendo em vista que não foram encaminhados cartões ponto dos videofonistas, impossibilitando a confirmação de cumprimento de jornada da referida servidora na central. Ademais, constatou-se por meio do cartão ponto, que todos os médicos escalados para o período em análise cumpriram seu horário de trabalho.

Contudo observou-se alguns vazios nas escalas médicas, ou seja, não havia médico escalado para determinados horários, a saber:

- a) Setembro/2019: dias 04, 18, 25, 27 (tarde); 06 e 20 (manhã e tarde); 13 e 19 (manhã);
- b) Outubro/2019: dias 04, 11, 18, 25 (sexta - tarde); 10 e 24 (noite);

c) Novembro/2019: dias 01, 08, 15, 29 (sexta - tarde); 22 (tarde e noite);

Porém, ao se analisar os cartões ponto dos médicos verificou-se que no mês de setembro os dias citados acima foram cobertos pelos profissionais Franklin (04, 06, 13, 19, 20), Arthur (18) e Liciane (06, 20, 25, 27). Já no mês de outubro os médicos Alessandro (10), Liciane (18, 25) e Cleber (24) foram os responsáveis por fazer a cobertura dos vazios nas escalas. Contudo, não se visualizou presença médica no período da tarde nos dias 04 e 11/10, ficando assim um período de 12h sem médico regulador na central. No mês de novembro os médicos Liciane (01, 08, 29), Alessandro (15) e João (22) cumpriram os horários em aberto na escala. Contudo o período da tarde do dia 22 (6h) ficou sem a presença de médico regulador. Portanto verificou-se um total de 18h sem profissional médico durante o período presencial de regulação.

**CRIH-MR do Vale do Itajaí - Blumenau** (PTE-21) informou que sua unidade funciona 24h durante os sete dias da semana e que possuía 29 servidores lotados na central, dos quais 11 eram médicos reguladores. A unidade encaminhou escala oficial e de sobreaviso dos médicos e demais servidores, como também o relatório de frequência/cartão ponto dos médicos reguladores. Da análise verificou-se que a jornada de trabalho da central ocorre das 7h-7h, sendo que as escalas de trabalho são variadas, havendo turnos de seis a dezenove horas durante a semana e turnos de 12 horas aos finais de semana, sendo que o sobreaviso médico ocorre apenas aos sábados e domingos, das 7h-7h e em setembro e outubro ficou sob responsabilidade da médica Maria Beatriz Silveira Schmitt Silva e novembro pelos médicos Fabrício Inácio Brandão e Mônica Helen Winnikow. No tocante ao sobreaviso de enfermagem, este acontece no período noturno durante a semana, das 19h-7h e nos feriados e finais de semana das 7h-7h.

Tendo em vista que a escala médica oficial de setembro não foi encaminhada, procurou-se verificar se houve durante o mês em questão algum período sem a presença de médico regulador na central. Na análise ficou constatado que todos os médicos cumpriram suas escalas e que houve a presença de médico 24h todos os dias do mês de setembro.

No mês de outubro, de posse da escala oficial e de sobreaviso bem como dos relatórios de frequência dos médicos, constatou-se que todos cumpriram sua jornada de trabalho. A mesma situação se repetiu no mês de novembro/2019.

Apesar da presente análise não envolver o registro ponto dos enfermeiros, constatou-se por meio da documentação encaminhada pelas centrais de regulação que a enfermeira Katiane Secco, da central de Blumenau também atua na central macrorregional de Foz do Rio Itajaí, contudo, devido à falta de documentação não foi possível verificar se havia conflito de horários da profissional entre as duas centrais.

**CRIH-MR Grande Oeste - Chapecó** (PTE-21) demonstrou que possuía 29 servidores atuando na central, sendo 9 médicos reguladores e 12 videofonistas (enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, biólogo, administrativo, assistente social), 3 médicos eletivas; 3 enfermeiras eletivas e 2 técnicos enfermagem (supervisores). A central também informou que seu horário de funcionamento é de 24h durante todos os sete dias da semana.

Na análise da escala médica oficial da Macrorregional de Chapecó, verificou-se que o período coberto pelas escalas abrange 24 horas todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, sendo que as escalas dos médicos reguladores obedecem aos seguintes turnos: 7h-13h; 13h-19h, e, 19h-7h. No tocante ao sobreaviso médico, ressalta-se que não houve encaminhamento de escala, apenas consta da relação de servidores a informação de que o sobreaviso é realizado pelo médico Jorge A. Pompermayer (coordenador), sem definir qual é o período em que ele ocorre.

Com relação a escala de médico regulador informa-se que todo o período durante o mês de setembro possuía escala médica e se verificou que todos os profissionais as cumpriram nesse período. Na escala de outubro, apesar de não haver médico escalado para o turno das 19h-7h no dia 29, esse turno foi realizado pelo médico Fabio Roberto Bardemaker Batista. Na escala médica de novembro existem dois vazios, ou seja, em que não havia indicação de médico para determinado turno. No dia 15/11 (feriado), no período das 7h-13h não havia indicação de profissional, contudo, ao se verificar o cartão ponto, observou-se que houve médico na central apenas no período das 13h-18:50h (Dr. Fábio), não havendo profissional durante a escala da manhã e noite. No dia 22 (sexta), não houve indicação de médico, tampouco a presença de outro médico regulador no horário das 7h-13h. Portanto verificou-se um total de 24h sem profissional médico durante o período presencial de regulação.

**CRIH-MR Norte e Nordeste - Joinville** (PTE-21) informou que possuía 20 servidores lotados em sua central, sendo 12 médicos reguladores e 8 videofonistas. Destacou ainda que o horário de funcionamento da central ocorre 24h por dia, de segunda a segunda. Foram encaminhadas apenas as escalas oficiais e o controle de frequência/controle de ponto dos médicos.

Contudo, observou-se que o controle de frequência ainda é manual, sendo que os horários ali anotados pelos profissionais são exatamente o de suas escalas, ou seja, sem atrasos ou adiantamentos. Tal situação causa estranheza, uma vez que o Decreto Estadual nº 2.194/2009 (11/03/2009), instituiu o ponto eletrônico e regulamentou o controle de frequência, a

compensação de horas e o ponto facultativo nos órgãos da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo Estadual.

Com relação à documentação encaminhada, constatou-se que o período coberto pelas escalas abrange 24h de segunda a sexta, inclusive finais de semana e feriados, sendo que as escalas dos médicos reguladores obedecem a quatro turnos de 6h (7h-13h; 13h-19h; 19-01h; 01h-7h) e um turno de 8h (9h-17h) que ocorre às segundas e quartas e é realizado pela médica Silvana Mitie Nishimura.

Com base no controle de frequência, verificou-se que os médicos constantes da escala de setembro/19 cumpriram a jornada de trabalho de acordo com a mesma. Entretanto, foram observados vazios na referida escala, ou seja, sem indicação de médico regulador para determinados dias e horários. Para tanto, procurou-se verificar junto ao controle de frequência quais médicos estariam trabalhando nesses períodos, uma vez que não houve indicação para tal. Observou-se então que o médico Orlando Soares Gonçalves, que consta da relação encaminhada pela central, mas não das escalas, fez a cobertura da maioria dos horários que estão sem indicação médica na escala de setembro/2019. Ou seja, cumpriu a jornada de trabalho das 7h-19h nos dias 03, 04, 05, 06, 10, 12, 13, 24, 26 e 27 de setembro. Contudo, nos dias 02/09 (período das 7h às 13h) e dias 17 e 19/09 (período das 7h-19h) não foi observada a presença de médico regulador na central, totalizando no mês 30h sem médico regulador na central.

No mês de outubro/19, verificou-se que de todos os médicos constantes da escala, apenas o médico Gerdil Leal de Azeredo foi quem não cumpriu totalmente a escala, ou seja, seu controle de frequência apontava faltas injustificadas em quatro dos dez dias em que deveria cumprir escala (dias 09, 16, 23 e 30/10 – quartas feiras), o que representou 40% do total da jornada a ser cumprida. Observou-se mais uma vez a falta de indicação de médicos nas escalas em determinados horários, contudo em sua maioria foram realizadas pelo médico Orlando Soares Gonçalves que cumpriu a jornada no período das 7h-19h nos dias 01, 02, 03, 04, 07, 14, 15, 16, 17, 21, 29, 30 e 31/10. Entretanto não se observou presença de médico regulador na central no horário das 7h às 19h nos dias 09, 11, 23, 24, 25 e 28/10. O mesmo ocorreu no horário das 7h-17:30h dos dias 08, 10, 18 e 22/10, totalizando 114h sem médico regulador na central.

No mês de novembro observou-se que apesar da escala estar quase completa, uma vez que apenas um turno do dia 15/11 não continha indicação de médico (13-19h), a central optou por indicar para cada turno dois profissionais. Contudo, o que se verificou, por meio da análise do controle de frequência, foi que apenas um daqueles profissionais é que compareceu à central, cumprindo assim a jornada indicada na escala. Houve também o caso da indicação na escala do médico Gerdil Leal de Azeredo que no mês em questão estava de férias. Mais uma vez não se

observou presença de médico na central em todo o período do dia 19 (24h) e também nos turnos das 7h às 19h nos dias 05, 06, 07, 15 e 20, e, das 7h-13h nos dias 12, 14, 27 e 29/11, totalizando 108h sem médico regulador na central. Portanto verificou-se um total no período analisado (setembro a novembro/2019) de 252h sem profissional médico durante o período presencial de regulação.

Por último, registra-se que a médica reguladora Tammy Boing lotada nessa central, também faz parte da relação de médicos reguladores do quadro da CRIH/MR Grande Florianópolis, porém atuando na bancada das cirurgias eletivas. Tendo em vista que a central da Grande Florianópolis encaminhou apenas a escala oficial de novembro, tomou-se esse mês para análise entre as duas centrais objetivando verificar se havia choque de horários, o que não se concretizou para o mês analisado.

**CRIH-MR da Foz do Rio Itajaí - Itajaí (PTE-21)**, informou possuir 34 servidores atuando em sua central, sendo 9 médicos reguladores, 21 videofonistas, 2 responsáveis por cirurgias eletivas, 1 supervisor e 1 coordenador. Informaram que a central funciona 24h de segunda a domingo.

Na análise da documentação encaminhada verificou-se que todos os médicos reguladores informados pela unidade fazem parte da escala médica e de acordo com o controle de frequência todos cumpriram suas respectivas jornadas de trabalho.

Constatou-se que o controle de frequência ainda é manual e em alguns casos houve dificuldade na compreensão da grafia de alguns médicos. Percebeu-se também que os horários ali anotados são exatamente aqueles previstos nas escalas dos profissionais, ou seja, sem atrasos ou adiantamentos. Tal situação causa estranheza, uma vez que o Decreto Estadual nº 2.194/2009 (11/03/2009), instituiu o ponto eletrônico e regulamentou o controle de frequência, a compensação de horas e o ponto facultativo nos órgãos da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo Estadual.

