



RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO DE CONFORMIDADE E DE NATUREZA OPERACIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIs) SUS DO ESTADO DE SÃO PAULO

TC nº 022697.989.21-8

Conselheiro Relator: Sidney Estanislau Beraldo

Modalidade:Operacional/Conformidade

Objetivo(s): Avaliar o diagnóstico sobre a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva voltados ao SUS no Estado e as condições de funcionamento das unidades da rede própria estadual com foco nos serviços que são prestados ao paciente usuário do SUS.

Período abrangido pela fiscalização: 2021

Período de realização da fiscalização:Planejamento de Agosto a Outubro de 2021; Execução de Outubro a Novembro de 2021; e Relatório de Fevereiro a Abril de 2022

Responsáveis:

Fases	Responsáveis	
	Matrícula	Nome
Planejamento		
Execução		
Relatório		
Revisão		

Órgãos/Entidades: Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP); Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico (SDE/SP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Hospital das Clínicas – HCFMUSP; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – HCFMB; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA; Hospital de Base de São José do Rio Preto;

Vinculação no TCE/SP:DF-01; DF-02; DF-06; DF-07; DF-08; DF-10; UR-01; UR-02; UR-03; UR-04; UR-05; UR-06; UR-07; UR-08; UR-09; UR-10; UR-12; UR-13; UR-15; UR-20.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



RESUMO

A fiscalização operacional teve como objetivo avaliar o diagnóstico sobre a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva voltados ao SUS no Estado e as condições de funcionamento das unidades da rede própria estadual com foco nos serviços que são prestados ao paciente usuário do SUS.

As conclusões basearam-se na análise sobre a memória de cálculo que compôs o diagnóstico do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 e na análise dos dados obtidos por meio de pesquisa com uso de planilha (respondida integralmente por 70 hospitais, ou seja, índice de resposta de 97,22%) conjugada com a análise do obtido por meio de pesquisa documental em registros administrativos de parte desses hospitais.

Tais análises foram efetuadas com limitações, como a imposta pela pandemia, inviabilizando a fiscalização “in loco” e por defluência o emprego de técnicas de auditoria presencialmente, restringindo sobremaneira as possibilidades de se testar a confiabilidade ou de se evidenciar a partir dos dados prestados em pesquisa com uso de planilha. Sob esses termos, obtiveram-se as conclusões a seguir.

A avaliação da gestão estadual sobre a adequação da rede de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado de São Paulo no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, e por extensão em 2021, se mostrou enviesada, especialmente pelo emprego de número de internações esperadas subestimado e pela utilização não ajustada dos dados do CNES, dificultando a detecção de situações-problema de insuficiência de leitos de UTI SUS, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos de UTI SUS.

Os dados fornecidos pela SES/SP indicaram um contexto de admissão tardia em UTIs (Adulto, Pediátrica e Neonatal), em que o tempo médio de acesso aos leitos de UTI supera as seis horas, condição em que os pacientes ficam mais expostos ao prolongamento do tratamento e ao incremento no risco de mortalidade a cada hora de atraso na admissão.

Por sua vez, os dados e os registros administrativos (a exemplo de declarações dadas em complemento e folhas de ponto) obtidos junto as UTIs dos hospitais da rede própria estadual revelaram UTIs sem atendimento a padrões mínimos para o funcionamento estipulados pela RDC nº 7/2010 da Anvisa e pela Resolução CFM nº 2271/2020, com potencial de comprometer a qualidade dos serviços prestados ao paciente usuário do SUS. Envolvendo recursos humanos, houve UTIs sem coordenador enfermeiro, coordenador



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



fisioterapeuta e/ou médico diarista; UTIs em que houve coordenador e responsável técnico, médico diarista, coordenador de enfermagem e/ou coordenador de fisioterapia sem título de especialista em Terapia Intensiva; e UTIs em que os profissionais de saúde prestaram assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estavam escalados para atuação na UTI. Relacionado a recursos materiais (equipamentos), houve UTIs que não dispunham dos requisitos mínimos de funcionamento em razão da insuficiência de equipamentos como “Aspirador a vácuo portátil” ou “Cilindro transportável de oxigênio” e UTIs que não cumpriam os requisitos mínimos para funcionamento em situação de plena capacidade (em que todos os leitos existentes estão operacionais), por não atingir a proporção de equipamentos por leito estipulada pela Resolução para equipamentos como “Ventilador pulmonar mecânico microprocessado” ou “Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril”.

De outra ordem, mas envolvendo recursos humanos, houve diversos casos de plantões de médicos superiores a 24 horas ininterruptas, inclusive de plantões de 48 horas, bem como superiores a 12 horas ininterruptas, limite máximo razoável em plantão presencial para uma boa atuação médica segundo precedentes consultivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Entre os instrumentos de gestão das UTIs, foram identificados problemas no gerenciamento de risco, no uso de indicadores para avaliação do funcionamento global das UTIs e no uso dos protocolos como estratégia de gestão. Houve UTIs sem gerenciamento de riscos ou não gerenciando riscos críticos, como o risco de “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)”, e assim limitando a capacidade das equipes de UTI dos hospitais da rede própria estadual em contribuir na redução de eventos evitáveis.

No que diz respeito a apuração dos indicadores de avaliação do funcionamento global da UTI, não houve aderência plena de UTIs ao estipulado pela RDC 7/2010 da Anvisa, dificultando a realização de consolidações e a identificação de fatores comuns e peculiares que afetam, positiva ou negativamente, o desempenho global das UTIs e tendo potencial de impactar negativamente o processo de tomada de decisão do gestor estadual do SUS/SP.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



A taxa de ocupação apurada pelas UTIs evidenciou que há margem para ganho de eficiência no uso dos recursos de UTI da rede própria estadual, entre aquelas com taxa de ocupação abaixo de 80%, e para desenvolvimento de medidas objetivando mitigar a possibilidade de recusa ou desvio para outras unidades que não a UTI de pacientes críticos por UTIs com taxa de ocupação superior a 85%. A análise dos mapas de entrada e saída possibilitou identificar uma UTI, cuja taxa de ocupação variou de 55,86% (em 2018) para 35,33% (em 2020), que não teve admissões no mês de setembro de 2021 por falta de demanda intra e inter-hospitalar, o que sugere ociosidade.

Por fim, os dados e os registros administrativos obtidos junto às UTIs dos hospitais da rede própria estadual revelaram uma faixa de 18 a 24% de protocolos clínicos não revisados, a predominância de periodicidade de revisão superior a anual, o baixo percentual de cursos (treinamentos) e reuniões entre as formas de disponibilização dos protocolos e casos, ainda que pontuais, de formalização sem aprovação e assinatura de profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI. Tais ocorrências são indicativos de limitação do uso dos protocolos clínicos como estratégia de gestão da UTI para padronização de processos, busca de eficiência e aumento da segurança dos pacientes.

Decorrente dessas conclusões, houve sete (07) propostas de melhorias ao governo estadual, das quais se esperam com a implantação, benefícios como a diminuição do tempo de espera para o acesso ao recurso de UTI, aumento da produtividade dos leitos de UTI e contribuição a assistência segura e de qualidade aos pacientes críticos usuários das UTIs dos hospitais da rede própria estadual.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



LISTA DE SIGLAS

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM - Conselho Federal de Medicina
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
MS – Ministério da Saúde
PES – Plano Estadual de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade e Segurança do Paciente da Fundação Oswaldo Cruz
QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar
RAG – Relatório Anual de Gestão
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RRAS – Redes Regionais de Atenção à Saúde
SES/SP – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI -Unidade de Terapia Intensiva



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	603
1.1	Objeto e Objetivo	603
1.2	Antecedentes	603
1.3	Escopo	603
1.4	Metodologia.....	604
1.4.1	Planejamento	604
1.4.2	Seleção	605
1.4.3	Execução	608
1.4.4	Limitações	609
2	VISÃO GERAL	610
2.1	Panorama da medicina intensiva no Estado de são paulo em dezembro de 2021 segundo o CNES.....	611
2.2	Pandemia e os Leitos de UTI	613
2.3	Aspectos Econômicos/Financeiros/Orçamentários	614
3	ACHADOS DE FISCALIZAÇÃO.....	615
3.1	Diagnóstico sobre a oferta de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado.....	615
3.2	Recursos Mínimos para funcionamento	622
3.2.1	Recursos Humanos.....	622
3.2.2	Recursos Materiais.....	624
3.3	Gestão das UTIS.....	626
3.3.1	Gerenciamento de Riscos	626
3.3.2	Indicadores para avaliação de funcionamento global das UTI	628
3.3.3	Ocupação dos leitos.....	631
3.3.4	Protocolos Clínicos.....	634
	CONCLUSÃO.....	637
	PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO.....	640



1 INTRODUÇÃO

1.1 OBJETO E OBJETIVO

A fiscalização teve como objeto as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Sistema Único de Saúde (SUS) e como objetivo avaliar o diagnóstico sobre a oferta de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado e as condições de funcionamento das unidades da rede própria estadual com foco nos serviços que são prestados ao paciente usuário do SUS.

O tema foi aprovado pelo Conselheiro Relator das Contas do Governador do exercício de 2021 a fim de subsidiar a emissão do Relatório e Parecer Prévio das Contas do Governador.

1.2 ANTECEDENTES

Como antecedente tem-se o exame do Programa “Rede de Proteção à Mãe Paulista”, especificamente ao abordar a infraestrutura física dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal, nas Contas do Governador em 2013 (TC-18.995/026/13), em que foi reportado déficit de 27 UTIs Adulto e 187 UTIs Neonatal, com destaque para a insuficiência de UTIs Neonatal nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da Baixada Santista e Registro (RRAS 7), de Marília (RRAS 10), de Piracicaba (RRAS 14) e de Bragança e Jundiá (RRAS 16).

1.3 ESCOPO

Para o desenvolvimento do trabalho atual, delimitou-se ao exame dos seguintes aspectos: a) avaliar a capacidade do diagnóstico estadual em identificar situações-problema de insuficiência de leitos, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos; b) verificar o atendimento aos requisitos mínimos de funcionamento da legislação vigente pelas UTIs voltadas ao SUS da rede própria estadual; e c) avaliar o uso do gerenciamento de risco, de indicadores para avaliação de desempenho e do funcionamento global e dos protocolos assistenciais como estratégias de gestão da UTI pelas unidades da rede própria estadual.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



A fiscalização não incluiu no seu exame avaliar: a) a participação estadual em relação às gestões municipais na oferta de leitos de UTI no SUS; b) a atuação municipal na oferta e gestão de leitos de UTI no SUS; c) o processo de regulação de leitos de UTI do SUS; d) a infraestrutura física objeto da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e) a atualidade da legislação sanitária que regula as UTIs; f) a atuação dos órgãos fiscalizadores (Vigilância Sanitária, Sistema Estadual de Controladoria e Sistema de Auditoria, Controle e Avaliação do SUS) na fiscalização de UTIs do SUS; g) a totalidade dos requisitos mínimos de funcionamento previstos na legislação e demais estratégias de gestão não identificadas no escopo; h) o que for objeto de fiscalização das DFs/URs e do TC específico sobre Covid-19; e i) a adequação da rede e do acesso aleitos de UTIs do SUS exclusivamente voltados a Covid-19.

1.4 METODOLOGIA

Os trabalhos foram realizados sob as normas da Seção IV, do Livro II do Capítulo I das Instruções nº 1/2020; da Parte C do “Manual de Contas do Governador – Normas e Procedimentos” de 2019, ambas adaptadas às medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo Coronavírus adotadas pelo TCESP, em especial a adoção do regime de teletrabalho como regime preferencial e a suspensão das fiscalizações “in loco” (art. 1º e art. 3º, I, do ATO GP Nº 01/2022).

1.4.1 Planejamento

Na fase de planejamento, por meio do Diagrama de Ishikawa¹, foram identificados riscos e possíveis inter-relações que levam a desigualdades de acesso, assistência e desfechos nas UTIs públicas estaduais, elaborado a partir de dados e informações obtidos no âmbito do Projeto de Eficiência Hospitalar do Tribunal de Contas da União (TCU), a exemplo das entrevistas com o Hospital Geral de Pedreira e com o Hospital Estadual de Bauru, e em revisão da Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017 (em que constam os parâmetros para dimensionamento de necessidade de leitos de UTI); da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Anvisa (em que constam os

¹O diagrama de Ishikawa é uma ferramenta gráfica, em que as causas para determinado problema são representadas por setas, agrupadas de forma a representar os efeitos que causam umas às outras, até culminarem no problema em análise



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



requisitos mínimos de funcionamento de UTI); das Resoluções Nº 2.271, de 23 de abril de 2020 (que define as UTIs) e Nº 2.153, de 30 de setembro de 2016 (em que consta o roteiro de vistoria em UTI para hospital geral e especializado) do Conselho Federal de Medicina(CFM).

Os riscos levantados foram agrupados nas categorias “Recursos Humanos”, “Equipamentos e Serviços”, “Processo Assistencial Hospitalar”, “Materiais e Medicamentos”, “Rede de Assistência a Saúde” e “Gestão Hospitalar”².

1.4.2 Seleção

Nas abordagens planejadas para a fiscalização, três critérios para a seleção foram utilizados:

a) o enfoque nos leitos de UTIs Adulto, Pediátrica e Neonatal, sem considerar os Leitos de UTI de Queimados, Coronariana e Covid-19, pela ênfase em UTIs gerais da legislação utilizada como critério³, bem como pela representatividade na capacidade instalada no Estado de São Paulo;

b)a escolha de hospitais com Leitos de UTI que compõem a rede física prestadora de serviços ao SUS discriminada nos Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e nos Relatórios Anuais de Gestão estaduais, abrangendo os hospitais da administração direta e indireta, vinculados ou não a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), incluídos os gerenciados por Organizações Sociais de Saúde ou Fundações de Apoio, por serem em tese estabelecimentos de referência (estadual ou regional)⁴. Assim, deixou-se de fora, os hospitais sob gestão municipal, e, ainda que sob gestão estadual ou financiados pela gestão estadual, estabelecimentos não hospitalares, hospitais de natureza filantrópica (como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia) e hospitais com fins lucrativos.

c) a escolha de apenas um mês de 2021 para coleta de dados para não sobrecarregar a administração hospitalar em tempos de pandemia, por haver certa estabilidade do número de leitos de UTI em 2021(Figura 1), e

² TC 022697.989.21-8

³A RDC nº7/2010 da Anvisa se aplica a todas as UTIs gerais,e somente na ausência de resolução específica, se aplica a UTI especializada, que é destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

⁴ Pelo art. 15, inciso I, da Lei Complementar nº 791/95, compete à direção estadual do SUS transferir aos Municípios, com os recursos correspondentes, os serviços de saúde próprios do Estado que atuam preponderante ou exclusivamente na área do Município, ou cuja complexidade interessa para garantir a resolutividade dos sistemas municipais. Com base neste artigo, admitiu-se para o trabalho que em tese os serviços de saúde próprios do Estado não transferidos aos municípios são de referência estadual ou regional.

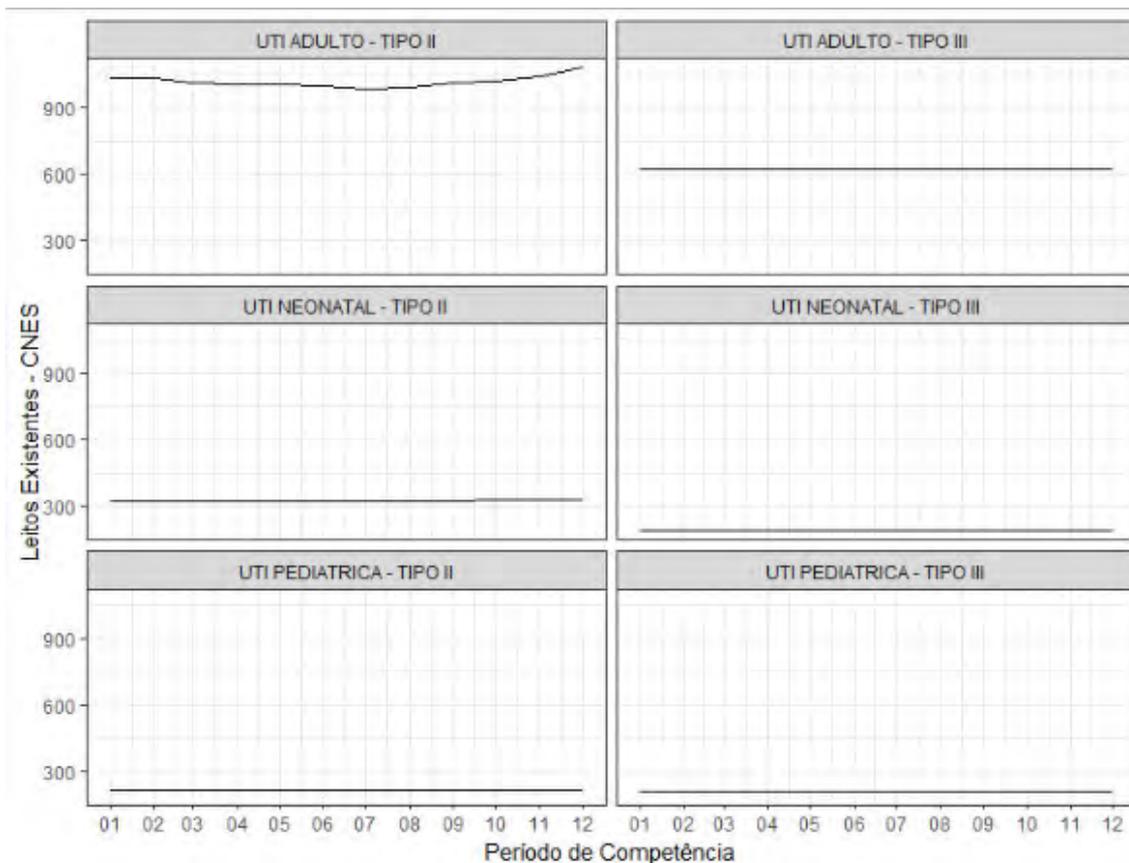


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



por ser o mês fechado imediatamente anterior ao envio da pesquisa, ou seja, mais distante dos efeitos da pandemia.

Figura 1 – Evolução do número de leitos de UTI dos hospitais da rede própria estadual (amostra) - 2021



Fonte: Elaborado a partir dos Dados do CNES (2021)

Sob o foco identificado no primeiro critério se deu o exame abordando a “capacidade instalada diante da necessidade estimada dos leitos UTI SUS”, e sob combinação de critérios (ou seja, hospital da rede estadual com leitos de UTI Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal) se deu o exame abordando os “requisitos mínimos de funcionamento” e as “estratégias de gestão”.

A figura 2 a seguir contextualiza os hospitais selecionados⁵ como subconjunto dos hospitais públicos e privados existentes no Estado de São Paulo, dentre os que possuem leitos de UTI Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal, e dos que estão sob gestão estadual.

