



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - IPAM
Coordenadoria de Assistência Médica - IPAM-COAM

PROTOCOLO OPERACIONAL DE AUDITORIA CONCORRENTE HOSPITALAR



Unidade responsável: Coordenadoria de Assistência Médica - COAM

Versão: 1.0

Vigência: após aprovação pela autoridade competente

Revisão: anual ou sempre que houver alteração normativa, contratual, assistencial ou institucional relevante



1) APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo estabelece as diretrizes, responsabilidades, critérios de priorização e procedimentos para execução da auditoria concorrente hospitalar no âmbito do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho – IPAM.

A auditoria concorrente consiste no acompanhamento técnico, presencial, sistemático e contemporâneo da assistência prestada ao beneficiário durante a internação, com atuação voltada à qualidade, segurança, oportunidade, adequação clínica, regularidade das autorizações, rastreabilidade das informações, uso responsável dos recursos e organização da alta hospitalar.

A atividade não se limita à análise de prontuários, guias ou contas hospitalares. Seu eixo central é o paciente efetivamente internado, no ambiente em que recebe o cuidado, possibilitando a identificação e o tratamento tempestivo de riscos, eventos adversos, atrasos assistenciais, divergências documentais, permanências evitáveis e barreiras à alta.

A auditoria concorrente deverá possuir caráter técnico, independente, ético, educativo, colaborativo e resolutivo, sem interferência indevida na autonomia do médico assistente ou da equipe responsável pelo cuidado.

2) IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

- Título: Protocolo Operacional de Auditoria Concorrente Hospitalar do IPAM.
- Unidade gestora: Coordenadoria de Assistência Médica – COAM.
- Execução: equipe própria do IPAM.
- Composição inicial da equipe: 2 médicos auditores e 2 enfermeiros auditores.
- Abrangência inicial: 4 hospitais integrantes da rede de atendimento do IPAM.
- Cobertura ordinária: dias úteis, conforme escala e roteiro definidos pela COAM.
- Cobertura em fins de semana e feriados: somente para casos específicos, críticos ou expressamente demandados pela COAM.
- Periodicidade de revisão: anual ou sempre que houver mudança normativa, contratual, assistencial ou operacional relevante.

A alteração quantitativa da equipe, da distribuição entre hospitais ou do roteiro de visitas será implementada pela COAM, sem necessidade de revisão integral deste Protocolo.

3) BASE NORMATIVA E INSTITUCIONAL

O presente Protocolo será aplicado em conformidade com a legislação vigente, com as normas profissionais aplicáveis, com os atos internos do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Município de Porto Velho – IPAM e com os instrumentos que regem a relação entre o Instituto e sua rede credenciada, especialmente:

I – Constituição da República Federativa do Brasil, especialmente os arts. 5º, incisos X e LXXIX, 37, 196 e 197, relativos à proteção da intimidade e dos dados pessoais, aos princípios da Administração Pública e à relevância pública das ações e dos serviços de saúde;

II – Lei Complementar Municipal nº 841, de 25 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o Serviço de Assistência à Saúde dos servidores públicos municipais de Porto Velho;

III – Lei Complementar Municipal nº 886/2022, que dispõe sobre a estrutura organizacional do IPAM, com suas alterações posteriores;

- IV – Portarias IPAM nº 216 e nº 217, ambas de 2 de julho de 2021, com suas alterações posteriores, bem como os demais regulamentos, manuais e atos internos que disciplinam a assistência à saúde e a atuação do Instituto;
- V – Lei Federal nº 14.133/2021, no que se refere ao credenciamento, à gestão, à fiscalização e à execução dos contratos e demais instrumentos celebrados com os prestadores de serviços de saúde;
- VI – Lei Federal nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, especialmente quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis relacionados à saúde;
- VII – Lei Federal nº 13.787/2018, que dispõe sobre a digitalização, a utilização de sistemas informatizados, a guarda, o armazenamento e o manuseio dos prontuários dos pacientes;
- VIII – Lei Federal nº 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina;
- IX – Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto Federal nº 94.406/1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem;
- X – Resolução CFM nº 2.217/2018, que aprova o Código de Ética Médica, e demais normas expedidas pelo Conselho Federal de Medicina pertinentes à auditoria médica e à relação entre médicos assistentes e médicos auditores, desde que vigentes e aplicáveis ao IPAM, observadas as decisões judiciais incidentes;
- XI – Resolução Cofen nº 720/2023, alterada pela Resolução Cofen nº 733/2023, que estabelece normas para a atuação do enfermeiro em auditoria;
- XII – Resolução Cofen nº 736/2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto em que ocorre o cuidado de Enfermagem;
- XIII – Portaria do Ministério da Saúde nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- XIV – Resolução RDC Anvisa nº 63/2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde;
- XV – Resolução RDC Anvisa nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde;
- XVI – Resolução RDC Anvisa nº 7/2010, com as alterações promovidas pela RDC nº 26/2012, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva;
- XVII – Instrução Normativa Anvisa nº 4/2010, que estabelece indicadores para avaliação das Unidades de Terapia Intensiva;
- XVIII – protocolos nacionais de segurança do paciente, especialmente os relativos à identificação do paciente, segurança na prescrição e administração de medicamentos, cirurgia segura, prevenção de quedas, prevenção de lesão por pressão e higienização das mãos;
- XIX – contratos, termos de credenciamento, tabelas, manuais, protocolos, deliberações, pareceres jurídicos e demais atos internos vigentes no âmbito do IPAM.

4) FINALIDADES

São finalidades da auditoria concorrente:

- I – assegurar presença institucional ativa, identificável e humanizada do IPAM junto ao beneficiário internado;
- II – avaliar a qualidade, segurança, oportunidade, efetividade e adequação da assistência;

III – verificar a compatibilidade entre diagnóstico, gravidade, nível de cuidado, prescrição, procedimentos, materiais, medicamentos e duração da internação;

IV – acompanhar a evolução clínica e a resposta ao tratamento;

V – avaliar a regularidade e a suficiência do acompanhamento do médico assistente, da enfermagem e da equipe multiprofissional;

VI – identificar incidentes, eventos adversos, falhas de processo, riscos assistenciais e condições inadequadas de atendimento;

VII – atuar tempestivamente diante de risco de deterioração clínica, desassistência ou atraso relevante;

VIII – analisar guias, prorrogações, procedimentos, materiais, medicamentos e OPME pendentes durante a internação;

IX – contribuir para decisões regulatórias fundamentadas em informações clínicas atuais;

X – acompanhar casos críticos, complexos, judicializados ou de maior impacto assistencial;

XI – identificar permanências hospitalares evitáveis e barreiras à alta;

XII – prevenir duplicidades, procedimentos sem comprovação de execução e utilização inadequada de recursos;

XIII – promover diálogo técnico permanente entre o IPAM e os prestadores;

XIV – produzir informações para avaliação da rede, auditoria de contas, gestão de riscos, planejamento assistencial e melhoria contínua.