No tocante ao horário de funcionamento, verificou-se que o período coberto pelas escalas abrange realmente 24horas em todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, sendo que as escalas dos médicos reguladores obedecem aos seguintes horários: turno de 4h (7h-11h; 19h-23h); turno de 6h (7h-13h; 13h-19h); turno de 8h (7h-15h; 15h-23h; 11h-19h); turno de 10h (13h-23h); turno de 12h (7h-19h; 19-7h) e turno de 16h (7h-23h; 23h-7h). Consta da documentação apresentada que o médico coordenador José A. Montoya realiza 150h de sobreaviso sendo acionado quando requisitado, não havendo escala de sobreaviso.

Observou-se no mês de setembro/19, com base nas escalas de serviço e controles de frequência, a falta de indicação de médico regulador como também a ausência desse profissional

na central relativo aos dias 04, 06, 09, 11, 18, 19, 20, 23 e 25 (das 23h às 7h) e nos dias 10, 13 e 27 (das 19h às 7h), totalizando 108h sem médico regulador na central.

Essa mesma situação se repetiu em outubro nos dias 01, 04, 07, 08, 14, 15, 18, 21, 22, 25, 28 (período das 19h às 7h), e, dias 02, 09, 11, 16, 23, 29, 30 (período das 23h às 7h), totalizando 188h sem médico regulador na central.

Em novembro também se registrou falta de indicação de médico regulador e a ausência desse profissional na central nos dias 05, 07, 08, 19 e 22 (das 23h às 7h) e nos dias 06, 12, 13, 20, 21, 26, 27 e 29 (das 19h às 7h), totalizando 136h sem médico regulador na central. Portanto verificou-se no período setembro a novembro/2019 um total de 432h sem profissional médico regulador durante o período presencial de regulação.

**CRIH-MR Grande Florianópolis** (PTE-21), informou que possui 26 servidores lotados na central, sendo 15 deles para a bancada de urgência (7 médicos reguladores, 1 médico coordenador e 7 videofonistas) que atuam de forma presencial nas 24h do dia. Já na bancada eletiva trabalham 11 servidores (5 médicos reguladores e 6 administrativos) que atuam de forma presencial 12h por dia, de segunda a sexta. Para a presente análise foram consideradas as escalas e relatórios de ponto dos médicos reguladores da bancada de urgência dos meses de setembro a novembro/2019. As escalas da CRIH Grande Florianópolis compreendem turnos de 4 horas (8h-12h; 12h-16h; 16h-20h) e um turno de 12h (20h-8h).

Na análise das escalas, verificou-se que além dos sete médicos reguladores da bancada de urgência, a central da Grande Florianópolis conta ainda com mais três profissionais (Jeancarla Rodrigues de Oliveira, Patrícia Faggion e Cyro Riegenbach Muller), lotados na central estadual (CERIH) e que estão escalados em sua maioria para o horário das 20h-8h. O relatório de ponto desses três profissionais registra a jornada de trabalho nas duas centrais, porém está atrelado à CERIH.

Constatou-se na escala de setembro alguns turnos sem indicação de médico regulador, contudo esses horários foram cumpridos por alguns profissionais da bancada de urgência (dias 03, 07, 10, 17, 24 e 28/09). Já nos dias 01, 03 e 04 (8h-12h) e dia 08/09 (8h às 20h), não houve presença de médico regulador na CRIH, uma vez que os profissionais escalados para esses turnos não compareceram à central (Rafael S. Souza; Rafael D.O. Alcantara; Marcela P. A. Ribeiro; Carina D. Fugihara), o que significou 24h sem médico regulador na central no mês.

Em outubro, apesar de não haver indicação de médico em alguns turnos nos dias 02, 05, 08, 15, 22 e 29, verificou-se que apenas no dia 29 (20h-8h) não houve presença de profissional na central. Constatou-se que nos dias 04 (16h-20h) e 28 (20h-8h), apesar de haver médico em escala,

estes não compareceram à central (Gustavo R. T. Hess e Rodrigo W. Fernandes), totalizando no mês 28h sem médico regulador na central.

No mês de novembro se observou a falta de indicação médica na escala em alguns turnos nos dias, 05, 09, 12, 16, 19, 26 e 30. Ressalta-se que dessa relação apenas no dia 09/11 (16h-20h) não houve registro de presença de médico regulador na central. Verificou-se ainda períodos sem médico regulador na central motivado pela respectiva falta desse profissional ao trabalho nos dias 03 (14h-20h); 04 e 11 (16h-20h); 08 (20h-8h); 12 (12h-16h); 13 e 24(8h-12h), e, 16 e 17 (8h-20h), totalizando no mês de novembro o total de 66 horas sem médico regulador na central. Portanto verificou-se no período de setembro a novembro/2019 um total de 118h sem profissional médico regulador durante o período presencial de regulação.

**CRIH-MR Serra Catarinense** (Lages) e **CRIH-MR Sul** (Criciúma) não encaminharam documentação o que inviabilizou a respectiva análise.

**Central Estadual de Internações Hospitalares – CERIH** (Florianópolis) (PTE-21), informou que possui um total de 18 servidores, sendo 9 médicos reguladores, 6 videofonistas, 1 coordenador e 2 administrativos. Consta da documentação encaminhada que a médica Mariangela Pincelli Pimental faz apenas hora plantão na CERIH (extensão de vínculo), uma vez que a profissional está lotada no Hospital Nereu Ramos. Destaca-se mais uma vez, que da relação de médicos lotados na central estadual, três deles também participam da escala da CRIH-MR Grande Florianópolis, quais sejam: Jeancarla Rodrigues de Oliveira, Patrícia Faggion e Cyro Riegenbach Muller, sendo que o relatório espelho de ponto desses profissionais contém as jornadas de trabalho das duas centrais. Ressalta-se que a CRIH-MR Grande Florianópolis e CERIH dividem o mesmo ambiente em edifício onde está localizada a Secretaria de Estado da Saúde, favorecendo o cumprimento de jornada dos profissionais citados.

A CERIH informou que atua de forma presencial de segunda a sexta, nas 24h do dia. Ao se analisar as escalas médicas, verificou-se que há indicação de médico em todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados. Para tanto buscou-se verificar se houve algum turno sem a presença de médico regulador por motivo de falta ao trabalho, uma vez que havia indicação de médico nas escalas.

Da análise, constatou-se que no mês de setembro houve um total de 73h sem médico regulador correspondendo aos dias 07 (8h-20h); 11 (23h-8h); 21 (21h-8h); 25 e 30 (20h-8h); 28 (8h-19h) e 29 (8h-14h).

No mês de outubro foram 44h sem médico regulador na central referente aos dias 6 e 28 (16h-20h), 27 (8h-20h), 31 (8h-8h).

No mês de novembro foram 180h sem médico regulador na central, correspondendo aos dias 02, 16 e 30 (8h-8h); 03, 19, 24 (16h-20h); 05 (8h-12; 20h-8h); 07, 11, 14 e 22 (20h-8h); 12 e 26 (16h-8h). Portanto verificou-se no período de setembro a novembro de 2019, um total de 297h sem profissional médico durante o período presencial de regulação.

Portanto, com base no exposto, constatou-se que as CRIH-MR Norte e Nordeste (Joinville) e da Foz do Rio Itajaí (Itajaí) ainda mantém o controle de ponto manual, uma vez que houve determinação para instituição do ponto eletrônico nos órgãos da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo Estadual, por meio do Decreto Estadual nº 2.194/2009.

Outra constatação que se verificou em 85% das centrais de regulação de internação hospitalar analisadas (CRIH-MR e CERIH), durante o período analisado (setembro a novembro/2019), foi a ausência de médico regulador em alguns turnos das escalas, durante o período de 24h de um dia, ora motivada pela falta do profissional ao trabalho e em outras situações pela falta de indicação médica nas escalas e que acabaram por não serem cumpridas por outros médicos das respectivas centrais.

A CRIH-MR Meio Oeste (Joaçaba) totalizou 18h (setembro-novembro/19) sem médico regulador na central e na CRIH-MR Grande Oeste (Chapecó) foram 24h. Para o mesmo período a central Norte e Nordeste (Joinville) totalizou 252h e a central da Foz (Itajaí) o montante de 600h. Apesar da CERIH Grande Florianópolis dispor de três médicos da CERIH para cumprimento das escalas, esta apresentou 118h sem médico regulador em sua central. Por fim a central estadual (CERIH) totalizou 289h sem profissional médico na unidade para cumprimento de turno.

Por fim, considerando todas as análises realizadas no presente item, buscando verificar se a regulação de leitos de UTI/SUS estava disponível ininterruptamente (24h), conclui-se que a regulação realizada pelos 11 hospitais estaduais analisados funciona presencialmente em sua maioria das 7h às 19h, não sendo possível confirmar como ela ocorre durante período de sobreaviso que acontece à noite, finais de semana e feriados. Cabe lembrar que ficou constatado também durante o período presencial a falta de cumprimento de jornada de trabalho por parte de alguns médicos do Hospital Nereu Ramos, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes e Hospital Waldomiro Coulatti.

No tocante às centrais macrorregionais de regulação de internação hospitalar e estadual, o que se verificou foi que todas mantêm escala de 24h. Contudo, a análise mostrou que

em 85% destas, houve falta de médico regulador em alguns turnos das escalas, durante o período de 24h de um dia, o que compromete o fluxo da regulação.

Portanto, entende-se que a regulação de leitos de UTI/SUS, no período analisado, não estava disponível 24h em todos os dias da semana.

