

CONTRATUALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA.

TC/014905/2025





RELATÓRIO PRELIMINAR DE AUDITORIA

Nº Processo	TC/014905/2025	
Tipo de processo	Fiscalização - Auditoria	
Relator	Jackson Nobre Veras	
Procurador	Plínio Valente Ramos Neto	
Ato originário	Memorando nº 008/2025 – DPFF2, de 02.12.2025.	
Informações sobre a fiscalização		
Objetivo da fiscalização	Análise do processo de contratualização do Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha.	
Unidade(s) jurisdicionadas	Município de Teresina, Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS) e Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT)	
Dirigente ou gestor	Unidade orçamentária	Cargo
Silvio Mendes de Oliveira Filho	Município de Teresina	Prefeito Municipal
Leopoldina Cipriano Feitosa	FMS	Presidente da FMS
Aranucha de Brito Lima Oliveira	HUT	Diretora Geral do HUT
Exercício(s) de referência	2024-2025	
Volume de Recursos Fiscalizados	R\$ 160.650.000,00 (Cento e sessenta milhões, seiscentos e cinquenta mil reais).	
Instrução: Diretoria de Fiscalização de Políticas Públicas - DFPP		
Diretora	Rayane Marques Silva Macau, Matrícula nº 98.129	
Chefia da Divisão Técnica	Iracema Soares Mineiro, Matrícula nº 97.204	
Composição da equipe de fiscalização		
Nome	Matrícula	Diretoria
Adriana Rodrigues Gomes	97.058	DFPP
Felipe Pandolfi Vieira	98.472	DFPP
Willian Hugo Bastos Moura	97.192	DFPP
Supervisor	Iracema Soares Mineiro	
Coordenador	Rayane Marques Silva Macau	
Credenciamento	Portaria nº 020/2025, publicada no Diário Oficial Eletrônico do TCE-PI nº 008/2025, em 14.01.2025.	
Linha(s) de atuação do Plano Anual de Controle Externo (PACEX) abordada(s):		
Linha de Atuação nº 56 - Avaliar a eficiência hospitalar no HUT		
ODS envolvidos:		
3	Saúde e Bem Estar	

Por que a Auditoria foi realizada?

A auditoria foi realizada com o objetivo de avaliar se os mecanismos de governança oriundos da contratualização do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) estão devidamente definidos e se permitem a adequação dos recursos organizacionais à consecução das finalidades da instituição.

Principais benefícios esperados com o trabalho.

Espera-se que as conclusões deste trabalho contribuam para garantir conformidade técnica, administrativa, assistencial e financeira da relação contratual entre o hospital e a Fundação Municipal de Saúde (FMS), inclusive sobre os aspectos de inserção da unidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o cumprimento das metas pactuadas, a governança do contrato e os impactos da execução orçamentária na qualidade da assistência prestada.

**DIVISÃO DE
FISCALIZAÇÃO DA
SAÚDE
(DFPP2 – TCE/PI)****RESUMO**

Este relatório de fiscalização do TCE/PI avalia o processo de contratualização do HUT. A análise revela um distanciamento entre o modelo normativo do SUS e a realidade operacional, apontando que a gestão hospitalar é predominantemente formalista, com falhas em governança, financiamento e assistência. Os principais pontos identificados:

- A contratualização foi reativa, baseada em instrumentos obsoletos e embora o contrato preveja autonomia, a administração permanece centralizada na FMS. Ainda, a CAC encontra-se inoperante por falta de pessoal, o que inviabiliza a fiscalização de metas.
- Os recursos foram estabelecidos com base nas séries históricas de gastos, sem estudos de custos reais ou vinculação ao desempenho assistencial. Identificou-se que o hospital recebe financiamento para 375 leitos, mas apenas 320 estão efetivamente "operacionais", gerando risco de dano ao erário e ineficiência alocativa.
- A unidade de alta complexidade absorve cerca de 32% de demandas de média complexidade, que poderiam ser resolvidas em outros níveis da rede. A ausência de protocolos de referência e contrarreferência leva à sobrecarga extrema de áreas críticas, como a Sala Verde, que opera rotineiramente acima de 100% de sua capacidade.
- O relatório aponta um "apagão" de indicadores assistenciais essenciais por um período de 12 meses. A adesão ao Checklist de Cirurgia Segura chegou em 16,6%, e o fenômeno do "fluxo reverso" dos pacientes na Sala Vermelha vêm de agravamentos dentro das próprias enfermarias, o que indica falhas no monitoramento clínico.
- Foram constatadas restrições ao direito de visitas e acompanhantes, além de excessiva burocracia no acesso a prontuários médicos.

A fiscalização conclui que a atual estrutura gera insegurança administrativa e riscos assistenciais e fiscais. As ações necessárias para sanar os problemas incluem a atualização do diagnóstico técnico-epidemiológico, o ajuste imediato do contrato para a capacidade real, a efetivação da autonomia financeira do hospital e a implementação de protocolos rigorosos de segurança e integração com a rede de saúde.

SIGLAS UTILIZADAS NO RELATÓRIO

SIGLA	SIGNIFICADO
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAC	Comissão de Acompanhamento da Contratualização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
DEA	Despesa de Exercícios Anteriores
DFPP	Diretoria de Fiscalização de Políticas Públicas
DFPP2	Divisão de Fiscalização da Saúde
DG	Diretoria Geral
DRCAA/FMS	Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da FMS
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GM/MS	Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde
HUT	Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha
MEWS	Modified Early Warning Score
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE/PI	Tribunal de Contas do Estado do Piauí

FIGURAS E TABELAS

- Figuras

Figura 1 – Formalização extemporânea do Contrato de Gestão.....	11
Figura 2 - Capacidade Instalada.....	13
Figura 3 – Os 375 Leitos cadastrados	14
Figura 4 – Gestão à Vista com dados desatualizados.....	17
Figura 5 – Impacto da ausência de integração das redes.....	19
Figura 6 – Gastos do Passado X Necessidades Atuais.....	23
Figura 7 – Centralização da execução financeira com FMS.....	25
Figura 8 – Represamento de Passivos: Volume de DEA.	28
Figura 9 – Sobrecarga Operacional (Sala Verde).....	32
Figura 10 – Gargalo de Fluxo de Regulação.....	35
Figura 11 – Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.....	37
Figura 12 – Percentual de erros na Prescrição de Medicamentos.	38
Figura 13 – Perda Financeira por falha cadastral.....	40
Figura 14 – Vácuo de indicadores de Medicação.....	41
Figura 15 – Checklist de Cirurgia Segura.....	41
Figura 16 – Tempo de visitação por unidade assistencial.....	44

- Tabelas

Tabela 1 - Resumo dos achados de auditoria.	49
Tabela 2 – Proposta de Encaminhamento.	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Relevância e Escopo.....	6
2 ACHADOS DO DIAGNÓSTICO INTEGRADO DA GESTÃO HOSPITALAR.....	9
2.1 Governança e Contrato de Gestão	10
2.2 Financiamento e Execução Orçamentária.....	21
2.3 Capacidade Instalada, Perfil Assistencial e Rede de Atenção à Saúde.	31
2.4 Qualidade, Segurança do Paciente e Indicadores.	40
3 CONCLUSÃO	49
4 COMENTÁRIOS DO GESTOR E PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....	51

1 INTRODUÇÃO.

O presente trabalho constitui instrumento de fiscalização previsto no Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado do Piauí (TCE/PI), conduzido pela Diretoria de Fiscalização de Políticas Públicas, com a finalidade de avaliar como vem sendo conduzido o processo de contratualização do Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT). A análise busca verificar se os mecanismos de gestão e financiamento estabelecidos asseguram a adequada aplicação dos recursos públicos e contribuem para garantir acesso oportuno, racional e equitativo aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com os princípios, diretrizes e normativos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

O HUT configura-se como a principal referência terciária da RUE no estado do Piauí, desempenhando papel estratégico, especialmente no atendimento a casos graves e politraumatizados. No âmbito do SUS, a gestão da unidade ocorre por meio do Contrato de Gestão nº 002/2024, firmado entre a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina e o hospital, instrumento que estabelece metas assistenciais, indicadores de desempenho e diretrizes de financiamento, com o objetivo de promover maior eficiência na utilização dos recursos públicos e induzir melhorias na qualidade da assistência prestada à população.

Os trabalhos de fiscalização abrangeram o período de 01.12.2025 a 27.05.2026 e se buscou examinar a conformidade dos instrumentos de gestão, planejamento e monitoramento utilizados na contratualização hospitalar, bem como avaliar se os recursos públicos destinados à unidade estão sendo aplicados de forma eficiente, transparente e orientada a resultados, contribuindo para o fortalecimento da governança do sistema de saúde, para a melhoria da qualidade assistencial e para a ampliação do acesso da população aos serviços hospitalares no âmbito do SUS.

1.1 Relevância e Escopo.

A relevância deste trabalho fundamenta-se na necessidade de garantir que o modelo de contratualização não seja apenas um rito formal, mas um instrumento efetivo de governança clínica e financeira.

O cenário institucional que envolve o processo de contratualização do HUT evidencia a importância de uma análise aprofundada acerca dos mecanismos de governança, moni-

toramento e execução financeira vinculados à gestão hospitalar no âmbito do SUS. A relevância dessa avaliação decorre, especialmente, da necessidade de compreender como os instrumentos de acompanhamento contratual, a organização dos fluxos financeiros e a confiabilidade das informações utilizadas no planejamento assistencial influenciam a efetividade da gestão e a adequada aplicação dos recursos públicos destinados à assistência hospitalar.

Nesse contexto, o funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), da estrutura de gestão financeira e dos mecanismos de vinculação entre desempenho assistencial e financiamento mostra-se fundamental para compreender o grau de materialização dos instrumentos previstos na contratualização hospitalar. Da mesma forma, a consistência dos dados relacionados à capacidade instalada da unidade, bem como dos indicadores utilizados para monitorar qualidade assistencial e segurança do paciente, constitui elemento relevante para avaliar a confiabilidade das informações que subsidiam o planejamento e a tomada de decisões gerenciais.

Adicionalmente, a articulação do hospital com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) revela-se aspecto central para compreender o papel institucional do HUT no sistema de saúde regional, especialmente no que se refere à organização dos fluxos assistenciais, à definição do perfil de atendimento e à distribuição adequada das demandas entre os diferentes níveis de atenção. A delimitação desse escopo de análise permite examinar, de forma estruturada, os principais elementos que compõem o processo de contratualização hospitalar, quais sejam: governança, planejamento, financiamento, monitoramento de resultados e integração em rede. Contribuindo para uma compreensão mais ampla do funcionamento do modelo de gestão adotado e de seus impactos na organização da assistência hospitalar no Município de Teresina.

É importante destacar que não integram o escopo deste levantamento a verificação da conformidade da execução orçamentária e financeira; e a análise da legalidade dos demais contratos e de sua execução, os quais permanecem sob a competência de outros mecanismos de controle.

Para a realização da fiscalização e definição dos critérios de análise, foram considerados os principais normativos constitucionais, legais e infralegais que disciplinam a gestão pública, o financiamento da saúde e o processo de contratualização hospitalar no âmbito

do SUS, bem como os instrumentos institucionais específicos relacionados à gestão do HUT, conforme descrito a seguir:

1) Normativos constitucionais e legais gerais

- a) Constituição Federal de 1988, especialmente o art. 37, § 8º, que prevê a possibilidade de ampliação da autonomia gerencial, orçamentária e financeira de órgãos e entidades da administração pública mediante contratos que estabeleçam metas de desempenho institucional.
- b) Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que institui o Sistema Único de Saúde e estabelece seus princípios e diretrizes, incluindo universalidade, integralidade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde.
- c) Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o financiamento das ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para a aplicação, controle e transparência dos recursos destinados ao setor.
- d) Lei nº 14.133/2021 (Lei de Licitações e Contratos Administrativos), considerada para análise da formalização de instrumentos contratuais entre órgãos da administração pública, especialmente no que se refere à celebração de acordos administrativos.

2) Normativos técnicos e políticas públicas de saúde

- a) Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, especialmente o Anexo XXIV, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e estabelece diretrizes para organização, financiamento e contratualização de hospitais no SUS.
- b) Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 – Anexo 2 do Anexo XXIV, que dispõe sobre as diretrizes específicas para a contratualização de hospitais no SUS, incluindo os elementos obrigatórios dos instrumentos contratuais e os mecanismos de monitoramento das metas pactuadas.
- c) Portaria GM/MS nº 1.604/2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), orientando a organização da atenção especializada a partir de metas assistenciais, regionalização e garantia de acesso resolutivo aos serviços.
- d) Resolução RDC ANVISA nº 36/2013, que institui ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde, incluindo a criação do Núcleo

de Segurança do Paciente (NSP) e a implementação de planos e protocolos de monitoramento.

3) Instrumentos institucionais específicos do HUT

- a) Contrato de Gestão nº 002/2024 (Fls. 01/21 da Peça nº 07), firmado entre a FMS de Teresina e o HUT, que define o objeto da contratualização, metas quantitativas e qualitativas, indicadores de desempenho e modelo de financiamento da unidade hospitalar.
- b) Documento Descritivo - Anexo I do Contrato de Gestão (Fls. 22/33 da Peça nº 07), que detalha o perfil assistencial da unidade, a capacidade instalada, as metas físicas e os indicadores utilizados para o monitoramento da execução contratual.
- c) Portaria FMS nº 907/2024 (Fls. 35/36 da Peça nº 07), que institui a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), responsável pelo monitoramento e avaliação do cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão do hospital.
- d) Norma Operacional DG nº 001/2023 (Fls. 37/49 da Peça nº 07), que estabelece regras internas de funcionamento do hospital, incluindo direitos dos usuários e procedimentos administrativos relacionados ao atendimento e à gestão assistencial.

A estrutura do relatório está organizada em quatro capítulos. O primeiro apresenta a introdução e a delimitação do escopo da fiscalização; o segundo os achados de auditoria quanto aos aspectos relacionados à governança e ao contrato de gestão; financiamento e a execução orçamentária; capacidade instalada, o perfil assistencial da unidade e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde e a qualidade assistencial, da segurança do paciente e dos indicadores de desempenho. Por fim, os capítulos terceiro e quarto reúnem as conclusões da análise, os comentários apresentados pelos gestores e as propostas de encaminhamento, consolidando os principais achados da fiscalização e indicando possíveis desdobramentos para futuras ações de controle.