5 TC 022697.989.21-8



Figura 2 – Contextualização dos hospitais com Leitos de UTI da rede própria estadual (amostra)



Fonte: Elaborado a partir dos Dados do CNES (Competência de Setembro/2021)

Nota: Os leitos de UTI Tipo I (Adulto, Pediátrica e Neonatal) não foram considerados

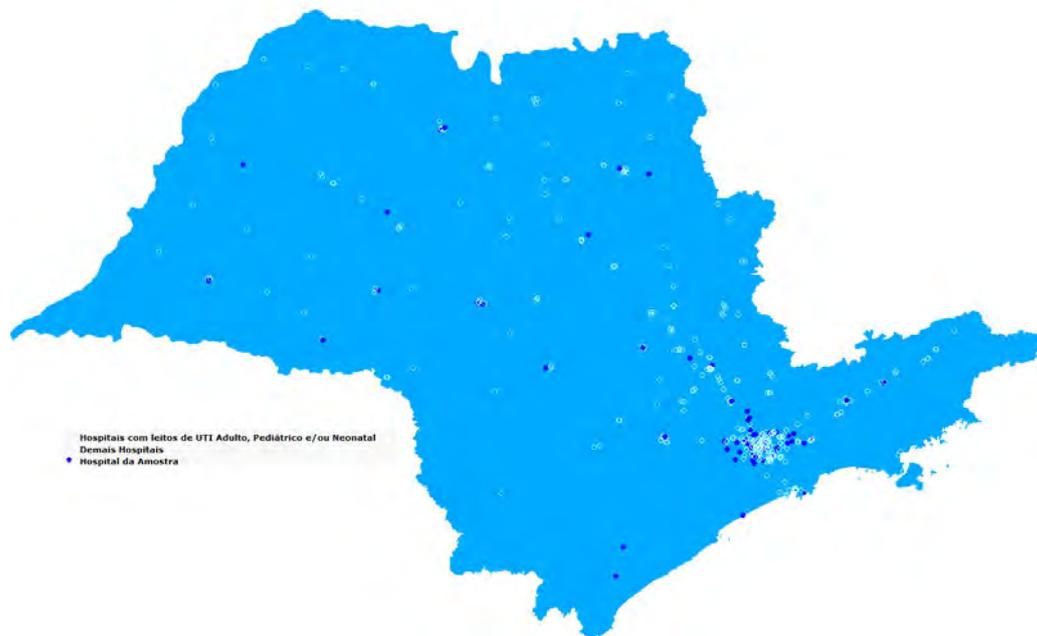
E a figura 3 retrata a distribuição espacial dos hospitais selecionados (em pontos azuis) em relação aos demais hospitais (públicos e privados) com leitos de UTI Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal que compõem a rede existente no Estado de São Paulo (em círculos vazados claros).



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Figura 3 – Distribuição espacial dos hospitais do Estado de São Paulo com Leitos de UTI Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal (Set/2021)



Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (competência Setembro/2021) e Google Earth Pro

1.4.3 Execução

A fiscalização empregou estratégias metodológicas, métodos e técnicas de auditoria a seguir:

a) análise de premissas, conciliação/cruzamento dos dados com os extraídos de portais eletrônicos e conferência de cálculo sobre a memória de cálculo da capacidade instalada de leitos de UTI e da necessidade estimada de leitos de UTI presentes no Diagnóstico do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 (a partir de dados de dezembro de 2018) e apuradas para o exercício de 2021 pela gestão estadual de saúde (SES/SP);

b) pesquisa com uso de planilha (enviada por requisição a 72 hospitais) composta por 40 tabelas (detalhadas no TC 022697.989.21-8). As tabelas foram idealizadas para o preenchimento condicionado a existência ou não de leitos de UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal, e demandaram de forma padronizada dados do período de setembro de 2021 não disponíveis em bancos de dados da administração pública (a exemplo da escala de profissionais de saúde, riscos mapeados, tempo de espera para serviços, relação de protocolos e indicadores utilizados) e dados para testar a confiabilidade dos disponíveis no CNES (a exemplo de número de leitos de UTI existentes e leitos de UTI SUS). O índice de resposta foi de 97,22%, sendo que um hospital não respondeu integralmente (CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



CAVALCANTI MOG), outro (HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP) somente informou uma tabela dentre as 40 da planilha, e dois (HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO e HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS) ofertaram mais de uma resposta por CNES. O HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO subdividiu segundo os seus institutos (Instituto Central - ICHC, Instituto da Criança - ICR e Instituto de Ortopedia e Traumatologia - IOT), enquanto o HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS subdividiu em Hospital das Clínicas - HC e em Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM.

c) pesquisa (exame) documental sobre registros administrativos dos hospitais para evidenciar ou compreender situação detectada, ou testar a confiabilidade a partir dos dados prestados nas tabelas das planilhas;

d) análise quantitativa e qualitativa dos dados primários e secundários, obtidos por meio das respostas às requisições, das planilhas respondidas e das pesquisas documentais sobre os registros administrativos de hospitais.

1.4.4 Limitações

Preliminarmente, é oportuno destacar a mudança integral da equipe da fiscalização, inicialmente composta por quatro integrantes, impactando no escopo da fiscalização e extensão dos trabalhos.

Com impacto nas análises e conclusões, destacam-se:

a) a limitação imposta pela pandemia inviabilizando a fiscalização “in loco” e por defluência o emprego de técnicas de auditoria presencialmente, restringindo sobremaneira as possibilidades de se testar a confiabilidade ou de se evidenciar a partir dos dados prestados em pesquisa com uso de planilha;

b) não obtenção de resposta completa da Requisição DCG-1 - 47.2021 enviada a SES/SP, quanto à adequação da rede de leitos de UTIs SUS por RRAS em 2018 e 2021, considerando os cenários para leitos de UTI SUS apurados segundo a Portaria de Consolidação Nº 1/2017 (art. 102 a 106; Origem: Portaria MS/GM 1.631/2015);

c) a violação da formatação exigida nas tabelas integrantes da planilha enviadas aos hospitais, em especial a relacionada a profissionais de saúde (nas Tabelas 3 a 8), dificultando a consolidação;



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



d) a falta de confiabilidade de dados informados por parte dos hospitais em determinadas tabelas da planilha enviada por requisição, decorrente de interpretação ou leitura equivocada (ao não contemplar coordenadores ou responsáveis técnicos, médicos ou fisioterapeutas na relação de profissionais de saúde das Tabelas 3 a 5 ou incluir equipamentos não demandados nas Tabelas 12 a 14) e de omissões (ao deixar de informar se o profissional é diarista, plantonista ou coordenador/responsável técnico, ou se houve dedicação exclusiva ou não, ou se detinha título de especialista ou não);

e) a não complementação de dados e/ou complementação sem registros comprobatórios por parte dos hospitais para dados constantes em determinadas tabelas da planilha enviada por requisição;

f) a dificuldade em evidenciar as causas e respectivos efeitos das irregularidades ou impropriedades apontadas (como a existência de plantões médicos superiores a 24h), prejudicando a oferta de propostas de melhoria mais específicas ou direcionadas.

2 VISÃO GERAL

De acordo com a RDC nº 50/2002 da Anvisa é obrigatória a existência de UTI em hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade superior ou igual a 100 leitos, bem como em hospitais especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em estabelecimentos de saúde que atendam gravidez ou parto de alto risco.

Definição mais recente (dada pela Resolução nº 2.271/2020 do CFM) dispõe que a UTI é um ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica.

No ambiente hospitalar (da UTI), a assistência oferecida deve ser prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada e ter como objetivo reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico⁶.

⁶ Resolução nº 2.271/2020 do CFM



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Para tanto, uma UTI deve funcionar em espaço físico com estrutura de suporte tecnológico adequada e contar com recursos humanos dimensionados e apropriadamente qualificados para a função, com protocolos e gestão de processos que garantam uma assistência segura e de qualidade ao paciente grave, como preconizam as resoluções da Anvisa e as resoluções do Conselho Federal de Medicina⁷, bem como, por extensão, também dos Conselhos dos demais profissionais de saúde intensivistas.

De maneira geral, uma UTI atende de acordo com o grupo etário. A UTI Adulto atende pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição. Por sua vez, a UTI Neonatal atende pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias. Por fim, a UTI Pediátrica atende pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

E varia ainda de acordo com o nível de atenção prestado aos pacientes e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos oferecido. A UTI que atende a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto é classificada como “Tipo III” e a que atende a pacientes que necessitam de nível de atenção alto é classificada como “Tipo II”⁸. Há implicações dessa classificação na regulação assistencial (de acesso), nos repasses federais aos entes federativos e às entidades contratualizadas pelo poder público, bem como no levantamento da capacidade instalada, visto que desde 2017⁹, as UTIs Adulto Tipo I e UTI Pediátrica Tipo I foram reclassificadas como Unidades de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidades de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), respectivamente.

2.1 PANORAMA DA MEDICINA INTENSIVA NO ESTADO DE SÃO PAULO EM DEZEMBRO DE 2021 SEGUNDO O CNES

O Estado de São Paulo é o estado com a maior capacidade instalada de leitos de UTI, sendo a de menor representatividade (11,05%) a referente aos leitos de UTI Coronariana voltados ao SUS.

7 Exposição de Motivos da Resolução nº 2.271/2020 do CFM

8 Resolução nº 2.271/2020 do CFM

9 Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Art. 146, Parágrafo Único



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 1– Participação do Estado em termos de Leitos de UTI Existentes e voltados ao SUS por especialidade – Dez/2021

	<i>Leitos Existentes</i>	<i>% de Leitos Existentes (Brasil)</i>	<i>Leitos SUS</i>	<i>% de Leitos SUS (Brasil)</i>
UTI ADULTO	6250	22.56%	3674	23.78%
UTI NEONATAL	1780	22,24%	1170	23,88%
UTI PEDIÁTRICA	1178	28.33%	732	27.98%
UTI CORONARIANA	260	20.85%	38	11.05%
UTI DE QUEIMADOS	83	35.47%	62	39.24%
UTI ADULTO COVID-19	5251	21.38%	3206	20.25%
UTI PEDIÁTRICA COVID-19	139	20.50%	70	19.18%

Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (Período: Dez/2021)

Nota: Leitos de UTI Adulto, Pediátrica, Neonatale Coronariana (II e III)

Geograficamente os leitos existentes de UTI (voltados ou não ao SUS) no Estado encontram-se distribuídos entre 162 municípios e os leitos de UTI (voltados ao) SUS entre 152, todavia, em ambas perspectivas há municípios que figuram entre os provedores por possuírem somente leitos de UTI Adulto Covid-19 (31 municípios entre os provedores de leitos existentes e 36 entre os provedores de leitos de UTI voltados ao SUS).

Mais detidamente sobre os leitos de UTI SUS no Estado, destaca-se a predominância da gestão estadual (Tabela 2), que não alcança os leitos de UTI Adulto Covid-19, e o papel das entidades sem fins lucrativos na oferta de Leitos de UTI Adulto e Adulto Covid-19 (Tabela 3).

Tabela 2–Leitos de UTI SUS por especialidade e gestão– Dez/2021

	<i>Gestão Estadual</i>	<i>Gestão Municipal</i>	<i>% Estadual</i>
UTI ADULTO	2031	1643	55.28%
UTI NEONATAL	585	585	50.00%
UTI PEDIÁTRICA	463	269	63.25%
UTI CORONARIANA	24	14	63.16%
UTI DE QUEIMADOS	38	24	61.29%
UTI ADULTO COVID-19	1143	2063	35.65%
UTI PEDIÁTRICA COVID-19	45	25	64.29%

Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (Período: Dez/2021)

Nota: Leitos de UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana (tipos II e III)



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 3– Leitos de UTI SUS por especialidade e esfera jurídica – Dez/2021

	<i>Administração Pública</i>	<i>Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista</i>	<i>Demais Entidades Empresariais</i>	<i>Entidades sem Fins Lucrativos</i>
UTI ADULTO	1626	0	22	2026
UTI NEONATAL	652	0	0	518
UTI PEDIÁTRICA	399	0	2	331
UTI CORONARIANA	10	0	0	28
UTI DE QUEIMADOS	28	0	0	34
UTI ADULTO COVID-19	1459	10	19	1718
UTI PEDIÁTRICA COVID-19	46	0	0	24

Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (Período: Dez/2021)

Nota: Leitos de UTI Adulto, Pediátrica, Neonatal e Coronariana (tipos II e III)

2.2 PANDEMIA E OS LEITOS DE UTI

Existe uma enorme variação nos leitos de UTI entre UTIs, hospitais e países¹⁰, e, especificamente no Brasil, é conhecida a variação de leitos de UTI entre regiões¹¹. No início da pandemia no Brasil, por exemplo, a região Sudeste tinha aproximadamente duas vezes mais leitos de UTI por pessoa do que a Região Norte e a maioria dos leitos de UTI estavam concentrados nas capitais e regiões costeiras¹².

Diante dessas diferenças regionais, previu-se dificuldades assistenciais para determinadas regiões e nesse contexto houve pressão por novos serviços de UTI ou de ampliações dos existentes para o enfrentamento da pandemia, uma vez que o leito de UTI figurava como recurso crítico¹³, desencadeando ações estaduais e municipais (de ampliação do número de leitos), inclusive no Estado com maior capacidade instalada de UTIs do Brasil.

Por se tratar de um tratamento ou recurso caro, que contribui substancialmente para os custos de saúde, e ao mesmo tempo essencial para salvar vidas, a pandemia trouxe relevo à questão de qual é o número ideal de leitos de UTI¹⁴ para o âmbito da governança e gestão de saúde.

10Phua, J., Hashmi, M. &Haniffa, R.,2020

11 Ranzani, O. T., Bastos, L. S. L., *et al*, 2021.

12 Ranzani, O. T., Bastos, L. S. L., *et al*, 2021.

13 Trecho extraído da Nota Técnica Nº 24 de 12/05/2020 do Conselho Nacional de Justiça: “No caso de epidemias com complicações respiratórias um dos principais recursos críticos é o leito de terapia intensiva (entendendo esse leito como o conjunto de equipamentos como ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos e equipe especializada)”

14Phua, J., Hashmi, M. &Haniffa, R.,2020; Valley, T.S., Noritomi, D.T,2020



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



E num contexto de recursos limitados, a decisão do gestor estadual ou municipal de saúde em alcançar a capacidade instalada ideal deve considerar que a abundância de leitos de UTI propicia o uso por pacientes que podem não se beneficiar de terapia intensiva, trazendo ineficiência ao sistema e expondo pacientes a risco de erros médicos e eventos adversos por tratamentos desnecessários; e, por outro lado, a insuficiência de leitos de UTI gera um descompasso entre a demanda e oferta, pressionando o médico (ou a regulação¹⁵) a racionar o recurso entre aqueles que poderiam se beneficiar da terapia¹⁶.

2.3 ASPECTOS ECONÔMICOS/FINANCEIROS/ORÇAMENTÁRIOS

A UTI é um setor hospitalar e conseqüentemente tem o custeio de suas atividades e investimentos atrelados ao orçamento dos hospitais que integram, e, por assim dizer, segue a lógica de financiamento do hospital de acordo com o tipo de administração ao qual pertence (se administração direta ou indireta), a Secretaria a qual está vinculado e o tipo de gerenciamento praticado (se gerenciado pela administração ou pelo terceiro setor).

Assim, por meio dos hospitais, foi possível identificar os programas e ações orçamentários financiadores das UTIs (Tabela 4), que viabilizam as UTIs por intermédio de orçamento de UGE de um hospital gerenciado diretamente; do orçamento próprio da entidade da administração indireta; dos repasses que compõem um orçamento ou plano de trabalho de uma entidade do terceiro setor; entre outros desenhos utilizados.

¹⁵Grosso modo, a regulação assistencial (ou de acesso) representa um conjunto de serviços de saúde que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

¹⁶Phua, J., Hashmi, M. & Haniffa, R., 2020; Valley, T.S., Noritomi, D.T., 2020



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 4 – Programas e ações orçamentários envolvidos no custeio de hospitais com leitos de UTI SUS Adulto, Pediátrica e Neonatal em 2021

<i>Hospitais Estaduais</i>	<i>Programa</i>	<i>Ação Orçamentária</i>
da SES/SP gerenciados por terceiros	"0930"	"4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS" ; "5532 - ATEND. AMB. HOSP. SERV. CONTR./CONV. GEST. ESTADUAL"; "6381 - MUTIROS DE SAUDE"
da SES/SP gerenciados pela administração direta	"0930", "0940" e "0942"	"4850 - ATENDIMENTO AMBUL. E HOSPITALAR REDE ESTADO"; "6117 - ASSISTENCIA FARMACEUTICA ESPECIALIZADA"; "6121 - CAPACITACOES TECNICAS E ADMINISTRATIVAS"; "6215 - APOIO ADMINISTRATIVO DA SES-SP"
da administração indireta vinculados a SES/SP	"0930", "0940", "0942" e "0935"	"4192 - ATENDIMENTO HEMOTERAPICO"; "4850 - ATENDIMENTO AMBUL. E HOSPITALAR REDE ESTADO"; "4852 - ATEND. AMBUL. HOSP. POR ORGANIZACOES SOCIAIS"; "4863 - RESIDENCIA MEDICA"; "6117 - ASSISTENCIA FARMACEUTICA ESPECIALIZADA"; "6215 - APOIO ADMINISTRATIVO DA SES-SP"; "9001 - CONTRIBUICAO PARA O REGIME PREVID.SERVIDORES"
da administração indireta não vinculados a SES/SP	"0930" e "1042"	"5274 - ASSISTENCIA MEDICA, HOSPITALAR E AMBULATORIAL"; "5276 - PROCEDIMENTOS ALTA COMPLEXIDADE CRANIOFACIAIS"

Fonte: Elaborado a partir de dados extraídos do SIGEO

Contextualizado dessa forma, os achados pertinentes às questões que orientaram a fiscalização estão descritos adiante.

3 ACHADOS DE FISCALIZAÇÃO

3.1 DIAGNÓSTICO SOBRE A OFERTA DE LEITOS DE UTI VOLTADOS AO SUS NO ESTADO

A falta de acesso a leitos de UTI e a admissão tardia, em que o acesso aos leitos de UTI se dá fora do prazo considerado aceitável, são riscos que uma gestão em saúde deve gerenciar para eliminar e/ou mitigar.

Apesar de contemplarem somente os dados sobre leitos regulados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS (excetuados os “fora do fluxo” da regulação); considerarem o tempo entre a solicitação no sistema e a finalização destas no ato de encerramento das fichas (o que não corresponde necessariamente ao tempo entre a solicitação do médico assistente e a entrada na UTI demandada); abrangerem casos de Covid-19 e o período de 2021 até agosto, os dados fornecidos pela SES/SP indicaram um contexto de admissão tardia em UTIs (Adulto, Pediátrica e Neonatal), conforme se depreende do gráfico 1, em que o tempo médio de acesso aos leitos de UTI supera as seis horas adotada como critério (linha tracejada em vermelho), condição em que os pacientes ficam mais expostos ao

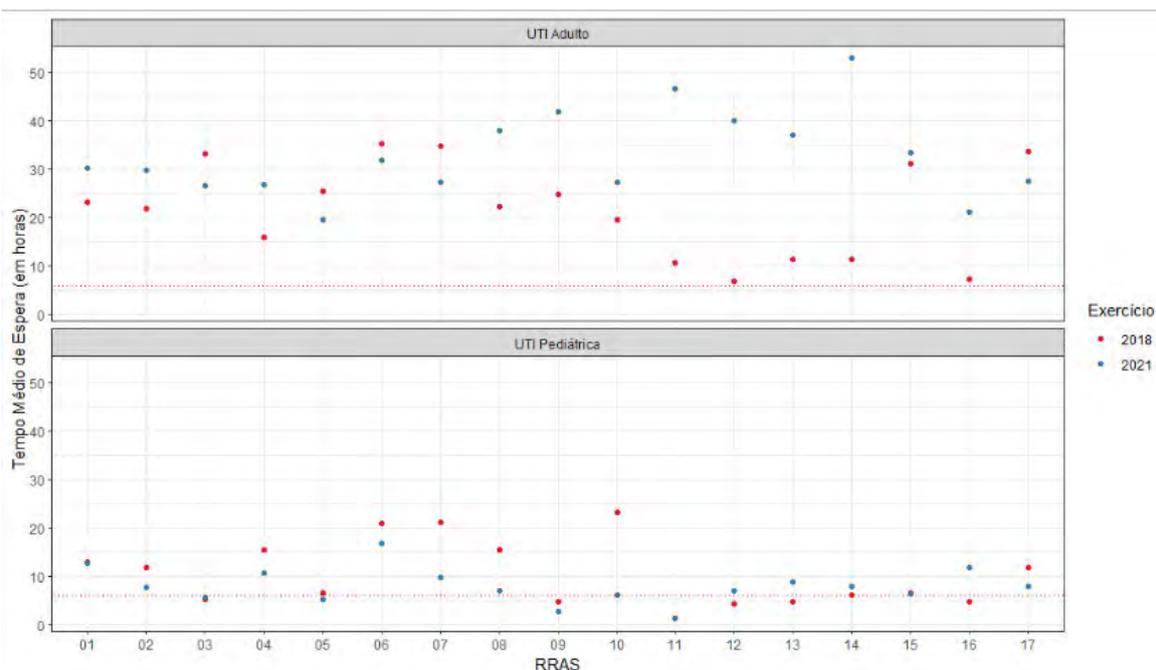


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



prolongamento do tratamento e ao incremento no risco de mortalidade a cada hora de atraso na admissão¹⁷.

