

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Juliane Aparecida Mártir Silva

PRODUTIVIDADE E QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO
HOSPITAL DE BASE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL – IGESDF.

Brasília
2022

Juliane Aparecida Mártir Silva

PRODUTIVIDADE E QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO
HOSPITAL DE BASE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DO
INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL – IGESDF.

Trabalho de Dissertação apresentado à
Escola Fiocruz de Governo como
requisito parcial para obtenção do título
de mestre em Políticas Públicas em
Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Erika Barbosa
Camargo
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Jakeline
Ribeiro Barbosa

Brasília
2022

S586p

Silva, Juliane Aparecida Mártir

Produtividade e qualidade do atendimento do Hospital de Base antes e após a implementação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal - IGESDF / Juliane Aparecida Mártir Silva. - 2022
110f.: il.; 30cm

Orientador: Profa. Dra. Erika Babosa Camargo

Coorientador: Profa. Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação
Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Saúde pública. 2. Gestão em saúde - Indicadores. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Parceria público-privada. I. Silva, Juliane Aparecida Mártir. II. FIOCRUZ Brasília. III. Título

CDD: 353.68174

CDU: 614.2(817.4)

Bibliotecária Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

Juliane Aparecida Mártir da Silva

Produtividade e Qualidade do Atendimento do Hospital de Base Antes e Após a Implementação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal – IGESDF.

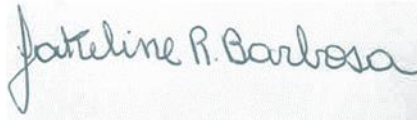
Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 06/05/2022.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Érika Barbosa Camargo - Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa – Coorientadora - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Flávia Tavares da Silva Elias – Membro Interno - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Luci Fabiane Scheffer Moraes – Membro Externo - Universidade de Brasília - UnB



Dra. Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu – Suplente - Universidade de Brasília - UnB

Dedico este trabalho às mulheres que tornaram possível a realização do meu mestrado: Doutoras Érika Camargo e Jakeline Barbosa. À minha mãe, Terezinha. Às minhas colegas nutricionistas Bruna Rafaella e Suzana Martins. À grande amiga Meiry Elisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo milagre de cada dia. Pela luz para compreender e vencer cada etapa deste caminho.

Ao meu filho, Inácio, que, mesmo com as ausências cruéis a que eu o submeti, seu carinho por mim só aumenta.

Ao meu esposo, Cláudio Márcio, pela paciência e palavras de ânimo.

Às minhas chefias imediatas pela flexibilização das escalas de trabalho.

Ao Laércio Bento dos Reis, consultor técnico no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, cuja ajuda foi fundamental para fechar a coleta de dados da pesquisa de mestrado.

À Fiocruz, por ser a instituição mais democrática do Brasil na promoção do ensino de pós-graduação. Eu amo a Fiocruz!!!

*“Quando o direito é sufocado ou descuidado,
consciência sanitária significa luta, individual e
coletiva, para a sua concretização”
(Jairnilson Silva Paim)*

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi analisar o comportamento de indicadores hospitalares de produtividade e de qualidade no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), nos dois anos anteriores e nos dois primeiros anos da implementação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal (IGESDF). Foram analisados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Sala de Situação do Distrito Federal. Foram avaliados os indicadores de internações clínicas e cirúrgicas, o número de cirurgias em oncologia, o tempo médio de permanência hospitalar e a mortalidade. Elaborou-se modelos de regressão múltiplos para análise da linearidade e inclinações das retas. Apresentaram diferenças significativas entre os períodos o tempo de permanência geral e as taxas de mortalidade geral e em cirurgias oncológicas, indicando melhor desempenho hospitalar no Pré-IGESDF. Já o tempo de permanência e a mortalidade cirúrgica, e o tempo de permanência em cirurgias oncológicas tiveram resultados favoráveis e significativos em cada período, mas independentes do tipo de gestão hospitalar. Os indicadores com tendências não significativas foram o número de internações clínicas e cirúrgicas e o número de cirurgias oncológicas. Uma vez que os indicadores de produção não tiveram variação significativa nas análises, e os indicadores de qualidade mostraram-se com resultados melhores no período Pré-IGESDF, infere-se que o desempenho atual do HBDF se encontra mais insatisfatório que o observado anteriormente sob gestão direta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Palavras-Chave: Indicadores de Saúde. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação em Saúde. Parceria Público-Privada.

ABSTRACT

The main objective of this study was to analyze hospital productivity and quality indicators and their behavior at the *Hospital de Base do Distrito Federal* (HBDF), in the two previous years and the first two years of implementation of the *Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal* (IGESDF). Secondary data from the hospital information system (SIH), consolidated by the Department of Informatics of *SUS* (DATASUS) and the Situation Room of the Federal District, were analyzed. Clinical and surgical hospitalizations, number of surgeries in oncology, average length of hospital stay, and mortality indicators were evaluated. Multiple regression models were developed to analyze the linearity and slopes of the lines. There were significant differences between the periods in the average length of stay and the general mortality rates and in oncological surgeries, which indicates higher performance of the hospital pre-IGESDF. The length of stay and surgical mortality and the length of stay in oncological surgeries indicators had favorable and significant results in each period, regardless of the type of hospital management though. The indicators with non-significant results were the number of clinical and surgical hospitalizations and the number of oncological surgeries. Since the production indicators had no significant variation in the analyses, and the quality indicators showed better results in the pre-IGESDF period, it is inferred that the current performance of the HBDF is less satisfactory than that observed previously under direct management.

Keywords: Health Status Indicators. Health Management. Unified Health System. Health Informations Systems. Public-Private Sector Partnerships.

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio fue analizar el comportamiento de los indicadores de productividad y calidad hospitalaria en el *Hospital de Base do Distrito Federal* (HBDF), en los dos años anteriores y en los dos primeros años de la implementación del *Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal* (IGESDF). Se analizaron datos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria (SIH), consolidados por el Departamento de Informática del SUS (DATASUS) y la Sala de Situación del Distrito Federal. Se evaluaron los indicadores de hospitalizaciones clínicas y quirúrgicas, número de cirugías en oncología, duración media de la estancia hospitalaria y mortalidad. Se desarrollaron modelos de regresión múltiple para analizar la linealidad y las pendientes de las líneas. Hubo diferencias significativas entre los períodos en la estancia hospitalaria general, tasas de mortalidad general y cirugías oncológicas, indicando mejor desempeño hospitalario antes de IGESDF. La duración de estancia hospitalaria y mortalidad quirúrgica, y la duración de estancia en cirugías oncológicas tuvieron resultados favorables y significativos en cada período, pero independientemente del tipo de manejo hospitalario. Los indicadores con tendencia no significativa fueron el número de hospitalizaciones clínicas y quirúrgicas y el número de cirugías oncológicas. Dado que los indicadores de producción no tuvieron variación significativa en los análisis, y los indicadores de calidad mostraron mejores resultados en el período anterior a IGESDF, se infiere que el desempeño actual del HBDF es más insatisfactorio que el observado anteriormente bajo la gestión directa del Secretaria del Estado de la Salud del Distrito Federal.

Palabras clave: Indicadores de Salud. Gestión en Salud. Sistema Único de Salud. Sistemas de Información en Salud. Asociación entre el Sector Público-Privado.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Indicadores e metas de produção e desempenho para o ano de 2018 do Contrato de Gestão SES/DF e IGESDF.....	27
Quadro 2 Indicadores e metas de produção e desempenho para o ano de 2019 do Contrato de Gestão SES/DF e IGESDF.....	28
Quadro 3 Estruturação da pergunta de pesquisa a partir do acrônimo ECLIPSE.....	35
Quadro 4 Indicadores analisados no Hospital de Base do Distrito Federal antes e após o IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	38
Quadro 5 Resultados convergentes e discordantes sobre o desempenho hospitalar no SUS em gestão direta e indireta	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Produção hospitalar no HBDF no período pré e pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	44
Tabela 2 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número de Internações no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	45
Tabela 3 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número de Internações Cirúrgicas no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	47
Tabela 4 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número Cirurgias Oncológicas “Gerai s” no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	49
Tabela 5 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número Cirurgias Oncológicas “Totais” no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	51
Tabela 6 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	53
Tabela 7 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência em Internações Cirúrgicas no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	55
Tabela 8 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência em Cirurgias Oncológicas “Gerai s” no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	57
Tabela 9 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Hospitalar no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	59
Tabela 10 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Específica em Internações Cirúrgicas no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	61
Tabela 11 Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Específica em Cirurgias Oncológicas “totais” no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Análise do número de internações mensais no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	46
Gráfico 2 Análise do número de internações cirúrgicas no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	48
Gráfico 3 Análise do número de cirurgias oncológicas no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	50
Gráfico 4 Análise do número de cirurgias oncológicas totais no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	52
Gráfico 5 Análise do tempo médio de permanência hospitalar no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	54
Gráfico 6 Análise do tempo médio de permanência em internações cirúrgicas no HBDF, no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	56
Gráfico 7 Análise do tempo médio de permanência em cirurgias oncológicas “gerais” no HBDF, período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	58
Gráfico 8 Análise da taxa de mortalidade hospitalar no HBDF no período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	60
Gráfico 9 Análise da taxa de mortalidade específica em internações cirúrgicas no HBDF, período Pré (2016-2017) e Pós (2018-2019) IGESDF.....	62
Gráfico 10 Análise da taxa de mortalidade específica em cirurgias oncológicas “totais” no HBDF, no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.....	64

LISTA DE SIGLAS

AD - Administração Direta

AI – Administração Indireta

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CAC - Comissão de Acompanhamento do Contrato

CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HAB - Hospital de Apoio de Brasília

HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal

HCB - Hospital da Criança de Brasília

HC/UFPE – Hospital das Clínicas/ Universidade Federal de Pernambuco

HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília

HRSM - Hospital Regional de Santa Maria

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

HU/UFBA – Hospital Universitário da Universidade Federal da Bahia

IGESDF - Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal

IHBDF - Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

IRLH - Índice de Renovação de Leitos Hospitalares

MAC - Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade

OSS - Organização Social de Saúde

PCCS - Plano de Cargos, Carreira e Salários

PPP - Parceria Público Privada

PROADESS - Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

PTA - Plano de Trabalho Anual

Rehuf - Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SES/DF - Secretaria de estado da Saúde do Distrito Federal

SIH - Sistema de Internações Hospitalares

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SP – São Paulo

SSA - Serviço Social Autônomo

SUS - Sistema Único de Saúde

TFT - Taxa de Faturamento Hospitalar

TOH - Taxa de Ocupação Hospitalar

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

URD - Unidade de Referência Distrital

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 TIPOS DE GESTÃO INDIRETA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	18
2.1.1 A gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde	18
2.1.2 O monitoramento de indicadores como ferramenta da gestão de desempenho hospitalar ...	20
2.2. A IMPLEMENTAÇÃO DO IGESDF NO HOSPITAL DE BASE	23
2.3 OUTRAS EVIDÊNCIAS SOBRE GESTÕES INDIRETAS EM HOSPITAIS DO SUS .	29
3 PERGUNTA DE PESQUISA	35
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL	36
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	36
5 METODOLOGIA.....	37
6 RESULTADOS	43
7 DISCUSSÃO	65
8 CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXO A - RELATÓRIO ANALÍTICO DO CONTRATO DE GESTÃO 001/2018 – SES/DF DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O INSTITUTO HOSPITAL DE BASE: REFERÊNCIA 2019.....	78

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais têm protagonismo no Sistema Único de Saúde (SUS) e a atenção à saúde em nível hospitalar deve garantir atendimento multiprofissional a fim de alcançar a qualidade da assistência e segurança do paciente. Para a avaliação dos serviços de saúde, pode-se considerar os requisitos de estrutura, processos e resultados recomendados por Donabedian, citado por Chaves et al (1).

Nesse contexto, é possível relacionar a contratualização do serviço hospitalar – formalizada por meio de contrato de gestão e termos aditivos – aos processos, e os indicadores de produção e qualidade aos resultados. Com a avaliação dos serviços de saúde é possível identificar problemas, reorientar o planejamento e mensurar o impacto da implementação de políticas, programas, serviços e ações sobre a saúde da população (1).

O Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal (IGESDF) é caracterizado como Serviço Social Autônomo (SSA), sem fins lucrativos (2). O IGESDF em muito se assemelha a uma fundação estatal, principalmente devido à sua finalidade, porém com roupagem mais flexível devido ao regime jurídico de direito privado, isto é, para exercer suas funções o SSA não está sujeito às leis gerais de licitações e de contratações públicas (3).

A gestão indireta, objeto deste estudo, teve início efetivo de suas atividades em janeiro de 2018 (4) e abrangeu somente o Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF). Em janeiro de 2019, a Lei nº 6.270 alterou esta denominação para -IGESDF, com o objetivo de expandir o modelo de gestão para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) (5).

O problema central desta pesquisa reside no fato de que, devido a implantação do IGESDF ter ocorrido de forma não participativa, existe uma lacuna a ser respondida sobre o efetivo desempenho do HBDF antes e após a implementação dessa gestão indireta do SUS no

Distrito Federal (DF).

A justificativa para a realização desta pesquisa é a de que a análise da associação entre o modelo de gestão indireta e os resultados de indicadores de morbimortalidade hospitalar pode servir de subsídio para as discussões entre gestores, governo e comunidade, e para a tomada de decisões que acabam por impactar na universalidade, integralidade e resolutividade do SUS no DF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TIPOS DE GESTÃO INDIRETA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A crise financeira mundial de 2008 desencadeou reformas de saúde, via políticas de austeridade fiscal, em países desenvolvidos com sistemas universais, tais como a Inglaterra. Novas formas de gestão de estabelecimentos públicos foram então implementadas a fim de fomentar a nova orientação de mercado: a competição entre sistemas de saúde. Todos os hospitais ingleses foram transformados em *Foundations Trusts*, instituições criadas a partir de reinvestimento do governo ou empréstimos privados a juros (6).

Ravioli, Soárez e Scheffer (7) revisaram recentemente os modelos de gestão de serviços públicos de saúde no Brasil e encontraram três principais tipos de gestão indireta: Organização Social de Saúde (OSS), Parceria Público Privada (PPP) e Fundação Estatal. Tais modelos estavam concentrados no estado de São Paulo e nos Hospitais Universitários Federais. Em síntese, os três modelos de gestão demandam o cumprimento de metas acordadas em contratos de gestão para o financiamento de seus serviços. Segundo os autores, as principais vantagens desses modelos gerenciais estão relacionadas aos processos de compras públicas, contratação e remuneração de recursos humanos, nos quais espera-se certa flexibilidade e celeridade por não estarem obrigados às normativas da lei de licitação e do regime jurídico estatutário, inerentes à Administração Direta.

2.1.1 A gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde

Santos et al (8), ao revisarem mais de 150 artigos, estabeleceram três marcos históricos que caracterizam a gestão hospitalar no SUS, sendo o primeiro antes mesmo de sua criação, isto é, antes da Constituição Federativa de 1988. Nesse período é apontada uma baixa capacidade de gestão, sobretudo devido à não fidedignidade dos registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), principal instrumento remuneratório, e à inexistência de ferramentas de gestão sistêmica.

O segundo marco compreendeu o período entre 1989 e 2002, quando emergiram os modelos alternativos de gestão dos serviços hospitalares, principalmente sob o pioneirismo das -OSS e das Fundações Estatais. Mas essas inovações gerenciais não foram acompanhadas de controle e regulação por parte do poder público, assim como a maior autonomia dada aos gestores públicos municipais pelo princípio da descentralização do SUS não refletia em maior capacidade desses governos. O problema do subregistro das AIH estava intensificado, faltava recursos humanos e as estruturas físicas eram precárias (8).

O terceiro e principal marco da atenção hospitalar no SUS compreendeu o período a partir de 2003 e contou com duas políticas importantes: o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, no início desse período, e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), publicada em 2014. Foi um período marcado pelas ideias neoliberais, que representam o principal desafio do SUS desde a sua criação, com a expansão das terceirizações e das relações público-privadas. Os modelos de gestão indireta cresciam, sobretudo, por meio de OSS, e ao mesmo tempo em que eram justificados pelas desigualdades na oferta de serviços pelo SUS e pela limitação de recursos (8).

As problemáticas que se destacam nesse período concentram-se exatamente na falta de financiamento público para a viabilidade na execução dos contratos. Apesar da não valorização e utilização plenas, é a partir desse último período que importantes ferramentas de gestão são discutidas com maior prioridade para a evidenciação do desempenho dos serviços hospitalares

e tomadas de decisões, com destaque para os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), principalmente o Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), os núcleos de epidemiologia dos hospitais, os colegiados gestores e as creditações externas (8).

2.1.2 O monitoramento de indicadores como ferramenta da gestão de desempenho hospitalar

A -PNAH (9), instituída em 2013 pela Portaria nº 3.390 do Ministério da Saúde (MS), determina que os indicadores de desempenho e qualidade sejam a estratégia para o desenvolvimento de mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas em âmbito hospitalar, em cada ente federativo.

Com relação aos hospitais contratualizados, a Portaria nº 3.410, também de 2013, estabeleceu como competência de cada unidade hospitalar o monitoramento dos principais indicadores: Taxa de Ocupação de Leitos; Tempo Médio de Permanência para leitos de clínica médica; Tempo Médio de Permanência para leitos cirúrgicos e Taxa de Mortalidade Institucional (10).

Hospitais que compõem as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, como é o caso do HBDF, que se insere na Rede de Atenção Oncológica do DF, devem monitorar indicadores específicos, como por exemplo, Atendimentos Cirúrgicos Oncológicos, Diagnósticos de Câncer Matriculados no Hospital e mediana de Tempo entre o Diagnóstico Definitivo e o Início do Tratamento dos casos de câncer matriculados no hospital (11).

Segundo Madaleno (12), os indicadores de desempenho devem responder aos objetivos de: (1) avaliar se as atividades da empresa alcançam metas preestabelecidas; (2) identificar áreas que possam ser melhoradas; (3) subsidiar a tomada de decisões; e (4) auxiliar continuamente em processos de planejamento. O desempenho hospitalar ao ser analisado em

profundidade mostra-se atrelado aos resultados de indicadores específicos, referentes às diversas áreas que constituem um hospital, como por exemplo, as clínicas (enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, unidade de terapia intensiva, maternidade, centro cirúrgico), e as administrativas (tecnologia da informação, hotelaria, ouvidoria, recursos humanos) e, nesse sentido, inúmeros indicadores podem ser elaborados para serem correlacionados àqueles básicos sobre produção e qualidade da assistência hospitalar (12).

Martins et al (13) elegeram quatro indicadores para analisar o desempenho da rede hospitalar no Brasil que pudessem expressar acesso (taxa de prótese de quadril, angioplastia e cirurgias eletivas) e efetividade (mortalidade geral e mortalidade cirúrgica) do SUS no cenário da crise fiscal que se iniciou a partir de 2008. Exceto pelos resultados do estado do Rio de Janeiro, os autores não obtiveram resultados estatisticamente significativos para a correlação entre piora do acesso e da qualidade na atenção hospitalar e crise econômica e, ainda, observaram ampla variabilidade dos resultados de alguns indicadores e desses entre alguns estados. Os autores afirmaram o número restrito de indicadores como a limitação central do estudo e argumentaram a necessidade de informações de qualidade e em tempo hábil para investigações sobre indicadores de desempenho.

Ainda sobre o estudo anterior, é importante detalhar sobre o portal de informações apresentado: o Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Este é um projeto sob responsabilidade técnica de especialistas da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, e tem por objetivo auxiliar no monitoramento e na avaliação do sistema de saúde brasileiro. No PROADESS, o desempenho do sistema de saúde é avaliado por meio de uma matriz de indicadores, que estão distribuídos em três dimensões: Determinantes Sociais da Saúde, Condições de Saúde da População e Serviços de Saúde. Apesar da importância do PROADESS como fonte de dados para pesquisadores, gestores e sociedade civil, a atualização mais recente do banco de dados do portal refere-se ao ano de 2019 (13-14).

Machado et al (15) compararam o desempenho de hospitais de São Paulo (SP) e do Rio Grande do Sul (RS), referente a mais de 850 mil internações de causa cardiovascular ou por pneumonia, através de correlação, análises ajustadas e regressões multiníveis entre os indicadores mortalidade geral e fontes de pagamento (somente SUS; SUS, convênios e particular; e somente particular). Foi constatada diferença significativa na efetividade dos hospitais, sendo maior a taxa de mortalidade nas internações financiadas pelo SUS, inclusive quando coexistiam no mesmo hospital internações financiadas também por planos de saúde e/ou por particulares. As autoras apontaram a necessidade de investigar outros indicadores que possam explicar diferenças no acesso a tecnologias e procedimentos de alto custo e complexidade, além das dinâmicas das práticas clínicas profissionais.

No Canadá, Fekri et al (16) compararam, por dois períodos bianuais (2013-2014 e 2017-2018), os indicadores de mortalidade, taxa de readmissão e tempo de permanência em mais de 100 hospitais de grande porte e de ensino, associando ainda os resultados com outros indicadores, como número de internações gerais e de visitas ao departamento de emergência, números de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), tempo de permanência em UTI e taxa de ocupação hospitalar. Os autores observaram como melhor desempenho 42% dos hospitais que reduziram suas taxas de mortalidade, ao passo que também aumentaram suas taxas de readmissão. O pior resultado, isto é, aumento da mortalidade e da taxa de readmissão, foi observado em 18,5% dos hospitais.

Assim, ao considerar os indicadores isoladamente, 69% dos hospitais apresentaram redução da mortalidade e 65% aumentaram as suas taxas de readmissão. O tempo de permanência foi avaliado apenas no segundo período, mas foi o único indicador de resultado que foi correlacionado positiva e significativamente aos indicadores de produção. A conclusão desse estudo foi de que o bom ou o mau desempenho alcançado em um domínio de cuidados

não necessariamente refletirá em outro domínio, por isso, é necessário cautela quando da interpretação de um número restrito de indicadores (16).

2.2. A IMPLEMENTAÇÃO DO IGESDF NO HOSPITAL DE BASE

O IGESDF foi instituído pelo Poder Executivo por meio da Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017 (1), sendo denominado inicialmente de Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBD), e em 30 de janeiro de 2019 a Lei nº 6.270 alterou para a nomenclatura atual aumentando seu limite de atuação. Sua caracterização jurídica é de Serviço Social Autônomo (SSA), cuja personalidade constitui-se de direito privado sem fins lucrativos. É considerado um SSA não tradicional, isto é, está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF) não apenas para fins de fomento e controle da aplicação dos recursos públicos, mas deve prestar assistência à saúde diretamente aos cidadãos sob a única lógica dos princípios do SUS (2,17).

Em relação aos demais modos de gestão indireta, o SSA em muito se assemelha na prática a uma Fundação Estatal, principalmente devido à sua finalidade, porém com roupagem mais flexível devido ao regime jurídico de direito privado, isto é, para exercer suas funções o SSA não está sujeito às leis gerais de licitações e de contratações públicas (3).

Conforme consta na lei, ao IGESDF é permitido celebrar contratos de prestação de serviços com quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, desde que justificados pela economicidade para alcançar os objetivos pactuados com a SES/DF (2).

O IGESDF iniciou suas atividades sob a denominação de Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) e abrangeu somente essa unidade de janeiro de 2018 a janeiro de 2019, quando iniciou gradativamente sua expansão, e hoje atua em oito Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e no Hospital Regional de Santa Maria – HRSM (18). Sua organização consta de um Conselho de Administração e de uma Diretoria Executiva. O Diretor de Atenção

Pré-Hospitalar Fixa é o responsável pelo planejamento e monitoramento das atividades assistenciais das unidades de pronto atendimento (UPAS) e o Diretor de Atenção Hospitalar é o responsável pelo planejamento e monitoramento das atividades assistenciais das unidades hospitalares sob gestão do IGESDF (19).

O Hospital de Base do DF (HB/IGESDF) possui atualmente 634 leitos gerais, 71 leitos de UTI, oferece assistência e/ou apoio diagnóstico de alta complexidade em diversas especialidades dentro da rede de atenção hospitalar do DF, como por exemplo oncologia, neurologia e traumatologia. Por isso, é denominado Unidade de Referência Distrital (URD), juntamente com o Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e Hospital da Criança de Brasília (HCB) (20).

O contrato de gestão entre o IGESDF e a SES/DF foi assinado em 11 de janeiro de 2018 e sua vigência é de 20 anos. Nesse momento, foram estabelecidos como princípios do IGESDF o atendimento exclusivo e gratuito aos usuários do SUS, em auxílio à atuação do Poder Público, cuja atuação ocorre conforme as políticas e planejamento de saúde do Distrito Federal, considerando as diretrizes de descentralização, participação social, relevância pública, hierarquização e formação de rede. Dentre os objetivos estratégicos estabelecidos no contrato de gestão destacam-se a prestação de serviços de assistência à saúde qualificada e gratuita, exclusivamente aos usuários do SUS, e o desenvolvimento de atividades de gestão em saúde, inclusive com apoio institucional à gestão em unidades da SES/DF (21).