## APÊNDICE C – EVIDÊNCIAS DE REGULAÇÃO POSTERIOR DE LEITOS

*[devido a ausência de médico regulador na central macrorregional de internação hospitalar (CRIH-MR)]*

CRIH/MR	Dia e Horário sem médico regulador		Dia e Horário da Solicitação pela unidade Hospitalar		Dia e Horário da Autorização pela CRIH/CERIH		
	Dia da semana	Dia	Horário	Dia Solicitação	Hora Solicitação	Dia Autorização	Hora Autorização
CRIH Grande Oeste (Chapecó)	<b>sexta-feira</b>	<b>15/11/2019</b>	<b>19x7h</b>	15/11/2019	23:22:46	16/11/2019	13:39:17
CRIH Grande Oeste (Chapecó)	<b>sexta-feira</b>	<b>22/11/2019</b>	<b>7x13h</b>	22/11/2019	10:20:02	22/11/2019	13:39:40
CRIH Nordeste	<b>segunda-feira</b>	<b>02/09/2019</b>	<b>7x13h</b>	02/09/2019	07:55:23	02/09/2019	15:19:31
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	09:28:15	02/09/2019	16:47:48
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	09:24:48	02/09/2019	16:47:09
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	07:26:45	02/09/2019	14:52:58
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	09:32:46	04/09/2019	19:15:47
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	10:03:47	02/09/2019	17:25:12
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	07:31:21	02/09/2019	15:05:30
CRIH Nordeste	segunda-feira	02/09/2019	7x13h	02/09/2019	07:29:21	02/09/2019	15:06:25
CRIH Nordeste	<b>terça-feira</b>	<b>17/09/2019</b>	<b>7x19h</b>	17/09/2019	21:26:42	18/09/2019	09:48:14
CRIH Nordeste	terça-feira	17/09/2019	7x19h	17/09/2019	13:04:38	19/09/2019	20:02:56
CRIH Nordeste	terça-feira	17/09/2019	7x19h	17/09/2019	18:11:32	17/09/2019	21:28:22
CRIH Nordeste	<b>quinta-feira</b>	<b>19/09/2019</b>	<b>7x19h</b>	19/09/2019	13:19:53	19/09/2019	19:48:36
CRIH Nordeste	quinta-feira	19/09/2019	7x19h	19/09/2019	14:35:39	19/09/2019	19:49:24
CRIH Nordeste	quinta-feira	19/09/2019	7x19h	19/09/2019	13:07:53	19/09/2019	19:48:23
CRIH Nordeste	quinta-feira	19/09/2019	7x19h	19/09/2019	11:11:46	19/09/2019	19:48:39
CRIH Nordeste	quinta-feira	19/09/2019	7x19h	19/09/2019	16:40:26	19/09/2019	19:57:05
CRIH Nordeste	<b>terça-feira</b>	<b>08/10/2019</b>	<b>7x17:30h</b>	08/10/2019	13:58:52	09/10/2019	20:27:24
CRIH Nordeste	<b>quarta-feira</b>	<b>09/10/2019</b>	<b>7x19h</b>	09/10/2019	10:08:49	09/10/2019	21:20:45
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	15:13:24	09/10/2019	22:34:24
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	16:57:24	09/10/2019	22:57:38
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	10:12:11	09/10/2019	21:20:30
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	13:08:33	09/10/2019	21:51:50
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	11:11:13	09/10/2019	21:46:49
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	15:25:06	09/10/2019	22:43:56
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	08:52:20	09/10/2019	21:01:21
CRIH Nordeste	quarta-feira	09/10/2019	7x19h	09/10/2019	15:21:01	09/10/2019	22:42:33
CRIH Nordeste	<b>quinta-feira</b>	<b>10/10/2019</b>	<b>7x17:30h</b>	10/10/2019	14:33:34	10/10/2019	20:11:39
CRIH Nordeste	quinta-feira	10/10/2019	7x17:30h	10/10/2019	10:07:45	10/10/2019	19:41:18
CRIH Nordeste	quinta-feira	10/10/2019	7x17:30h	10/10/2019	09:40:34	10/10/2019	19:40:54
CRIH Nordeste	quinta-feira	10/10/2019	7x17:30h	10/10/2019	13:53:09	10/10/2019	19:46:12
CRIH Nordeste	quinta-feira	10/10/2019	7x17:30h	10/10/2019	05:09:55	10/10/2019	18:41:57
CRIH Nordeste	<b>sexta-feira</b>	<b>11/10/2019</b>	<b>7x19h</b>	11/10/2019	09:19:46	11/10/2019	19:30:03
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	14:32:11	11/10/2019	19:53:22
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	11:29:44	11/10/2019	19:41:04
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	14:22:59	11/10/2019	19:52:53
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	11:14:34	11/10/2019	19:40:16
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	11:09:58	11/10/2019	19:40:01
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	09:41:25	11/10/2019	19:33:05

CRIH/MR	Dia e Horário sem médico regulador			Dia e Horário da Solicitação pela unidade Hospitalar		Dia e Horário da Autorização pela CRIH/CERIH	
	Dia da semana	Dia	Horário	Dia Solicitação	Hora Solicitação	Dia Autorização	Hora Autorização
CRIH Nordeste	sexta-feira	11/10/2019	7x19h	11/10/2019	09:17:14	11/10/2019	19:29:03
CRIH Nordeste	<b>sexta-feira</b>	<b>18/10/2019</b>	<b>7x17:30h</b>	18/10/2019	15:44:34	18/10/2019	19:27:19
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	08:25:30	18/10/2019	19:31:32
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	11:37:06	18/10/2019	19:54:56
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	10:51:33	18/10/2019	19:21:25
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	09:52:31	18/10/2019	19:20:37
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	11:50:33	18/10/2019	17:31:22
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	10:35:42	18/10/2019	19:33:46
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	15:48:55	18/10/2019	17:35:55
CRIH Nordeste	sexta-feira	18/10/2019	7x17:30h	18/10/2019	09:46:22	18/10/2019	19:33:34
CRIH Nordeste	<b>terça-feira</b>	<b>22/10/2019</b>	<b>7x17:30h</b>	22/10/2019	10:45:11	22/10/2019	19:16:35
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	08:54:34	23/10/2019	21:35:16
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	10:13:30	22/10/2019	19:15:59
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	10:35:27	22/10/2019	19:16:15
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	13:22:40	22/10/2019	20:12:05
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	13:20:16	22/10/2019	20:11:48
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	10:13:29	22/10/2019	19:15:10
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	11:00:53	22/10/2019	20:01:01
CRIH Nordeste	terça-feira	22/10/2019	7x17:30h	22/10/2019	11:29:43	22/10/2019	20:18:03
CRIH Nordeste	<b>quarta-feira</b>	<b>23/10/2019</b>	<b>7x19h</b>	23/10/2019	14:19:16	23/10/2019	20:53:11
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	12:08:22	23/10/2019	20:42:04
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	11:49:39	23/10/2019	20:41:27
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	12:37:39	23/10/2019	20:43:56
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	14:32:18	23/10/2019	21:43:51
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	12:21:19	23/10/2019	20:43:15
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	16:27:03	24/10/2019	13:37:00
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	11:48:09	23/10/2019	20:36:22
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	10:24:45	23/10/2019	20:08:11
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	15:17:46	23/10/2019	21:46:20
CRIH Nordeste	quarta-feira	23/10/2019	7x19h	23/10/2019	11:28:27	23/10/2019	20:31:38
CRIH Nordeste	<b>sexta-feira</b>	<b>25/10/2019</b>	<b>7x19h</b>	25/10/2019	16:58:30	25/10/2019	20:56:45
CRIH Nordeste	sexta-feira	25/10/2019	7x19h	25/10/2019	13:39:03	25/10/2019	21:27:57
CRIH Nordeste	sexta-feira	25/10/2019	7x19h	25/10/2019	17:19:07	25/10/2019	20:50:18
CRIH Nordeste	<b>segunda-feira</b>	<b>28/10/2019</b>	7x19h	28/10/2019	16:03:30	28/10/2019	21:15:42
CRIH Nordeste	segunda-feira	28/10/2019	7x19h	28/10/2019	14:13:40	29/10/2019	21:23:52
CRIH Nordeste	<b>quinta-feira</b>	<b>14/11/2019</b>	<b>7x13h</b>	14/11/2019	10:23:15	14/11/2019	22:21:59
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	14:29:14	14/11/2019	21:47:40
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	17:42:58	14/11/2019	21:52:52
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	17:45:04	14/11/2019	21:38:34
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	10:54:27	14/11/2019	22:06:45
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	03:40:24	15/11/2019	16:29:27
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	12:33:45	14/11/2019	22:22:45
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	10:58:13	14/11/2019	21:47:57

CRIH/MR	Dia e Horário sem médico regulador		Dia e Horário da Solicitação pela unidade Hospitalar		Dia e Horário da Autorização pela CRIH/CERIH		
	Dia da semana	Dia	Horário	Dia Solicitação	Hora Solicitação	Dia Autorização	Hora Autorização
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	11:22:59	14/11/2019	22:02:49
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	11:10:50	14/11/2019	23:36:18
CRIH Nordeste	quinta-feira	14/11/2019	7x13h	14/11/2019	17:38:07	14/11/2019	21:38:18
CRIH Nordeste	<b>terça-feira</b>	<b>19/11/2019</b>	<b>7hx7h</b>	19/11/2019	13:24:06	20/11/2019	12:01:13
CRIH Nordeste	terça-feira	19/11/2019	7hx7h	19/11/2019	13:28:17	20/11/2019	12:01:28
CRIH Nordeste	terça-feira	19/11/2019	7hx7h	19/11/2019	10:18:29	20/11/2019	11:39:19
CRIH Nordeste	terça-feira	19/11/2019	7hx7h	19/11/2019	10:33:10	20/11/2019	11:40:10
CRIH Nordeste	terça-feira	19/11/2019	7hx7h	19/11/2019	13:32:46	21/11/2019	17:11:58
CRIH Nordeste	<b>quarta-feira</b>	<b>27/11/2019</b>	<b>7x13h</b>	27/11/2019	10:14:03	27/11/2019	14:35:13
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	05:27:37	27/11/2019	13:43:43
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	11:28:46	27/11/2019	14:44:41
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	10:45:09	27/11/2019	14:41:35
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	08:00:53	27/11/2019	13:48:11
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	10:30:39	27/11/2019	14:40:09
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	08:16:03	27/11/2019	14:02:39
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	11:33:55	27/11/2019	14:45:27
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	01:29:57	27/11/2019	13:42:12
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	08:16:43	27/11/2019	13:47:55
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	10:39:39	27/11/2019	14:41:21
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	14:21:05	27/11/2019	14:25:40
CRIH Nordeste	quarta-feira	27/11/2019	7x13h	27/11/2019	11:16:46	27/11/2019	14:44:13
CRIH Nordeste	<b>sexta-feira</b>	<b>29/11/2019</b>	<b>7x13h</b>	29/11/2019	10:23:51	29/11/2019	23:16:47
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	10:38:26	29/11/2019	14:47:46
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	09:55:44	29/11/2019	23:15:18
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	10:02:56	29/11/2019	14:42:14
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	10:09:25	29/11/2019	14:41:46
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	13:44:23	29/11/2019	13:53:42
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	07:26:38	29/11/2019	23:06:35
CRIH Nordeste	sexta-feira	29/11/2019	7x13h	29/11/2019	10:20:47	29/11/2019	14:44:52
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>terça-feira</b>	<b>10/09/2019</b>	<b>19x7h</b>	10/09/2019	23:42:42	11/09/2019	08:29:10
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>quarta-feira</b>	<b>11/09/2019</b>	<b>23x7h</b>	11/09/2019	05:17:01	11/09/2019	11:01:32
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>quarta-feira</b>	<b>18/09/2019</b>	<b>23x7h</b>	18/09/2019	18:12:55	19/09/2019	16:06:27
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>segunda-feira</b>	<b>23/09/2019</b>	<b>23x7h</b>	23/09/2019	23:35:42	24/09/2019	12:49:46
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>terça-feira</b>	<b>15/10/2019</b>	<b>19x7h</b>	15/10/2019	23:21:17	16/10/2019	08:20:06
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>quarta-feira</b>	<b>16/10/2019</b>	<b>23x7h</b>	16/10/2019	23:46:58	17/10/2019	10:10:30
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>sexta-feira</b>	<b>08/11/2019</b>	<b>23x7h</b>	08/11/2019	18:48:57	13/11/2019	18:49:01
CRIH Foz do Rio Itajaí	sexta-feira	08/11/2019	23x7h	08/11/2019	12:16:25	11/11/2019	16:43:11
CRIH Foz do Rio Itajaí	sexta-feira	08/11/2019	23x7h	08/11/2019	07:16:16	09/11/2019	18:48:34
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>terça-feira</b>	<b>12/11/2019</b>	<b>19x7h</b>	12/11/2019	14:44:22	13/11/2019	10:57:05
CRIH Foz do Rio Itajaí	terça-feira	12/11/2019	19x7h	12/11/2019	17:39:26	13/11/2019	18:55:20
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>quarta-feira</b>	<b>13/11/2019</b>	<b>19x7h</b>	13/11/2019	14:28:11	14/11/2019	19:00:32
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>terça-feira</b>	<b>19/11/2019</b>	<b>23x7h</b>	19/11/2019	15:45:40	20/11/2019	10:33:29
CRIH Foz do Rio Itajaí	<b>sexta-feira</b>	<b>29/11/2019</b>	<b>19x7h</b>	29/11/2019	09:33:36	30/11/2019	10:47:42