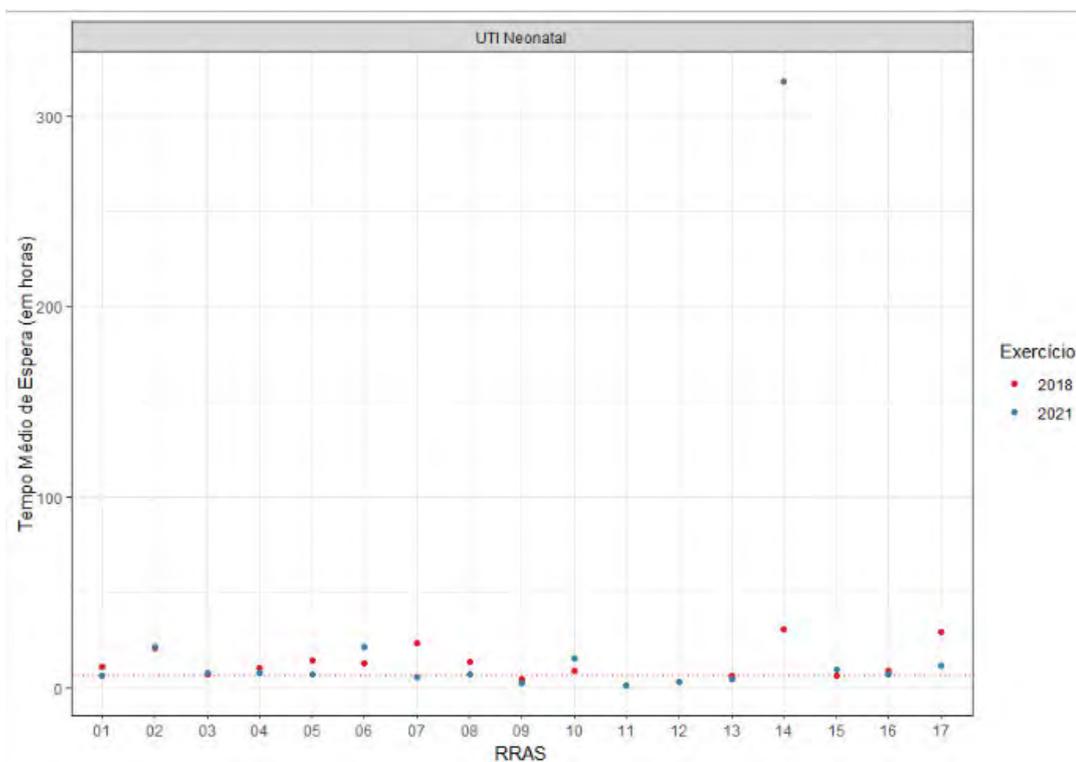
Gráfico 1 - Tempo médio de espera de acesso aos leitos de UTI por RRAS e por Tipo de UTI - 2018 e 2021 (Jan a Ago)



¹⁷Churpek MM, Wendlandt B, Zdravetz FJ, Adh kari R, Winslow C, Edelson DP, 2016. O critério adotado é superior ao mencionado em trecho da exposição de motivos da Resolução CFM nº 2.156/2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva: "o paciente crítico pode necessitar de intervenção imediata, pois, na maioria das síndromes associadas a falências orgânicas, o prognóstico é tempo-dependente. Alguns estudos evidenciaram que uma demora de quatro horas, ou mais, para a admissão de paciente grave na UTI pode contribuir para o aumento da mortalidade e maior tempo de permanência na UTI para recuperação.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Fonte: Elaborado a partir dos dados fornecidos pela SES/SP (TC 022697.989.21-8)

Uma das causas associada a admissão tardia está relacionada ao dimensionamento da oferta de leitos de UTI e a Portaria de Consolidação nº 1/2017 (que sucedeu a Portaria GM/MS nº 1.631/2015) oferece referências para orientar os gestores do SUS nesse dimensionamento. Referida portaria veicula, por meio de um documento anexo, recomendações técnicas (parâmetros) e fórmulas para o dimensionamento ideal da oferta de leitos gerais e de UTI, considerando variáveis que podem interferir na qualidade do serviço, como, por exemplo, o comportamento das filas e taxas de recusa, tempo médio de internação, população de referência para cada tipo de leito, etc.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



O documento denominado “CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARÂMETROS SUS)” representa uma evolução (em relação) a busca de um “parâmetro ideal” de leitos/mil habitantes e, mesmo sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório¹⁸, foi utilizado pela SES/SP na elaboração do diagnóstico para o Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023. **A conclusão levada ao PES 2020-2023 foi de que o resultado da aplicação da metodologia indicava de forma geral a adequação da rede do SUS no Estado de São Paulo em 2018.**

Figura 4 – Diagnóstico sobre adequação do número de leitos de UTI SUS do PES 2020-2023

Área	Médio	Cenários				Leito UTI SUS
		C1	C2	C3	C4	
UTI Neonatal	558	252	221	1.175	1.032	1.135
Pediatria clínica	279	97	86	673	591	
Pediatria cirúrgica	79	31	27	178	157	
UTI Pediátrica	358	128	112	851	747	733
Obstetrícia	20	4	4	48	42	
Clínica 15 a 59 anos	503	273	240	939	825	
Clínica 60 anos ou mais	856	473	415	1.616	1.419	
Cirúrgica 15 a 59 anos	1.066	321	282	884	776	
Cirúrgica 60 anos ou mais	301	295	259	1.225	1.076	
UTI Adulto	2.746	1.366	1.199	4.711	4.136	3.505
Total Geral	3.662	1.745	1.532	6.737	5.915	5.373

(*) Cenários (C) segundo Portaria de Parâmetros 1631/2015. ** não entrou UTI queimados (62 leitos). Fonte: CNES - DEZ/2018.

Fonte: PES 2020-2023 (V. 3. Capacidade instalada no SUS/SP)

Nota: CENÁRIO 1 : Valor mínimo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais) e taxa de ocupação hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações (fila) de 1% ; CENÁRIO 2 : Valor mínimo recomendado de taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 25 das capitais) e taxa de ocupação hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações (fila) de 5%;CENÁRIO 3 : Valor máximo recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) e taxa de ocupação hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações (fila) de 1%; CENÁRIO 4: Valor máximo recomendado taxas de internação e tempo médio de permanência (= Percentil 75 das capitais) e taxa de ocupação hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações (fila) de 5%;CENÁRIO MÉDIO: Média dos valores mínimos e máximos recomendados de taxas de internação e tempo médio de permanência para os CENÁRIOS 1,2,3 e 4 e taxa de ocupação hospitalar relativo a uma Porcentagem de recusa de internações (fila) de 3%.

O diagnóstico ora apresentado serviu como referência ao gestor estadual para decisões relacionadas a UTI para o período 2020 a 2023, contudo a SES/SP apurou, a pedido da fiscalização, para 2021, sob mesma metodologia e sob exigência de uma abordagem regionalizada e conclusiva de adequação por Redes Regionais de Atenção à Saúde(RRAS), ante ao risco de iniquidades regionais de oferta de leitos de UTI voltados ao SUS.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Empregadas as técnicas de auditoria explicitadas na metodologia sobre a memória de cálculo que compuseram o PES 2020-2023 e a demanda da fiscalização¹⁹, identificaram-se impropriedades que vão da incorreta parametrização (na taxa esperada de internação e tempo médio de Internação para o público-alvo de leitos cirúrgicos para o cenário médio) até a falta de correções (ajustes) compatíveis com a realidade local.

Na identificação da oferta de serviços no diagnóstico, considerou-se no cômputo as UTIs Adulto e Pediátrica do Tipo I, apesar da reclassificação provocada pelo art. 146 da Portaria de consolidação nº 3/2017, corroborada no Anexo 1 da Resolução CFM nº 2271/2020. Na estimativa da necessidade de leitos de UTI SUS, por sua vez, deixou-se de promover correções relacionadas a questão da recusa (de internações por falta de vaga, ou seja, sem considerar fila de espera existente na CROSS, por exemplo) e a demanda de internação dos não residentes²⁰ (ao não considerar o 1% quantificado no PES 2020-2023²¹), de forma que restou subestimado o número de internações esperadas, e conseqüentemente de necessidade de leitos de especialidade e de UTI. Por fim, a abordagem regionalizada²², diga-se de passagem não divulgada pelo PES 2020-2023, careceu da identificação do cenário apropriado por RRAS de forma a propiciar conclusão sobre a adequação ou não da rede de leitos de UTI voltado ao SUS²³, contudo permitiu detectar situação-problema de oferta muito superior a necessidade de leito estimada no cenário mais conservador (vide UTI Pediátrica e Neonatal na RRAS 6 da Tabela 5).

19 No TC 022697.989.21-8 constam os parâmetros utilizados pela SES/SP e o número de leitos UTI estimados para 2018 e 2021.

20 Trecho do documento anexo a Portaria de Consolidação nº 1/2017 ("CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PARÂMETROS SUS)" que serviu de critério: "Vale notar que os números de internações esperadas (NI) obtido com base na taxa de internação esperada ou na proporção de internações com UTI correspondem à demanda satisfeita, ou seja, pois é calculada a partir dos casos que conseguiram internação. Assim, para se obter a demanda total esperada de internações, é necessário incorporar as internações recusadas através da utilização de um fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito(...)Como não existem dados que permitam estimar estes fatores de forma objetiva, cabe ao gestor estabelecer este fator de correção com base na análise da questão da recusa no próprio local, ou, na impossibilidade disso, não fazer esta correção, ou seja, considerar FRe=1, tendo a consciência de que o número de internações esperadas assim estimado está subestimado. Outra correção necessária do número esperado de internações diz respeito à demanda de internação dos não residentes, o que é feito através de um fator (Fnr) calculado com base no percentual de internações de residentes."

21 P. 44 (ou 118)

22 Art. 18 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe que "o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde".

23 A SES/SP não ofertou resposta ao item 3 da Requisição DCG-1 - 47.2021 informando sobre a adequação ou não da rede de leitos de UTIs SUS por RRAS em 2018 e 2021, tampouco indicou os cenários a serem utilizados por região para obtenção dessa conclusão.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 5 – Proporção de Leitos de UTI SUS existentes em relação a necessidade de leitos por RRAS para o Cenário 4 em 2021

<i>RRAS</i>	<i>UTI adulto</i>	<i>UTI pediátrica</i>	<i>UTI neonatal</i>
RRAS01	117.77%	128.67%	233.88%
RRAS02	48.95%	96.68%	90.72%
RRAS03	33.60%	58.18%	100.09%
RRAS04	34.08%	32.98%	79.05%
RRAS05	70.38%	76.73%	123.48%
RRAS06	122.65%	185.45%	171.95%
RRAS07	65.77%	81.74%	96.25%
RRAS08	38.31%	44.90%	72.20%
RRAS09	63.88%	81.06%	105.56%
RRAS10	86.75%	67.28%	138.75%
RRAS11	54.84%	0.00%	77.96%
RRAS12	94.08%	82.00%	120.51%
RRAS13	75.14%	80.62%	113.20%
RRAS14	71.09%	67.34%	109.00%
RRAS15	57.10%	73.14%	109.64%
RRAS16	58.71%	63.82%	66.94%
RRAS17	74.84%	64.68%	118.50%
Total	80.02%	98.83%	124.04%

Fonte: Elaborado a partir dos dados fornecidos pela SES/SP (TC 022697.989.21-8)

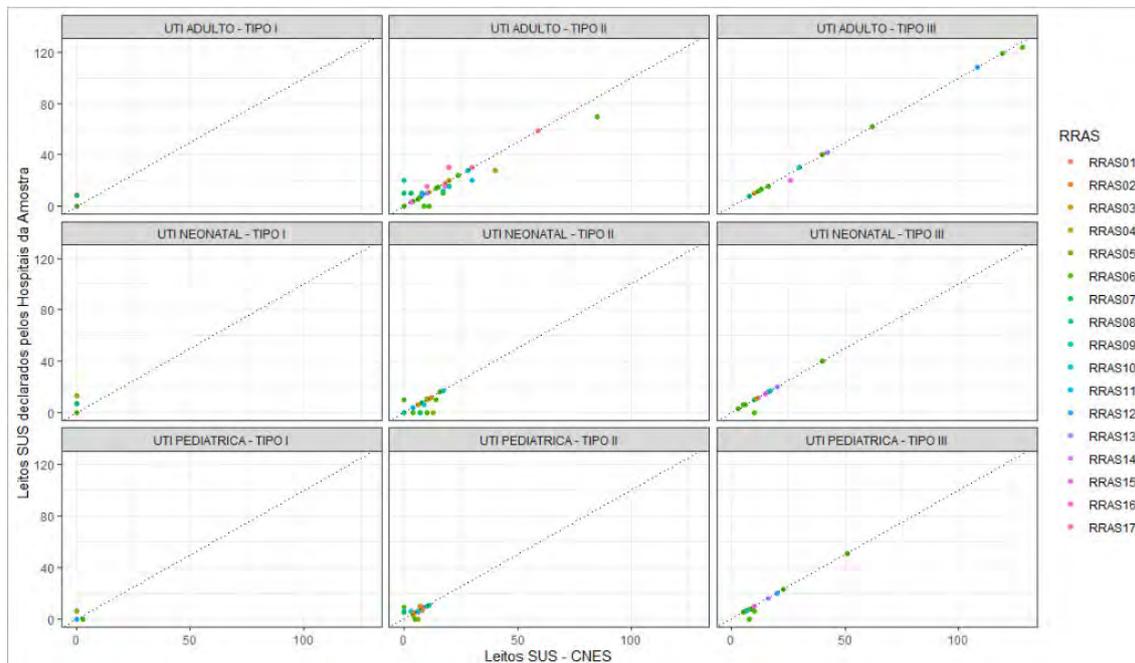
Especificamente para 2021, o gráfico 2 (cuja expectativa era que os pontos estivessem sobrepostos a linha tracejada, evidenciando igualdade entre o número de leitos de UTIs gerais constantes no CNES e número de leitos de UTIs gerais declarados pelos hospitais da rede própria estadual) agrega a necessidade de ajustar (corrigir) a capacidade instalada (oferta existente) em razão da desatualização no CNES, que no caso dos hospitais da rede própria estadual está superdimensionada, em especial dos leitos de UTI Tipo II (Tabela 6), que pode alcançar também outros estabelecimentos não considerados na amostra, a exemplo dos hospitais sob gestão municipal e filantrópicos. Utilizando-se os dados do CNES sem correções (ajustes), ter-se-ia, por exemplo, um diagnóstico de insuficiência (déficit) de UTIs pediátricas voltadas ao SUS na RRAS 11 em qualquer cenário estimado (dado que inexistem leitos de UTI voltados ao SUS pelo CNES na referida rede).



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Gráfico 2 – (Des)atualização do número de leitos de UTI voltados ao SUS dos hospitais da rede própria estadual no CNES por Tipo de UTI – CNES (Set/2021)



Fonte: Elaborado a partir dos dados do CNES (Set/2021) e dos hospitais da rede própria estadual (Set/2021) – TC 022697.989.21-8

Nota :

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

Tabela 6 – Síntese da desatualização do CNES (Set/2021)

<i>Tipo de UTI</i>	<i>CNES</i>	<i>Declarado</i>	<i>CNES - Declarado</i>
UTI ADULTO - TIPO II	844	816	28
UTI ADULTO - TIPO III	614	604	10
UTI NEONATAL - TIPO II	285	255	30
UTI NEONATAL - TIPO III	183	174	9
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	171	193	22
UTI PEDIÁTRICA - TIPO III	180	167	13

Fonte: Elaborado a partir da respostas dos hospitais da rede própria estadual (Set/2021); CNES (Set/2021) – TC 022697.989.21-8

Nota :

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

Em resumo, a incorreta parametrização e a falta de correções(ajustes) concorreram para uma avaliação enviesada da gestão estadual sobre a adequação da rede de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado de São Paulo no PES 2020-2023, e por extensão em 2021, dificultando a detecção de situações-problema de insuficiência de leitos de UTI SUS, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos de UTI SUS, e assim impactando negativamente no planejamento de ações visando



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



garantir o acesso oportuno ao recurso de UTI por pacientes críticos do SUS com eficiência, sendo indicativo a ausência de ações e metas específicas no PES 2020-2023 e na Programação Anual de Saúde (PAS) 2021 que envolvam a expansão (mediante novos serviços ou de ampliações dos existentes) em regiões com déficits de leitos de UTI (não voltados a Covid-19) ou estratégias de melhoria de gestão e de aproveitamento da rede existente.

3.2 RECURSOS MÍNIMOS PARA FUNCIONAMENTO

A RDC nº 7/2010 da Anvisa estabelece, entre outros, os recursos humanos e materiais mínimos para o funcionamento das UTIs, visando à redução de riscos aos pacientes e profissionais.

3.2.1 Recursos Humanos

O quadro de recursos humanos de uma UTI deve dispor de um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos, formalmente designados e com título de especialista emitido por conselhos de classe ou associações, reconhecido por estes para este fim, podendo estes assumirem responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.²⁴

Além dos profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação, também deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais de saúde: médicos diaristas/rotineiros²⁵, médicos plantonistas²⁶, enfermeiros assistenciais e fisioterapeutas, sob a proporção de 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração em cada turno, ou em

24 Art. 13 da RDC nº 7/2010 da Anvisa

25 O médico diarista é responsável por “elaborar e supervisionar a condução do plano e planejamento diagnóstico e terapêutico dos pacientes internados em UTI, garantindo a implementação e monitoração dos processos (...) é o líder da assistência multiprofissional na UTI, sendo o principal responsável pela horizontalidade dos cuidados, e também o “segundo par de olhos”, garantindo dupla checagem dos processos e protocolos, otimizando assim a segurança e qualidade da assistência. Desta forma, não deve acumular função de plantonista.”(Anexo 2 da Resolução CFM nº 2271/2020). Deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal (art. 14 da RDC nº 7/2010 da Anvisa).

26 O médico plantonista “é responsável pelo atendimento integral na UTI diuturnamente, presente na área física da UTI e responsável pela implantação do plano e planejamento terapêuticos, assim como pelo atendimento das intercorrências, com medidas e cuidados necessários para resolver e prevenir eventos adversos ou que coloquem em risco a integridade dos pacientes” (Anexo 2 da Resolução CFM nº 2271/2020).



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



turno diurno e vespertino no caso do médico diarista; e técnicos de enfermagem sob a proporção de no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno.