5) ABRANGÊNCIA

Este Protocolo aplica-se:

I – aos beneficiários do IPAM internados nos hospitais abrangidos pela auditoria concorrente;

II – às internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas, neonatais, psiquiátricas e oncológicas;

III – às enfermarias, apartamentos, unidades de terapia intensiva, unidades semi-intensivas, observações prolongadas e demais ambientes de internação;

IV – aos médicos auditores, enfermeiros auditores, odontólogos, Serviço Social e demais profissionais do IPAM formalmente envolvidos;

V – aos prontuários físicos ou eletrônicos, censos hospitalares, sistemas de autorização, relatórios e registros institucionais.

A auditoria concorrente será executada diretamente pela equipe própria do IPAM, não sendo objeto de terceirização.

A auditoria concorrente subsidia, mas não substitui, a auditoria retrospectiva da conta hospitalar, a regulação, a fiscalização contratual, a apuração administrativa ou o controle interno.

O registro de conformidade clínica durante a internação não representa aprovação automática dos itens posteriormente faturados.

6) PRINCÍPIOS

A auditoria concorrente observará:

I – centralidade do paciente;

II – segurança e qualidade assistencial;

III – independência técnica;

IV – atuação baseada em evidências;

V – proporcionalidade;

VI – oportunidade da intervenção;

VII – integralidade da avaliação;

VIII – não interferência indevida na conduta assistencial;

IX – comunicação direta, diplomática, respeitosa e resolutiva;

X – rastreabilidade das decisões;

XI – proteção dos dados pessoais e do sigilo profissional;

XII – sustentabilidade e uso responsável dos recursos;

XIII – cooperação entre o IPAM, o prestador e a equipe assistencial;

XIV – segregação de competências;

XV – contraditório técnico;

XVI – ausência de remuneração, meta ou avaliação funcional vinculada exclusivamente à quantidade ou ao valor das glosas.

7) DEFINIÇÕES

Para os fins deste Protocolo, considera-se:

I – auditoria concorrente: avaliação realizada durante a internação, enquanto ainda é possível atuar sobre riscos, atrasos, autorizações e continuidade do cuidado;

II – visita à beira-leito: contato presencial no quarto, leito ou ambiente assistencial, com identificação do auditor, anuência para a conversa e observação das condições do paciente e da assistência;

III – D1: primeiro dia da internação ou da admissão em UTI, correspondente à data de entrada do paciente;

IV – D3: terceiro dia da internação, contado a partir da data de admissão;

V – incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente;

VI – quase falha: incidente detectado antes de atingir o paciente;

VII – evento adverso: incidente relacionado à assistência que tenha causado dano ao paciente;

VIII – evento crítico ou sentinela: evento que resulte em morte, dano grave, dano permanente ou risco imediato de consequência grave;

IX – não conformidade: descumprimento de requisito assistencial, técnico, documental, contratual ou operacional;

X – barreira de alta: condição clínica, assistencial, administrativa ou social que impeça a alta segura;

XI – dia necessário: permanência sustentada por necessidade clínica compatível com o nível de cuidado;

XII – dia necessário com oportunidade de melhoria: permanência ainda necessária, mas sujeita a atraso assistencial ou operacional passível de correção;

XIII – dia evitável assistencial: permanência decorrente de falha, omissão ou atraso no processo de cuidado;

XIV – dia evitável administrativo: permanência decorrente de autorização, exame, documento, transporte, equipamento ou providência administrativa pendente;

XV – internação social: permanência exclusivamente motivada por ausência de cuidador, abandono, vulnerabilidade, falta de transporte, dificuldade familiar, condição econômica ou inexistência de local de acolhimento, após cessada e documentada a necessidade clínica de internação hospitalar.

8) MODELO OPERACIONAL DO IPAM

A auditoria concorrente será executada por 2 médicos auditores e 2 enfermeiros auditores, inicialmente distribuídos entre 4 hospitais, conforme escala, censo, risco assistencial e roteiro definido pela COAM.

A distribuição deverá considerar:

I – quantidade de pacientes internados;

II – complexidade dos casos;

III – existência de UTI;

IV – internações judicializadas;

V – guias pendentes;

VI – procedimentos com OPME;

VII – casos oncológicos;

VIII – internações prolongadas;

IX – readmissões;

X – reclamações e eventos adversos;

XI – histórico assistencial do prestador.

A COAM poderá organizar visitas individuais ou conjuntas.

Todo paciente incluído na auditoria concorrente deverá ser efetivamente visitado no quarto, leito ou ambiente assistencial.

A avaliação exclusivamente documental não será registrada como visita concorrente.

A visita poderá ser realizada inicialmente por médico ou enfermeiro auditor, conforme a natureza do caso. Situações que envolvam decisão clínica, indicação médica, negativa assistencial ou divergência com o médico assistente deverão obrigatoriamente ser avaliadas pelo médico auditor.

Casos com repercussões clínicas e de enfermagem relevantes deverão, sempre que possível, receber avaliação conjunta.

A distribuição dos hospitais e dos pacientes deverá ser periodicamente alternada, quando operacionalmente possível, para favorecer independência, calibragem e uniformidade da avaliação.

9) COBERTURA TEMPORAL

A cobertura ordinária ocorrerá em dias úteis.

Não haverá cobertura presencial rotineira em fins de semana e feriados.

A COAM poderá determinar acompanhamento específico em fim de semana ou feriado quando houver:

I – risco assistencial relevante;

II – decisão judicial com prazo imediato;

III – ameaça de desassistência;

IV – evento adverso crítico;

V – procedimento de alta complexidade;

VI – situação expressamente demandada pela Presidência ou COAM.

A inexistência de cobertura ordinária do IPAM em fins de semana e feriados não transfere ao Instituto a responsabilidade assistencial do prestador, que permanece integral e ininterrupta.

Casos críticos ocorridos fora do horário ordinário deverão ser imediatamente tratados pelo prestador e comunicados ao IPAM pelo canal institucional definido.