2 ACHADOS DO DIAGNÓSTICO INTEGRADO DA GESTÃO HOSPITALAR.

A presente fiscalização revela um distanciamento entre o arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua efetiva operacionalização, evidenciado por deficiências no planejamento, inconsistências nos instrumentos de gestão, limitações nos mecanismos de monitoramento e baixa efetividade na indução de resultados. Esse cenário

compromete a racionalidade na alocação de recursos públicos, a eficiência operacional da unidade e a segurança da assistência prestada, indicando a necessidade de reestruturação dos processos institucionais e fortalecimento da governança, a fim de assegurar maior alinhamento entre planejamento, execução e controle na gestão hospitalar. Nesse sentido, os achados são apresentados de forma pormenorizada nos subtópicos a seguir.

2.1 Governança e Contrato de Gestão

Devido à ausência de um planejamento estratégico estruturado e de um diagnóstico técnico robusto da rede própria, verificou-se que a contratualização do HUT ocorreu de forma reativa e com base em instrumentos obsoletos, o que levou à manutenção da centralização administrativa na FMS e à inoperância dos mecanismos de fiscalização, impactando diretamente a eficiência alocativa dos recursos públicos, a transparência da gestão e a qualidade da assistência prestada à população.

A análise da governança e do Contrato de Gestão do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) evidencia deficiências no planejamento, na execução e no monitoramento da contratualização hospitalar, revelando distanciamento entre o modelo normativo previsto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a realidade operacional observada. A contratualização hospitalar, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, deve constituir instrumento estratégico de organização da gestão hospitalar, orientado por metas, indicadores de desempenho e mecanismos de monitoramento e avaliação contínua. Entretanto, verificou-se que tais diretrizes têm sido atendidas sob a perspectiva formal, sem a correspondente materialização em práticas efetivas de gestão.

A primeira deficiência identificada refere-se à definição das ações e serviços pactuados que não foi precedida de diagnóstico técnico estruturado que considerasse as necessidades epidemiológicas e sociodemográficas da população. O principal instrumento de pactuação regional, a Programação Pactuada Integrada (PPI), encontra-se desatualizado desde 2009, o que representa uma defasagem superior a quinze anos e compromete a utilização desse instrumento como base para o planejamento da rede assistencial. Essa situação inviabiliza a aplicação adequada das diretrizes da política hospitalar e contraria o princípio do planejamento ascendente previsto na Lei nº 8.080/1990, que determina a

utilização da epidemiologia como critério fundamental para definição de prioridades e alocação de recursos no sistema de saúde. Além disso, verificou-se inversão da lógica decisória no processo de contratualização, uma vez que a definição financeira do contrato precedeu a validação técnica do Perfil Assistencial do Hospital (Fls. 50/91 da Peça nº 07), que foi formalizado apenas meses após a assinatura do ajuste. Essa prática indica prevalência de critérios financeiros sobre fundamentos técnicos, enfraquecendo a racionalidade do planejamento público.

Outro aspecto que sinaliza deficiência diz respeito à natureza reativa do processo de contratualização, instaurado a partir de provocação do Ministério Público Federal¹, e não como resultado de planejamento estratégico previamente estruturado no âmbito da gestão municipal, além de apresentar formalização com efeitos retroativos, conforme registrado no Processo SEI nº 00045.049606/2024-35.

Figura 1 – Formalização extemporânea do Contrato de Gestão.



Fonte: Elaboração própria com base nas informações do Processo SEI nº 00045.049606/2024-35.

A ausência de um plano operativo atualizado para a rede hospitalar própria do município, conforme evidenciado no Despacho nº 559/2026 – DAE/FMS (fls. 92/93 da Peça nº 07), reforça esse diagnóstico, na medida em que impede o gestor público de dispor de uma visão integrada da capacidade instalada das unidades hospitalares, dificultando, as-

¹ Importante destacar que a equipe solicitou e reiterou acesso ao referido processo, contudo até a finalização deste relatório de instrução não foi disponibilizado.

sim, a adequada organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como consequência, a definição da missão institucional, do perfil assistencial e da oferta de serviços do hospital não se encontra plenamente articulada às necessidades da rede municipal, gerando sobreposição de serviços, uso ineficiente da infraestrutura existente e alocação inadequada de recursos públicos.

A Fundação Municipal de Saúde (FMS) alega (Fls. 03 da Peça nº 06) ter adotado providências com a elaboração de um diagnóstico epidemiológico, fundamentado na produção assistencial do HUT no exercício de 2025. Segundo a FMS, o documento contempla análise detalhada de atendimentos, internações e procedimentos, com base em informações extraídas de sistemas oficiais do SUS (DATASUS/TabWin). Contudo, não obstante essas alegações, o hospital não deve atuar de forma isolada, mas como parte articulada de uma rede de atenção, a definição precisa de sua missão institucional e de seu perfil assistencial exige, necessariamente, a realização de uma análise situacional abrangente e estruturada.

Nesse contexto, um diagnóstico deve contemplar, no mínimo, quatro pilares fundamentais. O primeiro refere-se à caracterização demográfica e sociodemográfica da população atendida, incluindo dinâmica populacional, estrutura etária e indicadores de desenvolvimento social, uma vez que tais fatores influenciam diretamente a demanda por serviços de saúde. O segundo pilar diz respeito ao perfil de morbidade, com análise das principais causas de internação segundo a classificação internacional de doenças (CID-10), bem como a identificação de condições sensíveis à atenção primária, cuja inadequada resolutividade na rede básica pode sobrecarregar o nível hospitalar. O terceiro pilar corresponde ao perfil de mortalidade, com a identificação dos principais agravos responsáveis pelos óbitos, subsidiando a definição de linhas prioritárias de cuidado. Por fim, o quarto pilar envolve o fluxo assistencial e geográfico, incluindo a origem dos pacientes e o mapeamento de vazios assistenciais, de modo a verificar se o hospital está cumprindo adequadamente seu papel regional.

Assim, embora a Fundação alegue dispor de diagnóstico epidemiológico baseado na produção de 2025 e de perfil assistencial formalmente definido, a contratualização baseada exclusivamente em séries históricas acarreta riscos significativos. Dentre eles, destacam-se a incompatibilidade assistencial, com oferta de serviços desalinhada ao perfil epi-

demiológico da população; o subfinanciamento ou sobrepreço, decorrente de valores que não refletem o custo real das demandas de saúde; e o comprometimento da resolutividade, diante da incapacidade de resposta adequada às necessidades regionais.

No campo da governança contratual, verificou-se que o Contrato de Gestão nº 002/2024 (Fls. 01/21 da Peça nº 07), embora formalmente estruturado de acordo com os requisitos normativos, não produziu, na prática, os efeitos esperados de ampliação da autonomia administrativa e financeira do hospital. A execução orçamentária permanece centralizada na FMS, responsável pela gestão financeira e pelo pagamento das despesas, o que esvazia o conteúdo material da autonomia gerencial prevista no modelo de contratualização. Essa configuração gera insegurança jurídica e administrativa, pois gestores e servidores demonstram incerteza quanto aos limites de autonomia institucional e às responsabilidades decorrentes do contrato. Na prática, o instrumento contratual assume caráter predominantemente declaratório, operando como mecanismo formal de registro, sem capacidade efetiva de orientar a gestão, induzir resultados ou estabelecer parâmetros claros de desempenho.

Deficiências adicionais foram identificadas no Documento Descritivo (Fls. 22/33 da Peça nº 07), instrumento que integra o contrato e deveria detalhar metas assistenciais, indicadores de desempenho, estrutura física e recursos financeiros necessários à execução dos serviços. Constatou-se inconsistências relevantes entre a capacidade instalada registrada no documento e a capacidade operacional efetivamente verificada. Enquanto o contrato registra a existência de 375 leitos, identificou-se 320 leitos “operacionais”, conforme Perfil Assistencial do HUT (Fls. 50 da Peça nº 07). Essa discrepância compromete o dimensionamento das metas físicas, distorce o cálculo do financiamento hospitalar e gera risco de alocação ineficiente de recursos públicos.

Figura 2 - Capacidade Instalada



Fonte: Elaboração própria com base nas informações do CNES, Contrato de Gestão e Perfil Assistencial do HUT.

A FMS alega que não há divergências nas informações (Fls. 04 da Peça nº 06), afirma que a Direção Geral do HUT teria se manifestado tecnicamente, embora sem a devida juntada documental, no sentido de que a capacidade instalada informada, correspondente a 375 leitos, estaria em plena conformidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com a estrutura operacional da unidade.

Segundo a Fundação, esse quantitativo seria composto por 320 leitos de internação hospitalar e 55 leitos vinculados ao Pronto Atendimento, distribuídos entre Sala Verde, Sala de Trauma, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Sala Vermelha e Emergência Pediátrica. Contudo, tal justificativa revela inconsistência técnica e regulatória ao equiparar indevidamente leitos de internação hospitalar com pontos de cuidado e observação. Os leitos de internação destinam-se à permanência do paciente por período superior a 24 horas e são devidamente registrados como tal no CNES, compondo a base para cálculo da produção hospitalar. Por outro lado, estruturas como Sala Verde, Sala Vermelha e Sala de Trauma configuram áreas de estabilização e passagem, devendo ser classificadas como leitos de observação ou pontos assistenciais, não podendo ser contabilizadas como leitos hospitalares de internação.

A análise do próprio CNES evidencia a categorização dos leitos do HUT, distinguindo-os entre leitos clínicos, cirúrgicos, complementares (como UTIs) e pediátricos, sem incluir as áreas de pronto atendimento como leitos de internação.

Nesse sentido, a manutenção, no instrumento contratual, do total de 375 leitos sem a devida segregação entre internação e observação compromete a transparência e a fidedignidade das informações em saúde. Tal prática tende a mascarar a real sobrecarga assistencial e a sustentar um modelo de financiamento dissociado da efetiva capacidade operacional do hospital, em desacordo com as diretrizes de contratualização estabelecidas pela Portaria MS nº 2/2017.

Figura 3 – Os 375 Leitos cadastrados

HOSPITALAR - LEITOS		LEITOS HABILITADOS
COMPLEMENTAR		
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II		10
75 - UTI-A TIPO II		33
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL		82
09 - NEUROCIRURGIA		41
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		88
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL		79
42 - NEUROLOGIA		14
PEDIATRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA		8
45 - PEDIATRIA CLINICA		20

Fonte: Elaboração própria com base nas informações do CNES.

Adicionalmente, a FMS argumenta que os dados de produção assistencial demonstrariam compatibilidade entre a capacidade instalada e a utilização dos leitos, destacando elevadas taxas de ocupação, próximas a 100%, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2025. Entretanto, embora tais índices revelem intensa pressão assistencial sobre a unidade, não são suficientes para afastar a inconsistência apontada. Ao contrário, a utilização dessas taxas como justificativa para inflar a capacidade instalada evidencia fragilidades no planejamento e no financiamento da rede.

Assim, as elevadas taxas de ocupação não comprovam adequação estrutural, mas indicam a existência de gargalos assistenciais relevantes. Entre eles, destacam-se a permanência prolongada de pacientes em leitos hospitalares, com tempos médios de internação que podem chegar a 39 dias na clínica médica, e a superlotação das áreas de urgência, como a Sala Verde, que opera acima de sua capacidade. Ademais, há evidências de impactos financeiros decorrentes dessa distorção, como o bloqueio de recursos em razão do registro de produção superior à capacidade formal instalada, especialmente no que se refere a diárias de UTI (Fls. 110 da Peça nº 07).

No que se refere aos mecanismos de governança e controle, a situação mais crítica identificada diz respeito à inoperância da CAC, instância responsável pelo monitoramento técnico das metas pactuadas. Embora formalmente instituída por ato administrativo (Portaria nº 907/2024, Fls. 35/36 da Peça nº 07), a comissão encontra-se materialmente paralisada em razão da insuficiência de pessoal técnico, conforme mencionado em reunião técnica com a DRCAA/FMS, além da vacância de membros e da ausência de registros documentais de reuniões ou pareceres técnicos. Essa situação compromete o acompanhamento sistemático do contrato e impede a validação técnica dos resultados assistenciais e financeiros. A inexistência de fluxos formais de monitoramento transforma o sistema de indicadores qualiquantitativos em registro meramente protocolar, sem impacto prático na gestão hospitalar, contrariando diretamente as disposições da política nacional de atenção hospitalar e do próprio contrato de gestão.

A Fundação esclarece (Fls. 04/05 da Peça nº 06) que o Contrato de Gestão nº 002/2024 foi elaborado sob a gestão municipal anterior, reconhecendo, nesse contexto, a necessidade de revisão integral do instrumento. Informa, ainda, que já se encontra em andamento a elaboração de um novo instrumento contratual, mais aderente à realidade

assistencial e ao papel macrorregional desempenhado pelo HUT, mas condiciona a consolidação desse novo contrato à finalização da PPI, sob o argumento de que tal instrumento é determinante para a adequada definição das responsabilidades financeiras entre os entes federativos, sobretudo em razão da significativa demanda de pacientes oriundos do interior do Estado.

Paralelamente, reconhece a CAC como instância essencial de governança, porém informa que a instituição da referida comissão ocorrerá apenas após a conclusão do processo de revisão e formalização do novo contrato, para o qual foi solicitado o prazo adicional de 100 dias.

Embora a FMS reafirme seu compromisso com o fortalecimento da governança contratual, ao sustentar que a implementação da CAC ocorrerá de forma estruturada, técnica e alinhada às normas vigentes, tal posicionamento não é suficiente, pois persistem riscos relevantes à gestão e ao erário, especialmente no que se refere ao modelo de financiamento adotado e à fragilidade dos mecanismos de controle. O prolongamento do período de inoperância da comissão agrava ainda mais o quadro, considerando que o Contrato de Gestão nº 002/2024 está vigente desde agosto de 2024, a soma do tempo já decorrido com o novo prazo solicitado implica que o hospital operará por período próximo há dois anos sem um efetivo sistema de monitoramento técnico, caracterizando, na prática, um modelo de execução contratual desprovido de acompanhamento por indicadores de desempenho.

A atualização da PPI, de fato, é relevante para a definição de parâmetros financeiros e para o equilíbrio federativo na prestação dos serviços de saúde, apesar disso, tal condicionante não pode ser utilizada como justificativa para a ausência de mecanismos internos de governança e controle. A instituição e o funcionamento da CAC constituem responsabilidades inerentes à gestão municipal e independem da conclusão da PPI, sob pena de descumprimento das atribuições previstas na normativa federal aplicável.