No que se refere à assistência à saúde, o contrato de gestão e seus termos aditivos dispõem, para a avaliação dos resultados alcançados pelo IGESDF, de metas de produção e desempenho. Segundo o documento, as metas de produção foram traçadas considerando minimamente: as políticas, normas e diretrizes de saúde do Distrito Federal e do Ministério da Saúde; a missão, a visão e os valores institucionais do IHBDF; o quadro epidemiológico e nosológico do Distrito Federal; as características, as especificidades, o perfil assistencial e as

áreas de atuação do HB/IGESDF; o papel do HB/IGESDF na Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e a capacidade instalada, tecnológica e de produção de serviços do contratado. Já as metas de desempenho foram selecionadas para refletir sobre a qualidade da assistência prestada, a segurança do paciente e os efeitos da gestão sobre servidores e usuários dos serviços (21).

Para a valoração das metas de produção e desempenho foram considerados os resultados de indicadores hospitalares dos últimos três anos extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS), exceto para o indicador Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas devido seu monitoramento ter sido iniciado a poucos meses do início do contrato de gestão. Também ficou estabelecido o uso das estatísticas internas, computadas pelo sistema de prontuário eletrônico da SES/DF, *TrakCare*®. Em casos de divergência significativa entre as fontes, esse sistema prevaleceria para fixar as metas do contrato de gestão e termos aditivos (21).

O Plano de Trabalho Anual (PTA) deve ser submetido pelo IGESDF até o dia 30 de junho de cada ano para a sua execução no ano subsequente, e nesse devem constar as ações para o alcance dos objetivos estratégicos e cumprimento das metas anuais pactuadas. Segundo o contrato de gestão, no PTA poderão constar também propostas de manutenção e de revisão dos indicadores e metas anuais. No que se refere ao HBDF/IGESDF, o primeiro PTA foi apresentado na forma de anexos ao contrato de gestão; já o PTA 2019 passou a integrar o anexo I do Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, sendo submetido em maio de 2019 (21, 22).

Para a prestação de contas sobre o cumprimento das metas, o IGESDF deve elaborar os Relatórios de Acompanhamento e Avaliação e submetê-los à Comissão de Acompanhamento do Contrato (CAC) da SES/DF a cada quadrimestre no corrente ano e até 31 de março do ano posterior ao exercício de competência (21, 23).

Os quadros a seguir sintetizam os indicadores de produção e de desempenho mais diretamente relacionados à assistência ao paciente no âmbito da internação e que tiveram metas contratualizadas nos dois primeiros anos para o HBDF/IGESDF, 2018 (Quadro 1) e 2019 (Quadro 2), bem como os critérios e fórmulas de cálculo constantes do contrato de gestão nº 001/2018 e termo aditivo nº 3/2019:

Quadro 1. Indicadores e metas de produção e desempenho para o ano de 2018 do Contrato de Gestão SES/DF e IGESD

Produção			Desempenho		
Indicador	Meta 2018	Cálculo	Indicador	Meta 2018	Cálculo
- Internações Cirúrgicas	9596	Média aritmética mensal dos 03 anos (2015 a 2017) x 12 + 20%; ou o melhor resultado anual obtido no período + 10%.	-Taxa de Ocupação hospitalar (%)	>86%	[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100
- Internações Clínicas	15646	Fonte de dados: SIH/DATASUS	- Média de Permanência Hospitalar (dias)	<14 dias	[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas (altas, transferências externas e/ou óbito) no período]
- Cirurgias Totais	9273	Média aritmética mensal dos 03 anos (2015 a 2017) x 12 + 20%; ou o melhor resultado anual obtido no período + 10%.	- IRLH - Índice de Renovação de Leitos Hospitalares (pacientes por leito por mês)	>3,65	[Total de saídas no período (altas e óbitos) / Total de leitos operacionais no período]
- Cirurgias Programadas	5368	Fonte de dados: TRAKCARE	- Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas (%)	<15%	[Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Fonte: Adaptado do Contrato de Gestão nº 001/2018-SE/DF. Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (21).

Quadro 2. Indicadores e metas de produção e desempenho para o ano de 2019 do Contrato de Gestão SES/DF e IGESDF.

Produção			Desempenho		
Indicador	Meta 2019	Cálculo	Indicador	Meta 2019	Cálculo
- Internações Cirúrgicas	10.267	----	-Taxa de Ocupação hospitalar (%)	>86%	[Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100
- Internações Clínicas	16.741	Fonte de dados: SIH/DATASUS	- Média de Permanência Hospitalar (dias)	<14 dias	[Total de pacientes-dia no período / Total de saídas (altas, transferências externas, evasão e/ou óbito) no período]
- Cirurgias Totais	9.922	----			
- Cirurgias Programadas	5.744	Fonte de dados: TRAKCARE Obs.: No caso de substituição de sistema de gestão hospitalar nas unidades do IGESDF, a base de dados do novo sistema será considerada oficial para efeitos de levantamento e avaliação da produção da meta	- IRLH - Índice de Renovação de Leitos Hospitalares (pacientes por leito por mês)	>2,22	[Total de saídas no período (altas e óbitos) / Total de leitos operacionais no período]

Fonte: Adaptado do Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão SES/DF e IGESDF (22).

Com base na apresentação dos indicadores e metas pactuados para 2018 e 2019, algumas considerações devem ser ressaltadas: (1) a base de dados para o cálculo das metas de desempenho não foi informada em nenhum dos anos; (2) os critérios a serem considerados para a fixação das metas de produção no ano de 2019 não foram informados; (3) a redução da meta 2019 para o indicador de IRLH foi justificada no relatório anual de 2018 como tendo sido superdimensionada para o primeiro ano do contrato (24); (4) não houve pactuação de nova meta

para o indicador de Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas em 2019, embora continua estabelecido no contrato que o monitoramento mensal do indicador deve ser mantido; e (5) o indicador de mortalidade não teve metas pactuadas em conjunto aos outros indicadores para a análise de desempenho e qualidade da assistência.

Para os dois primeiros anos do IGESDF não houve pactuação de metas assistenciais de produção/desempenho nas especialidades para as quais o HBDF/IGESDF é uma referência na rede de atenção hospitalar no DF, como por exemplo para a oncologia. Não obstante, foi pactuado para 2018 a manutenção da habilitação como Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia – CACON e exigida essa habilitação como uma das condições mínimas para a execução do contrato em 2019. É preciso considerar também que o Terceiro Termo Aditivo informava aumento do número de vagas em 2019 para residência multiprofissional em Atenção Oncológica, especificamente para os cursos de Farmácia e Serviço Social (21, 22).

2.3 OUTRAS EVIDÊNCIAS SOBRE GESTÕES INDIRETAS EM HOSPITAIS DO SUS

Tonelotto et al (25) compararam os indicadores de desempenho em nove hospitais de SP (cinco da AD e quatro sob gestão indireta), num período de oito anos e sob o enfoque da eficiência em procedimentos de alta complexidade. Nos hospitais da AD, o tempo de permanência dos procedimentos de alta complexidade se manteve estável, isto é, representando aproximadamente 5% do total de permanência hospitalar em todo o período, já nos hospitais sob gestão indireta essa proporção passou de cinco para 10%. Embora com taxas muito baixas em ambas as gestões, os hospitais da AD mantiveram a proporção de óbitos relacionada à permanência; já os hospitais da gestão indireta reduziram essa proporção em quase 50% ao final do período de estudo. Outros resultados significativamente maiores mostrados pela gestão

indireta foram para a evolução do número de leitos totais, para o número de internações e seus valores pagos na alta complexidade. Os autores ressaltaram que a melhor qualidade da assistência deve-se, principalmente, à terceirização dos serviços hospitalares, chegando a quase 80% em alguns hospitais do grupo da gestão indireta; ao uso de ferramentas de gestão mais diversificadas, dentre essas a melhor definição e busca de objetivos; e ao financiamento, que demandou maior quantidade de recursos em relação à gestão direta.

Santos et al (26), por meio de uma investigação qualitativa, analisaram os contratos e os relatórios de gestão executados de 2007 a 2014, na atenção hospitalar do SUS Bahia, além de tomarem as percepções de alguns servidores da Secretaria de Estado de Saúde que participavam do processo de controle e acompanhamento desses contratos. Ano após ano, os autores sintetizaram os principais achados nos documentos analisados e, no que se refere à relação entre indicadores/metas estabelecidos e resultados alcançados, cabe destacar: (1) em 2007 haviam seis unidades hospitalares sob gestão de OSS e no último ano analisado o número de contratos subiu para dezesseis; (2) somente quatro anos após o início da implementação de OSS na atenção hospitalar do SUS Bahia foi que o indicador de taxa de mortalidade foi contratualizado; (3) sem considerar o primeiro ano, no qual 100% das unidades geridas por OSS não cumpriram as metas, porém apresentaram justificativas bem fundamentadas, nos demais anos esse percentual se manteve no mínimo em 40% das unidades, chegando a 60% no último ano para as metas de taxas de internação, infecção hospitalar, taxa de cesárias, TOH, MPH e mortalidade, e sem justificativas plausíveis ou mesmo sem qualquer justificativa, de acordo com os autores.

Sobre as percepções subjetivas, ficaram evidentes nas falas transcritas dos gestores diretos que as principais falhas que impediam o adequado acompanhamento e controle dos contratos de gestão da atenção hospitalar eram a incapacidade técnica dos gestores diretos e número de profissionais insuficiente para compor comissão de acompanhamento e controle e, dessa forma, para analisar os relatórios das OSS; não utilização de sistemas de informação pelas

OSS e, portanto, impossibilidade do poder público em confirmar os cumprimentos de metas declarados nos relatórios, inclusive daquelas atreladas a repasse financeiro; e a ausência de pesquisa de satisfação do usuário (26).

Veras (27), em sua pesquisa de mestrado, analisou os resultados de indicadores de desempenho, quatro anos antes e quatro anos após a implementação de uma OSS, em quatro hospitais públicos do estado de Goiás, sendo excluído deste período o primeiro ano de execução do contrato de gestão. Por meio do SIH/DATASUS, a autora observou redução significativa da mortalidade em dois dos quatro hospitais, resultados esses que tiveram correspondência com o aumento, também significativo, dos valores dos serviços hospitalares e profissionais. O número de internações e média de permanência não apresentaram diferenças significativas em nenhum hospital do estudo.

Rodrigues et al (28) comparam os resultados dos indicadores de produtividade e qualidade em 80 hospitais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/SP pelo período de um ano completo, totalizando 13.941 leitos e 52% desses comandados por diversas OSS. Dentre outros indicadores analisados, estavam a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH); o Tempo Médio de Permanência; o número de cirurgias; e a mortalidade hospitalar. Quando considerados todos os tipos de hospitais, os da OSS apresentaram nº de cirurgias e tempo médio de permanência significativamente melhores, e taxas de mortalidade absolutamente igual em relação aos hospitais da AD (4,8%). Quando as comparações consideraram apenas os hospitais especializados, os autores observaram que o número de cirurgias (hospitalares e ambulatoriais) nos hospitais da Administração Direta (AD) foi significativamente maior e que a TOH se mostrou similar (84% AD e 84,5% OSS). O Tempo Médio de Permanência foi de 9 dias nos hospitais da AD e de 7,1 dias nos hospitais das OSS, e a taxa de mortalidade nos hospitais da AD foi de 4,5% no ano e nos hospitais OSS de 3,9%.

Outro estudo com a mesma duração anterior foi o de Ramos et al (29), que compararam os resultados de indicadores de desempenho em 32 hospitais com gestão indireta e em 124 hospitais da administração direta de São Paulo em todo o ano de 2012. Segundo os autores, não houve diferença significativa para os seguintes indicadores: proporção de leitos complementares, percentual de procedimentos de alta complexidade, valor médio da AIH paga, relação de pessoas por leito, taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, índice de rotatividade do leito e taxa de mortalidade hospitalar – inclusive, é possível observar nesse estudo uma tendência a piores resultados na taxa de mortalidade pela gestão indireta.

Ao se analisar o caso EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), gestão indireta criada pelo Estado em 2011 e vinculada ao Ministério da Educação, é possível observar que, atualmente, é responsável pela gestão de 40 dos 50 hospitais universitários vinculados a universidades federais, localizados de norte a sul do Brasil. Sua missão está atrelada à missão do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), que é a de reestruturação física, tecnológica e de recursos humanos das unidades. As principais atribuições assumidas pela EBSEH foram coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais, apoio técnico à elaboração de instrumentos de gestão e elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (30).

No estudo de Mayer (31), os níveis de eficiência de um hospital de referência regional no sul do Brasil foram comparados durante os sete anos antes e nos três anos após o início da gestão pela EBSEH. No período pré-EBSEH, o número de internações aumentou 24,5%, sem aumento efetivo da capacidade de leitos. O número de cirurgias teve redução significativa ao longo desse período, exceto no último ano pré-EBSEH, em que se observou retorno do aumento. A média de permanência foi de 8,5 dias, e as taxas de ocupação eram de 90,4% e da mortalidade geral 3,23%. Nos três anos de análise dos resultados da gestão EBSEH, a capacidade de leitos foi aumentada, mas sem aumento do percentual de leitos de UTI. E, embora

a autora não tenha apresentado a produção em serviços de saúde (número de internações e número de cirurgias), ela declara que houve redução desse quantitativo progressivamente, e que a capacidade de leitos aumentada contabilizou macas em corredores como leitos de observação. A média de permanência e a taxa de ocupação mantiveram-se praticamente inalteradas, enquanto a taxa de mortalidade subiu para 4,13%.

Embora sem o objetivo de comparação de antes e depois, o estudo de Souza Neto et al (32) é de relevância para esta revisão, pois avaliou o desempenho de dois hospitais universitários de grande porte, um na Bahia e outro em Pernambuco, durante o primeiro e o terceiro ano da contratualização com a EBSEH. No hospital da Bahia, a taxa de mortalidade foi significativamente reduzida (40%) e acompanhada por menor tempo de permanência e aumento da produtividade em quase 30%; já no hospital de Pernambuco, a taxa de mortalidade aumentou em mais de 40% e o aumento de produtividade não alcançou 10%. Ressalta-se que o aumento do número de profissionais assistenciais foi significativamente maior no hospital de Pernambuco e o valor total de serviços profissionais não sofreu redução. De acordo com os autores, o desempenho da EBSEH no hospital da Bahia pode estar relacionado à adoção de um programa de acreditação hospitalar internacional, com foco na segurança do paciente.

Por fim, Barreto et al (33) analisou os resultados de cinco anos da gestão de uma Parceria Público Privada em um hospital de grande porte de Salvador/BA, referência principalmente em traumatologia e diagnóstico por imagem. Desde o primeiro ano já foram contratualizadas metas para Taxa de Mortalidade Máxima e satisfação do usuário, porém os autores optaram por descrever apenas três indicadores ao longo do período de estudo, sendo eles o número de internações, o número de atendimentos de urgência/emergência e a taxa de infecção hospitalar.

Para o primeiro indicador, número de internações, o hospital atingiu o maior pico ao final do primeiro ano, com queda no ano seguinte e estabilização pouco acima da meta a partir do terceiro ano. Com relação aos atendimentos de urgência/emergência, observou-se queda

progressiva a partir de meados do segundo ano do contrato de gestão e descumprimento das metas a partir do terceiro ano. Por fim, os resultados do indicador de densidade global de infecção hospitalar mostraram-se bastante aquém da meta pactuada de 20 casos/1000 internações, e em consonância também às recomendações internacionais. Em síntese, as evidências apresentadas não demonstram vantagens significativas para o desempenho dos diferentes tipos de gestão indireta sobre os resultados de indicadores hospitalares. Ressalta-se, entretanto, a completa escassez de estudos sobre o tipo Serviço Social Autônomo, para o qual essa pesquisa tem foco.

3 PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta problema foi estruturada com base no acrônimo ECLIPSE, que está indicado para pesquisas cujo objeto de investigação seja a avaliação dos resultados de uma política ou serviço (34). Este método está descrito no quadro a seguir, juntamente com os correspondentes para a presente pesquisa (Quadro 3).

Quadro 3. Estruturação da pergunta de pesquisa a partir do acrônimo ECLIPSE.

Acrônimo	Perguntas norteadoras	Detalhamento
E <i>expectativa</i>	O que se deseja que melhore, mude?	Melhoria dos indicadores hospitalares: Aumento anual do número de internações, Aumento anual do número de procedimentos cirúrgicos, Redução do tempo médio de permanência hospitalar, Redução da taxa de mortalidade hospitalar.
C <i>população</i>	Qual a clientela?	Usuários do SUS/ pacientes internados.
L <i>localização</i>	Onde está a clientela?	Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF.
I <i>impacto</i>	Qual o benefício para a sociedade?	Maior acessibilidade e resolutividade da atenção hospitalar no SUS DF.
P <i>profissionais</i>	Quem está envolvido na melhoria do serviço?	Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Gestores e profissionais da saúde do IGESDF. Profissionais da saúde do HBDF.
SE <i>serviço</i>	Que tipo de serviço é esse? Para qual serviço se está procurando informação?	Atenção hospitalar de referência para Rede de Atenção à Saúde.

Fonte: Adaptado de Camargo et al (34).

Com base no exposto, a pergunta formulada foi a seguinte: *A nova forma de gestão em saúde pública implementada pelo governo do Distrito Federal está associada a mudanças nos resultados dos indicadores hospitalares?*

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar os resultados dos indicadores hospitalares de produtividade e qualidade antes e após a implementação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar o comportamento dos indicadores hospitalares em cada período, e as metas pactuadas em contrato de gestão.

5 METODOLOGIA

O desenho deste estudo é do tipo ecológico e descritivo, com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), consolidados e tabulados pelas bases abertas e oficiais, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (35) e Sala de Situação do Distrito Federal (36).

O Hospital de Base do Distrito Federal foi selecionado como cenário de investigação por ser a primeira unidade da SES/DF a receber a gestão indireta em 2018, oferecendo, portanto, o maior tempo para alcance dos objetivos. Ainda, o HBDF é um hospital de referência para várias redes de atenção especializada do DF e entorno, dentre elas a oncologia (20, 22), o que justifica investigar a acessibilidade, integralidade e resolutividade nesses contextos com a nova forma de gestão.

O período de análise compreende os dois anos imediatamente anteriores (janeiro a dezembro de 2016 e 2017) e os dois anos iniciais do IGESDF no HBDF (janeiro a dezembro de 2018 e 2019).

As informações foram extraídas das bases em maio de 2021, respeitando o período de atualização dos dados. Para a tabulação de todos os indicadores selecionou-se as opções “ano e mês de atendimento”, que significa a data real de internação do paciente na unidade hospitalar e “ano e mês de processamento”, que significa a data de processamento da informação, que geralmente corresponde ao mês da alta/óbito (37). No caso de “ano e mês de atendimento”, foi selecionado desde o período inicial da pesquisa até o período atual disponível na base, excluindo nos relatórios gerados os resultados anteriores e posteriores ao período de interesse.

Dez indicadores hospitalares foram elaborados a partir dos dados extraídos da base do SIH e da Sala de Situação, destes, três indicadores também constam no contrato de gestão vigente para a avaliação e conceituação final da produtividade e desempenho obtidos pelo

IGESDF (21, 22). O quadro a seguir apresenta esses indicadores, suas definições e fórmulas de cálculo, quando aplicável.

Quadro 4. Indicadores analisados no Hospital de Base do Distrito Federal antes e após o IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

INDICADOR	CATEGORIA	DEFINIÇÃO	FONTE DE DADOS
Internações	PRODUÇÃO	Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas no período, incluindo as internações de longa permanência e as transferências.	DATASUS e SALA DE SITUAÇÃO
Procedimentos Cirúrgicos	PRODUÇÃO	Quantidade de internações para procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo e ou de emergência.	DATASUS
Cirurgias em Oncologia	PRODUÇÃO	Quantidade de internações para procedimentos cirúrgicos relacionados à oncologia, em caráter eletivo e ou de emergência, exceto cirurgias oncológicas em oftalmologia, ortopedia e neurologia.	DATASUS e SALA DE SITUAÇÃO
Cirurgias Totais oncológicas	PRODUÇÃO	Quantidade de internações para procedimentos cirúrgicos relacionados à oncologia, incluindo as cirurgias oncológicas em oftalmologia, ortopedia e neurologia, em caráter eletivo e ou de emergência.	SALA DE SITUAÇÃO
Média de permanência geral	QUALIDADE	Média de permanência de todas as AIHs aprovadas, computadas como internações, no período. Cálculo	DATASUS

		$\frac{\text{n}^\circ \text{ total de dias de permanência}}{\text{n}^\circ \text{ total de internações no período}}$	
Média de permanência procedimentos cirúrgicos	QUALIDADE	<p>Média de permanência de todas as AIHs aprovadas para procedimentos cirúrgicos, computadas como internações, no período.</p> <p>Cálculo</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ total de dias de permanência no período}}{\text{n}^\circ \text{ total de internações para procedimentos cirúrgicos no período}}$	DATASUS
Média de permanência em cirurgias oncológicas gerais	QUALIDADE	<p>Média de permanência de todas as AIHs aprovadas para cirurgias em oncologia, exceto cirurgias oncológicas em oftalmologia, ortopedia e neurologia, computadas como internações, no período.</p> <p>Cálculo</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ total de dias de permanência no período}}{\text{n}^\circ \text{ total de internações para cirurgias oncológicas, no período}}$	DATASUS
Taxa de Mortalidade Hospitalar	QUALIDADE	<p>Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.</p> <p>Cálculo</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de óbitos no período}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações}} \times 100$	DATASUS
Mortalidade em			

procedimentos cirúrgicos	QUALIDADE	<p>Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs aprovadas para procedimentos cirúrgicos, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.</p> <p>Cálculo</p> <p>Nº total de óbitos em procedimentos cirúrgicos</p> <p>-----</p> <p>----- x 100</p> <p>Nº total de internações para procedimentos cirúrgicos, no período</p>	DATASUS
Mortalidade em cirurgias oncológicas	QUALIDADE	<p>Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs aprovadas para cirurgias oncológicas, incluindo as cirurgias oncológicas em oftalmologia, ortopedia e neurologia, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.</p> <p>Cálculo</p> <p>Nº total de óbitos em cirurgias oncológicas</p> <p>-----</p> <p>----- x 100</p> <p>Nº total de internações para cirurgias oncológicas, no período</p>	<p>DATASUS</p> <p>SALA DE SITUAÇÃO</p>

Fonte: Adaptado do DATASUS (35) e Sala de Situação (36)

Para a análise e comparação dos comportamentos tendenciais no período Pré e Pós-IGESDF foram utilizados modelos de regressão múltiplos, nos quais assume-se uma relação de linearidade entre os indicadores e o tempo, mas ao adicionar um fator de interação é possível que as retas de regressão apresentem diferentes interceptos (valores iniciais) e inclinações.

Denominou-se:

Y = os indicadores hospitalares

X_{i1} = tempo, medido em meses

$$X_{i2} = \begin{cases} 1 & \text{se Pré- IGESDF} \\ 0 & \text{se Pós-IGESDF} \end{cases}$$

$i = 1, 2, 3 \dots 48$

β = parâmetros de regressão (interceptos e inclinações).

Assim, o seguinte modelo de regressão foi construído:

$$Y = \beta_0 + \beta_1.X_{i1} + \beta_2.X_{i2} + \beta_3.X_{i1}. X_{i2}$$

No caso de Pré-IGESDF, ou seja, $X_{i2} = 1$, portanto $X_{i1}. X_{i2} = X_{i1}$, o modelo acima é decomposto na seguinte função:

$$Y = (\beta_0 + \beta_2) + (\beta_1 + \beta_3). X_{i1}$$

Onde o intercepto para Y será $\beta_0 + \beta_2$ e a inclinação será $\beta_1 + \beta_3$.

No caso de Pós-IGESDF, ou seja, $X_{i2} = 0$, portanto $X_{i1}. X_{i2} = 0$, o modelo é decomposto na seguinte função:

$$Y = \beta_0 + \beta_1. X_{i1}$$

Onde o intercepto para Y será β_0 e a inclinação será β_1 .

Foi aplicado o teste T de Student para análise da significância dos parâmetros do modelo de regressão, seguido do teste F de Fisher-Snedcor para a análise das seguintes hipóteses: (a) se as duas funções de regressão são idênticas ($H_0: \beta_2 = \beta_3 = 0$) e; (b) se as inclinações das duas funções são idênticas ($H_0: \beta_3 = 0$).

Um valor $p < 0,05$ foi considerado como diferença estatisticamente significativa nos testes das hipóteses nulas (H_0), isto é, a de que as funções de regressão e de inclinação das retas são idênticas entre os períodos.

Essa pesquisa foi submetida, previamente à sua realização, à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, por meio do processo nº 35242620.1.0000.8027, e recebeu aprovação no Parecer Consubstanciado nº 4.217.764.

