

SAÚDE
em nossas mãos
atitudes que salvam vidas



Relatório Abrangente de Resultados Financeiros Modelo de Custeio

TRIÊNIO 2021-2023



SAÚDE

em nossas mãos

atitudes que salvam vidas



“Gerenciar e reduzir custos na assistência é responsabilidade de todos os profissionais que prestam assistência”

Claudia Garcia de Barros

Coordenadora Geral da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos e Diretora Executiva do Escritório de Excelência Einstein





Aplicação do modelo de custeio proposto para o cálculo dos impactos econômicos com base em dados assistenciais do projeto de redução de infecções nos hospitais públicos da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos: Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil.

Triênio 2021-2023

Coordenadora

Claudia Garcia de Barros

Líder

Lital Moro Bass

Especialistas em custeio

Ancelmo Honorato Ferraz de Sousa
Edgard Joseph Kiriyaama
Leonardo Henrique Fiuza de Meireles
Nancy Oliveira dos Santos
Patrícia dos Santos Bopsin
Vinicius Farias Macari

Suporte técnico do projeto

Ademir José Petenate
Cristiana Martins Prandini
Cristiane Maria Reis Cristalda
Flavia Fernanda Franco
Guilherme Cesar Silva Dias Santos
Karen Cristina Da Conceição Dias Silva
Luciana Yumi Ue
Rafaela Moraes de Moura
Renata Gonzalez dos Santos

Em nome de todas as equipes participantes
do projeto Saúde em Nossas Mãos.



Na imagem da esquerda para direita:
Acima estão: Patrícia, Lital, Claudia e Edgard
Abaixo: Vinicius, Nancy e Leonardo

Índice

1. Projeto	7
Colaborativa Saúde em Nossas Mãos	8
2. Metodologia	9
Modelo de Custeio	10
Custeio por Absorção (conceito)	10
Indicadores de Custeio	11
10 Passos & <i>Saving</i>	12
3. Hospitais	13
Hospitais Participantes	14
Associação Santamarense de Beneficência	15
Casa de Caridade de Muriaé — Hospital São Paulo	16
Fundação Dr. Amaral Carvalho	17
Fundação Hospital Santa Lydia	18
Hospital Bom Pastor	19
Hospital Criança Conceição	20
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília	21
Hospital das Clínicas Faepa Ribeirão Preto	22
Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo	23
Hospital de Urgência de São Bernardo	24
Hospital e Maternidade Dom Orione	25
Hospital Estadual Américo Brasiliense	26
Hospital Estadual de Sapopemba	27
Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho	28
Hospital Geral de Itapeçerica da Serra	29
Hospital Geral de Itapevi	30
Hospital Manoel Novaes	31
Hospital Margarida	32
Hospital Memorial Jaboatão	33
Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro	34
Hospital Nossa Senhora das Graças	35
Hospital Regional de Cotia	36
Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	37
Hospital Regional do Cariri	38

Hospital Regional do Oeste	39
Hospital Santa Rita de Cássia	40
Hospital Santo Antônio	41
Hospital São José	42
Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí.....	43
Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas	44
Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis.....	45
4. Indicadores	46
Painel de Indicadores.....	47
Custo – Contabilidade	48
Classificação dos Custos.....	49
Custo – Atendimento.....	50
Custo – Dispensação a Paciente	53
Custo – Indicadores Assistenciais.....	54
5. Impactos	57
Impactos Econômicos	58
6. Considerações	59
Considerações Finais	60
Referências.....	61



1. Projeto

Colaborativa Saúde em Nossas Mãos

O projeto Saúde em Nossas Mãos – Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil é uma iniciativa público-privada e subsidiada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que visa fortalecer o SUS, por meio da melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde.

O projeto é executado em parceria com o MS e com as entidades de saúde de reconhecida excelência que atuam no PROADI-SUS — Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), Hospital do Coração (HCOR), Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Hospital Moinhos de Vento (HMV), Hospital Sírio-Libanês (HSL), que apoiam e trabalham em colaboração com os hospitais públicos participantes do projeto.

Uma das principais características deste projeto é a sua abordagem colaborativa e participativa, em que os profissionais de saúde, pacientes e familiares são incentivados a participar ativamente do processo de mudança e de cocriação. A metodologia utilizada é o *Breakthrough Series (BTS)* ou Modelo de Melhoria do *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* e os esforços estão na implementação dos *bundles* ou pacotes de Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) públicas do Brasil, nos perfis adulto, pediátrico e neonatal.

No triênio 2021-2023, o objetivo foi reduzir 30% das três IRAS mais frequentes e que consomem muito recurso quando adquiridas pelos pacientes durante a internação hospitalar - Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada (IPCSSL), Infecção do Trato Urinário Associada ao Uso de Cateter Urinário (ITU-AC) e a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). Aumentar em pelo menos 30% a adesão à Higiene de Mãos foi outro objetivo estabelecido, por tratar-se de medida de prevenção universal e comum a todas as IRAS.

As IRAS são motivos de preocupação mundial⁽¹⁻²⁾ devido ao impacto significativo na segurança dos pacientes e nos custos hospitalares. Para reduzi-las, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), o projeto Saúde em Nossas Mãos propôs estratégias inovadoras para demonstrar o uso correto das práticas baseadas em evidências e já bem estabelecidas no Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS)⁽³⁾. As práticas foram sendo revisadas, ajustadas e adequadas, com os recursos disponíveis, a partir de soluções propostas e testadas com métodos simples, que favorecem a colaboração de todos os profissionais que atuam à beira-leito e as executam no cuidado dos pacientes.

Uma das entregas previstas neste projeto era a economia financeira gerada para o Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da estimativa das infecções evitadas, por meio de um modelo de custeio aplicado e orientado pela equipe técnica do Hospital Israelita Albert Einstein.

Este material pretende compartilhar como foram desenhadas as etapas do modelo de custeio e mostrar os indicadores assistenciais correlacionados com os dados financeiros apurados com base nos custos das internações hospitalares nas UTIs participantes do projeto. Os indicadores de custos são medidas quantitativas que permitem avaliar o desempenho financeiro gerado na assistência com a redução das infecções ao longo deste projeto.



2. Metodologia

Modelo de Custeio

O modelo de custeio do projeto Saúde em Nossas Mãos (SNM) do PROADI-SUS é baseado nos custos dos atendimentos realizados nos leitos das UTIs participantes. Esse modelo é utilizado para mensurar os custos e despesas dos hospitais, visando evidenciar informações relevantes dos custos médios dos pacientes internados nas UTIs, com e sem infecção (IPCSL, ITU-AC e PAV), para demonstrar o impacto econômico dessa colaborativa.

O cálculo do custo de cada paciente é realizado considerando os custos diretos e indiretos envolvidos na realização do atendimento, incluindo os custos de materiais, medicamentos, exames, procedimentos, custos de recursos humanos e despesas ligadas à infraestrutura.

Além do custo médio por tipo de infecção, o modelo de custeio do projeto SNM também considera outros fatores, como o perfil dos pacientes atendidos, a complexidade dos procedimentos realizados e a qualidade dos serviços prestados.

Com base nos achados dos 31 hospitais que submeteram dados de custeio, será projetada a estimativa de *saving* dos demais hospitais e, portanto, o valor total dos ganhos contempla 100% dos hospitais participantes.

Vale ressaltar que o modelo de custeio do projeto SNM é um modelo baseado em desempenho, em que os hospitais são incentivados a adotar práticas de gestão eficientes e aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados. Esse modelo incentiva a adoção de práticas eficazes junto com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais que participam do projeto.

Custeio por Absorção (conceito)

O método de Custeio por Absorção, também chamado de custeio integral, deriva de um sistema alemão conhecido por RKW (*Reichskuratorium für Wirtschaftlichkeit*). Ele é utilizado pelas organizações de forma a considerar todos os custos de prestação de um serviço, sejam eles diretos ou indiretos, fixos ou variáveis. Além de considerar os custos diretamente relacionados aos serviços, esse modelo também faz o rateio de outros gastos, como aluguel do imóvel, manutenção de equipamentos e demais custos. Isso permite estabelecer o custo unitário total. Para calcular o Custeio por Absorção, é importante conhecer a diferença entre custos e despesas. Em linhas gerais, custos são os gastos que têm relação direta com a produção, prestação de um serviço ou a aquisição de estoques.⁴

Já as despesas não estão vinculadas à atividade-fim, reunindo os gastos decorrentes de atividades secundárias da organização, como a venda, a administração e áreas de apoio à produção. Estas são incorporadas com critérios de rateio, que permitem ser redistribuídos de forma proporcional.

Por considerar também os custos fixos, o Custeio por Absorção permite verificar o impacto da produtividade sobre o custo de um serviço. Uma característica do Custeio por Absorção é que ele está alinhado com os princípios da contabilidade. Por isso, ele é o único sistema de custeio aceito pela legislação brasileira para a produção de relatórios contábeis, como o

Demonstrativo do Resultado do Exercício (DRE), e para o cálculo de impostos. Assim, o conceito de custo engloba, por exemplo, insumos, materiais comprados para revenda, os salários dos colaboradores que atuam diretamente na produção ou prestação de um serviço, a energia gasta com os equipamentos utilizados, a depreciação dos equipamentos, entre outros. Alguns desses custos são fixos, ou seja, permanecem no mesmo nível independente do volume de produção (produtos ou serviços). Já os custos variáveis correspondem aos gastos que aumentam ou diminuem de forma proporcional ao nível de atividade (produtos ou serviços), como é o caso dos insumos, já que, quanto maior for a quantidade produzida ou os serviços prestados, mais insumos serão necessários para atender a operação.⁵

Indicadores de Custeio

Os principais indicadores financeiros foram calculados individualmente para os hospitais que conseguiram coletar as informações solicitadas, seguindo o modelo e a somatória dos valores encontrados nesse grupo, a qual denominamos de valor agregado. Este é considerado valor de referência a ser utilizado para os cálculos dos demais hospitais do SNM, ou seja, aqueles que não aplicaram o modelo e para o cálculo do impacto financeiro da colaborativa na totalidade.

Principais indicadores:

- **Custo total:** é o gasto total na produção de um produto ou serviço, abrangendo custos diretos e indiretos. Neste estudo de custeio, consideramos o gasto total com todos os pacientes (com e sem infecção) na UTI durante o período estudado, incluindo seus custos diretos e indiretos.
- **Custo médio unitário:** esse indicador é calculado dividindo o custo total pelo número de pacientes (com e sem infecção) atendidos.
- **Tempo médio permanência (TMP):** refere-se ao tempo médio de dias que o paciente fica na UTI.

Classificação e composição das contas:

- **Custo fixo (CF):** Custos com Pessoal + Prestações de serviço fixo + despesas gerais fixas + Depreciação (custos ligados à infraestrutura que não alteram conforme volume de produção).
- **Custo variável (CV):** Custos com materiais + medicamentos + prestações de serviços variáveis (exames e procedimentos) (Custos ligados diretamente ao volume de produção).
- **Estimativa de economia (saving):** uma projeção de economia em um determinado período. Para o projeto, utilizamos a soma da estimativa de infecção evitada, multiplicada pelo custo unitário da infecção.

$$\begin{array}{ccc} \left(\begin{array}{c} \text{Estimativa de infecções} \\ \text{evitadas (IPCSL)} \\ \times \\ \text{Custo unitário (IPCSL)} \end{array} \right) & + & \left(\begin{array}{c} \text{Estimativa de infecções} \\ \text{evitadas (ITUAC)} \\ \times \\ \text{Custo unitário (ITUAC)} \end{array} \right) & + & \left(\begin{array}{c} \text{Estimativa de infecções} \\ \text{evitadas (PAV)} \\ \times \\ \text{Custo unitário (PAV)} \end{array} \right) \end{array}$$

10 Passos & Saving

Conhecer os custos da assistência é muito importante para criar a consciência nos profissionais do quanto as práticas baseadas em evidências, quando executadas da forma correta, de fato, contribuem para a redução do custo *per capita* na saúde. O uso excessivo, ou desnecessário, ou até insuficiente de recursos na prestação da assistência impactam nos custos hospitalares, uns por gerarem desperdício e outros por eventuais faltas (a exemplo dos insumos) que favoreçam as quebras de barreiras de segurança, facilitando a ocorrência das IRAS. No entanto, coletar dados de custeio para a equipe de saúde é um desafio.

Neste projeto, criamos a figura dos “10 passos” a serem percorridos para se obter os custos de cada paciente, em que cada passo representa um conjunto de dados a serem obtidos em diferentes áreas que compõem o fluxo do paciente durante a internação e os principais custos gerados.

O caminho dos 10 passos a serem percorridos requer que cada hospital participante do custeio obtenha as informações necessárias para a composição dos custos de cada atendimento, nas 24 horas, de todos os pacientes admitidos na UTI no período do projeto (24 meses):



Para calcular o *saving*/ganho, consideramos o custo médio agregado do pior cenário, ou seja, aquele que antecedeu a implantação das ações de melhoria, denominado período pré-intervenção, para a linha de base dos dados, considerada do período de setembro de 2020 a outubro de 2021.

$$\text{CUSTO MÉDIO (CM)} \times \text{ESTIMATIVA DE INFECÇÕES EVITADAS} = \text{ESTIMATIVA DO SAVING / TIPO INFECÇÃO (R\$)}$$



3. **Hospitals**

Hospitais Participantes

Nas próximas 31 páginas, apresentaremos os hospitais que conseguiram percorrer os 10 passos e contribuíram para que o cálculo dos *savings* fosse possível. Esses hospitais representaram 16% do total de hospitais participantes da colaborativa (a meta era a participação de 10%). Com base nos achados desse grupo foi possível projetar os *savings* para 100% dos hospitais.