De mesmo modo, a deficiência da governança institucional também se manifesta na área de transparência e controle social. Embora o hospital disponha formalmente de canal de ouvidoria para registro de denúncias e manifestações dos usuários, verificou-se que o fluxo de apuração dessas demandas é ineficaz, pois funciona como um captador passivo e não há uma análise técnica das ocorrências por parte da CAC. Além disso, foram identifi-

cadadas falhas na divulgação do canal de denúncias e na publicidade de documentos institucionais obrigatórios. Constatou-se, por exemplo, que o Certificado de Regularidade de Inscrição de Pessoa Jurídica não estava exposto ao público, em desacordo com o Código de Ética Médica e normas do Conselho Federal de Medicina (Relatório de Vistoria do CRM-PI nº 582/2025, fls. 113 da Peça nº 07). Essa situação compromete o direito do usuário à informação e viola os princípios da publicidade e da transparência previstos no art. 37 da Constituição Federal e na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). A ausência de transparência ativa (Fls. 120 da Peça nº 07) e de divulgação sistemática de indicadores assistenciais e gerenciais limita o controle social sobre a gestão hospitalar e reduz a capacidade da sociedade de avaliar a qualidade dos serviços prestados.

A FMS sustenta (Fls. 05 da Peça nº 06) que o HUT dispõe de mecanismos estruturados de monitoramento institucional, fundamentados na atuação do Núcleo de Qualidade Hospitalar e dos setores de estatística, responsáveis pela coleta, análise e divulgação de indicadores assistenciais e operacionais.

Segundo a gestão, tais informações são disponibilizadas por meio de instrumentos de “gestão à vista”, permitindo o acompanhamento contínuo das metas e resultados pelas equipes assistenciais e administrativas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que incentivam a transparência interna e a corresponsabilização institucional.

No entanto, a simples existência de estruturas formais de monitoramento não é suficiente para assegurar transparência efetiva, sobretudo quando as informações divulgadas não refletem a realidade operacional da unidade. Constatou-se a presença de dados desatualizados, especialmente no tocante aos indicadores relacionados à segurança cirúrgica.

Tal discrepância demonstra falhas relevantes na atualização e validação das informações divulgadas, comprometendo a confiabilidade dos mecanismos de transparência

Figura 4 – Gestão à Vista com dados desatualizados.



Fonte: Elaboração própria a partir de registro durante inspeção “in loco” de 03/02/2026.

institucional e induzindo profissionais, usuários e gestores a interpretações incompatíveis com a realidade assistencial. Nesse contexto, a ausência de mecanismos eficazes de validação das informações produzidas fragiliza significativamente a governança do Contrato de Gestão e compromete a credibilidade institucional do HUT.

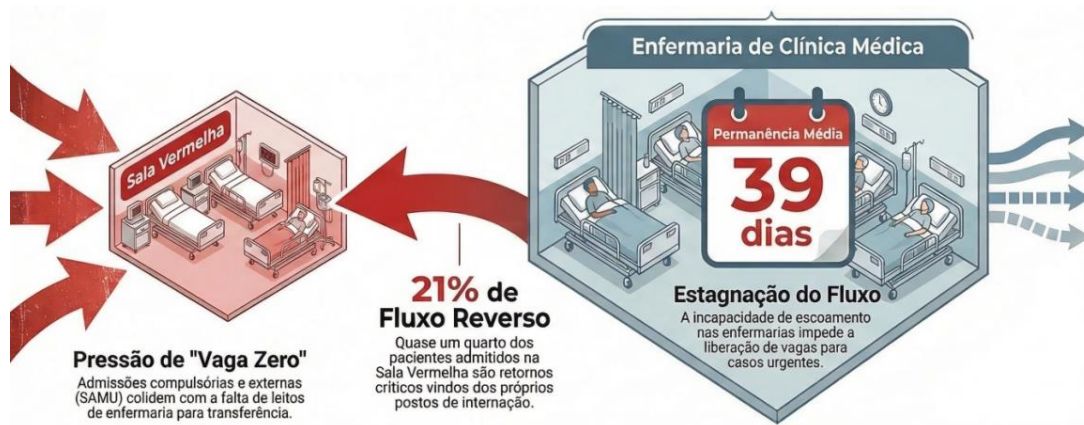
A FMS acrescenta (Fls. 06 da Peça nº 06), ainda, que pretende ampliar a transparência ativa mediante a divulgação, no portal oficial da Fundação, de indicadores relacionados ao desempenho assistencial, à execução orçamentária e financeira e ao cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão. Contudo, a efetividade da transparência institucional depende diretamente da atuação da CAC, atualmente inoperante. Assim, a promessa de ampliação da transparência ativa no portal da FMS, embora positiva, em tese revela-se insuficiente sem a implementação simultânea de mecanismos de validação e atualização periódica dos dados assistenciais e financeiros.

No que se refere à Ouvidoria do HUT, permanece predominantemente burocrática e reativa, limitada ao processamento formal das manifestações apresentadas pelos usuários, sem que haja efetiva integração dessas informações aos processos estratégicos de gestão e planejamento institucional. A elevada taxa de respostas, embora relevante sob o aspecto procedimental, não comprova, por si só, a utilização qualificada das manifestações como ferramenta de melhoria contínua da assistência.

Os próprios dados apresentados no relatório de 2025 evidenciam fragilidades nesse sentido. Entre os principais pontos críticos relatados pelos usuários destacam-se a demora no atendimento e o cancelamento de cirurgias, problemas recorrentes que indicam falhas estruturais e organizacionais. Em um modelo de Ouvidoria efetivamente proativo, tais manifestações deveriam funcionar como sinais de alerta para a gestão, orientando a adoção de medidas preventivas e corretivas antes que essas falhas se consolidem como crises assistenciais. A atuação proativa, nesse contexto, ultrapassa a mera resposta ao usuário, passando a desempenhar papel estratégico na antecipação de riscos e na qualificação da gestão. Assim, a afirmação de que a sugestão de determinação encontra-se plenamente atendida mostra-se tecnicamente improcedente, apenas com essa mudança de paradigma será possível consolidar a Ouvidoria como ferramenta efetiva de controle social, incremento da qualidade assistencial e fortalecimento da credibilidade institucional no âmbito do SUS.

Por fim, no âmbito da organização assistencial, verificou-se que o hospital tem absorvido demandas que não correspondem ao seu perfil assistencial principal, incluindo atendimentos de menor complexidade em especialidades como ortopedia e oncologia. Essa situação decorre da ausência de planejamento integrado da rede assistencial e da fragilidade dos mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção. Como resultado, observa-se permanência prolongada de pacientes internados, redução da rotatividade de leitos e pressão sobre áreas críticas de atendimento, com impacto direto sobre a eficiência operacional da unidade hospitalar, conforme Censo HUT 2024 e 2025 (Fls. 124/129 da Peça nº 07).

Figura 5 – Impacto da ausência de integração das redes.



Fonte: Elaboração própria com base nas informações do Relatório de Gestão HUT e Relatório NIR.

A FMS informa (Fls. 06 da Peça nº 06) que o HUT dispõe de fluxo estruturado de referência, operacionalizado por meio da Central de Regulação de Leitos. O acesso dos pacientes estaria devidamente ordenado pela rede municipal, garantindo encaminhamento adequado aos serviços de urgência e emergência, em conformidade com as diretrizes do SUS. Não obstante, a manifestação técnica mencionada não foi anexada, o que por sim só, fragiliza as alegações apresentadas.

Ainda, evidenciou-se um descompasso entre o modelo teórico descrito pela gestão e a prática assistencial efetivamente observada, pois, embora o hospital seja estruturado como unidade de alta complexidade, apresenta atendimentos passíveis de resolução em unidades de menor porte. Esse cenário indica falhas na organização da rede assistencial e na adequada distribuição dos fluxos de atendimento.

No tocante à contrarreferência após a alta hospitalar, a FMS afirma ter adotado medidas institucionais para seu fortalecimento, destacando a articulação entre a Diretoria de Atenção Especializada e a Diretoria de Atenção Básica, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado no território, com a padronização do sumário de alta e o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no acompanhamento dos pacientes. Contudo, a própria afirmação de que o hospital se encontra “em processo de padronização” do sumário de alta evidencia o comprometimento da segurança do paciente e da adequada transição do cuidado, conforme preconizado pelas normativas vigentes.

Além disso, o retorno do paciente à rede de atenção ocorre de forma desarticulada, frequentemente dependente da iniciativa individual do próprio usuário, em vez de decorrer de um fluxo institucionalizado e integrado entre os níveis de atenção. Essa fragilidade demonstra a ausência de mecanismos efetivos de coordenação do cuidado, resultando em descontinuidade terapêutica e potencial agravamento das condições de saúde dos pacientes.

Embora a Gestão destaque o papel dos Agentes Comunitários de ACS como elemento central na continuidade do cuidado, é importante reconhecer que sua atuação, isoladamente, não é suficiente para suprir as deficiências estruturais do sistema. Na ausência de um sistema informatizado de transição de cuidados e de pactuação clara de responsabilidades no âmbito do Contrato de Gestão, os ACS permanecem desprovidos de suporte técnico adequado para acompanhar pacientes egressos de uma unidade de alta complexidade, especialmente aqueles com condições clínicas que demandam acompanhamento contínuo.

Em conclusão, verifica-se que as alegações apresentadas pela FMS possuem caráter predominantemente programático, baseando-se em iniciativas ainda em implementação ou em planejamento, sem que haja evidências concretas de sua efetiva operacionalização. Além disso, as evidências analisadas demonstram que o modelo de contratualização hospitalar apresenta distanciamento entre a formalização normativa e sua efetiva operacionalização. Embora o contrato de gestão, o documento descritivo e os mecanismos institucionais de monitoramento estejam formalmente instituídos, esses instrumentos carecem de efetividade prática e de estrutura de governança capaz de assegurar seu funcionamento adequado. Tal situação resulta em deficiências no planejamento assistencial e financeiro,

inconsistências nos dados operacionais, baixa efetividade dos mecanismos de controle e limitada capacidade de indução de resultados. A centralização da gestão financeira na FMS, associada à inoperância de instâncias estratégicas de acompanhamento, como a CAC e a Ouvidoria, contribui para um ambiente de insegurança administrativa e eleva os riscos fiscais e institucionais. Como consequência, o hospital passa a operar de forma sobrecarregada e parcialmente desconectada das necessidades estruturais da RAS, comprometendo tanto a eficiência na aplicação dos recursos públicos quanto à qualidade da assistência prestada à população, o que evidencia a necessidade de reestruturação dos processos de planejamento, monitoramento e governança na gestão hospitalar.

Recomendações/Determinações:

1. Atualização Técnica do Planejamento: Elaborar, em caráter de urgência, um diagnóstico técnico e epidemiológico atualizado para reformular o Perfil Assistencial e a Programação Pactuada Integrada (PPI).
2. Saneamento de Dados Contratuais: Corrigir as inconsistências do Documento Descritivo, ajustando as metas físicas e o financiamento à capacidade operacional real de 320 leitos para evitar danos ao erário.
3. Operacionalização da CAC: Reestruturar e capacitar a Comissão de Acompanhamento da Contratualização com pessoal técnico exclusivo, garantindo a segregação de funções para evitar conflitos de interesse.
4. Fortalecimento da Transparência Ativa: Instituir processos contínuos de divulgação de indicadores de desempenho, execução orçamentária e metas assistenciais em portais de acesso público.
5. Otimização da Regulação e Fluxos: Formalizar fluxos de referência e contrarreferência para desonerar o hospital de demandas de menor complexidade e aumentar a rotatividade de leitos.
6. Melhoria nos Processos de Ouvidoria: Garantir a divulgação adequada dos canais de denúncia e estabelecer um fluxo eficaz de apuração e resposta às manifestações dos usuários

2.2 Financiamento e Execução Orçamentária.

Devido à ausência de uma metodologia técnica de apuração de custos e de estudos de mercado atualizados, verificou-se que a definição do financiamento hospitalar baseia-se

exclusivamente em séries históricas de despesas e em uma capacidade instalada fictícia, o que levou à centralização financeira na FMS e ao pagamento integral de metas sem a devida validação de desempenho, impactando a sustentabilidade econômica do contrato, a eficiência na aplicação dos recursos públicos e a segurança assistencial dos pacientes.

A análise do financiamento e da execução orçamentária relacionados à contratualização do HUT evidencia deficiências na sustentação financeira do modelo de gestão adotado. Em termos conceituais, a contratualização hospitalar no âmbito do SUS deve constituir instrumento de planejamento financeiro orientado por metas assistenciais, indicadores de desempenho e parâmetros técnicos de custos, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Hospitalar, regulamentada pela Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Entretanto, o processo de definição dos valores financeiros do contrato apresenta inconsistências metodológicas e limitações gerenciais que comprometem a racionalidade econômica da contratualização e a eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Identificou-se que a metodologia utilizada para a estimativa da orçamentação global do contrato foi baseada na reprodução de séries históricas de despesas da própria unidade hospitalar², sem a realização de estudos técnicos atualizados ou análises de mercado capazes de aferir a compatibilidade dos valores pactuados com os custos reais da assistência prestada. Embora dados históricos possam servir como referência inicial para o planejamento financeiro, sua utilização como único critério de definição de valores revela-se tecnicamente insuficiente, pois desconsidera fatores dinâmicos que influenciam significativamente o custo da assistência em saúde, tais como a variação de preços de insumos médico-hospitalares, a incorporação de novas tecnologias e as mudanças na capacidade produtiva da unidade. Como consequência, o orçamento contratual tende a reproduzir padrões de gasto do passado, sem refletir adequadamente as necessidades operacionais atuais do hospital.

² Inclusive o próprio corpo do Contrato de Gestão nº 002/2024 admite essa metodologia. No item 10 da Cláusula Quarta, estabelece-se que os quantitativos que superarem o pactuado serão considerados, "considerando que a série histórica será parâmetro para subsidiar posteriores readequações de metas".

Figura 6 – Gastos do Passado X Necessidades Atuais.



Fonte: Elaboração própria.

Essa limitação metodológica torna-se ainda mais crítica diante da inexistência de estudos formais de custos relacionados a procedimentos de maior complexidade, os quais representam parcela significativa das despesas hospitalares. A ausência de levantamentos sistemáticos de preços praticados no mercado regional e de parâmetros comparativos objetivos dificulta a avaliação da razoabilidade dos valores contratualizados e fragiliza o controle da economicidade do gasto público. Sem instrumentos analíticos que permitam estimar o custo real dos procedimentos assistenciais, a gestão pública perde capacidade de avaliar a eficiência do financiamento hospitalar e de ajustar o planejamento financeiro às necessidades efetivas da rede de saúde.

A Fundação informa (Fls. 07 da Peça nº 06) que o hospital iniciou providências voltadas à estruturação de um sistema formal de apuração de custos. Segundo a gestão, encontra-se em curso processo de alinhamento institucional para a implantação de um modelo baseado em centros de custos. Adicionalmente sustenta que já há, em funcionamento, rotinas de monitoramento financeiro e de custos operacionais, operacionalizadas por meio de planilhas elaboradas e atualizadas mensalmente pela Diretoria Administrativo-Financeira. Não obstante, a FMS reconhece que o modelo ainda não se encontra plenamente implantado, razão pela qual solicita prazo adicional de 100 dias para sua efetiva operacionalização.