CRIH/MR	Dia e Horário sem médico regulador			Dia e Horário da Solicitação pela unidade Hospitalar		Dia e Horário da Autorização pela CRIH/CERIH	
	Dia da semana	Dia	Horário	Dia Solicitação	Hora Solicitação	Dia Autorização	Hora Autorização
CRIH Foz do Rio Itajaí	sexta-feira	29/11/2019	19x7h	29/11/2019	08:52:28	01/12/2019	00:10:35
CRIH Grande Florianópolis	domingo	01/09/2019	8x12h	01/09/2019	12:16:46	02/09/2019	09:48:39
CRIH Grande Florianópolis	domingo	01/09/2019	8x12h	01/09/2019	13:18:22	01/09/2019	13:30:01
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	03/09/2019	8x12h	03/09/2019	13:08:49	03/09/2019	17:46:21
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	03/09/2019	8x12h	03/09/2019	09:06:27	03/09/2019	14:26:31
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	03/09/2019	8x12h	03/09/2019	09:04:54	03/09/2019	14:16:41
CRIH Grande Florianópolis	domingo	08/09/2019	8x20h	08/09/2019	13:30:39	09/09/2019	10:00:34
CRIH Grande Florianópolis	sexta-feira	04/10/2019	16x20h	04/10/2019	16:49:45	04/10/2019	21:47:24
CRIH Grande Florianópolis	segunda-feira	28/10/2019	20x8h	28/10/2019	17:19:12	29/10/2019	09:01:28
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	29/10/2019	20x8h	29/10/2019	11:10:27	31/10/2019	08:31:54
CRIH Grande Florianópolis	domingo	03/11/2019	14x20h	03/11/2019	20:31:43	03/11/2019	21:14:32
CRIH Grande Florianópolis	domingo	03/11/2019	14x20h	03/11/2019	20:28:19	07/11/2019	16:43:38
CRIH Grande Florianópolis	domingo	03/11/2019	14x20h	03/11/2019	13:50:36	03/11/2019	23:17:47
CRIH Grande Florianópolis	segunda-feira	04/11/2019	16x20h	04/11/2019	13:59:17	04/11/2019	21:39:16
CRIH Grande Florianópolis	segunda-feira	04/11/2019	16x20h	04/11/2019	14:00:39	04/11/2019	21:39:52
CRIH Grande Florianópolis	segunda-feira	04/11/2019	16x20h	04/11/2019	09:23:58	04/11/2019	21:36:37
CRIH Grande Florianópolis	segunda-feira	04/11/2019	16x20h	04/11/2019	14:02:09	04/11/2019	21:40:21
CRIH Grande Florianópolis	sexta-feira	08/11/2019	20x8h	08/11/2019	17:10:16	09/11/2019	14:38:40
CRIH Grande Florianópolis	sexta-feira	08/11/2019	20x8h	08/11/2019	16:40:17	12/11/2019	14:48:35
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	10:48:11	12/11/2019	18:01:32
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	14:09:42	12/11/2019	18:39:58
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	11:40:41	12/11/2019	18:15:02
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	14:11:19	12/11/2019	18:40:57
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	13:36:53	12/11/2019	18:32:19
CRIH Grande Florianópolis	terça-feira	12/11/2019	12x16h	12/11/2019	13:43:15	12/11/2019	18:35:55
CRIH Grande Florianópolis	domingo	24/11/2019	8x12h	24/11/2019	11:55:23	27/11/2019	14:06:48