A coordenação e supervisão da UTI e do grupo multiprofissional é de incumbência da equipe médica da unidade e o funcionamento deve levar em conta que:

a) deve haver médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem nas 24h de funcionamento da UTI e fisioterapeutas em 18h²⁷.

b) os médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI²⁸;

c) o coordenador médico e/ou responsável técnico pode acumular o papel de médico diarista (rotineiro)²⁹, mas o médico intensivista diarista (rotina) não pode acumular função de plantonista³⁰; e

d) o plantão caracteriza-se pela prestação de 12 horas contínuas e ininterruptas de trabalho, pelos integrantes das classes de Médico, Médico Sanitarista e Cirurgião Dentista em unidades do Sistema Único de Saúde - SUS, cujos serviços sejam prestados durante as 24 horas do dia³¹. Há precedentes consultivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) que indicam um limite máximo razoável de 12 horas em plantão presencial para uma boa atuação médica (Consulta nº 49.656/06)³² e há proibição de plantões acima de 24 horas pela Resolução CREMESP nº 90, de 21 de março de 2000³³.

Sob esse contexto normativo, identificaram-se em UTIs de hospitais da rede própria estadual, casos de:

- ausência de coordenador enfermeiro, coordenador fisioterapeuta e médico diarista³⁴;

27 Art. 14 da RDC nº 7/2010 da Anvisa

28 Art. 15 da RDC nº 7/2010 da Anvisa

29 Segundo anexo aprovado pelo Art. 144 da Portaria de Consolidação nº 3/2017

30 Anexo 2 da Resolução CFM nº 2271/2020

31 Lei Complementar nº 1.176, de 30 de maio de 2012

32 Consulta nº 133.030/11 (CREMESP)

33 Artigo 8º : "Ficam proibidos plantões superiores a vinte e quatro (24) horas ininterruptas, exceto em caso de plantões à distância."

34 TC 022697.989.21-8



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



- coordenador e responsável técnico, médico diarista, coordenador de enfermagem e coordenador de fisioterapia sem título de especialista em Terapia Intensiva³⁵;
- profissionais de saúde que prestaram assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estavam escalados para atuação na UTI³⁶;
- jornada de trabalho (diária) e/ou plantões de médicos superiores a 24 horas ininterruptas, inclusive de 48 horas, e superiores a 12 horas ininterruptas³⁷.

3.2.2 Recursos Materiais

A RDC nº 7/2010 da Anvisa relaciona uma lista de materiais e equipamentos que deve estar disponível para uso exclusivo da UTI, variando conforme o tipo de UTI (se Adulto, Pediátrica ou Neonatal) e no quantitativo, sendo alguns proporcionais ao número de leitos.

Itens da referida lista podem ser substituídos por outros desde que tenham comprovada sua eficácia e sejam regularizados pela Anvisa, servindo de exemplo o “Ventilador pulmonar mecânico microprocessado” que realiza ventilação não invasiva.

Baseando-se na tabela 7, pode-se afirmar que houve UTIs que não dispunham dos requisitos mínimos de funcionamento, quando se referir a equipamentos como “Aspirador a vácuo portátil” ou “Cilindro transportável de oxigênio”, contudo a afirmação difere quando envolve outros equipamentos (como “Ventilador pulmonar mecânico microprocessado” ou “Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril”), devido ao uso dos leitos existentes em vez de leitos operacionais (que estão efetivamente disponíveis) na relação equipamento por leito, o que significa dizer que, em situação de plena capacidade (em que todos os leitos existentes estariam operacionais), as UTIs não teriam recursos materiais (equipamentos) mínimos para funcionamento.

35 TC 022697.989.21-8

36 TC 022697.989.21-8

37 TC 022697.989.21-8



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 7 – Percentual de UTIs com quantitativos mínimos de equipamentos segundo RDC nº 7/2010 da Anvisa e leitos existentes (Set/2021)

<i>Equipamento</i>	<i>UTI Adulto (%)</i>	<i>UTI Neonatal (%)</i>	<i>UTI Pediátrica (%)</i>
Aspirador a vácuo portátil	90,16	82,93	58,97
Balança eletrônica portátil	-	95,12	74,36
Cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios	91,8	-	-
Incubadora com parede dupla	-	80,49	-
Berço aquecido de terapia intensiva	-	90,24	69,23
Berço hospitalar com ajuste de posição, grade laterais e rodízios	-	-	69,23
Bomba de infusão (incluída reserva operacional)	59,02	60,98	79,49
Capnógrafo	65,57	68,29	69,23
Cilindro transportável de oxigênio	98,36	95,12	71,79
Cuffômetro (equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo endotraqueal)	98,36	-	61,54
Desf brilador e cardioversor com bateria	54,1	90,24	76,92
Eletrocardiógrafo	81,97	-	-
Eletrocardiógrafo portátil	-	87,8	66,67
Equipamento para aferição de glicemia capilar	55,74	-	79,49
Equipamento para aferição de glicemia capilar com tiras específicas para neonatos	-	68,29	-
Equipamento para fototerapia	-	41,46	-
Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva	60,66	26,83	58,97
Equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros específico para transporte, com bateria	-	56,1	61,54
Equipamentos que permitam monitorização contínua de: Frequência respiratória; Oximetria de pulso; Frequência Cardíaca; Cardioscopia; Temperatura; Pressão arterial não-invasiva	100	100	87,18
Estadiômetro	-	-	66,67
Estetoscópio clínico	88,52	73,17	82,05
Incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio	-	92,68	-
Maca para transporte com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	63,93	-	48,72
Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril	55,74	95,12	74,36
Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves	70,49	-	-
Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril para atendimento às emergências	-	75,61	58,97
Marcapasso cardíaco externo transtorácico temporário com eletrodos e gerador	77,05	-	38,46
Máscara de oxigênio adulto	49,18	-	-
Máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio	-	-	64,1
Capacetes e tendas para oxigenoterapia	-	19,51	28,21
Monitor cardíaco multiparamétrico para transporte com bateria	60,66	-	-
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8° exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura	88,52	92,68	61,54
Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara adulto (incluída reserva operacional)	54,1	-	-
Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara facial (incluída reserva operacional)	-	53,66	69,23
Ventilador pulmonar mecânico específico para transporte, com bateria	73,77	63,41	58,97
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado (incluída reserva operacional)	55,74	39,02	84,62
Ventilômetro portátil	54,1	-	-

Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 09 a 11 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Nota : Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)



3.3 GESTÃO DAS UTIS

A gestão das UTIs é complexa e engloba processos como o gerenciamento de risco, a gestão dos indicadores com monitorização dos resultados, a instituição e implementação de protocolos assistenciais e a monitorização da política de admissão e alta de pacientes³⁸ visando a otimização do uso do recurso de UTI.

3.3.1 Gerenciamento de Riscos

O gerenciamento de riscos envolve a identificação, avaliação e priorização de riscos, seguida da aplicação coordenada e econômica de recursos para minimizar, monitorar e controlar a probabilidade e o impacto de eventos negativos ou maximizar o aproveitamento de oportunidades, para que as incertezas não desviem os esforços da organização de seus objetivos.³⁹

Considera-se que o objetivo principal das UTIs é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico. Sendo assim, o risco são todos aqueles eventos, interno ou externos, que podem comprometer o alcance desse objetivo, e o gerenciamento de riscos a atividade que visa reduzir e mimizar a ocorrência de eventos adversos (negativos).

Para o gerenciamento dos riscos, a RDC nº 7 da Anvisa determina que a equipe da UTI deve: a) definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade; e b) coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas.

E mesmo sendo uma obrigação, três UTIs (duas UTIs Adulto e uma UTI Pediátrica) de três hospitais declararam não gerenciar riscos⁴⁰.

Por sua vez, entre as UTIs que declararam os riscos gerenciados, a Tabela 8 permitiu identificar diferentes valorações de probabilidade e de impacto atribuídas para um mesmo evento adverso, conseqüentemente culminando em diferentes priorizações de risco, e a criticidade do evento “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)”.

38 Exposição de Motivos da Resolução nº 2.271/2020 do CFM

39 Brasil, 2018, p. 23

40 TC 022697.989.21-8



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Apesar da criticidade do evento “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)”, o referido evento não figurou entre os riscos gerenciados pelos hospitais da rede estadual⁴¹, à exceção de dois hospitais das clínicas.

Tabela 8 –Eventos adversos mais citados entre os de alta probabilidade de ocorrência e alto impacto no desfecho/eficiência por tipo de UTI (Set/2021)

Eventos	UTI ADULTO (%)	UTI PEDIÁTRICA (%)	UTI NEONATAL (%)
INFEÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA	19,35	20,51	21,95
ALOCÇÃO DE PACIENTES DE UTIs EM UNIDADES QUE OFEREÇAM NÍVEL DE CUIDADOS INFERIOR AO REQUERIDO (EM SEMI-INTENSIVA, SALA DE EMERGÊNCIA, ENTRE OUTROS)	17,74	20,51	19,51
LESÃO	16,13	15,38	9,76
BRONCOASPIRAÇÃO	11,29	7,69	9,76
SANGRAMENTO / HEMORRAGIAS / TEV	9,68	5,13	7,32
FALHA NA COMUNICAÇÃO, PASSAGEM DE PLANTÃO, COMUNICAÇÃO DE LAUDOS CRÍTICOS	6,45	2,56	2,44
EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	4,84	5,13	4,88
REGISTRO INADEQUADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	4,84	2,56	2,44
ERRO DE MEDICAÇÃO OCACIONANDO AGRAVAMENTO DO QUADRO OU ÓBITO	3,23	5,13	4,88
QUEDA	3,23	2,56	2,44
RETENÇÃO DE PACIENTE QUE JÁ CONTA COM ALTA MÉDICA	1,61	2,56	2,44
RISCO RELACIONADO A PROCEDIMENTOS INVASIVOS (BAROTRAUMA, PNEUMOTÓRAX, LESÃO DE URETRA, LESÃO DE ESÔFAGO, ENFISEMA PERCUTÂNEA)	1,61	2,56	2,44

Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 22 a 24 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Nota :

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

Conclusão: casos de falta de gerenciamento de riscos em UTIs e de ausência de riscos críticos entre os gerenciados, como o de “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)”, limitam a capacidade das equipes de UTI dos hospitais da rede própria estadual em contribuir na redução de eventos evitáveis.

⁴¹ Conhecidos a partir dos dados consolidados das Tabelas 25 a 27 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual - TC 022697.989.21-8



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



3.3.2 Indicadores para avaliação de funcionamento global das UTI

De acordo com a RDC nº 7/2010 da Anvisa, devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução destes.

Alinhada a lógica de que “não se gerencia o que não se mede”⁴², exige-se o cálculo de Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada, para que o Responsável Técnico da UTI correlacione a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado; o monitoramento dos indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA⁴³; e a avaliação dos pacientes por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada, para que o enfermeiro coordenador da UTI correlacione as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado.

A tabela 9 evidencia o descompasso entre a expectativa oriunda da obrigatoriedade de mensuração e o executado pelas UTIs de hospitais da rede própria estadual, merecendo destaque, do ponto de vista assistencial, a baixa utilidade do Índice de Gravidade / Índice Prognóstico nas UTIs Neonatal e Pediátricas em comparação com o uso na UTI Adulto e, do ponto de vista gerencial, o percentual de uso de índice para o dimensionamento do pessoal da enfermagem⁴⁴, revelando que se usa outro “método” de alocação de pessoal, bem como o percentual de hospitais que apuram a taxa de reinternação de 24 horas e taxa de mortalidade esperada (em que se estima o número de óbitos) prejudicando em especial o rastreamento⁴⁵ de causas

⁴²William Edwards Deming (1900-1993)

⁴³Indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4/2010 da ANVISA: Taxa de mortalidade absoluta e estimada; Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva; Taxa de reinternação em 24 horas; Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV); Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM); Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central; Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC); e Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

⁴⁴Segundo Perão, OF, BUB, MBC; *et al*(2014), “trabalhar somente com índices de gravidade, não é o suficiente para uma assistência de qualidade a estes pacientes”, é preciso considerar “a diversidade dos pacientes atendidos nas unidades intensivas, os recursos disponíveis e a mudança da demanda e cuidados de enfermagem em um mesmo paciente durante sua internação”.

⁴⁵ A taxa de mortalidade estimada analisada em conjunto com taxa de mortalidade observada tem a mesma serventia que a Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP), que compara o número observado de mortes com o número que teria



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



possíveis, relacionadas ou não a assistência, de reinternação precoce e de descompasso entre a mortalidade observada e a esperada.

Tabela 9 – Percentual de UTIs de hospitais da rede própria estadual que mensuram os indicadores obrigatórios por tipo de UTI (Set/2021)

<i>Indicadores</i>	<i>UTI ADULTO (%)</i>	<i>UTI NEONATAL (%)</i>	<i>UTI PEDIÁTRICA (%)</i>
TAXA DE OCUPAÇÃO	95,08	90,24	87,18
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	95,08	90,24	87,18
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS) RELACIONADA AO ACESSO VASCULAR CENTRAL	93,44	95,12	94,87
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)	93,44	90,24	94,87
DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO (ITU) RELACIONADA A CATETER VESICAL	91,8	75,61	94,87
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)	91,8	95,12	94,87
TAXA DE UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA (VM)	91,8	90,24	94,87
TAXA DE MORTALIDADE ABSOLUTA	86,89	85,37	87,18
ÍNDICE DE GRAVIDADE/ PROGNÓSTICO (MÉDIA)	73,77	34,15	48,72
TAXA DE REINTERNAÇÃO EM 24 HORAS	60,66	53,66	53,85
ÍNDICE DE DIMENSIONAMENTO DO PESSOAL DA ENFERMAGEM (MÉDIA)	59,02	48,78	58,97
TAXA DE MORTALIDADE ESTIMADA	50,82	24,39	28,21

Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 34 a 36 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Nota :

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

De natureza indutora da melhoria da qualidade, existem os indicadores veiculados por outras entidades (a exemplo do Proqualis da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar(ANS) e do projeto “UTIS brasileiras” da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB e EPIMED), que, juntamente com os indicadores exigidos pela Anvisa, concorrem para detectar eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, comparações de desempenho e de boas práticas entre as UTIs, fomentar políticas de saúde baseadas em valorao paciente e subsidiar a adequação de incentivos contratuais e mecanismos de remuneração de modo a gerar eficiência e qualidade nas UTIs.

sido esperado, com base nos tipos de pacientes e consiste em instrumento de rastreamento. Baseado no disponível em <<https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada>> Acesso em mar/2022.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



A tabela 10 traz alguns exemplos de indicadores veiculados por outras entidades, ressaltando a adesão inferior a 50% dos hospitais da rede própria estadual na apuração de dois indicadores utilizados pelo projeto “UTIs brasileiras” na avaliação (temporal, por tipo de UTI, por tipo de hospital e por região) do uso de suporte invasivo⁴⁶, e, assim, diminuindo o escopo da comparação desses hospitais com demais hospitais públicos e hospitais privados na busca de aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido internamente nas UTIs.

Tabela 10 – Percentual de UTIs de hospitais da rede própria estadual que mensuram e monitoram indicadores do projeto “UTIs Brasileiras”, do Proqualis e de Custos por tipo de UTI (Set/2021)

<i>Indicadores</i>	<i>UTI ADULTO (%)</i>	<i>UTI NEONATAL (%)</i>	<i>UTI PEDIÁTRICA (%)</i>
INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UPP)	86,89	75,61	82,05
TAXA DE NOVAS INFECÇÕES RESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), DEFINIDAS COMO INFECÇÕES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À METICILINA - MRSA; OU ENTEROCOCOS RESISTENTES À VANCOMICINA - VRE	70,49	80,49	84,62
CUSTO LEITO-DIA	59,02	53,66	56,41
PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES COM USO DE DIÁLISE / PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES COM SUPORTE RENAL	52,46	39,02	38,46
PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES COM USO DE AMINAS (DROGAS VASOATIVAS)	31,15	36,59	33,33

Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 34 a 36 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Nota :

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

Resumindo: a não aderência plena dos hospitais na apuração dos indicadores de avaliação do funcionamento global das UTIs estipulados pela RDC 7/2010 da Anvisa dificulta a realização de consolidações e a identificação de fatores comuns e peculiares que afetam, positiva ou negativamente, o desempenho global das UTIs e tem potencial de impactar negativamente o processo de tomada de decisão do gestor estadual.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



3.3.3 Ocupação dos leitos

Os recursos de UTI são limitados e de alto custo⁴⁷, o que impõe a necessidade de que a ocupação dos leitos seja feita de modo racional e sob a indicação mais apropriada, propiciando a oferta para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde.⁴⁸

Uma das formas utilizadas na gestão desse recurso (de UTI), que conta ainda com a adoção de critérios de admissão e alta de pacientes disciplinado pela Resolução nº 2.156/2016 do CFM, é monitorar a taxa de ocupação dos leitos de UTI, que é obtida a partir da razão entre número de pacientes-dia⁴⁹ e o número de leitos-dia⁵⁰ e está relacionada ao tempo entre as internações (intervalo de substituição dos leitos⁵¹) e o tempo de internação (média de permanência na UTI⁵²).

A meta do monitoramento é manter a taxa de ocupação entre 80 e 85%. Isto por que se por um lado a taxa de ocupação acima do preconizado pode desencadear em recusa de pacientes que necessitam de cuidados intensivos referenciados pela urgência e emergência, desvio para outras unidades hospitalares com menos recursos e internação inadequada em unidades intermediárias e enfermarias; por outro lado, a taxa de ocupação abaixo do preconizado pode indicar baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital, por falha no planejamento do hospital, índices de satisfação do usuário baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.⁵³

Considerando as linhas tracejadas (em preto) a meta de taxa de ocupação entre 80 e 85%, o gráfico 3 mostra a dispersão das (médias de) taxas de ocupação dos leitos de UTI dos hospitais da rede própria estadual por Ano e Tipo de UTI, e, tentando mitigar vieses, também por Porte e Tipo de hospital (geral e especializado). É possível identificar os pontos fora da meta (acima ou abaixo) e a amplitude entre as UTIs de hospitais de mesmo porte.

47 Exposição de motivos da Resolução CFM Nº 2.156/2016

48 Extraído da ficha do indicador 'Taxa de ocupação operacional UTI Adulto' utilizado pela ANS no biênio 2013 e 2014 (QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14), Disponível em <<https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-03.pdf>> Acesso em mar/2022

49 Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

50 Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

51 Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro.