As justificativas apresentadas revelam estágio ainda incipiente de implementação, exigindo não apenas a formalização de processos, mas sua operacionalização concreta,

com produção de informações confiáveis, auditáveis e integradas à tomada de decisão. Nesse sentido, o prazo solicitado deve ser acompanhado de medidas objetivas e verificáveis, que assegurem a plena institucionalização do modelo e sua utilização efetiva como instrumento de gestão, transparência e controle dos recursos públicos.

Outro elemento que reforça a deficiência foi evidenciado também no tópico anterior, refere-se às inconsistências identificadas entre a capacidade instalada registrada nos instrumentos administrativos e a capacidade operacional efetivamente verificada na unidade hospitalar, conforme Perfil Assistencial do HUT (Fls. 50 da Peça nº 07). A utilização de parâmetros teóricos de estrutura para dimensionar o financiamento gera distorções relevantes no cálculo da orçamentação global. Ao considerar uma capacidade instalada superior à existente, o planejamento financeiro passa a distribuir os custos fixos sobre uma base produtiva artificialmente ampliada, resultando em diluição indevida dos custos e aumento do custo per capita por paciente-dia. Na prática, parte dos recursos públicos passa a financiar uma estrutura assistencial inexistente, ao mesmo tempo em que setores críticos do hospital enfrentam limitações operacionais que comprometem a qualidade da assistência.

A FMS sustenta (Fls. 07/08 da Peça nº 06) que a sugestão de determinação quanto a atualização da base de financiamento já se encontra atendida, pois, segundo a gestora a unidade realiza a orçamentação de suas atividades com base em custos reais vigentes, utilizando dados provenientes da execução financeira da unidade, bem como planilhas de custos atualizadas mensalmente. Segundo a gestão, esse modelo permitiria a elaboração de projeções orçamentárias mais fidedignas, assegurando maior precisão na estimativa das despesas e melhor adequação entre o financiamento recebido e a produção assistencial realizada.

Entretanto, a utilização exclusiva de dados pretéritos, como já apresentado, desconsidera mudanças relevantes na infraestrutura tecnológica, na organização dos serviços e, sobretudo, no perfil epidemiológico e assistencial da população atendida, podendo resultar em distorções significativas entre a necessidade real e os recursos alocados. Inclusive a alegação de fundamentação em "custos reais" não se sustenta diante da inexistência de um sistema estruturado de contabilidade por centros de custos.

Outro aspecto relevante diz respeito à centralização do processo orçamentário no âmbito da própria FMS, sem evidências de vinculação efetiva entre o financiamento e a produção assistencial real do hospital. Tal dissociação compromete a eficiência da alocação de recursos e fragiliza a lógica de financiamento orientada por resultados, preconizada nas normativas do SUS. Somente com a integração e adição de medidas estruturante será possível assegurar que a base de financiamento esteja efetivamente alinhada à realidade operacional do HUT, garantindo maior transparência, racionalidade no uso dos recursos públicos e conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 2/2017.

Evidenciou-se significativa divergência entre o modelo de gestão previsto e a prática administrativa observada. Embora o contrato estabeleça repasse mensal de recursos no valor de R\$ 9.450.000,00, a unidade hospitalar não possui autonomia para gerir diretamente esses recursos. A execução financeira permanece centralizada na FMS, responsável pelo pagamento direto aos fornecedores e pela condução das decisões financeiras. O único mecanismo de autonomia financeira previsto, o fundo rotativo da unidade, permaneceu suspenso durante parte significativa do exercício de 2025 em razão da ausência de regulamentação. Essa centralização esvazia o princípio de descentralização gerencial que fundamenta o modelo de contratualização hospitalar, limitando a capacidade da unidade de responder com agilidade a demandas operacionais urgentes, especialmente em um hospital de alta complexidade sujeito a admissões compulsórias, judicializações e à lógica assistencial da “vaga zero”.

Figura 7 – Centralização da execução financeira com FMS.

ASPECTO DE GESTÃO	MODELO TEÓRICO (PNHOSP)	REALIDADE NO HUT
 Autonomia Financeira Gestão própria dos recursos e capacidade de decisão	 Descentralizada e por resultados Unidade com poder de gerir e executar	 Centralizada 100% na FMS Sem autonomia financeira e operacional
 Comissão de Avaliação Acompanhamento e validação das metas	 Ativa e com metas claras Monitoramento técnico e periódico	 Inoperante por conflito de funções Metas não validadas e sem efetividade

Fonte: Elaboração própria.

A Fundação alega (Fls. 08/09 da Peça nº 06) que detém autonomia institucional formalmente assegurada pela legislação municipal, destacando que, no âmbito do HUT, há

descentralização administrativa materializada por meio de estrutura organizacional própria e quadro de cargos definido em lei. Segundo a gestão, tal configuração assegura autonomia técnica à unidade para a condução das atividades assistenciais, especialmente no que se refere à organização de fluxos, adoção de protocolos clínicos e gestão operacional. No entanto, reconhece que a execução orçamentária e financeira permanece centralizada na estrutura da FMS, por intermédio de sua Diretoria Financeira, que essa centralização não configura impropriedade, mas sim adequação ao ordenamento jurídico, destacando que o modelo de contratualização adotado possui natureza interna e visa à gestão por resultados, por meio da definição de metas e indicadores de desempenho.

Todavia, as alegações, embora juridicamente fundamentada, evidenciam que a estrutura apresentada não é suficiente para caracterizar uma autonomia gerencial efetiva, conforme preconizado pelas diretrizes da política pública específica, ou seja, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Essa política estabelece a contratualização como eixo estruturante da gestão hospitalar no âmbito do SUS, com o objetivo de promover um modelo orientado por resultados, no qual os hospitais assumam responsabilidade direta pela qualidade e eficiência dos serviços prestados, com base em metas qualiquantitativas previamente pactuadas.

A ausência de capacidade decisória sobre os recursos financeiros limita significativamente sua atuação gerencial, impedindo a implementação ágil de ações corretivas diante de falhas assistenciais ou de necessidades operacionais emergentes. Tal limitação enfraquece a lógica de responsabilização por resultados, uma vez que o gestor da unidade não dispõe dos meios necessários para influenciar diretamente os fatores que impactam o desempenho institucional.

A aplicação de forma descrita pela FMS compromete a efetividade do modelo de contratualização por resultados no PNHOSP. A autonomia gerencial não se limita à dimensão formal, mas pressupõe a existência de condições institucionais que permitam ao gestor hospitalar atuar de forma proativa, com capacidade decisória e responsabilidade sobre os resultados alcançados.

Outro aspecto crítico identificado diz respeito à ausência de efetiva vinculação entre desempenho assistencial e financiamento institucional. O contrato estabelece formalmente a divisão de 60% do financiamento vinculada a metas quantitativas e 40% a metas qua-

litativas, conforme previsto na regulamentação federal. Contudo, verificou-se que, na prática, não há aplicação de glosas ou sanções financeiras em caso de descumprimento de metas. Indicadores relevantes de qualidade assistencial apresentam desempenho significativamente inferior ao pactuado, sem que isso produza qualquer impacto financeiro sobre o contrato. Essa situação é agravada pela paralisação da CAC, responsável pela validação técnica dos resultados e pelo monitoramento do desempenho institucional.

O atual monitoramento contratual também compromete a aplicação de cláusulas de revisão financeiras previstas no próprio contrato. Foram identificados registros de produção assistencial superior às metas pactuadas, incluindo aumento no número de cirurgias e exames realizados. Entretanto, não houve formalização de termos aditivos para reequilíbrio financeiro, uma vez que a inexistência de validação técnica pela CAC impede o reconhecimento formal da produção excedente. Como consequência, tanto o descumprimento quanto a eventual superação de metas deixam de produzir efeitos financeiros concretos, esvaziando o ciclo de gestão por resultados que deveria orientar a contratualização hospitalar.

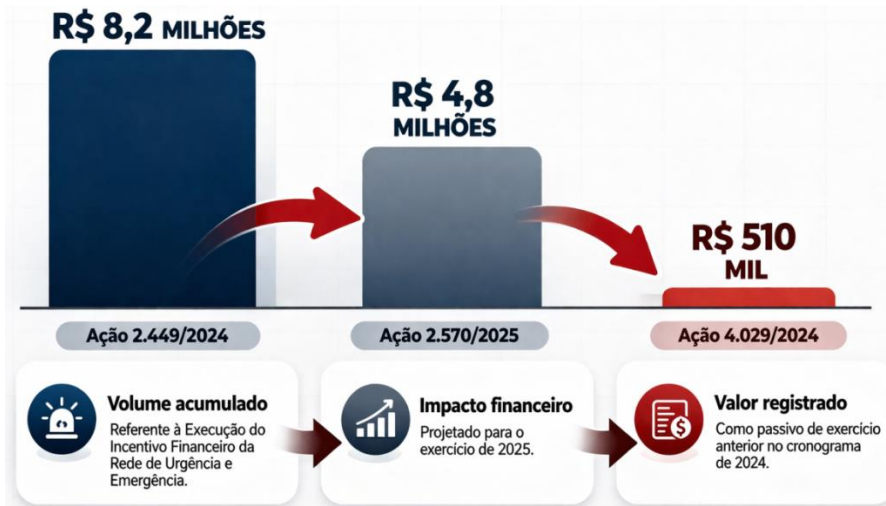
Novamente a FMS alega (Fls. 09 da Peça nº 06) que o Contrato de Gestão nº 002/2024 foi celebrado sob a égide da gestão municipal anterior, razão pela qual entende ser necessária sua revisão integral. Reafirma que se encontra em análise a elaboração de um novo instrumento contratual, mais adequado às necessidades atuais da unidade e às exigências normativas aplicáveis e solicita o prazo de 100 dias para a conclusão desse processo.

No entanto, a postergação da formalização de aditivos e da reestruturação contratual, sem a implementação concomitante de instrumentos mínimos de governança, compromete a regular execução do contrato e fragiliza o controle sobre o desempenho da unidade. Na prática, tal situação configura um modelo de execução contratual desprovido de controle adequado, o que contraria os princípios da eficiência, da transparência e da accountability na gestão pública.

Quanto a programação orçamentária, identificou-se ainda fragmentação histórica das dotações destinadas à rede de urgência, com utilização de ações orçamentárias genéricas até a criação de ação específica para gestão do hospital apenas a partir do exercício de 2026 (fls. 130/136 da Peça nº 07). Observou-se também volume expressivo de empenhos

registrados como Despesas de Exercícios Anteriores, evidenciando represamento de passivos financeiros e fragilidade na programação financeira.

Figura 8 – Represamento de Passivos: Volume de DEA³.



Fonte: Elaboração própria a partir da Situação Orçamentária das Dotações.

A ausência de programação integrada e atualizada compromete a coerência entre planejamento, contratualização e execução orçamentária, dificultando a previsibilidade do financiamento e aumentando o risco de descontinuidade na prestação de serviços.

Outro fator que limita a eficiência da gestão financeira refere-se à inexistência de sistema estruturado de contabilidade de custos no hospital, conforme já mencionado anteriormente. A unidade não dispõe de metodologia formal para identificação e acompanhamento dos custos fixos e variáveis da produção assistencial, tampouco utiliza modelos de apuração por centros de custos ou contabilidade por absorção. Essa ausência de instrumentos gerenciais impede a determinação precisa do custo unitário de procedimentos, internações e serviços especializados, restringindo a capacidade da gestão de avaliar a eficiência do gasto público e de orientar decisões administrativas baseadas em evidências. Como consequência, o planejamento financeiro tende a permanecer dependente da reprodução de padrões históricos de despesa, sem análise técnica aprofundada sobre a composição real dos custos hospitalares.

³ A recorrência desses empenhos revela uma fragilidade na programação orçamentária, indicando que o financiamento originalmente pactuado é insuficiente para cobrir os custos reais da operação hospitalar.

Os efeitos dessas deficiências são amplos e impactam diretamente a sustentabilidade financeira da unidade hospitalar. Observa-se a ocorrência de déficits operacionais e a necessidade de aportes extraordinários de recursos para garantir a continuidade das atividades assistenciais (Portaria GM/MS nº 1.408/2023). A necessidade de complementação financeira indica que o financiamento originalmente pactuado não reflete adequadamente os custos reais da operação hospitalar, reforçando a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de planejamento financeiro, gestão de custos e monitoramento contratual.

A Fundação (Fls. 09/010 da Peça nº 06) sustenta novamente que dispõe de programação orçamentária estruturada, com controle contínuo da execução e acompanhamento sistemático dos custos operacionais do HUT e que, apesar do volume expressivo de recursos federais destinados ao custeio, estes não acompanham o crescimento da demanda assistencial e o aumento dos custos operacionais. Nesse contexto, argumenta que o município já realiza esforço fiscal significativo, aplicando percentual elevado de sua receita em saúde, razão pela qual a regularização plena da capacidade financeira do HUT dependeria de aportes adicionais da União e do Estado, especialmente por meio da ampliação do teto de financiamento federal e do fortalecimento do cofinanciamento estadual.

Observa-se uma tentativa de atribuir a insuficiência financeira exclusivamente à limitação de recursos externos desconsidera falhas estruturais de planejamento, transparência e governança identificadas na gestão da unidade. Um dos pontos críticos refere-se à inconsistência da base de cálculo utilizada para o financiamento, tal distorção implica a utilização de parâmetros que não refletem a produção assistencial efetiva, comprometendo a fidedignidade da alocação de recursos e enfraquecendo a justificativa para pleitos de ampliação de financiamento.

Outro aspecto relevante diz respeito à utilização recorrente de DEA, que evidencia fragilidade na programação orçamentária e ausência de previsibilidade financeira adequada. Ademais, com já mencionado, verifica-se a ausência de um sistema estruturado de contabilidade de custos. Sem estudos consistentes que demonstrem o custo real dos serviços prestados, especialmente em áreas de maior complexidade, qualquer demanda por ampliação de recursos carece de base técnica sólida, limitando sua efetividade perante instâncias de pactuação interfederativa.

A centralização integral da execução financeira na estrutura da FMS também contribui para a manutenção desse cenário, ao restringir a autonomia gerencial da unidade hospitalar e dificultar a adoção de medidas corretivas tempestivas. A ausência de mecanismos efetivos de descentralização e de governança, como a atuação regular de instâncias de monitoramento contratual, reforça a desconexão entre planejamento, execução e controle.