6 RESULTADOS

No geral, a média de internação no HBDF entre 2016 e 2017 (período Pré-IGESDF) foi de 1.887 AIH/ano, e entre 2018 e 2019 (período Pós-IGESDF) foi de 2.068 AIH/ano. Os dados brutos referentes aos resultados dos indicadores hospitalar em cada período e suas diferenças percentuais são mostrados na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1. Produção hospitalar no HBDF no período pré e pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

DADOS	Pré-IGESDF (2016-2017)	Pós-IGESDF (2018-2019)	Varição Percentual
Nº total de internações	45.310	49.638	9,55%
Nº total de internações cirúrgicas.	16.980	18.650	9,83%
Nº total de cirurgias oncológicas, incluindo as oftalmológicas, ortopédicas e neurocirurgias oncológicas	1.743	2.000	14,74%
Tempo médio de permanência hospitalar (dias)	8,11	7,71	- 5%
Tempo Médio de Permanência em Internações Cirúrgicas (dias)	8,45	7,31	-13,5%
Tempo Médio de Permanência em cirurgias oncológicas “gerais”, exceto em oftálmicas, ortopédicas e neurocirurgias oncológicas (dias)	8,71	6,94	-20,3%
Nº total de óbitos	3.057	3.128	2,34%
Nº total de óbitos em procedimentos cirúrgicos	954	792	-17%
Nº total de óbitos em cirurgias oncológicas, incluindo em oftalmológicas, ortopédicas e neurocirurgias oncológicas.	113	124	9,5%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

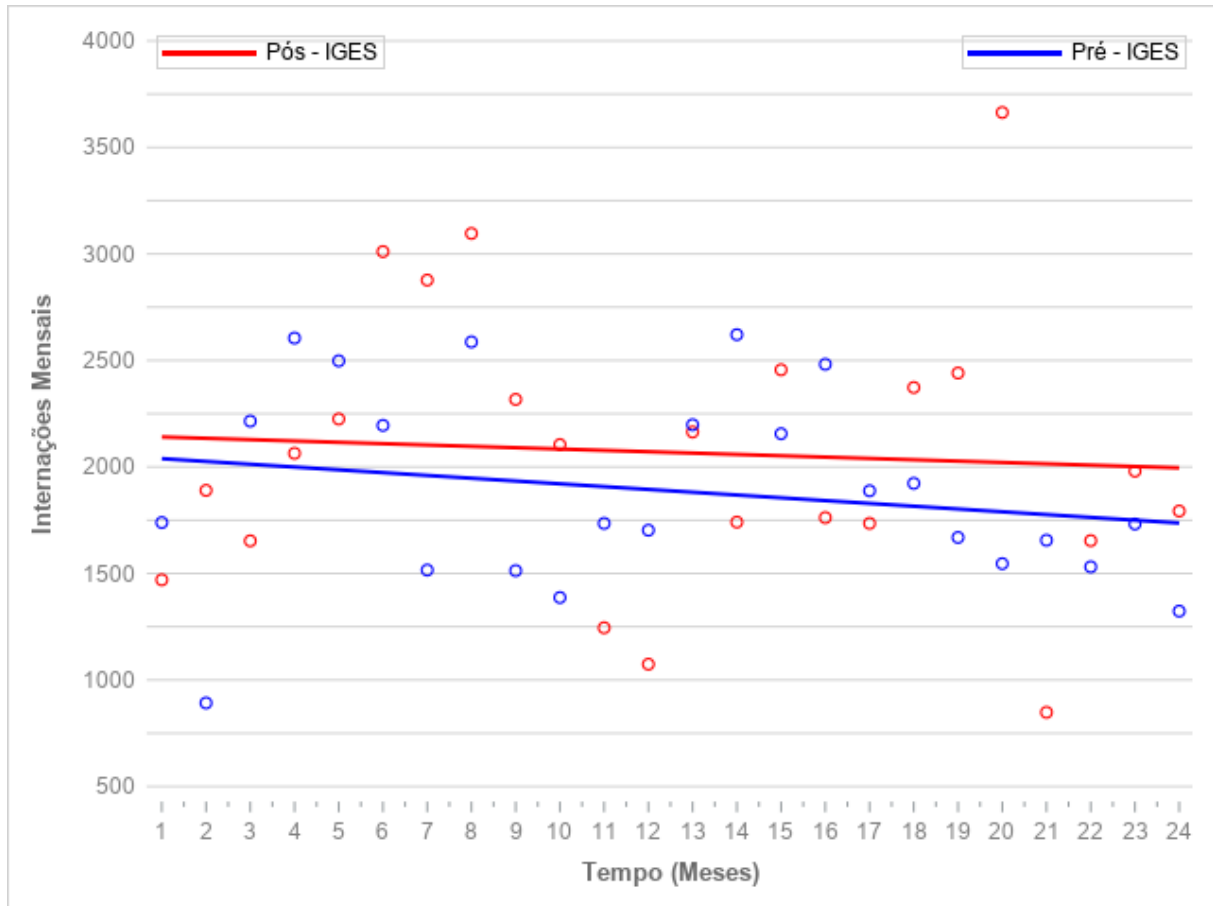
Apesar do número total de internações maior no período pós- IGESDF, a regressão linear mostra uma tendência de queda não significativa para cada período ($p = 0,775$) e entre eles ($p = 0,5380$) (Tabela 2; Gráfico 1).

Tabela 2. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número de Internações no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	2147,08	242,65	8,85	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-6,31	16,98	-0,37	0,7122
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	-94,99	343,15	-0,28	0,7832
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-6,83	24,02	-0,28	0,7775
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-13,14	17,06	-0,77	0,4434
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			0,63	0,5380
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			0,08	0,7775

Fonte: autoria própria.

Gráfico 1. Análise do número de internações mensais no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

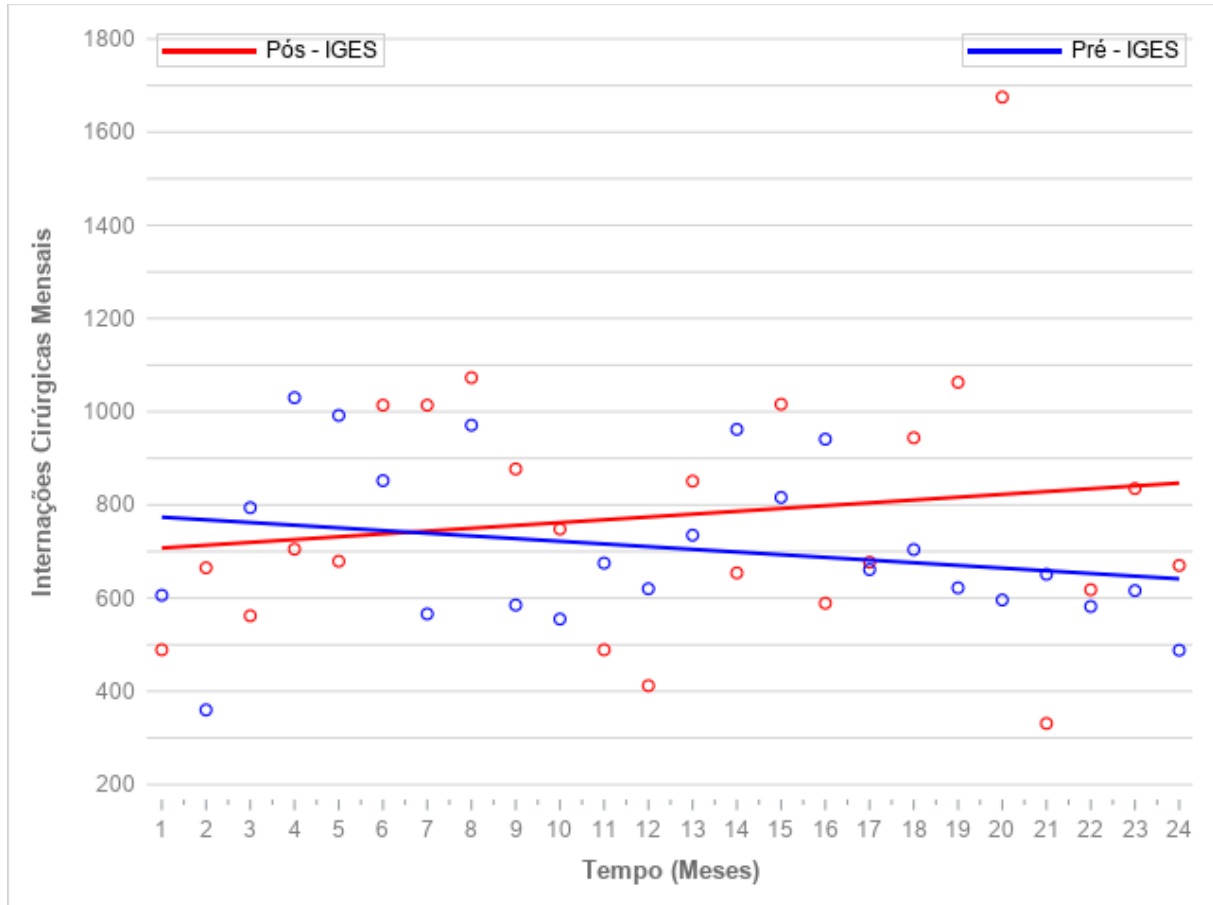
Para o indicador de internações cirúrgicas, houve no Pré-IGESDF uma tendência de redução de aproximadamente 6 procedimentos por mês, enquanto no Pós-IGESDF um aumento médio de 5,76 procedimentos por mês. No entanto, esses resultados não foram significativos na análise de cada período ($p = 0,5485$) e não diferiram significativamente entre Pré e Pós-IGESDF ($p = 0,3044$) (Tabela 3; Gráfico 2).

Tabela 3. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número de Internações Cirúrgicas no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	701,32	100,26	6,99	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	6,06	7,02	0,86	0,3924
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	78,13	141,79	0,55	0,5844
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-11,82	9,92	-1,19	0,2401
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-5,76	7,02	-0,82	0,4165
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			1,22	0,3044
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			0,37	0,5485

Fonte: autoria própria.

Gráfico 2. Análise do número de internações cirúrgicas no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

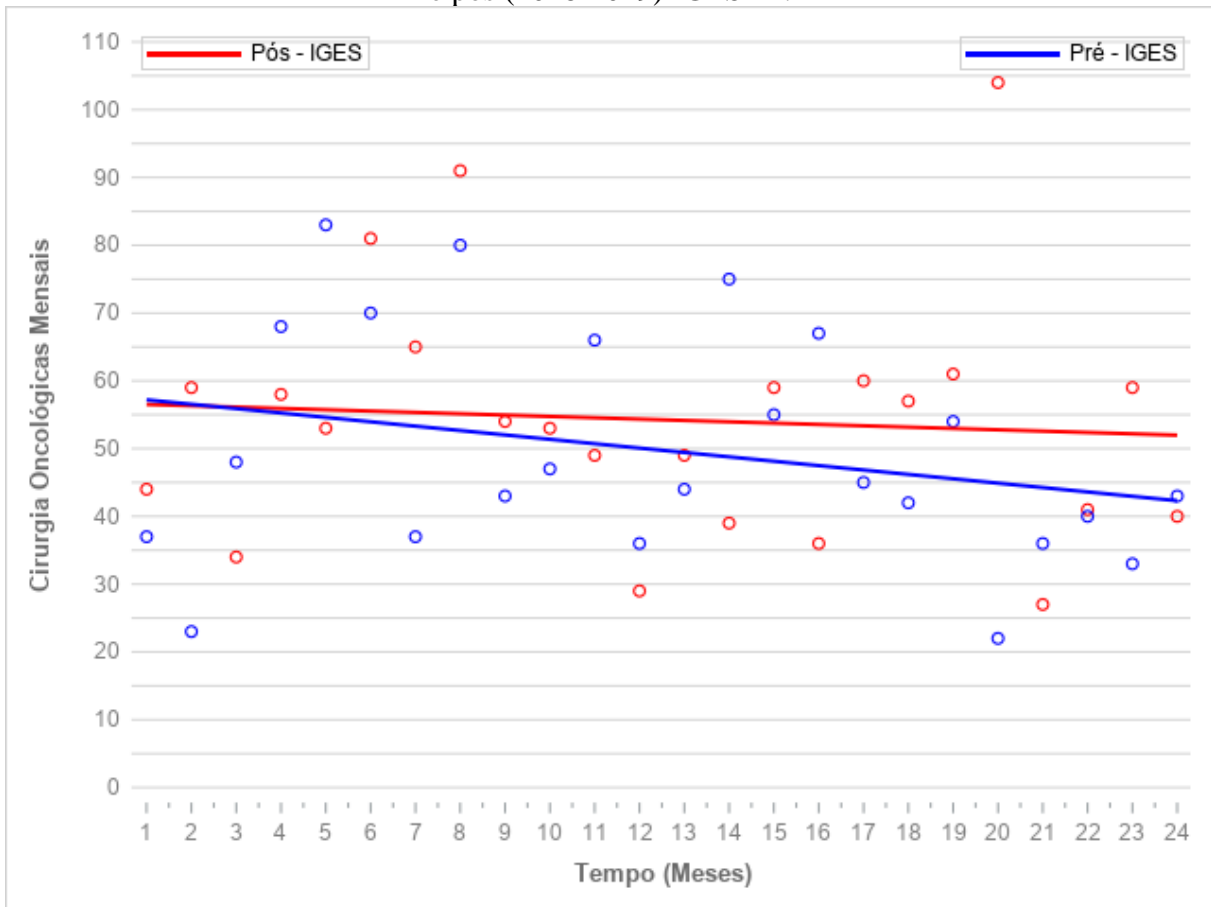
Com relação às cirurgias oncológicas que não envolvem as especialidades de oftalmologia, ortopedia e neurologia, observa-se tendência de queda ao longo de cada período, mas também sem diferença significativa entre Pré e Pós-IGESDF ($p = 0,5724$) (Tabela 4; Gráfico 3).

Tabela 4. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número Cirurgias Oncológicas “Gerais” no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	56,72	7,51	7,55	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-0,20	0,53	-0,38	0,7091
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	1,12	10,62	0,11	0,9166
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,45	0,74	-0,60	0,5485
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,65	0,53	-1,23	0,2250
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			0,57	0,5724
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			0,37	0,5485

Fonte: autoria própria.

Gráfico 3. Análise do número de cirurgias oncológicas no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

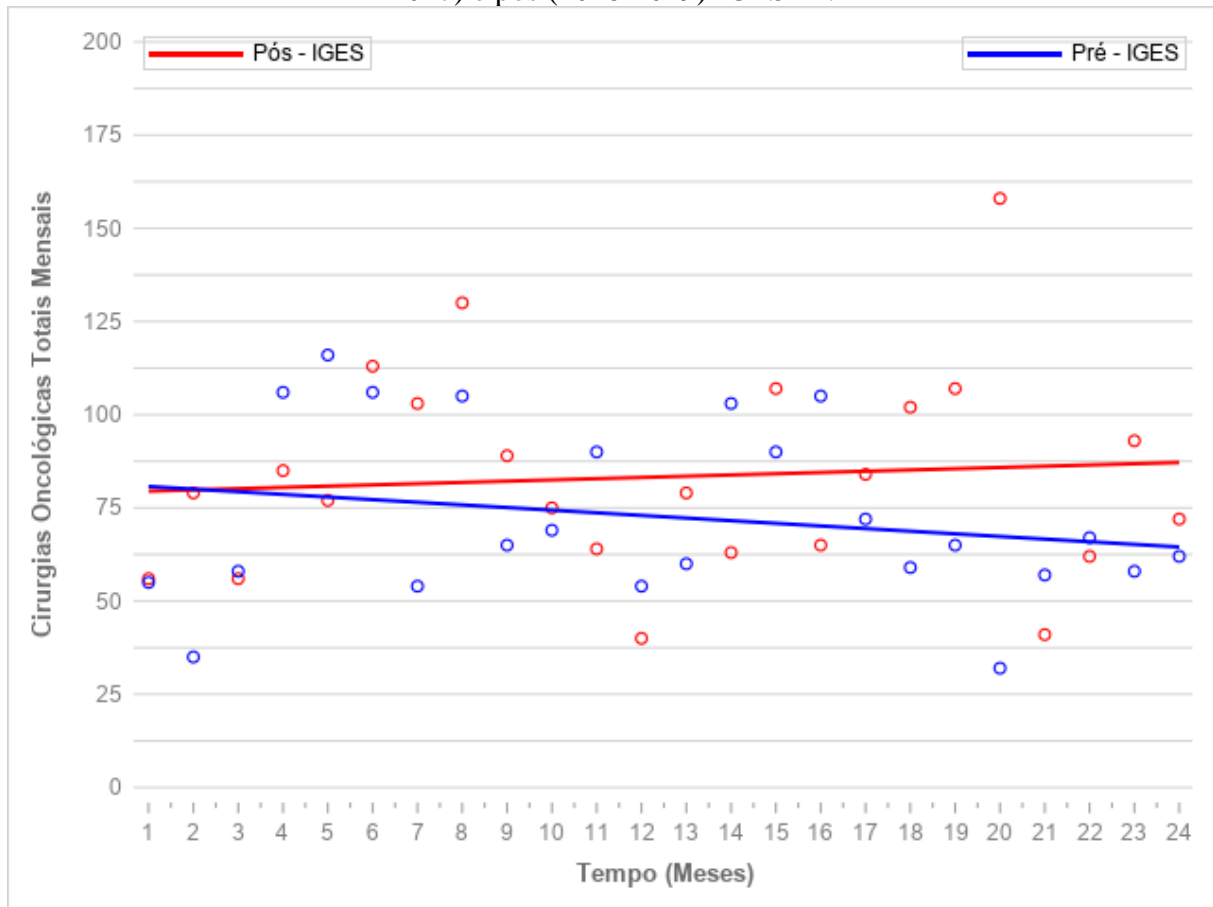
O indicador de cirurgias oncológicas totais, que envolve as especialidades citadas acima, apresentou uma tendência de redução e de aumento no Pré e Pós-IGESDF, respectivamente, porém sem significância para cada período e entre eles ($p = 0,2425$) (Tabela 5; Gráfico 4).

Tabela 5. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Número Cirurgias Oncológicas “totais” no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	79,16	11,01	7,19	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	0,33	0,77	0,43	0,6668
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	2,29	15,57	0,15	0,8839
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-1,04	1,09	-0,95	0,3452
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,71	0,77	-0,92	0,3647
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			1,46	0,2425
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			0,91	0,3452

Fonte: autoria própria.

Gráfico 4. Análise do número de cirurgias oncológicas totais no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

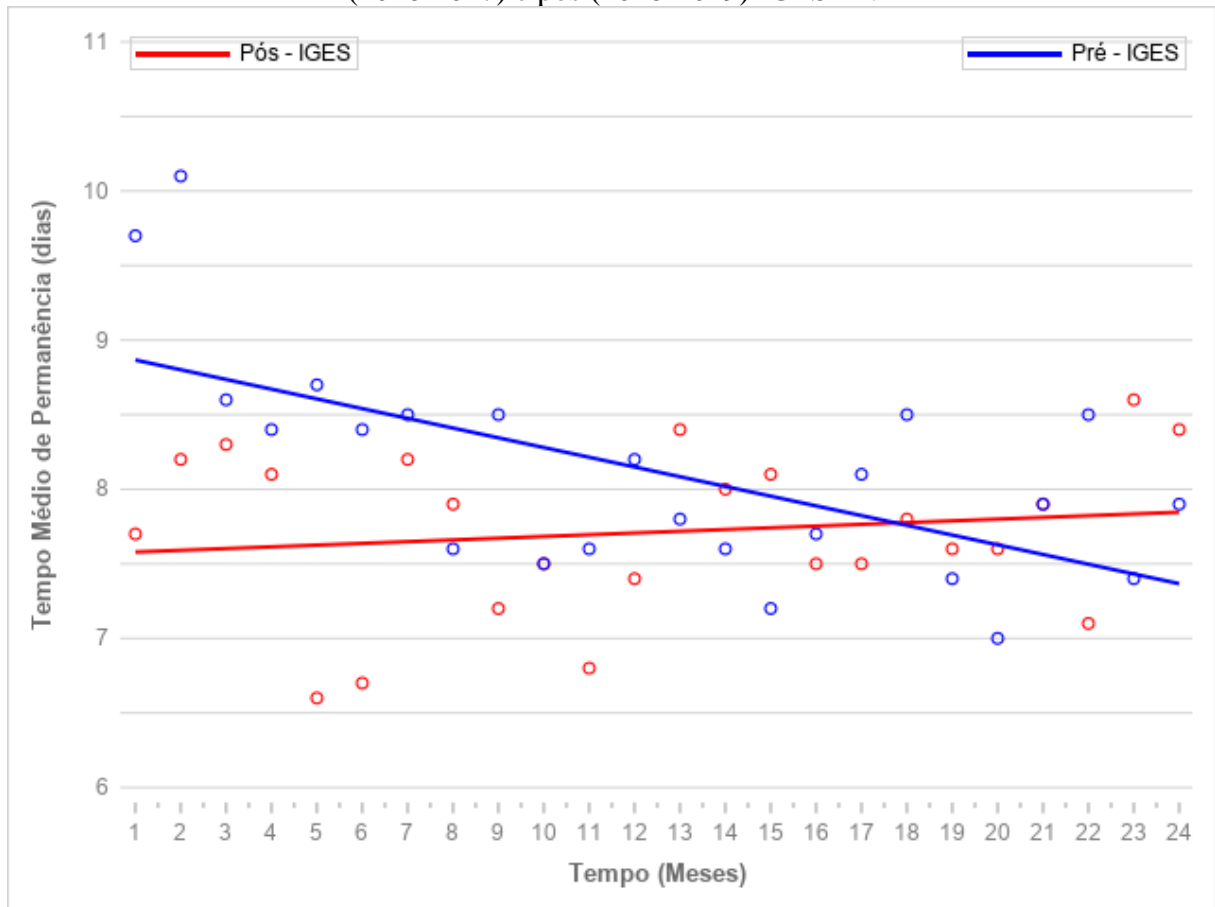
O tempo médio de permanência hospitalar, no período Pré-IGESDF apresentou queda significativa ($p = 0,0024$), enquanto no período Pós-IGESDF houve uma tendência de aumento desse indicador, que embora sem significância para o período em si, na comparação com o Pré-IGESDF, as tendências de permanência hospitalar mostraram-se estatisticamente diferentes ($p = 0,0010$) (Tabela 6; Gráfico 5).

Tabela 6. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência no HBDF no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	7,57	0,24	31,40	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	0,01	0,02	0,69	0,4949
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	1,36	0,34	4,00	0,0002
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,08	0,02	-3,22	0,0024
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,07	0,02	-3,87	0,0004
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			8,18	0,0010
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			10,37	0,0024

Fonte: autoria própria.

Gráfico 5. Análise do tempo médio de permanência hospitalar no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

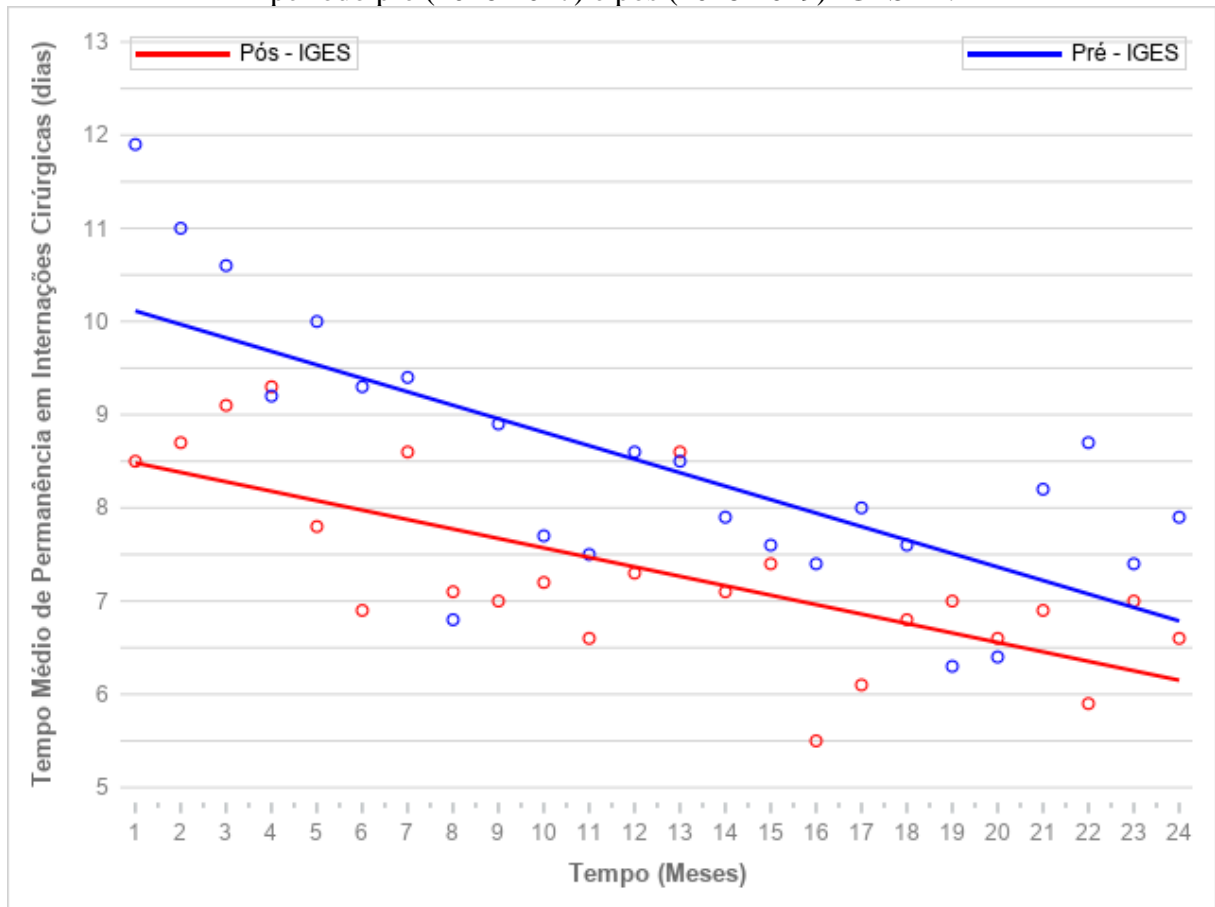
Já com relação ao tempo médio de permanência nas internações cirúrgicas, nos dois períodos houve redução significativa ($p = 0,0001$), mas sem diferença significativa entre essas duas tendências ($p = 0,2370$) (Tabela 7; Gráfico 6).