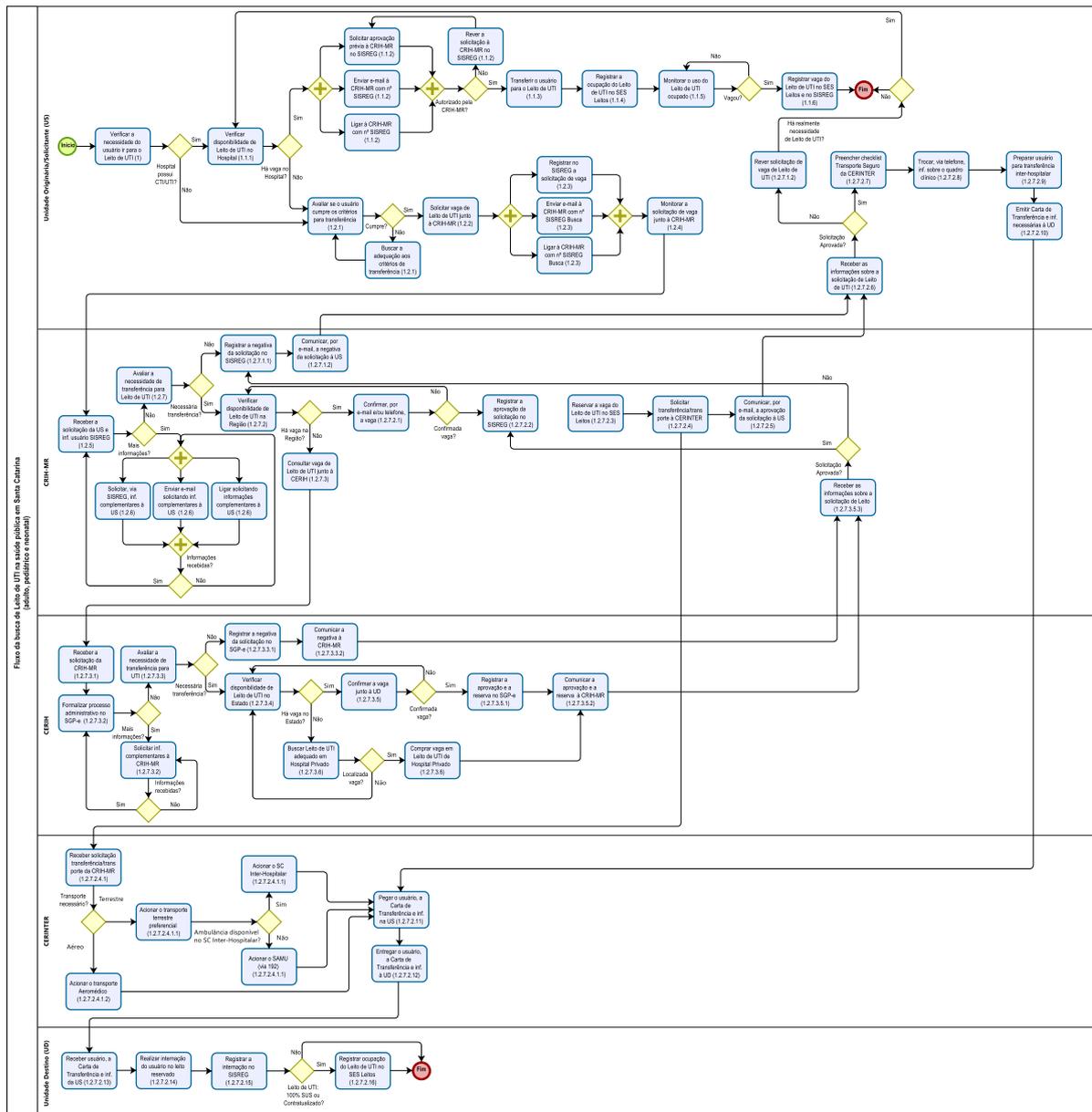
## APÊNDICE D – EVIDÊNCIAS DE FALHA NA ALIMENTAÇÃO DO SISREG

CRIH-MR	AIH	Data Internação	Data solicitação	Data autorização	Autorização - Regulação	Data Alta
Serra catarinense	421910147084-8	15/10/2019	16/10/2019	29/10/2019	318:21:22	01/11/2019
Foz do Itajaí	421910465657-0	17/09/2019	18/09/2019	30/09/2019	286:21:25	01/10/2019
Foz do Itajaí	421910537643-1	31/10/2019	01/11/2019	02/12/2019	745:13:30	02/12/2019
Grande Fpolis	421910494452-7	05/12/2019	20/11/2019	05/12/2019	357:39:06	05/12/2019
Grande Fpolis	421910488894-4	13/11/2019	24/10/2019	12/11/2019	453:18:56	13/11/2019
Grande Fpolis	421910232812-2	23/09/2019	23/09/2019	22/10/2019	683:42:46	25/10/2019
Grande Fpolis	421910489743-6	18/11/2019	13/10/2019	15/11/2019	786:55:59	18/11/2019
Grande Fpolis	421910498813-1	13/09/2019	13/09/2019	19/12/2019	2319:20:36	20/12/2019
Meio Oeste	421910319825-5	01/10/2019	19/10/2019	28/10/2019	216:36:50	28/10/2019
Meio Oeste	421910316867-6	10/09/2019	23/09/2019	03/10/2019	232:31:28	03/10/2019
Meio Oeste	421910550711-1	22/11/2019	30/11/2019	10/12/2019	252:40:48	13/12/2019
Meio Oeste	421910321288-5	22/10/2019	28/10/2019	08/11/2019	262:06:18	08/11/2019
Meio Oeste	421910317144-8	23/09/2019	24/09/2019	05/10/2019	272:14:25	07/10/2019
Meio Oeste	421910549722-2	12/11/2019	19/11/2019	02/12/2019	318:20:38	05/12/2019
Meio Oeste	421910320620-8	16/10/2019	21/10/2019	03/11/2019	319:10:31	05/11/2019
Meio Oeste	421910549720-0	25/10/2019	18/11/2019	02/12/2019	340:39:56	06/12/2019
Meio Oeste	421910316832-4	05/09/2019	19/09/2019	03/10/2019	341:06:34	03/10/2019
Meio Oeste	421910319907-0	29/10/2019	14/10/2019	28/10/2019	342:18:14	29/10/2019
Meio Oeste	421910323403-8	10/11/2019	11/11/2019	27/11/2019	374:59:21	27/11/2019
Meio Oeste	421910320111-5	13/10/2019	14/10/2019	30/10/2019	376:55:36	30/10/2019
Meio Oeste	421910316861-0	11/09/2019	17/09/2019	03/10/2019	377:34:54	03/10/2019
Meio Oeste	421910319404-2	30/09/2019	30/09/2019	24/10/2019	568:46:02	25/10/2019
Meio Oeste	421910551055-4	07/11/2019	08/11/2019	12/12/2019	814:02:06	13/12/2019
Norte e Nordeste	421910544491-7	21/09/2019	11/11/2019	25/11/2019	344:58:10	28/11/2019
Norte e Nordeste	421910036522-7	12/10/2019	12/10/2019	28/10/2019	394:29:11	29/10/2019
Norte e Nordeste	421910545357-4	22/11/2019	27/11/2019	14/12/2019	410:15:11	14/12/2019
Norte e Nordeste	421910544825-0	26/10/2019	14/11/2019	01/12/2019	415:04:43	02/12/2019
Norte e Nordeste	421910545356-3	26/11/2019	26/11/2019	14/12/2019	431:13:37	14/12/2019
Norte e Nordeste	421910112483-2	26/09/2019	26/09/2019	14/10/2019	439:34:58	15/10/2019
Norte e Nordeste	421910036691-0	03/11/2019	03/11/2019	23/11/2019	490:05:46	25/11/2019
Norte e Nordeste	421910036690-0	02/11/2019	02/11/2019	23/11/2019	502:28:23	25/11/2019
Norte e Nordeste	421910545355-2	20/11/2019	22/11/2019	14/12/2019	535:20:19	14/12/2019
Norte e Nordeste	421910544824-0	08/11/2019	08/11/2019	01/12/2019	559:13:46	02/12/2019
Norte e Nordeste	421910566190-3	25/11/2019	27/11/2019	22/12/2019	606:32:19	23/12/2019
Norte e Nordeste	421910036689-9	23/10/2019	23/10/2019	23/11/2019	743:45:40	25/11/2019
Norte e Nordeste	421910449513-3	13/10/2019	11/09/2019	12/10/2019	760:32:14	16/10/2019
Norte e Nordeste	421910545316-7	10/11/2019	08/11/2019	12/12/2019	812:02:42	14/12/2019
Norte e Nordeste	421910036516-1	24/09/2019	24/09/2019	28/10/2019	819:32:00	29/10/2019
Norte e Nordeste	421910112822-0	16/09/2019	17/09/2019	21/10/2019	825:23:56	24/10/2019
Norte e Nordeste	421910112538-2	09/09/2019	09/09/2019	15/10/2019	872:06:21	18/10/2019
Norte e Nordeste	421910112477-7	06/09/2019	06/09/2019	14/10/2019	919:38:03	15/10/2019
Norte e Nordeste	421910112537-1	01/08/2019	06/09/2019	15/10/2019	940:08:17	18/10/2019
Norte e Nordeste	421910112536-0	22/08/2019	06/09/2019	15/10/2019	940:40:12	18/10/2019
Norte e Nordeste	422010390605-1	19/11/2019	27/11/2019	18/01/2020	1235:07:06	20/01/2020
Norte e Nordeste	422010404139-5	02/12/2019	29/11/2019	23/01/2020	1329:30:26	24/01/2020

## APÊNDICE E – FLUXOGRAMA

Apresenta-se o passo a passo do fluxograma da busca de leito de UTI/SUS na saúde pública em Santa Catarina (adulto, pediátrico e neonatal), conforme constatado pela equipe de auditoria como rotina (atividades e procedimentos comuns). Ressalta-se que a numeração adotada serve de orientação para melhor interpretar o fluxo em questão.

**Fluxograma de busca de leito de UTI/SUS em Santa Catarina desenhado pela equipe de auditoria**



Fonte: elaborado pela Equipe de Auditoria com base na legislação, entrevistas e observação direta.

## **1 – Verificar a necessidade de o usuário ser internado em leito de UTI**

A Unidade Solicitante (US), depois de confirmada a necessidade de internação do usuário em leito de UTI/SUS, por meio do Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou setor competente, deve buscar com a devida celeridade a vaga para atender essa necessidade. E, como primeira opção de busca, deve fazer a procura por vaga dentro da própria unidade hospitalar. Para isso, faz-se a seguinte pergunta: o hospital possui CTI/UTI? Se a resposta a essa pergunta for SIM, passa-se a verificar disponibilidade de leito de UTI no próprio hospital (vide continuação do fluxo: subitem 1.1.1 e subsequentes). Mas se a resposta for NÃO, passa-se a avaliar se o usuário cumpre os critérios para transferência a outro hospital (vide continuação do fluxo: subitem 1.2 e subsequentes).

### **1.1 – Quando Unidade Solicitante possui CTI/UTI**

Se a Unidade Solicitante possui CTI/UTI, o NIR ou setor competente deve verificar, de pronto, a disponibilidade de leito de UTI dentro do próprio hospital, usando o sistema SES Leitos e/ou levantamento interno de dados.

#### **1.1.1 – Verificar disponibilidade de leito de UTI no Hospital**

O NIR ou setor competente deve verificar, no primeiro momento, disponibilidade de leito de UTI dentro do próprio Hospital, usando o sistema SES Leitos e/ou levantamento interno de dados, fazendo a pergunta: há vaga de leito de UTI dentro do hospital? Se a resposta a essa pergunta for SIM, deve solicitar aprovação prévia de internação à CRIH-MR no Sisreg, com envio de *e-mail* à CRIH-MR contendo o número de Sisreg e ligação à CRIH-MR para comunicar essa solicitação. Mas se a resposta for NÃO, deve avaliar se o usuário cumpre os critérios para transferência a outro hospital (vide continuação do fluxo: subitem 1.2 e subsequentes).

#### **1.1.2 – Solicitar aprovação prévia à CRIH-MR no Sisreg**

Além da Unidade Solicitante, por meio do NIR ou setor competente, solicitar a autorização prévia da internação em leito de UTI à CRIH-MR por meio do Sisreg, que gerará número específico para isso, também enviará *e-mail* à CRIH-MR contendo número de Sisreg e ligará para a CRIH-MR para comunicar essa solicitação.

Então, cabe a CRIH-MR, mediante constante acompanhamento/monitoramento do Sisreg por meio das telas competentes e eventual informação adicional solicitada, regular o leito de UTI/SUS da US, de forma a aprovar ou negar a internação do usuário.

Sendo assim, a Unidade Solicitante, por meio do NIR ou setor competente, deve acompanhar se houve aprovação da internação de leito de UTI pela CRIH-MR. Em caso de aprovação (SIM), transfere o usuário para o leito de UTI do próprio hospital. Mas em caso de ter sido negado o pedido (NÃO), deve rever a solicitação à CRIH-MR no Sisreg.

### **1.1.3 – Transferir o usuário para o leito de UTI**

Após a aprovação prévia da internação pela CRIH-MR, a Unidade Solicitante transfere regularmente o usuário para o leito de UTI.

### **1.1.4 – Registrar a ocupação do Leito de UTI no SES Leitos**

Após transferido regularmente o usuário para o leito de UTI, o NIR ou setor competente, faz o registro da ocupação do leito no Sistema SES Leitos, mantendo devidamente atualizado esse sistema informatizado.

### **1.1.5 – Monitorar o uso do Leito de UTI ocupado**

A unidade hospitalar originária, por meio do NIR ou setor competente para tanto, deve monitorar o uso do leito de UTI ocupado. Para isso, deve constantemente questionar se o leito de UTI vagou (alta, óbito, transferência do usuário etc.). Caso o leito tenha vagado (SIM), o NIR ou setor competente deve registrar a disponibilidade da vaga do leito de UTI no Sisreg e no SES Leitos. Mas caso o leito não tenha vagado (NÃO), o NIR ou setor competente deve manter o monitoramento do uso do leito de UTI ocupado.

### **1.1.6 – Registrar disponibilidade da vaga do leito de UTI no Sisreg e no SES Leitos**

Caso vagar o leito de UTI, deve-se registrar sua disponibilidade nos Sistemas Sisreg e SES Leitos, mantendo devidamente atualizados esses sistemas informatizados.

## **1.2 – A Unidade Solicitante não possui CTI/UTI ou não possui vaga em leito de UTI/SUS disponível**

Se a Unidade Solicitante não possui CTI/UTI ou não possui vaga em leito de UTI disponível, o hospital, por meio de profissional médico competente, deve avaliar se o usuário cumpre os critérios para transferência a outro hospital com vaga em leito de UTI.

Ressalva-se que para a transferência inter-hospitalar é necessário que sejam avaliadas as condições clínicas mínimas do usuário para que o procedimento seja realizado e se tenha a autorização dos familiares, se for o caso.

### **1.2.1 – Avaliar se o usuário cumpre os critérios para transferência inter-hospitalar**

O médico assistente (ou outro profissional médico competente) deve verificar se o usuário cumpre os critérios para transferência a outro hospital (incluído nessa análise o aceite da família para a realização da transferência, se houver a necessidade). Caso o usuário cumpra os critérios para transferência a outro hospital (SIM), o NIR ou setor competente deve requerer vaga de leito de UTI junto à CRIH-MR. Mas se o usuário não cumprir os critérios para transferência a outro hospital (NÃO), o NIR ou setor competente deve buscar a adequação aos critérios de transferência (sempre verificando o surgimento de vaga para internação em leito de UTI dentro do próprio hospital durante todo o processo de busca de leitos).

### **1.2.2 – Solicitar vaga de leito de UTI junto à CRIH-MR**

A Unidade Solicitante não possuindo CTI/UTI ou não possuindo vaga em leito de UTI disponível, o NIR ou setor competente deve solicitar vaga junto à CRIH-MR. Para isso, o NIR ou setor competente deve registrar no Sisreg a solicitação de busca de leito de UTI, que gerará número específico para isso, bem como deverá enviar *e-mail* à CRIH-MR contendo o número de Sisreg e ligar para a CRIH-MR para comunicar esse registro.