Em síntese, as evidências demonstram que o modelo de financiamento atualmente adotado apresenta distanciamento entre os princípios de racionalidade econômica e eficiência previstos na normativa do Sistema Único de Saúde e a prática administrativa observada. A ausência de estudos técnicos de custos, a utilização predominante de séries históricas para definição de valores, as inconsistências na capacidade instalada registrada, a centralização da execução financeira e a fragilidade dos mecanismos de monitoramento de metas comprometem a efetividade da contratualização hospitalar. Nesse contexto, o contrato de gestão passa a operar como um fluxo financeiro rígido e pouco transparente, desconectado da realidade operacional do hospital e incapaz de induzir melhorias no desempenho institucional. Como consequência, há fragilização do equilíbrio econômico-financeiro do contrato, redução da capacidade de planejamento estratégico da rede pública de saúde e riscos à sustentabilidade financeira do sistema e à segurança dos serviços prestados à população.

Recomendações/Determinações:

1. Implementação de Contabilidade de Custos: Instituir um sistema formal de contabilidade por centros de custos para identificar o custo real de procedimentos e internações.
2. Atualização da Base de Financiamento: Realizar estudos técnicos e pesquisas de mercado regional para substituir a metodologia de séries históricas por uma orçamentação baseada em custos reais e parâmetros de mercado.
3. Efetivar a autonomia gerencial do hospital por meio da implementação de mecanismos concretos de descentralização administrativa e financeira e a definição de fluxos que assegurem à unidade a execução direta de seus recursos, conforme previsto no modelo de contratualização.
4. Formalização de Aditivos: Instituir processos regulares de revisão contratual para reequilíbrio financeiro e ajuste de metas, baseados na produção real validada.

5. Saneamento de Passivos: Regularizar a programação orçamentária para reduzir a dependência de Despesas de Exercícios Anteriores (DEA) e garantir a previsibilidade dos pagamentos.

2.3 Capacidade Instalada, Perfil Assistencial e Rede de Atenção à Saúde.

Devido à ausência de um planejamento institucional formal e de protocolos operacionais de integração com a rede, verificou-se que o HUT opera com uma capacidade real inferior à contratualizada e absorve sistematicamente demandas de menor complexidade que deveriam ser resolvidas em outros níveis de atenção, o que levou ao estrangulamento das áreas críticas, à ineficiência alocativa de recursos e à fragmentação do cuidado após a alta, impactando diretamente a segurança do paciente, a sustentabilidade do modelo assistencial e a conformidade com os princípios de eficiência e integralidade do SUS.

A análise da capacidade instalada, do perfil assistencial e da articulação do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) evidencia deficiências na organização da assistência e na integração do hospital ao sistema municipal de saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais devem desempenhar papel estratégico na prestação de serviços de média e alta complexidade, integrando-se de forma coordenada aos demais pontos de atenção da rede. Essa diretriz está expressa na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), regulamentada pela Portaria de Consolidação MS nº 2/2017, que estabelece a necessidade de articulação entre os diferentes níveis assistenciais para garantir racionalidade no uso dos recursos públicos e integralidade do cuidado. Entretanto, as evidências identificadas demonstram que a execução dessas diretrizes ocorre de forma parcial, com repercussões diretas sobre a eficiência da gestão hospitalar e a qualidade da assistência prestada à população.

Uma das primeiras inconsistências observadas refere-se à divergência entre a capacidade instalada formalmente registrada e a capacidade operacional efetivamente disponível no hospital, conforme Perfil Assistencial do HUT (Fls. 50 da Peça nº 07). A manutenção de 55 leitos “inexistentes” representa falha relevante na descrição da estrutura física da unidade, contrariando as exigências normativas que determinam a representação fidedigna da capacidade instalada necessária ao cumprimento das metas pactuadas. Essa discrepância distorce o dimensionamento das metas físicas, os indicadores de eficiência e o cál-

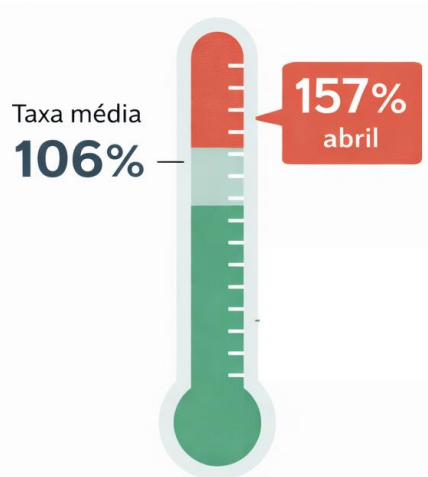
culo da orçamentação global. Como resultado, parte do financiamento público passa a considerar uma estrutura assistencial que não corresponde à realidade “operacional” da unidade, o que amplia o risco de ineficiência alocativa e potencial dano ao erário.

Além dessas inconsistências, verificou-se desvio significativo do perfil assistencial esperado para a unidade hospitalar. Embora o hospital esteja habilitado como referência terciária para atendimento de alta complexidade, parcela expressiva de sua produção assistencial corresponde a procedimentos de média complexidade que poderiam ser realizados em unidades hospitalares secundárias ou em outros pontos da rede municipal, conforme Relatório de Faturamento do HUT (Fls. 136/157 da Peça nº 07). Essa situação indica que o hospital tem funcionado, na prática, como estrutura de compensação para deficiências da rede assistencial municipal, absorvendo demandas que deveriam ser resolvidas em níveis assistenciais menos complexos.

Esse fenômeno gera impacto direto sobre a capacidade operacional do hospital e sobre o funcionamento das áreas críticas de atendimento. A concentração de demandas de menor complexidade em uma unidade de alta complexidade provoca aumento significativo no volume de pacientes atendidos.

Evidências operacionais indicam que determinados setores, como a Sala Verde, apresentam taxas médias de ocupação superiores à capacidade instalada, alcançando níveis superiores a 100% e registrando picos ainda mais elevados, conforme Censo HUT 2024 e 2025 (Fls. 124/129 da Peça nº 07). Esse cenário contribui para a sobrecarga das áreas críticas do hospital, incluindo a Sala Vermelha e os leitos de terapia intensiva, comprometendo a resolutividade da atenção terciária e reduzindo a capacidade de resposta a situações de urgência e emergência.

Figura 9 – Sobrecarga Operacional (Sala Verde).



Fonte: Censo Hospitalar HUT 2025.

A permanência dessa distorção está diretamente relacionada à deficiência do planejamento e da governança da rede municipal de saúde. A normativa federal estabelece que compete ao ente federativo organizar a rede assistencial de forma hierarquizada, promo-

vendo a transferência gradual de atividades de menor complexidade realizadas em hospitais para a atenção primária e outros pontos da rede. Entretanto, verificou-se que essa diretriz não foi efetivamente operacionalizada no contexto municipal. Não foram identificados planos institucionais ou diretrizes pactuadas que orientem a redistribuição progressiva das demandas assistenciais de menor complexidade para unidades básicas de saúde ou hospitais de apoio. Tanto a gestão municipal quanto a direção do hospital reconhecem a inexistência de planejamento formal que estabeleça metas, cronograma ou estratégias para reorganização do fluxo assistencial (Despacho nº889/2026 – DAE/FMS - Fls. 158 da Peça nº 07).

A situação é agravada pela baixa efetividade dos instrumentos de planejamento regional utilizados no sistema de saúde. A Programação Pactuada Integrada (PPI), principal mecanismo de pactuação da oferta de serviços entre os entes federativos, encontra-se desatualizada e não contempla a organização específica da rede de urgência e emergência. Como consequência, o referenciamento de pacientes e a distribuição da demanda assistencial passam a depender predominantemente de decisões operacionais pontuais e de mecanismos regulatórios fragmentados, sem respaldo em planejamento integrado da rede. Essa lacuna institucional contribui para a manutenção do desvio de função do hospital, que permanece absorvendo demandas assistenciais que poderiam ser resolvidas em unidades de menor complexidade.

Do ponto de vista econômico e gerencial, a utilização de um hospital de alta complexidade para a realização de procedimentos de baixa densidade tecnológica implica aumento do custo médio da assistência. Recursos especializados, equipamentos de alto custo e profissionais altamente qualificados passam a ser empregados em atividades que poderiam ser executadas em estruturas menos complexas e com menor custo operacional. Essa situação compromete o princípio da racionalidade econômica na gestão pública e reduz a eficiência na utilização dos recursos destinados ao financiamento do sistema de saúde.

A Fundação informa (Fls. 10/11 da Peça nº 06) que, por intermédio da Diretoria de Atenção Especializada, já iniciou medidas voltadas à reorganização dos fluxos assistenciais da rede municipal, com o objetivo de otimizar a utilização da capacidade instalada das unidades de saúde e adequar o perfil assistencial do HUT. Segundo a gestão, encontram-

se em curso ações destinadas à transferência gradual de atendimentos de menor complexidade para outras unidades da rede, especialmente (não exclusivamente) para o Hospital do Dirceu, considerado apto a absorver demandas incompatíveis com o perfil terciário do HUT.

Entretanto, o Plano Formal de Redistribuição Assistencial encontra-se em fase de elaboração, razão pela qual a FMS solicita prazo adicional de 120 dias para sua apresentação definitiva. Durante esse prazo o HUT continuaria funcionando sob uma lógica de “regulação compulsória”, assumindo papel de porta de entrada ampla e permanente para demandas diversas, o que descaracteriza sua vocação como unidade terciária de referência estadual em trauma e urgência de alta complexidade. Tal cenário contribui para a superlotação persistente, para o comprometimento da capacidade operacional e para a utilização inadequada de recursos especializados em atendimentos que poderiam ser absorvidos por serviços de menor densidade tecnológica.

Importa destacar que a redistribuição assistencial não constitui mera faculdade administrativa, mas obrigação atribuída há mais de uma década pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), tal medida visa garantir maior racionalidade na utilização dos recursos públicos, reduzir sobrecargas indevidas e assegurar maior eficiência e segurança na assistência prestada.

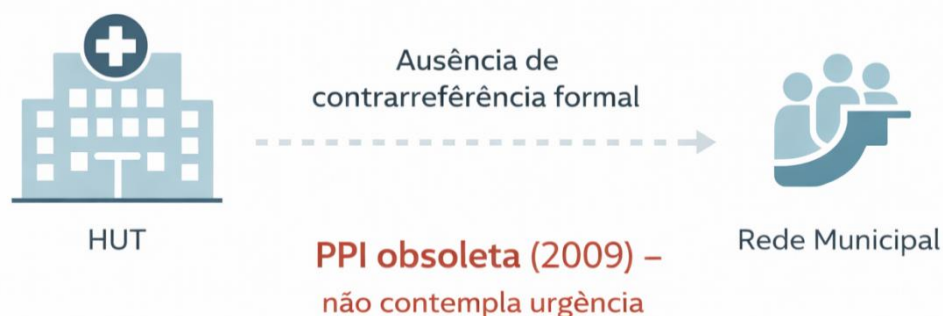
No campo da regulação assistencial, também foram identificadas fragilidades significativas na organização dos fluxos de acesso e na integração entre o hospital e os demais pontos da rede, como também relatada no tópico anterior deste Relatório de Instrução. Embora existam instrumentos normativos que estabelecem diretrizes para a regulação do acesso aos serviços hospitalares, a prática assistencial, inclusive evidenciada no Plano da RUE⁴ (Fls. 186/ da Peça nº 07), demonstra ausência de protocolos estruturados de referência e contrarreferência entre o hospital e a atenção primária à saúde. A inexistência de fluxos formais de contrarreferência impede a adequada coordenação do cuidado e dificulta a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Na prática, muitos pacientes re-

⁴ O Plano de Ação RUE de 2024 reconhece que a integração das equipes com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde é deficitária e que as ações são desconectadas e desarticuladas, não funcionando como um sistema integrado.

tornam às suas unidades de origem sem encaminhamento institucional estruturado, dependendo da iniciativa individual para buscar acompanhamento na rede básica.

Essa fragilidade compromete a transição segura do cuidado e aumenta o risco de descontinuidade assistencial, especialmente em casos que exigem acompanhamento clínico prolongado ou reabilitação. A ausência de mecanismos formais de comunicação entre os serviços impede o compartilhamento adequado de informações clínicas e limita a capacidade de monitoramento dos resultados assistenciais após a alta hospitalar. Como consequência, há maior probabilidade de agravamento clínico, reinternações evitáveis e aumento da demanda por serviços de urgência e emergência.

Figura 10 – Gargalo de Fluxo de Regulação.



Fonte: Elaboração própria a partir do Plano da Rede de Urgência e Emergência.

Outro efeito observado dessa desarticulação entre os níveis assistenciais é o surgimento de fenômenos internos de deterioração clínica não detectada em tempo oportuno. Evidências operacionais indicam ocorrência de episódios em que pacientes inicialmente internados em enfermarias necessitam ser readmitidos em áreas críticas do próprio hospital em razão de agravamento clínico. Esse processo, frequentemente associado a falhas no monitoramento clínico ou à sobrecarga assistencial, evidencia os limites operacionais de um sistema hospitalar que funciona de forma predominantemente reativa, absorvendo continuamente demandas que deveriam ser resolvidas em outros níveis da rede.

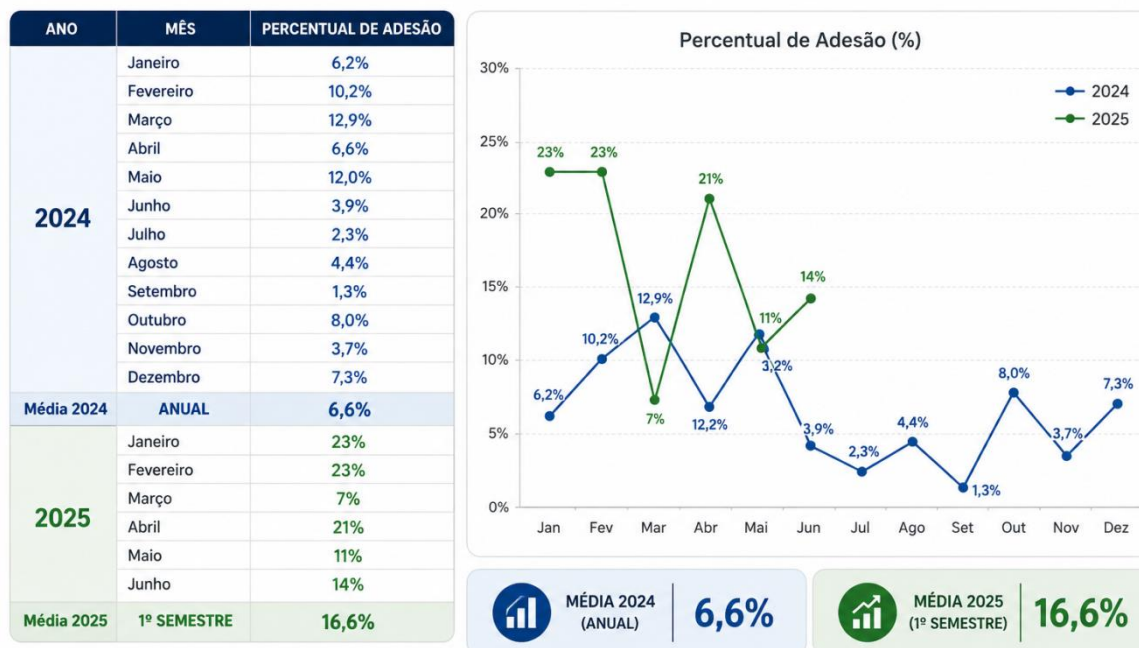
A FMS sustenta (Fls. 12 da Peça nº 06) que o HUT dispõe de sistema estruturado e contínuo de monitoramento assistencial, conduzido pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), responsável pela consolidação, análise e divulgação periódica de indicadores estratégicos relacionados à qualidade e à segurança da assistência. Segundo a gestão, são monitorados de forma sistemática indicadores relativos à identificação correta do pacien-

te, erros de prescrição e administração de medicamentos, eventos adversos assistenciais, risco de quedas, lesões por pressão e adesão a protocolos críticos de segurança. A FMS afirma, ainda, que eventual interrupção no monitoramento de erros de prescrição ocorrida em 2024 teve caráter pontual, tendo sido integralmente regularizada pela atual gestão, com retomada do fluxo contínuo de coleta e análise de dados pela equipe de farmácia.