No primeiro dia útil após o fim de semana ou feriado, a equipe deverá priorizar:

I – admissões em UTI;

II – pacientes com intercorrências;

III – eventos adversos;

IV – internações judicializadas;

V – procedimentos realizados;

VI – óbitos e transferências;

VII – internações que tenham alcançado o D3;

VIII – guias urgentes pendentes.

10) INÍCIO DA AVALIAÇÃO

Como regra geral, o paciente internado será elegível para auditoria concorrente a partir do D3 de internação.

O paciente admitido diretamente em UTI deverá ser avaliado no D1.

O paciente transferido para UTI durante a internação deverá ser avaliado no dia da transferência ou no primeiro turno de auditoria disponível.

Independentemente do dia de internação, deverão ser incluídos imediatamente, quando identificados:

- I – casos críticos;
- II – pacientes em UTI;
- III – eventos adversos;
- IV – internações judicializadas;
- V – guias urgentes pendentes;
- VI – procedimentos com OPME;
- VII – casos oncológicos complexos;
- VIII – ameaça de desassistência;
- IX – readmissões em até 30 dias;
- X – reclamações assistenciais relevantes;
- XI – internações com indício de irregularidade ou duplicidade;
- XII – casos expressamente determinados pela COAM.

Quando o D3 ocorrer em fim de semana ou feriado, a visita será realizada no primeiro dia útil subsequente, salvo determinação específica da COAM.

11) **PRIORIZAÇÃO E AMOSTRAGEM**

São de acompanhamento obrigatório e não sujeitos à amostragem:

- I – casos críticos;
- II – pacientes em UTI;
- III – internações prolongadas, assim consideradas, em regra, aquelas superiores a sete dias;
- IV – internações judicializadas;
- V – guias hospitalares pendentes com repercussão na continuidade do cuidado;
- VI – procedimentos com OPME;
- VII – oncologia hospitalar;
- VIII – readmissões em até 30 dias;
- IX – reclamações assistenciais;
- X – eventos adversos;
- XI – risco de desassistência;
- XII – casos determinados pela COAM.

Pacientes estáveis poderão ser acompanhados por amostragem qualificada enquanto a capacidade operacional não permitir cobertura universal.

A amostragem deverá considerar, no mínimo:

I – hospital e unidade de internação;

II – diagnóstico e complexidade;

III – duração da internação;

IV – histórico do prestador;

V – perfil do paciente;

VI – procedimentos realizados;

VII – existência de comorbidades;

VIII – risco de permanência evitável;

IX – seleção aleatória complementar.

A metodologia e os resultados da amostragem deverão ser documentados pela COAM.

A seleção por amostragem não autoriza auditoria exclusivamente documental. Todo paciente selecionado deverá ser visitado à beira-leito.

A ampliação progressiva da cobertura universal será avaliada pela COAM com base na linha de base, no volume de internações e na capacidade da equipe.

12) FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO

Pacientes críticos ou instáveis deverão ser reavaliados em cada dia útil enquanto permanecer o risco, sem prejuízo de intervalo menor definido pelo auditor.

Pacientes em UTI deverão ser reavaliados em cada dia útil enquanto instáveis e, quando estabilizados, conforme justificativa técnica, preferencialmente em intervalo não superior a 48 horas.

Casos judicializados, oncológicos, com OPME, guias pendentes, reclamações ou eventos adversos terão frequência definida conforme risco e pendência.

Internações prolongadas estáveis deverão ser reavaliadas, em regra, a cada três dias.

Pacientes estáveis selecionados por amostragem deverão receber pelo menos uma visita, com nova avaliação se permanecerem internados e houver alteração clínica, pendência ou barreira de alta.

Toda frequência deverá ser ajustada à condição clínica e registrada.

13) RESPONSABILIDADES DA COAM

Compete à COAM, por intermédio da Gerência Médica e Gerência de Auditoria:

I – dirigir o programa de auditoria concorrente;

II – definir escalas, roteiros, prioridades e amostragem;

III – distribuir a equipe entre os hospitais;

IV – garantir integração entre auditoria, regulação, Serviço Social, conferência e gestão da rede;

V – deliberar ou encaminhar casos de elevado risco assistencial, institucional, financeiro ou judicial;

- VI – acompanhar eventos adversos graves e ameaças de desassistência;
- VII – assegurar canal de comunicação com os prestadores;
- VIII – consolidar indicadores;
- IX – avaliar o desempenho assistencial dos prestadores;
- X – determinar planos de melhoria;
- XI – assegurar capacitação e calibragem técnica;
- XII – encaminhar questões jurídicas, contratuais, éticas, de controle ou proteção de dados às unidades competentes;
- XIII – acompanhar a implantação e revisar este Protocolo.

14) RESPONSABILIDADES DO MÉDICO AUDITOR

Compete ao médico auditor:

- I – avaliar diagnóstico, gravidade, estabilidade, prognóstico e nível de cuidado;
- II – analisar indicação de internação, permanência, transferência, prorrogação, procedimentos, terapias, medicamentos e OPME;
- III – verificar a compatibilidade entre quadro clínico, prescrição, exames, procedimentos e evolução;
- IV – avaliar o plano terapêutico e seus objetivos;
- V – verificar a atuação do médico assistente e especialistas;
- VI – analisar guias dependentes de julgamento médico;
- VII – visitar e entrevistar o paciente;
- VIII – dialogar com o médico assistente, plantonista, coordenador ou diretor técnico;
- IX – identificar eventos adversos, riscos, permanências evitáveis e oportunidades de alta;
- X – emitir manifestações fundamentadas e identificadas;
- XI – realizar revisão técnica quando designado pela COAM;
- XII – registrar fatos, evidências, conclusões e providências.

O médico auditor não deverá prescrever, assumir a condução do caso, alterar o prontuário do prestador ou orientar diretamente o paciente a iniciar, suspender ou modificar tratamento.

15) RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO AUDITOR

Compete ao enfermeiro auditor:

- I – avaliar o processo e a qualidade da assistência de enfermagem;
- II – verificar registros, prescrições de enfermagem, checagens, sinais vitais, controles e balanços;
- III – avaliar identificação, quedas, lesão por pressão, higiene das mãos e segurança medicamentosa;

- IV – verificar cateteres, sondas, drenos, curativos, dietas e demais dispositivos;
- V – avaliar higiene, conforto, privacidade, campainha, acomodação e condições do ambiente;
- VI – verificar a rastreabilidade de materiais, medicamentos e OPME;
- VII – entrevistar o paciente ou representante;
- VIII – solicitar esclarecimentos à enfermagem e à equipe multiprofissional;
- IX – acompanhar, quando necessário e autorizado, procedimentos ou curativos especiais;
- X – participar de passagens de plantão e discussões de casos, quando pertinente;
- XI – registrar riscos, eventos adversos, não conformidades e oportunidades de melhoria;
- XII – comunicar ao médico auditor situações que demandem julgamento médico;
- XIII – emitir parecer de enfermagem identificado e fundamentado.