### **1.2.3 – Registrar no Sisreg a solicitação de busca de vaga em leito de UTI**

Além de a Unidade Solicitante, por meio do NIR ou setor competente, registrar no Sisreg a solicitação de busca de vaga em leito de UTI, que gerará número específico disso, também deverá enviar *e-mail* à CRIH-MR contendo o número de Sisreg e ligar para comunicar esse registro.

### **1.2.4 – Monitorar a solicitação de vaga em leito de UTI junto à CRIH-MR**

A Unidade Solicitante, por meio do NIR ou setor competente, passa a monitorar a solicitação de vaga em leito de UTI junto à CRIH-MR. Se houver necessidade, deve realizar contatos adicionais mediante registro em meios apropriados.

### **1.2.5 – Receber a solicitação de vaga em leito de UTI da Unidade Solicitante e informações do usuário pelo Sisreg**

A CRIH-MR recebe a solicitação da Unidade Solicitante e informações do usuário pelo Sisreg. De pronto, verifica a necessidade de mais informações para proceder a regulação. Se houver a necessidade de mais informações (SIM), a CRIH-MR solicita, via Sisreg, informações complementares à US, bem como envia *e-mail* e também liga à US. Caso as informações recebidas não possibilitem a avaliação, são requeridas informações adicionais até que se tenha possibilidade de decidir com segurança sobre o caso. Mas se não houver a necessidade de mais informações (NÃO), a CRIH-MR passa a avaliar a necessidade de transferência do usuário para leito de UTI na região. Ressalta-se que se deve estar atendo ao surgimento de vaga de leito de UTI na Unidade Solicitante durante todo o processo de regulação.

### **1.2.6 – Solicitar, via Sisreg, informações complementares à Unidade Solicitante**

Constatando necessidade de mais informações sobre a solicitação de vaga de leito de UTI, a CRIH-MR solicita à Unidade Solicitante, via Sisreg, informações complementares, bem como envia *e-mail* e liga à US fazendo a solicitação das informações necessárias. Caso as informações recebidas não possibilitem a avaliação, são requeridas informações adicionais até que se tenha possibilidade de decidir com segurança sobre o caso.

### **1.2.7 – Avaliar a necessidade de transferência para leito de UTI**

O médico regulador da CRIH-MR, a partir das informações do Sisreg e eventuais informações adicionais solicitadas, avalia a necessidade de transferência para leito de UTI em hospital diverso da Unidade Solicitante e dentro do território/região de atuação da macrorregional. Nessa avaliação, além de analisar o quadro clínico do usuário, também o médico regulador deve levar em conta o surgimento de vaga de leito de UTI dentro da US durante todo o processo de regulação.

Então, o médico regulador avalia a necessária transferência inter-hospitalar do usuário. Se houver a necessidade de transferência inter-hospitalar (SIM), a CRIH-MR verifica disponibilidade de leito de UTI na região. Mas se não houver a necessidade de transferência inter-hospitalar (NÃO), a CRIH-MR registra a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg e comunica, por *e-mail*, essa negativa à US.

#### **1.2.7.1.1 – Registrar negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg**

No caso do médico regulador da CRIH-MR entender ser desnecessária a transferência inter-hospitalar do usuário, mediante decisão devidamente fundamentada, o profissional registrará a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg e comunicará, por *e-mail*, essa negativa da solicitação à Unidade Solicitante.

#### **1.2.7.1.2 – Comunicar, por e-mail, a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI à Unidade Solicitante**

A CRIH-MR, em virtude da negativa da solicitação de vaga de leito de UTI, deverá comunicar, por *e-mail*, essa decisão a Unidade Solicitante. A partir do recebimento das informações sobre a negativa da solicitação de Leito de UTI, a US deve rever essa solicitação de vaga de Leito de UTI sob o aspecto de existir ainda sua necessidade.

#### **1.2.7.2 – Verificar disponibilidade de leito de UTI na região da Macrorregional**

No caso do médico regulador da CRIH-MR entender ser necessária a transferência inter-hospitalar do usuário, o profissional deve verificar a disponibilidade de leito de UTI dentro do seu território/região de atuação utilizando-se do SES Leitos (surge a questão: há vaga de leitos de UTI/SUS na região?). Havendo disponibilidade de leito de UTI dentro do território de atuação da CRIH-MR (SIM), confirma-se, por *e-mail* e/ou telefone, a vaga junto à Unidade de Destino (UD). Mas não havendo disponibilidade de leito de UTI dentro do território de atuação da CRIH-MR (NÃO), faz-se consulta de disponibilidade de vaga de leito de UTI em outras regiões de Santa Catarina junto à CERIH.

#### **1.2.7.2.1 – Confirmar, por e-mail e/ou telefone, a vaga junto à Unidade de Destino**

Havendo a disponibilidade de leito de UTI dentro do território/região de atuação da macrorregional, a CRIH-MR deve confirmar, por e-mail e/ou telefone, a vaga de leito de UTI disponível junto à Unidade de Destino (UD), com objetivo de reservar a vaga e iniciar os procedimentos de transferência inter-hospitalar. Se a Unidade de Destino confirmar a disponibilidade da vaga de leito de UTI (SIM), a CRIH-MR deve reservar junto ao Sistema SES Leitos a vaga disponibilizada pela UD. Mas se a UD não dispuser da vaga de leito de UTI (NÃO), a CRIH-MR retorna a verificação da disponibilidade de leito de UTI dentro do seu território/região de atuação e em caso de inexistir vaga, deverá fazer consulta à CERIH.

#### **1.2.7.2.2 – Registrar a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg**

A CRIH-MR deverá registrar a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg, indicando a Unidade de Destino que está disponibilizando a vaga.

#### **1.2.7.2.3 – Reservar a vaga disponibilizada junto ao Sistema SES Leitos**

Confirmada a disponibilidade da vaga de leito de UTI pela Unidade de Destino, a CRIH-MR reservará essa vaga junto ao Sistema SES Leitos, como forma de garantir o atendimento e iniciar os procedimentos de transferência inter-hospitalar.

#### **1.2.7.2.4 – Solicitar a transferência inter-hospitalar do usuário junto à Cerinter**

Tendo em vista a confirmação e reserva da vaga de UTI na Unidade de Destino, a CRIH-MR deve solicitar, conforme exigências das normas vigentes, a transferência inter-hospitalar do usuário junto à Cerinter.

Ressalta-se, neste subitem, que no decorrer da presente auditoria, o transporte inter-hospitalar realizado pelo Samu (via 192), acabou sendo reorganizado por meio da Deliberação CIB nº 181/2021, hoje é coordenado pela Central Estadual de Transferências Inter-Hospitalares (Cerinter), da SES/SC.

##### **1.2.7.2.4.1 – Receber solicitação transferência/transporte da CRIH-MR**

O médico regulador da Cerinter, respeitadas as normas vigentes e os procedimentos preestabelecidos, receberá a solicitação de transferência inter-hospitalar – solicitação de transporte – da CRIH-MR, analisando o tipo de transporte necessário para o caso em questão: transporte aéreo ou terrestre.

##### **1.2.7.2.4.1.1 – Acionar o transporte terrestre preferencial**

O médico regulador da Cerinter, respeitadas as normas vigentes e os procedimentos preestabelecidos, optará pelo transporte terrestre necessário ao caso em questão, utilizando preferencialmente os serviços de transporte do SC Inter-Hospitalar. Caso não exista a possibilidade de utilização desse transporte, acionará o Samu, via 192, para realização da transferência inter-hospitalar programada.

#### **1.2.7.2.4.1.2 – Acionar o transporte aeromédico**

O médico regulador da Cerinter, respeitadas as normas vigentes e os procedimentos preestabelecidos, optará excepcionalmente e mediante fundamentação técnica pelo transporte aeromédico conforme o caso a ser atendido.

#### **1.2.7.2.5 – Comunicar, por e-mail e/ou telefone, a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI à Unidade Solicitante**

Em virtude da confirmação e reserva da vaga de UTI na Unidade de Destino, a CRIH-MR comunicará, por *e-mail* e/ou telefone, a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI à Unidade Solicitante.

#### **1.2.7.2.6 – Receber as informações da CRIH-MR sobre a solicitação de vaga de leito de UTI**

A Unidade Solicitante recebe as informações da CRIH-MR sobre a solicitação de vaga de leito de UTI. Então, a US, por meio do NIR ou setor competente, verifica se a solicitação de vaga de leito de UTI foi aprovada ou negada. Se a solicitação de vaga de leito de UTI foi aprovada (SIM), o NIR ou setor competente deve preencher *checklist* do Transporte Seguro junto à Cerinter. Mas se a solicitação de vaga de leito de UTI não foi aprovada (NÃO), o NIR ou setor competente deve rever essa solicitação de vaga de Leito de UTI sob o aspecto de existir ainda sua necessidade (vide subitem 1.2.7.1.2).

#### **1.2.7.2.7 – Preencher o checklist do Transporte Seguro junto à Cerinter**

A Unidade Solicitante, por meio do NIR ou setor competente, deve preencher *checklist* do Transporte Seguro junto à Cerinter, em conformidade com as orientações recebidas e a normativa vigente.

#### **1.2.7.2.8 – Trocar, via telefone, informações sobre o quadro clínico**

O médico assistente (ou profissional médico competente) da Unidade Solicitante deve contatar o profissional médico responsável da Unidade Destino com o objetivo de trocar, via telefone, informações com o médico assistente (ou profissional médico competente) da Unidade Destino sobre o quadro clínico do usuário, bem como deve compartilhar informações eventuais para garantir o sucesso da transferência inter-hospitalar e da futura internação do usuário.

#### **1.2.7.2.9 – Preparar o usuário para transferência inter-hospitalar**

A Unidade Solicitante, por meio dos setores internos competentes, preparará o usuário para transferência inter-hospitalar realizada por intermédio da Cerinter.

#### **1.2.7.2.10 – Emitir Carta de Transferência e enviar informações necessárias do usuário à Unidade Destino**

A Unidade Solicitante emitirá a Carta de Transferência e enviará informações necessárias do usuário à Unidade Destino por meio do transporte inter-hospitalar responsável.

#### **1.2.7.2.11 – Pegar o usuário, a carta de transferência e informações na Unidade Solicitante**

O transporte responsável pela transferência inter-hospitalar deve pegar o usuário, a carta de transferência e as informações na Unidade Solicitante com o objetivo de transportá-los até a Unidade Destino.