Tabela 7. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência em Internações Cirúrgicas no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	8,58	0,36	23,57	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-0,10	0,02	-3,98	0,0003
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	1,67	0,51	3,25	0,0022
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,04	0,04	-1,20	0,2370
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,14	0,02	-5,67	<0,0001
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			11,03	0,0001
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			1,44	0,2370

Fonte: autoria própria.

Gráfico 6. Análise do Tempo Médio de Permanência em Internações Cirúrgicas no HBDF, no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

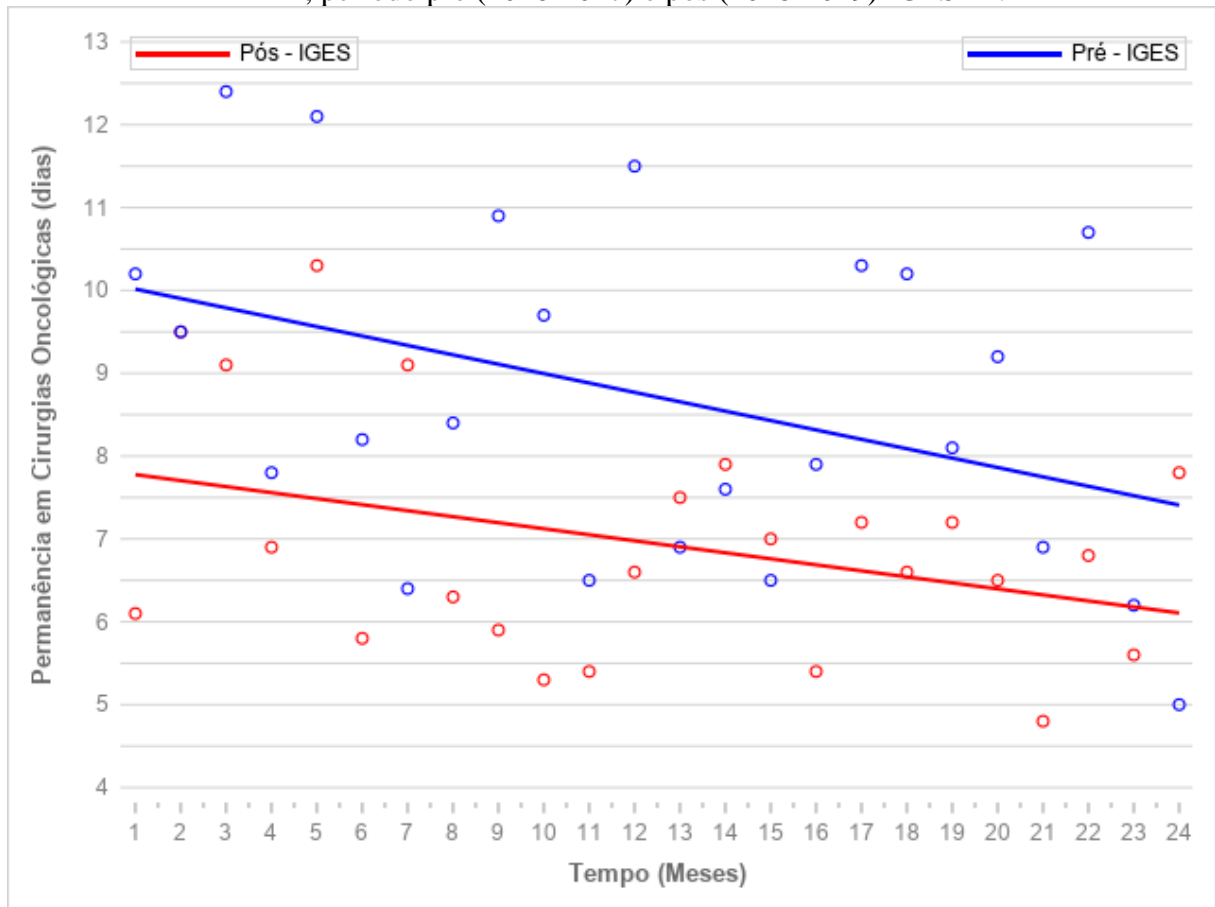
O Tempo Médio de Permanência em Cirurgias Oncológicas “gerais” foi reduzido de forma significativa nos dois períodos, mas sem diferença significativa dessas tendências ($p = 0,5601$) (Tabela 8; Gráfico 7).

Tabela 8. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para o Tempo Médio de Permanência em Cirurgias Oncológicas “Gerais” no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	7,84	0,70	11,20	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-0,07	0,05	-1,48	0,1461
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	2,28	0,99	2,30	0,0263
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,04	0,07	-0,59	0,5601
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,11	0,05	-2,31	0,0256
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			6,97	0,0024
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			0,34	0,5601

Fonte: autoria própria.

Gráfico 7. Análise do Tempo Médio de Permanência em Cirurgias Oncológicas “Gerais” no HBDF, período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

O tempo médio de permanência em cirurgias oncológicas totais não foi possível de ser analisado devido a não disponibilização por nenhuma das duas bases de dados utilizadas.

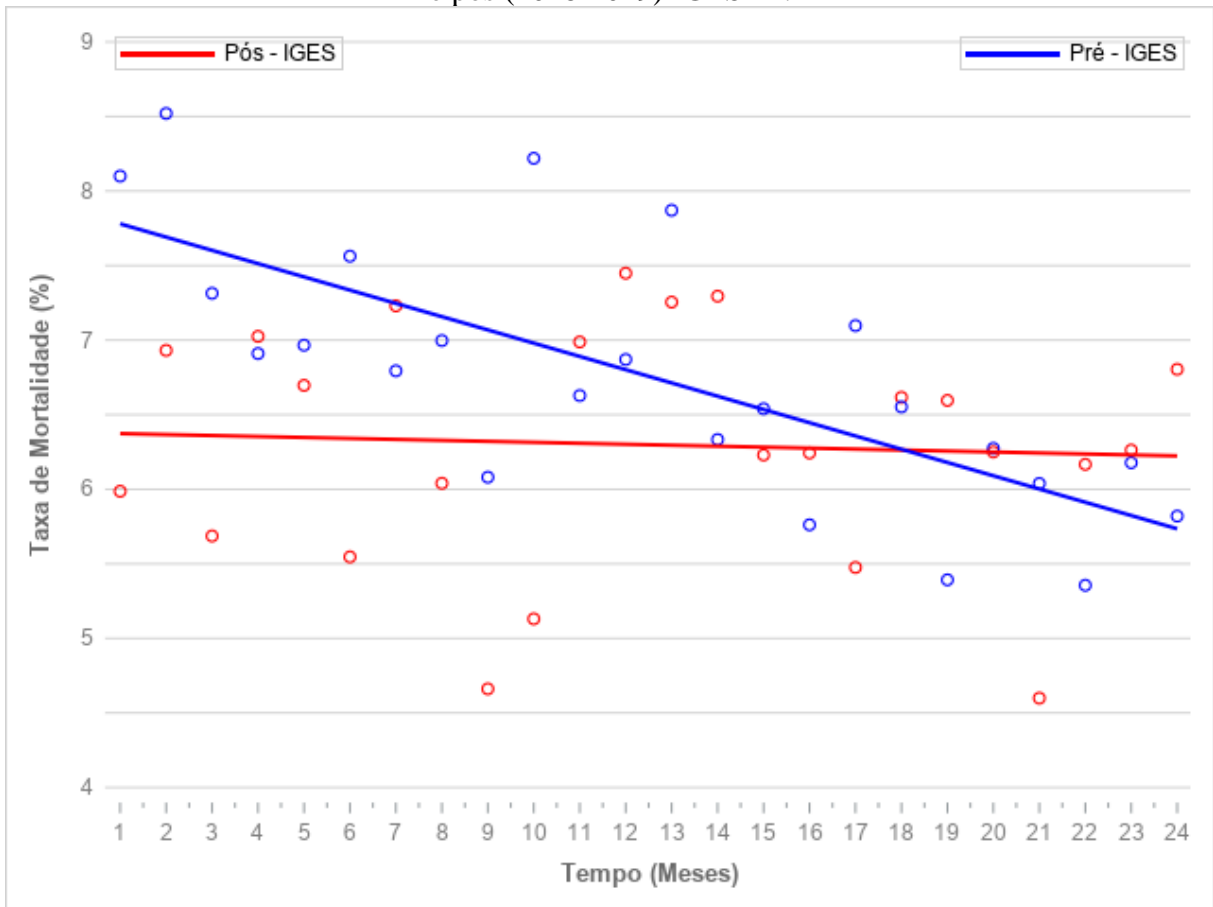
Conforme demonstrado, a Taxa de Mortalidade Hospitalar foi significativamente reduzida somente no período Pré-IGESDF ($p = 0,0042$), e essa tendência foi mantida estatisticamente maior na comparação com o Pós-IGESDF ($p = 0,0086$) (Tabela 9; Gráfico 8).

Tabela 9. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Hospitalar no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coefficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	6,38	0,30	21,06	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-0,01	0,02	-0,31	0,7606
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	1,49	0,43	3,48	0,0012
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,08	0,03	-2,75	0,0086
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,09	0,02	-4,19	0,0001
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			6,23	0,0042
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			7,56	0,0086

Fonte: autoria própria.

Gráfico 8. Análise da Taxa de Mortalidade Hospitalar no HBDF no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

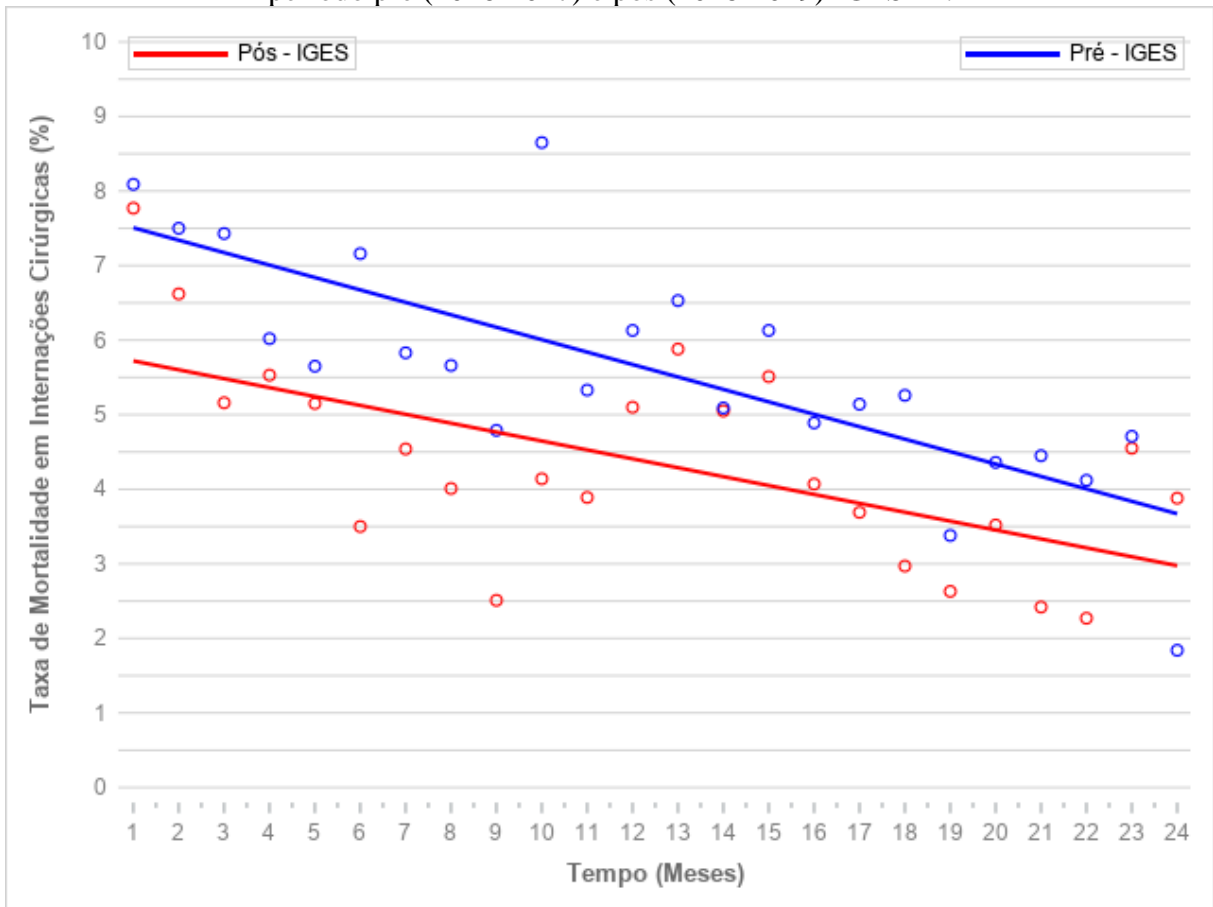
A Taxa de Mortalidade Específica em internações cirúrgicas foi reduzida significativamente em ambos os períodos e na comparação das duas tendências não houve diferença estatística ($p = 0,2830$) (Tabela 10; Gráfico 9).

Tabela 10. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Específica em Internações Cirúrgicas no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	5,84	0,44	13,26	<0,0001
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	-0,12	0,03	-3,87	0,0004
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	1,83	0,62	2,94	0,0052
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,05	0,04	-1,09	0,2830
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,17	0,03	-5,41	<0,0001
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			9,05	0,0005
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			1,18	0,2830

Fonte: autoria própria.

Gráfico 9. Análise da Taxa de Mortalidade Específica em Internações Cirúrgicas no HBDF, período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

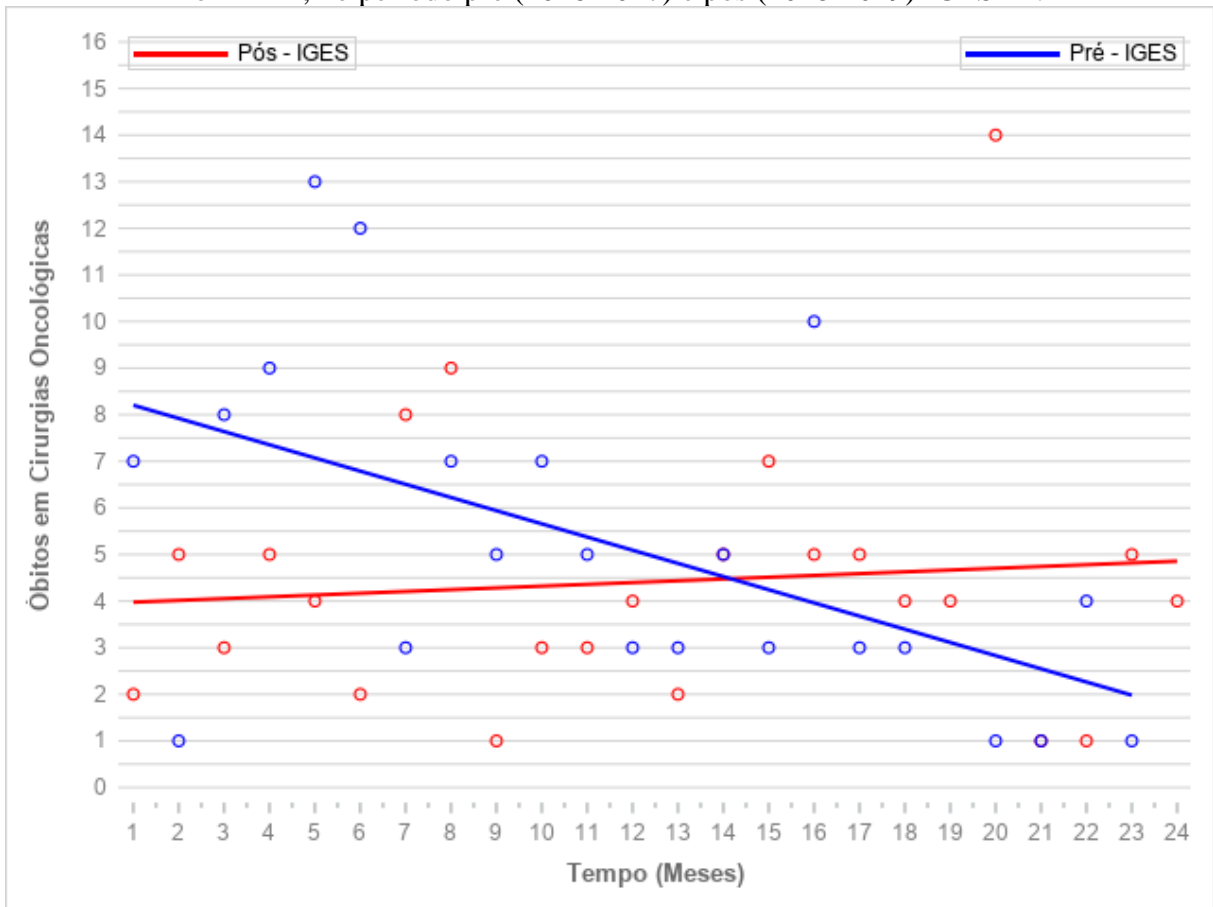
A Taxa de Mortalidade em cirurgias oncológicas, incluindo as especialidades de oftalmologia, ortopedia e neurocirurgia oncológica, foi reduzida significativamente no período Pré-IGESDF, ao passo que teve uma tendência de alta no Pós-IGESDF, que embora sem importância estatística para o período, terminou significativamente maior em relação ao biênio Pré-IGESDF (Tabela 11; Gráfico 10).

Tabela 11. Coeficientes do modelo de regressão linear múltiplo para a Taxa de Mortalidade Específica em Cirurgias Oncológicas “totais” no HBDF, no período Pré e Pós-IGESDF, janeiro de 2016 a dezembro de 2019.

Parâmetro	Coeficiente (β)	Erro Padrão	Estatística T/F	p-valor
Efeito do IGESDF, no 1º mês, no Pós - β_0	3,94	1,26	3,11	0,0033
Efeito do Tempo em meses, no Pós IGESDF - β_1	0,04	0,09	0,43	0,6678
Efeito do IGESDF, no 1º mês (Pré x Pós) - β_2	4,55	1,81	2,51	0,0161
Efeito da Interação entre Tempo e IGESDF - β_3	-0,32	0,13	-2,45	0,0187
Efeito do Tempo em meses (Pré x Pós) - $\beta_1 + \beta_3$	-0,28	0,10	2,92	0,0056
Teste de igualdade das funções de regressão ($H_0 = \beta_2 = \beta_3 = 0$)			3,28	0,0473
Teste de igualdade da inclinação ($\beta_3 = 0$)			5,99	0,0187

Fonte: autoria própria.

Gráfico 10. Análise da Taxa de Mortalidade Específica em Cirurgias Oncológicas “Totais” no HBDF, no período pré (2016-2017) e pós (2018-2019) IGESDF.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/SAES/MS; DATASUS/SE/MS e Sala de Situação/SES/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nidf.def> e <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalait/>. Data da extração dos dados: 15/06/2021

7 DISCUSSÃO

Os indicadores que mostraram diferenças significativas entre os períodos pré e pós-IGESDF referem-se ao tempo de permanência geral e às taxas de mortalidade geral e em cirurgias oncológicas, sendo essas diferenças indicativas do melhor desempenho hospitalar no primeiro período. Já os indicadores com resultados favoráveis e significativos em cada período, mas independentes do tipo de gestão hospitalar, foram o tempo de permanência e a mortalidade em internações cirúrgicas, além do tempo de permanência em cirurgias oncológicas gerais. E por fim, os indicadores com tendências não significativas em cada período e entre eles foram o número de internações clínicas e cirúrgicas e o número de cirurgias oncológicas, gerais e totais.

O Quadro a seguir sintetiza os resultados de estudos que tiveram objetivo semelhante de pesquisa, isto é, o de comparar o desempenho de hospitais públicos sob gestão direta e indireta.

Quadro 5 Resultados convergentes e discordantes sobre o desempenho hospitalar no SUS em gestão direta e indireta

Indicadores e desfechos desse estudo	Resultados da literatura convergentes	Resultados da literatura discordantes
<p>Número de Internações</p> <p>Tendências de queda não significativas em cada período ($p = 0,775$) e entre eles ($p = 0,5380$).</p>	<p>Veras (2018), 2008-2016, 4 hospitais de Goiânia (OSS):</p> <p>sem diferenças significativas para as médias de internações ($p = 0,1122$ A; $p = 0,35940$ B; $p = 0,12500$ C; $p = 0,57720$ D).</p>	<p>Mayer (2018), 2007-2016, HUSM (EBSERH):</p> <p>+ 24,5% / “redução progressiva em 3 anos”.</p> <p>Rodrigues et al. (2014), 2013, 05 hospitais da AD 03 AI em SP (OSS):</p> <p>217.428 e 175.268 pacientes/ano (-19,4%)</p>
<p>Número de Cirurgias</p> <p>Tendências de redução e aumento no Pré/Pós respectivamente, mas sem significância em cada período e entre eles ($p = 0,3044$)</p>	<p>Ramos et al. (2015), 2012, 124 hospitais AD e 32 AI em SP:</p>	<p>Rodrigues et al. (2014), 2013, 18 hospitais AD 30 AI em SP (OSS):</p> <p>75.684 e 214.350 cirurgias hospitalares + ambulatoriais (+183,2%).</p>
<p>Nº Cirurgias Oncológicas - Gerais e Totais</p> <p>Tendências não significativas em cada período e entre eles ($p = 0,5724$) ($p = 0,2425$)</p>	<p>sem diferenças significativas para % de procedimentos de alta complexidade ($p = 0,354$).</p>	<p>Rodrigues et al. (2014), 2013, 05 hospitais AD 03 AI em SP(OSS):</p> <p>19.356 e 15.773 cirurgias hospitalares + ambulatoriais (-18,5%).</p> <p>Tonelotto et al (2019), 2008-2016, 5 hospitais AD 4 AI em SP (OSS):</p> <p>3,0 e 14,6% proporção de AIH em alta complexidade (> +300%).</p>
<p>TMP geral</p> <p>Melhor desempenho no Pré-IGESF ($p = 0,0024$).</p>		<p>Veras (2018), 2008-2016, 4 hospitais de Goiânia (OSS):</p> <p>diferenças não significativas.</p>
<p>TMP internações cirúrgicas</p>		

<p>Redução significativa no Pré/Pós IGESDF ($p = 0,0001$), mas sem diferença significativa entre essas duas tendências ($p = 0,2370$)</p>	<p>Tonelotto et al (2019), 2008-2016, 5 hospitais AD 4 AI em SP (OSS):</p>	<p>($p = 0,6952$ A; $p = 0,4524$ B; $p = 0,07401$ C; $p = 0,83140$ D).</p>
<p>TMP cirurgias oncológicas</p> <p>Redução significativa no Pré/Pós IGESDF ($p = 0,0256$), mas sem diferença significativa entre essas duas tendências ($p = 0,5601$).</p>	<p>média da permanência por qtd de leitos cresce progressivamente em 8 anos na AI (+8,5%) e oscila na AD.</p>	<p>Mayer (2018), 2007-2016, HUSM (EBSERH):</p> <p>de 8,51 dias para 8,21 dias.</p> <p>Tonelotto et al (2019), 2008-2016, 5 hospitais AD 4 AI em SP (OSS):</p> <p>A proporção de permanência de alta complexidade em relação ao total de permanências cresce de 5 para 10% na AI e mantém-se em 5% na AD.</p>
<p>Taxa Mortalidade</p> <p>Melhor desempenho no Pré-IGESDF ($p = 0,0042$).</p>		<p>Veras (2018), 2008-2016, 4 hospitais de Goiânia (OSS):</p>
<p>Taxa Mortalidade cirúrgica</p> <p>Reduzida significativamente em ambos os períodos ($p = 0,0005$), mas sem diferença estatística entre eles ($p = 0,2830$).</p>	<p>Mayer (2018), 2007-2016, HUSM (EBSERH):</p> <p>de 3,23% para 4,13%.</p> <p>Souza Neto et al. (2019), jan-jul 2013/2016, (EBSERH):</p>	<p>2 hospitais redução significativa ($p = 0,008901$ A; $p = 0,00821$ D).</p> <p>Souza Neto et al. (2019), jan./jul. 2013/2016, (EBSERH):</p> <p>-40,43% no HU/UFBA.</p>
<p>Taxa Mortalidade cirurgias oncológicas totais</p> <p>Melhor desempenho no Pré-IGESDF ($p = 0,0187$).</p>	<p>+43,67% no HC/UFPE.</p>	<p>Rodrigues et al. (2014), 2013, 05 hospitais AD 03 AI em SP (OSS):</p> <p>4,5 e 3,9 (-13,3%).</p> <p>Tonelotto et al (2019), 2008-2016, 5 hospitais AD 4 AI em SP (OSS):</p> <p>-64% AI e -37,8% AD, finalizando 3,1% AI e 10,7% AD.</p>

Fonte: autoria própria

Os resultados encontrados para o indicador de internações também foram relatados pelos estudos de Veras (27) em quatro hospitais de Goiânia (GO) e por Mayer (31) em hospital referência do sul do país, isto é, não se observa variação significativa quando se compara a gestão direta com indireta, com tendência de redução não significativa do número de internações, independentemente do tipo de gestão em todos os estudos.