52 Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

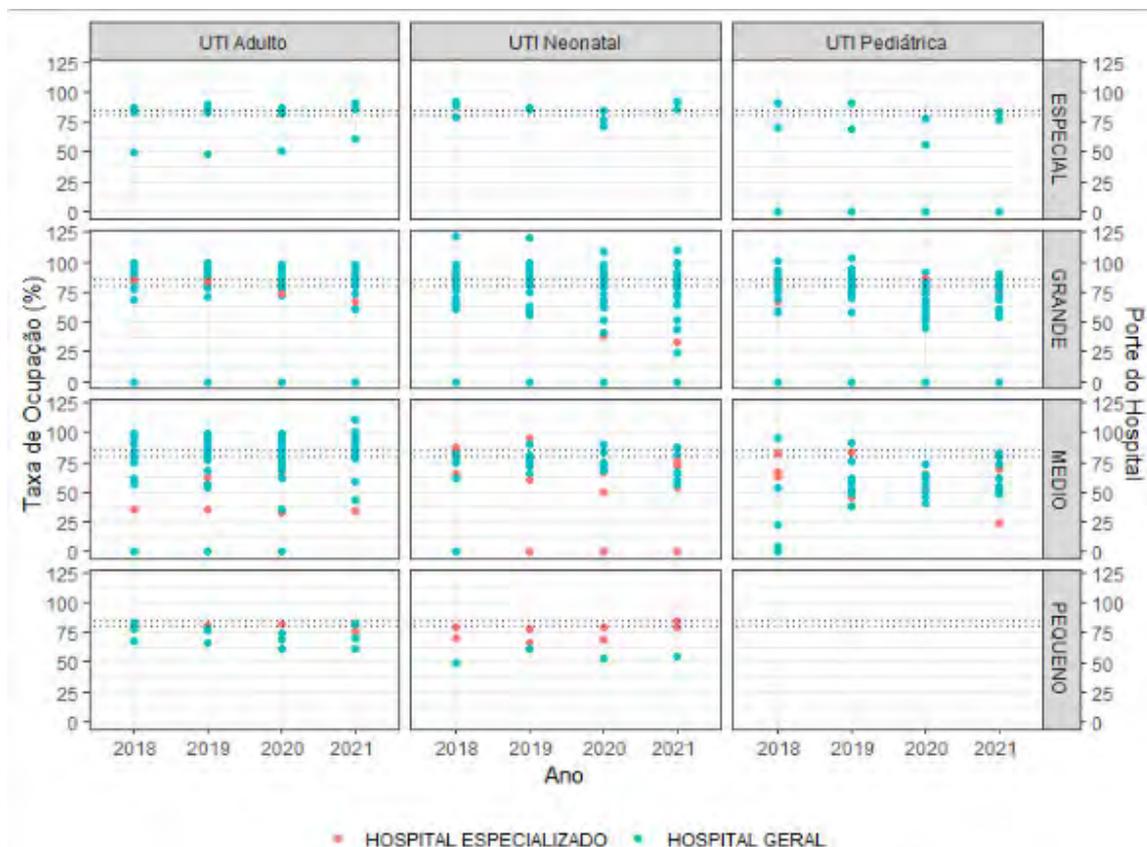
53 Extraído da ficha do indicador 'Taxa de ocupação operacional UTI Adulto' utilizado pela ANS no biênio 2013 e 2014 (QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14), Disponível em <<https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-03.pdf>> Acesso em mar/2022



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Gráfico 3 – Dispersão da Taxa de Ocupação dos leitos de UTI da rede própria estadual segundo Ano, Tipo de UTI e Tipo e Porte do Hospital – 2018 a 2021 (até setembro)



Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 34 a 36 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual - TC 022697.989.21-8

Nota :

Porte do hospital (em termos de leitos de especialidades): ESPECIAL (maior que 500); GRANDE (151 a 500 leitos); MÉDIO(51 a 150 leitos); PEQUENO (menor que 50 leitos)

Sem dados do “CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG” e do “HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP” ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)

E complementarmente, o gráfico 4, por meio do *boxplot*, detalha a distribuição por tipo de hospital e os valores atípicos (ressaltando que entre esses estão os que não apuram o indicador). No *boxplot*, cada caixa representa um conjunto de taxas de ocupação de leitos de UTI. A linha sólida no meio da caixa é a mediana, a taxa de ocupação que divide a metade inferior e superior. As bordas inferior e superior de cada caixa são as extremidades, sendo a inferior o primeiro quartil (em que 25% das taxas de ocupação estão localizadas abaixo) e o terceiro quartil (em que a taxa de ocupação vai além de 75% das taxas de ocupação). As linhas que saem das extremidades incluem valores fora das extremidades. A extremidade superior da linha é o valor máximo ou a extremidade superior mais 1,5 vezes o comprimento da caixa, o

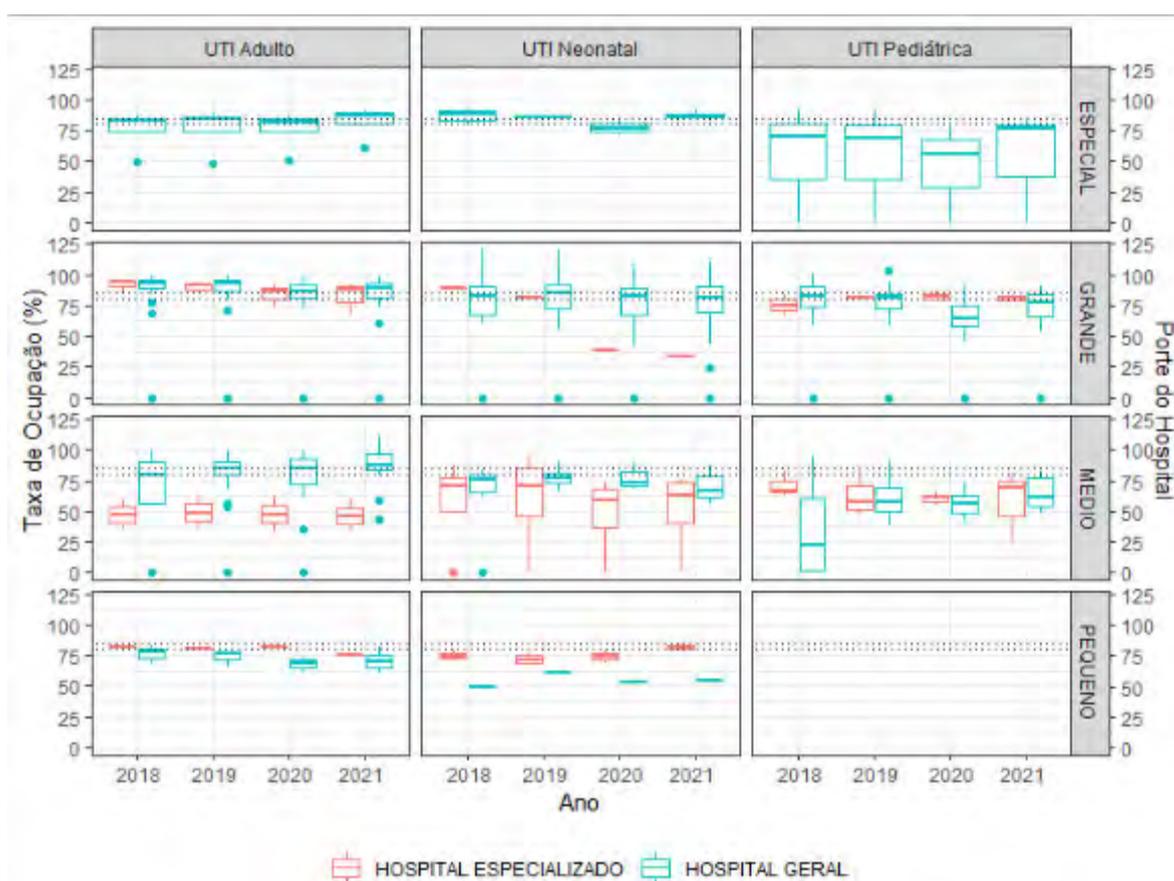


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



que for menor. O extremo inferior da linha é o valor mínimo ou a extremidade inferior menos 1,5 vezes o comprimento da caixa, o que for menor. Por fim, os pontos externos a linha são os valores atípicos.

Gráfico 4 – Boxplot da Taxa de Ocupação dos leitos de UTI segundo Ano, Tipo de UTI e Porte do Hospital – 2018 a 2021 (até setembro)



Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 34 a 36 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual - TC 022697.989.21-8

Nota :

Porte do hospital (em termos de leitos de especialidades): ESPECIAL (maior que 500); GRANDE (151 a 500 leitos); MÉDIO(51 a 150 leitos); PEQUENO (menor que 50 leitos)

Sem dados do "CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG" e do "HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP" ; o HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO foi excluído do cálculo para UTI Adulto (já que os leitos foram destinados ao atendimento de Covid-19 em Set/2021)



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Apesar da limitação dos gráficos 3 e 4 em não evidenciar a dinâmica de ocupação das UTIs, a análise dos mapas de entrada e saída⁵⁴ possibilitou identificar uma UTI, cuja taxa de ocupação variou de 55,86% (em 2018) e 35,33% (em 2020), que não teve admissões no mês de setembro de 2021 por falta de demanda intra e inter-hospitalar.⁵⁵

Resumindo: há margem para ganho de eficiência no uso dos recursos de UTI da rede própria estadual, entre aquelas com taxa de ocupação abaixo de 80%, e para desenvolvimento de medidas objetivando mitigar a possibilidade de recusa ou desvio para outras unidades que não a UTI de pacientes críticos por UTIs com taxa de ocupação superior a 85%.

3.3.4 Protocolos Clínicos

A UTI, segundo a RDC nº 7/2010 da Anvisa, deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser: a) elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; b) aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia; c) revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias; e d) disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.

O registro das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos se dá geralmente sob a denominação de protocolos clínicos e servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde e gestores, e assim contribuindo para melhorar a qualidade das decisões clínicas e a uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes⁵⁶.

Embora haja protocolos clínicos utilizados em UTIs de aplicação em outros setores envolvidos na assistência ao paciente grave (ou seja, que não sejam de aplicação exclusiva em UTIs), a periodicidade de revisão anual não é a estipulada para grande maioria dos protocolos utilizados nas UTIs

54 Tabelas 31 a 33 informadas pelos hospitais da rede própria estadual (TC 022697.989.21-8)

55 TC 022697.989.21-8

56 Extraído da ficha do indicador "Implantação de diretrizes e protocolos clínicos" utilizado pela ANS no biênio 2013 e 2014 (QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14), Disponível em <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-01.pdf>> Acesso em mar/2022

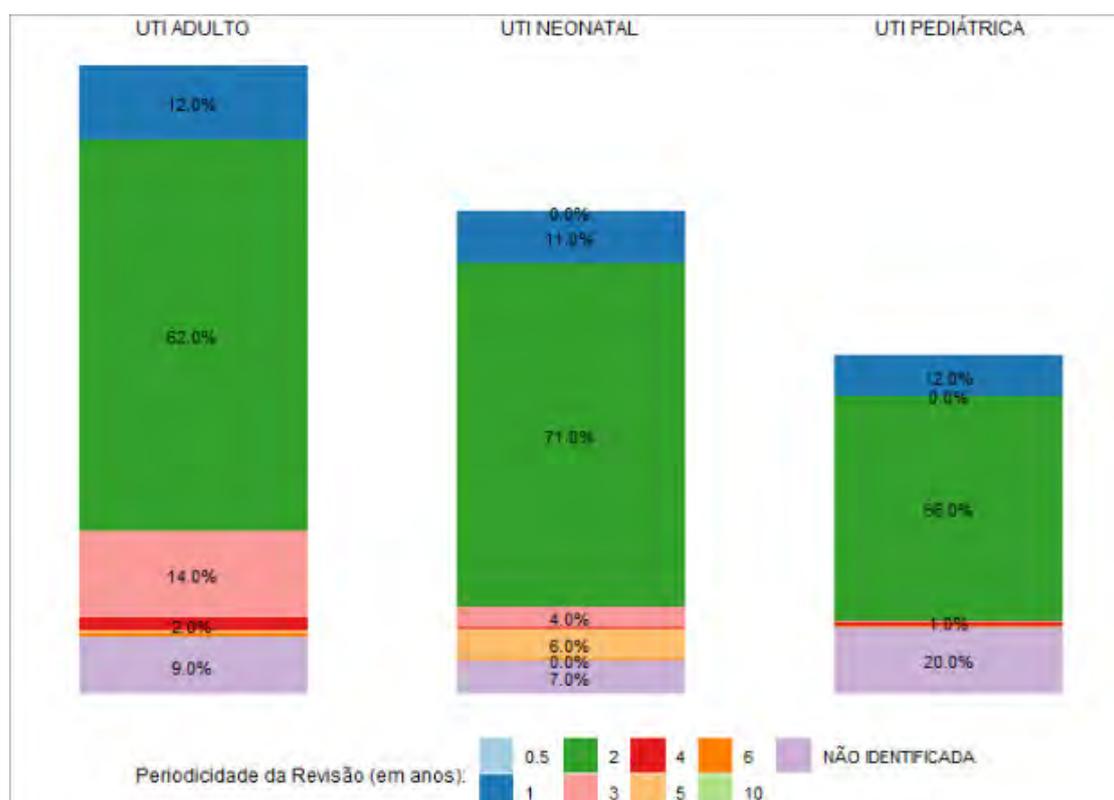


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



(Gráfico 5). Diga-se de passagem, identificou-se variação de periodicidade de revisão para mesmos procedimentos de mesmo tipo de UTI. São exemplos dessa variação as periodicidades de revisão de 1 e 2 anos para protocolos de “PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA” e de 1 e 4 anos para protocolos de “ADMISSÃO E ALTA EM UTI”.

Gráfico 5 – Periodicidade de revisão de protocolos utilizados em UTIs por tipo de UTI dos hospitais da rede própria estadual



Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 28 a 30 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

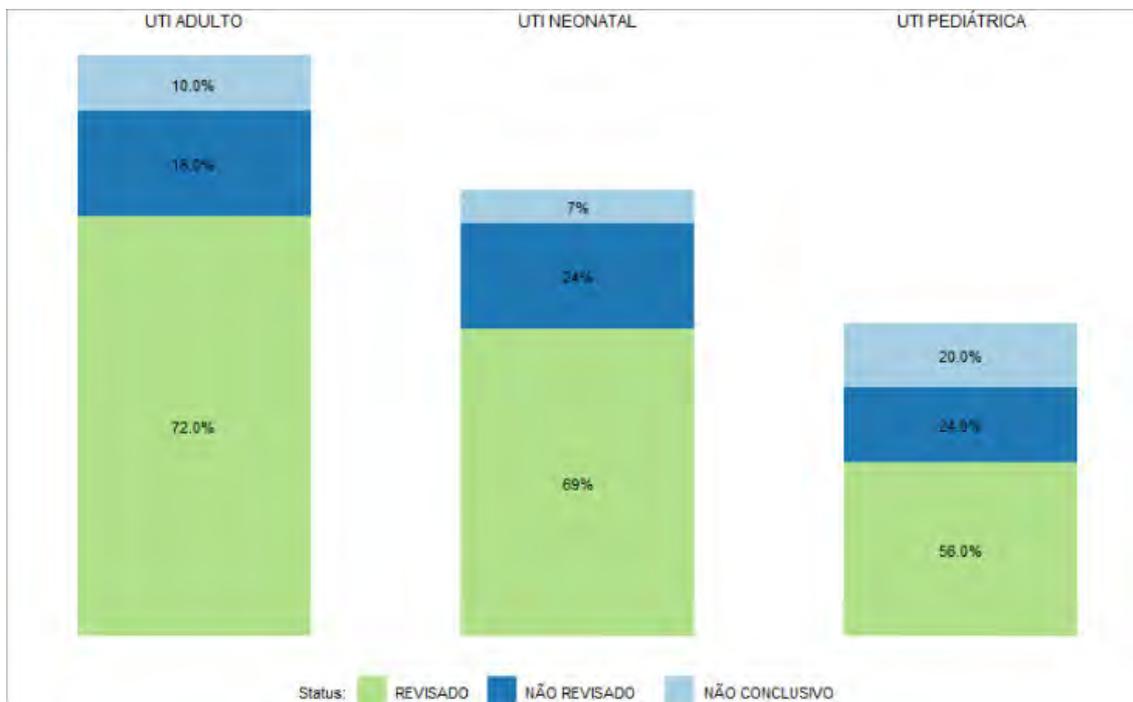
A revisão é uma oportunidade para identificação de melhores práticas assistenciais e opções de tratamento, bem como de correção de protocolos identificados como inflexíveis ou restritivos de autonomia, com intervenções dispendiosas ou baseados em conhecimento científico incompleto, mal interpretado ou desatualizado. Nesse contexto, a existência de protocolos não revisados retratada no Gráfico 6 e em casos obtidos em pesquisa documental⁵⁷ consiste em risco de adesão parcial pelos profissionais de saúde na implementação dos protocolos, de ineficiência e de comprometimento da segurança do paciente.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Gráfico 6 – Status da revisão dos protocolos utilizados em UTIs por tipo de UTI dos hospitais da rede própria estadual



Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 28 a 30 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Para adesão (engajamento) dos profissionais de saúde na implementação dos protocolos, entre outros desdobramentos, é importante ter estratégias de disseminação, incluindo o treinamento e a sensibilização de todos os profissionais envolvidos na sua utilização final por meio de reuniões internas amplamente divulgadas, até mesmo para identificação e correção das inconformidades⁵⁸. Assim, é digno de nota a baixa participação de cursos (treinamentos) e reuniões entre as formas de disponibilização dos protocolos retratadas no Gráfico 7.

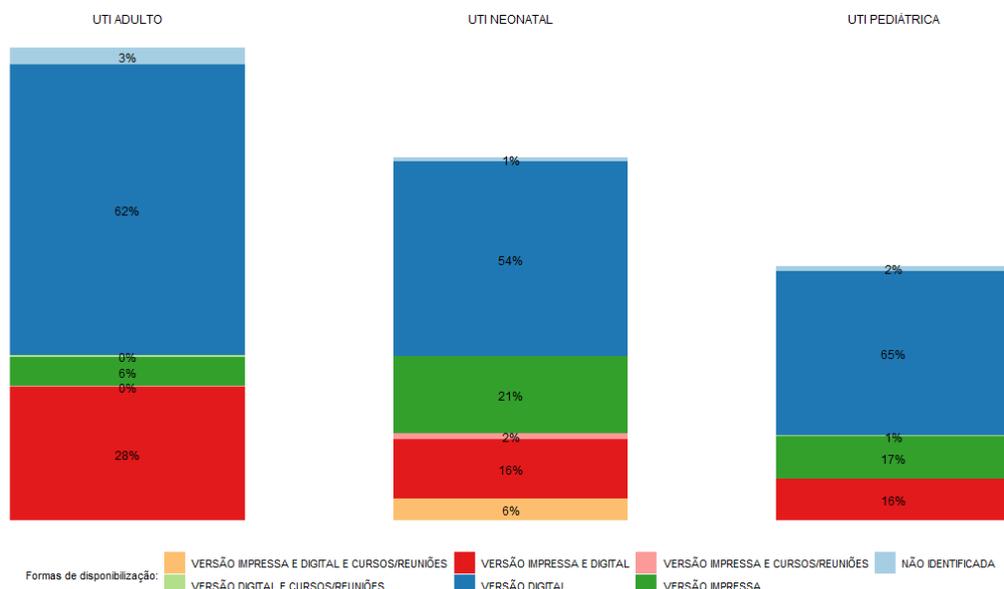
58 Extraído da ficha do indicador 'Implantação de diretrizes e protocolos clínicos' utilizado pela ANS no biênio 2013 e 2014 (QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14), Disponível em <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-01.pdf>> Acesso em mar/2022



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Gráfico 7 – Formas de disponibilização dos protocolos pelas UTIs dos hospitais da rede própria estadual



Fonte: Elaborado a partir dos dados consolidados das Tabelas 28 a 30 preenchidas pelos hospitais da rede própria estadual – TC 022697.989.21-8

Agregam-se as evidências acima, casos pontuais de protocolos formalizados sem a aprovação e assinatura por algum dos profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI⁵⁹.

Resumindo: a faixa de 18 a 24% de protocolos não revisados, a predominância de periodicidade de revisão superior a anual, o baixo percentual de cursos (treinamentos) e reuniões entre as formas de disponibilização dos protocolos e casos, ainda que pontuais, de formalização sem aprovação e assinatura de profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI são indicativos de limitação do uso dos protocolos clínicos como estratégia de gestão da UTI para padronização de processos, busca de eficiência e aumento da segurança dos pacientes.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de fiscalização teve como objetivo avaliar o diagnóstico sobre a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva voltados ao SUS no Estado e as condições de funcionamento das unidades da rede própria estadual com foco nos serviços que são prestados ao paciente usuário do SUS, mediante a análise sobre a memória de cálculo que compõe o diagnóstico do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 e na análise dos



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



dados obtidos por meio de pesquisa com uso de planilha (respondida integralmente por 70 hospitais, ou seja, índice de resposta de 97,22%) conjugada com a análise do obtido por meio de pesquisa documental em registros administrativos de parte desses hospitais.

Com base nestas análises, os achados foram condensados nas conclusões a seguir.