#### **1.2.7.2.12 – Entregar o usuário, a carta de transferência e informações na Unidade Destino**

O transporte responsável pela transferência inter-hospitalar deve entregar o usuário, a carta de transferência e informações na Unidade Destino, concluindo a transferência inter-hospitalar definida pela Cerinter.

#### **1.2.7.2.13 – Receber o usuário, a carta de transferência e informações da Unidade Solicitante**

A Unidade Destino recebe o usuário, a carta de transferência e informações da Unidade Solicitante, entregues pelo transporte responsável pela transferência inter-hospitalar.

#### **1.2.7.2.14 – Realizar a internação do usuário no Leito de UTI reservado**

A Unidade Destino deve internar o usuário no Leito de UTI reservado e realizar os procedimentos internos necessários.

#### **1.2.7.2.15 – Registrar a internação do usuário no Sisreg**

A Unidade Destino deve registrar a internação do usuário no Sisreg e, se o leito de UTI é 100% SUS ou contratualizados, deve também registrar a ocupação do leito de UTI no Sistema SES Leitos.

#### **1.2.7.2.16 – Registrar ocupação do Leito de UTI no SES Leitos**

Após registrar a internação do usuário no Sisreg, em caso de leito de UTI ser 100% SUS ou contratualizado, a Unidade Destino deve registrar a ocupação do leito de UTI no SES Leitos, mantendo devidamente atualizado esse sistema informatizado.

#### **1.2.7.3 – Consultar vaga de Leito de UTI junto à CERIH**

Não havendo disponibilidade de vaga em leito de UTI na região da Macrorregional, caberá a CRIH-MR consultar a disponibilidade de vaga de leito junto à CERIH, cuja visão passa a ser do mapa de leitos de UTI/SUS de todo o Estado de Santa Catarina.

##### **1.2.7.3.1 – Receber a solicitação da CRIH-MR**

A CERIH deve receber a solicitação de vaga de leito de UTI da CRIH-MR, em virtude desta não ter encontrado vaga em sua região.

##### **1.2.7.3.2 – Formalizar processo administrativo no SGP-e<sup>100</sup>**

Recebida a solicitação pela CERIH, deve-se formalizar processo administrativo no Sistema de Processo *SGP-e* e, se for o caso, deve solicitar informações complementares à CRIH-MR.

##### **1.2.7.3.3 – Avaliar a necessidade de transferência para leito de UTI**

O médico regulador da CERIH, a partir das informações do Sisreg e eventuais informações adicionais solicitadas, avalia a necessidade de transferência para leito de UTI/SUS no Estado de Santa Catarina. Nessa avaliação, além de analisar o quadro clínico do usuário, também o médico regulador deve levar em conta o surgimento de vaga de leito de UTI dentro da US e/ou na região da Macrorregional durante todo o processo de regulação.

Então, o médico regulador avalia a necessária transferência inter-hospitalar do usuário. Se houver a necessidade de transferência inter-hospitalar (SIM), a CERIH verifica disponibilidade de leito de UTI no Estado. Mas se não houver a necessidade de transferência inter-hospitalar (NÃO), a CERIH registra a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no Sisreg e comunica, por *e-mail*, essa negativa à CRIH-MR.

---

<sup>100</sup> <sup>100</sup> SGP-e - Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos do Governo de Santa Catarina (Secretaria de Estado da Administração – SEA/SC)

#### **1.2.7.3.3.1 – Registrar negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no SGP-e**

No caso do médico regulador da CERIH entender ser desnecessária a transferência inter-hospitalar do usuário, mediante decisão devidamente fundamentada, o profissional registrará a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI no Sistema de Processo *SGP-e*.

#### **1.2.7.3.3.2 – Comunicar, por e-mail, a negativa da solicitação de vaga de leito de UTI à CRIH-MR**

A CERIH, em virtude da negativa da solicitação de vaga de leito de UTI, deverá comunicar, por *e-mail*, essa decisão à CRIH-MR.

#### **1.2.7.3.4 – Verificar disponibilidade de leito de UTI/SUS no Estado de Santa Catarina**

No caso do médico regulador da CERIH entender ser necessária a transferência inter-hospitalar do usuário, o profissional deve verificar a disponibilidade de leito de UTI no Estado de Santa Catarina utilizando-se do SES Leitos (surge a questão: há vaga de leitos de UTI/SUS no Estado?). Havendo disponibilidade de leito de UTI no Estado (SIM), confirma-se, por *e-mail* e/ou telefone, a vaga junto à Unidade de Destino (UD). Mas não havendo disponibilidade de leito de UTI no Estado (NÃO), deve-se comprar vaga de leito de UTI em Hospital Privado, mediante critérios específicos e devidamente fundamentados.

#### **1.2.7.3.5 – Confirmar, por e-mail e/ou telefone, a vaga junto à Unidade de Destino**

Havendo a disponibilidade de leito de UTI no Estado, a CERIH deve confirmar, por e-mail e/ou telefone, a vaga de leito de UTI disponível junto à Unidade de Destino (UD). Se a Unidade de Destino confirmar a disponibilidade da vaga de leito de UTI (SIM), a CERIH deve registrar a aprovação e a reserva no SGP-e. Mas se a UD não dispuser da vaga de leito de UTI (NÃO), a CERIH retorna a verificação da disponibilidade de leito de UTI no Estado e em caso de inexistir vaga, deverá comprar vaga de leito de UTI em Hospital Privado, mediante critérios específicos e devidamente fundamentados.

#### **1.2.7.3.5.1 – Registrar a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI no SGP-e**

A CERIH deverá registrar a aprovação da solicitação de vaga de leito de UTI no SGP-e, indicando a Unidade de Destino disponibilizadora da vaga.

#### **1.2.7.3.5.2 – Comunicar a aprovação e a reserva do Leito de UTI à CRIH-MR**

A CERIH deverá comunicar a aprovação e a reserva do Leito de UTI à CRIH-MR.

#### **1.2.7.3.5.3 – Receber as informações sobre a solicitação de Leito de UTI**

A CRIH-MR receberá as informações da CERIH sobre a solicitação de Leito de UTI, verificando a aprovação ou negativa dessa solicitação e adotando os procedimentos necessários ao caso.

#### **1.2.7.3.6 – Buscar Leito de UTI adequado em Hospital Privado**

Verificando a inexistência de vaga de leito de UTI/SUS no Estado, a CERIH buscará leito em hospital privado. Ato contínuo, localizada a vaga, a CERIH deverá comprar vaga de leito de UTI em Hospital Privado, mediante critérios específicos e devidamente fundamentados.

### APÊNDICE F - MODELO DE PLANO DE AÇÃO

<b>Órgão:</b>	
<b>Decisão n.</b>	<b>Processo:</b>

**ORIENTAÇÕES:**

1. Art. 6º da Resolução nº TC 79/2013 - Plano de Ação é o documento elaborado pela unidade auditada que contemple as ações que serão adotadas para o cumprimento das determinações e implementação das recomendações, que indique os responsáveis e estabeleça os prazos para realização de cada ação.
2. A informação que deve ser colocada na coluna “medidas a serem adotadas” deve ser uma medida adotada entre a execução da auditoria e a apresentação do plano de ação que tenha cumprido a determinação ou que venha a ser adotada a partir da apresentação deste plano.  
O prazo de implementação deve ser uma data final, por exemplo: até 31/03/2014.
3. Na coluna “responsável” deve ser colocado o nome, o setor, o telefone e/ou e-mail de contato.
4. A citação aos anexos deve ficar na coluna “medida a ser adotada”.
5. O Plano de Ação deve ser encaminhado ao TCE preenchido, no prazo fixado na Decisão, por meio de ofício assinado pelo responsável do Órgão/Entidade.

DETERMINAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)			
RECOMENDAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)			

<b>Responsável pelo preenchimento do Plano de Ação:</b>	
<b>Cargo:</b>	<b>Data:</b>
<b>Assinatura:</b>	

**Processo n.:** @RLA 20/00739312

**Assunto:** Auditoria Operacional envolvendo a avaliação do processo de regulação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde

**Responsáveis:** Carmen Emília Bonfá Zanotto e André Motta Ribeiro

**Unidade Gestora:** Secretaria de Estado da Saúde

**Unidade Técnica:** DAE

**Decisão n.:** 904/2023

**O TRIBUNAL PLENO**, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar (estadual) n. 202/2000, decide:

1. Conhecer do **Relatório DAE/CAOP/Div.3 n. 33/2022**, que trata da auditoria operacional realizada na Secretaria de Estado da Saúde, envolvendo a avaliação do processo de regulação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito daquela Pasta.

2. Determinar à **Secretária de Estado da Saúde** a apresentação de um Plano de Ação a este Tribunal de Contas, conforme modelo constante no Apêndice F do Relatório DAE, no **prazo de 30 (trinta) dias**, com fulcro no inciso III do art. 8º da Resolução n. TC-176/2021, contendo as medidas a serem adotadas, os prazos para a adoção das providências e os responsáveis por cada ação, visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendações:

#### **2.1. Determinações:**

**2.1.1.** Realizar diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) em todo o Estado, contemplando todas as unidades envolvidas e analisando a sequência lógica das atividades que o compõem, além de identificar cada passo, as pessoas envolvidas e suas atribuições, os recursos necessários (materiais, financeiros e humanos) e os resultados pretendidos em cada etapa, em atenção ao definido pelo art. 3º da Lei (estadual) n. 16.158/2013 (subitem 2.1.1 do Relatório DAE);

**2.1.2.** Elaborar um novo fluxograma, com base no diagnóstico detalhado do processo de regulação de leitos de UTI/SUS, contemplando todas as atividades, procedimentos da regulação e todas as unidades envolvidas, desde a solicitação do leito até sua efetiva ocupação e alta/óbito/transferência do usuário, a ser discutido e definido, posteriormente, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, mediante pactuação e deliberação na CIB, conforme determina o art. 3º da Lei (estadual) n. 16.158/2013 (subitem 2.1.1 do Relatório DAE);

**2.1.3.** Elaborar manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e *checklists* - com informações básicas mínimas - com todos os documentos relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), preferencialmente em arquivos digitais, que sirvam de guias de instrução e orientações aos profissionais da área, levando em conta as características e competências de cada grupo das unidades envolvidas (CERIH, CRIH/MR, unidades hospitalares públicas e unidades hospitalares privadas), em conformidade com o previsto no art. 10, VI e §2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n. 02/2017 (subitem 2.1.2 do Relatório DAE);

**2.1.4.** Elaborar norma interna para tornar obrigatória a observância dos manuais, procedimentos operacionais padrão (POP), formulários e *checklist* relacionados ao processo regulatório de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado) no âmbito da

Secretaria de Estado da Saúde, respeitando o preconizado pelo art. 10, VI e § 2º, IV e XII, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n. 02/2017 (subitem 2.1.2 do Relatório DAE);