No âmbito cirúrgico, informa-se que a adesão ao Checklist de Cirurgia Segura teria alcançado aproximadamente 93% no ano de 2025, demonstrando elevado grau de conformidade com os protocolos assistenciais. A FMS também menciona a implantação do Protocolo de Alerta Precoce (MEWS), a previsão de implantação da Equipe de Resposta Rápida (ERR) e o monitoramento contínuo de situações de superlotação em áreas críticas, como a Sala Verde, sustentando que tais medidas evidenciariam atuação proativa da gestão frente aos desafios estruturais enfrentados pela unidade hospitalar.

Entretanto, há inconsistências relevantes entre a narrativa apresentada pela gestão e os dados efetivamente identificados nos documentos institucionais e nos relatórios técnicos da própria unidade. Embora a FMS afirme que a adesão alcançou aproximadamente 93% em 2025, os relatórios oficiais do Núcleo de Segurança do Paciente (Fls. 214/245 da Peça nº 07) apontam cenário substancialmente distinto, sugerindo que gestão pode estar contabilizando apenas a presença física do formulário, enquanto o adequado é o preenchimento completo e fidedigno das etapas essenciais para a segurança do paciente. A seguir apresenta-se o percentual de adesão mensal conforme os gráficos oficiais do Relatório Situacional de Serviços do HUT:

Figura 11 – Percentual de adesão ao Check List de Cirurgia Segura.

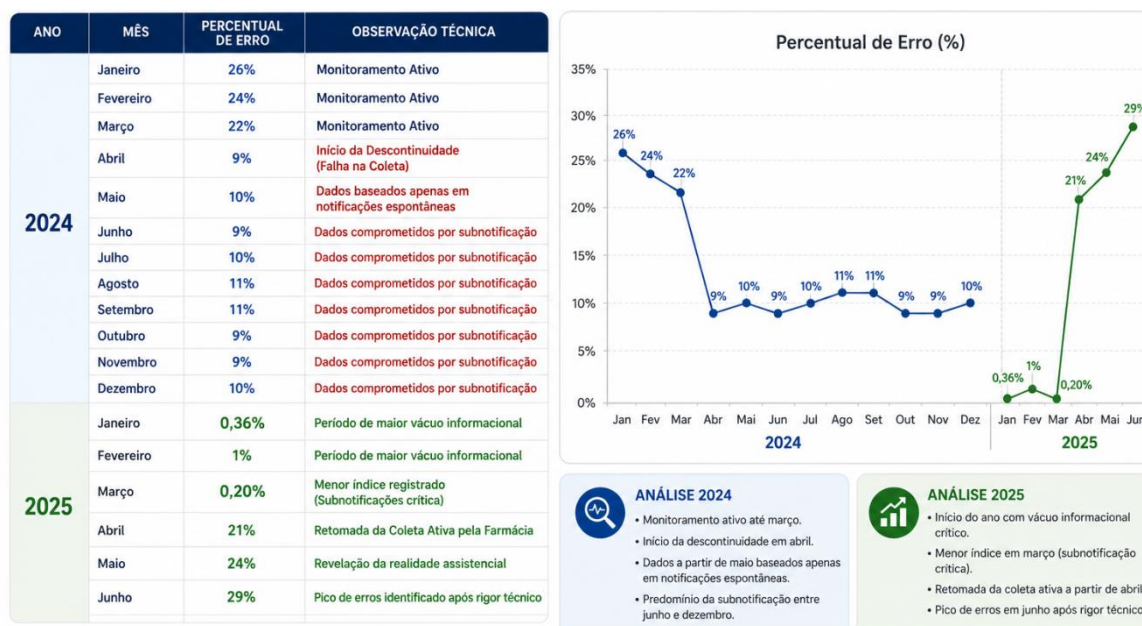


Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Situacional de Serviços do HUT (Fls. 217 da Peça nº 07).

Essa discrepância compromete significativamente a confiabilidade das informações apresentadas pela gestão, especialmente por envolver um dos principais protocolos de segurança do paciente previstos nas diretrizes nacionais de assistência hospitalar. A baixa adesão ao checklist cirúrgico representa grave risco assistencial, uma vez que esse instrumento constitui medida essencial para prevenção de erros evitáveis, redução de eventos adversos e fortalecimento da cultura de segurança em ambientes cirúrgicos de alta complexidade.

No que se refere ao monitoramento de erros de prescrição e segurança medicamentosa, a classificação da interrupção ocorrida entre 2024 e 2025 como “pontual” não encontra respaldo, pois se constatou a existência de um período prolongado, de aproximadamente doze meses, sem coleta sistemática desse indicador obrigatório, situação que comprometeu a rastreabilidade dos eventos relacionados à assistência medicamentosa. Durante esse intervalo, os dados passaram a depender exclusivamente de notificações espontâneas, mecanismo reconhecidamente fragilizado pela cultura institucional de subnotificação.

Figura 12 – Percentual de erros na Prescrição de Medicamentos.



Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Situacional de Serviços do HUT (Fls. 216 da Peça nº 07).

A gravidade dessa deficiência tornou-se ainda mais evidente após a retomada da coleta ativa de dados pela equipe de farmácia em 2025. Com a reativação do monitoramento sistemático, observou-se aumento expressivo na identificação de erros de medicação, revelando que o baixo índice anteriormente registrado não refletia melhoria assistencial, mas sim insuficiência do sistema de vigilância e monitoramento. Tal cenário evidencia que a descontinuidade do acompanhamento comprometeu a capacidade institucional de detectar riscos, implementar ações corretivas tempestivas e promover a segurança do paciente de forma efetiva.

Quanto à implantação do Protocolo de Alerta Precoce (MEWS) e à previsão de implementação da Equipe de Resposta Rápida (ERR), tais medidas ainda se encontram em estágio parcial de consolidação, sendo tratadas nos próprios documentos institucionais como ações em desenvolvimento ou sugestões de melhoria (Fls. 238 da Peça nº 07). A ausência de operacionalização plena desses mecanismos repercute diretamente sobre a capacidade de identificação precoce de agravamentos clínicos nas enfermarias, contribuindo para o elevado índice de fluxo reverso identificado na Sala Vermelha do hospital.

O fortalecimento da segurança do paciente demanda mais do que a mera produção formal de indicadores assistenciais, exigindo a utilização efetiva dessas informações como

instrumentos estratégicos para antecipação de riscos, prevenção de eventos adversos e aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado.

Diante ao exposto, as evidências demonstram que o HUT opera sob elevada pressão assistencial decorrente de fragilidades estruturais na organização da rede municipal de saúde. A divergência entre a capacidade instalada formal e a capacidade “operacional”, associada ao desvio do perfil assistencial da unidade, à ausência de planejamento estruturado para redistribuição de demandas e à limitada integração com a Rede de Atenção à Saúde, tem levado o hospital a assumir funções que extrapolam sua vocação de referência em alta complexidade. Como resultado, a unidade passa a atuar como estrutura de compensação para lacunas da rede, operando de forma sobrecarregada e com redução de sua capacidade de resposta a casos críticos. Esse cenário compromete a eficiência na utilização dos recursos públicos, amplia os riscos assistenciais e fragiliza a integralidade do cuidado prevista nas diretrizes do SUS, evidenciando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de planejamento, regulação e governança da rede para assegurar maior racionalidade na organização da assistência e melhor qualidade dos serviços prestados à população.

Recomendações/Determinações:

1. Elaboração de Plano de Redistribuição: Instituir, em conjunto com a FMS, um plano formal com cronograma e metas para transferir atendimentos de menor complexidade para hospitais secundários e para a Atenção Primária.
2. Formalização de Protocolos de Fluxo: Estabelecer protocolos operacionais padronizados de referência e contrarreferência, garantindo especialmente a comunicação efetiva entre o HUT e as UBS para a continuidade do cuidado.
3. Revisão do Contrato de Gestão: Incluir cláusulas contratuais específicas e instrumentos de governança compartilhada que obriguem a articulação do hospital com os demais pontos da rede.
4. Fortalecimento da Segurança do Paciente: Implementar monitoramento rigoroso de indicadores críticos, como erros de medicação e ocupação de áreas críticas, conforme normas da ANVISA e PNHOSP.

5. Atualização da PPI: Finalizar a atualização da Programação Pactuada Integrada para incluir os serviços de urgência e emergência, orientando adequadamente o perfil assistencial da unidade.

2.4 Qualidade, Segurança do Paciente e Indicadores.

Devido à ausência de uma governança clínica estruturada, de protocolos assistenciais efetivamente monitorados e de uma fiscalização atuante por parte da gestão municipal, verificou-se que o hospital opera com graves inconsistências cadastrais, baixa adesão a práticas de segurança e um "apagão" de dados assistenciais essenciais, o que levou à desarticulação do monitoramento de riscos, à ocorrência de eventos adversos evitáveis e à fragilização dos direitos dos usuários, impactando a fidedignidade dos resultados institucionais, a segurança da assistência e a eficiência na aplicação dos recursos públicos.

A análise integrada da qualidade assistencial, da segurança do paciente e do monitoramento por indicadores no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) evidencia fragilidades estruturais que comprometem tanto a confiabilidade das informações quanto a efetividade da gestão hospitalar. Inicialmente, destacam-se inconsistências nos registros dos sistemas oficiais do SUS, especialmente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cuja base apresenta divergência entre a capacidade instalada formal e a real, além de lacunas cadastrais relevantes como a ausência de vinculação de profissionais e do próprio contrato de gestão que, inclusive, resultaram em bloqueios financeiros aproximados de R\$ 39,8 mil. Tais falhas comprometem a fidedignidade das informações utilizadas para planejamento, regulação e avaliação, fragilizando a tomada de decisão e a transparência da gestão.

Figura 13 – Perda Financeira por falha cadastral.



Fonte: Despacho 256/2026 – GTINFO

No campo do monitoramento por desempenho, embora o contrato de gestão estabeleça um modelo de financiamento baseado em metas, verificou-se que essa lógica não se materializa na prática. Em diversos casos, indicadores com desempenho insatisfatório

ou com falhas metodológicas, como ausência de dados confiáveis, descontinuidade na coleta ou evidências de subnotificação, receberam pontuação máxima, distorcendo o resultado global. Ainda assim, os pagamentos foram mantidos integralmente, centralizado na FMS, sem aplicação de glosas ou ajustes proporcionais, evidenciando ausência de vinculação efetiva entre desempenho e financiamento. Esse cenário esvazia o caráter meritocrático do modelo contratual e compromete sua função indutora de qualidade e eficiência.

No âmbito assistencial, as deficiências se aprofundam com a descontinuidade da coleta de indicadores críticos, como eventos adversos, quedas e erros de medicação (Fls. 216 da Peça nº 07). por período aproximado de 12 meses, em desacordo com as diretrizes da RDC ANVISA nº 36/2013.

Figura 14 – Vácuo de indicadores de Medicação.



Fonte: Elaboração própria com base no Relatório Situacional de Serviços do HUT.

Soma-se a isso a baixa adesão a protocolos essenciais, como o Checklist de Cirurgia Segura (16,6% - Fls. 217 da Peça nº 07), e a existência de uma cultura institucional de subnotificação, reconhecida pela própria gestão. Esses fatores inviabilizam a utilização dos indicadores como instrumentos confiáveis de gestão de riscos e melhoria contínua.

Figura 15 – Checklist de Cirurgia Segura.



Fonte: Elaboração própria com base no Relatório de Segurança do Paciente.

Outro achado relevante refere-se ao fenômeno do “fluxo reverso”, no qual cerca de 21% das admissões na Sala Vermelha decorrem do agravamento de pacientes já internados, evidenciando falhas no monitoramento clínico e na detecção precoce de deterioração (Fls. 238 da Peça nº 07). Esse quadro é agravado pela ausência ou desatualização de protocolos essenciais, como o Modified Early Warning Score⁵ (MEWS), bem como por fragilidades na capacitação das equipes, cujos indicadores de treinamento permaneceram de forma recorrente abaixo da meta mínima de 95% (Fls. 256/283 da Peça nº 07).

A FMS alega (Fls. 12 da Peça nº 06) já ter implantado e em funcionamento o protocolo MEWS, destinado à identificação precoce da deterioração clínica de pacientes internados nas enfermarias. Segundo a gestão, o protocolo é aplicado de forma sistemática pelas equipes assistenciais, integrando as ações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e sendo submetido a processos contínuos de revisão, atualização e capacitação profissional. A FMS informa, ainda, que se encontra prevista a implantação de uma Equipe de Resposta Rápida (ERR), estruturada a partir dos gatilhos clínicos do MEWS, com a finalidade de ampliar a capacidade de intervenção em eventos críticos e qualificar os desfechos assistenciais.

De fato, a adoção de sistemas de alerta precoce constitui importante ferramenta de segurança do paciente e encontra respaldo nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), especialmente no que se refere à prevenção de eventos adversos evitáveis, à detecção tempestiva de instabilidades clínicas e à redução da mortalidade hospitalar. A utilização do MEWS, quando aplicada de forma padronizada e articulada com fluxos assistenciais bem definidos, contribui para maior capacidade de vigilância clínica nas enfermarias e para intervenções precoces diante de sinais de agravamento do quadro do paciente. Além disso, a previsão de implantação da Equipe de Resposta Rápida demonstra reconhecimento institucional da necessidade de fortalecimento dos mecanismos de resposta clínica em situações críticas.