A auditoria de enfermagem não poderá ser delegada a técnico ou auxiliar de enfermagem, faturista ou profissional administrativo.

16) RESPONSABILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL DO IPAM

Compete ao Serviço Social do IPAM, quando acionado:

- I – avaliar situações de vulnerabilidade, abandono ou ausência de rede de apoio;
- II – entrevistar o paciente, familiar, acompanhante ou representante;
- III – articular-se com o Serviço Social do prestador;
- IV – identificar barreiras sociais à alta;
- V – auxiliar na articulação com familiares, órgãos públicos e rede de proteção social;
- VI – registrar as providências adotadas;
- VII – informar à COAM as situações sem solução ou que possam prolongar indevidamente a internação;
- VIII – apoiar o planejamento de alta nos casos complexos.

O Serviço Social não substitui o julgamento clínico do médico assistente ou do médico auditor.

17) RESPONSABILIDADES DO PRESTADOR

O prestador deverá:

- I – encaminhar censo hospitalar atualizado nos dias e horários definidos pelo IPAM;
- II – permitir acesso tempestivo ao prontuário, ao paciente e às áreas assistenciais;
- III – fornecer condições de privacidade e biossegurança;
- IV – disponibilizar equipamentos de proteção necessários ao acesso às áreas restritas;
- V – indicar ponto focal para interlocução com a auditoria;

VI – viabilizar contato com o médico assistente, plantonista, enfermagem, direção técnica e equipe multiprofissional;

VII – comunicar intercorrências relevantes, eventos adversos, transferências, altas e óbitos;

VIII – responder aos apontamentos nos prazos estabelecidos;

IX – anexar documentos e evidências das providências adotadas;

X – manter rastreabilidade das respostas;

XI – não impedir, retardar, selecionar ou direcionar indevidamente as visitas aos beneficiários;

XII – cumprir as medidas imediatas necessárias à segurança, ainda que exista divergência técnica com o IPAM.

As obrigações relativas ao censo, acesso, comunicação e resposta deverão ser incorporadas aos editais, contratos, termos de credenciamento ou instrumentos operacionais do IPAM.

A recusa injustificada de acesso será registrada, comunicada à COAM e encaminhada à unidade responsável pela fiscalização contratual.

18) ABERTURA DO TURNO

No início do turno, a equipe deverá:

I – receber e conferir o censo;

II – cruzar o censo com o sistema do IPAM;

III – identificar pacientes no D1 de UTI e no D3 de internação;

IV – localizar internações obrigatórias e pacientes selecionados por amostragem;

V – verificar guias pendentes, decisões judiciais e alertas anteriores;

VI – levantar admissões, altas, transferências, óbitos e readmissões;

VII – classificar os casos por prioridade;

VIII – definir a rota de visitas;

IX – revisar pendências não encerradas;

X – distribuir os casos entre médicos e enfermeiros auditores.

19) VISITA À BEIRA-LEITO

A auditoria concorrente não se satisfaz com a revisão do prontuário ou permanência do auditor em sala administrativa.

O auditor deverá comparecer ao prestador, apresentar-se formalmente, acessar o prontuário e entrar no quarto, leito ou ambiente assistencial.

É vedado registrar visita presencial quando não houver ocorrido entrada efetiva no ambiente em que o paciente se encontra.

A visita poderá ser adiada quando:

I – o paciente estiver em procedimento, exame ou atendimento que não deva ser interrompido;

II – houver contraindicação clínica;

III – houver restrição temporária de biossegurança;

IV – o paciente estiver ausente do leito;

V – houver recusa do paciente ou representante;

VI – existir risco concreto à privacidade ou à segurança.

O auditor deverá registrar o motivo, a tentativa realizada e a nova programação.

A falta de tempo, a análise exclusiva de documentos ou a ausência de solicitação do hospital não justificam a omissão da visita.

20) APRESENTAÇÃO AO PACIENTE

O auditor deverá:

I – utilizar identificação funcional visível;

II – higienizar as mãos;

III – utilizar EPI adequado;

IV – anunciar sua entrada;

V – preservar a privacidade;

VI – confirmar a identidade do paciente;

VII – informar seu nome, profissão e vínculo com o IPAM;

VIII – explicar brevemente a finalidade da visita;

IX – solicitar anuência para a conversa.

Poderá ser utilizada a seguinte apresentação:

“Bom dia/boa tarde. Meu nome é [nome], sou médico(a)/enfermeiro(a) auditor(a) do IPAM. Estou acompanhando sua internação para verificar a qualidade da assistência, as autorizações pendentes e as condições para continuidade segura do cuidado. Posso conversar com o(a) senhor(a) por alguns minutos?”

A recusa à entrevista será respeitada e registrada, sem prejuízo da análise documental.

A recusa do paciente à entrevista não impede o acesso institucional ao prontuário quando existente fundamento legal, contratual ou assistencial para a auditoria.

A visita não compreende exame físico de rotina. Exame excepcional somente poderá ser realizado por profissional competente, quando necessário, mediante consentimento e observância das normas profissionais vigentes.

21) PERGUNTAS MÍNIMAS

Durante a visita, deverão ser abordados, quando pertinentes:

I – motivo da internação e tratamento explicado ao paciente;

- II – sintomas atuais e queixas não atendidas;
- III – presença e orientação do médico assistente;
- IV – resposta da enfermagem aos chamados;
- V – realização dos medicamentos e cuidados;
- VI – atendimento da equipe multiprofissional;
- VII – exames, procedimentos ou autorizações pendentes;
- VIII – orientação sobre identificação, quedas, pele e dispositivos;
- IX – previsão e condições de alta;
- X – reclamações, desconfortos, cobranças ou dificuldades relevantes.