- Associação Santamarense de Beneficência
- Casa de Caridade de Muriaé — Hospital São Paulo
- Fundação Dr. Amaral Carvalho
- Fundação Hospital Santa Lydía
- Hospital Bom Pastor
- Hospital Criança Conceição
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
- Hospital das Clínicas Faepa Ribeirão Preto
- Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo
- Hospital de Urgência de São Bernardo
- Hospital e Maternidade Dom Orione
- Hospital Estadual Américo Brasiliense
- Hospital Estadual de Sapopemba
- Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho
- Hospital Geral de Itapeçerica da Serra
- Hospital Geral de Itapevi
- Hospital Manoel Novaes
- Hospital Margarida
- Hospital Memorial Jabotão
- Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
- Hospital Nossa Senhora das Graças
- Hospital Regional de Cotia
- Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
- Hospital Regional do Cariri
- Hospital Regional do Oeste
- Hospital Santa Rita de Cássia
- Hospital Santo Antônio
- Hospital São José
- Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí
- Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas
- Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis



Associação Santamarense de Beneficência

História do hospital

A Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá, Mantenedora do Hospital Santo Amaro, fundada em 20 de agosto de 1956, é uma entidade sem fins lucrativos. Hospital localizado no município do Guarujá que atende pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como de outros municípios da Baixada Santista, destina a esses pacientes 100% de sua capacidade total instalada. É um Hospital Geral de Média e Alta Complexidade com habilitações em alta complexidade: vascular, traumatologia/ortopedia, neurologia/neurocirurgia, Unacon, com uma estrutura de atendimento de 214 leitos, sendo destes, 49 leitos de UTIs (40 leitos de UTI adulto; 3 leitos UTI infantil e 6 leitos de UTI neonatal).

Experiências no projeto

Estudo detalhado dos gastos dos pacientes da UTI; projeção dos gastos que um paciente com infecção tem; redução do consumo de antibioticoterapia; PDSA para implementação de novos materiais; estudo de custos dos produtos aprovados nos PDSAs, sendo estes apresentados para comitê administrativo; interface com equipe assistencial.

Informações gerais

Região: Guarujá, Bertioga e Cubatão/SP.

População de referência: 287.634 (Guarujá), 64.188 (Bertioga) e 112.471 (Cubatão) pessoas.

Administração: Direta

Perfil hospitalar: Atividades de atendimento hospitalar e ambulatorial.

ERP: sistema Wareline.

Total de leitos operacionais: 214 leitos.

Total de leitos de UTI: 40 leitos (adulto), 6 leitos (neonatal) e 3 leitos (pediátrica).



“Panorama do custo real das IRAS e alternativas para redução de custos.”

Paloma Dias
Enfermeira líder do projeto Saúde em Nossas Mãos na UTI A

Casa de Caridade de Muriaé — Hospital São Paulo

História do hospital

A Casa de Caridade de Muriaé — Hospital São Paulo foi fundada em 29 de maio de 1927 com recursos provenientes de doações e do trabalho da sociedade. O hospital é filantrópico, localizado na cidade de Muriaé – MG. É composto por 221 leitos, divididos entre clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica, UTI, Unidade de Urgência e Emergência, aberto 24 horas. É referência para uma população de 163.996 pessoas da microrregião, e aproximadamente 1 milhão de pessoas para os atendimentos de alta complexidade que o hospital é referência — AVC e trauma.

Experiências no projeto

O projeto trouxe grande aprendizado para a equipe, tanto na aplicação do modelo de melhoria como na mudança de cultura dentro da instituição. A liderança, que analisava os resultados do setor sem a participação da equipe, passou a envolvê-la na discussão dos processos. Dessa forma, pequenos ajustes foram realizados nos processos, trazendo um impacto significativo na qualidade da assistência (+78% na taxa de infecção) e resultado financeiro do setor.

Informações gerais

Região: Zona da Mata mineira

População de referência: atendimentos de baixa e média complexidade para a população da microrregião: 163.996; Atendimentos de alta complexidade: 1 milhão de pessoas.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 221 leitos.

ERP: sistema Sysart.

Total de leitos operacionais: 221 leitos.

Total de leitos de UTI: 29 leitos, sendo 19 leitos de UTI adulto, 6 leitos de UTI neonatal e 4 leitos de UTI pediátrica.



“O sucesso é possível quando a equipe trabalha pelo mesmo objetivo.”

Laís Cavalher
Líder do Projeto Custeio

Carolina Castro
Analista do Projeto Custeio

Ana Luiza Dornelas
Analista do Projeto Custeio

Ana Karolina Schettino
Analista do Projeto Assistencial

Fundação Dr. Amaral Carvalho

História do hospital

A Fundação Doutor Amaral Carvalho é uma entidade filantrópica de natureza privada sem fins lucrativos, fundada em 1980 para congregar as entidades vinculadas ao Hospital Amaral Carvalho, instituição de saúde criada em 1915 pelos fundadores beneméritos que doaram uma gleba de terra para a construção da Maternidade do Jahu. Foi, desde aquela época, um projeto de saúde inovador para acolher as gestantes carentes. Hoje, o Hospital Amaral Carvalho é referência nacional no tratamento de alta complexidade do câncer, incluindo o serviço de transplante de medula óssea.

Experiências no projeto

Com as orientações do preenchimento da planilha, foi fácil colocar os dados. Porém, tivemos muitas dificuldades para submeter na plataforma, devido ao volume de pacientes contemplados. Com a dedicação do grupo, foi possível cumprir com a entrega dos dados com sucesso.

Informações gerais

Região: Diretoria Regional de Saúde VI do estado de São Paulo com 68 municípios.

População de referência: Hospital de Alta complexidade Cacon 2.

Administração: privada filantrópica.

Perfil hospitalar: 1º semestre de 2023: 49.035 pacientes com 202.778 atendimentos; Idade: 60 a 74 anos: 31.15%; Ensino fundamental 33.24%; Câncer de mama: 3.930 pacientes; Câncer de próstata: 3493 pacientes.

Total de leitos operacionais: 315 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos.

Acreditação: ONA 2 – Acreditado Pleno



“Por meio dos dados podemos melhorar os processos da assistência.”

Equipe Saúde em Nossas Mãos



Fundação Hospital Santa Lydia

História do hospital

Hospital público de médio porte, o Hospital Santa Lydia, visando reestruturar todo seu funcionamento baseado em qualidade, na gestão de todos os seus serviços, buscou parcerias com instituições icônicas na prática da implementação de melhorias institucionais que geram real benefício aos brasileiros usuários do Sistema Único de Saúde. Pela primeira vez em sua história, alcança, por meio do PROADI, indicadores que despertaram nas pessoas o acreditar que o potencial de uma instituição não está na estrutura física, mas no recurso humano com coerência profissional.

Experiências no projeto

O PROADI trouxe o real sentido que eficiência vem da comunicação assertiva, resultado vem da união entre equipes, liderança vem da capacidade de descobrir grandes valores humanos nos quadros da própria instituição e melhoria vem da valorização de cada profissional. Toda essa transformação foi conquistada pela habilitação que o PROADI proporcionou para que colaboradores ganhassem confiança e descobrissem suas próprias capacidades de forma definitiva.

Informações gerais

Região: Região Metropolitana de Ribeirão Preto/SP.

População: 750 mil habitantes.

População de referência: município de Ribeirão Preto.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral de Médio Porte.

ERP: Sistemas de Gestão na área da Saúde (SisHosp).

Total de leitos operacionais: 100 leitos.

Total de leitos de UTI: 10 leitos.



“O planejamento e a disciplina foram primordiais no resultado proposto.”

Silvana Ferreira da Silva
Assistente Administrativo



**HOSPITAL
BOM PASTOR**
FHOMUV - Fundação Hospitalar
do Município de Varginha

Hospital Bom Pastor

História do hospital

O Hospital Bom Pastor de Varginha é uma instituição de referência na rede SUS, dedicada a fornecer atendimento público e gratuito de qualidade. Com uma ampla área construída de mais de 9.832,54 m², o hospital possui uma infraestrutura completa. Localizado em um ambiente tranquilo e residencial em Varginha, no Sul de Minas Gerais, nosso hospital se destaca como um centro de excelência em oncologia, atendendo não apenas à população local, mas também servindo como referência para 52 cidades da região, modelo entre as Unacons pelo rápido atendimento aos pacientes com câncer. Além do orgulho de sermos reconhecidos como referência no atendimento de trauma em média complexidade.

Experiências no projeto

O projeto Saúde em Nossas Mãos está sendo uma imersão capaz de unir equipes, valorizar espaços e atitudes, proporcionar conhecimento, garantir eficiência nos processos, com muita qualidade, responsabilidade, respeito e educação.

Além das metas definidas, parte delas atingidas e superadas, outra parte com resultados animadores a caminho da realização, o principal ponto a ser destacado é que VIDAS a mais foram salvas.

Informações gerais

Região: Sul de Minas Gerais.

População de referência: em alta complexidade em oncologia para 52 municípios com uma população IBGE – Estimativas 2021 de 937.755 habitantes.

Administração: indireta.

Perfil hospitalar: hospital 100% público.

Total de leitos operacionais: 102 leitos de enfermaria.

Total de leitos de UTI: 10 leitos.



“Estamos prontos para multiplicarmos o aprendizado para demais áreas do HBP.”

Palavras do Presidente da Fundação Hospitalar de Varginha — FHOMUV, Sr. Edson Antônio Meneguelli e equipe de melhoria.

Hospital Criança Conceição

História do hospital

O Hospital Criança Conceição é o único hospital geral pediátrico com 204 leitos, responsável pelas internações hospitalares na faixa de 0 a 13 anos. Funciona em prédio anexo ao Hospital Conceição, prestando assistência ambulatorial e de emergência. Dispõe de internação, UTI neonatal e pediátrica, sendo destaque nas cirurgias pediátricas. Com plantão 24 horas, oferece um serviço de onco-hematologia, que é modelo para crianças com câncer e com doenças do sangue, leucemia e anemia falciforme. Realiza cerca de 6 mil consultas, 400 internações e 2,8 mil quimioterapias.

Experiências no projeto

O projeto trouxe momentos de reflexão das práticas assistenciais, além de oportunidades de aprendizagem e melhorias, importante para o desenvolvimento de lideranças locais e a composição de um time focado em garantir um cuidado seguro e de qualidade. Mudança de cultura local e engajamento de pacientes e familiares nas práticas, impactando na melhoria dos indicadores, sobretudo de PAV, meta que conquistou deslocamento da média para zero.

Informações gerais

Região: Porto Alegre/RS.

População de referência: Porto Alegre, região metropolitana.

Administração: empresa pública.

Perfil hospitalar: Hospital Geral Pediátrico, de grande porte, com 204 leitos.

ERP: sistema GHC.

Total de leitos operacionais: 204 leitos.

Total de leitos de UTI: 46 leitos, sendo 16 leitos de UTI pediátrica e 30 leitos de UTI neonatal.



“O projeto foi fundamental para a mudança de cultura local, visando atingir todas as dimensões da qualidade assistencial por meio da participação de um time engajado com foco no paciente e família.”

Priscila Coelho Amaral
Secretária do Projeto



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

História do hospital

Em 1957, foi construído o Hospital das Clínicas de Marília, para atender a população local. Em 1966, foi criada a FAMEMA, que passou a utilizar o hospital para atendimento e treinamento de seus alunos. Em 1994, a FAMEMA se tornou uma autarquia estadual. Em 2007, foi criada a Famar, uma fundação privada, para apoiar a FAMEMA. Em 2015, foi criada a nova autarquia, HCFAMEMA, para atuar em conjunto com a FAMEMA e a Famar. O HCFAMEMA é um hospital de média e alta complexidade, que atende 62 municípios e uma população estimada em 1,2 milhão de pessoas. A instituição vem passando por um processo de construção desafiador, mas com muita garra, determinação e resiliência de toda a equipe, vem superando cada desafio.

Experiências no projeto

O projeto foi um sucesso, com mudanças positivas em todas as instâncias. A equipe absorveu uma nova cultura clínica e comportamental. A liderança do projeto se aproximou de todos na UTI de forma adequada com propósitos estabelecidos e resultados sem precedentes na nossa história. Como resultado, houve uma queda significativa nas IRAS, a meta proposta foi atingida e as boas práticas serão disseminadas para outras UTIs.

Informações gerais

Região: centro-oeste paulista.

População de referência: o HCFAMEMA é referência para 62 municípios, 1 milhão e 200 pessoas. Dividido em cinco microrregiões (Adamantina, Tupã, Marília, Assis e Ourinhos).

Administração: administração pública indireta - Autarquia do Estado, Lei Complementar nº 1.262/2015, publicada em 7 de maio de 2015.

Perfil hospitalar: média e alta complexidade.

ERP: FAMEMA, sistema próprio.

Total de leitos operacionais: 315 leitos.

Total de leitos de UTI: UTI adulto tipo III – 40 leitos; UTI coronariana Tipo II – 6 leitos; UTI neonatal Tipo II – 8 leitos; UTI pediátrica Tipo II - 7 leitos.



“O sucesso de um projeto é medido pelo impacto que ele tem no mundo.”

Isabella Ricci
Diretor(a) Técnico(a) I – Núcleo de Contratualização

Hospital das Clínicas Faepa Ribeirão Preto

História do hospital

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é considerado uma das maiores e mais importantes instituições públicas do país na área da saúde. Iniciou suas atividades em junho de 1956, no atual prédio da Unidade de emergência e, em 1978, inaugurou sua sede ao lado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS desde 1988, tem como atividade principal proporcionar atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade, e servir de campo para o Ensino e Pesquisa.

Experiências no projeto

Apesar das ações prévias à esta experiência, o projeto permitiu às áreas envolvidas o desenvolvimento de uma perspectiva diferenciada na prevenção de infecção, comprometimento com ações educativas periódicas de higiene das mãos, incorporação de novas ferramentas para gerenciamento e análise dos indicadores, incluindo análise de custos e destacando ainda as relações de trabalho estreitadas, fortalecendo vínculos e o compromisso com o cuidado de qualidade.

Informações gerais

Região: nordeste do estado de São Paulo.