A avaliação da gestão estadual sobre a adequação da rede de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado de São Paulo no PES 2020-2023, e por extensão em 2021, se mostrou enviesada, especialmente pelo emprego de número de internações esperadas subestimado e pela utilização não ajustada dos dados do CNES, dificultando a detecção de situações-problema de insuficiência de leitos de UTI SUS, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos de UTI SUS.

Os dados fornecidos pela SES/SP indicaram um contexto de admissão tardia em UTIs (Adulto, Pediátrica e Neonatal), em que o tempo médio de acesso aos leitos de UTI supera as seis horas, condição em que os pacientes ficam mais expostos ao prolongamento do tratamento e ao incremento no risco de mortalidade a cada hora de atraso na admissão.

Por sua vez, os dados e os registros administrativos (a exemplo de declarações dadas em complemento e folhas de ponto) obtidos junto às UTIs dos hospitais da rede própria estadual revelaram UTIs sem atendimento a padrões mínimos para o funcionamento estipulados pela RDC nº 7/2010 da Anvisa e pela Resolução CFM nº 2271/2020, com potencial de comprometer a qualidade dos serviços prestados ao paciente usuário do SUS. Envolvendo **recursos humanos**, houve UTIs sem coordenador enfermeiro, coordenador fisioterapeuta e/ou médico diarista; UTIs em que houve coordenador e responsável técnico, médico diarista, coordenador de enfermagem e/ou coordenador de fisioterapia sem título de especialista em Terapia Intensiva; e UTIs em que os profissionais de saúde prestaram assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estavam escalados para atuação na UTI. Relacionado a **equipamentos**, houve UTIs que não dispunham dos requisitos mínimos de funcionamento em razão da insuficiência de equipamentos como “Aspirador a vácuo portátil” ou “Cilindro transportável de oxigênio” e UTIs que não cumpriram os requisitos mínimos para funcionamento em situação de plena capacidade (em que todos os leitos existentes estão operacionais), por não atingirem a proporção de equipamentos por leito estipulada pela Resolução para equipamentos como “Ventilador pulmonar mecânico microprocessado” ou “Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril”.

De outra ordem, mas envolvendo recursos humanos, houve diversos casos de plantões de médicos superiores a 24 horas ininterruptas, inclusive de plantões de 48 horas, bem como superiores a 12 horas ininterruptas, limite máximo razoável em plantão presencial para uma boa atuação médica segundo precedentes consultivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Entre os instrumentos de gestão das UTIs, foram identificados problemas no gerenciamento de risco, no uso de indicadores para avaliação do funcionamento global das UTIs e no uso dos protocolos de como estratégia de gestão. Houve UTIs sem gerenciamento de riscos ou não gerenciando riscos críticos, como o risco de “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)”, e assim limitando a capacidade das equipes de UTI dos hospitais da rede própria estadual em contribuir na redução de eventos evitáveis.

No que diz respeito a apuração dos indicadores de avaliação do funcionamento global da UTI, não houve aderência plena de UTIs ao estipulado pela RDC 7/2010 da Anvisa, dificultando a realização de consolidações e a identificação de fatores comuns e peculiares que afetam, positiva ou negativamente, o desempenho global das UTIs e tendo potencial de impactar negativamente o processo de tomada de decisão do gestor estadual do SUS/SP.

A taxa de ocupação apurada pelas UTIs evidenciou que há margem para ganho de eficiência no uso dos recursos de UTI da rede própria estadual, entre aquelas com taxa de ocupação abaixo de 80%, e para desenvolvimento de medidas objetivando mitigar a possibilidade de recusa ou desvio para outras unidades que não a UTI de pacientes críticos por UTIs com taxa de ocupação superior a 85%. A análise dos mapas de entrada e saída possibilitou identificar uma UTI, cuja taxa de ocupação variou de 55,86% (em 2018) para 35,33% (em 2020), que não teve admissões no mês de setembro de 2021 por falta de demanda intra e inter-hospitalar, o que sugere ociosidade.

Por fim, os dados e os registros administrativos obtidos junto as UTIs dos hospitais da rede própria estadual revelaram uma faixa de 18 a 24% de protocolos não revisados, a predominância de periodicidade de revisão superior a anual, o baixo percentual de cursos (treinamentos) e reuniões entre as formas de disponibilização dos protocolos e casos, ainda que pontuais, de formalização sem aprovação e assinatura de profissionais designados para a



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



responsabilidade técnica ou coordenação da UTI. Tais ocorrências são indicativos de limitação do uso dos protocolos clínicos como estratégia de gestão da UTI para padronização de processos, busca de eficiência e aumento da segurança dos pacientes.

Dessa forma, há pontos a serem corrigidos e/ou aperfeiçoados.

PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto, os autos são submetidos à consideração superior, s.m.j., com as seguintes propostas de encaminhamento ao governo estadual, por intermédio da SES/SP (propostas “a” a “g”) em conjunto com SDE/SP, USP, Unicamp; HCFMUSP; Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; HCFMB; HCFAMEMA; Hospital de Base de São José do Rio Preto:

- a) Promover estudo regionalizado, aprofundado e conclusivo sobre a necessidade de leitos UTI voltados ao SUS visando a identificação de situações-problema de insuficiência de leitos, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos, de modo a garantir o acesso oportuno e eficiente ao recurso de UTI pelo paciente usuário do SUS;
- b) Empreender ações de controle sistemáticas, por intermédio da Vigilância Sanitária Estadual, do Sistema Estadual de Controladoria e do Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação do SUS, de modo a mitigar o risco de funcionamento de UTIs sem requisito mínimo estipulado pela RDC nº 7/2010 da Anvisa e pela Resolução do CFM nº 2.271/2020;
- c) Corrigir impropriedades vigentes similares as identificadas no TC 022697.989.21-8 (de desatualização do CNES; de casos de ausência de Coordenador Enfermeiro, Coordenador Fisioterapeuta e Médico diarista; de casos de Coordenador e Responsável técnico, Médico Diarista, Coordenador de Enfermagem e Coordenador de Fisioterapia de UTI sem título de especialista em Terapia Intensiva; de casos de profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI; de casos de jornada de trabalho diária e/ou plantões de médicos superiores a 24 horas ininterruptas; de UTIs sem os quantitativos mínimos de equipamentos segundo RDC nº 7/2010 da Anvisa; de UTIs sem gerenciamento de risco ou não gerenciando o evento adverso de “alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido - em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros”; de UTIs que não apuram os



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



- indicadores obrigatórios; de protocolos não revisados anualmente e/ou de protocolos não formalmente assinados por coordenador e responsável técnico de UTI);
- d) Aprimorar os incentivos e a elaboração de escalas para evitar jornada de trabalho (diária) e/ou plantões presenciais que ultrapassem 12 horas ininterruptas;
 - e) Fomentar, por meio de incentivos, comparações de desempenho e de boas práticas pelas UTIs da rede própria estadual a partir dos indicadores estipulados pela RDC 7/2010 da Anvisa e por projetos como “UTIs Brasileiras”, “Proqualis” e “Qualiss”;
 - f) Adotar ou aprimorar estratégias de gestão (de logística de transporte de pacientes, de regulação de acesso, de hierarquização de serviços, de oferta de serviços e/ou incentivos) para que o tempo de acesso aos leitos de UTI por pacientes críticos não supere seis horas e para aumentar a eficiência entre as UTIs com taxa de ocupação abaixo de 80%;
 - g) Estipular ou aprimorar incentivos para que ocorra a revisão dos protocolos assistenciais da UTI anualmente, com envolvimento dos profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI.

DCG-1, em abril de 2022

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



REFERÊNCIAS

AMIB. Censo AMIB 2016. Disponível <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/Analise_e_Dados_UTI_Final.pdf> Acesso em mar/2022

AMIB. Censo AMIB Censo Coordenadores 2017 Disponível <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/Censo_Coordenadores.pdf> Acesso em mar/2022

AMIB. Censo AMIB 2016/2017 Censo Médicos. Disponível <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/censo_relatorio_medico.pdf> Acesso em mar/2022

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial de combate a fraude e corrupção: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública / Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, Coordenação-Geral de Controle Externo dos Serviços Essenciais ao Estado e das Regiões Sul e Centro-Oeste (Coestado), Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec), 2a Edição, 2018. 148 p

Mendes, Eugênio Vilação. Desafios do SUS/Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>>. Acesso em mar 2022.

Churpek MM, Wendlandt B, Zdravec FJ, Adhikari R, Winslow C, Edelson DP. Association between intensive care unit transfer delay and hospital mortality: A multicenter investigation. J Hosp Med. 2016 Nov;11(11):757-762. doi: 10.1002/jhm.2630. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27352032; PMCID: PMC5119525. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27352032/>>. Acesso em mar/2022

Perão, OF, BUB, MBC; *et al.* Gravidade de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enferm. 2014 Abr/Jun; 19(2):261-8. Disponível em



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/33750/22732>>. Acesso em mar/2022

Phua, J., Hashmi, M. & Haniffa, R. ICU beds: less is more? Notsure. *IntensiveCare Med* 46, 1600–1602 (2020). Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00134-020-06162-8>>. Acesso em mar/2022.

Ranzani, O. T., Bastos, L. S. L., *et al.* Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nation wide data. *Lancet Respir Med* 2021; 9: 407–18 Published Online January 15, 2021 Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)>. Acesso em mar/2022.

TCDF. Relatório de Inspeção. Inspeção nas Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF. Brasília-DF, junho de 2017. Disponível em <https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Inspecao_UTI-Proc-31900_2013.pdf>. Acesso em mar/2022

TCDF. Relatório de Auditoria. Auditoria Operacional nas Unidades de Tratamento Intensivo da Rede Pública de Saúde do DF. Brasília-DF, agosto de 2014. Disponível em <<https://www2.tc.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/UnidadesDeTratamentoIntensivo.pdf>>. Acesso em mar/2022

TCU. Referencial básico de auditoria sobre a eficiência de unidades hospitalares. Versão 2 (minuta) – NOV 2020

Valley, T.S., Noritomi, D.T. ICU beds: less is more? Yes. *IntensiveCare Med* 46, 1594–1596 (2020). Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00134-020-06042-1>>. Acesso em mar/2022


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR


**APÊNDICE B – Hospitais da rede própria estadual com leitos de UTI Adulto
Pediátrico e/ou Neonatal**

CNES	Nome Fantasia (CNES)	Tipo de Estabelecimento
0008052	HOSPITAL REGIONAL DR VIVALDO MARTINS SIMOES OSASCO	HOSPITAL GERAL
2025507	HOSPITAL DAS CLINICAS HCFAMEMA	HOSPITAL GERAL
2028840	INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2065665	HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2066092	HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	HOSPITAL GERAL
2066572	HOSPITAL HELIOPOLIS UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL I SP	HOSPITAL GERAL
2071371	HOSPITAL INFANTIL DARCY VARGAS UGA III SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2071568	HC DA FMUSP INSTITUTO DO CORACAO INCOR SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2076926	HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2077396	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	HOSPITAL GERAL
2077426	HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	HOSPITAL GERAL
2077434	HOSPITAL DR LEOPOLDO BEVILACQUA	HOSPITAL GERAL
2077493	HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2077523	UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA SP	HOSPITAL GERAL
2077574	CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2077620	HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2077671	HOSPITAL GERAL DO GRAJAU PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP	HOSPITAL GERAL
2077701	HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2078104	HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI	HOSPITAL GERAL
2078287	CENTRO DE REFERENCIA DA SAUDE DA MULHER SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2078562	HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA	HOSPITAL GERAL
2079240	HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2079410	COMPLEXO HOSPITALAR PADRE BENTO DE GUARULHOS	HOSPITAL GERAL
2079720	HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	HOSPITAL GERAL
2079798	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	HOSPITAL GERAL
2079828	HOSPITAL GERAL PIRAJUSSARA TABOAO DA SERRA	HOSPITAL GERAL
2080079	HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERAZ DE VASCONCELOS	HOSPITAL GERAL
2080273	HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE	HOSPITAL GERAL
2080338	HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS PROF DR WALDEMAR DE CARVALHO	HOSPITAL GERAL
2080680	HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELO MOGI DAS CRUZES	HOSPITAL GERAL
2081695	CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	HOSPITAL GERAL
2082187	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	HOSPITAL GERAL
2082225	HOSPITAL KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPAS SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2083019	HOSPITAL ESTADUAL DE MIRANDOPOLIS DR OSWALDO BRANDI FARIA	HOSPITAL GERAL
2083094	HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	HOSPITAL GERAL
2083981	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	HOSPITAL GERAL
2084163	HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA HOSPITAL SERRARIA	HOSPITAL GERAL
2084236	CENTRO ESP EM REABILITACAO DR ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI MOG	HOSPITAL GERAL
2087804	HOSPITAL REGIONAL JORGE ROSSMANN DE ITANHAEM	HOSPITAL GERAL
2088495	INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA IDPC SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2088517	HOSPITAL INFANTIL CANDIDO FONTOURA SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2088576	HOSP DE TRANSPLANT DO EST DE SP EURYCLIDES DE	HOSPITAL GERAL


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR


CNES	Nome Fantasia (CNES)	Tipo de Estabelecimento
	JESUS ZERBINI	
2091313	HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2091585	HOSPITAL ESTADUAL DE SAOPEMBA SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2091755	HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2688573	HOSPITAL GERAL DE VILA NOVA CACHOEIRINHA SAO PAULO	HOSPITAL GERAL
2748223	HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	HOSPITAL GERAL
2750511	HOSPITAL ESTADUAL DR ODILO ANTUNES DE SIQUEIRA P PRUDENTE	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2755130	HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	HOSPITAL GERAL
2790556	HOSPITAL DE BASE DE BAURU	HOSPITAL GERAL
2790564	HOSPITAL DE REABILITACAO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS BAURU	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2790580	MATERNIDADE SANTA ISABEL	HOSPITAL ESPECIALIZADO
2790602	HOSPITAL ESTADUAL BAURU	HOSPITAL GERAL
2790610	HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSAO	HOSPITAL GERAL
2792141	HOSPITAL REGIONAL DE COTIA	HOSPITAL GERAL
2792168	HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	HOSPITAL GERAL
2792176	HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA	HOSPITAL GERAL
3028399	HOSPITAL ESTADUAL PROF CARLOS DA SILVA LACAZ FCO MORATO	HOSPITAL GERAL
3126838	HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO PARAIBA	HOSPITAL GERAL
6123740	INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SAO PAULO	HOSPITAL ESPECIALIZADO
6164366	HOSPITAL ESTADUAL AMERICO BRASILIENSE	HOSPITAL GERAL
6236596	HOSPITAL ESTADUAL JOAO PAULO II SAO JOSE DO RIO PRETO	HOSPITAL GERAL
6878687	HOSPITAL ESTADUAL DR ALBANO DA FRANCA ROCHA SOBRINHO	HOSPITAL GERAL
7544529	INST DE INFECT EMILIO RIBAS II BAIXADA SANTISTA	HOSPITAL GERAL
7573162	HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAI	HOSPITAL GERAL
7580770	HOSPITAL ESTADUAL DE CAIEIRAS	HOSPITAL GERAL
9425802	HOSPITAL REGIONAL DE PIRACICABA	HOSPITAL GERAL
9491112	HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA	HOSPITAL GERAL
9491252	DR RUBENS SAVASTANO HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DOS CAMPOS	HOSPITAL GERAL
9556095	HOSPITAL REGIONAL DE REGISTRO REGISTRO	HOSPITAL GERAL
9773657	HOSPITAL ESTADUAL DE SERRANA	HOSPITAL GERAL

Obs.: Seleção efetuada em setembro de 2021 a partir dos Dados do CNES da Competência Junho/2021.



APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

1) Número de Leitos de UTI por Tipo\Especialidade da competência de **Setembro de 2021** na forma das Tabelas 1 e 2 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 1 – Composição dos Leitos de UTI por Tipo\Especialidade – Setembro de 2021

Leitos de UTI por Tipo\Especialidade	Leitos Existentes (1)	Leitos SUS (2)	Leitos Regulados (3)	Leitos Não Regulados (4)
"UTI ADULTO - TIPO I"				
"UTI ADULTO - TIPO II"				
"UTI ADULTO - TIPO III"				
"UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19"				
"UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II"				
"UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III"				
"UTI PEDIATRICA - TIPO I"				
"UTI PEDIATRICA - TIPO II"				
"UTI PEDIATRICA - TIPO III"				
"UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19"				
"UTI NEONATAL - TIPO I"				
"UTI NEONATAL - TIPO II"				
"UTI NEONATAL - TIPO III"				
"UTI DE QUEIMADOS"				

Tabela 2 – Detalhamento dos Leitos de UTI Adulto por tipo – Setembro de 2021

Leitos de UTI ADULTO por Tipo	Leitos Existentes (1)	Leitos SUS (2)
GERAL (MISTA)		
CIRÚRGICA		
CARDIOLÓGICA		
NEUROLÓGICA		

Conceitos:

- (1) *Leitos Existentes*: na coluna deverá constar o número total de leitos de UTI da Unidade, adequado às normas em vigor
- (2) *Leitos SUS*: na coluna deverá ser registrado o número de leitos UTI disponíveis para o SUS
- (3) *Leitos Regulados*: na coluna deverá constar o número de Leitos de UTI SUS regulados por meio da CROSS
- (4) *Leitos Não Regulados*: na coluna deverá constar o número de Leitos de UTI SUS não regulados por meio da CROSS, destinados para demanda interna



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



2) Relação de profissionais de saúde por UTI, exceto da "UTI II ADULTO SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIAN TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI D QUEIMADOS", que trabalharam ou prestaram serviços entre os dias **18 26/09/2021**, na forma das Tabelas 3 a 5 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 3 – Relação de profissionais de saúde da UTI Adulto – 18 a 26/09/2021

Nome (1)	CNS (2)	CBO (3)	Nº de inscrição no Conselho de classe (4)	Atuação (5)	Dias e respectivos horários de trabalho / prestação de serviço (6)	Dedicação Exclusiva (7)	Título de especialista (8)

Tabela 4 – Relação de profissionais de saúde da UTI Pediátrica – 18 a 26/09/2021

Nome (1)	CNS (2)	CBO (3)	Nº de inscrição no Conselho de classe (4)	Atuação (5)	Dias e respectivos horários de trabalho / prestação de serviço (6)	Dedicação Exclusiva (7)	Título de especialista (8)

Tabela 5 – Relação de profissionais de saúde da UTI Neonatal – 18 a 26/09/2021

Nome (1)	CNS (2)	CBO (3)	Nº de inscrição no Conselho de classe (4)	Atuação (5)	Dias e respectivos horários de trabalho / prestação de serviço (6)	Dedicação Exclusiva (7)	Título de especialista (8)

Conceitos:

(1) Nome: na coluna deverá constar o nome completo do profissional de saúde sem abreviações que trabalhou ou prestou serviços na UTI entre os dias 18 a 26/09/2021.

(2) CNS: na coluna deverá constar com o número de 15 dígitos existente na face do Cartão Nacional de Saúde do profissional de saúde que trabalhou ou prestou serviços na UTI entre os dias 18 a 26/09/2021

(3) CBO: Na coluna deverá ser lançado o número do CBO que representa a ocupação do profissional de saúde que trabalhou ou prestou serviços entre os dias 18 a 26/09/2021 na UTI

(4) Nº de inscrição no Conselho de classe: Na coluna deverá ser lançado o número de inscrição no Conselho de classe do profissional de saúde que trabalhou ou prestou serviços na UTI entre os dias 18 a 26/09/2021

(5) Atuação: na coluna deverá constar se o profissional de saúde atuou como "coordenador/responsável técnico", "diarista" (que desempenha de forma horizontal, rotineira suas atividades) ou "plantonista" (que desempenha de forma vertical - não rotineira, não diária - suas atividades) na UTI entre os dias 18 a 26/09/2021

(6) Dias e respectivos horários de trabalho / prestação de serviço: na coluna deverá(ão) constar o(s) dia(s) no formato DD/MM/AAAA (a exemplo de 18/09/2021; 19/09/2021) em que o profissional de saúde trabalhou ou prestou serviços entre os dias 18 a 26/09/2021 com os respectivos horários de Trabalho/Prestação de Serviço no formato HH:MM (a exemplo de 11:30; 17:00). Com efeito, **o formato final esperado é HH:MM de DD/MM/AAAA às HH:MM de DD/MM/AAAA**. A seguir, tem-se um exemplo de um profissional que trabalhou dois plantões de 12h.