Assim como não foram observadas diferenças significativas para a produtividade em internações clínicas e cirúrgicas nos períodos pré e pós- IGESDF, Ramos et al (29) também não encontraram diferenças para a taxa de ocupação e percentual de procedimentos de alta complexidade entre hospitais de gestão direta e indireta de São Paulo. Já outros dois estudos, também em SP, apresentaram resultados de produtividade divergentes. Rodrigues et al (28), que analisaram uma unidade especializada em oncologia dentro do grupo de hospitais especializados, indicaram que o número de atendimentos em urgência e emergência e o número de procedimentos cirúrgicos era significativamente maior naqueles hospitais especializados geridos de forma direta. Embora sem uma análise descritiva dos tipos de especialidade em alta complexidade, Tonelotto et al (25) evidenciaram uma proporção significativamente maior de AIH em alta complexidade em hospitais de grande porte geridos por OSS, em um período consecutivo de oito anos.

Os achados da literatura com relação ao tempo médio de permanência mostram que não há diferença significativa para o tempo médio de permanência hospitalar (27, 29, 31) ou ainda se observa um aumento significativo com a implementação de gestão indireta (25). Neste estudo, a permanência hospitalar geral foi significativamente reduzida somente no período Pré-IGESDF.

A Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral foi reduzida significativamente no período Pré-IGESDF somente, e este é o indicador mais divergente na literatura, com resultados melhores para a gestão indireta quando associada também a maiores investimentos financeiros, como

valor pago por AIH, contratações de recursos humanos e programas de acreditação dos processos de trabalho (25, 27, 32), mas sem variação significativa ou com tendência a resultados insatisfatórios quando não há outros recursos implementados conjuntamente (26, 28, 31).

Enquanto a mortalidade nas internações cirúrgicas teve variação negativa significativa em ambos os períodos de análise, a mortalidade em cirurgias oncológicas foi reduzida significativamente no período Pré-IGESDF e apresentou aumento não significativo no pós-IGESDF.

Considerando apenas o período Pós-IGESDF e o relatório analítico da Comissão de Acompanhamento de Contrato, observou-se uma adequação acima de 90% para as metas de internações cirúrgicas, embora com o viés importante de predominância de procedimentos cuja complexidade não está em consonância ao papel do HBDF na rede de atenção hospitalar, como é o caso das cirurgias em oncologia, não compreendidas dentre as dez internações mais prevalentes no período (38 e ANEXO A).

Outro viés da produtividade do HBDF relaciona-se ao indicador de suspensão de cirurgias programadas. Em 2018 a meta pactuada no contrato de gestão era de 15%, mas a média anual foi de 31,2%. Em 2019 esse percentual foi de 24,8%, mas já não havia pactuação de qualquer meta para esse indicador, conduta que não foi justificada nem pelo IGESDF e nem pela SES no Terceiro Termo Aditivo do contrato de gestão. Observou-se também uma redução de mais de 15% na adequação às metas de internações clínicas, permanecendo predominantes, entretanto, as internações para tratamento clínico oncológico (38 e ANEXO A).

Com relação ao tempo médio de permanência hospitalar, a meta pactuada para o período Pós-IGESDF é de < 14 dias, e teve cumprimento pleno neste biênio. Porém, além de o IGESDF utilizar base de dados interna e não aberta para essa comprovação (39), nota-se que os resultados declarados são superiores àqueles observados no DATASUS (35) e Sala de Situação do DF (36). Por isso é questionável se não existe atualmente uma superestimativa para

a meta do indicador em questão. Outra observação importante é o comportamento da permanência hospitalar em relação à complexidade da internação, isto é, enquanto no pré-IGESDF aumenta nas internações cirúrgicas e nas internações para cirurgia oncológica, no período pós-IGESDF a permanência tende a diminuir (Tabela 1). Pelo menos em parte, estes resultados são explicados pela maior taxa de mortalidade geral ($p = 0,0086$) e nas cirurgias oncológicas ($p = 0,0187$), no período pós-IGESDF.

No relatório de gestão 2019, o IGESDF declarou as cinco clínicas principais onde se concentram os maiores números de óbitos, sendo que a oncologia clínica e os cuidados sequenciais em oncologia, onde possa-se inserir a oncologia cirúrgica, ocupam o primeiro e terceiro lugar respectivamente. Com relação ao contrato de gestão, ressalta-se que não existe meta pactuada até o momento para a Taxa de Mortalidade Hospitalar no HBDF. O IGESDF apresentou as taxas médias mensais pela primeira vez no relatório de 2019 (39), e foram menores que as taxas médias constantes no DATASUS (35) e na Sala de Situação do DF (36), o que pode incorrer no estabelecimento futuro de uma meta de mortalidade subestimada.

Pode-se considerar inconsistente a argumentação feita pelo IGESDF de que a qualidade da assistência não necessariamente esteja relacionada com a disponibilização de serviços e mortalidade hospitalar (39), uma vez que, mesmo considerando-se a complexidade da doença, a disponibilização de serviços aumenta o acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos oportunos e, assim, é evidente que refletirá no desempenho da mortalidade, indicador principal da qualidade da assistência (40).

Embora os resultados dos indicadores analisados nesta pesquisa não foram insatisfatórios para as metas pactuadas no contrato de gestão, o desempenho atual do IGESDF no HBDF está assim conceituado devido a outros tantos indicadores, a saber: à Taxa de Ocupação de Leitos hospitalares (TOH), ao número de procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade (MAC) ao número de vagas ofertadas em programas de residência médica

e multiprofissional, à Taxa de Faturamento Hospitalar (TFH), todos com resultados no biênio 2018-2019 aquém das metas pactuadas. Ainda, o desempenho insatisfatório está atribuído a todas as ações que compõem o Plano de Ações e Melhorias com prazo vencido, que não foram executadas em nenhum percentual, sendo elas a implantação de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), a instalação de um novo tomógrafo e a transferência da farmácia ambulatorial para outra localidade (38 e ANEXO A).

8 CONCLUSÃO

Uma vez que os indicadores de produção (internações clínicas, cirúrgicas e cirurgias em oncologia) não tiveram variação significativa em cada período e entre eles, e os indicadores de qualidade (tempo médio de permanência hospitalar e mortalidade) mostraram-se com resultados melhores no período Pré-IGESDF, infere-se que o desempenho atual do HBDF se encontra mais insatisfatório que o observado anteriormente, sob gestão direta da SES/DF.

Considerando-se o cenário observado de desempenho insatisfatório, evidenciado tanto nesta pesquisa quanto no relatório final de avaliação do contrato de gestão do período analisado, torna-se necessário um processo regulatório efetivo, no qual haja a vinculação de sanções a metas não atingidas, como por exemplo restrição orçamentária, descontos imediatos em repasses mensais e perda de bonificações.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. O período de análise é considerado curto e se deve: (a) ao tempo recente de atuação do IGESDF, associado à necessidade de se comparar períodos equivalentes e (b) ao início da pandemia de COVID-19, que gerou a necessidade de se reduzir pela metade o período planejado inicialmente, uma vez que, desde março de 2020, o IGESDF encontra-se desobrigado ao atingimento de metas quantitativas e qualitativas (41). O conjunto de indicadores foi relativamente pequeno ao se comparar com aqueles pactuados no contrato de gestão. E por fim, o uso de base de dados distinta pelo IGESDF para a comprovação do cumprimento de metas pode desestimular a discussão entre gestores e governantes sobre os resultados encontrados nesta pesquisa.

Ressalta-se a importância de mais estudos para acompanhar a evolução do IGESDF, tanto no HBDF como também nas outras unidades do SUS/DF sob esse tipo de gestão desde 2019.

REFERÊNCIAS

1. Chaves LA, et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2021 [Acesso em 15 jun 2021], 24(e210002):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YjGx8RCSJgcnJJ8dzZYjvbd/?lang=pt>.
2. Distrito Federal. Lei nº 5.899, de 03 de julho de 2017. *Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências.* Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]. Brasília, 04 jul. 2017. [Acesso em 07 jan. 2020]. Disponível em: https://dodf.df.gov.br/index/visualizararquivo/?pasta=2017|07_Julho|DODF%20126%2004-07-2017|&arquivo=DODF%20126%2004-07-2017%20INTEGRA.pdf.
3. Silva VM, Lima SML, Teixeira M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 [Acesso em 16 jan 2020], 39(1):145-159. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500145&script=sci_abstract&lng=pt.
4. Augusto O. Hospital de Base vira instituto nesta sexta-feira [Internet]. *Correio Brasiliense*, 12 de jan. 2018 [Acesso em 15 jan. 2021]. Disponível em: https://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/01/12/interna_cidades_df,652891/hospital-de-base-vira-instituto-nesta-sexta-feira.shtml.
5. Distrito Federal. Lei nº 6270, de 30 de janeiro de 2019. *Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF e dá outras providências.* Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]. Brasília, 31 jan. 2019 [Acesso em 16 jan. 2020]. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2019/01_Janeiro/DODF%20022%2031-01-2019%20SUPLEMENTO/DODF%20022%2031-01-2019%20SUPLEMENTO.pdf.
6. Giovanella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014, 30(11):2263-2281.
7. Ravioli AF, Soárez PC, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Cadernos de Saúde Pública*, 2018, 34(4):01-16.
8. Santos TBS, et al. Gestão Hospitalar no Sistema Único de Saúde: Problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [Acesso em 23 jan 2021], 25(9):3597-609. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3597.pdf>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. *Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de Atenção à Saúde (RAS)*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 dez 2013 [Acesso em 26 mai. 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/12/2013&jornal=1&pagina=54&totalArquivos=176>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. *Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 03 jan. 2014 [Acesso em 29 mai. 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/01/2014&jornal=1&pagina=23&totalArquivos=72>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.399, de 17 de dezembro de 2019. *Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS*. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 19 dez. 2019 [Acesso em 30 mai. 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/12/2019&jornal=515&pagina=173&totalArquivos=214>.
12. Madaleno JM. *Uma Proposta de Sistematização de Indicadores de Desempenho na Área Hospitalar*. [Dissertação] [Internet]. Niterói: Mestrado em Sistema de Gestão, Universidade Federal Fluminense, 2015. [Acesso em 30 mai. 2021]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4348/1/Dissert%20Julia%20Muniz%20Madaleno.pdf>.
13. Martins M, et al. Indicadores Hospitalares de Acesso e Efetividade e Crise Econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região sudeste, 2009-2018. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [Acesso em 30 mai. 2021], 24(12):4541-54, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f7YQjqhk3PfyT8zJcNtngdB/?lang=pt>.
14. Fiocruz. Proadess: Avaliação do desempenho do sistema de saúde. *Laboratório de Informação em Saúde – ICICT* [Internet]. 2011 [Acesso em 30 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>.
15. Machado JP, et al. O Arranjo Público-Privado e a Mortalidade Hospitalar por Fontes de Pagamento. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [Acesso em 31 mai. 2021], 50(42):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4qS5LfQfPJy57XC9LD4hcyF/?lang=en>.
16. Fekri O, et al. Associations Between Hospitals Death (HSMR), Readmission and Length of Stay (LOS): a longitudinal assessment of performance results and facility characteristics of a teaching and larg-sized hospitals in Canadá between 2013-2014 and 2017-2018. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [Acesso em 31 mai. 2021], 11(e 041648):1-10. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/2/e041648>.
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde* [Internet]. Brasília: Conass, 2015. [Acesso em 15 jan. 2021]. Disponível

em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-Unidades-Publicas-de-Saude.pdf>.

18. Jardon C. Iges-DF supera 3,7 milhões de atendimentos [Internet]. *Agência Brasília*, 03 de jan. 2021 [Acesso em 15 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/01/03/iges-df-supera-37-milhoes-de-atendimentos/>.

19. Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal. *Estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal IGESDF. Anexo ao Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019, que aprova o estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal*. Diário Oficial do Distrito Federal. (20 fev. 2019).

20. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Distrital de Saúde 2020-2023* [Internet]. Brasília: SES, 2019. [Acesso em 16 jun. 2021]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf.

21. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Contrato de Gestão N. 001/2018-SE/DF Instituto Hospital de Base do Distrito Federal* [Internet]. Brasília, 11 jan. 2018. [Acesso em 19 jan. 2021] Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/Contrato-de-Gest%C3%A3o-IHBDF.pdf>.

22. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. *Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão que Celebram Entre Si a Secretaria de estado de Saúde do Distrito Federal e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal* [Internet]. Brasília, 27 mai. 2019 [Acesso em 19 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3-Termo-Aditivo-Contrato-IGESDF.pdf>

23. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 162, de 22 de fevereiro de 2018. *Institui a Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão n.º 001/2018 - SES / D F, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF e Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF*. Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]. Brasília, 7 mar. 2018 [Acesso em 07 fev. 2021]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/12/portaria_162_2018_cac_ihbdf.pdf.

24. Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHB. *Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão: Contrato de Gestão nº 001/2018 – SES-DF* [Internet]. Brasília: IHB, 2019 [Acesso em 20 jan. 2021]. Disponível em: <https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Relatorio-Anual-de-Avaliacao-do-Contrato-de-Gestao-Instituto-Hospital-de-Base.pdf>.

25. Tonelotto DP, et al. Hospitais de Alta Complexidade do Estado de São Paulo: Uma Análise Comparativa dos Níveis de Eficiência Obtidos Pelos Modelos de Gestão de Administração Direta e de Organização Social. *Administração Pública e Gestão Social* [Internet]. 2019 [Acesso em 27 jan. 2021], 11(4):1-20. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351560525003>.

26. Santos TBS, et al. Gestão Indireta na Atenção Hospitalar: Análise da Contratualização por Publicialização para Rede Própria do SUS. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [Acesso em 22 jan. 2021], 42(2e):247-61. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/247-261/pt>
27. Veras MO. *Parceria Público-Privada na Saúde: Análise dos Hospitais Públicos Geridos por Organizações Sociais* [Dissertação] [Internet]. Goiânia: Pós-Graduação em Administração Pública em Rede Nacional, Universidade Federal de Goiás; 2018. [Acesso em 22 jan. 2021]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8284/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Mariana%20Oliveira%20Veras%20-%202018.pdf>.
28. Rodrigues RC, et al. Rede Hospitalar Estadual: resultados da Administração Direta e das Organizações Sociais. *Revista de Administração em Saúde* [Internet]. 2014 [Acesso em 22 jan. 2021], 6(65):110-22. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2014/ses-33105/ses-33105-6131.pdf>.
29. Ramos MC, et al. Avaliação de Desempenho de Hospitais que Prestam Atendimento pelo Sistema Público de Saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [Acesso em 22 jan 2021], 49(43):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005748.pdf.
30. Brasil. Ministério da Educação. *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: acesso à informação* [Internet]. Brasília, s/a. [Acesso em 08 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao>.
31. Mayer APC. *Impacto nos Níveis de Eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria: antes e após a contratação da EBSEH* [Dissertação] [Internet]. Santa Maria: Programa de Pós Graduação em Gestão de Organizações Públicas, Universidade Federal de Santa Maria; 2018. [Acesso em 08 fev. 2021]. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16339/DIS_PPGGOP_2018_MAYER_ANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. Souza Neto LH, et al. Produtividade Hospitalar e Impacto da Gestão da Qualidade em Dois Hospitais de Ensino do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro. In: Anais da Faculdade de Medicina de Olinda, 2019. Olinda. Olinda: *Anais da Faculdade de Medicina de Olinda - UFPE* [Internet], 2019. [Acesso em 27 jan. 2021]. 3, p. 3-11. Disponível em: <https://afmo.emnuvens.com.br/afmo/article/view/54>.
33. Barreto FL, et al. Processo de Gestão Hospitalar em Parceria Público-Privada. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [Acesso em 08 fev. 2021], 40(1):133-53. Disponível em: <http://rbasp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2672/1822>.
34. Camargo EB, et al. Judicialização da Saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos. *Cad. Íbero-Amer. Dir. Sanit.* [Internet]. 2017 [Acesso em 15 jun. 2021], 6(4):27-40. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/410/488>.

35. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). *Assistência à Saúde. Epidemiológicas e Morbidade* [Internet]. Brasília, s/a. [Acesso em 15 jun. 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nidf.def> .
36. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. InfoSaúde-DF. *Sala de Situação* [Internet]. Brasília, 2018. [Acesso em 15 jun. 2021]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/cancercirurgiassalasi/> .
37. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). *Assistência à Saúde. Epidemiológicas e Morbidade. Notas Técnicas* [Internet]. Brasília, 2008. [Acesso em 17 jun. 2021]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Proced_hosp_loc_int_2008.pdf.
38. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão de Acompanhamento do Contrato CAC-IGESDF. *Relatório Anual do Contrato de Gestão 001/2018 – SES/DF da Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Hospital de Base: referência 2019*.
39. Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal. *Relatório Anual de Avaliação do Contrato de Gestão 2019: Hospital de Base* [Internet]. Brasília, 2021. [Acesso em 20 jan. 2021]. Disponível em: https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2020/06/2019_RELATORIO_ANUAL_Hospital_de_Base.pdf.
40. Junqueira RMP, Duarte EC. Fatores Associados à Chance para a Mortalidade Hospitalar no Distrito Federal. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 [Acesso em 08 jul. 2021], 22(1):29-39. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000100003&lng=pt&nrm=is.
41. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Avaliação Técnica-Assistencial dos Contratos de Gestão e de Resultados. *Relatório Analítico de Acompanhamento da Execução Contratual – IGESDF: Competência 2020*.

ANEXO A - Relatório Analítico do Contrato de Gestão 001/2018 – SES/DF da Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Hospital de Base: referência 2019

Do HBDF/IGESDF (Contrato de Gestão nº 001/2018 – SES/DF e Anexo I do 3º TA e

Do Item I do Anexo I – Serviços Fomentados

- I) Assistência Hospitalar
- II) Atendimento Ambulatorial
- III) Atendimento a Urgência e Emergência Hospitalares
- IV) Serviços de Apoio Terapêutico e Diagnóstico
- V) Ensino e Pesquisa
- VI) Programas Especiais e Novas Especialidades de Atendimento
- VII) Requisitos Gerais para a Execução do Contrato de Gestão

Do Item II do Anexo I – Metas de Produção

I) NATUREZA DAS METAS

Os indicadores e metas presentes tanto no contrato 001/2018 quanto no 3º Aditivo estão segregadas grosso modo em metas **Quantitativas**, **Qualitativas** e metas do **Plano de Ação e Melhoria**.

A análise aqui tratada terá um caráter objetivo (de acordo com os parâmetros estabelecidos nos termos contratuais) e subjetivo (baseado nas análises e justificativas do contratado e em análises comparativas com o ano anterior, sempre tendo como parâmetros literatura científica e manuais e procedimentos de órgãos de controle).

II) PRODUÇÃO (Quantitativas)

No contrato nº 001/2018, as metas quantitativas foram estabelecidas com indicativo de memória de cálculo, como no exemplo a seguir:

“Cálculo da Meta ano 2018 = média aritmética mensal dos 03 anos (2015 a 2017) multiplicado por 12, acrescida de 20%, ou o melhor resultado anual obtido no período, acrescido de 10%. Para o ano de 2017 foi extraída a média aritmética mensal a partir da divisão do valor informado neste ano por 10 meses, visto que os dados informados foram até o mês de outubro.”Assim, estabeleceram-se as metas quantitativas demonstradas na primeira coluna do Quadro Síntese abaixo (Meta Anual 2018).

No 3º TA, as memórias de cálculo das novas metas foram suprimidos dos autos do contrato, o que inviabiliza a análise dessa CAC sobre a adequação das metas pactuadas no 3º TA em relação ao contrato passado. Numa análise puramente matemática, nota-se um aumento linear de 7% sobre as metas quantitativas dispostas no contrato 001/2018, com exceção da meta de Procedimentos MAC, que foi reduzida em 14%. Também aponta-se uma redução da meta de vagas de residência médica a serem ofertadas.

II.I Quadros Sínteses: Comparativo 2018 (Contrato 001/2018 e 3º TA – a partir de maio de 2019)

INTERNAÇÃO HOSPITALAR	META ANUAL (2018)	META ANUAL (2019)	VARIAÇÃO PERCENTUAL
--------------------------	-------------------------	----------------------	------------------------

INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS (Grupo 04)	9.596	10.267	+7%
INTERNAÇÕES CLÍNICAS (Grupo 03)	15.646	16.741	+7%
CIRURGIAS TOTAIS	9.273	9.922	+7%
CIRURGIAS PROGRAMADAS	5.368	5.744	+7%
CIRURGIAS NÃO PROGRAMADAS	4.168		

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	META ANUAL (2018)	META ANUAL (2019)	VARIAÇÃO PERCENTUAL
CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICO	30.006	32.106	+7%
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	290.193	310.507	+7%
AMBULATÓRIO-PROCEDIMENTO MAC	3.191.326	2.773.626	-14%
AMBULATÓRIO- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	54.371		
	META ANUAL		
ATENDIMENTOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	206.446	220.897	+7%

ENSINO, PESQUISA E RESIDÊNCIA	META ANUAL (2018)	META ANUAL (2019)	VARIAÇÃO PERCENTUAL
NÚMERO DE VAGAS OFERTADAS EM PROGRAMA DE RESIDENCIA UNI E MULTIPROFISSIONAIS	154	147	-5%
NÚMERO DE VAGAS OFERTADAS EM PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA	149	124	-17%

II.II RESULTADOS

Internações Hospitalares

No âmbito de internações hospitalares, vocação de rede precípua do HBDF, as metas quantitativas foram divididas em internações cirúrgicas e internações clínicas. A fonte de informação é o SIH/DATASUS/MS e os grupos de procedimentos considerados para produção são os genéricos "03 – Proc. Clínico" e "04 – Proc. Cirúrgico", na lista de procedimentos da tabela SIGTAP. Para que se consiga uma análise qualitativa em termos de perfil de internações realizadas pelo HBDF, que é característica fundamental para que a gestão da SES entenda e demande a unidade de acordo com o perfil assistencial requerido na rede de assistência, a CAC listou os 10 principais motivos de internações cirúrgicas e clínicas realizadas pela unidade nos anos de 2018 e 2019.

Uma das justificativas presente em quase todos os comentários da contratada acerca do atingimento ou não das metas é a *"transição do sistema de informação de gestão hospitalar, para o sistema MV Soul Produção"*. A CAC ressalta que a referida transição ocorreu de forma abrupta do ponto de vista de integração com o sistema vigente no restante da rede SES/DF (trackcare). A rede já padecia de conflitos entre linguagem de sistemas diferentes (como o SISREG, o SIA/SUS, o SIH/SUS, o Trackcare e o eSUS), e esta substituição tornou mais grave o problema. Não foram apresentados estudos de custo-efetividade em relação a implementação desse sistema, nem um comparativo com outros sistemas disponíveis no mercado. No nosso entendimento, após a comprovação da necessidade e da pertinência de alteração do sistema de gestão, a implementação deveria ter sido precedida de um planejamento de integração com o sistema vigente na SES/DF. É flagrante o prejuízo tanto no fluxo de informações clínicas entre os pacientes atendidos na unidade e em outras unidades da rede quanto na fiscalização dos indicadores, função precípua desta CAC.

Internações Cirúrgicas (Grupo 04 - Proc. Cirúrgico)

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	799,5	799,5	799,5	799,5	3198	799,5	799,5	799,5	799,5	3198	799,5	799,5	799,5	799,5	3198	9596
QTD	489	665	562	705	2421	679	1014	1014	1073	3780	877	748	489	412	2526	8727
%	61,16	83,17	70,29	88,1	75,70	84,92	126,8	126,8	134,2	118,19	109,6	93,55	61,16	51,53	78,98	90,95%
CUMPRIME NTO											9					

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
					QUAD					QUAD					QUAD	
META	799,5	799,5	799,5	799,5	3198	855,5	855,5	855,5	855,5	3422	855,5	855,5	855,5	855,5	3422	10267
QTD	851	654	1016	589	3110	677	944	1063	1675	4359	331	618	835	670	2454	9923
%	106,4	81,8	127,07	73,67	97,24%	79,13	110,3	124,2	195,79	127,3	38,69	72,23	97,6	78,31	71,71%	96,65%
CUMPRIME NTO								5			%					

B) Relação dos 10 maiores motivos de Internações Cirúrgicas no HBDF entre 2018 e 2019

2018

Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas 892
 Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-ocular Dobravel 443
 Toracostomia com Drenagem Pleural Fechada 292
 Amputação / Desarticulação de Membros Inferiores 214
 Implante de Marcapasso de Câmara Dupla Transvenoso 214
 Derivação Ventricular para Peritoneo / Atrio / Pleura / Raque 153
 Tratamento Cirúrgico de Hematoma Subdural Cronico 152
 Troca de Gerador de Marcapasso de Câmara Dupla 114
 Derivação Ventricular Externa-subgaleal Externa 111
 Angioplastia Coronariana c/ Implante de Stent 93

2019

Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais 538
 Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas 519
 Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-ocular Dobravel 469
 Toracostomia com Drenagem Pleural Fechada 345
 Implante de Marcapasso de Câmara Dupla Transvenoso 219
 Amputação / Desarticulação de Membros Inferiores 210
 Tratamento Cirúrgico em Politraumatizado 203
 Tratamento Cirúrgico de Hematoma Subdural Cronico 191
 Angioplastia Coronariana c/ Implante de Stent 175
 Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J 139

C) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O número de internações cirúrgicas refere-se à quantidade de pacientes pré pós-cirúrgicos internados no Hospital de Base no período de janeiro a dezembro de 2019. A meta anual estipulada no Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF é de 10.267 internações cirúrgicas. Considerando os resultados apresentados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS, o Hospital de Base atingiu 97% da meta anual.