População de referência: referência terciária

para quatro Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo (Ribeirão Preto, Franca, Araraquara e Barretos), abrangendo uma população aproximada de 3,5 milhões de habitantes. Para algumas especialidades, como Centro de Tratamento de Epilepsia, Transplantes, Saúde Auditiva, Oncologia, Reprodução Humana e Cardiologia, é referência para todo o território nacional.

Administração: indireta (autarquia pública estadual).

Perfil hospitalar: hospital de grande porte, de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, nas diversas especialidades médicas.

ERP: sistema próprio.

Total de leitos operacionais: 752 leitos.

Total de leitos de UTI: 123 leitos.



“Essa experiência suscitou potências ocultas e novas possibilidades para o cuidado.”

Nátali Artal Padovani Lopes
Gerente de Risco Sanitário



Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo

História do hospital

O Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo destaca-se pelo atendimento de média e alta complexidade em ortopedia, neurocirurgia, cardiologia e oncologia. Possui 309 leitos entre clínicos, cirúrgicos, pediátricos, psiquiatria, centro cirúrgico, oncologia, quimioterapia e radioterapia, hemodinâmica, pronto-socorro referenciado e ambulatório de especialidades. Visa a qualificação e a formação de profissionais, por meio de residência médica e estágios técnicos supervisionados. Passou a ser gerenciado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM em 2004, exclusivamente SUS.

Experiências no projeto

O projeto trouxe mudança na cultura e aprendizado para a equipe, principalmente para as lideranças. Entender que um modelo de melhoria requer começar aos poucos e fazer ajustes durante a jornada. Aprender e reconhecer a necessidade e a importância do envolvimento da equipe operacional e de apoio nas discussões diárias ou semanais, proporcionando excelente resultado, agregando valor assistencial e ao colaborador, tornando-o mais motivado.

Informações gerais

Região: Alto Tietê/SP.

População de referência: 2.60 milhões habitantes – IBGE 2018.

Administração: OSS – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM.

Perfil hospitalar: hospital Geral, de médio porte, com 284 leitos.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 284 leitos.

Total de leitos de UTI: 39 leitos, sendo 10 leitos de UTI adulto, 10 leitos de UTI cardiológica, 9 leitos de UTI pediátrica, 10 leitos de UTI PS.

Acreditação: QMentum - Diamante.



“Melhor forma de motivação: proporcionar desafios, autonomia para equipe.”

Roseli Gomes Cavalini
Diretora de Enfermagem

Hospital de Urgência de São Bernardo

História do hospital

O Hospital de Urgência compõe o Complexo de Saúde de São Bernardo do Campo (CSSBC) para os atendimentos de urgência/emergência e politraumas. Compõe ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os procedimentos realizados no HU, integralmente disponibilizados ao SUS, envolvem alta tecnologia, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados.

Experiências no projeto

A partir do início da coleta de dados para o Projeto evidenciou-se a necessidade de melhorias de processos e realização de planos de ações envolvendo a Equipe Multiprofissional. As mudanças realizadas refletiram tanto na qualidade do atendimento, segurança do paciente como também na redução de custos e otimização de recursos.

Informações gerais

Região: São Bernardo do Campo

População de referência: Hospital Municipal, atendimento 100% SUS. O HU é referência para as nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Pronto Atendimento (PA) do Taboão e para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PID) do município. O hospital realiza atendimento nas especialidades de pediatria, clínica médica, ortopedia, cirurgia geral e neurologia.

Administração: administração pela OSS — Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC.

Perfil hospitalar: média e alta complexidade.

ERP: sistema TOTVS.

Total de leitos operacionais: 249 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos UTI adulto e 10 leitos de UTI pediátrica.



“O segredo do sucesso está no empenho e na persistência de uma equipe engajada.”

Patrícia Garcia
Gerente Técnica Assistência

Rafaela Gomes
Assistente Administrativa



Hospital e Maternidade Dom Orione

História do hospital

A história do Hospital Dom Orione inicia em 1952, com os missionários orionitas. Vendo a necessidade local, deram início aos primeiros atendimentos de saúde. Assim foi o começo do que no futuro viria a se tornar o maior complexo hospitalar do Tocantins, inaugurado oficialmente em 16 de julho de 1976. Os dois principais prédios foram um presente da Congregação Orionita ao Brasil, na celebração do 50º Dies Natalis de São Luís Orione (1990). Ao longo dos anos a instituição se consolidou como referência em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Experiências no projeto

A oportunidade de participar da construção do custeio está sendo uma experiência muito gratificante, por mostrar que o esforço que nós fazemos torna viável a missão. Com o modelo de custeio implantado, possibilitou o nosso reposicionamento nos propósitos de alcançar a sustentabilidade.

Informações gerais

Região: norte do país e norte do estado do Tocantins.

População de referência: 800 mil pessoas do estado do Tocantins.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: o Hospital Dom Orione é referência em cardiologia, obstetria e neonatologia, parte da Pequena Obra da Divina Providência.

ERP: sistema MV.

Total de leitos operacionais: 250 leitos.

Total de leitos de UTI: 72 leitos, entre leitos de UTI adulto, UTI Neonatal, leitos de unidade intermediária Ucinco e leitos de canguru — Ucinca.



“O projeto Saúde em Nossas Mãos nos trouxe uma onda de melhorias, seguido de uma mudança de cultura em relação aos processos estabelecidos.”

Priscilla Medeiros
Coordenadora UTI ADULTO 1

Hospital Estadual Américo Brasiliense

História do hospital

Fundado em 2008, o AME e o Hospital Estadual Américo Brasiliense são serviços de saúde do estado de SP administrados pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP, por meio de contrato de gestão para atender 24 municípios pertencentes ao DRS III. Atendem exclusivamente os pacientes do SUS com índice de satisfação acima de 99%, segundo pesquisas trimestrais. Premiações: Melhor Hospital do Interior, Melhor Internação Humanizada, Hospital Amigo do Meio Ambiente, Hospital Amigo do Idoso, ONA 3, e está entre os 50 melhores hospitais públicos do Brasil.

Experiências no projeto

No HEAB, percebemos alto envolvimento e maturidade de toda equipe frente aos problemas. O projeto promoveu domínio nos resultados dos indicadores, o aprendizado de ferramentas de qualidade e melhoria, compartilhamento de conhecimento entre equipes e outros hospitais e o envolvimento da direção com a equipe assistencial. Os resultados alcançados confirmaram o êxito do trabalho, e pretendemos multiplicar a experiência em outros setores do hospital.

Informações gerais

Região: 24 municípios da região de Araraquara.

População de referência: 1 milhão.

Administração: OSS — Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP.

Perfil hospitalar: Hospital Geral de médio porte para atendimento cirúrgico e clínico com ênfase na média complexidade.

ERP: sistemas HCFMRP.

Total de leito operacionais: 84 leitos.

Total de leitos de UTI: 10 leitos.

Acreditação: ONA 3 – Acreditado com Excelência.



“O envolvimento das pessoas no processo é a chave para eficiência!”

Maisa Cabete Pereira Salvetti
Diretora Geral

Mário Sérgio Bezerra de Menezes
Diretor Administrativo

Sandra Regina Santos da Silva
Enfermeira da UTI — Líder do Projeto

Marília Amaral Costa Frangioti
Farmacêutica da Gestão de Risco e Segurança

Ana Beatris Fantini Zanata
Assistente Técnico I Custos

Hospital Estadual de Sapopemba

História do hospital

O Hospital Estadual de Sapopemba, operado pelo SECONCI — OSS desde 2009, presta atendimento pelo SUS, servindo os distritos locais das zonas leste e sudeste, atendendo aproximadamente 2677 pacientes por mês por meio da regulação do atendimento do PS para a unidade móvel e PSGO demanda espontânea. Além disso, ampliou sua gama de serviços para atender toda a cidade com o CROSS. Os princípios fundamentais do hospital englobam o cuidado focalizado no paciente, a ética e o respeito, com reconhecimento por meio de certificações tanto nacionais quanto internacionais.

Experiências no projeto

A metodologia do projeto resultou na aplicabilidade das melhores práticas de prevenção e na vigilância de IH. Contribuindo para a redução significativa da densidade de infecções, enaltecemos o total de zero infecções em 11 meses inerente à PAV e o aumento de promoção e adesão de higiene das mãos, contribuindo para a qualidade e segurança na assistência e economicidade para novos projetos assistenciais.

Informações gerais

Região: leste e sudeste da capital de São Paulo.

População de referência: moradores dos distritos leste e sudeste: Sapopemba, São Mateus, São Rafael, Aricanduva e Iguatemi, resultando em uma população de 819.306 habitantes.

Administrado por OSS: Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo.

Perfil hospitalar: assistência em ginecologia e obstetrícia, clínica médica, ortopedia e cirurgia geral. Referência em obstetrícia de urgência e emergência no PSGO em sistema de porta-aberta.

Erp: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 191 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos de UTI adulto e 11 leitos de UTI neonatal.

Acreditação: QMentum – Diamante.



“O PROADI reforçou nosso senso de pertencimento e a melhoria contínua.”

Elaine Aparecida Melo
Coordenadora de Enfermagem



Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho

História do hospital

O Hospital Estadual Dr. Albano da Franca Rocha Sobrinho (HEFR), foi fundado em 18 de abril de 2011 e o Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), fundado em 22 de março de 2010. O hospital é administrado por OSS atualmente pelo Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM), contrato iniciado em Julho/2020. Localizado na cidade de Franco da Rocha/SP, o hospital é composto por 225 leitos, divididos entre clínica médica, cirúrgica, ortopedia, vascular, neuro, UTI, psiquiatria e unidade de urgência e emergência.

Experiências no projeto

Em nossa unidade, o projeto passou por muitos desafios, devido às trocas de nossas equipes. Tivemos um grande envolvimento da diretoria na aquisição de novos recursos e da equipe assistencial nas técnicas e assim melhoramos a qualidade de nossos materiais e dos processos. Finalizamos com com queda de 56% de PAV, o que sempre foi nosso maior ofensor. Hoje, temos uma equipe focada na qualidade e segurança do paciente e sempre nos trazendo sugestões de melhorias.

Informações gerais

Região: Grande São Paulo.

População de referência: atendimentos de média e alta complexidade para a população da região, que abrange cinco municípios sendo, eles: Franco da Rocha, Caieiras, Francisco Morato, Mairiporã e Cajamar.

Administração: OSS.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 225 leitos.

ERP: sistema Wareline.

Total de leitos operacionais: 225 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos adultos.



“Uma equipe engajada supera todos os obstáculos.”

Vanessa Cristina Gonçalves Damião
Líder do Projeto

Hospital Geral de Itapeçerica da Serra

História do hospital

Em março de 1999, nasce o Hospital Geral de Itapeçerica da Serra – HGIS, que desde o início se propôs a oferecer um atendimento digno, humanizado e de qualidade para os mais de 270 mil habitantes da região em que é referência secundária e que compreende os municípios de Itapeçerica da Serra, Embu-Guaçu, Juquitiba e São Lourenço da Serra. Possui 220 leitos divididos entre clínica médica, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e UTI. Tem acesso referenciado para urgência e emergência. Nossa missão é “defender a saúde e contribuir para o aprimoramento do SUS”.

Experiências no projeto

O projeto trouxe grande aprendizado para a equipe com o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e participação ativa das equipes no desenvolvimento das ações. Por meio da ciência da melhoria trazida pelo modelo do Institute for Healthcare improvement – IHI implantamos ferramentas que impactaram significativamente no engajamento das equipes, sobretudo, no fortalecimento da comunicação.

Informações Gerais

Região: metropolitana da Grande São Paulo

População de referência: atendimentos de média e alta complexidade em traumatologia ortopedia e neurotrauma; referência à gestação de alto risco tipo II para a população

de 270 mil.

Administração: Indireta, (OSS) — Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI-SP.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de grande porte.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 220 leitos.

Total de leitos de UTI: 36 leitos, sendo 20 leitos de UTI adulto, seis leitos de UTI pediátrica e 10 leitos de UTI neonatal.

Acreditação: ONA 3 - Acreditado com Excelência.



“Tudo parece impossível até que seja feito.” Nelson Mandela

Alexandre Antunes da Silva
Facilitador do Projeto de Custeio

Thiago A. dos Reis Morbi
Facilitador do Projeto Assistencial

Renata de Lourdes Cabrera
Facilitador do Projeto Assistencial

Renata De Martin Penitenti
Facilitador do Projeto Assistencial



Hospital Geral de Itapevi

História do hospital

Inaugurado em 20 de setembro de 2000, o Hospital Geral de Itapevi (HGI) é uma unidade hospitalar estadual, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), e gerenciada pelo CEJAM — Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, desde dezembro de 2021. O HGI atende pacientes direcionados pelas unidades de Saúde dos municípios, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da SES/SP. Dedicado ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Experiências no projeto

O PROADI-SUS trouxe sua expertise, auxiliando-nos a fornecer uma melhor qualidade para a assistência prestada aos nossos usuários e colaboradores. Agregou valores e contribuiu para o aperfeiçoamento, fortalecimento não só de nossa instituição, mas para todo Sistema Único de Saúde – SUS.

Informações gerais

Região: Itapevi, região metropolitana de São Paulo.

População de referência: O HGI é referência para a Rota dos Bandeirantes, abrangendo os municípios de Itapevi, Jandira, Santana de Parnaíba, Pirapora do Bom Jesus, Barueri, Carapicuíba e Osasco, com população estimada em 1.954.026 habitantes (*Fonte: IBGE – população estimada em 2022*).

Administração: CEJAM – Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim, entidade sem fins lucrativos.

Perfil hospitalar: hospital de média complexidade com 248 leitos, pronto-socorro de obstetrícia e ambulatório de especialidades médicas.

ERP: sistema MV Soul.

Total de leitos operacionais: 248 leitos.

Total de leitos de UTI: 30 leitos, sendo 10 leitos na unidade de terapia intensiva adulto, 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 leitos na terapia intensiva pediátrica.

Acreditação: ONA 3 - Acreditado com Excelência.



“Sim, é possível uma assistência segura e eficaz no SUS!”