Entretanto, os elementos apresentados pela gestão não são suficientes para demonstrar a efetividade operacional do sistema de alerta precoce no âmbito do HUT. Embora o protocolo exista formalmente, sua aplicação prática mostra-se insuficiente para impedir

⁵ Ferramenta de segurança que visa garantir que sinais de piora clínica sejam detectados e tratados antes que o paciente atinja um estado crítico irreversível

agravamentos clínicos evitáveis nas unidades de internação. Destaca-se como principal evidência o elevado índice de fluxo reverso identificado no Relatório Anual da Sala Vermelha de 2025, que revela falhas relevantes na detecção precoce da deterioração clínica, na medida em que pacientes inicialmente estabilizados evoluem para quadros graves sem que intervenções oportunas sejam realizadas em tempo adequado.

Além disso, a própria documentação interna do hospital, produzida pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), identifica a ausência ou subutilização dos escores de alerta precoce como uma das causas prováveis para o retorno de pacientes à Sala Vermelha. Os relatórios técnicos apontam (Fls. 229/245 da Peça nº 07) falhas no reconhecimento precoce da deterioração clínica e descrevem fluxos de comunicação tardios e informais entre as equipes assistenciais, evidenciando que o protocolo MEWS ainda não se encontra plenamente incorporado à rotina institucional de forma obrigatória e padronizada.

Outro aspecto relevante refere-se à ausência de operacionalização efetiva da Equipe de Resposta Rápida (ERR). Embora a gestão mencione sua implantação futura, a medida permanece em fase de previsão, sem estrutura formalizada, escala dedicada de profissionais ou protocolos assistenciais plenamente definidos. Em hospitais de alta complexidade e elevada taxa de ocupação, a inexistência de uma equipe estruturada para responder imediatamente aos gatilhos clínicos do MEWS compromete a efetividade do sistema de alerta precoce, prolongando o tempo de resposta diante de agravamentos clínicos e aumentando o risco de desfechos adversos.

No plano organizacional, verificam-se deficiências na educação permanente, uma vez que, apesar da existência formal de estruturas destinadas à capacitação, diversos treinamentos fundamentais não foram efetivamente realizados (Fls. 251/255 da Peça nº 07), incluindo suporte avançado de vida, aplicação de protocolos de alerta precoce para deterioração clínica e padronização de procedimentos em áreas estratégicas. Essas lacunas comprometem a qualificação técnica dos profissionais e dificultam a implementação consistente de protocolos assistenciais e práticas voltadas à segurança do paciente.

As consequências dessas deficiências manifestam-se também na dinâmica operacional do hospital. Registros institucionais (Fls. 245 da Peça nº 07) indicam elevado volume de atendimentos provenientes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, com média

mensal próxima de 950 pacientes e picos superiores a mil atendimentos. A dificuldade de escoamento interno dos pacientes, associada ao baixo giro de leitos e à permanência prolongada em determinadas clínicas (especialmente na Clínica Médica, onde foram observados tempos médios de internação entre 34 e 39 dias), gera represamento assistencial, formação de filas internas e pressão constante sobre setores críticos da unidade. Como resultado, foram registrados cancelamentos de 59 cirurgias ao longo de 2025, além do bloqueio de aproximadamente R\$ 76,6 mil em faturamento por diárias de UTI que excederam a capacidade instalada. Tais eventos evidenciam impactos diretos da desorganização assistencial sobre a eficiência operacional e a sustentabilidade financeira do hospital.

Além das questões clínicas e operacionais, identificou-se também deficiências importantes na garantia dos direitos dos usuários do sistema de saúde, especialmente no que se refere à humanização do cuidado e ao acesso à informação. Apesar de o contrato de gestão prever práticas de atendimento humanizado e visita ampliada, normas internas do hospital restringem significativamente a presença de familiares e acompanhantes, inclusive em unidades críticas, limitando visitas a poucos dias da semana e a períodos curtos de duração (Fls. 37/49 da Peça nº 07). Essas restrições mostram-se incompatíveis com diretrizes da Política Nacional de Humanização e com a Portaria GM/MS nº 1.820/2009, que assegura ao usuário o direito a visitas diárias e ao acompanhamento durante a internação, especialmente em casos envolvendo idosos, crianças e adolescentes.

A FMS alega (Fls. 15 da Peça nº 06) que as regras atualmente vigentes foram estruturadas de forma a conciliar o direito ao convívio familiar com a necessidade de preservação da segurança assistencial, do controle de infecções e do adequado funcionamento de uma unidade hospitalar de alta complexidade e elevada demanda assistencial. Acrescenta que existem critérios específicos conforme o perfil assistencial de cada setor do hospital.

Figura 16 – Tempo de visitação por unidade assistencial.



Fonte: Elaboração própria com base na Norma Operacional DG nº 001/2023. (Fls. 37/49 da Peça nº 07.)

De fato, é inegável que hospitais de alta complexidade demandam protocolos específicos de controle de acesso, especialmente em áreas críticas como UTIs e unidades de queimados, nas quais o risco de infecção hospitalar e de descompensação clínica exige maior rigor técnico e operacional. A adoção de critérios de visita compatíveis com as condições assistenciais da unidade encontra respaldo na necessidade de preservação da segurança do paciente e da estabilidade do ambiente hospitalar, especialmente em cenários de superlotação e elevada rotatividade assistencial.

Entretanto, as medidas adotadas pela gestão não se mostram plenamente aderentes às diretrizes da PNHOSP e da Política Nacional de Humanização, que consagram o modelo de “visita aberta” como instrumento de fortalecimento do vínculo entre usuário, família e equipe assistencial. O art. 14 da PNHOSP, bem como a Portaria GM/MS nº 1.820/2009, estabelecem que o acesso de visitantes deve ser ampliado e flexibilizado sempre que possível, admitindo restrições apenas em situações técnicas individualizadas e devidamente fundamentadas.

Sob essa perspectiva, a fixação de horários rígidos e previamente delimitados para todos os pacientes de determinados setores descaracteriza a lógica da visita aberta prevista na normativa federal. O direito à visita diária mínima de duas horas, previsto na Portaria nº 1.820/2009, não deve ser interpretado como limite máximo de permanência, mas como garantia mínima a partir da qual podem ser adotadas estratégias de flexibilização conforme as condições clínicas e assistenciais de cada caso concreto.

Além disso, a presença familiar, especialmente em unidades de internação prolongada, constitui elemento relevante para apoio emocional, adesão terapêutica, redução de sofrimento psíquico e melhoria da comunicação entre equipes e pacientes. Nesse sentido, restrições excessivas podem comprometer a efetividade da chamada “Alta Hospitalar Responsável”, dificultando a participação da família no planejamento da continuidade do cuidado após a alta.

A situação mostra-se ainda mais sensível na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), onde a limitação de visitas a três dias por semana, embora fundamentada em critérios de biossegurança, acaba por restringir significativamente o suporte emocional e psicossocial a pacientes em condição de extrema vulnerabilidade clínica. A fiscalização reconhece a necessidade de controle rigoroso de infecções nesses ambientes, mas ressalta

que eventuais limitações devem ser proporcionais, individualizadas e acompanhadas de estratégias alternativas de humanização e comunicação com familiares.

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que, embora a Direção do HUT tenha instituído o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) por meio da Portaria nº 12/2025, não foram evidenciados instrumentos formais de planejamento capazes de integrar, de maneira estruturada, as ações de humanização às metas qualitativas previstas no Contrato de Gestão nº 002/2024. A ausência de um plano operativo específico compromete a identificação de fragilidades relevantes na comunicação entre equipes assistenciais, pacientes e familiares, frequentemente caracterizada como informal e tardia, circunstância que compromete a continuidade do cuidado, enfraquece a participação dos usuários no processo terapêutico e reduz a efetividade das diretrizes de humanização no ambiente hospitalar.

Dessa forma, embora as justificativas apresentadas pela FMS demonstrem preocupação legítima com aspectos relacionados à segurança assistencial e ao controle de infecções, conclui-se que as medidas atualmente adotadas ainda se mostram insuficientes para assegurar plena conformidade com as diretrizes nacionais de humanização hospitalar. A política de visitação do HUT permanece excessivamente restritiva e pouco alinhada ao modelo de visita aberta preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Conclui-se, portanto, que as alegações da gestão são parcialmente suficientes, pois a efetiva implementação das diretrizes de humanização exige não apenas a manutenção de medidas de segurança assistencial, mas também a adoção de estratégias institucionais que fortaleçam o vínculo entre paciente, família e equipe de saúde, promovam maior participação dos acompanhantes no processo terapêutico e garantam condições adequadas para continuidade do cuidado.

Também foram observados obstáculos relevantes ao acesso dos pacientes aos próprios registros clínicos. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) mantém fluxos administrativos considerados excessivamente burocráticos e prazos incompatíveis com as necessidades assistenciais, havendo inclusive contradições normativas internas quanto ao prazo para fornecimento de cópias de prontuários, que variam entre 50 dias úteis e até 120 dias (Fls. 39 da Peça nº 07). Essa situação cria barreiras administrativas ao exercício do direito do paciente de acessar suas informações de saúde e compromete a continuidade

do cuidado, especialmente quando há necessidade de compartilhamento de dados clínicos com outros serviços da rede.

A FMS informa (Fls. 15/16 da Peça nº 06) que está sendo implantado novo fluxo administrativo voltado à padronização dos procedimentos internos, à definição de prazos para atendimento das solicitações e à ampliação da rastreabilidade dos acessos às informações assistenciais. Esclarece que foi estabelecido prazo de até 15 dias para disponibilização dos documentos solicitados, admitindo-se prorrogação por até 30 dias mediante justificativa. Entretanto, as medidas anunciadas pela gestão ainda não se refletem de forma concreta na realidade operacional do setor e os próprios instrumentos normativos internos do hospital estabelecem prazos substancialmente superiores.

A morosidade na disponibilização de prontuários não representa apenas falha burocrática, mas vulnerabilidade relevante para a continuidade do cuidado e para a segurança do paciente. Em um hospital de alta complexidade como o HUT, o acesso tempestivo às informações clínicas é indispensável para assegurar adequada articulação com a Atenção Primária, viabilizar a contrarreferência assistencial e orientar o seguimento terapêutico após a alta hospitalar. A demora excessiva no fornecimento de prontuários compromete o fluxo assistencial, dificulta a atuação das equipes da rede básica.

Dessa forma, embora as medidas anunciadas pela FMS revelem intenção de aprimorar os fluxos do SAME e adequar os procedimentos às exigências legais e assistenciais, conclui-se que os elementos apresentados ainda não são suficientes, pois a permanência de normas internas com prazos excessivos, associada à ausência de digitalização plena dos processos e à insuficiência dos mecanismos de governança, compromete a efetividade do direito de acesso à informação e fragiliza a continuidade do cuidado no âmbito do HUT.

Outro fator que agrava esse cenário refere-se às deficiências na comunicação assistencial entre as equipes e na transmissão de informações aos pacientes e familiares. Identificou-se que a comunicação institucional ocorre predominantemente de forma informal e tardia, sem metodologia estruturada que garanta a sistematização das informações clínicas e a participação efetiva do paciente nas decisões terapêuticas, conforme Relatório NIR e do Núcleo de Segurança do Paciente (Fls. 238 da Peça nº 07). Tal situação contraria diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.820/2009 e pelo Código de Ética Médica, que

asseguram ao paciente o direito de receber informações claras, compreensíveis e oportunas sobre seu diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas.

Assim, evidencia-se que, embora existam formalmente instrumentos institucionais destinados à promoção da qualidade assistencial, à segurança do paciente e ao monitoramento de resultados clínicos, sua aplicação prática apresenta deficiências significativas. Inconsistências cadastrais, descontinuidade na coleta e análise de indicadores, baixa adesão a protocolos assistenciais, limitações na capacitação das equipes e deficiências na governança da informação comprometem a efetividade da gestão hospitalar e ampliam o risco de eventos adversos evitáveis. Esse cenário revela um modelo de gestão predominantemente formalista, no qual mecanismos previstos para garantir qualidade e segurança não se traduzem em práticas efetivas de monitoramento e melhoria contínua. Como consequência, há impactos negativos sobre a segurança do paciente, a experiência do usuário e a eficiência na aplicação dos recursos públicos, além de fragilização da transparência e da prestação de contas do gestor municipal. Tal contexto indica a necessidade de fortalecimento da governança clínica, da reestruturação dos sistemas de monitoramento de indicadores e da implementação de instrumentos institucionais capazes de integrar qualidade assistencial, gestão de riscos e responsabilidade na utilização dos recursos públicos, assegurando maior efetividade ao papel do hospital como referência regional no âmbito do SUS.

Recomendações/Determinações:

1. Retomada do Monitoramento Assistencial: Instituir fluxo ininterrupto de coleta e análise dos indicadores de segurança do paciente (erros de medicação, quedas e infecções), garantindo a alimentação mensal dos sistemas de gestão.
2. Fortalecimento dos Protocolos de Segurança: Implementar treinamento obrigatório e monitoramento diário da adesão ao Checklist de Cirurgia Segura e aos protocolos de higienização das mãos.
3. Implementação de Alerta Precoce: Adotar o escore MEWS em todas as enfermarias e capacitar as equipes em Suporte Avançado de Vida para reduzir o "fluxo reverso" para a Sala Vermelha.

4. Ativação da Governança Contratual: Operacionalizar a CAC para que a avaliação das metas qualitativas influencie efetivamente os repasses financeiros e a gestão do contrato.
5. Revisão das Políticas de Humanização: Adequar as normas de visitação e acompanhantes à Portaria GM/MS nº 1.820/2009, garantindo visitas diárias e acesso facilitado à informação clínica.
6. Otimização do SAME: Reformular os fluxos de acesso ao prontuário, reduzindo os prazos de entrega para o limite legal e garantindo a legibilidade dos registros clínicos.

3 CONCLUSÃO

A auditoria da Contratualização do HUT revelou aspectos que demonstram a necessidade de melhorias planejamento, execução, monitoramento, avaliação e prestação de contas. A seguir, apresenta-se um quadro resumido que destaca os principais eixos avaliados durante a auditoria, resumindo os achados em cada categoria para facilitar a compreensão dos resultados e fornecer uma base clara para as recomendações e/ou determinações subsequentes.

Tabela 1 - Resumo dos achados de auditoria.