No ano 2019, foram faturadas 9.923 internações cirúrgicas no Hospital de Base, representando 40% do total de internações faturadas no ano. Em média, a produção foi de 827 internações por mês, com pico em agosto e uma queda considerável no mês de setembro.

Em agosto, ocorreu a transição do sistema de informação de gestão hospitalar. Antes da implantação do MV Soul Produção (em 22/08/2019), foi realizada uma força tarefa, unindo esforços da equipe de faturamento e equipe assistencial, para o processamento das informações registradas no antigo sistema Trakcare. Razoavelmente, a queda da produção faturada em setembro pode ser justificada pela mudança do sistema de informação somada ao período de adaptação sinalizado pelas áreas assistenciais. Em que pese às mudanças enfrentadas no ano corrente, vale destacar o aumento de 13,7% em relação à quantidade de internações cirúrgicas apuradas no ano 2018, que totalizou 8.727 internações cirúrgicas.

Com a finalidade de aumentar o desempenho e a qualidade da assistência, o Núcleo de Gestão de Leitos realizou algumas iniciativas durante o ano: a implementação da nova ferramenta online para a realização das rondas nas enfermarias; a estruturação da rotina e atribuições do núcleo; a implantação da ferramenta BI do painel de gestão de leitos e a adesão ao novo perfil profissional denominado "Enfermeira Navegadora" no quadro de colaboradores do hospital. Essas ações evitam a ociosidade nos leitos de enfermaria e reduzem o tempo médio de permanência nas unidades de pronto socorro e internação.

D) Análise da CAC

De fato, houve um aumento no número absoluto de internações cirúrgicas, no percentual indicado pelo relatório da contratada. Entretanto, quando se realiza uma análise qualitativa acerca da natureza dos procedimentos mais realizados, pode-se apontar dois vieses importantes no cumprimento da meta:

1. A utilização de códigos genéricos de produção (como por exemplo, o "04.15.02.003-4 Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais". Numa consulta rápida a sua descrição no sigtap, encontra-se a seguinte definição: *são atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementariedade, realizados em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou regiões contíguas, bilaterais ou não, devidos a mesma doença, executados por uma ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico e permitindo o registro de procedimentos sequenciais ainda não formalizados em portarias técnicas específicas e cujas concomitâncias não estejam contemplados na portaria sas nº. 723/2007* renases: código 139 - cirurgias em politraumatizados". Na mesma seara, podemos citar o código "04.15.01.001-2 - tratamento c/ cirurgias múltiplas", com a seguinte definição: *são atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementariedade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento, depende das cirurgias que forem realizadas.* Renases: código 139 - cirurgias em politraumatizados

2. O grande número, dentre os mais executado, de procedimentos que não se enquadram no perfil de alta complexidade da unidade ou não são necessariamente as principais demanda da rede SES/DF para execução na unidade.

Assim, reafirma-se a necessidade de estratificação das metas quantitativas de internação cirúrgica, para que as demandas da rede SES/DF pautem os acordos contratuais avançados. Do contrário, a unidade contratada determinará quais os serviços que serão por ela executados. Isso é uma contradição tanto do ponto de vista administrativo-financeiro quanto da ótica de estruturação de rede de serviços.

A CAC louva o esforço indicado pela contratada no último parágrafo e sugere que as informações constantes naquelas centrais de monitoramento sejam compartilhadas com a comissão, para que se possa melhorar a gestão compartilhada dos recursos públicos.

Internações Clínicas (Grupo 03 - Proc. Clínico)

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	1303	1303	1303	1303	5215	1303	1303	1303	1303	5215	1303	1303	1303	1303	5215	15646
QTD	922	1202	1026	1286	4436	1521	1923	1772	1983	7199	1406	1293	733	624	4056	15891
%	70,75	92,24	78,74	98,69	85,06	116,7	147,5	135,9	152,18	138,04	107,9	99,23	56,25	47,88	77,77	101,56
CUMPRIME																
NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	1395	1395	1395	1395	5580	1395	1395	1395	1395	5580	1395	1395	1395	1395	5580	16741
QTD	1247	1034	1380	1123	4784	1022	1389	1314	1880	5605	505	984	1090	1070	3649	14038
%	89,39	74,12	98,92	80,5	87,73	73,26	99,56	94,19	134,76	100,44	36,20	70,53	78,13	76,70	65,39	83,85
CUMPRIME																
NTO																

B) Relação dos 10 maiores motivos de Internações Clínicas no HBDF entre 2018 e 2019

2018

Tratamento Clínico de Paciente Oncológico 1243
 Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico 1222
 Tratamento de Doença dos Neurônios Motores Centrais c/ ou s/ Amiotrofias 774
 Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica 704
 Tratamento de Acidente Vascular Cerebral - Avc (isquêmico ou Hemorrágico Agudo) 698
 Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Cirúrgica 572
 Tratamento de Traumatismos de Localização Especificada / não Especificada 478
 Tratamento de Complicações de Procedimentos Cirúrgicos ou Clínicos 454
 Tratamento de Pneumonias ou Influenza (gripe) 424
 Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo 408

2019

Tratamento Clínico de Paciente Oncológico 1171
 Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico 1121
 Diagnostico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica 711
 Tratamento de Acidente Vascular Cerebral - Avc (isquêmico ou Hemorrágico Agudo) 593
 Tratamento Clínico para Contenção de Comportamento Desorganizado e/ou Disruptivo 557
 Tratamento de Complicações de Procedimentos Cirúrgicos ou Clínicos 532
 Tratamento de Síndrome Coronariana Aguda 443
 Internação p/ Quimioterapia de Administração Contínua 424
 Tratamento de Traumatismos de Localização Especificada / não Especificada 414
 Tratamento de Insuficiência Arterial c/ Isquemia Crítica 408

C) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Nesse indicador, a meta anual estipulada no Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF é de 16.741 internações clínicas. Considerando os resultados apresentados no Sistema de Informação Hospitalar- SIH do DATASUS, o Hospital de Base atingiu 84% da meta anual definida.

No ano 2019, foram faturadas 14.038 internações clínicas no Hospital de Base, representando 57% do total de internações faturadas no ano. Em média, a produção foi de 1.170 internações por mês, com pico em agosto e uma queda considerável no mês de setembro.

Em agosto, ocorreu a transição do sistema de informação de gestão hospitalar. Antes da implantação do MV Soul Produção (em 22/08/2019), foi realizada uma força tarefa, unindo esforços da equipe de faturamento e equipe assistencial, para o processamento das informações registradas no antigo sistema Trakcare.

Assim como para as internações cirúrgicas, a queda da produção faturada em setembro pode ser justificada pela mudança do sistema de informação, somada ao período de adaptação sinalizado pelas áreas assistenciais. Não menos importante, em novembro de 2018, houve a saída da especialidade pediatria que, conseqüentemente, impactou na produção de internações clínicas no ano 2019.

Com a finalidade de aumentar o desempenho e a qualidade da assistência, o Núcleo de Gestão de Leitos realizou algumas iniciativas no ano: a implementação da nova ferramenta online para a realização das rondas nas enfermarias; a estruturação da rotina e atribuições do núcleo; a implantação da ferramenta BI do painel de gestão de leitos e a adesão ao novo perfil profissional denominado "Enfermeira Navegadora" no quadro de colaboradores do hospital.

Essas ações evitam a ociosidade nos leitos de enfermaria e reduzem o tempo médio de permanência nas unidades de pronto socorro e internação.

D) Análise da CAC

Houve uma diminuição no número absoluto de internações clínicas, num comparativo entre os anos de 2018 e 2019, bem como uma redução na porcentagem de cumprimento da meta. Ressalte-se que as causas de internações clínicas estão de acordo com o perfil de alta complexidade da unidade, ao contrário do que se mostrou nas internações cirúrgicas.

Aqui também, a CAC sugere que a meta seja estratificada, por tipo de procedimento, de acordo com as necessidades da rede assistencial e da série histórica progressa extraída do SIH. Acerca da mudança do sistema de gestão hospitalar, remete-se ao comentário feito no item “Internações Hospitalares”, acerca do processo de implantação do referido sistema.

Atendimento Cirúrgico

As metas de atendimentos cirúrgicos foram segregadas em “Cirurgias Totais”, “Cirurgias Programadas”. As “Cirurgias Não Programadas” devem ser acompanhadas “mais como um valor-base, de referência de produção, do que uma meta propriamente dita, já que todos os pacientes recebidos pelo HOSPITAL DE BASE que necessitarem de cirurgias não programadas deverão ser atendidos, podendo esta demanda ser maior ou menor que o valor de referência aqui apontado”. A fonte de informações estabelecida no 3º TA é a “Estatística realizada pelo **Sistema de Informação e Gestão Hospitalar Trakcare**. No caso de substituição de sistema de gestão hospitalar nas unidades do IGESDF, a base de dados do novo sistema será considerada oficial para efeitos de levantamento e avaliação da produção da meta”.

Uma vez mais, a mudança do sistema de gestão da unidade dificultou ainda mais o controle dos dados fornecidos, estando esta análise portanto sujeita exclusivamente aos dados fornecidos pela contratada.

Cirurgias Totais

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	827	827	827	827	3307	827	827	827	827	3307	827	827	827	827	3307	9922
QTD	854	900	896	931	3581	914	961	1071	1099	4045	984	1113	979	922	3998	11624
%	103,26	108,8	108,34	112,58	108,29	110,5	116,2	129,5	132,89	122,32	118,9	134,5	118,38	111,49	120,9	117,15
CUMPRIME NTO		3				2					8	8				

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O indicador cirurgias totais contempla as cirurgias programadas e não programadas, conforme pactuado no Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF. As cirurgias programadas compreendem dois tipos de cirurgias: eletiva e extra mapa. Em contrapartida, as cirurgias não programadas referem-se às cirurgias de urgência e emergência.

De acordo com o parecer nº 006/2015, do Conselho Federal de Medicina, as cirurgias eletivas referem-se ao tratamento cirúrgico proposto, cuja realização pode aguardar ocasião propícia. As cirurgias de urgência são relativas ao tratamento cirúrgico que requer pronta atenção e deve ser realizado dentro de 24 horas a 48 horas. Em relação às cirurgias de emergência, o tratamento cirúrgico requer atenção imediata por se tratar de uma situação mais crítica.

Por sua vez, as cirurgias extra mapa são aquelas possíveis de serem realizadas, após a finalização de todas as cirurgias eletivas contidas no mapa cirúrgico oficial.

A fim de garantir a confiabilidade e veracidade das informações hospitalares, a unidade do centro cirúrgico realizou a revisão de toda a produção do ano 2019, fazendo uma minuciosa conferência das fichas cirúrgicas de cada paciente e da base de dados alimentada pela área. Essa revisão corroborou na atualização dos resultados mensais apurados durante o ano, gerando o aumento da produção. No referido Termo Aditivo, a meta anual definida para esse indicador é de 9.922 cirurgias. Portanto, o centro cirúrgico do Hospital de Base superou meta anual com uma variação de 17%.

Os dados apresentados na figura 8 foram extraídos de um controle interno formalizado, revisado e atestado pela chefia do centro cirúrgico.

Os resultados demonstram uma linearidade na produção cirúrgica realizada, com alguns picos nos meses julho, agosto e outubro. Durante todo o ano, a produção em cada mês se manteve acima da meta linear mensal de 827 cirurgias, destacando uma produção em média de 969 cirurgias por mês.

No período avaliado, foram identificadas algumas melhorias na unidade do centro cirúrgico que contribuíram significativamente na assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS):

- 1) Abertura de mais uma sala cirúrgica em maio/2019;
- 2) Retorno da cirurgia cardíaca em 21 de outubro/2019;
- 3) Abertura de uma sala exclusiva para ortopedia em julho/2019, aumentando a capacidade de produção e redução das filas;
- 4) Abertura de salas eletivas nos sábados, a partir de abril/2019;
- 5) Contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem e anestesistas;
- 6) Implementação do "Bate Mapa Diário" com a realização de checagem e planejamento dos pontos críticos do mapa cirúrgico, sendo realizada reunião às 15 horas com o agendamento cirúrgico, a enfermagem do centro cirúrgico, a enfermagem da Central de Material Esterilizado - CME, a farmácia e o banco de sangue;
- 7) Plano de Contingência SRPA 18 leitos, sendo 8 leitos "SRPA Intensiva" e 10 leitos "SRPA Rotativa". As ações visam evitar a superlotação da SRPA Intensiva do Centro Cirúrgico, quando 80% dos leitos estiverem ocupados;
- 8) Criação do Dashboard da base de dados da unidade do centro cirúrgico;
- 9) Implementação de checklist de material esterilizado junto ao CME;
- 10) Implementação dos indicadores assistenciais na SRPA, bem como de indicadores prévios da cirurgia segura na recepção;
- 11) Revisão dos POPs assistenciais (em fase de aprovação).

C) Análise da CAC

A meta aqui foi plenamente cumprida, obtendo 117% da estabelecida em contrato. Sugere-se a revisão da meta em termos quantitativos, para uma adequação a capacidade produtiva da unidade, uma vez que o corpo clínico teve um aumento considerável ao longo do ano, por meio de contratações expressivas de profissionais. Da mesma forma, sugere-se estratificação da meta por tipo de procedimento, para que se possa dispor de toda a potencialidade da unidade no intuito de ofertar o que a rede assistencial precisa.

Louváveis as ações citadas no último parágrafo, tendo acrescentado muito a organização interna e a gestão da unidade. Novamente, sugere-se que os dados obtidos a partir da estruturação sejam compartilhados em tempo real pela unidade com as áreas de gestão assistenciais da SES/DF.

Cirurgias Programadas

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	478	478	478	478	1915	478	478	478	478	1915	478	478	478	478	1915	5744
QTD	493	574	557	599	2223	552	638	656	665	2511	596	687	591	521	2395	7129
%	103,14	120,0	116,53	125,31	116,08	115,4	133,4	137,2	139,12	131,12	124,6	143,7	123,64	109	125,07	124,11
CUMPRIME NTO		8				8	7	4			9	2				

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

As cirurgias programadas referem-se às cirurgias eletivas, ou seja, as registradas no mapa cirúrgico oficial. Esse indicador não apresenta caráter de urgência ou emergência e corresponde ao procedimento cirúrgico que depende de marcação para a sua realização.

No ano 2019, foram apuradas 7.129 cirurgias programadas, que representam 61% do total de cirurgias realizadas no hospital. No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual definida para esse indicador é de 5.744 cirurgias. Dessa forma, o centro cirúrgico do Hospital de Base superou a meta anual com uma variação de 24%. Os resultados sinalizam alguns picos da produção de cirurgias programadas no período de junho a agosto e no mês de outubro. No ano 2019, a produção mensal se manteve acima da meta linear de 479 cirurgias, com uma produção em média de 594 cirurgias por mês.

C) Análise da CAC

As cirurgias programadas obtiveram um percentual de cumprimento de meta superior a 100%, obtendo este mesmo resultado em todos os meses do ano de 2019. Este indicador é um dos mais importantes para a rede SES/DF, mas teria mais relevância se a meta fosse estratificada por tipo de cirurgia. Está a se colocar que, muitas vezes é preferível que se diminua a quantidade absoluta de cirurgias eletivas para que se possa focar nos procedimentos de alta complexidade, demanda fundamental com oferta rara na rede assistencial. Assim, a CAC sugere fortemente que esta meta seja destrinchada pela respectiva área de gestão assistencial na SES/DF para a próxima pactuação.

Cirurgias Não Programadas

A) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

No contrato de gestão, esse indicador não possui meta. Todavia, considerando que essa informação complementa a mensuração do indicador de cirurgias totais, optou-se por apresentá-la no Relatório Anual, proporcionando uma visão consolidada das cirurgias realizadas no Hospital de Base.

Nesse caso, a meta traçada caracteriza-se mais como um valor-base, de referência de produção, do que uma meta propriamente dita, tendo em vista que todos os pacientes recebidos pelo Hospital de Base que necessitarem de cirurgias não programadas deverão ser atendidos, podendo esta demanda ser maior ou menor que o valor de referência considerado.

No ano 2019, foram realizadas 4.495 cirurgias não programadas, que representam 45% do total de cirurgias realizadas no hospital.

Os resultados mostram a linearidade da produção de cirurgias não programadas ao longo do ano, com uma produção média mensal de 375 cirurgias. Também foram identificados alguns picos nos meses julho, agosto e outubro, onde, respectivamente, a produção ficou 10,7%; 15,7%; e 13,6% acima da média.

B) Análise da CAC

De fato, não há meta estabelecida no contrato para as cirurgias realizadas em situações de urgência ou emergência. Entretanto, o acompanhamento deste índice é de relevante importância principalmente para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), dado que o hospital é referência em politraumatismos e procedimentos neurológicos de alta complexidades. Desta feita, o controle deste indicador refletiria alguns aspectos da rede assistencial, como resolubilidade dos níveis mais baixos de atenção a saúde e integralidade e continuidade do cuidado da mesma.

Sugere-se que seja estabelecida alguma previsão contratual de controle e monitoramento deste aspecto.

Atendimento Ambulatorial

As metas de atendimento ambulatorial foram estabelecidas considerando consultas médicas, não-médicas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (MAC). A fonte de informação é o SIA/DATASUS/MS.

Aqui, importantíssimo ressaltar que por inúmeras vezes durante o ano de 2019 a CAC requisitou, junto ao IGESDF, a carteira de serviços da unidade, discriminada por horas disponíveis de cada especialidade e subespecialidade médica ou não médica, além de questionar como eram realizadas as marcações das consultas, em relação ao público interno e externo da unidade. Não se obteve êxito à solicitação. A regulação do acesso a todas as áreas ambulatoriais é fundamental para que se possa dar transparência e equidade ao sistema. Sem a oferta clara e sistematizada da unidade, não é possível que se organize o sistema de regulação, tornando a unidade obscura e desvinculada da rede assistencial SES/DF.

Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	2500	2500	2500	2500	10002	2500	2500	2500	2500	10002	2500	2500	2500	2500	10002	30006
QTD	2184	1868	2699	3679	10430	3861	3278	3487	3652	14278	3468	3205	2772	2532	11977	36685
%	87,36	74,72	107,96	147,1	104,2	154,4	131,1	139,48	146,08	142,75	138,7	128,2	110,88	101,28	119,74	122,25
CUMPRIME NTO				6	8	4	2				2					

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
					QUAD					QUAD					QUAD	
META	2675,5	2675,5	2675,5	2675,5	10702	2675,5	2675,5	2675,5	2675,5	10702	2675,5	2675,5	2675,5	2675,5	10702	32106
QTD	3722	4534	3376	8989	20621	4222	3296	3884	2586	13988	3399	4771	3351	3018	14539	49148
%	139,11	169,4	126,18	335,97	192,68	157,8	123,1	145,1	96,65	130,70	127,0	178,3	125,25	112,80	135,85	153,08
CUMPRIME NTO		6				0	9	7			4	2				

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, esse indicador consiste nas consultas clínicas do profissional de saúde (exceto médico) de nível superior na atenção especializada.

No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual estipulada é de 32.106 consultas de nível superior. Considerando os resultados apresentados no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA do DATASUS, o Hospital de Base superou a meta anual com uma variação de 53%.

Em abril, as novas contratações contribuíram para o aumento da produtividade. Contudo, o mês de menor produção (agosto) reflete a transição do sistema de informação de gestão hospitalar.

Durante o ano, as áreas responsáveis definiram algumas ações para aumentar a sua produção: estratificação do número de consultas por profissional de nível superior; comparação da produção realizada e faturada com a finalidade de propor ações corretivas; atualização da carteira de serviços do hospital; execução dos planos de ação atestados pelas gerências competentes, para subsidiar as decisões estratégicas no atendimento assistencial; e redistribuição dos colaboradores para o melhor aproveitamento do serviço.

C) Análise da CAC

Muitos dos pontos elencados pela contratada nos seus comentários foram requisitados pela CAC. Apesar de o relatório anual afirmar que as ações foram tomadas, nenhuma delas chegou ao conhecimento da Comissão até o final de 2019 (Carteira de serviços, estratificação de consultas, etc...).

A meta quantitativa foi atingida, mas a CAC enxerga como fundamental duas ações:

1. Segregar "Primeiras Consultas" de "Consultas de Retorno" na meta, pois um mesmo paciente pode retornar várias vezes para o segmento do tratamento, ainda mais em áreas de alta complexidade como as que são prestadas na unidade. Assim, ter-se-ia noção do número de pacientes em fila de espera que conseguiram a primeira consulta e o número médio de consultas para que o paciente tenha alta, em cada especialidade.
2. Cruzar os dados de prontuário eletrônico, SIA/SUS e Regulação, para que se possa ter uma noção real do caminho de cada paciente na rede, aliando aspectos do atendimento clínico, faturamento do procedimento e gestão de fila para as especialidades.

Consulta Médica na Atenção Especializada

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	24182	24182	24182	24182	96731	24182	24182	24182	24182	96731	24182	24182	24182	24182	96731	290193
QTD	17707	18858	21455	19297	77317	19350	23085	18365	23273	84073	19059	19740	17904	14941	71644	233034
%	73,22	77,98	88,72	79,80	79,93	80,02	95,46	75,94	96,24	86,91	78,81	81,63	74,04	61,79	74,07	80,30

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
					QUAD					QUAD					QUAD	
META	25875	25875	25875	25875	103502	2587	2587	2587	25875	10350	25875	2587	25875	25875	103502	310507
QTD	19484	22190	19226	22616	83516	2204	1916	2113	17090	79428	18679	2506	16900	14300	74942	237886
%	75,30	85,76	74,30	87,40	80,69	85,19	74,06	81,67	66,05	76,74	72,19	96,86	65,31	55,27	72,41	76,61

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, esse indicador representa as consultas clínicas do profissional médico na Atenção Especializada. No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual estipulada é de 310.507 consultas médicas. Considerando os resultados apresentados no Sistema de Informação Ambulatorial- SIA do DATASUS, o Hospital de Base atingiu 77% da meta anual. No período, foram apuradas 237.886 consultas médicas, sendo, em média, 19.823 consultas por mês. O mês de maior registro foi outubro, que teve um aumento de 26,4% em relação à produção média mensal.

Os resultados apresentam várias oscilações durante o ano. Especificamente, nos meses novembro e dezembro, a produção registrada foi menor em razão do período de férias, recesso e afastamentos legais, sem desconsiderar também a menor procura do serviço pelos usuários. Em uma análise histórica dos dados para o mês de dezembro, observa-se uma tendência para a diminuição de consultas nesse mês. Durante o ano, as áreas responsáveis definiram algumas ações para aumentar a produção: estratificação do número de consultas médicas por especialidade; comparação da produção realizada e faturada com a finalidade de propor ações corretivas; atualização da carteira de serviços do hospital; monitoramento da produtividade; execução dos planos de ação atestados pelas gerências competentes, para subsidiar as decisões estratégicas no atendimento assistencial; e redistribuição dos colaboradores para o melhor aproveitamento do serviço.

C) Análise da CAC

Notou-se uma queda no percentual de cumprimento da meta em relação ao ano de 2018 e uma falta de linearidade no número de consultas ao longo do ano de 2019. O número de consultas médicas ofertadas podem variar por questões sazonais, mas sem um registro fiel da regulação de que as primeiras consultas foram realizadas, não há como se ter certeza a que fator associar o aumento ou a diminuição desta oferta.

No mais, cabem as mesmas observações do item anterior (a meta quantitativa foi atingida, mas a CAC enxerga como fundamental duas ações:

1. Segregar “Primeiras Consultas” de “Consultas de Retorno” na meta, pois um mesmo paciente pode retornar várias vezes para o segmento do tratamento, ainda mais em áreas de alta complexidade como as que são prestadas na unidade. Assim, ter-se-ia noção do número de pacientes em fila de espera que conseguiram a primeira consulta e o número médio de consultas para que o paciente tenha alta, em cada especialidade.
2. Cruzar os dados de prontuário eletrônico, SIA/SUS e Regulação, para que se possa ter uma noção real do caminho de cada paciente na rede, aliando aspectos do atendimento clínico, faturamento do procedimento e gestão de fila para as especialidades.)