Ana Paula B. M Lima
Enfermeira Líder SCIH

Gerzislaid L. A. Razori
Supervisora de Enfermagem da UTI Adulto



Hospital Manoel Novaes

História do hospital

Inaugurado em 1953, o Hospital Manoel Novaes é referência em média e alta complexidade no interior da Bahia. Possui banco de leite humano, 160 leitos de enfermaria e UTIs. Dentre tantos serviços ofertados, estão os de oncologia infantil e adulto, emergência pediátrica, ginecológica e obstétrica e ambulatório. O hospital oferta ainda serviços de ortopedia, neuropediatria, oncopediatria e, também, nas especialidades de cardiopediatria e nefropediatria para estabilização do paciente e encaminhamento às unidades referência.

Experiências no projeto

O PROADI-SUS – Saúde em Nossas Mãos tem ajudado no aperfeiçoamento dos processos e melhoria na qualidade dos serviços ofertados no nosso hospital. Com o projeto, alcançamos o objetivo, com redução nos índices de infecção na corrente sanguínea, sistema urinário e trato respiratório, além da melhoria nos processos assistenciais, queda dos desperdícios de recursos do SUS, aquisição de novas tecnologias, e maior envolvimento das equipes multidisciplinares e da alta gestão.

Informações gerais

Regiões: sul e extremo-sul da Bahia.

População de referência: atendimentos de

média e alta complexidade para a população da microrregião onde vivem cerca de 2 milhões de pessoas.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: hospital materno-infantil, referência em pediatria, obstetrícia de alto risco e cirúrgica no interior da Bahia. Uma unidade de médio porte, com 160 leitos de enfermaria e UTIs.

Total de leitos operacionais: 160 leitos.

Total de leitos de UTI NEO: 38 leitos, sendo 21 para pacientes de alto risco, 12 intermediário e cinco na Unidade Canguru.

Total de leitos de UTI pediátrica: 10, sendo 70% destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.



“Trabalho em equipe, conhecimento, amor e empatia resultam em sucesso.”

Igor Ferretti
Coordenador de Enfermagem da UTI Pediátrica



Hospital Margarida

História do hospital

O Hospital Margarida, fundado em 1952 por Louis Jacques Ensich em homenagem à sua mãe, Dona Margarida Ensich, inicialmente visava atender os trabalhadores da Belgo e seus dependentes. Em 1975, a Associação Monlevade de Serviços Sociais assumiu a administração. Posteriormente, consultorias hospitalares geriram o hospital, até que, em 2004, a Sociedade São Vicente de Paulo reassumiu o controle, renomeando-o Associação São Vicente de Paulo de João Monlevade, em 2005. Ao longo dos anos, o Hospital Margarida e sua equipe construíram uma sólida história em saúde, tornando-se uma referência em João Monlevade e nas cidades vizinhas do Médio Piracicaba.

Experiências no projeto

O projeto proporcionou grande transformação e aprendizado para a equipe, trazendo mudanças na cultura assistencial. A aplicação do modelo de melhoria foi essencial para que houvesse o envolvimento e a participação da equipe. Dessa forma, ajustes simples e providenciais foram realizados nos processos trazendo um impacto significativo na qualidade da assistência. Redução em 75% de infecção do trato urinário, 70% de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Informações gerais

Região: Médio Piracicaba (MG).

População de referência: atendimentos de média complexidade para a população da microrregião: 180 mil.

Administração: Associação São Vicente de Paulo de João Monlevade, filantrópico, sem fins lucrativos, que possui Certificado de Entidade Beneficente em Assistência Social (CEBAS).

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 136 leitos.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 136 leitos.

Total de leitos de UTI: 10 leitos de UTI adulto.



“Sozinhos, nós vencemos às vezes, mas em grupo podemos ganhar constantemente.”

Girlene Mendes Lage
Patrocinador do Projeto

Alysson Barcelos Lima
Líder do Projeto Assistencial

Izabela Guimarães e Marcela dos Santos Godoi
Analistas do Projeto Assistencial

Hospital Memorial Jaboatão

História do hospital

O Hospital Memorial Jaboatão, instituição filantrópica 100% SUS sem fins lucrativos, situado no município do Jaboatão dos Guararapes, dispõe de 210 leitos destinados aos pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, onde os leitos ofertados são regulados pelo estado de Pernambuco e pelo município de Jaboatão dos Guararapes. Dispõe de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade nas especialidades de clínica médica, ortopedia, unidade de cuidados prolongados e neuroclínica, cirurgia geral e unidades de terapia intensiva.

Experiências no projeto

Além do grande aprendizado, as equipes se envolveram em uma postura de pertencimento. Foram criados vários indicadores assistenciais que nos permitiram diagnosticar rupturas e reavaliar os processos. Sem contar com as reduções das incidências de IRAS e consequentemente morbimortalidades e redução de custos.

Informações gerais

Região: metropolitana do Recife.

População de referência: região metropolitana do Recife, que compreendem 14 municípios com uma população de 4.046.845 habitantes.

Administração: indireta (Instituto Alcides d' Andrade Lima).

Perfil hospitalar: tratamento cirúrgico em traumatologia-ortopedia, clínica médica, unidade de cuidados prolongados e neuroclínica, cirurgia geral, unidades de terapia intensiva e serviço de atenção domiciliar – SAD.

ERP: sistemas SOULMV/MVPEP/TOTVS.

Total de leitos operacionais: 210 leitos.

Totais leitos UTI: 40 leitos.



“Reavaliar processos, corrigi-los e mantê-los no dia a dia é um grande desafio.”

Thales Gonçalves
Coordenador Médico da UTI

Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro

História do hospital

O Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro – HMDCC, nasceu da necessidade de ampliar o acesso da população de Belo Horizonte e região metropolitana a serviços hospitalares. Nossa história se iniciou em dezembro de 2015. Total 102.581* pessoas atendidas e realizamos 748.249* procedimentos ambulatoriais. O HMDCC é um hospital de alta complexidade com perfil de atenção em urgência e emergência clínica, cirúrgica e AVC, além de realizar cirurgias e exames programados. *Fonte: DataSUS/SAI/TabWin – dados de janeiro de 2016 a junho de 2023.

Experiências no projeto

O projeto agregou pontos positivos à nossa cultura de segurança do paciente e melhoria da gestão de custos. Trouxe pertencimento do funcionário à execução das tarefas e análises orçamentárias. Todo o aprendizado foi incorporado nas práticas diárias com o paciente, fortalecendo a qualidade assistencial, segurança do paciente e consequentemente a melhoria da gestão de custos.

Informações gerais

Região: Belo Horizonte, Nova Lima e Caeté.

População de referência: Retaguarda para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Horizonte seguindo critérios da Central de Regulação e perfil hospitalar.

Administração: Regime de Parceria Público-Privada (PPP).

Perfil hospitalar: Alta complexidade nas especialidades: clínica médica, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia, neurologia e urologia.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 460 leitos.

Total de leitos de UTI: 80 leitos.



“Fortalecimento da segurança do paciente e melhoria da gestão de custos.”

Vanessa Dias
Coordenadora da Linha de Cuidados ao Paciente Crítico

Jacira Jesus
Analista do Projeto de Custeio

Eliane Cristina Montanari
Coordenadora Contabilidade, Custos e Orçamento



HOSPITAL
ALFA

Hospital Nossa Senhora das Graças

História do hospital

O Hospital Alfa teve papel fundamental durante a pandemia da covid-19 em Pernambuco, como referência no atendimento à SRAG. Com a redução dos casos, mudou seu perfil assistencial, atualmente, recebe pacientes clínicos, geriátricos, neuroclínicos, cardiológicos, paliativos e pneumopatas. Ao todo, oferta à população do estado, pelo SUS, 290 leitos, sendo 100 de UTI e 190 de enfermaria. Além disso, possui um ambulatório para pacientes egressos, serviço de atendimento domiciliar e treinamento para estudantes, residentes e colaboradores da instituição.

Experiências no projeto

O projeto trouxe grande aprendizado pela redução das taxas de infecção, mas também por ter proporcionado conhecimento acerca da metodologia de melhoria contínua, que pôde ser aplicada em outras áreas do hospital para além do PROADI. Ademais, desenvolvemos nossas lideranças e competências, estimulando nossa criatividade nas condições do custeio do SUS. Aprendemos que as oportunidades de melhoria devem ser observadas e desenvolvidas.

Informações gerais

Região: estado de Pernambuco.

População de referência: atendimentos de alta complexidade para a população da região: 9.945.508 (atendimentos regulados via central de regulação hospitalar do estado de Pernambuco).

Administração: por Organização Social de Saúde – OSS, Fundação de Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes – FGH.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 290 leitos.

ERP: sistema SoulMV.

Total de leitos operacionais: 290 leitos.

Total de leitos de UTI: 100 leitos UTI adulto.



“A melhoria contínua é o caminho para a inovação.”

Nathália Souza
Arquiteta do PROADI - Saúde em Nossas Mãos

Hospital Regional de Cotia

História do hospital

A história do HRC começa com a Associação Hospital de Cotia, entidade filantrópica fundada em 28 de janeiro de 1968, em 12 de dezembro de 1975, o hospital é inaugurado na zona metropolitana de São Paulo. Em setembro de 2007 foi estadualizado, passando a se chamar-se Hospital Regional de Cotia – HRC, sendo que, houve a celebração do contrato de gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde com o Seconci-SP para sua gestão, com foco na missão de defender a saúde e contribuir para o aprimoramento do SUS e visão de ser excelente na assistência e na gestão de serviços públicos de saúde.

Experiências no projeto

O projeto nos trouxe uma excelente experiência. Reduzir a incidência de IRAS sempre foi uma preocupação e a metodologia do projeto nos trouxe novos aprendizados, sendo o principal o envolvimento da equipe assistencial da UTI na elaboração de propostas de melhorias, assim como na gestão diária dos processos da unidade, garantindo melhores práticas assistenciais e a sustentabilidade financeira, resultados estes alinhados aos valores institucionais.

Informações gerais

Região: zona metropolitana de São Paulo.

População de referência: atendimento de média e alta complexidade para a população de Cotia e Vargem Grande Paulista: 323.973.

Administração: Seconci-SP – OSS.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 155 leitos, 6 salas cirúrgicas, ambulatório, pronto-socorro referenciado e pronto-socorro obstétrico.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 155 leitos.

Total de leitos de UTI: 30 leitos, sendo 20 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI neonatal.

Acreditação: ONA 3 - Acreditado com Excelência.



“Orgulho em fazer parte dessa incrível jornada!”

Luciane Pestana Crispim Andrade
Supervisora de enfermagem UTI



Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

História do hospital

Em atividade desde 1997, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul — HRMS está localizado em Campo Grande – MS e possui capacidade total de 362 leitos, sendo considerado o segundo maior hospital do estado. Com demanda de aproximadamente 293 mil atendimentos por ano, 100% SUS (Sistema Único de Saúde), a unidade hospitalar oferece serviços em média e alta complexidade, centrados em ações integradas e humanizadas. Um dos marcos da história recente do HRMS foi no período da pandemia da covid-19, quando o hospital foi referência no tratamento da doença no estado.

Experiências no projeto

O projeto Saúde em Nossas Mãos promoveu aprendizado para a equipe, tanto na aplicação do modelo de melhorias como na mudança de cultura dentro da instituição. A equipe responsável por coletar informações passou a ter apoio da alta gestão, gerando ajustes nos processos e propiciando impacto significativo na qualidade da assistência e no controle orçamentário e financeiro da instituição.

Informações gerais

Região: Mato Grosso do Sul.

População de referência: Mato Grosso do Sul, concentrando na macrorregião de Campo Grande.

Administração: Fundação de Saúde de Mato Grosso do Sul – Funsau MS e Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Perfil hospitalar: hospital público.

ERP: sistema MV Soul.

Total de leitos operacionais: 362 leitos

Total de leitos de UTI: UTI adulto — 38 leitos, UTI pediátrica — 8 leitos e UTI neonatal — 10 leitos.



“Quando a gestão de custos é eficiente, quem ganha são os pacientes.”

Equipe de Custeio
HRMS/Funsau



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI

Hospital Regional do Cariri

História do hospital

Construído em Juazeiro do Norte, o Hospital Regional do Cariri foi o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. Com 27.126,47 metros quadrados, o HRC tem 234 leitos. Desses, 180 são de enfermarias, 54 são da unidade de terapia intensiva adulto, distribuídos em seis pavimentos. O HRC assiste a uma população de 1,5 milhão de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó.

Experiências no projeto

Por meio do Saúde em Nossas Mãos, conseguimos implantar a cultura da melhoria. Somos uma unidade especializada em politrauma e acidente vascular cerebral (AVC), ou seja, pacientes de longa permanência e de difícil desmame da ventilação mecânica invasiva. Na prática, o projeto proporcionou uma sensibilização quanto aos micro processos necessários para a redução das infecções.

Informações gerais

Região: região metropolitana do Cariri.

População de referência: população de aproximadamente 1,5 milhão de habitantes dos 45 municípios da macrorregião do Cariri.

Administração: indireta, OSS — Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar.

Perfil hospitalar: unidade referência para casos de AVC agudo, subagudo e traumatologia. Clínicas médica, cirúrgica, unidades de terapia intensiva (UTIs) adulto, unidades de cuidados especiais adulto.

ERP: sistema ARS Vitae.

Total de leitos operacionais: 234 leitos.

Total de leitos de UTI: 54 leitos de UTI adulto.

Acreditação: ONA 3 – Acreditado com Excelência.



“Com o Saúde em Nossas Mãos conseguimos implantar a cultura da melhoria.”

Suianne Soares
Fisioterapeuta

Hospital Regional do Oeste

História do hospital

O Hospital Regional do Oeste – HRO foi inaugurado em 30 de outubro de 1986, com funcionamento inicial de 60 leitos. Localizado no município de Chapecó–SC, é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – ALVF, atende uma população de 1,3 milhão de pessoas. É referência em alta complexidade nas áreas de neurocirurgia, gestante de alto risco, captação e transplante de rins e córneas, urgência e emergência, Unacon (quimioterapia, radioterapia, oncologia clínica e cirúrgica e Roentgen terapia), UTI neonatal e UTI geral.