22) DOMÍNIOS OBRIGATÓRIOS DE AVALIAÇÃO

A avaliação deverá abranger, conforme o caso:

- I – diagnóstico principal e diagnósticos associados;
- II – gravidade, estabilidade e risco de deterioração;
- III – adequação do nível de cuidado;
- IV – evolução e resposta terapêutica;
- V – plano terapêutico, metas e critérios de reavaliação;
- VI – acompanhamento do médico assistente;
- VII – prescrição, alergias, doses, vias, intervalos e interações;
- VIII – antimicrobianos e medicamentos de alta vigilância;
- IX – processo de enfermagem;
- X – sinais vitais, dor, balanço e controles;
- XI – dispositivos, curativos, mobilização e prevenção de complicações;
- XII – atuação da fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, farmácia clínica e Serviço Social;
- XIII – identificação do paciente;
- XIV – prevenção de quedas e lesão por pressão;
- XV – segurança de medicamentos, cirurgias e hemocomponentes;
- XVI – prevenção e controle de infecções;
- XVII – deterioração clínica, sepse e tromboembolismo;
- XVIII – limpeza, privacidade, conforto e funcionamento da campanha;
- XIX – disponibilidade de materiais, medicamentos, equipamentos e gases medicinais;

XX – dignidade, comunicação e tratamento respeitoso;

XXI – procedimentos, materiais, medicamentos e OPME efetivamente utilizados;

XXII – rastreabilidade, etiquetas, lotes, quantidades e registros;

XXIII – compatibilidade entre assistência observada, prontuário e autorização.

23) **VERIFICAÇÕES ESPECÍFICAS**

Na UTI, deverão ser avaliados:

I – critérios de admissão e permanência;

II – suporte de órgãos;

III – estabilidade e monitoramento;

IV – sedação, ventilação, desmame e delirium;

V – mobilização;

VI – dispositivos e prevenção de infecções;

VII – nutrição;

VIII – metas diárias;

IX – possibilidade de transferência.

No centro cirúrgico, deverão ser avaliados:

I – consentimento;

II – identificação, lateralidade e procedimento correto;

III – checklist de cirurgia segura;

IV – profilaxias;

V – anestesia;

VI – OPME;

VII – contagens;

VIII – recuperação e registro operatório.

Na obstetrícia e neonatologia, deverão ser avaliados:

I – risco materno e neonatal;

II – indicação da internação e da via de parto;

III – partograma, quando aplicável;

IV – hemorragia, hipertensão, infecção e tromboembolismo;

V – condições de nascimento;

VI – suporte respiratório;

VII – nutrição;

VIII – triagens;

IX – vínculo familiar e critérios de alta.

Na psiquiatria, deverão ser avaliados:

I – risco de suicídio, agressão ou fuga;

II – segurança do ambiente;

III – contenção;

IV – acompanhamento médico;

V – plano terapêutico;

VI – atuação multiprofissional;

VII – barreiras à alta.

Na oncologia, deverão ser avaliados:

I – diagnóstico e finalidade do tratamento;

II – regime, ciclo, dose, peso ou superfície corporal;

III – exames prévios;

IV – intervalo entre ciclos;

V – toxicidade;

VI – resposta;

VII – suporte;

VIII – autorização administrativa ou judicial.

24) **GUIAS E PRORROGAÇÕES**

As guias pendentes deverão ser analisadas considerando:

I – beneficiário;

II – solicitante e executante;

III – código, descrição, quantidade e lateralidade;

IV – indicação e urgência;

V – diagnóstico e evolução atual;

VI – documentos existentes;

VII – procedimento programado, executado, cancelado ou substituído;

VIII – eventual duplicidade;

IX – inclusão em pacote, outra guia ou decisão judicial;

X – risco clínico da demora;

XI – regras de cobertura do IPAM.

A análise poderá resultar em:

I – autorização;

II – autorização com correção de erro material;

III – solicitação de esclarecimento;

IV – pendência;

V – alteração de etapa;

VI – não autorização fundamentada.

O auditor somente decidirá dentro de sua competência e alçada formal.

Erro material ou cadastral não deverá, isoladamente, interromper assistência inequivocamente autorizada e necessária, devendo a correção ser providenciada em paralelo, com prevenção de duplicidade.

Nenhuma pendência documental deverá retardar medida indispensável à estabilização do paciente.

As solicitações de prorrogação deverão conter relatório clínico atualizado e ser apresentadas previamente quando a continuidade for previsível.

25) REVISÃO POR SEGUNDO AUDITOR

Deverão ser submetidos a segundo auditor ou à COAM:

I – negativa de procedimento durante internação;

II – divergência relevante com o médico assistente;

III – risco de morte, dano grave ou perda funcional;

IV – OPME ou medicamento de altíssimo custo;

V – transferência ou permanência controvertida em UTI;

VI – caso judicializado;

VII – suspeita de fraude ou desassistência;

VIII – evento adverso grave;

IX – situação determinada pela COAM.

A revisão deverá ser realizada por profissional da mesma categoria e, sempre que possível, que não tenha emitido a análise inicial.

A necessidade de revisão não poderá retardar medida imediata de segurança ou estabilização.

26) CASOS JUDICIALIZADOS

Todo caso judicializado deverá ser classificado como prioritário e acompanhado obrigatoriamente.

A avaliação deverá ocorrer no D1 ou no primeiro turno de auditoria disponível após a ciência da decisão, independentemente do dia de internação.

O auditor deverá verificar:

I – objeto exato da decisão;

II – prazo judicial;

III – prestador indicado;

IV – procedimento, medicamento ou material determinado;

V – guia e autorização correspondentes;

VI – data da comunicação ao prestador;

VII – data prevista e data efetiva de início;

VIII – execução do tratamento;

IX – interrupções, atrasos ou recusas;

X – compatibilidade entre o objeto judicial e o tratamento executado;

XI – eventual duplicidade com guia administrativa, outro prestador ou autorização anterior;

XII – materiais e medicamentos efetivamente utilizados;

XIII – evolução clínica e continuidade assistencial.

O auditor não poderá ampliar, reduzir ou modificar o objeto da decisão judicial.

Dúvidas, impossibilidades, atrasos, recusa de acesso, divergências ou fatos que possam comprometer o cumprimento deverão ser comunicados imediatamente à COAM e à PROGER, acompanhados de evidências.

A existência de decisão judicial não dispensa a auditoria da execução, da qualidade e da rastreabilidade do tratamento, nem representa validação automática de itens que ultrapassem o objeto determinado.

O auditor deverá evitar discussão sobre o mérito da decisão com o paciente, família ou prestador, limitando-se ao acompanhamento técnico e ao registro dos fatos.