08:00 de 18/09/2021 às 20:00 de 18/09/2021

22:12 de 19/09/2021 às 08:12 de 20/09/2021



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



(7) *Dedicação Exclusiva: na coluna deverá constar "SIM" se o profissional de saúde, no horário e trabalhou ou prestou serviços entre os dias 18 a 26/09/2021, atuou sob dedicação exclusiva a UTI ou "NÃO" se atuou também em outras áreas de hospital que não a UTI.*

(8) *Título de especialista: na coluna deverá constar "SIM", se o profissional de saúde possuir título de especialista reconhecido pelo Conselho de Classe ou por associações reconhecidas por este para fins de atuação na UTI, ou "NÃO", caso contrário.*


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



4) Quantitativo de Equipamentos por UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROM RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROM RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UC TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS" da competência **Setembro** de 2021 na forma das Tabelas 9 a 11 mediante preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 9 – Quantitativo de Equipamentos de UTI Adulto – Setembro de 2021

Equipamento	Quantidade
Camahospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios	
Ressuscitador manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara adulto (incluindo reserva operacional)	
Estetoscópio clínico	
Conjunto para nebulização	
Bomba de infusão (incluindo reserva operacional)	
Fitamétrica	
Equipamentos que permitam monitorização contínua de: Frequência respiratória; Oximetria de pulso; Frequência Cardíaca; Cardioscopia; Temperatura; Pressão arterial não-invasiva	
Oftalmoscópio	
Otoscópio	
Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem	
Máscara de oxigênio adulto	
Aspirador a vácuo portátil	
Cuffômetro (equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo endotraqueal)	
Ventilômetro portátil	
Capnógrafo	
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado (incluindo reserva operacional)	
Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva	
Fococirúrgico portátil	
Monitor de débito cardíaco	
Eletrcardiógrafo	
Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril	
Desfibrilador e cardioversor com bateria	
Marcapasso cardíaco externo transtorácico temporário com eletrodos e gerador	
Equipamento para aferição de glicemia capilar	
Poltrona com revestimento impermeável	
Maca para transporte com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	
Monitor cardíaco multiparamétrico para transporte com bateria	
Ventilador pulmonar mecânico específico para transporte, com bateria	
Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves	
Cilindro transportável de oxigênio	
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8° exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura	
Monitor de pressão intracraniana - PIC	



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 10 – Quantitativo de Equipamentos de UTI Pediátrica– Setembro de 2021

Equipamento	Quantidade
Berçohospitalar com ajuste de posição, grade laterais e rodízios	
Ressuscitador manual do tipobalão auto inflável com reservatório e máscara facial (incluía reserva operacional)	
Estetoscópio clínico	
Conjunto para nebulização	
Bomba de infusão (incluía reserva operacional)	
Fitamétrica	
Poltronaremovível com revestimento impermeável para acompanhante	
Equipamentos que permitam monitorização contínua de: Frequência respiratória; Oximetria de pulso; Frequência Cardíaca; Cardioscopia; Temperatura; Pressão arterial não-invasiva	
Berço aquecido de terapia intensiva	
Estadiômetro	
Balança eletrônica portátil	
Oftalmoscópio	
Otoscópio	
Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem	
Capacetes e tendas para oxigenoterapia	
Máscara facial que permita diferentes concentrações de oxigênio	
Aspirador a vácuo portátil	
Cuffômetro (equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo endotraqueal)	
Capnógrafo	
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado (incluía reserva operacional)	
Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva	
Fococirúrgico portátil	
Eletrocardiógrafo portátil	
Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril	
Desfibrilador e cardioversor com bateria	
Marcapasso cardíaco externo transtorácico temporário com eletrodos e gerador	
Equipamento para aferição de glicemia capilar	
Maca para transporte com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio	
Equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros específico para transporte, com bateria	
Ventilador pulmonar mecânico específico para transporte, com bateria	
Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril para atendimento a emergências	
Cilindro transportável de oxigênio	
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8° exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura	



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



TC-04345.989.21-4

Tabela 11 – Quantitativo de Equipamentos de UTI Neonatal – Setembro de 2021

Equipamento	Quantidade
Incubadora com parededupla	
Ressuscitador manual do tipobalão auto inflável com reservatório e máscara facial (incluídareservaoperacional)	
Estetoscópioclínico	
Conjunto para nebulização	
Bomba de infusão (incluídareservaoperacional)	
Fitamétrica	
Equipamentos que permitammonitorizaçãocontínua de: Frequência respiratoria; Oximetria de pulso; FrequênciaCardíaca; Cardioscopia; Temperatura; Pressão arterial não-invasiva	
Berçoaquecido de terapiaintensiva	
Equipamento para fototerapia	
Fitaouréqua	
Balançaeletrônicaportátil	
Oftalmoscópio	
Otoscópio	
Negatoscópioou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem	
Capacetes e tendas para oxigenoterapia (incluídareservaoperacional)	
Aspirador a vácuoportátil	
Capnógrafo	
Ventiladorpulmonarmecânicomicroprocessado (incluídareservaoperacional)	
Equipamento para ventilaçãopulmonarnãoinvasiva	
Fococirúrgicoportátil	
Monitor de débitocardíaco	
Eletrocardiógrafoportátil	
Kit / carrinho de emergênciacontendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulasendotraqueais, fixadores de tuboendotraqueal, cânulas de Guedel e fioquiaestéril	
Desfibrilador e cardioversor com bateria	
Equipamento para aferição de glicemiacapilar com tirasespecíficas para neonatos	
Incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusãocontrolada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio	
Equipamentos para monitorizaçãointermitente de múltiplosparâmetrosespecífico para transporte, com bateria	
Ventiladorpulmonarmecânicoespecífico para transporte, com bateria	
Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientesgraves ,contendocontendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulasendotraqueais, fixadores de tuboendotraqueal, cânulas de Guedel e fioquiaestéril para atendimentoàsemergências	
Cilindrotransportável de oxigênio	
Poltronasremovíveis com revestimentoimpermeável para acompanhante	
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8° exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura	



5) Relação dos Equipamentos específicos
 (“Ventilador pulmonar mecânico microprocessado”;
 “Marcapasso cardíaco externo transtorácico temporário com eletrodos e gerador”;
 “Maca para transporte com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio”;
 “Incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio”;
 “Equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros”;
 “Monitor cardíaco multiparamétrico para transporte com bateria”;
 “Ventilador mecânico específico para transporte, com bateria”;
 “Kit maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves”) por UTI (exceto d
 "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UT
 CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UC TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS") da competência **Setembro** de 2021 na form das Tabelas 12 a 14 mediante o preenchimento da planilha “Dados_de_UTI.xlsx”.

Tabela 12 – Relação de Equipamentos – UTI Adulto – Setembro de 2021

Equipamento (1)	Nº de Patrimônio / Série (2)	Situação (3)	Idade (4)

Tabela 13 – Relação de Equipamentos – UTI Pediátrica – Setembro de 2021

Equipamento (1)	Nº de Patrimônio / Série (2)	Situação (3)	Idade (4)

Tabela 14 – Relação de Equipamentos – UTI Neonatal – Setembro de 2021

Equipamento (1)	Nº de Patrimônio / Série (2)	Situação (3)	Idade (4)

Conceitos:

(1) *Equipamento:* na coluna deverá constar se “Ventilador pulmonar mecânico microprocessado” “Marcapasso cardíaco externo transtorácico temporário com eletrodos e gerador”; “Maca para transporte com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio”; “Incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio” “Equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros”; “Monitor cardíaco multiparamétrico para transporte com bateria”; “Ventilador mecânico específico para transporte, com bateria” ou “Kit / maleta de emergência p/ acompanhar o transporte de pacientes graves”

(2) *Nº do Patrimônio / Série:* na coluna deverá constar o número do patrimônio do equipamento o número de série, para o caso de não integrar patrimônio do hospital

(3) *Situação:* na coluna deverá constar se o equipamento está “em uso”, é “reserva operacional”, está “e manutenção” ou está “desativado”

(4) *Idade:* na coluna deverá a idade do equipamento (tempo contado a partir da data de aquisição e/o disponibilidade de uso) em anos.


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



6) Tempo médio de espera de suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beira de leito por UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAV (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAV (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", do período de **Setembro de 2021** e na forma das Tabelas 15 a 17 mediante o preenchimento d planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 15 – Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito – UTI Adulto

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito	Executante (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise e diálise peritoneal		
Assistência clínica hemoterápica		
Serviço de laboratório de análises clínicas, microbiologia e hemogasometria		
Serviço de radiografia móvel		
Serviço de ultrassonografia portátil		
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa		
Serviço de fibrobroncoscopia		
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica		

Tabela 16 – Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito – UTI Pediátrica

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito	Executante (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise e diálise peritoneal		
Assistência clínica hemoterápica		
Serviço de laboratório de análises clínicas, microbiologia e hemogasometria		
Serviço de radiografia móvel		
Serviço de ultrassonografia portátil		
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa		
Serviço de fibrobroncoscopia		
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica		

Tabela 17 – Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito – UTI Neonatal

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico à beiro do leito	Executante (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise e diálise peritoneal		
Assistência clínica hemoterápica		
Serviço de laboratório de análises clínicas, microbiologia e hemogasometria		
Serviço de radiografia móvel		
Serviço de ultrassonografia portátil		
Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa		
Serviço de fibrobroncoscopia		
Serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica		

Conceitos:

(1) *Executante:* na coluna deverá informar "PRÓPRIO", se executado por integrante do quadro de pessoal do hospital, ou "TERCEIRIZADO", se outra situação.

(2) *Tempo médio de espera:* na coluna deverá constar o tempo médio de espera em minutos entre solicitação do médico assistente e a disponibilização do resultado (para o caso do suporte de apoio diagnóstico ou do suporte


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



7) Tempo médio de espera de suporte de apoio diagnóstico e terapêutico realizado no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, exceto da "UTI I ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI I PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", do período de **Setembro de 2021** e na forma da Tabelas 18 a 20 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 18 – Tempo médio de espera nosuporte de apoio diagnóstico e terapêutico no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento – UTI Adulto

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico	Local (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência cirúrgica cardiovascular / Hemodinâmica		
Assistência cirúrgica vascular		
Assistência cirúrgica neurológica		
Assistência cirúrgica ortopédica		
Assistência cirúrgica urológica		
Cirurgia buco-maxilo-facial		
Radiologia intervencionista		
Ressonância magnética		
Tomografia computadorizada		
Exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico		

Tabela 19 – Tempo médio de espera nosuporte de apoio diagnóstico e terapêutico no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento – UTI Pediátrica

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico	Local (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência cirúrgica cardiovascular / Hemodinâmica		
Assistência cirúrgica vascular		
Assistência cirúrgica neurológica		
Assistência cirúrgica ortopédica		
Assistência cirúrgica urológica		
Cirurgia buco-maxilo-facial		
Radiologia intervencionista		
Ressonância magnética		
Tomografia computadorizada		
Exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico		

Tabela 20 – Tempo médio de espera nosuporte de apoio diagnóstico e terapêutico no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento – UTI Neonatal

Suporte de apoio diagnóstico e terapêutico	Local (1)	Tempo médio de espera (2)
Assistência cirúrgica cardiovascular / Hemodinâmica		
Assistência cirúrgica vascular		
Assistência cirúrgica neurológica		
Assistência cirúrgica ortopédica		
Assistência cirúrgica urológica		
Cirurgia buco-maxilo-facial		
Radiologia intervencionista		
Ressonância magnética		
Tomografia computadorizada		
Exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico		

Conceitos:

(1) Local: na coluna deverá informar "NO HOSPITAL" se a assistência ou serviço for realizado nas dependências do hospital ou "OUTRO ESTABELECIMENTO" se a assistência ou serviço for realizado fora das dependências do hospital.


TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR


(2) Tempo médio de espera: na coluna deverá constar o tempo médio de espera em horas entre solicitação do médico assistente e a disponibilização do resultado (para o caso do suporte de apoio diagnóstico ou do suporte

8) Número de exames complementares (laboratoriais e radiológicos) solicitados por UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG) COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG) COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", do período de setembro de 2021 e na forma da Tabela 21 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 21 – Número de exames complementares (laboratoriais e radiológicos) solicitados por UTI setembro de 2021

Leitos de UTI por Especialidade	Nº de pacientes dia (1)	Nº de exames laboratoriais (2)	Nº de exames de radiografia (3)
UTI ADULTO			
UTI PEDIATRICA			
UTI NEONATAL			

Conceitos:

(1) Nº de pacientes dia: na coluna deverá constar o número de pacientes dia da UTI do período de setembro de 2021

(2) Nº de exames laboratoriais: na coluna deverá constar o número de exames laboratoriais solicitado por UTI do período de setembro de 2021

(3) Nº de exames de radiografia: na coluna deverá constar o número de exames laboratoriais solicitado por UTI do período de setembro de 2021

9) Probabilidade e impacto de ocorrência de eventos por UTI, exceto da "UTI I ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI I PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", na forma das Tabelas 22 a 24 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 22 – Probabilidade e impacto de ocorrência dos riscos – UTI Adulto

Eventos	Probabilidade (1)	Impacto (2)
Queda		
Falha/falta em equipamentos		
Erro de medicação ocasionando agravamento do quadro ou óbito		
Reações adversas na transfusão sanguínea		
Lesão		
Falha no transporte do paciente crítico, ocasionando danos ao paciente		
Falha na identificação dos pacientes		
Sangramento / hemorragias / TEV		
Acidente com perfuro cortante		
Broncoaspiração		
Infecção Relacionada à Assistência		
Extubação acidental		



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Risco relacionado a procedimentos invasivos (barotrauma, pneumotórax, lesão de uretra, lesão de esôfago, enfisema percutânea)		
Falha na comunicação, passagem de plantão, comunicação de laudos críticos		
Retenção de paciente que já conta com alta médica		
Admissão de paciente sem critério para terapia intensiva ocasionando falta de leitos e exposição desnecessária do paciente ao ambiente da UTI		
Alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em Semi-Intensiva, Sala de Emergência, entre outros)		
Registro inadequado no prontuário eletrônico		

Conceitos:

(1) *Probabilidade: na coluna deverá ser informada a probabilidade (se BAIXA, MÉDIA ou ALTA) do evento ocorrer.*

(2) *Impacto: na coluna deverá ser informado, uma vez ocorrendo o evento, qual seria o impacto (se BAIXO, MÉDIO OU ALTO) no desfecho/na eficiência.*

Tabela 23 – Probabilidade e impacto de ocorrência dos riscos – UTI Pediátrica

Eventos	Probabilidade (1)	Impacto (2)
Queda		
Falha/falta em equipamentos		
Erro de medicação ocasionando agravamento do quadro ou óbito		
Reações adversas na transfusão sanguínea		
Lesão		
Falha no transporte do paciente crítico, ocasionando danos ao paciente		
Falha na identificação dos pacientes		
Sangramento / hemorragias / TEV		
Acidente com perfuro cortante		
Broncoaspiração		
Infecção Relacionada à Assistência		
Extubação acidental		
Risco relacionado a procedimentos invasivos (barotrauma, pneumotórax, lesão de uretra, lesão de esôfago, enfisema percutânea)		
Falha na comunicação, passagem de plantão, comunicação de laudos críticos		
Retenção de paciente que já conta com alta médica		
Admissão de paciente sem critério para terapia intensiva ocasionando falta de leitos e exposição desnecessária do paciente ao ambiente da UTI		
Alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em Semi-Intensiva, Sala de Emergência, entre outros)		
Registro inadequado no prontuário eletrônico		

Conceitos:

(1) *Probabilidade: na coluna deverá ser informada a probabilidade (se BAIXA, MÉDIA ou ALTA) do evento ocorrer.*

(2) *Impacto: na coluna deverá ser informado, uma vez ocorrendo o evento, qual seria o impacto (se BAIXO, MÉDIO OU ALTO) no desfecho/na eficiência.*



Tabela 24 – Probabilidade e impacto de ocorrência dos riscos – UTI Neonatal

Eventos	Probabilidade (1)	Impacto (2)
Queda		
Falha/falta em equipamentos		
Erro de medicação ocasionando agravamento do quadro ou óbito		
Reações adversas na transfusão sanguínea		
Lesão		
Falha no transporte do paciente crítico, ocasionando danos ao paciente		
Falha na identificação dos pacientes		
Sangramento / hemorragias / TEV		
Acidente com perfuro cortante		
Broncoaspiração		
Infecção Relacionada à Assistência		
Extubação acidental		
Risco relacionado a procedimentos invasivos (barotrauma, pneumotórax, lesão de uretra, lesão de esôfago, enfisema percutânea)		
Falha na comunicação, passagem de plantão, comunicação de laudos críticos		
Retenção de paciente que já conta com alta médica		
Admissão de paciente sem critério para terapia intensiva ocasionando falta de leitos e exposição desnecessária do paciente ao ambiente da UTI		
Alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em Semi-Intensiva, Sala de Emergência, entre outros)		
Registro inadequado no prontuário eletrônico		

Conceitos:

(1) *Probabilidade: na coluna deverá ser informada a probabilidade (se BAIXA, MÉDIA ou ALTA) do evento ocorrer.*

(2) *Impacto: na coluna deverá ser informado, uma vez ocorrendo o evento, qual seria o impacto (se BAIXO, MÉDIO OU ALTO) no desfecho/na eficiência.*

10) Relação de Riscos gerenciados por UTI, exceto da "UTI II ADULTO SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIAN TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI D QUEIMADOS", na forma das Tabelas 25 a 27 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx"

Tabela 25 – Riscos gerenciados – UTI Adulto

Risco (1)	Nível de Risco (2)	Ação (3)

Tabela 26 – Riscos gerenciados – UTI Pediátrica

Risco (1)	Nível de Risco (2)	Ação (3)

Tabela 27 – Riscos gerenciados – UTI Neonatal

Risco (1)	Nível de Risco (2)	Ação (3)

Conceitos:



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



(1) *Risco*: na coluna deverá ser informado processo ou atividade (administrativo, assistencial e de outra ordem) com possibilidade de acontecer e afetar os objetivos da unidade, sendo medido em termos de probabilidade e impacto

(2) *Nível de Risco*: na coluna deverá ser informado RB – risco baixo; RM – risco médio; RA – risco alto e RE – risco extremo

(3) *Ação*: na coluna deverá(ão) constar a(s) ação(ões) de redução e minimização da ocorrência do risco mapeado/gerenciado

11) Relação de Protocolos vigentes por UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROM RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROM RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UC TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS" na forma das Tabelas 28 a 30 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx"

Tabela 28 – Relação de Protocolos – UTI Adulto

Título (1)	Data de Emissão (2)	Data de Revisão (3)	Periodicidade da Revisão (4)	Forma de disponibilização (5)

Tabela 29 – Relação de Protocolos – UTI Pediátrica

Título (1)	Data de Emissão (2)	Data de Revisão (3)	Periodicidade da Revisão (4)	Forma de disponibilização (5)