Experiências no projeto

Por meio do projeto, tivemos a oportunidade de desenvolver rotinas e fluxos com toda equipe, melhorar a forma de atendimento e desempenho das atividades, tornando assim a equipe mais participativa e persistente nas tomadas de decisões em prol do paciente, com pequenas mudanças que geram grandes impactos.

Informações gerais

Região: Região Sul do Brasil.

População de referência: abrange os municípios da Região Oeste catarinense, Sudoeste do Paraná, Norte e Nordeste do Rio Grande do Sul.

Administração: indireta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, classificado na Política Hospitalar Catarinense de Porte V, também habilitado para captação e transplante de rins e córneas, banco de tecido ocular e terapia nutricional. É referência para as regiões do oeste e meio oeste de Santa Catarina.

ERP: sistema G-Hosp.

Total de leitos operacionais: 308 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos de UTI geral SUS, 8 leitos de UTI para convênios, 5 leitos de UTI pediátrica e 10 leitos de UTI neonatal.



“Menos infecções, mais vidas: o desafio da equipe multidisciplinar.”

Claudiomar Dal Cero
Líder de Prevenção de PAVM

Celiane Krasucki
Líder de Prevenção de IPCSL

Fabiane Vivian
Líder Projeto Custeio

Karen Pontes
Líder projeto Saúde em Nossas Mãos

Suzu Santos
Líder de Higiene de Mãos

Hospital Santa Rita de Cássia

História do hospital

Criado em 1970, o Hospital Santa Rita de Cássia é uma entidade filantrópica reconhecida em todo o Estado como referência em tratamento de câncer. A instituição, parceira dos serviços de atendimento à população via SUS, destina mais de 60% dos serviços de atenção à saúde para esse público, que conta com uma instituição segura, responsável e ciente de suas atividades. Tem como fundadora e mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer – AFEECC.

Experiências no projeto

Por termos uma UTI com 30 leitos, taxa de ocupação média de 78%, e o volume de dados bem extenso, o projeto trouxe grande aprendizado para a equipe e nos ajudou a desenvolver o trabalho da melhor maneira possível, sem contar que a equipe Einstein foi fantástica, sempre nos ajudou, nos apoiando, esclarecendo todas as dúvidas. Obrigada, aprendemos muito!

Informações gerais

Região: região metropolitana da Grande Vitória.

População de referência: atendemos todo o estado do Espírito Santo.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: somos referência no estado em tratamento de câncer.

ERP: sistema MV2000.

Total de leitos operacionais: 282 leitos.

Total de leitos de UTI: 30 leitos.

Acreditação: ONA 3 - Acreditado com Excelência.



“Grandes conquistas exigem grandes desafios e grandes desafios exigem grandes riscos.”

Flávio Boldrini
Líder do Projeto Custeio

Sheila Fraga
Analista do Projeto Custeio

Kátia Grechi
Analista do Projeto Custeio



Hospital Santo Antônio

História do hospital

Hospital Santo Antônio, localizado no município de Curvelo, com natureza jurídica “Entidade sem fins Lucrativos”, é referência para a microrregião de Curvelo e presta atendimento nas clínicas: médica, cirúrgica, unidade de terapia intensiva. Oferta também os serviços de hemodinâmica isolada e terapia renal substitutiva. O hospital conta com um total de 91 Leitos, sendo 76,92% destes, destinados aos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS. Considerado polo referencial de atendimento, abrange uma grande região, em média mais de 30 municípios. Com aproximadamente 400 funcionários e mais de 120 médicos em seu corpo clínico, o Hospital Santo Antônio está preparado para atender os mais variados casos de urgência e emergência e realizar tratamentos e cirurgias em diversos níveis de complexidade. Além das unidades de internação, conta também com setores de radiologia, tomografia, ortopedia, cardiologia, laboratório terceirizado, dentre outros.

Experiências no projeto

O projeto foi determinante para a mudança nos processos de trabalho. Além disso, nos oportunizou a reflexão de que possuímos os recursos necessários para oferecer aos nossos pacientes a melhor assistência possível e que toda mudança importa, ainda que sejam as menores! Vimos que temos os recursos, mas foi preciso reordenar nossa assistência. Vivenciamos a incrível experiência da redução das infecções nos três pacotes propostos, graças ao compromisso de

todos e o envolvimento da alta gestão em nossos processos, os colocando próximos à equipe, gerando diálogos de confiança e compromisso.

Informações gerais

Região: região central.

População de referência: 180 mil.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de médio porte, com 91 leitos.

ERP: sistema SPDATA.

Total de leitos operacionais: 91 leitos.

Total de leitos de UTI: 20 leitos, sendo 10 leitos participantes do projeto.



“Nenhum de nós é tão bom,
quanto todos nós juntos.”

Ray Kroc

Meire Figueiredo Avelar
Líder do Projeto Custeio

Sirlei Aparecida
Analista do Projeto Custeio

João Paulo Ribeiro
Analista do Projeto Custeio

Janaína Geralda da Silva
Analista do Projeto Assistencial



Hospital São José

História do hospital

Instituição fundada em 1961 pela Província Santa Cruz das Irmãs Missionárias da Imaculada Conceição da Mãe de Deus para atender pessoas carentes do estado de Sergipe. Em 1963, surge o primeiro serviço de ambulatório, atendendo pacientes portadores de tuberculose, com o apoio de médicos voluntários. Na década de 1970, passou a ter centro cirúrgico, UTI e hospital-escola. Hoje temos 18 leitos de UTI, 52 leitos clínicos e 43 leitos cirúrgicos, atendemos diversas especialidades médicas, sendo referência estadual em urgência mental e cirurgias de fissura lábiopalatina.

Experiências no projeto

O aprendizado com o projeto despertou o potencial das equipes, ajudou a termos um olhar mais apurado dos custos hospitalares e promoveu melhor integração e avanços na qualidade do atendimento ofertado à população, sendo que a compreensão da otimização do trabalho em grupo provocou mudanças de ações que trouxeram reduções dos índices de infecção, como adesão aos protocolos, monitoramento, e definição de metas que visem a atenção voltada ao paciente.

Informações gerais

Região: litoral Sergipano.

População de referência: usuários do SUS do estado de Sergipe.

Administração: indireta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral, de média e alta complexidade.

ERP: sistema Medlynx.

Total de leitos operacionais: 113 leitos.

Total de leitos de UTI: 18 leitos.



“Qualidade é resultado do fortalecimento da equipe trabalhando em grupo.”

Shirley Bittencourt
Gerente Assistencial



Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí

História do hospital

O Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí – HU, inaugurado em 03 de outubro de 2003, é um órgão de ensino e assistência a saúde da Faculdade de Medicina de Jundiaí, que atua diretamente com a saúde pública municipal. Sua criação veio ao encontro da necessidade de ampliação da assistência hospitalar materno e infantil, tornou-se referência para Jundiaí e outros seis municípios, abrangendo Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Jarinu, Louveira, Cabreúva e Itupeva, que compõem sua região administrativa de saúde da DRS VII – Campinas.

Experiências no projeto

Participação ativa da SCIH, mudanças e melhorias dos processos, engajamento da equipe, valorização dos colaboradores, realização de ciclos de melhorias e redução das infecções com aumento da sobrevivência dos RNs.

Informações gerais

Região: Jundiaí/SP.

População de referência: o Hospital Universitário é referência, na sua especialidade, do Sistema Único de Saúde – SUS, para uma população estimada de aproximadamente 835 mil habitantes (Fonte: Censo estimado IBGE 2022) para Jundiaí e outros seis

municípios, abrangendo Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Jarinu, Louveira, Cabreúva e Itupeva, que compõem sua região administrativa de saúde da DRS VII – Campinas.

Administração: indireta - autarquia

Perfil hospitalar: médio porte.

ERP: Sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 136 leitos.

Total de leitos de UTI: UTI neonatal – Tipo II: 10 leitos; UTI pediátrica – Tipo II: 6 leitos; unidade intermediária neonatal: 10 leitos; e UTI adulto – Tipo II: 6 leitos.

Acreditação: Certificação Hospital Amigo do Ambiente; Certificação Hospital Amigo da Criança; ONA 3 – Acreditado com Excelência.



“Redução de 80% das infecções e aumento da sobrevivência dos RNs.”

André Prado Grion
Coordenador Médico Bloco Neonatal

Ana Cristina de Souza Hauck
Coordenadora de Enfermagem
Bloco Neonatal

Rosa Estela
Médica da SCIH



Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas

História do hospital

A Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas foi fundada em fevereiro de 1904, passando a funcionar no atual endereço em 20 de maio de 1962. Somos um hospital filantrópico localizado na cidade de Poços de Caldas – MG. Temos 195 leitos divididos em clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria, UTI, UTI neonatal/pediátrica, unidade de urgência e emergência. Somos referência em oncologia, traumato-ortopedia, neurocirurgia, gestação de alto risco. Contamos com atendimento em hemodiálise, paciente com obesidade.

Experiências no projeto

O projeto trouxe uma visão ampliada em que podemos analisar de maneira conjunta a nossa equipe de assistência diante dos custos apurados nas infecções avaliadas. Isso mostrou a importância do trabalho em equipe, unindo os profissionais de assistência e os administrativos.

Informações gerais

Região: sul de Minas.

População de referência: atendimentos de baixa e média complexidade para a população da microrregião: 241.554; Atendimentos de alta complexidade: 1 milhão de pessoas.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: Hospital Geral.

ERP: sistema Tasy.

Total de leitos operacionais: 195 leitos.

Total de leitos de UTI: 36 leitos, sendo 19 leitos de UTI adulto, 14 leitos de UTI neonatal e 3 leitos de UTI pediátrica.



“O sucesso é o acúmulo de pequenos esforços, repetidos dia a dia.”

Márcia Corrêa

Líder do Projeto Custeio

Anderson Marcelino

Analista do Projeto Custeio

Priscila Ariana Silva

Analista do Projeto Assistencial



Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis

História do hospital

Hospital filantrópico de Mato Grosso, fundado em 1971 pela sociedade civil organizada. Em 1991 passou por sua primeira ampliação, sendo hoje referência para atendimento oncológico, cardiológico, obstétrico e cuidado intensivo adulto e infantil. O convênio com Sistema Único de Saúde – SUS, representa atualmente 90% dos atendimentos. Além disso, possui um corpo clínico diverso, sendo referência para 19 municípios do estado de Mato Grosso. Hoje, a unidade atua seguindo sua missão de prestar assistência à saúde com excelência, buscando o cuidado seguro e de qualidade.

Experiências no projeto

O projeto oportunizou uma grande experiência à instituição e equipe envolvida, sendo agente transformador na implementação de mudanças voltadas para prevenção de infecção, qualidade assistencial e redução de custos. Desta forma, melhoramos nossos indicadores institucionais de maneira contínua e, por conseguinte, o fortalecimento do cuidado seguro ao paciente.

Informações gerais

Região: sul do Mato Grosso.

População de referência: atendimento de média e alta complexidade com referência para 19 municípios da população do sul mato-grossense.

Administração: direta.

Perfil hospitalar: Hospital de grande porte com foco na média e alta complexidade.

ERP: sistema MV.

Total de leitos operacionais: 289 leitos.

Total de leitos de UTI: 69 leitos, entre leitos de UTI neonatal, UTI pediátrica, UTI cardiológica e UTI geral.



“A integração da equipe promove segurança assistencial para o paciente.”

Kawara Mayara
Enfermeira da Qualidade

Catarina Macedo
Especialista da Qualidade

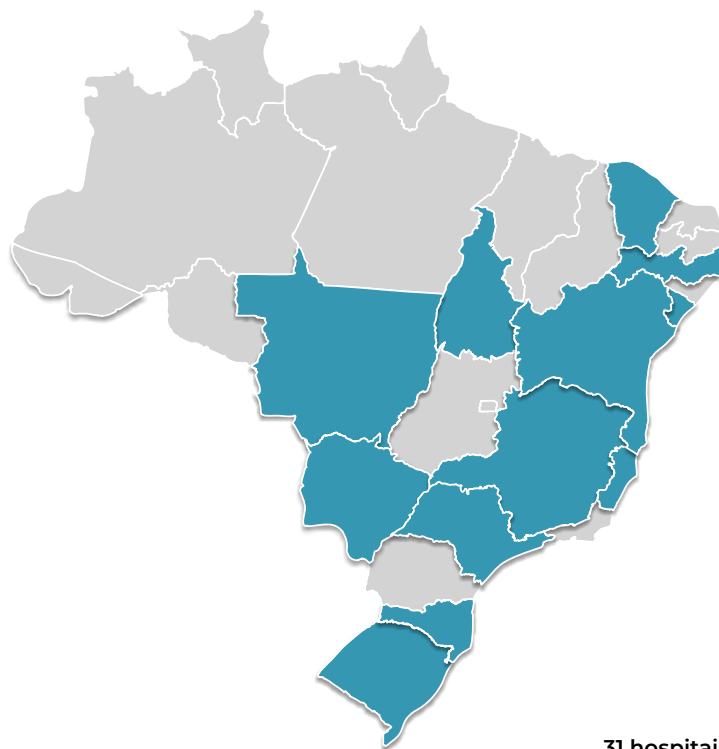


4. Indicadores

Painel de Indicadores

Processamento das informações

Para o modelo de custeio, foram compilados os dados de 31 hospitais com 17.457 pacientes participantes do projeto SNM das cinco regiões do Brasil. Vale ressaltar que as informações do modelo de custeio dependem totalmente dos dados obtidos e provenientes dos diversos setores dos hospitais participantes.