Ambulatório - Procedimentos MAC*A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019*

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	265944	265944	265944	265944	106377	265944	265944	265944	265944	106377	265944	265944	265944	265944	106377	3191326
QTD	293594	156973	224365	235885	910817	212677	250602	735374	321194	858010	898784	711024	909496	676154	319544	2088371
% CUMPRIMENTO	110,4	59,02	84,37	88,7	85,62	79,97	94,23	27,65	120,78	80,66	33,8	26,74	34,2	25,42	30,04	65,44

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	231135	231135	231135	231135	924542	231135	231135	231135	231135	924542	231135	231135	231135	231135	924542	2773626
QTD	93051	206103	94318	125251	518723	175244	176695	166201	74364	592504	136594	141583	110376	102340	490893	1602120
% CUMPRIMENTO	40,26	89,17	40,81	54,19	56,11	75,82	76,45	71,91	32,17	64,09	59,1	61,26	47,75	44,28	53,1	57,76

B) Relação dos 10 procedimentos MAC mais realizados no HBDF em 2019

2018

0301060061	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	242.128
0301010072	Consulta Medica em Atenção Especializada	233.034
0202010694	Dosagem de Ureia	89.018
0202020380	Hemograma Completo	88.423
0202010317	Dosagem de Creatinina	87.044
0202010600	Dosagem de Potássio	76.776
0202010473	Dosagem de Glicose	75.518
0202010635	Dosagem de Sódio	71.585
0202010643	Dosagem de Transaminase Glutamico-oxalacetica (tgo)	60.829
0202010201	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	57.458
0202010651	Dosagem de Transaminase Glutamico-piruvica (tgp)	54.482
0202010260	Dosagem de Cloreto	50.517
42° 0305010107	Hemodiálise (máximo 3 Sessões por Semana)	7.983
20° 0301060100	Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	21.220

2019

Consulta Médica em Atenção Especializada 237.886
 Atendimento de Urgência em Atenção Especializada 218.439
 Acolhimento com Classificação de Risco 170.600
 Hemograma Completo 64.001
 Fundoscopia 56.879
 Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto Médico) 49.148
 Dosagem de Creatinina 42.192
 Dosagem de Ureia 39.306
 Dosagem de Transaminase Glutâmico-pirúvica (tgp) 30.777
 Dosagem de Transaminase Glutâmico-oxalacética (tgo) 30.213
 ...
 19) Radioterapia com Acelerador Linear de Fótons e Elétrons (por Campo) 14.493
 38) Atendimento Fisioterapêutico Nas Alterações Motoras 6.980
 41) Hemodiálise (máximo 3 Sessões por Semana) 5.919

C) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

De acordo com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde - MS, a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA são: procedimentos realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas: próteses e órteses; e anestesia.

Por sua vez, o conjunto de procedimentos de alta complexidade requer alta tecnologia e alto custo, com vistas a proporcionar acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção (atenção básica e média complexidade). Há diversas áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes": assistência ao paciente portador de doença renal; assistência ao paciente oncológico; procedimentos de cardiologia intervencionista; procedimentos de neurocirurgia; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; assistência em traumatologia-ortopedia, dentre outras.

Os procedimentos de alta complexidade estão na tabela do SUS (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP). A grande maioria está localizada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS e, em pequena quantidade, no Sistema de Informação Ambulatorial, apresentando impacto financeiro extremamente alto como, por exemplo, os procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

De acordo com o Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual do indicador é de 2.773.626 procedimentos de média e alta complexidade - MAC. Com base nos resultados do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA do DATASUS, o Hospital de Base atingiu 58% da meta

Em 22/08/2019, ocorreu a implantação do sistema MV SOUL Produção, o que pode justificar a queda representativa da produção faturada no mês de agosto. É razoável que a transição do sistema exija uma fase de adaptação e de alinhamento entre os processos internos do hospital, para garantir a confiabilidade e veracidade das informações hospitalares registradas.

Considerando esse contexto, os relatórios estatísticos, gerenciais e painéis emitidos pelo sistema MV estão em fase de validação conjunta com a Superintendência da Tecnologia da Informação e as unidades de produção do hospital. Em razão do desempenho no ano, as áreas responsáveis definiram algumas ações com o propósito de aumentar a produção MAC: a) a sensibilização do corpo clínico e chefes de serviço sobre a importância do registro de informação e manutenção das fichas cadastrais/prontuários adequadamente preenchidos no sistema de informação de gestão hospitalar; b) identificação das principais rejeições e suas causas, propondo ações corretivas para cada inconsistência; c) capacitação da equipe de faturamento e d) liberação ao Núcleo de Faturamento do atesto das OPMEs encaminhadas ao Financeiro, para agilizar o processo de faturamento dentro do mês. Nas equipes assistenciais, algumas iniciativas estão sendo tomadas para evitar as falhas de comunicação e de registro entre os profissionais, dentre elas, a elaboração de planos de contingência e a auditoria em tempo real, realizada pelos agentes de faturamento,

nas áreas críticas. Além disso, tem sido reforçado o monitoramento da rede de computadores local, para que as gerências competentes atuem com prontidão e maior resolubilidade diante dos eventos adversos.

D) Análise da CAC

Houve diminuição no percentual de cumprimento de meta em relação ao ano de 2018, sendo este indicador responsável por atribuir classificação "insuficiente" ao contratado, por estar abaixo de 70% de cumprimento, de acordo com os critérios do contrato. Ressalte-se que a meta pactuada indicador sofreu redução em relação aquela de 2018.

Uma vez mais, a contratada justifica o fato pela implementação do sistema de gestão hospitalar, o que transparece novamente a forma açodada como o sistema foi implantado.

Este indicador contabiliza todos os procedimentos realizados, inclusive as consultas já computadas no item anterior e os exames laboratoriais. Como pode-se perceber pela lista dos 10 procedimentos mais executados considerados para cálculo do indicador, apenas o 19º é "não laboratorial ou diagnóstico". Entende-se que este indicador deveria sofrer também modificações, estabelecendo-se as metas por tipo e complexidade de procedimentos, incluindo principalmente os ps procedimentos necessários para que se mantenham as habilitações frente ao Ministério da Saúde.

A propósito, o item I.VII. (Requisitos Gerais Para A Execução Do Contrato De Gestão) do Anexo II do 3º TA determina que "São condições mínimas necessárias para a execução do Contrato de Gestão pelo HBDF: (...) 17. Manter todas as habilitações e credenciamentos legais existentes", seguida de um rol taxativo das habilitações que já existiam à época da assinatura do Termo.

A CAC requisitou, junto as instâncias da SES/DF, a produção dos procedimentos que o Ministério da Saúde exige como requisito para obtenção e manutenção de algumas das habilitações que estão dispostas no item 17, alínea I-VII, do anexo I do 3º TA.

1. Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, devem realizar, em média, 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade

nº cirurgias 040603 Cardiologia intervencionista

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
PRODUÇÃO	21	13	23	3	9	48	30	49	5	21	36	17	275

2. Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular devem realizar, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade

Cirurgia Vascular

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
PRODUÇÃO	13	10	13	5	5	11	13	27	5	5	2	6	135

3. Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Endovascular Extracardiaca devem realizar, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais de alta

Cirurgia Endovascular

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
PRODUÇÃO	22	19	21	1	10	23	30	33	9	13	23	17	221

4. Os Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia, devem realizar, no mínimo, 60 (sessenta) procedimentos anuais de alta complexidade

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	60
PRODUÇÃO	4	4	7	10	10	21	10	18	3	7	11	11	116

5. O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular realiza, em média, 15 (quinze) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde.

Exclui pediátrico: 18 anos p/ baixo

Obs.: No cálculo desta produção não serão computados os implantes ou trocas de marcapassos.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
PRODUÇÃO	10	10	5	1	1	2	3	5	0	2	9	2	50

6. Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que possui Serviço de Cirurgia Cardiovascular e Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica devendo realizar, em média, 20 (vinte) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 240 (duzentos e quarenta) anuais de alta complexidade, listados no anexo III, em pacientes do Sistema Único de Saúde

nº de Cirurgias Cardiovascular

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
PRODUÇÃO	10	10	5	1	1	2	3	6	0	2	10	2	52

7. O Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica realiza, em média, 10 (dez) atos operatórios mensais ou, no mínimo, 120 (cento e vinte) anuais em alta complexidade

nº de cirurgia cardiovascular pediátrico (até 18 anos)

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
PRODUÇÃO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2

NEURO

1. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia realiza **anualmente**, no mínimo, **150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade**, listados no anexo VII, em pacientes do Sistema Único de Saúde?

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	150
PRODUÇÃO	63	42	62	44	36	49	43	72	19	33	57	-	520

2. Oferta número de exames de **Eletroencefalograma (100/mês)**, em neurologia para cada conjunto de **150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade**, a serem ofertados mediante termo de compromisso firmado com o Gestor Local do SUS?

Nº DE ELETROENCEFALOGRAMAS

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	150
PRODUÇÃO	1	0	0	0	0	0	0	0	7	19	6	-	33

3. Oferta número de exames de Eletroneuromiografia (50/mês), em neurologia para cada conjunto de 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade, a serem ofertados mediante termo de compromisso firmado com o Gestor Local do SUS?

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	150
PRODUÇÃO	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	7

4. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia realiza **anualmente, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) procedimentos de alta complexidade**, listados no anexo VII, em pacientes do Sistema Único de Saúde?

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	150
PRODUÇÃO	63	42	62	44	36	49	43	72	19	33	57	-	520

ORTOPEDIA

1. Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência devem realizar, pelo SUS, consultas gerais em ortopedia, em uma proporção mínima de 15 consultas para cada procedimento cirúrgico.

2501 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

	nº Consultas em Ortopedia	nº de Cirurgias Ortopédicas	Produção Mínima	(%) atingido
RESULTADO	17458	1647	24705	71%

2. Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência devem realizar, pelo SUS, no mínimo, 40 procedimentos de cirurgia de traumatologia e ortopedia, por leito, por ano.

2501 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia

	1-Cirúrgico - ORTOPEDIA	Produção Mínima	nº proc. Cirur. Ortop. (jan a nov 2019)	(%) atingido
RESULTADO	52	2080	1691	81%

3. Os hospitais credenciados como Unidades de Assistência, habilitados para procedimentos de alta complexidade, e os Centros de Referência devem realizar, pelo SUS, no mínimo **12 procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade para cada procedimento de alta complexidade**

Procedimentos de **ALTA COMPLEXIDADE (SUBGRUP: 0408): PARAMETRO 1464; RESULTADO 122 (JAN A NOV)**

Procedimentos de **MÉDIACOMPLEXIDADE (SUBGRUP: 0408): 1569; CONFORMIDADE: 107%**

AVC

Habilitações - 1617- CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGENCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC

§ 2º O controle, a avaliação e a auditoria deverão utilizar como parâmetro a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico e do procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo), devendo a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 **representar até vinte por cento da soma das duas frequências** em cada estabelecimento de saúde habilitado. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 2º)

Quantidade do procedimento: 0303040300 TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO COM USO DE TROMBOLÍTICO, por mês

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
PRODUÇÃO	18	17	20	11	9	12	13	26	8	10	17	14	175

Quantidade do procedimento: 0303040149 TRATAMENTO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO), por mês

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
PRODUÇÃO	72	68	59	44	50	48	47	72	14	39	40	40	593

Oncologia

1.II- Em oncologia clínica, 5.300 procedimentos de quimioterapia

Os procedimentos principais que intitulam a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), considerando os procedimentos quimioterápicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Grupo 03, Subgrupo 04 e Formas de Organização 02 a 07).

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	5.300
PRODUÇÃO	1.671	2.207	2.313	5.468	2.352	2.542	2.484	2.599	2.478	1.705	2.478	2.383	30.680

2. I – 3.000 consultas especializadas/ano;

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	3000
PRODUÇÃO	8.481	10.158	9.057	10.436	10.208	8.854	9.622	8.276	10.724	14.301	9.858	8.495	118.470

III - 600 endoscopias digestivas, colonoscopias e retossigmoidoscopias/ano;

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
META	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	600
PRODUÇÃO	371	451	265	524	548	510	524	487	566	350	361	507	5.464

Pode-se notar, pelos números dos variados índices apontados acima que o HBDF cumpre com folga algumas metas de procedimentos, necessários a manutenção das habilitações, mas fica bastante aquém em outros importantes critérios para habilitações diversas. Isto pode ocasionar advertências por parte do Ministério da Saúde e, eventualmente, levar a perda da habilitação com a correspondente perda do repasse de recursos relativos a mesmo, ocasionando diminuição dos recursos disponíveis para a administração direta custear inclusive o contrato do qual está a analisar agora.

Frise-se que as metas não alcançadas podem ser fruto de falhas em diversos pontos da cadeia de registro do dado ou de inexecução real na prática clínica assistencial. Digno de nota também o fato de que algumas das metas historicamente não eram cumpridas, mesmo antes da existência do IGESDF. Aliás, esse foi um dos motivos pelos quais a administração direta criou o instituto, buscando qualificar aspectos assistenciais e de gestão, e vários aspectos já deveriam estar caminhando melhor após 2 anos de contrato.

Assim, recomenda-se fortemente metas quantitativas contratuais atreladas aos procedimentos necessários a manutenção das habilitações, bem como metas de primeiras consultas nas variadas especialidades médicas e não médicas vinculadas a relatório de regulação, por parte do complexo regulador do DF

Atendimento a Urgência e Emergência Hospitalares;

Atendimento de Urgência na Atenção Especializada

A) Quadro Comparativo mensal / anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
META	17203	17203	17203	17203	68815	17203	17203	17203	17203	68815	17203	17203	17203	17203	68815	206446
QTD	18483	16537	19693	15722	70435	16187	24782	16617	27306	84892	25112	17493	19961	24235	86801	242128
%	107,44	96,13	114,47	91,39	102,3	94,09	144,0	96,59	158,73	123,36	145,9	101,69	116,03	140,88	126,14	117,28
CUMPRIME					5		6					7				
NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º	MAI	JUN	JUL	AGO	2º	SET	OUT	NOV	DEZ	3º	TOTAL
					QUAD					QUAD					QUAD	
META	18408	18408	18408	18408	73632	1840	1840	1840	18408	73632	18408	1840	18408	18408	73632	220897
QTD	22686	26600	22335	24870	96491	2324	1822	1892	13010	73407	11109	1524	11265	10920	48541	218439
%	123,24	144,5	121,33	135,10	131,04	126,3	98,99	102,8	70,68	99,69	60,35	82,83	61,20	59,32	65,92	98,89
CUMPRIME		0				0		1								
NTO																

C) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, esse indicador consiste nas consultas médicas/odontológicas realizadas em unidades hospitalares ou em outros estabelecimentos de atendimento às urgências, prontos socorros especializados e/ou serviços de atenção às urgências.

No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta de produção anual definida é de 220.897 atendimentos de urgência. No período avaliado, os dados extraídos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do DATASUS comprovaram que o Hospital de Base atingiu 99% da meta estimada. A implantação do novo sistema

de informação (MV SOUL Produção), no dia 22/08/2019, proporcionou queda da produção faturada em agosto, mantendo resultados lineares nos meses subsequentes. É notório que a transição do sistema impactou a produtividade dos últimos meses. Nesse sentido, é importante considerar a fase de adaptação e de alinhamento entre os processos internos do hospital, para garantir a confiabilidade e veracidade das informações hospitalares registradas.

As oscilações da série histórica estão relacionadas à procura espontânea do atendimento de urgência, que representa uma necessidade momentânea do usuário. Por essa razão, o monitoramento desse indicador visa compreender as dinâmicas que envolvem a demanda espontânea e reorganizar o processo de trabalho, constituindo um modelo assistencial efetivo e coerente com a realidade atual de produção e o perfil de atendimento hospitalar. Além disso, o atendimento de porta do hospital tem cumprido com os requisitos de tratamento 24 horas por dia, de forma humanizada e acolhedora com o provimento de camas e lençóis, refeições de qualidade, roupas e equipes qualificadas. Todavia, a absorção da demanda da rede pública de saúde do Distrito Federal pode causar queda na qualidade dos serviços prestados, exigindo processos de limpeza, de transporte de pacientes, bem como um sistema automatizado no pronto-socorro- PS.

Em relação ao sistema automatizado, foi realizado um projeto por uma empresa de consultoria contratada pelo IGESDF, cujo foco foi a frente de transformação do PS. No projeto, foram propostas e implementadas várias soluções de melhoria no serviço de urgência e emergência: organização de rotinas da equipe de enfermagem; padronização da documentação nos postos; atualização dos protocolos; especialização de equipes em intervenções imediatas aos pacientes graves/agudos; reestruturação da ferramenta KANBAN; dashboard do tempo de permanência; e implantação do Núcleo Interno de Regulação – NIR no PS com o propósito de discutir todas as pendências e o tempo médio de permanência.

Vale ressaltar que o hospital obteve vários ganhos com essas soluções que, posteriormente, incentivaram a implantação de um novo projeto nas enfermarias do hospital com foco na frente de aprimoramento da internação. Outro ponto a ser destacado é o Projeto Humanizar, implantado em 19/11/2020, que disponibiliza pessoas capacitadas e de perfil específico, para realizar o atendimento ao público de forma humanizada e acolhedora. Inicialmente, o projeto é desenvolvido nas unidades sob gestão do IGESDF, podendo se expandir para outros estabelecimentos da Secretaria de Saúde. Por fim, o Hospital de Base possui perfil de atendimento terciário, sendo suporte da rede 24 horas às demandas especializadas. Por exemplo, o número de pareceres da unidade de Neurocirurgia impacta significativamente no atendimento de porta.

D) Análise da CAC

O indicador sofreu uma queda no percentual de cumprimento, em relação a 2018. Ainda assim, foi o suficiente para atingir a nota máxima no quesito.

Mais uma vez, a contratada ressalta a implementação do novo sistema como causa para queda de produção, e cabem aqui os mesmos comentários já feitos em itens anteriores. Louvável o projeto de humanização indicado nos comentários, mas não se nota relevância prática desta iniciativa na melhora ou piora do indicador.

Cabe aqui também os comentários feitos para o indicador de cirurgias não programadas, (o acompanhamento deste índice é de relevante importância principalmente para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), dado que o hospital é referência em politraumatismos e procedimentos neurológicos de alta complexidades. Desta feita, o controle deste indicador refletiria alguns aspectos da rede assistencial, como resolubilidade dos níveis mais baixos de atenção a saúde e integralidade e continuidade do cuidado da mesma.). Seria de extrema relevância avaliar de onde provem os atendimentos de urgência, seu grau de complexidade e se houve prosseguimento do atendimento na rede, garantindo a continuidade do cuidado.

QUADRO SÍNTESE METAS QUANTITATIVAS COM NOTA FINAL DE CADA INDICADOR

INDICADOR	META	RESULTADO	% CUMPRIMENTO	NOTA
Internações Cirúrgicas	10.267	9923	96,65%	10
Internações Clínicas	16.741	14038	83,85%	9
Cirurgias Totais	9.922	11.624	117,15%	10
Cirurgias Programadas	5.744	7.129	124,11%	10
Consultas de Profissional de Nível Superior	32.106	49.148	153,78%	10

Consulta Médicas na Atenção Especializada	310.507	237.886	76,61%	8
Ambulatório – Procedimentos – MAC	2.773.626	1.602.120	57,76%	0
Atendimentos de Urgência na Atenção Especializada	220.897	218.439	98,89%	10
<u>Número de vagas ofertadas em Programa de Residência Uni e Multiprofissionais</u>	147	156		10
<u>Número de vagas ofertadas em Programa de Residência Médica</u>	124	127		10

Ensino, Pesquisa e Residência Médica

Número de vagas ofertadas em Programa de Residência Uni e Multiprofissionais: Meta: 147

Número de vagas ofertadas em Programa de Residência Médica: Meta: 124

O número de vagas de residência também é considerado pelo 3º TA como um dos componentes para o conceito da contratada. O órgão que controla, neste momento, a oferta de vagas de residência no âmbito da SES/DF é a FEPECS. O 3º TA inovou em relação ao contrato anterior, ao atribuir à SES/DF todos os custos com os procedimentos de organização e seleção dos residentes, além da alimentação dos residentes e da remuneração dos preceptores e tutores, aspecto já abordado e considerado indevido pela CAC no Relatório do 2º Quadrimestre de 2019.

Some-se a isso o fato de que o contratado inaugurou um programa de residência multidisciplinar próprio, independente dos cenários já existentes e imputados à SES/DF. Faz-se portanto necessário segregar ambas as informações quanto a oferta de vagas, os custos quanto a essa seleção e a estes residentes. Também sugere-se que a aprovação de novos programas de residência próprios da instituição deva ser aprovado pela administração direta, uma vez que os custos irão onerar o repasse realizada mensalmente pela SES/DF.

Em termos de oferta de vagas de residência, a FEPECS informou que o HBDF/IGESDF ofertou as vagas no número pactuado tanto nas residências multiprofissionais quanto nas médicas. Nas multiprofissionais, o IGESDF não ofertou as vagas na especialidade cardiologia para enfermagem, nutrição e psicologia, mas compensou ofertando na multiprofissional saúde do idoso em psicologia (4 vagas) e 10 vagas a mais em enfermagem em centro cirúrgico. Nos programas de residência médica, o HBDF ofertou 2 vagas a mais na especialidade medicina intensiva pediátrica (4 vagas) e 1 a mais na endoscopia respiratória I. Porém, ofertou 1 vaga a menos na cirurgia torácica (1 vaga, ao invés de 2)

III) DESEMPENHO (Qualitativas)

COMENTÁRIO SOBRE A NATUREZA DAS METAS DE DESEMPENHO

Segundo o contrato 001/2018 e o 3º TA, as **metas e indicadores de desempenho** são “divididos em duas categorias: de produtividade; e de efetividade e qualidade”. Continua o texto do anexo “Os indicadores e metas de **produtividade** aferem a capacidade de resposta e a eficiência dos processos da unidade. Os indicadores de **efetividade e qualidade** estão relacionados: à qualidade da assistência e à segurança do paciente; à qualidade da gestão da unidade; e suas consequências (efeitos) sobre os públicos interno (colaboradores) e externo (usuários dos serviços).”

Por definição, variáveis do tipo categóricas só podem ser avaliadas por critérios dicotômicos, e não como percentual de cumprimento de meta. Desta feita, considerou-se para fins de avaliação e atribuição de conceito se a contratada atingiu ou não a meta. Se atingiu, atribui-se a nota máxima (10). Se não atingiu, atribui-se o conceito nulo (0).

No comparativo entre as metas estabelecidas no contrato 001/2018 e no 3º TA, nota-se que houve diminuição das metas dos indicadores IRLH-ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES e TAXA DE FATURAMENTO HOSPITALAR, como demonstrado no quadro abaixo. Da mesma forma que, como já citado, não houve memória de cálculo a justificar o aumento linear das metas quantitativas, também não houve maiores explicações no contrato acerca das reduções das metas.

III.I) Quadro Síntese: Comparativo 2018 x 2019 (Contrato 001/2018 e 3º TA – a partir de maio de 2019)

	INDICADORES	META 2018	META 2019	VARIAÇÃO PERCENTUAL
1	TOH-TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	>86%	>86%	—
2	MPH- MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DIAS)	<14	<14	—
3	IIS-ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO (DIAS)	<2	<2	—
4	IRLH-ÍNDICE DE RENOVAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES (PACIENTE POR LEITO/MÊS)	>3,65	> 2,22	-39%
5	TAXA DE ABSENTEÍSMO	<6%	<6%	—
6	PERCENTUAL DE OCORRÊNCIA DE GLOSAS NO SIH	<1%	<1%	—
7	PERCENTUAL DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS PROGRAMADAS	<15%	—	—
8	TAXA DE FATURAMENTO HOSPITALAR	>90%	>80%	-11%

III.II) RESULTADOS

QUADRO SÍNTESE METAS / RESULTADOS 2018

	INDICADORES	META 2018	RESULTADO	NOTA
1	TOH-TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	>86%	89,38%	10
2	MPH- MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	<14	13,44	10

QTD	10,5	10	10,7	10,7		10,2	11	10,2	9,2		10,3	10,1	10,8	10,5
%														
CUMPRIMENTO														

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Esse indicador relaciona o total de pacientes-dia com o total de saídas (altas, transferências externas, evasões e ou óbitos) em determinado período, resultando no tempo de permanência dos pacientes internados nos leitos hospitalares. Cabe destacar que esse indicador apresenta a seguinte polaridade: "quanto menor, melhor". Desse modo, pode-se constatar que a meta do Contrato de Gestão "< 14 dias" (menor que quatorze dias) foi alcançada em todos os meses do ano.

O indicador mostra resultados lineares, que estão na faixa de 9 a 11 dias de tempo de permanência. Ressalta-se que a média de permanência está relacionada ao perfil de gravidade do paciente, demandas sociais/judiciais e falta de leitos nos hospitais regionais.

No mais, a equipe multiprofissional trabalha intensamente para desospitalizar os pacientes com segurança, executando rounds diários, visitas multiprofissionais e resolução das pendências do plano terapêutico.

Para a redução do tempo de permanência, se destacam algumas ações nas unidades de internação: estruturação do plano terapêutico para o melhor direcionamento na rotina do enfermeiro; implantação de bundles com o objetivo de reduzir as taxas de infecção; contratação de assistente social e celeridade do núcleo de regulação no agendamento dos exames prioritários.

C) Análise da CAC

O perfil de complexidade da unidade demanda uma meta de tempo de permanência adequada para este perfil, e o HBDF mais uma vez cumpriu a meta estabelecida. Sugere-se a revisão da mesma, visando a um melhor aproveitamento dos recursos presentes no hospital.

Índice de Intervalo de Substituição(dias) – I.I.S

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2
QTD	1,36	2,6	2,4	2,7	1,84	2,6	0,8	0,8	0,61	1,2	0,81	0,45	1,89	2	1,28	1,44
%																
CUMPRIMENTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2	<2
QTD	2,2	1,6	1,3	1,1	1,55	2	1,8	1,6	1,6	1,75	1,1	1,1	1,8	2,1	1,53	1,6
%																
CUMPRIMENTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O indicador reflete o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Nesse sentido, o índice de intervalo de substituição faz a relação da taxa de ocupação hospitalar com a média de permanência.