27) ALTA E PERMANÊNCIA HOSPITALAR

A auditoria deverá verificar, desde a primeira visita:

I – a meta clínica que ainda exige internação;

II – o critério de alta ou transferência;

III – exames, pareceres ou procedimentos pendentes;

IV – terapias que possam prosseguir em regime ambulatorial;

V – condições clínicas e funcionais para saída segura;

- VI – disponibilidade de medicação, receita e orientações;
- VII – retorno e acompanhamento programados;
- VIII – treinamento do paciente ou cuidador, quando necessário;
- IX – transporte;
- X – comunicação ao serviço que receberá o paciente.

A permanência será classificada como:

- I – necessária;
- II – necessária com oportunidade de melhoria;
- III – evitável por causa assistencial;
- IV – evitável por causa administrativa;
- V – exclusivamente social.

Tempos médios de internação poderão ser utilizados como sinais de alerta, mas não constituirão fundamento isolado para alta, negativa, glosa ou transferência.

28) INTERNAÇÃO SOCIAL

O IPAM não custeia internação mantida exclusivamente por motivo social, após cessada e formalmente documentada a necessidade clínica de cuidado hospitalar, ressalvada decisão judicial ou decisão administrativa excepcional devidamente fundamentada.

A caracterização da internação social exige:

- I – registro médico de alta clínica ou de ausência de necessidade do nível hospitalar;
- II – avaliação das condições de saída;
- III – identificação objetiva da barreira social;
- IV – manifestação da equipe assistencial, quando necessária;
- V – registro da data em que cessou a indicação clínica hospitalar.

Identificada possível internação social, o auditor deverá comunicar imediatamente:

- I – o Serviço Social do prestador;
- II – o Serviço Social do IPAM;
- III – a COAM.

Os Serviços Sociais deverão atuar conjuntamente na identificação de familiar, responsável, cuidador, transporte, documentação, rede pública ou medida de proteção cabível.

Situações de abandono, ausência de responsável legal, violência, vulnerabilidade grave ou incapacidade civil deverão ser encaminhadas à rede de proteção e às autoridades competentes, conforme o caso.

O auditor não deverá determinar alta ou promover saída insegura do paciente.

A repercussão financeira da permanência social será analisada em procedimento próprio, conforme contrato, cobertura, contraditório e decisão da autoridade competente.

29) EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES

A auditoria concorrente deverá atuar de forma prioritária na identificação, comunicação, registro e acompanhamento de incidentes e eventos adversos.

São exemplos de situações que exigem atenção imediata:

- I – piora clínica sem resposta;
- II – ausência de avaliação médica diante de instabilidade;
- III – erro de paciente, procedimento, local ou lateralidade;
- IV – erro grave de medicação;
- V – reação transfusional;
- VI – queda com dano;
- VII – lesão por pressão adquirida durante a internação;
- VIII – retirada acidental de dispositivo;
- IX – atraso de tratamento essencial;
- X – infecção relacionada à assistência;
- XI – falha de equipamento ou falta de insumo essencial;
- XII – cirurgia cancelada com repercussão clínica;
- XIII – transferência não programada para UTI;
- XIV – reoperação inesperada;
- XV – tentativa de suicídio, violência ou fuga;
- XVI – óbito inesperado;
- XVII – evento materno ou neonatal grave;
- XVIII – desassistência ou abandono.

30) CONDUTA IMEDIATA DIANTE DE EVENTO ADVERSO

Ao identificar incidente ou evento adverso, o auditor deverá:

- I – priorizar a segurança do paciente;
- II – acionar imediatamente a equipe assistencial responsável;
- III – comunicar o médico assistente ou plantonista e o enfermeiro responsável;
- IV – solicitar a adoção de medidas de contenção;
- V – comunicar a direção técnica ou assistencial quando a gravidade exigir;

VI – verificar a ciência do Núcleo de Segurança do Paciente do prestador;

VII – registrar fatos, horário, fontes e condição atual;

VIII – evitar interferência indevida na condução clínica;

IX – não atribuir culpa antes de investigação;

X – comunicar a COAM conforme a gravidade;

XI – acompanhar o caso até a contenção do risco.

A comunicação ao paciente ou à família sobre o evento e suas consequências compete prioritariamente à equipe assistencial e à direção do prestador. O auditor deverá verificar se a comunicação adequada foi realizada, sem assumir isoladamente essa atribuição.

31) CLASSIFICAÇÃO DOS EVENTOS E PRAZOS

São críticos os eventos com morte, dano grave, risco iminente, desassistência ou possibilidade de consequência permanente.

Eventos críticos deverão:

I – ser comunicados verbalmente de imediato à equipe local;

II – ser comunicados à COAM imediatamente;

III – receber registro formal do auditor no mesmo turno;

IV – receber do prestador resposta preliminar em até 24 horas;

V – receber análise preliminar e plano de ação em até 5 dias úteis;

VI – receber conclusão da investigação, quando cabível, preferencialmente em até 15 dias úteis, mediante justificativa se houver necessidade de prazo maior.

São de nível alto os eventos ou não conformidades com potencial de dano relevante, atraso de terapia essencial, acompanhamento médico insuficiente ou falha assistencial significativa.

O prestador deverá apresentar resposta inicial em até 1 dia útil e plano de ação em até 5 dias úteis.

São moderadas as falhas documentais relevantes, atrasos sem risco imediato, deficiência multiprofissional ou estrutural de repercussão limitada.

O prestador deverá apresentar resposta em até 3 dias úteis e comprovação de correção no prazo definido pela auditoria, preferencialmente em até 10 dias úteis.

Oportunidades de melhoria sem risco atual poderão ser consolidadas em relatório periódico, com prazo de resposta de até 10 dias úteis.

O prazo clínico necessário à proteção do paciente sempre prevalecerá sobre os prazos administrativos.

32) RESPONSABILIDADE DO PRESTADOR PELOS EVENTOS

Compete ao prestador:

I – conter imediatamente o risco;

II – prestar a assistência necessária;

- III – preservar os registros;
- IV – comunicar suas instâncias internas;
- V – notificar o Núcleo de Segurança do Paciente;
- VI – realizar as notificações sanitárias obrigatórias;
- VII – investigar o evento;
- VIII – identificar causas e fatores contribuintes;
- IX – elaborar plano de ação;
- X – apresentar evidências ao IPAM;
- XI – acompanhar o paciente;
- XII – prevenir recorrência.

A auditoria do IPAM não substitui a responsabilidade do prestador pela assistência, investigação ou notificação aos órgãos competentes.

33) REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADE

Todo apontamento deverá informar:

- I – fato observado;
- II – fonte ou evidência;
- III – risco ou consequência;
- IV – data e horário;
- V – pessoa comunicada;
- VI – meio utilizado;
- VII – providência solicitada;
- VIII – responsável;
- IX – prazo;
- X – evidência necessária para encerramento;
- XI – situação atual.

Deverão ser evitadas acusações, expressões vagas ou adjetivações.

O registro deverá ser factual, objetivo, técnico e cronológico.

34) FLUXO DE RESPOSTA DO PRESTADOR

Os apontamentos observarão os seguintes estados:

- I – identificado;

- II – comunicado verbalmente;
- III – formalmente notificado;
- IV – aguardando resposta do prestador;
- V – em tratamento pelo prestador;
- VI – evidência apresentada;
- VII – em análise pelo IPAM;
- VIII – consenso técnico;
- IX – divergência técnica;
- X – escalonado;
- XI – concluído.

A notificação formal deverá conter:

- I – identificação do caso;
- II – descrição objetiva do fato;
- III – evidência;
- IV – risco;
- V – providência requerida;
- VI – prazo;
- VII – canal para resposta;
- VIII – identificação do auditor.

O prestador poderá:

- I – concordar com o apontamento;
- II – apresentar esclarecimento;
- III – anexar documentos;
- IV – demonstrar a correção;
- V – apresentar divergência técnica fundamentada;
- VI – solicitar revisão.

A existência de divergência não suspenderá medida imediata necessária à segurança do paciente.

O auditor analisará a resposta, registrará sua concordância ou divergência e emitirá conclusão identificada.

Não havendo consenso, o caso será submetido a segundo auditor ou à COAM.

35) REVISÃO TÉCNICA

O prestador poderá solicitar revisão técnica, de forma fundamentada, no prazo de até 5 dias úteis da ciência da conclusão, salvo prazo específico contratual.

A revisão será realizada por profissional competente, preferencialmente distinto daquele que emitiu a decisão inicial.

A conclusão da revisão deverá ser identificada, fundamentada e comunicada ao prestador.

A revisão não terá efeito suspensivo sobre providências destinadas à segurança imediata do paciente.

36) COMUNICAÇÃO

A comunicação deverá ser objetiva, respeitosa, técnica e dirigida ao profissional ou setor competente.

Riscos imediatos deverão ser comunicados verbalmente, sem aguardar formalização documental.

A comunicação verbal deverá ser formalizada no mesmo turno.

Na indisponibilidade de sistema próprio, poderá ser utilizado e-mail institucional ou outro canal corporativo oficialmente autorizado.

Aplicativo de mensagem instantânea somente poderá ser utilizado para alertas urgentes, por canal institucional autorizado, com o mínimo necessário de dados e posterior formalização.

É vedado discutir, constranger ou desautorizar a equipe diante do paciente.

A comunicação deverá informar fatos, e não acusações.

37) ESCALONAMENTO

O auditor deverá inicialmente comunicar o profissional capaz de conter o risco.

Na ausência de resposta, deverá acionar:

I – enfermeiro responsável;

II – médico assistente ou plantonista;

III – coordenação assistencial;

IV – direção técnica ou clínica;

V – Núcleo de Segurança do Paciente;

VI – COAM.

Conforme a natureza do caso, a COAM poderá acionar:

I – Serviço Social;

II – unidade de fiscalização contratual;

III – Ouvidoria;

IV – AGPC/DPO;

V – Controladoria;

VI – PROGER;

VII – Diretoria-Presidência.

O apontamento permanecerá aberto até a existência de evidência de contenção, correção, plano de ação ou decisão formal da autoridade competente.

38) **CONTRADITÓRIO E REPERCUSSÕES ADMINISTRATIVAS**

O auditor identifica, comunica, registra, instrui e acompanha a ocorrência.

O auditor não aplica diretamente sanção, descredenciamento, retenção de pagamento ou penalidade contratual.

Quando o fato puder repercutir em glosa, pagamento, ressarcimento, sanção ou descredenciamento, deverá ser instaurado ou utilizado o procedimento administrativo próprio, com:

I – delimitação dos fatos;

II – juntada das evidências;

III – identificação da obrigação contratual;

IV – manifestação do prestador;

V – contraditório e ampla defesa;

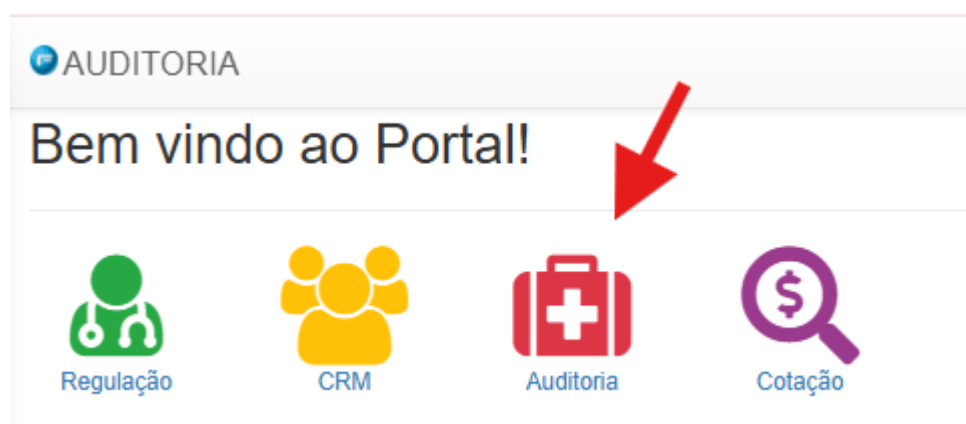
VI – análise técnica;

VII – decisão da autoridade competente.

Medidas emergenciais necessárias à segurança ou à continuidade da assistência poderão ser adotadas independentemente da conclusão do processo administrativo.

39) **REGISTROS E RASTREABILIDADE**

Cada paciente acompanhado deverá possuir registro individualizado no módulo próprio de Auditoria Concorrente do sistema FAC Regulação, que constituirá o repositório oficial das informações relacionadas à visita, ao acompanhamento assistencial, aos apontamentos e às providências adotadas.