31 hospitais

Custo total médio por Região

A Região Sudeste concentrou o maior número de participantes, sendo o total de 12.767 pacientes analisados. Em seguida foram analisados 2.320 pacientes da Região Nordeste, 879 da Região Sul, 950 da Região Centro-Oeste e 541 pacientes da Região

Norte. A quantidade média de leitos apurada dentro da linha de base do estudo foi de 12 leitos por UTI, a um custo médio com variação de R\$ 1.288 a R\$ 3.710 por leito/dia. Contudo podemos observar que as UTIs com maior custo médio estão localizadas na Região Sul que, de acordo com as informações apresentadas representam o maior volume de custo médio mensal em relação ao custo total das regiões.

Grupo de Contas	Centro oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
Demais Custos e Despesas	R\$ 15.420	R\$ 49.768	R\$ 13.139	R\$ 49.137	R\$ 25.779	R\$ 44.258
Depreciação (alocação direta, se houver)	R\$ 5.140	R\$ 1.171	R\$ 15.988	R\$ 9.171	R\$ 20.117	R\$ 8.579
Gasoterapia (oxigênio e etc.)	R\$ 11.435	R\$ 13.263	R\$ 11.678	R\$ 8.989	R\$ 2.871	R\$ 9.522
Indiretos (Rateio)	R\$ 96.570	R\$ 181.176	R\$ 119.648	R\$ 192.658	R\$ 176.229	R\$ 180.884
Insumos (água, luz, telefone e informática)	R\$ 15.892	R\$ 11.829	R\$ 7.234	R\$ 10.898	R\$ 1.372	R\$ 10.657
Mão de Obra - Aux./Téc Enfermagem	R\$ 70.540	R\$ 59.925	R\$ 57.005	R\$ 96.275	R\$ 264.732	R\$ 98.166
Mão de Obra - Demais	R\$ 3.076	R\$ 77.917	R\$ 27.994	R\$ 16.477	R\$ 37.068	R\$ 26.777
Mão de Obra - Enfermagem	R\$ 46.088	R\$ 37.964	R\$ 35.152	R\$ 89.809	R\$ 147.936	R\$ 80.640
Mão de Obra - Fisioterapeutas	R\$ 30.055	R\$ 26.432	R\$ 28.333	R\$ 29.915	R\$ 61.404	R\$ 31.310
Mão de Obra - Médicos	R\$ 143.910	R\$ 197.017	R\$ 125.355	R\$ 155.424	R\$ 322.188	R\$ 170.531
Materiais	R\$ 28.445	R\$ 42.681	R\$ 31.898	R\$ 73.120	R\$ 151.746	R\$ 68.937
Medicamentos	R\$ 95.480	R\$ 95.000	R\$ 65.578	R\$ 129.863	R\$ 397.825	R\$ 136.803
Total	R\$ 46.838	R\$ 66.179	R\$ 44.917	R\$ 71.834	R\$ 134.106	R\$ 72.270

Tabela 1: custo médio (custo médio fixo e variável) estratificado por grupo de contas.
Fonte: Projeto Colaborativa SNM - Modelo de Custeio. Triênio 2021 - 2023

Esses custos podem sofrer variações com relação à complexidade, perfil de pacientes e fatores socioeconômicos. Dessa forma, na tabela a seguir, é possível mensurar o custo médio dos pacientes que participaram do modelo de custeio por região do Brasil.

Classificação	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	Total
Fixo	R\$ 56.483	R\$ 83.086	R\$ 58.496	R\$ 84.281	R\$ 147.096	R\$ 85.290
Variável	R\$ 33.334	R\$ 42.508	R\$ 25.905	R\$ 54.405	R\$ 115.919	R\$ 54.040
Total	R\$ 46.838	R\$ 66.179	R\$ 44.917	R\$ 71.834	R\$ 134.106	R\$ 72.270

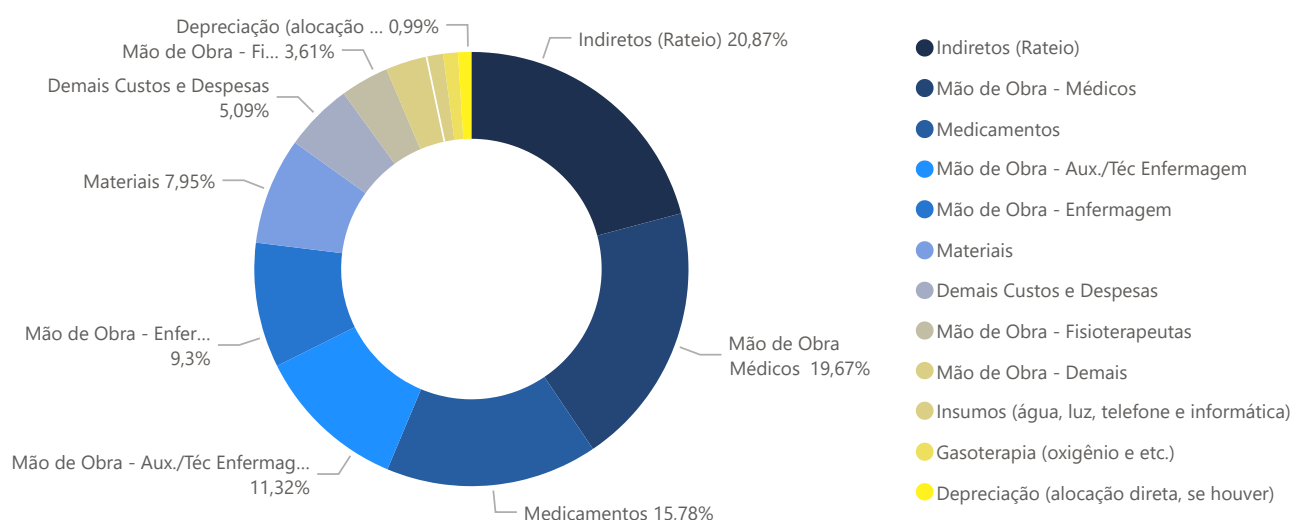
Tabela 2: custo médio (custo médio fixo e variável) estratificado por região do Brasil.
Fonte: Projeto Colaborativa SNM – Modelo de Custeio. Triênio 2021 - 2023

Custo – Contabilidade

Na abordagem da metodologia de custeio por absorção, esse importante indicador demonstra a abrangência total das despesas incorridas nas UTIs, permitindo a avaliação e distribuição de cada uma das contas diretas e indiretas com seu percentual de custo médio total.

O grupo de contas que teve a maior representatividade está relacionado à mão de obra, que somada representa um total de 46,98%. Essa distribuição representada abaixo demonstra o custo por categoria de cada uma das equipes diretas por leito, a cada hora de atendimento dispensada aos pacientes.

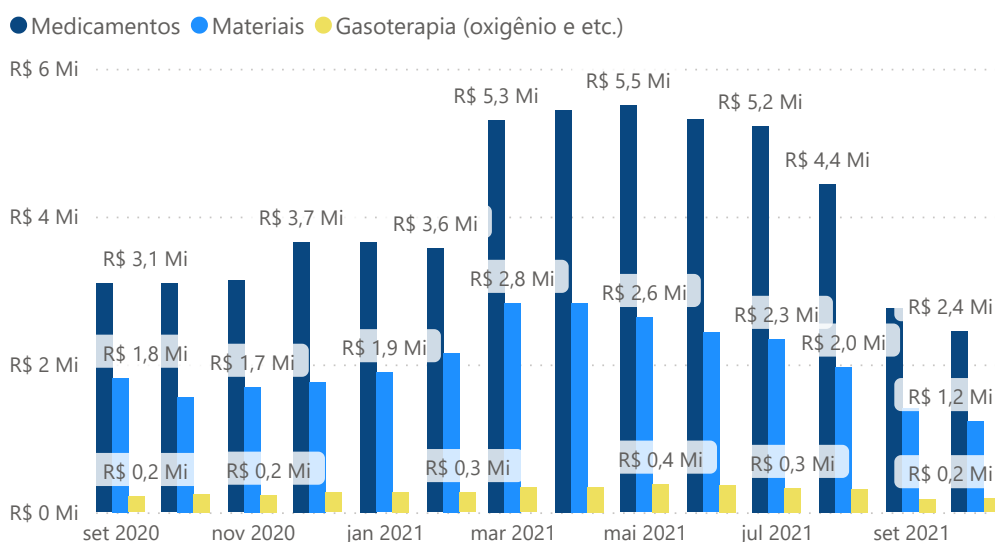
Composição do custo total da UTI



A composição dos custos permite análises para as contas diretas e indiretas, possibilitando ao gestor observar esse comportamento ao logo do tempo, ou até mesmo observar onde há oportunidades para melhor alocação de recursos.

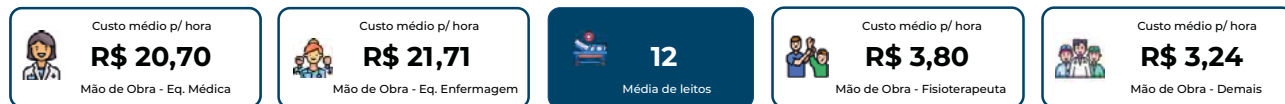
A partir desse indicador, pode-se identificar os grandes grupos ofensores de cada uma das contas diretas de recursos humanos, material ou medicamentos.

Composição variável direto



Para o estudo, foram agregadas as despesas de recursos humanos de 31 unidades de terapia intensiva, com média de 12 leitos, com uma ocupação média de 85,1% no período entre setembro de 2020 a outubro de 2021. Para realizar as análises de custos, foram distribuídos em equipes, para o agrupamento das equipes de enfermagem foram considerados, enfermeiros, técnicos e auxiliares.

Custo médio por hora de cada equipe:



Classificação dos Custos

Para a amostra de 31 unidades de terapia intensiva participantes do modelo de custeio a composição dessas contas representou uma distribuição de 68,8% para custos fixos e 31,2% para custos variáveis.

Fixo R\$ 247.084.397	Variável R\$ 111.809.082
-------------------------	-----------------------------

A separação dos custos classificados como fixo e variável tornam-se muito importantes para determinar quais fatores podem estar comprometendo diretamente a receita. Quanto maior o percentual de custos fixos, mais comprometido está o desempenho operacional da organização. Em muitos estudos, pode-se observar que as organizações com melhores performance tem, nesta classificação, percentuais mais aproximados. Ou seja, reduzir os custos fixos é fundamental para aprimorar a eficiência da assistência, direcionando recursos para a produção.

Custo – Atendimento

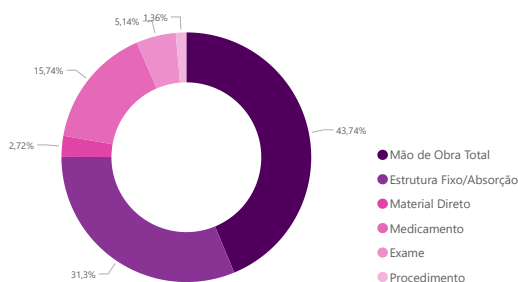
Para a elaboração dos indicadores financeiros com dados clínicos, foram conciliados os custos diretos, custos indiretos e rateios recebidos interdepartamentais, obtendo desta forma a composição total da internação e, com isso, o custo médio do paciente da UTI.

Para essa análise, foram verificados 17.457 pacientes dos 31 hospitais das cinco regiões do país, que participaram do projeto, cujo resultado apurado de custo médio por atendimento nas UTIs foi de R\$ 18.445 para uma jornada de 8,1 dias de tempo médio de permanência (TMP). Ou seja, para esse grupo o custo médio por paciente por dia nas UTIs no período foi de R\$ 2.266.

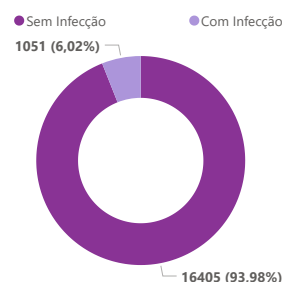
TMP por infecção



Composição do custo total – paciente



Pacientes atendidos



Após essa primeira análise, foram separados os grupos de pacientes com e sem infecção para identificação dos custos médios das diárias. Para o grupo de pacientes sem infecção foram analisados 16.405 pacientes com 7,1 dias de TMP. O custo médio da jornada foi de R\$ 15.906 a um custo médio por dia de R\$ 2.229.

Para o grupo de pacientes com infecção, o aumento nos custos totais representou cerca de 265%, reforçando o quanto é importante concentrar os esforços na prevenção da IRAS. Foram apurados no mesmo período 1.051 pacientes com o TMP de 23,8 dias, e o custo médio da internação desses pacientes foi de R\$ 58.053, a um custo médio por dia de R\$ 2.438.

O custo das diárias dos pacientes com infecção teve um aumento de 9,4% quando comparados com os pacientes sem infecção (de R\$ 2.229 para R\$ 2.438). Nesse estudo, os pacientes com infecção ficam 3,4 vezes mais tempo internados, aumentando o TMP de 7,1 dias (sem infecção) para 23,8 dias (com infecção).

Outro fator que impactou diretamente os custos desses pacientes está relacionado ao uso de medicamentos. Na composição geral das contas, os medicamentos representaram cerca de 14,13% do custo total para pacientes sem infecção, e 22,66% para pacientes que tiveram infecções.

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde — IRAS

Segundo a OMS, as infecções hospitalares afetam 14 em cada 100 pacientes admitidos nos hospitais. De cada 100 pacientes hospitalizados, em um determinado momento, 10 pacientes adquirirão infecções associadas a cuidados de saúde em países em desenvolvimento.⁽⁶⁾ Para os 31 hospitais participantes do modelo de custeio, a média nacional apurada foi de 10 infecções em cada 100 pacientes.

Centenas de milhões de pacientes são afetados em todo o mundo a cada ano. Medidas de prevenção e controle de infecção simples e de baixo custo, como a higiene das mãos apropriada, podem reduzir a frequência em mais de 50%.^(1,3,6)

As principais IRAS, com alto impacto em mortalidade, morbidade e custos hospitalares⁽⁷⁻⁹⁾ abordadas nesse projeto - IPCSL, ITU-AC e PAV.

Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorialmente Confirmada, Associada a Cateter Venoso Central — IPCSL

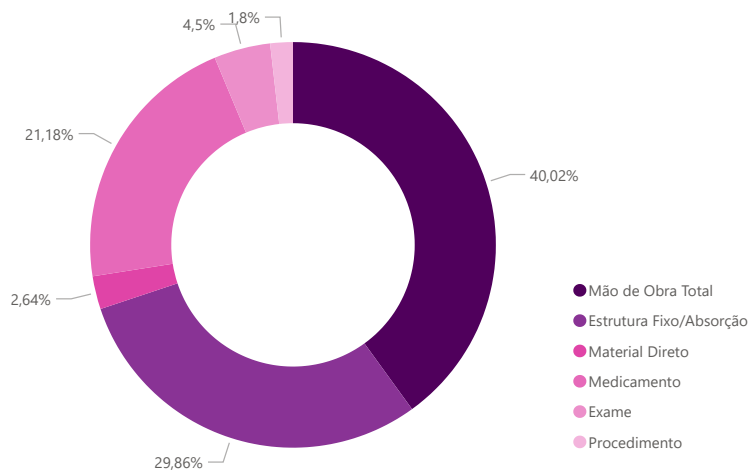
A IPCSL é umas das infecções relacionadas à assistência a saúde, que levam a internações hospitalares prolongadas, aumento de mortalidade e adição substancial dos custos⁽⁸⁻⁹⁾. Há uma estimativa realizada com base em sete estudos que relatam dados de custo adicional em US\$ 48.108 (IC 95%: US\$ 27.232 a US\$ 68.983), enquanto a mortalidade, com base em cinco estudos, foi estimada em 0,15 (IC 95%: 0,070) a 0,027. Estudos individuais produziram uma ampla gama de estimativas de custos para IPCSL, variando de US\$ 18 mil a mais de US\$ 90 mil.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Custo médio agregado de IPCSL dos 31 hospitais que participaram do modelo de custeio

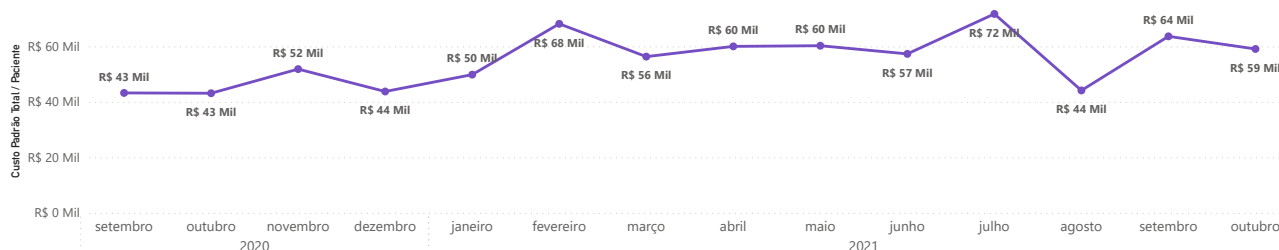
Na composição do custo total do grupo de pacientes com infecções de IPCSL, pode-se destacar a representatividade das contas de mão de obra em 40,02% e medicamentos em 21,18%.

Com base nessas informações, foram analisados 369 pacientes com o TMP de 21,6 dias e o custo médio agregado da jornada foi de R\$ 55.327 a um custo médio por dia de R\$ 2.560.

Composição do custo total - paciente



Custo Padrão Total / Paciente



Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter — ITU-AC

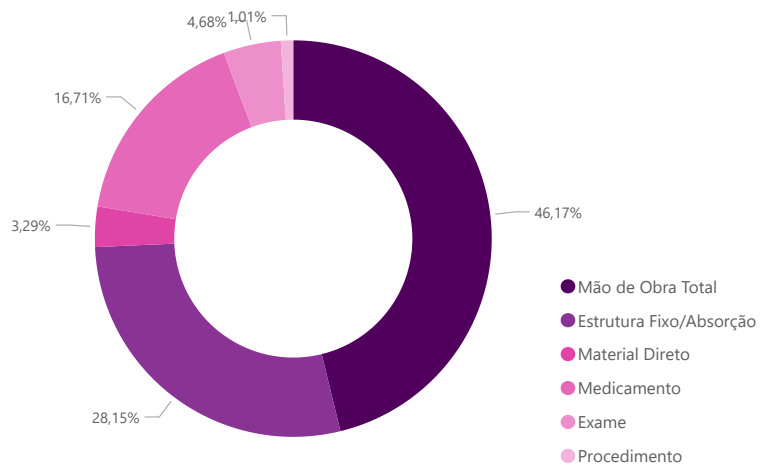
A ITU-AC continua sendo uma das infecções associadas aos cuidados de saúde mais prevalentes, mas evitáveis ⁽¹²⁾. Estudos demonstram que a ITU-AC representa uma estimativa de custo adicional adquirida em hospital em US\$ 13.793 (IC 95%: US\$ 5.019 a US\$ 22.568), enquanto a mortalidade, com base em quatro estudos, foi estimada em 0,036 (IC95%: 0,004) a 0,079. ⁽¹¹⁾

Custo médio agregado ITU-AC dos 31 hospitais que participaram do modelo de custeio

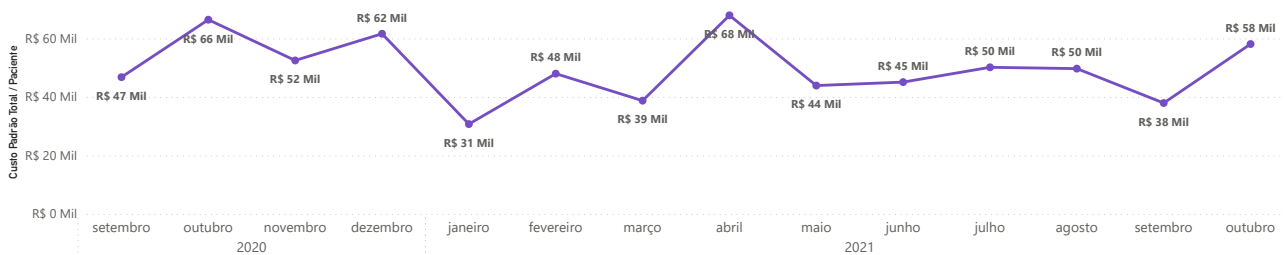
Em relação ao custo total do grupo de pacientes com infecções de ITU-AC, deve ser destacada a representatividade das contas de mão de obra em 46,17% e infraestrutura em 16,71%.

Baseado nessas informações, foram analisados 121 pacientes com TMP de 23,6 dias, e o custo médio agregado da jornada foi de R\$ 50.007 a um custo médio por dia de R\$ 2.123.

Composição do custo total – paciente



Custo padrão total – paciente



Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – PAV

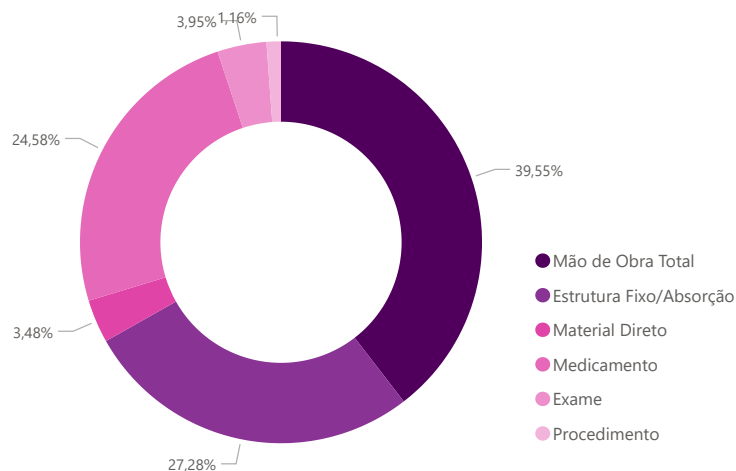
A PAV é uma das infecções hospitalares mais comuns. Aproximadamente 10% dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica desenvolvem PAV, com uma taxa de mortalidade de 20-50% ⁽¹³⁾. Com base em cinco estudos que relatam dados de custos, estima-se que o custo adicional para PAV adquirida no hospital seja de US\$ 47.238 (IC 95%: US\$ 21.890 a US\$ 72.587), enquanto a mortalidade, com base em 10 estudos, foi estimada em 0,14 (IC 95%: - 0,11 a 0,73). ⁽¹¹⁾

Custo médio agregado de PAV dos 31 hospitais que participaram do modelo de custeio

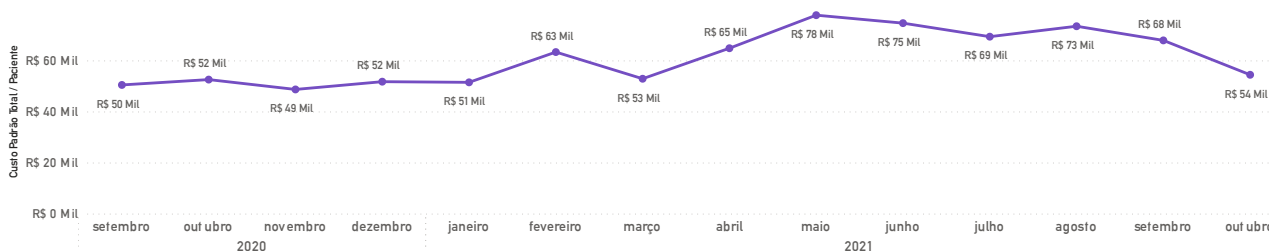
Para o cenário do grupo de pacientes com infecções de PAV, pode-se destacar a representatividade das contas de mão de obra em 39,55% e medicamentos em 24,58%.

Foram analisados 561 pacientes com TMP de 25,3 dias e o custo médio agregado da jornada foi de R\$ 61.582 a um custo médio por dia de R\$ 2.434.

Composição do custo total – paciente



Custo padrão total – paciente



Custo – Dispensação a Paciente

Os custos de insumos para pacientes de UTI podem variar amplamente, dependendo da gravidade da condição do paciente, do tempo de internação e dos tipos de insumos necessários. Alguns exemplos de insumos utilizados em UTI incluem:

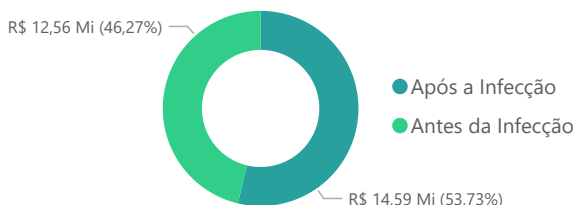
- Equipamentos médicos, como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, bombas de infusão, entre outros;
- Medicamentos, como antibióticos, anticoagulantes, sedativos, analgésicos, entre outros;
- Materiais de curativo, como gazes, ataduras, compressas, entre outros;
- Sondas e cateteres, como sondas vesicais, sondas nasogástricas, cateteres venosos, entre outros.

Com relação aos custos variáveis, cabe destacar que não estão sendo realizadas análises clínicas, apenas demonstração de indicadores de custos diretos de cada paciente, em que foram correlacionados os grupos de pacientes com e sem infecções relacionadas ao estudo.

Desta forma, a análise de custo antes e após o diagnóstico da infecção, torna-se fundamental para medir o desempenho dos protocolos assistenciais, pois a média agregada de 53,73% de

aumento nos custos variáveis após a infecção compromete e traz riscos para os pacientes e compromete a saúde financeira do hospital em relação à receita produzida para cada um dos atendimentos.

Consumo antes e após a infecção

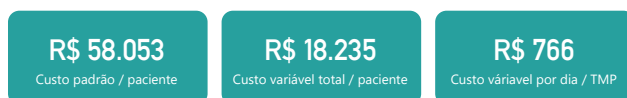


Os valores de consumo médio do grupo de pacientes sem infecção por diária é de R\$ 523 com representatividade nos custos médios totais de 23,45%. Já no grupo de pacientes que tiveram infecções relacionadas ao estudo, essa representatividade de insumos foi de 31,41%, o que demonstra um aumento expressivo, em muitos casos não pelo aumento das diárias e sim pelo aumento do uso de medicamentos e exames.

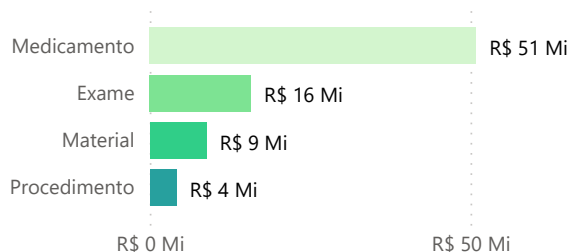
Sem infecção



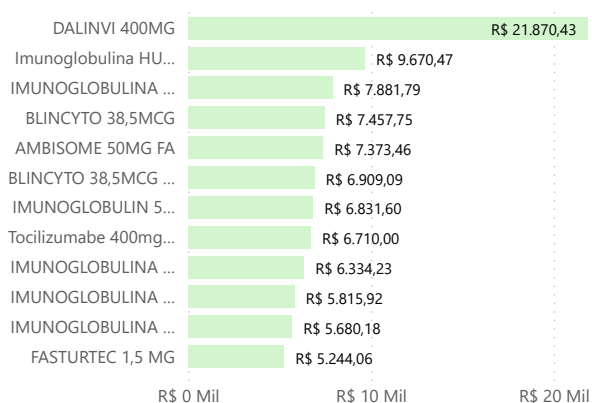
Com infecção



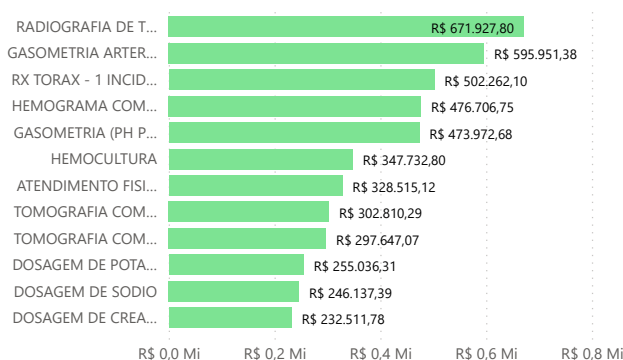
Insumos



Medicamento



Exame



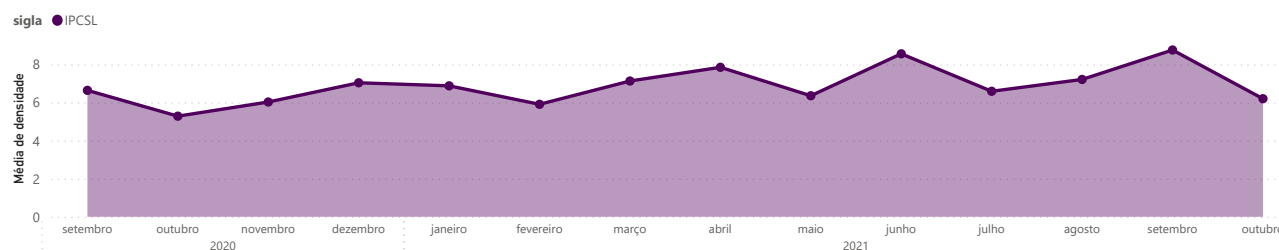
Custo – Indicadores Assistenciais

O indicador de resultado de IPCSL é mensurado mensalmente de acordo com essa definição operacional:

Numerador: pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva piloto que preencham critérios para IPCSL, com tempo ≥ 48 horas de internação na unidade (independentemente da unidade do hospital responsável pela inserção do CVC); e pacientes que evoluem com IPCSL após 48 horas de alta da unidade. Nota: um paciente pode ter mais de um episódio de IPCSL numa mesma internação.