**2.1.5.** Elaborar plano anual de educação continuada e capacitar as equipes de regulação, conforme preconizado pelo art. 200, III e V, da Constituição Federal c/c o art. 14, parágrafo único, da Lei n. 8.080/90 e de acordo com o previsto na Portaria MS/GM n. 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n. 02/2017, bem como observando os aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) n. 16.158/2013, prevendo cursos, oficinas e *workshops* – presenciais e/ou à distância – sobre o processo regulatório de leitos de UTI/SUS neonatal, pediátrico, adulto ou especializado (subitem 2.1.3 do Relatório DAE);

**2.1.6.** Elaborar programa de treinamento – presencial e/ou à distância – de curta duração e capacitar os profissionais recém-admitidos no sistema estadual de regulação, propiciando o acolhimento e integrando-os, de forma rápida, aos protocolos e normas, além de capacitá-los dentro da missão, visão, valores e filosofia da regulação, em atendimento do disposto na Portaria MS/GM n. 1.996/2007 e no art. 10, V, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação n. 02/2017 e em respeito aos aspectos administrativos previstos na Lei (estadual) n. 16.158/2013 (subitem 2.1.3 do Relatório DAE);

**2.1.7.** Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, por meio das Centrais de Regulação (Macrorregionais e Estadual), 24 horas por dia e nos sete dias da semana, em conformidade com o disposto no art. 4º, §3º, da Lei (estadual) n. 16.158/2013 e na Deliberação CIB n. 040/2013 (subitem 2.2.1 do Relatório DAE);

**2.1.8.** Garantir o funcionamento ininterrupto dos serviços de regulação de leitos de UTI/SUS, nas unidades hospitalares estaduais, 24 horas por dia e nos sete dias da semana, em consonância a recomendação constante do Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados do Ministério da Saúde, observando a necessidade da unidade hospitalar (subitem 2.2.1 do Relatório DAE);

**2.1.9.** Garantir em 100% a tempestividade da regulação de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II, do Anexo XXVI Portaria de Consolidação n. 02/2017 (subitem 2.2.2 do Relatório DAE);

**2.1.10.** Garantir a regulação em 100% de leitos de UTI/SUS, em conformidade com o disposto no art. 8º, § 1º, I e II, do Anexo XXVI Portaria de Consolidação n. 02/2017 (subitem 2.2.2 do Relatório DAE);

**2.1.11.** Garantir a autorização de internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) pela Central de Regulação competente antes do registro da internação no Sisreg e/ou a ocupação do leito na unidade hospitalar, em conformidade com a Deliberação n. 066/CIB/18, Anexo 1, e Deliberação CIB n. 008/2020, art. 1º (subitem 2.2.3 do Relatório DAE); e

**2.1.12.** Controlar a regulação, com a devida atuação de processo administrativo de responsabilização, no sentido de coibir o registro no Sisreg e/ou a internação em leito de UTI/SUS (adulto, pediátrico ou neonatal) sem a prévia autorização da Central de Regulação competente, em consonância com o previsto no art. 1º da Deliberação CIB n. 008/2020 (subitem 2.2.3 do Relatório DAE);

## **2.2. Recomendações:**

**2.2.1.** Incluir cláusula jurídica, que deverá compor os contratos ou os convênios firmados, atuais (mediante termo aditivo) e futuros, com as unidades hospitalares privadas envolvidas no processo de

regulação de leitos de UTI/SUS (neonatal, pediátrico, adulto ou especializado), contemplando o dever de cumprimento do fluxograma pactuado e deliberado na CIB, sob pena de responsabilização e penalização dos infratores (profissional responsável e unidade hospitalar), conforme o subitens 2.1.1 e 2.1.2 do Relatório DAE;

**2.2.2.** Complementar a Portaria/SES n. 273/2020 para que possa produzir seus efeitos por tempo indeterminado e que contemple especialmente o que segue a: **a)** obrigatoriedade para as Unidades Hospitalares Próprias e Contratualizadas informar, em tempo real, toda a movimentação de usuários em todas as Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, bem como as Unidades de Internação (enfermarias), como ocupação de leitos, desocupação de leitos, com motivo (alta ou óbito) e reservas de leito com vinculação ao CNS e CPF do usuário, através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES; **b)** encerramento da gestão do saldo de leitos através de ligações telefônicas e *e-mails* entre Centrais de Regulação e Hospitais a partir da adesão da unidade hospitalar ao SES Leitos ou outro sistema semelhante adotado pela SES; **c)** responsabilização do administrador e usuários do sistema pela veracidade e temporalidade das informações, podendo ser responsabilizados pela omissão ou inadequação de informações; **d)** as Unidades Hospitalares que não aderirem à regulação de leitos através do Sistema de Gestão de Leitos – SES Leitos, ou outro sistema semelhante adotado pela SES, poderão sofrer deduções dos repasses referentes à Política Hospitalar Catarinense. Acrescentando também na Portaria os seguintes itens: **e)** as Unidades Hospitalares devem destacar pessoal para a alimentação do sistema durante 24hs, concomitante ao fluxo do atendimento e do fluxo do usuário, ou seja, em tempo real (subitem 2.3.1 do Relatório DAE);

**2.2.3.** Adotar novo sistema ou aprimoramento do atual sistema informatizado de gestão de leitos para que possua, no mínimo, as seguintes características: **a)** disponibilização de mapa de leitos, em tempo real, com atualização dinâmica, de todas as regiões do estado, que permita controlar o fluxo dos usuários nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento); **b)** que estejam incorporados e integrados módulos para regulação ambulatorial de consultas e exames especializados, para regulação de internação hospitalar, regulação de todos os procedimentos eletivos, regulação do faturamento (AIH e APAC) e regulação do transporte inter-hospitalar (Cerinter e Samu), funcionando de forma integrada com os sistemas gerenciais das unidades hospitalares; **c)** que emita relatórios operacionais e gerenciais e produza indicadores relativos a, pelo menos, número de vagas e ocupação de leitos por região e unidades hospitalares, tempos médios de ocupação, datas de internação, datas de alta, tempo dispendido no transporte inter-hospitalar, motivos da alta, motivos da internação, número de solicitações realizadas, negadas e aprovadas, bem como o motivo que as gerou, tempos de resposta às solicitações, dentre outros indicadores que auxiliem a gestão; **d)** que permita a regulação, tanto de leitos habilitados, como os não habilitados; **e)** que seja desenvolvido em uma plataforma tecnológica dotada de mecanismos que evitem as instabilidades comuns a sistemas informatizados; **f)** que haja interoperabilidade com o sistema de prontuário eletrônico Micromed, ou outro sistema adotado pela Unidade Hospitalar, permitindo a visualização, através do sistema de gestão de leitos, das condições clínicas do usuário durante todo o processo de regulação, sendo que a atualização das informações no prontuário eletrônico deve atualizar automaticamente o sistema de gestão de leitos; **g)** que registre todos os passos e comunicações realizados, bem como as decisões tomadas durante o processo de regulação, tanto pelo médico assistente, como pelo médico regulador e videofonistas, dotando o sistema de rastreabilidade desde o início até o fim do processo; **h)** que o sistema seja hierarquizado, ou seja, cabe exclusivamente às CRIH/MR e à CERIH a tomada de decisões para ocupação e reservas de leitos, não podendo ser realizadas ou modificadas localmente; **i)** que interaja com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH), permitindo a criação de indicadores e relatórios gerenciais (subitem 2.3.1 do Relatório DAE); e

**2.2.4.** Formalizar solicitação junto ao DATASUS (Ministério da Saúde) para resolver os problemas relacionados ao Sisreg, bem como para proceder ao seu aperfeiçoamento, de acordo com as necessidades levantadas pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e os achados da auditoria (sibitem 2.3.1 do Relatório DAE).

**3.** Recomendar à Diretoria-Geral de Controle Externo deste Tribunal de Contas que avalie a perspectiva de realizar fiscalização com a finalidade de analisar questões relacionadas aos trabalhos dos médicos reguladores nos NIR e nas Centrais Macrorregionais de Regulação de Internação Hospitalar, com base no que foi encontrado durante a presente auditoria: mesmo profissional trabalhando em duas centrais; controle de ponto manual; falta de indicação de médicos nas escalas; faltas de profissionais médicos ao serviço; falta de fiscalização do cumprimento da carga horária dos médicos reguladores nas Centrais de Regulação (Macrorregionais e Estadual) e nos Núcleos internos de regulação nas unidades hospitalares estaduais; indicação de profissional médico em escala, em mês que estava de férias; médico coordenador recebendo horas de sobreaviso, sem haver escala de sobreaviso; existência de produção médica no sistema Micromed de profissional que naquele período estava em férias; horário de funcionamento do NIR informado difere do encontrado nas análises; ausência de entrega de documentos solicitados por este Tribunal; e escala de trabalho do NIR somente com enfermeiros, sem a presença de médico regulador (subitens 2.2.1.1 e 2.2.1.2 do Relatório DAE).

**4.** Determinar à Diretoria de Atividades Especiais deste Tribunal o monitoramento do cumprimento das deliberações exaradas no presente Processo de Auditoria Operacional, nos termos dos arts. 8º, parágrafo único, 12 e 13, §§ 1º e 2º, da Resolução n. TC-176/2021.

**5.** Determinar o encerramento deste processo, após decisão singular do Relator sobre o plano de ação apresentado pelo Gestor, ratificada pelo Tribunal Pleno, com sua vinculação ao(s) futuro(s) processo(s) de monitoramento a ser(em) autuado(s) no momento oportuno, conforme preveem os arts. 8º, parágrafo único, 10, 11, 12, parágrafo único, e 13 da Resolução n. TC-176/2021.

**6.** Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do **Relatório DAE/CAOP/Div.3 n. 33/2022**, ao Sr. André Motta Ribeiro, à Sra. Carmen Emília Bonfá Zanotto - Secretária de Estado da Saúde, ao Controle Interno daquela Pasta e ao Ministério Público do Estado de Santa Catarina.

**Ata n.:** 20/2023

**Data da Sessão:** 07/06/2023 - Ordinária - Virtual

**Especificação do quórum:** Herneus João De Nadal, José Nei Alberton Ascari, Adircélio de Moraes Ferreira Júnior, Wilson Rogério Wan-Dall, Luiz Roberto Herbst, Luiz Eduardo Cherem e Aderson Flores

**Representante do Ministério Público de Contas/SC:** Diogo Roberto Ringenberg

**Conselheiros-Substitutos presentes:** Gerson dos Santos Sicca, Cleber Muniz Gavi e Sabrina Nunes Iocken

Presidente

Relator

Fui presente: DIOGO ROBERTO RINGENBERG  
Procurador-Geral do Ministério Público de Contas/SC