Esse índice apresenta a seguinte polaridade: "quanto menor, melhor". Logo, pode-se observar que a meta do Contrato "<2 dias" (menor que dois dias) foi alcançada no ano. Considerando a média mensal, o resultado do indicador foi de 1,6 dias, atingindo a meta em 20% abaixo do valor limite.

Os bons resultados do indicador decorrem da comunicação efetiva entre a equipe médica, a equipe de enfermagem e a gestão de leitos.

Ambas as equipes sinalizam rapidamente à gestão de leitos em relação aos leitos vagos, pacientes de alta na UTI e pacientes que estão nasala de recuperação pós-anestésica- SRPA já liberados para as enfermarias. A comunicação eficiente proporciona maior celeridade nos processos internos e otimiza o serviço de internação com um todo.

C) Análise da CAC

O indicador de fato cumpriu a meta estabelecida no contrato. Mas deve um resultado inferior ao obtido no ano de 2018, tornando evidente que mesmo com as melhorias apontadas pela contratada, é possível que se obtenha desempenhos melhores que o obtido em 2019. Sugere-se revisão da meta, com base na média obtida nos dois últimos anos pelo contratado.

Índice de Renovação de Leitos Hospitalares (pacientes) – I.R.L.H

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	>3, 65	>3, 65	>3,6 5	>3,6 5	>3,6 5	>3,6 5	>3, 65	>3, 65	>3,6 5	>3,6 5	>3, 65	>3,6 5	>3,6 5	>3,6 5	>3, 65	>3,65
QTD %	1,93	1,6	1,84	1,8	1,79	1,9	2	2	2,3	2,05	2,2	2,4	2,2	2	2,2	2,01
CUMPRIME NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	>2, 22	>2, 22	>2,2 2	>2,2 2	>2,2 2	>2,2 2	>2, 22	>2, 22	>2,2 2	>2,2 2	>2, 22	>2,2 2	>2,2 2	>2,2 2	>2, 22	>2,22
QTD %	2,3	2,3	2,4	2,5	2,37	2,6	2,3	2,6	2,9	2,6	2,6	2,8	2,4	2,5	2,57	2,51
CUMPRIME NTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O índice de renovação de leitos é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no hospital e o número de leitos hospitalares operacionais, no período. Desse modo, o indicador reflete a utilização do leito hospitalar e a resolubilidade do tratamento.

Esse indicador apresenta a seguinte polaridade: "quanto maior, melhor". Logo, a meta do Contrato ">2,22" (maior que dois pacientes por leito por mês) foi alcançada em todos os meses do ano.

A Figura 19 mostra bons resultados no período. Evidentemente, o que melhora o índice de renovação de leitos é a redução da média de permanência.

Quanto maior for o giro de leitos, mais pacientes serão atendidos com a mesma quantidade de recursos e, consequentemente, mais cirurgias também poderão ser realizadas.

Para acompanhar esse indicador e a sua relação com a média de permanência, é necessário o mapeamento do fluxo de entrada e alta do paciente com o propósito de agilizar o início do tratamento, melhor conduzir o paciente à alta e propor melhorias contínuas na unidade de internação.

Com a implantação da ferramenta de monitoramento do censo diário nas enfermarias, ocorreu um controle maior da movimentação dos pacientes internados, contribuindo para uma gestão mais eficiente e uma tomada de decisão assertiva no serviço de internação hospitalar.

De todo modo, alguns fatores impedem resultados maiores para esse indicador, tendo em vista que o hospital recebe uma quantidade elevada de pacientes em situação de rua.

A regulação se torna mais complexa para esses pacientes em razão de não possuírem endereço fixo, devido às suas complexidades patológicas, bem como os problemas sociais e administrativos: vagas em abrigo e casa de passagem; vagas reservadas para contra-referência; pendências de exames externos, serviço do núcleo de internação domiciliar - NRAD. dentre outros.

C) Análise da CAC

O contratado atingiu a meta avençada em contrato. Note-se que esta meta sofreu redução significativo no 3º TA em relação ao contrato nº 001/2018, dando condições para que o contratado superasse a meta que, se fosse aquela pactuada anteriormente, não teria novamente sido cumprida.

Quanto os problemas apontados pela contratada, é fundamental que a rede se coordene para que a população em situação de rua seja acolhida pelas Unidades Básicas de Saúde ou pelos Hospitais Regionais, para que não sobrearregue a demanda do HBDF, obviamente se a demanda envolver procedimentos de baixa complexidade.

O mesmo vale para a continuidade do cuidado após resolução da demanda na complexidade do HBDF. Fundamental ressaltar que a responsabilidade para articulação da rede também recai sobre o contratado, dado o papel importante que as unidades sobre sua gestão exercem na rede SES/DF

Taxa de Absenteísmo

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6
QTD	6,2%	6,1%	8,4%	8,44	6,81%	4,65	4,5	3,19	3,54	3,09	7,31	4,16	-	-	5,73	5,21
% CUMPRIMENTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUAD	TOTAL
META	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6	<6
QTD	3,6%	3,4%	4,25%	4,2%	3,86%	4,1	3,8	3,65	3,35	3,77	2,8%	2,75	2,75	2	2,57	3,4
% CUMPRIMENTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

A taxa de absenteísmo é a relação entre o total de horas ausentes da força de trabalho do hospital e o total de horas contratadas ou cedidas da força de trabalho, multiplicado por cem. Vale destacar que esse indicador apresenta a polaridade "quanto menor, melhor". As figuras 14 e 15 mostram a taxa de absenteísmo separada por nível de contratação: pessoal próprio (regime celetista) e pessoal da SES/DF cedido ao IGESDF (regime estatutário).

De acordo com o Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual desse indicador é "< 6%" (menor que seis por cento), sendo o dado apurado pelo Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho - SESMT do IGESDF e pela Subsecretaria de Gestão de Pessoas da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.

Conforme a Figura 19, em média, a taxa de absenteísmo do pessoal próprio por mês foi de 1,34%, atingindo a meta com 4,7 pontos percentuais abaixo do valor máximo. Foi identificado um maior absenteísmo do pessoal próprio no mês de maio e uma menor taxa no mês de dezembro.

De acordo com a Figura 20, o indicador obteve uma média mensal de 5,42%, atingindo a meta com 0,5 pontos percentuais abaixo do valor limite. No período de março a junho, a taxa se manteve acima do valor máximo e só começou a apresentar resultados menores a partir do segundo semestre, devido ao retorno dos servidores estatutários à SES/DF, comprometendo no período a força de trabalho na área financeira do IGESDF.

C) Análise da CAC

A contratada segrega os dados dos quadros de pessoal próprio e de pessoal estatutário (cedido), o que não está estabelecido no contrato. Assim, a CAC calculou a média mensal dos dois quadros, a partir dos dados fornecidos pela contratada.

O resultado do indicador foi alcançado, o que indica uma boa gestão de RH da contratada. Ressalte-se que o maior percentual de absenteísmo atribuído ao quadro de pessoal cedido tem sua origem provável no tempo de vínculo do servidor com a administração pública, impactando na sua saúde e motivação para o trabalho, em contraste com o pouco tempo de relação de trabalho do contratado direto.

Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
QTD %	0,5%	0,05%	0,7%	0,77	0,5	0,3%	0,3%	1,2%	0,8%	0,35%	0,7%	0,5%	1,4%	-	0,86	0,57
CUMPRIME NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
QTD %	-	1,2	0,9	1,0	1,03	1,5	2,7	0,3	0,6	1,275	1,5	0,9	0,9	2,2	1,38	1,22
CUMPRIME NTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O indicador mensura a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo sistema. Dessa forma, o percentual de ocorrência de glosas possui a seguinte polaridade: "quanto menor, melhor". No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual estimada para esse indicador é "< 1%" (menor que um por cento), cujos resultados são apurados pela gerência de faturamento.

Na análise de resultado desse indicador, deve-se considerar o prazo de 90 dias, para o envio das contas auditadas pelas unidades de saúde que, significativamente, impacta no processo de faturamento hospitalar como um todo.

Conforme a Figura 21, em média, o percentual de ocorrências de glosas no SIH por mês foi de 1,14%, com 0,14 pontos percentuais acima do valor máximo da meta anual. O melhor resultado do indicador foi apurado em julho, que ficou 0,7 pontos percentuais abaixo do valor limite. Contudo, os meses junho e dezembro demonstraram maior quantidade de glosas.

Majoritariamente, os picos ao longo do ano decorrem da sobreposição das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, no mesmo período. Essas sobreposições acontecem quando o usuário utiliza duas unidades de saúde ao mesmo tempo, em razão de uma dessas não registrara alta do paciente no sistema de informação, no momento da sua transferência a outro estabelecimento. Desse modo, o Hospital de Base recebe o paciente, sem o registro da sua alta no sistema pela unidade de saúde anterior, ocasionando as glosas no SIH.

Além disso, algumas contas de agravo de notificação compulsória- ANC ficam bloqueadas para análise técnica da vigilância epidemiológica, gerando glosas e retardando o processo de faturamento.

No HBDF, é feito o tratamento das AIHs no sistema SISHD2, que faz uma prévia das contas enviadas e aponta as possíveis glosas. Esse sistema é do Ministério da Saúde e tem como foco antecipar a identificação das inconsistências que rejeitarão as AIHs. Certamente, isso aumenta a resolubilidade do hospital no processamento das críticas, corrigindo aproximadamente 0,2% das glosas identificadas previamente pelo sistema. Não menos importante, o setor de faturamento tem realizado algumas ações para reduzir a quantidade de glosas no sistema de informação hospitalar, bem como agilizar o processo de faturamento: acompanhamento regular dos motivos das glosas; identificação e

sinalização das principais inconsistências aos profissionais responsáveis; correção das glosas em tempo oportuno; criação do manual de normas e rotinas pelo setor de faturamento e capacitação da equipe de faturamento.

C) Análise da CAC

A contratada não atingiu a meta pactuada, evidenciado uma piora considerável em relação ao índice obtido em 2018. As justificativas do aumento apresentada pela contratada são plausíveis e realmente acontecem, mas não poderiam prejudicar o cumprimento da meta.

Sugere-se uma forte articulação e constante contato entre a administração direta e a contratada para que se resolvam os problemas, para que os recursos provenientes da União possam retornar aos cofres do ente estadual, de acordo com o serviço prestado pelo SUS distrital.

Tempo de Faturamento Hospitalar

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90 %	>90%
QTD %	62,15%	28,3%	34,86%	30,41	38,93	68,47%	47,97	46,9%	65,2	57,12%	68,5%	69,2%	63,65%	-	67,11	54,38
CUMPRIME NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80 %	>80%
QTD %	50,3%	45,25%	60,45%	60,65%	54,16%	53,25%	54,3%	53,25%	69,6%	57,6%	60,4%	58,3	54,2%	63,1%	59%	56,92%
CUMPRIME NTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O tempo de faturamento hospitalar mede o percentual faturado e/ou informado para cobrança dentro do período corrente em relação ao total de procedimentos faturados dentro da competência. No Terceiro Termo Aditivo do Contrato de Gestão nº 001/2018 SES-DF, a meta anual do indicador é "> 80%" (maior que oitenta por cento), sendo os resultados extraídos da plataforma "dbSaúde", disponibilizada pela empresa Numb3rs Analytics.

O indicador é analisado separadamente de acordo com a sua natureza: hospitalar e ambulatorial, representando a quantidade física da produção processada dentro mês.

A fim de garantir a confiabilidade e veracidade das informações hospitalares, foi feita uma revisão de todos os dados apurados no ano 2019.

Essa revisão corroborou na atualização da série histórica do período que, em relatórios anteriores, demonstravam o proporcional financeiro do tempo de faturamento.

(...) em média, o tempo de faturamento ambulatorial por mês foi de 23,47%, sendo agosto o mês de maior tempo. Tendo em vista os resultados obtidos no período, a gerência de faturamento realizou algumas ações, para aumentar o tempo de faturamento hospitalar: avaliação das inconsistências identificadas, com a definição das ações corretivas; revisão do CNES e capacitação da equipe de faturamento.

(...) em média, o tempo de faturamento ambulatorial foi de 90,34%, superando a meta anual em 10,34 pontos percentuais. Os meses setembro, novembro e dezembro obtiveram os melhores resultados, sendo apurado 100% de tempo de faturamento em setembro. Nesses meses, praticamente, toda produção realizada foi processada dentro da competência, confirmando a celeridade do processo de faturamento ambulatorial.

C) Análise da CAC

Novamente, a contratada realiza sua análise segregando dados ambulatoriais e hospitalares, o que não tem previsão contratual. Assim, a CAC calculou a média mensal entre os índices informados pela contratada. Neste sentido, os 56,92% de média do indicador não atingiu a meta pactuada, apresentando sensível melhora em relação ao índice obtido em 2018.

Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas

A) Quadro Comparativo Anual de produção e cumprimento de metas 2018 / 2019

2018

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15 %	>15%
QTD %	39,2%	36,9%	29%	32%	34,27	28%	28	42%	33	32,75%	26%	29%	23%	29%	26,75	31,25%
CUMPRIME NTO																

2019

	JAN	FEV	MAR	ABR	1º QUAD	MAI	JUN	JUL	AGO	2º QUA D	SET	OUT	NOV	DEZ	3º QUA D	TOTAL
META	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QTD %	23%	27%	25%	24%	24,75	27%	24%	25%	26%	25,5%	23%	24%	22%	28%	24,25	24,83%
CUMPRIME NTO																

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

O indicador mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas em relação ao total de cirurgias agendadas no período.

É razoável esperar um percentual de suspensão maior no hospital de referência em trauma da rede de saúde, pois possui um grande número de cirurgias não programadas (urgências e emergências). Para efeito de cálculo do indicador, são desconsideradas as cirurgias suspensas por absenteísmo e recusa do paciente.

A fim de garantir a confiabilidade e veracidade das informações hospitalares, a unidade do centro cirúrgico realizou a revisão da série histórica do ano 2019, fazendo uma minuciosa conferência das fichas cirúrgicas de cada paciente e da base de dados alimentada pela área. Essa revisão corroborou na atualização dos resultados mensais apurados durante o ano. De acordo com a figura 24, em média, o percentual de suspensão de cirurgias por mês foi de 24,83%. Os meses de maior suspensão foram fevereiro, maio e dezembro que, respectivamente, ficaram 2,17 e 3,17 pontos percentuais acima da média.

Algumas questões inferem nos resultados do indicador: as complicações dos pacientes da unidade do centro cirúrgico e o perfil Hospital de Ensino assumido pelo HBDF.

É compreensível que uma cirurgia realizada com a presença de médicos residentes demore mais tempo que uma cirurgia realizada por staffs profissionais treinados, impactando na fila de cirurgias como um todo.

Contudo, isso se faz necessário, pois o hospital de base também é campo de aprendizado prático e de especialização para diversos programas de residência. Tais programas buscam incrementar a formação do profissional e, simultaneamente, melhorar a qualidade de atendimento da população.

Os dados apresentados foram extraídos da base de dados atestada pela chefia do centro cirúrgico. Contudo, alguns painéis e relatórios gerenciais estão em desenvolvimento pela Superintendência de Tecnologia de Informação e visam o monitoramento desse indicador em tempo real.

C) Análise da CAC

Esse foi um dos indicadores que, sem maiores explicações, teve a meta retirada do 3º TA. Nota-se que o valor obtido neste ano foi menor daquele obtido no ano de 2018.

Em que pese as questões colocadas pela contratada, acerca do HBDF ser cenário de prática em residência, esse fator foi considerado a partir da análise da série histórica para

estabelecimento da meta quando da assinatura do contrato 001/2018. Portanto, não pode ser considerado como justificativa.

No mais, sugere-se que esta meta retorne ao termos do contrato, por meio de novo termo aditivo.

III.IV INDICADORES “A SEREM MONITORADOS” em 2019

O contrato 001/2018 estabelecia alguns indicadores a serem observados no ano de 2018, sem ter estabelecido metas específicas para cada um deles. O 3º TA repetiu a mesma estratégia e acrescentou o “Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas” aos indicadores a serem apenas monitorados, suprimindo a meta, que estava presente no contrato original. Frise-se que, novamente, em nenhuma parte do contrato há justificativa para que se tenha executado tal manobra.

Ademais, importante salientar que o suposto intuito do contrato original para estabelecer acompanhamento de indicadores sem que se estabelecessem metas seria colher parâmetros durante o ano de 2018 para, no contrato seguinte, traçar as metas. Isto não aconteceu no corpo ou nos anexos do 3º TA.

Como o contrato determina que “ser apurados mensalmente e reportados nos Relatórios de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão”, a CAC elencará os resultados relatados pela contratada no seu relatório anual.

Índice de Satisfação do Usuário Atendido(Pacientes e Acompanhantes)

A contratada justifica que já firmou contrato com empresa especializada mas a pesquisa não havia sido realizada até o final de 2019. A satisfação do usuário é um dos principais indicadores para mensurar a efetividade na prestação da política pública no âmbito da administração direta e entende-se que deva haver questionamento constante para que a contratada execute a pesquisa.

Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

A contratada justifica a ausência de dados pela transição no sistema de gestão hospitalar. Mais uma vez, importante ratificar a necessidade de que haja dados do indicador e que eles possam ser acompanhados pelas instâncias técnicas assistenciais da administração direta.

Taxa de infecção de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas

A contratada ressalta e a CAC ratifica que este indicador depende da complexidade do procedimento e da gravidade do paciente atendido na unidade de saúde. A CAC ressalta a necessidade de estabelecimento de metas para este indicador.

Taxa de Infecção Hospitalar

Este indicador depende fundamentalmente do treinamento constante da equipe assistencial frente ao perfil de procedimentos da unidade. A CAC ressalta a necessidade de estabelecimento de metas para este indicador e que ele possa ser acompanhado pelas instâncias técnicas assistenciais da administração direta.

Taxa de Mortalidade Hospitalar(Institucional)

Louvável que a contratada tenha apontado as especialidades médicas responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade frente a média da unidade. Isto colabora para a gestão interna e para a interpretação dos resultados obtidos pelo indicador.

Sugere-se que sejam estabelecidas metas por especialidade médica, considerando as 5 com maiores percentuais como citadas no relatório da contratada.

Readmissão Hospitalar

A contratada justifica a ausência de dados pela transição no sistema de gestão hospitalar. Novamente, ratifica-se a necessidade de que haja dados do indicador e que eles possam ser acompanhados pelas instâncias técnicas assistenciais da administração direta.

Taxa de Abastecimento de Medicamentos Taxa de Abastecimento de Materiais Médicos e Hospitalares Taxa de Abastecimento de OPME

A mesma justificativa é apresentada pela contratada nos 3 indicadores, recaindo sobre o desenvolvimento de painéis que ainda será executado. Novamente e CAC ressalta a necessidade de estabelecimento de metas para este indicador e que ele possa ser acompanhado pelas instâncias técnicas assistenciais da administração direta.

IV) PLANO DE AÇÃO E MELHORIAS

1. Implantação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS)

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Em dezembro/2019, a implantação do PCCS estava em fase de análise, para posterior aprovação e implementação. Em fevereiro de 2020, o PCCS foi aprovado pelo Conselho de Administração do IGESDF e será implantado de acordo com a disponibilidade orçamentária. A primeira onda de implantação será a tabela de livre nomeação, com o propósito de viabilizar a implementação da estrutura organizacional.

C) Análise da CAC

Em que pese os comentários da contratada, até o final de 2019 a meta não havia sido cumprida, resultando na atribuição de nota 0 no item.

2. Obter Acreditação ONA I

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Foi instituído o Comitê Deliberativo do Projeto composto por: Vice-Presidente, Diretores de Administração, Logística, Atenção à Saúde e Ensino, Pesquisa e Inovação, Superintendente de Saúde do HB e Gerência de Qualidade e Riscos. Este com reuniões mensais, para acompanhamento e deliberação dos pontos críticos do projeto. Também são realizadas reuniões quinzenais com os diretores responsáveis para o monitoramento das etapas.

C) Análise da CAC

Em que pese os comentários da contratada, até o final de 2019 a meta não havia sido cumprida. O prazo avençado em contrato é novembro de 2020, portanto esta ação será desconsiderada do cálculo da nota no atual relatório.

3. Concluir a reforma do Bloco Administrativo, adequando à arquitetura organizacional do HOSPITAL DE BASE - Convênio celebrado entre a SES-DF e a Caixa Econômica Federal

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

A empresa responsável pela obra de reforma (ENGEMIL) solicitou a rescisão amigável do contrato atual, que está sendo analisado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

C) Análise da CAC

Em que pese os comentários da contratada, até o final de 2019 a meta não havia sido cumprida. O prazo avençado em contrato é novembro de 2020, portanto esta ação será desconsiderada do cálculo da nota no atual relatório.

4. Instalação do aparelho de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET Scan)

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Entre os dias 20 e 22 de novembro de 2019, a área técnica do Núcleo de Medicina Nuclear – NUMEN foi transferida para a Ala 2 do Ambulatório do HBDF, a fim de iniciar a reforma do NUMEN e posterior instalação do aparelho. A área Técnica enviou o processo de solicitação para padronização dos insumos necessários da operação à Comissão de Padronização, no dia 02/01/2020 (fármacos, radiofármacos, moléculas marcadas, radioisótopos puros), no dia 15/01/2020 (fontes radioativas) e no dia 27/01/2020 (equipamentos). Os processos de compras mais impactantes na Solicitação de Autorização de Operação (equipamentos e bancada da radiofarmácia) serão iniciados em conjunto com os processos de padronização, para reduzir os riscos de atrasos nas aquisições e, conseqüentemente, na possibilidade de solicitar a Autorização de Operação.

C) Análise da CAC

Em que pese os comentários da contratada, até o final de 2019 a meta não havia sido cumprida, resultando na atribuição de nota 0 no item.

Digno de nota e elogios os esforços envidados para o cumprimento da meta, entende-se que a mesma deva ser repactuada nos próximos aditivos.

5. Transferência da farmácia ambulatorial HBDF para outra localidade

B) Comentários da Contratada em seu Relatório Anual

Desde o último quadrimestre de 2019, estão sendo feitas tratativas junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal para a transferência da Farmácia Ambulatorial, sendo que, até o fechamento do relatório, não tinha sido definido o local para a transferência.

C) Análise da CAC

Em que pese os comentários da contratada, até o final de 2019 a meta não havia sido cumprida, resultando na atribuição de nota 0 no item.

Espera-se que a meta seja repactuada de acordo com tratativas citadas, junto a administração direta.

QUADRO SÍNTESE METAS DO PLANO DE AÇÃO E MELHORIAS

	INDICADORES	RESULTADO	NOTA
1	Implantação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS)	NÃO	0
2	Obter Acreditação ONA I	N/A	N/A
3	Concluir a reforma do Bloco Administrativo, adequando à arquitetura organizacional do HOSPITAL DE BASE - Convênio celebrado entre a SES-DF e a Caixa Econômica Federal	N/A	N/A
4	Instalação do aparelho de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET Scan)	NÃO	0
5	Transferência da farmácia ambulatorial HBDF para outra localidade	NÃO	0

Do Item IV do Anexo I - Acompanhamento e Avaliação

Critérios e Parâmetros de Avaliação

1. Objeto de pactuação/Peso

Metas de Produção 65%

Indicadores e Metas de Desempenho 25%

Metas do Plano de Ação e Melhoria 15%

Total 100

2. Resultado obtido / Nota atribuída (Metas de Produção – Item II.II - e Desempenho - II.III)

> 90% até 100% 10
 > 80% até 89% 9
 > 70% até 79% 8
 > 60% até 69% 7
 Abaixo de 60% 0

3. Para cada meta do plano de ação e melhoria do HBDF será atribuída a nota (um) pelo atingimento e 0(zero) em caso contrário.

4. Pontuação Global / Conceito / Situação do Contratado

9 a 10 / Ótimo / Cumprido plenamente
8 a 8,9 / Bom / Cumprido plenamente
 7 a 7,9 / Regular / Cumprido parcialmente
 Abaixo de 7 / Insatisfatório / Não cumprido

5. Será considerado **satisfatório** o desempenho do HBDF quando alcançar o conceito **Ótimo ou Bom** na avaliação do Contrato de Gestão.

6. Para ser considerado **satisfatório** o desempenho do HBDF, **nenhuma meta** de produção, indicador e meta de desempenho ou meta do plano de melhoria, **isoladamente, poderá receber nota inferior a 7 (sete)**.

NOTA FINAL:

MÉDIA ARITMÉTICA DAS NOTAS DAS METAS DE PRODUÇÃO: 8,7
 CONCEITO: **8 a 8,9 / Bom / Cumprido plenamente**

MÉDIA ARITMÉTICA DAS NOTAS DAS METAS DE DESEMPENHO: 7,14
 CONCEITO: **7 a 7,9 / Regular / Cumprido parcialmente**

MÉDIA ARITMÉTICA DAS NOTAS DAS METAS DO PLANO DE AÇÃO E MELHORIAS: 0
 CONCEITO: **Abaixo de 7 / Insatisfatório / Não cumprido**

NOTA COM PESO:

$8,7 * 0,65 = 5,655$

$7,14 * 0,25 = 1,785$

$0 * 0,15 = 0$

NOTA FINAL: 7,44

CONCEITO: 7 a 7,9 / Regular / Cumprido parcialmente

SEGUNDO ITEM 5: INSATISFATÓRIO

SEGUNDO ITEM 6: INSATISFATÓRIO