Denominador: contar diariamente o número de pacientes com CVC. Quando o paciente tiver mais de um CVC, deverá contar apenas uma vez. Realizar essa averiguação sempre no mesmo horário.

Média de densidade por infecção



O indicador de resultado de ITU-AC é mensurado mensalmente de acordo com essa definição operacional:

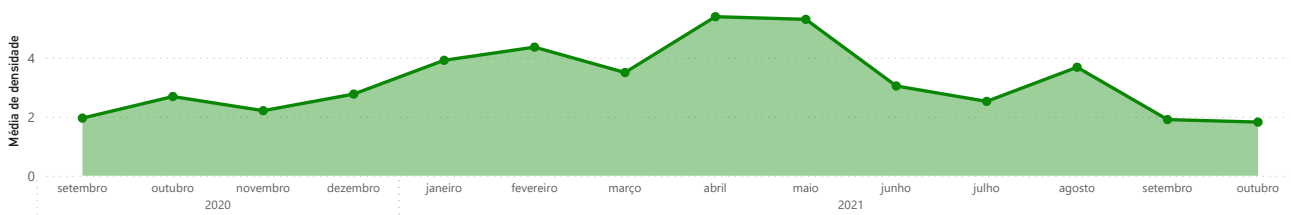
Numerador: número de pacientes internados na UTI com episódio de ITU-AC diagnosticada conforme critérios definidos e acompanhados pelo projeto. Atenção: considerar pacientes com tempo ≥ 48 horas de permanência nessa unidade, independentemente da procedência da inserção do dispositivo e pacientes que evoluem com ITU-AC após 48 horas de alta, mesmo após retirada do dispositivo. Critérios de exclusão: pacientes em uso de condom (uripen®), cateter urinário de alívio, nefrostomia, ileostomia e cateter suprapúbico, a menos que um cateter de foley também esteja presente e introduzido pelo meato urinário; Infecção do trato urinário assintomática e infecção do trato urinário não associada ao dispositivo; e infecções urinárias comunitárias ou que se desconhece se ocorreram uso de cateter (geralmente pacientes oriundos de outro hospital ou serviço de saúde)

Nota: o termo “episódio” é usado para reforçar o fato de que um paciente pode ter mais de uma ITU-AC em uma mesma internação. Todos os episódios devem ser contados.

Denominador: contar diariamente o número de pacientes em uso de CVD e somar o total no final de mês.

Média de densidade por infecção

sigla ● ITU-AC



O indicador de resultado de PAV é mensurado mensalmente de acordo com essa definição operacional:

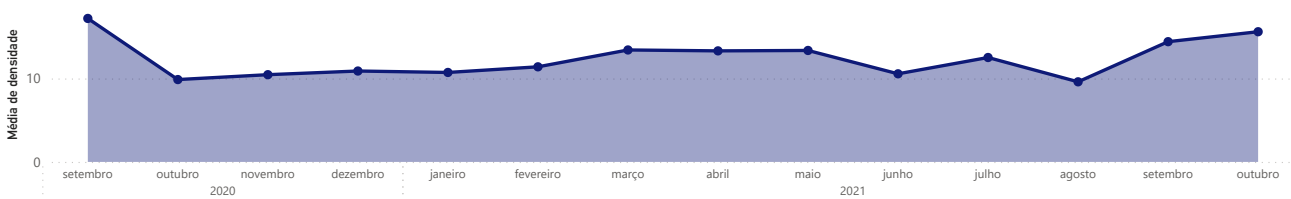
Numerador: pacientes internados na UTI que preencham critério diagnóstico para PAV, com tempo ≥ 48 horas de internação na UTI (independentemente da unidade do hospital responsável pela intubação do paciente) e pacientes que evoluem com pneumonia após 48 horas da extubação, independentemente de já terem recebido alta da UTI.

Denominador: contar diariamente o número de pacientes em VM. Realizar essa averiguação sempre no mesmo horário.

Nota: um paciente pode ter mais de um episódio de PAV numa mesma internação.

Média de densidade por infecção

sigla ● PAV





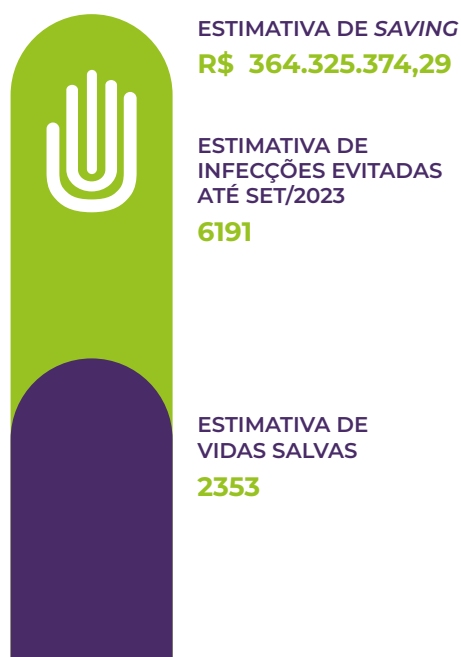
5. Impactos

Impactos Econômicos

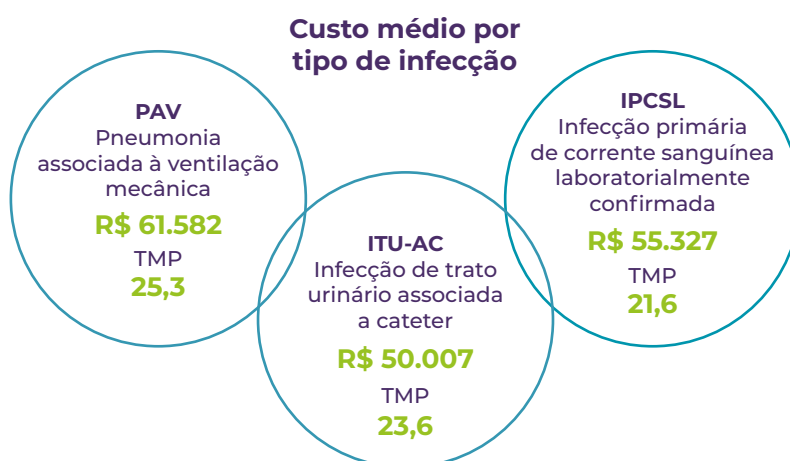
Para calcular a estimativa econômica (*saving/ganho*), consideramos o custo médio em valor agregado do pior cenário, ou seja, aquele que antecedeu a implantação das ações de melhoria — o período pré-intervenção (setembro/20 a outubro/2021).

Para estimar o impacto econômico decorrente da implementação das medidas de prevenção adotadas na colaborativa, realizamos um cálculo utilizando o valor agregado do custo médio por tipo de infecção do grupo de hospitais que implantaram modelo de custeio, multiplicado pelo número estimado de infecções evitadas no total de hospitais da colaborativa. Este número foi fornecido pelo grupo responsável pela metodologia e execução destes cálculos.

Set/20 a Out/21								set/21 a set/23	
Tipo de Infecção	Perfil	Variável Total (R\$)	Custo Padrão (R\$)	Nº Pacientes	Tempo Médio de Permanência	Custo Médio (Leito/Dia) (R\$)	Custo Médio (R\$)	Estimativa de Infecções Evitadas	Saving (R\$)
PAV - Pneumonia associada a ventilação mecânica	ADULTO	11.448.487	34.374.247	559	25	2.433	61.494	3.157	194.137.267
	NEONATAL	1.458	42.062	1	19	2.220	42.062	98	4.122.063
	PEDIÁTRICO	21.189	157.730	1	41	2.642	109.198	111	12.120.960
ITU - AC - Infecção de trato urinário associada a catéter	ADULTO	1.478.136	5.470.828	117	23	2.035	46.766	1.118	52.284.249
	PEDIÁTRICO	80.598	598.882	4	39	3.512	136.331	24	3.271.942
IPCSL - Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada	ADULTO	6.042.444	18.039.154	340	21	2.566	53.103	1.367	72.592.063
	NEONATAL	37.885	1.338.066	17	34	2.344	80.284	165	13.246.857
	PEDIÁTRICO	61.836	1.015.357	12	30	2.793	83.112	151	12.549.973
Total								6.191	364.325.374,29



Para apuração do custo médio estimado de cada infecção, foram estudados o total de 1051 pacientes, que estiveram internados em média 23,8 dias no período de set/20 a out/21 nas 31 UTIs participantes do projeto.



Valor investido pelos hospitais PROADI-SUS

ROI
(Return On Investment)

R\$ 44.876.978

712%

A cada R\$ 1 real investido, temos R\$ 7,12 reais de economia com redução das infecções.



6. Considerações

Considerações Finais

Aplicação do modelo de custeio proposto para o cálculo dos impactos econômicos com base em dados assistenciais do projeto de redução de infecções nos hospitais públicos do Sistema Único de Saúde – SUS contou com a participação de 31 hospitais participantes da Colaborativa Saúde em Nossas Mãos, com envolvimento de mais de 1.458 profissionais nas 5 regiões do Brasil. O trabalho apresentou resultados consistentes e principalmente uma evolução para a mudança de cultura tão importante e necessária para a implementação do modelo de gestão de custos em todo sistema de saúde.

A metodologia aplicada abrange todos os custos significativos, chamados de maiores ofensores (custo), que compõem a diária de um paciente na UTI, com todas as nuances e intercorrências que pode haver durante essa jornada de internação. A obtenção dos dados foi trabalhosa e demandou tempo para ajustes das fontes de dados, dadas as diferenças de sistemas ou dificuldade em segregar os dados por pacientes (regimes de dispensação por centros de custos, por exemplo).

Os indicadores assistenciais demonstraram a evolução da aplicação dos *bundles* e o engajamento das equipes na aplicação da teoria de mudança, transformando ações em resultados positivos com ganhos em eficiência e maior conscientização das equipes envolvidas.

A economia gerada com a aplicação do modelo assistencial demonstrou resultados impactantes, sendo que cabe a cada gestor analisar seus dados individualmente, elucidando processos que têm espaço para ajustes e melhorias. Todos os dados apurados mostraram que os investimentos em prevenção são necessários para manter e colaborar não somente com a saúde e qualidade de vida do paciente, mas também com a saúde financeira das instituições.

Referências

1. WHO. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730> Acessado em fevereiro de 2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html Acessado em março de 2023.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 2021. Programa Nacional De Prevenção E Controle De Infecções Relacionadas À Assistência À Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf Acessado em março de 2023.
4. Antonovz T. Contabilidade de custos. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2023. 146 p. ISBN: 9788539633722, 8539633728.
5. Kaplan RS, Anderson SR. Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits. Massachusetts: Harvard Business School Press; 2007. 288 p. ISBN: 1422101711, 978-1422101711
6. WHO. World Health Organization. Launches First Ever Global Report On Infection Prevention And Control. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control> Acessado em março de 2023..
7. Haque M, Sartelli M, McKimm J, et al. Health care-associated infections – an overview. Infect Drug Resist, 2018;11:2321-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245375/> Acessado em abril de 2023.
8. Rosenthal VD, Bat-Reddened I, Gupta D, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2012-2017: Device-associated module. Am J Infect Control. 2020;48:423-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676155/> Acessado em fevereiro de 2023.
9. Blot S, Ruppe E, Harbarth S, et al. Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. Intensive Crit Care Nurs. 2022;70:103227. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35249794/> Acessado em fevereiro de 2023
10. Niegler MJ, Pellegrini DC, Safdar N. Attributable mortality of central line associated bloodstream infection: systematic review and meta-analysis. Infection. 2015 Feb;43(1):29-

36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25331552/> Acessado em abril de 2023.
11. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Results. Content last reviewed November 2017. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/hai/pfp/haccost2017-results.html> Acessado em abril de 2023.
12. Shadle, H. N, et al. A Bundle-Based Approach to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2021 Apr 1;41(2):62-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33791761/> Acessado em agosto de 2023.
13. Núñez¹ SA, Roveda¹ G, Zárate² MS, Emmerich³ M, Verón¹ MT. Ventilator-associated pneumonia in patients on prolonged mechanical ventilation: description, risk factors for mortality, and performance of the SOFA score. *J Bras Pneumol*. 2021;47(3):e20200569 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34190861/> Acessado em março de 2023.



**Relatório Abrangente de
Resultados Financeiros**
Modelo de Custeio

TRIÊNIO 2021-2023