Eixo da Auditoria	Resumo do Achado
(1) Governança e Contrato de Gestão.	O modelo de contratualização hospitalar apresenta grande distanciamento entre a formalização normativa e sua aplicação prática. Embora existam instrumentos institucionais de gestão e monitoramento, eles carecem de efetividade e de uma estrutura de governança adequada, resultando em fragilidades no planejamento, inconsistências de dados e baixa capacidade de controle e de indução de resultados. A centralização financeira e a inoperância de instâncias de acompanhamento ampliam os riscos administrativos e fiscais, levando o hospital a operar de forma sobrecarregada e pouco integrada à rede de atenção à

Eixo da Auditoria	Resumo do Achado
	saúde, o que compromete a eficiência do uso dos recursos públicos e a qualidade da assistência.
(2) Financiamento e Execução Orçamentária.	O modelo de financiamento apresenta distanciamento entre os princípios de eficiência do SUS e a prática administrativa. A ausência de estudos de custos, o uso de séries históricas para definição de valores, inconsistências na capacidade instalada, centralização financeira e fragilidades no monitoramento de metas comprometem a efetividade da contratualização. Como resultado, o contrato de gestão funciona como um fluxo financeiro rígido e pouco transparente, desconectado da realidade do hospital, fragilizando o equilíbrio econômico-financeiro, o planejamento da rede pública e a sustentabilidade dos serviços de saúde.
(3) Capacidade Instalada, Perfil Assistencial e Rede de Atenção à Saúde.	O HUT opera sob elevada pressão assistencial devido a fragilidades na organização da rede municipal de saúde. A divergência entre a capacidade instalada e a operacional, o desvio do perfil assistencial e a limitada integração com a RAS fazem com que o hospital assuma demandas além de sua vocação de alta complexidade. Como consequência, a unidade atua de forma sobrecarregada, com riscos à eficiência dos recursos públicos, à qualidade da assistência e à integralidade do cuidado no SUS.
04) Qualidade, Segurança do Paciente e Indicadores.	Embora existam instrumentos institucionais para garantir qualidade assistencial, segurança do paciente e monitoramento de resultados, sua aplicação prática é limitada. Inconsistências de dados, descontinuidade

Eixo da Auditoria	Resumo do Achado
	de indicadores, baixa adesão a protocolos e fragilidades na governança da informação reduzem a efetividade da gestão hospitalar e aumentam riscos assistenciais. Como consequência, há impactos na segurança do paciente, na experiência do usuário e na eficiência do uso dos recursos públicos, evidenciando a necessidade de fortalecer a governança clínica e os sistemas de monitoramento.

Pelo exposto, torna-se evidente a necessidade de ações estratégicas para abordar as deficiências identificadas. É imprescindível que a Fundação Municipal de Teresina (FMS) e o Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT) implementem as recomendações e/ou determinações propostas para assegurar a adequada aplicação dos recursos públicos e garantir o acesso oportuno, racional e equitativo aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

4 COMENTÁRIOS DO GESTOR E PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.

Nos termos do art. 11 da Resolução TCE/PI nº 32, de 10 de novembro de 2022, a equipe de fiscalização oportunizou aos destinatários das propostas de determinações e recomendações a apresentação de comentários acerca do Relatório Preliminar de Auditoria, em prazo razoável previamente fixado, em observância ao disposto no art. 190, inciso III, do Regimento Interno do TCE/PI.

Os denominados “comentários do jurisdicionado” constituem etapa procedimental destinada ao aprimoramento da atividade de auditoria, permitindo que os representantes da entidade auditada se manifestem sobre os achados, conclusões e encaminhamentos propostos pela equipe técnica, inclusive quanto às consequências práticas das medidas sugeridas e à eventual existência de alternativas administrativas ou operacionais.

Nesse contexto, a Fundação Municipal de Saúde (FMS) apresentou suas alegações por escrito (Peça nº 06) em 23/04/2026. Após a análise técnica das manifestações apresentadas, a equipe de fiscalização procedeu à apreciação dos argumentos e documentos enca-

minhados, incorporando ao presente Relatório Final de Auditoria as considerações pertinentes e concluindo, assim, a fase de instrução processual.

Tabela 2 – Proposta de Encaminhamento.

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
(1) Governança e Contrato de Gestão.	Atualização Técnica do Planejamento: Determinar no prazo de 60 dias que a Fundação Municipal de Saúde (FMS) elabore um diagnóstico técnico, demográfico e epidemiológico atualizado para reformular o Perfil Assistencial do HUT e atualizar a Programação Pactuada Integrada (PPI) — atualmente obsoleta e datada de 2009 —, conforme o disposto no Art. 4º do Anexo XXIV e Art. 5º, inciso II, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Saneamento de Dados Contratuais e Capacidade de Leitos: Determinar no prazo de 30 dias que a FMS e a diretoria do HUT corrijam as inconsistências do Documento Descritivo do Contrato de Gestão nº 002/2024, ajustando as metas físicas e o financiamento da orçamentação global à capacidade operacional real comprovada de 320 leitos, regularizando os 55 leitos inoperantes registrados no CNES, em observância ao princípio constitucional da eficiência e ao Art. 20 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Operacionalização e Segregação de Funções na CAC: Determinar no prazo de 30 dias que a FMS reestruture e capacite a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), garantindo a substituição de membros com incompatibilidade de funções e assegurando a segregação de deveres para evitar conflitos de

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	interesse na avaliação da própria gestão, conforme exigido pelo Art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e pela Cláusula Décima Oitava do Contrato de Gestão nº 002/2024. Fortalecimento da Transparência Ativa: Determinar no prazo de 30 dias que o HUT institua processos contínuos de divulgação de indicadores de desempenho, execução orçamentária e cumprimento de metas assistenciais em portais de acesso público, garantindo a transparência na aplicação dos recursos e o controle social, conforme o Art. 6º, inciso XII, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e o Art. 37 da Constituição Federal. Otimização da Regulação e Fluxos de Contrarreferência: Determinar no prazo de 90 dias que a FMS estabeleça e formalize protocolos operacionais de referência e contrarreferência assistencial entre o HUT e a rede municipal, visando desonerar o hospital terciário de demandas de média complexidade, conforme o Art. 5º, inciso VI, alíneas "a" e "b", do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e a Cláusula Décima Primeira, itens IV e V, do Contrato de Gestão nº 002/2024. Melhoria nos Processos de Ouvidoria: Recomendar ao HUT que intensifique a divulgação dos canais de denúncia e ouvidoria em todas as unidades de internação, garantindo um fluxo eficaz de apuração e resposta tempestiva às manifestações dos usuários, visando reduzir a cultura de subnotificação e fortalecer o mo-

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	delo de atenção centrado no usuário previsto na PNHOSP.
(2) Financiamento e Execução Orçamentária.	Implementação de Contabilidade de Custos: Determinar no prazo de 60 dias que a direção do HUT institua um sistema formal e efetivo de contabilidade por centros de custos, garantindo a identificação do custo real de procedimentos e internações, conforme o disposto no Art. 10, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e no Art. 37 da Constituição Federal (Princípio da Eficiência). Atualização da Base de Financiamento (Custo Real vs. Série Histórica): Determinar no prazo de 60 dias que a Fundação Municipal de Saúde (FMS) e o HUT realizem estudos técnicos e pesquisas de mercado regional para substituir a atual metodologia de orçamentação baseada em séries históricas acríicas por parâmetros de custos reais vigentes, conforme exigido pelo Art. 20, inciso IV, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Efetivação da Autonomia Gerencial e Descentralização: Determinar no prazo de 30 dias que a FMS implemente mecanismos concretos de descentralização administrativa e financeira, definindo fluxos que assegurem ao HUT a execução direta de seus recursos orçamentários, em observância ao Art. 37, § 8º, da Constituição Federal e à finalidade da contratualização prevista no Art. 21 da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 (Anexo 2 do Anexo XXIV). Formalização de Aditivos e Ajustes de Metas: De-

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	terminar no prazo de 30 dias que a FMS e o HUT instiguem processos regulares de revisão contratual por meio de Termos Aditivos para o reequilíbrio financeiro e ajuste de metas, sempre que a produção real validada divergir dos parâmetros pactuados, conforme a Cláusula Quarta, item 20, do Contrato de Gestão nº 002/2024 e o Art. 30 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Saneamento de Passivos e Previsibilidade Financeira: Determinar no prazo de 90 dias que a FMS regularize a programação orçamentária destinada ao HUT para o exercício corrente, reduzindo a dependência sistemática de Despesas de Exercícios Anteriores (DEA) e garantindo a previsibilidade dos pagamentos aos prestadores e fornecedores, em conformidade com o Princípio da Transparência (Art. 6º, XII, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017) e o Art. 14 do referido Anexo 2.
(3) Capacidade Instalada, Perfil Assistencial e Rede de Atenção à Saúde.	Elaboração de Plano de Redistribuição Assistencial: Determinar no prazo de 60 dias que a Fundação Municipal de Saúde (FMS) institua um plano formal, com cronograma e metas de execução, para a transferência gradual dos atendimentos de menor complexidade (hoje representando 96,15% da produção física de Teresina) para hospitais secundários e para a Atenção Primária, conforme o disposto no Art. 5º, inciso XIII, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Formalização de Protocolos de Fluxo (Referência e

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	Contrarreferência): Determinar no prazo de 90 dias que o HUT e a FMS estabeleçam protocolos operacionais padronizados de referência e contrarreferência, garantindo a comunicação efetiva entre a unidade terciária e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a continuidade do cuidado, suprimindo a lacuna identificada pela auditoria de ausência de fluxos formais, conforme o Art. 5º, inciso VI, do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e a Cláusula Décima Primeira, itens IV e V, do Contrato de Gestão nº 002/2024. Revisão e Governança do Contrato de Gestão: Determinar no prazo de 30 dias que a FMS revise o Contrato de Gestão nº 002/2024 para incluir cláusulas específicas e instrumentos de governança compartilhada que obriguem a articulação real do hospital com os demais pontos da rede, superando o atual caráter meramente simbólico do ajuste, conforme as diretrizes do Art. 35 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Fortalecimento da Segurança do Paciente e Monitoramento Crítico: Determinar no prazo de 30 dias que a direção do HUT implemente o monitoramento rigoroso e ininterrupto de indicadores de segurança, como os erros de medicação (que sofreram vácuo de coleta por 12 meses) e a taxa de ocupação da Sala Verde (frequentemente acima de 100%), garantindo o cumprimento das normas da ANVISA e da PNHOSP, conforme exigido pela RDC nº 36/2013 e pelos Artigos 11

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	e 12 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Atualização da Programação Pactuada e Integrada (PPI): Determinar no prazo de 60 dias que a FMS finalize a atualização da PPI para incluir formalmente os serviços de urgência e emergência, orientando o perfil assistencial da unidade para a alta complexidade e eliminando o financiamento indevido sobre leitos inoperantes, em observância ao Art. 1º da Portaria MS nº 1.097/2006 e ao Art. 4º do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017.
04) Qualidade, Segurança do Paciente e Indicadores.	Retomada do Monitoramento Assistencial: Determinar no prazo de 30 dias que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) institua um fluxo ininterrupto de coleta e análise dos indicadores críticos (erros de medicação, quedas e infecções), sanando o vácuo de 12 meses identificado na coleta de dados de farmacovigilância, conforme o Art. 7º, inciso VI e IX, da RDC ANVISA nº 36/2013 e o Art. 11 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Fortalecimento dos Protocolos de Segurança (Cirurgia e Higiene): Determinar no prazo de 60 dias que a direção do HUT implemente treinamento obrigatório e monitoramento diário da adesão ao Checklist de Cirurgia Segura e aos protocolos de higienização das mãos, conforme a Resolução RDC ANVISA nº 36/2013 e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Implementação de Alerta Precoce (MEWS): Deter-

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	minar no prazo de 60 dias que a diretoria técnica do hospital adote obrigatoriamente o escore de alerta precoce (MEWS) em todas as enfermarias e execute as capacitações em Suporte Avançado de Vida, visando reduzir o "fluxo reverso" de 21% de admissões críticas na Sala Vermelha, conforme o Art. 11, § 9º, do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 e as recomendações do Relatório NIR 2025. Ativação da Governança e Fiscalização Contratual: Determinar no prazo de 30 dias que a Fundação Municipal de Saúde (FMS) operacionalize a Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), garantindo que a avaliação das metas qualitativas fundamentalmente tecnicamente os repasses financeiros e a gestão do ajuste, conforme a Cláusula Décima Oitava do Contrato de Gestão nº 002/2024 e o Art. 32 do Anexo 2 do Anexo XXIV da Portaria de Consolidação MS nº 2/2017. Revisão das Políticas de Humanização e Visitação: Determinar no prazo de 60 dias que o HUT revise suas normas operacionais de visitação e acompanhantes para plena adequação à Portaria GM/MS nº 1.820/2009, garantindo o direito à visita diária e o acesso facilitado à informação clínica, superando restrições não fundamentadas tecnicamente, conforme o Art. 5º, inciso VI e VII, da referida Portaria e o Art. 14 da PNHOSP. Otimização do SAME e Acesso à Informação: Determinar no prazo de 60 dias que o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) reformule os fluxos de

Eixo da Auditoria	Proposta de Encaminhamento
	acesso ao prontuário, reduzindo o prazo de entrega (atualmente de até 120 dias) para os limites legais, e assegure a legibilidade dos registros, conforme a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e o Código de Ética Médica.

Dessa forma, a Divisão de Fiscalização de Políticas Públicas da Saúde sugere a adoção das providências apresentadas, com fulcro no artigo 318 e seguintes da Resolução nº 13/11 (Regimento Interno do TCE-PI), sem prejuízo de outras que a gestão julgar necessárias para sanear as falhas apontadas.

Teresina, 27 de maio de 2026.

(assinado digitalmente)

Adriana Rodrigues Gomes

Mat. 97.058

Auditora de Controle Externo

(assinado digitalmente)

Felipe Pandolfi Vieira

Mat. 98.472

Auditor de Controle Externo

(assinado digitalmente)

William Hugo Bastos Moura

Mat. 97.192

Auditor de Controle Externo

VISTOS:

(assinado digitalmente)

Iracema Soares Mineiro

Mat. 97.204

Auditora de Controle Externo

Chefe DFPP2

ASSINATURA DIGITAL

Certificamos que a peça nº 8 está assinada digitalmente por:

IDENTIFICAÇÃO DO(S) ASSINANTE(S)		
CPF/CNPJ	Nome	Data e hora
***.83.186-**	FELIPE PANDOLFI VIEIRA	27/05/2026 12:14:18
***.92.473-**	IRACEMA SOARES MINEIRO	27/05/2026 12:57:48
***.32.763-**	WILLIAM HUGO BASTOS MOURA	27/05/2026 12:59:45
***.63.463-**	RAYANE MARQUES SILVA MACAU	27/05/2026 13:03:55
***.23.163-**	ADRIANA RODRIGUES GOMES	27/05/2026 13:26:59

Protocolo: 014905/2025

Código de verificação: FD26D3EF-BD5E-4407-B546-8629189AC600

Portal de validação:

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