Tabela 30 – Relação de Protocolos – UTI Neonatal

Título (1)	Data de Emissão (2)	Data de Revisão (3)	Periodicidade da Revisão (4)	Forma de disponibilização (5)

Conceitos:

(1) *Título*: na coluna deverá constar título do Protocolo

(2) *Data da Emissão*: na coluna deverá constar a data de criação/emissão do Protocolo no formato DD/MM/AAAA

(3) *Data de Revisão*: na coluna deverá constar a data da última revisão realizada do Protocolo no formato DD/MM/AAAA

(4) *Periodicidade da Revisão*: na coluna deverá constar o prazo de revisão do Protocolo em anos

(5) *Forma de disponibilização*: na coluna deverá constar a forma de divulgação e disponibilidade para equipe profissional de saúde



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



12) Mapa de entrada e saída de pacientes por UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", de **Setembro de 2021** na forma das Tabelas 31 a 33 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx"

Tabela 31 – Mapa de entrada e saída de pacientes – UTI Adulto –Setembro de 2021

Quantidade	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26	d27	d28	d29	d30
Entradas																														
Saídas																														

Tabela 32 – Mapa de entrada e saída de pacientes – UTI Pediátrica –Setembro de 2021

Quantidade	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26	d27	d28	d29	d30
Entradas																														
Saídas																														

Tabela 33 – Mapa de entrada e saída de pacientes – UTI Neonatal – Setembro de 2021

Quantidade	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26	d27	d28	d29	d30
Entradas																														
Saídas																														

Conceitos:

1) As Colunas d1 a d30 correspondem aos dias do mês de setembro em que devem ser informados o quantitativo de pacientes que ingressaram no dia (em "Entradas") e o quantitativo de pacientes que saíram por **transferência ou alta** no dia, exceto óbitos, em "Saídas". Onde "d1" corresponde a 01/09/2021, "d2" corresponde a 02/09/2021, mantendo-se essa correspondência até "d30", que corresponde a 30/09/2021.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



13) Relação de Indicadores apurados por UTI e exercício, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", nas formas das Tabelas 34 e 36 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 34 – Indicadores UTI Adulto

Indicadores	Apuração (1)	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021 (até setembro)
SAPS 3 (Média)					
APACHE 2 (Média)					
Outro Índice de gravidade/ prognóstico (Média)					
TISS-28 (Média)					
Outro índice de dimensionamento do pessoal da enfermagem (Média)					
Taxa de ocupação					
Tempo Médio de Permanência					
Taxa de Mortalidade Absoluta					
Taxa de Mortalidade Estimada					
Taxa de reinternação em 24 horas					
Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)					
Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM)					
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central					
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)					
Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.					
Percentual de Internações com uso de Diálise					
Percentual de Internações com uso de AMINAS (Drogas vasoativas)					
Incidência de úlcera por pressão (UPP)					
Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por <i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Meticilina - MRSA; ou <i>Enterococos</i> Resistentes à Vancomicina - VRE					
Custo Leito-Dia					

Conceitos:

(1) Apuração: na coluna deverá constar se o hospital apura ("SIM") ou não apura ("NÃO") os indicadores

(2) Ano 2018 a Ano 2021 (até setembro): nas colunas deverão constar os valores apurados para cada período, no caso de apuração pelo hospital



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 35 – Indicadores UTI Pediátrica

Indicadores	Apuração (1)	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021 (até setembro)
<i>PIM 2 (Média)</i>					
<i>Outro Índice de gravidade / prognóstico (Média)</i>					
<i>TISS-28 (Média)</i>					
<i>Outro índice de dimensionamento do pessoal da enfermagem (Média)</i>					
<i>Taxa de ocupação</i>					
<i>Tempo Médio de Permanência</i>					
<i>Taxa de Mortalidade Absoluta</i>					
<i>Taxa de Mortalidade Estimada</i>					
<i>Taxa de reinternação em 24 horas</i>					
<i>Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)</i>					
<i>Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM)</i>					
<i>Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central</i>					
<i>Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)</i>					
<i>Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.</i>					
<i>Percentual de Internações com suporte renal</i>					
<i>Percentual de Internações com uso de AMINAS (Drogas vasoativas)</i>					
<i>Incidência de úlcera por pressão (UPP)</i>					
<i>Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina - MRSA; ou Enterococos Resistentes à Vancomicina - VRE</i>					
<i>Custo Leito-Dia</i>					

Conceitos:

(1) Apuração: na coluna deverá constar se o hospital apura (“SIM”) ou não apura (“NÃO”) os indicadores

(2) Ano 2018 a Ano 2021 (até setembro): nas colunas deverão constar os valores apurados para cada período, no caso de apuração pelo hospital



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Tabela 36 – Indicadores UTI Neonatal

Indicadores	Apuração (1)	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021 (até setembro)
<i>Índice de gravidade/ prognóstico (Média)</i>					
<i>TISS-28 (Média)</i>					
<i>Outro índice de dimensionamento do pessoal da enfermagem (Média)</i>					
<i>Taxa de ocupação</i>					
<i>Tempo Médio de Permanência</i>					
<i>Taxa de Mortalidade Absoluta</i>					
<i>Taxa de Mortalidade Estimada</i>					
<i>Taxa de reinternação em 24 horas</i>					
<i>Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV)</i>					
<i>Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM)</i>					
<i>Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central</i>					
<i>Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)</i>					
<i>Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.</i>					
<i>Percentual de Internações com suporte renal</i>					
<i>Percentual de Internações com uso de AMINAS (Drogas vasoativas)</i>					
<i>Incidência de úlcera por pressão (UPP)</i>					
<i>Taxa de novas infecções resistentes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), definidas como infecções por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina - MRSA; ou Enterococos Resistentes à Vancomicina - VRE</i>					
<i>Custo Leito-Dia</i>					

Conceitos:

(1) Apuração: na coluna deverá constar se o hospital apura ("SIM") ou não apura ("NÃO") os indicadores

(2) Ano 2018 a Ano 2021 (até setembro): nas colunas deverão constar os valores apurados para cada período, no caso de apuração pelo hospital

14) Avaliação sobre a Taxa de rotatividade por quadro e UTI, exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", do exercício de 2021 (até setembro) e na



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



forma da Tabela 37 mediante o preenchimento da planilha “Dados_de_UTI.xlsx”.

Tabela 37 – Taxa rotatividade por profissional– 2021 (até setembro)

UTI	Médico diarista	Médico plantonista	Enfermeiro	Técnico de Enfermagem	Fisioterapeuta(1)
UTI ADULTO					
UTI PEDIÁTRICA					
UTI NEONATAL					

Conceitos:

- (1) Nas colunas deverão constar as avaliações do hospital sobre taxa de rotatividade dos quadros por UTI, ou seja, se é baixa, moderada ou alta

15) Informações gerais na forma das Tabelas 38 e 39 mediante o preenchimento da planilha “Dados_de_UTI.xlsx”.

Tabela 38 – Informações gerais do Hospital

Questões	Resposta
Programa de acreditação do Hospital (1)	
Tipo do prontuário utilizado no Hospital, inclusive na(s) UTI(s) (2)	

Conceitos:

- (1) Na coluna “Resposta” deverá ser informado qual programa de acreditação o hospital é certificado: “ONA III”; “Qmentum Internacional”; “JCI”; “ONA II”; “ONA I”; “DIAS/NIAHO”; “Score Rede”; “SBHCI”; “Outro” ou “Não possui”
- (2) Na coluna “Resposta” deverá ser informado se o prontuário utilizado na UTI é “Físico”, “Eletrônico” ou “Informatizado com suporte de papel”

Tabela 39 – Informações gerais por UTI

UTI	Gerenciamento (1)	Espaço físico (2)	Alvará de Licenciamento Sanitário emitido e atualizado (3)	Quantidade de leitos existentes pendentes de habilitação (4)
UTI Adulto				
UTI Pediátrica				
UTI Neonatal				

Conceitos:

- (1) “Gerenciamento”: na coluna deverá ser informado se o gerenciamento da UTI é “Próprio do Hospital” ou, se terceirizado, o CNPJ da entidade gerenciadora
- (2) “Espaço Físico”: na coluna deverá ser informado se a UTI fica em um “único espaço físico” ou em “mais de um espaço físico” não contíguos (como em andares, prédios e/ou alas diferentes)
- (3) Na coluna “Alvará de Licenciamento Sanitário emitido e atualizado” deverá ser informado “SIM”, se UTI estiver regularizada junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual (mediante Alvará de Licenciamento Sanitário emitido e atualizado), ou “NÃO”, caso não possua Alvará de Licenciamento Sanitário emitido e atualizado
- (4) Na coluna “Quantidade de leitos existentes pendentes de habilitação” deverá ser informada a quantidade de leitos de UTI existentes pendentes de obtenção de habilitação junto ao Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde

16) Relação de fiscalizações na(s) UTI(s), exceto da "UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19", "UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II", "UTI CORONARIANA TIPO III - UCO



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



TIPO III" e "UTI DE QUEIMADOS", no **período 2018 a 2021 (até setembro)** na forma da Tabela 40 mediante o preenchimento da planilha "Dados_de_UTI.xlsx".

Tabela 40 – Relação de fiscalizações na(s) UTI(s) – 2018 a 2021(até setembro)

Órgão/Entidade fiscalizador(a) (1)	UTI (2)	Data ou período da fiscalização (3)	Irregularidades (4)

Conceitos:

(1) *Órgão/Entidade Fiscalizador(a): na coluna deverá constar o nome do órgão ou entidade (Conselho de Classe, Vigilância Sanitária, entre outros) que realizou fiscalização, inspeção, vistoria, ou auditoria na UTI no período de 2018 a 2021 (até setembro).*

(2) *UTI: na coluna deverá(ão) constar a(s) UTI(s) (UTI Adulto, UTI Pediátrica e/ou UTI Neonatal) que foi(ram) objeto de fiscalização, inspeção, vistoria ou auditoria no período de 2018 a 2021 (até setembro)*

(3) *Data ou período da fiscalização: na coluna deverá constar a data ou período em que a fiscalização, inspeção, vistoria ou auditoria na UTI ocorreu*

(4) *Irregularidades: na coluna deverá constar uma descrição sucinta das irregularidades detectadas pela fiscalização, inspeção, vistoria ou auditoria na(s) UTI(s)*



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



APÊNDICE D – Relação entre achados, propostas de encaminhamento e ODS

<i>Achados</i>	<i>Propostas de Encaminhamento</i>	<i>Objetivo ODS</i>	<i>Meta ODS</i>
<p>- Avaliação da gestão estadual sobre a adequação da rede de leitos de UTI voltados ao SUS no Estado de São Paulo no PES 2020-2023, e por extensão em 2021, se mostrou enviesada, especialmente pelo emprego de número de internações esperadas subestimado e pela utilização não ajustada dos dados do CNES, dificultando a detecção de situações-problema de insuficiência de leitos de UTI SUS, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos de UTI SUS.</p>	<p>-Promover estudo regionalizado, aprofundado e conclusivo sobre a necessidade de leitos UTI voltados ao SUS visando a identificação de situações-problema de insuficiência de leitos, em que a demanda supera a oferta, e de ociosidade pelo excesso de leitos, de modo a garantir o acesso oportuno e eficiente ao recurso de UTI pelo paciente usuário do SUS.</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades </p> <p>ODS 10: Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p> <p>10.3 - Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive por meio da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito</p>
<p>- Contexto de admissão tardia em UTIs (Adulto, Pediátrica e Neonatal), em que o tempo médio de acesso aos leitos de UTI supera as 6 horas, condição em que os pacientes ficam mais expostos ao prolongamento do tratamento e ao incremento no risco de mortalidade a cada hora de atraso na admissão</p>	<p>-Adotar ou aprimorar estratégias de gestão (de logística de transporte de pacientes, de regulação de acesso, de hierarquização de serviços, de oferta de serviços e/ou incentivos) para que o tempo de acesso aos leitos de UTI por pacientes críticos não supere 6 horas e para aumentar a eficiência entre as UTIs com</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades </p> <p>ODS 10: Reduzir a desigualdade</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países</p>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Achados	Propostas de Encaminhamento	Objetivo ODS	Meta ODS
	taxa de ocupação abaixo de 80%.	dentro dos países e entre eles	<p>objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p> <p>10.3 - Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive por meio da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito</p>
<p>UTIs sem atendimento a padrões mínimos para o funcionamento estipulados pela RDC nº 7/2010 da Anvisa e pela Resolução CFM nº 2271/2020, com potencial de comprometer a qualidade dos serviços prestados ao paciente usuário do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UTIs sem coordenador enfermeiro, coordenador fisioterapeuta e/ou médico diarista; - UTIs em que há coordenador e responsável técnico, médico diarista, coordenador de enfermagem e/ou coordenador de fisioterapia sem título de especialista em Terapia Intensiva; - UTIs em que os profissionais de saúde prestam assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI; - UTIs com quantitativo insuficiente de equipamentos como "Aspirador a vácuo portátil" ou "Cilindro transportável de oxigênio" e para funcionamento em situação de plena capacidade (em que todos 	<ul style="list-style-type: none"> - Empreender ações de controle sistemáticas, por intermédio do Sistema Estadual de Controladoria e Sistema Estadual de Auditoria e Avaliação do SUS, de modo a mitigar o risco de funcionamento de UTIs sem requisito mínimo estipulado pela RDC nº 7/2010 e pela Resolução do CFM nº 2271/2020; - Corrigir impropriedades vigentes similares as identificadas; - Aprimorar os incentivos e a elaboração de escalas para evitar jornada de trabalho (diária) e/ou plantões presenciais que ultrapassem 12 (doze) horas ininterruptas. 	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades]</p> <p>ODS 8 Trabalho decente e crescimento econômico</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de</p>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Achados	Propostas de Encaminhamento	Objetivo ODS	Meta ODS
<p>os leitos existentes estão operacionais), por não atingir a proporção de equipamentos por leito para equipamentos como "Ventilador pulmonar mecânico microprocessado" ou "Kit / carrinho de emergência contendo no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril".</p> <p>- Diversos casos de plantões de médicos superiores a vinte e quatro (24) horas ininterruptas, inclusive de plantões de quarenta e oito (48) horas, bem como superiores a doze (12) horas ininterruptas, limite máximo razoável em plantão presencial para uma boa atuação médica segundo precedentes consultivos do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).</p>			<p>qualidade e a preços acessíveis para todos.</p> <p>8.8 Proteger os direitos trabalhistas e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores</p>
<p>- UTIs sem gerenciamento de riscos ou não gerenciando riscos críticos, como o risco de "alocação de pacientes de UTIs em unidades que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido (em semi-intensiva, sala de emergência, entre outros)", e assim limitando a capacidade das equipes de UTI dos hospitais da rede própria estadual em contribuir na redução de eventos evitáveis</p>	<p>-Corrigir impropriedades vigentes similares as identificadas</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades]</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Achados	Propostas de Encaminhamento	Objetivo ODS	Meta ODS
<p>-UTIs que não apuram os indicadores de avaliação do funcionamento global estipulados pela RDC 7/2010 da Anvisa, dificultando a realização de consolidações e a identificação de fatores comuns e peculiares que afetam, positiva ou negativamente, o desempenho global das UTIs e tendo potencial de impactar negativamente o processo de tomada de decisão do gestor estadual do SUS/SP</p>	<p>-Corrigir impropriedades vigentes similares as identificadas</p> <p>-Fomentar, por meio de incentivos, comparações de desempenho e de boas práticas pelas UTIs da rede própria estadual a partir dos indicadores estipulados pela RDC 7/2010 da Anvisa e por projetos como "UTIs Brasileiras", "Proqualis" e "Qualiss."</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades]</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as morte evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Attingir a cobertura universal de saúde incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais d qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p>
<p>- Há margem para ganho de eficiência no uso dos recursos de UTI da rede própria estadual, entre aquelas com taxa de ocupação abaixo de 80%, e para desenvolvimento de medidas objetivando mitigar a possibilidade de recusa ou desvio para outras unidades que não a UTI de pacientes críticos por UTIs com taxa de ocupação superior a 85%.</p> <p>- Hospital, cuja taxa de ocupação de UTI variou de 55,86% (em 2018) para 35,33% (em 2020), que não teve admissões na UTI Adulto no mês de setembro de 2021 por falta de demanda intra e inter-hospitalar</p>	<p>- Adotar ou aprimorar estratégias de gestão (de logística de transporte de pacientes, de regulação de acesso, de hierarquização de serviços, de oferta de serviços e/ou incentivos) para que o tempo de acesso aos leitos de UTI por pacientes críticos não supere 6 horas e para aumentar a eficiência entre as UTIs com taxa de ocupação abaixo de 80%;</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades]</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Attingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para</p>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



Achados	Propostas de Encaminhamento	Objetivo ODS	Meta ODS
			todos.
<p>- UTIs dos hospitais da rede própria estadual revelaram uma faixa de 18 a 24% de protocolos não revisados, a predominância de periodicidade de revisão superior a anual, o baixo percentual de cursos (treinamentos) e reuniões entre as formas de disponibilização dos protocolos e casos, ainda que pontuais, de formalização sem aprovação e assinatura de profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI. Tais ocorrências são indicativos de limitação do uso dos protocolos clínicos como estratégia de gestão da UTI para padronização de processos, busca de eficiência e aumento da segurança dos pacientes</p>	<p>- Corrigir impropriedades vigentes similares as identificadas</p> <p>- Estipular ou aprimorar incentivos para que ocorra a revisão dos protocolos assistenciais da UTI anualmente, com envolvimento dos profissionais designados para a responsabilidade técnica ou coordenação da UTI.</p>	<p>ODS: 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades]</p>	<p>3.1 - Até 2030, reduzir a taxa mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos</p> <p>3.8 Atingir a cobertura universal de saúde incluindo a proteção do risco financeiro, acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.</p>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO
DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR



LISTA DE ANEXOS⁶⁰

ANEXO A (Parte 1 a 4) – Resposta da SES/SP à Requisição DCG-1 47/2021, Complementações da Resposta pela SES/SP e Parte 1 (Diagnóstico) e 2 (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) do PES 2020-2023

ANEXO B – Casos de desatualização do CNES

ANEXO C – Casos de ausência de Coordenador Enfermeiro, Coordenador Fisioterapeuta e Médico diarista

ANEXO D – Casos de Coordenador e Responsável técnico, Médico Diarista, Coordenador de Enfermagem e Coordenador de Fisioterapia de UTI sem título de especialista em Terapia Intensiva

ANEXO E – Casos de profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes de outras áreas do hospital durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI

ANEXO F (Parte 1 a 6) – Casos de jornada de trabalho (diária) e/ou plantões de médicos superiores a vinte e quatro (24) horas ininterruptas, inclusive de quarenta e oito (48) horas, e superiores a doze (12) horas ininterruptas

ANEXO G – Dados consolidados sobre quantitativo de equipamentos por UTI e avaliação segundo RDC nº 7/2010 da Anvisa e leitos existentes (Set/2021)

ANEXO H – UTIs sem gerenciamentos de Risco, sem gerenciamento do risco crítico “Alocação de paciente crítico fora da UTI” e dados consolidados sobre gerenciamento de risco por tipo de UTI

ANEXO I – Dados consolidados sobre a apuração (e não apuração) dos indicadores obrigatórios por tipo de UTI

ANEXO J – Caso de hospital sem admissão de pacientes em UTI no mês de setembro de 2021 por falta de demanda

ANEXO K (Parte 1 a 2) – Dados consolidados sobre protocolos por tipo de UTI, Casos de Protocolos Clínicos não revisados e/ou não aprovados e/ou assinados pelo Responsável Técnico e/ou Coordenação de Enfermagem e/ou Fisioterapia

⁶⁰ Disponíveis no TC-022697.989.21-8.