O registro deverá ser realizado de forma contemporânea à visita, preferencialmente durante ou imediatamente após sua realização, e conter, no mínimo:

I – identificação do paciente e matrícula;

II – prestador, unidade assistencial, setor e leito;

III – data e horário da visita;

IV – data da admissão e dia de internação;

V – identificação do auditor e respectivo registro profissional;

VI – critério de inclusão no acompanhamento;

VII – diagnóstico, hipótese diagnóstica e condição clínica atual;

VIII – fontes de informação consultadas;

IX – confirmação da visita presencial ao leito;

X – registro da anuência, recusa ou impossibilidade de realização da entrevista, com a respectiva justificativa;

XI – síntese clínica e evolução do quadro;

XII – avaliação médica e de enfermagem;

XIII – avaliação da atuação da equipe multiprofissional;

XIV – condições de segurança assistencial e do ambiente;

XV – situação das guias, autorizações e procedimentos;

XVI – eventos adversos, incidentes, riscos e não conformidades identificados;

XVII – classificação da permanência hospitalar;

XVIII – barreiras clínicas, assistenciais, familiares, sociais ou administrativas à alta;

XIX – comunicações realizadas ao prestador, ao médico assistente, à equipe multiprofissional, à COAM ou a outras unidades competentes;

XX – providências requeridas ou adotadas, com identificação dos responsáveis e dos respectivos prazos;

XXI – estado do apontamento, conforme o fluxo de análise estabelecido neste Protocolo;

XXII – conclusão da avaliação e programação da próxima visita ou reavaliação.

Os registros deverão ser objetivos, tecnicamente fundamentados e limitados às informações necessárias ao acompanhamento assistencial e ao exercício da auditoria, vedada a inclusão de juízos pessoais, expressões depreciativas ou informações estranhas à finalidade do registro.

As comunicações realizadas por telefone, aplicativo de mensagens, correio eletrônico ou outro meio externo deverão ser registradas no módulo de Auditoria Concorrente no mesmo turno de trabalho ou, mediante justificativa, no primeiro dia útil subsequente, com indicação da data, do horário, dos participantes, do conteúdo essencial e das providências pactuadas.

Em caso de indisponibilidade temporária do FAC Regulação, o auditor utilizará instrumento de contingência padronizado pela COAM, com proteção de acesso e preservação do sigilo. As informações deverão ser inseridas no sistema tão logo seja restabelecido, mantendo-se a data e o horário efetivos da visita e registrando-se a ocorrência da indisponibilidade.

O SEI não substituirá o módulo de Auditoria Concorrente do FAC Regulação. Informações clínicas, relatórios, extratos ou documentos assistenciais somente deverão ser inseridos em processo administrativo quando indispensáveis à instrução, à tomada de decisão, ao exercício do contraditório, à apuração de responsabilidade ou ao cumprimento de demanda judicial ou de órgão de controle.

Quando necessária a inclusão de informação assistencial no SEI, o processo ou documento deverá receber nível de acesso restrito, com fundamento legal adequado, observando-se os princípios da finalidade, adequação, necessidade, segurança e prevenção previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

A COAM, por intermédio da GEMED e GAS deverão definir e manter atualizados:

- I – os perfis de acesso ao módulo;
- II – os campos obrigatórios;
- III – os estados dos apontamentos;
- IV – as regras de correção e complementação dos registros;
- V – os relatórios gerenciais e indicadores;
- VI – os procedimentos de contingência;
- VII – os prazos de registro e encerramento;
- VIII – a rastreabilidade das inclusões, alterações e consultas realizadas.

40) PROTEÇÃO DE DADOS E SIGILO

A equipe deverá:

- I – utilizar apenas sistemas, e-mails, equipamentos e canais autorizados;
- II – acessar somente os dados necessários;
- III – manter sigilo profissional;
- IV – utilizar credenciais individuais;
- V – proteger documentos e telas;
- VI – comunicar incidentes de segurança à chefia;
- VII – observar os prazos institucionais de guarda.

É vedado:

- I – fotografar prontuário, paciente, tela ou documento com aparelho pessoal;
- II – enviar dados clínicos por conta pessoal;
- III – compartilhar senha;
- IV – retirar prontuário ou cópia sem fundamento e fluxo formal;
- V – discutir casos em corredores, elevadores ou recepções;
- VI – compartilhar informações com pessoa não autorizada.

Relatórios gerenciais deverão utilizar dados agregados, anonimizados ou pseudonimizados sempre que possível.

41) INTERFACE COM A AUDITORIA DE CONTAS

A auditoria concorrente subsidiará a auditoria retrospectiva quanto a:

- I – execução dos procedimentos;
- II – dias de permanência;
- III – acomodação utilizada;
- IV – materiais e medicamentos;
- V – OPME e dispositivos;
- VI – procedimentos cancelados, substituídos ou duplicados;
- VII – eventos adversos;
- VIII – reoperações;
- IX – transferências e óbitos;
- X – coerência entre prontuário, autorização e faturamento.

A constatação de necessidade clínica não representa reconhecimento automático do valor faturado.

A composição de diárias, taxas, pacotes, honorários e demais itens será regida pelos contratos, editais, tabelas e regulamentos vigentes.

42) INDICADORES DE COBERTURA

Serão avaliados e acompanhados:

- I – número total de internações informadas;
- II – percentual de internações incluídas no censo tempestivamente;
- III – percentual de pacientes em UTI avaliados no D1;
- IV – percentual de pacientes elegíveis avaliados a partir do D3;
- V – percentual de casos prioritários acompanhados;
- VI – percentual de pacientes selecionados efetivamente visitados no leito;
- VII – percentual de internações estáveis alcançadas pela amostragem;
- VIII – cobertura por hospital;
- IX – número de visitas por auditor;
- X – demandas extraordinárias de fim de semana;
- XI – pacientes elegíveis não visitados e respectivos motivos.

43) INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA

Serão acompanhados:

- I – incidentes por tipo e gravidade;

- II – eventos adversos com dano;
- III – eventos críticos ou sentinela;
- IV – tempo entre identificação e contenção;
- V – tempo de comunicação à COAM;
- VI – respostas do prestador no prazo;
- VII – investigações concluídas;
- VIII – reincidência;
- IX – quedas;
- X – lesões por pressão;
- XI – erros de medicação;
- XII – infecções relacionadas à assistência;
- XIII – transferências não programadas para UTI;
- XIV – reoperações;
- XV – cirurgias canceladas;
- XVI – óbitos inesperados;
- XVII – readmissões em 7 e 30 dias;
- XVIII – reclamações assistenciais;
- XIX – resposta da enfermagem e acompanhamento médico;
- XX – não conformidades de identificação, dispositivos e segurança.

Os indicadores de mortalidade, permanência, readmissão e eventos deverão ser analisados considerando gravidade, complexidade e perfil dos pacientes, evitando comparações inadequadas.

44) INDICADORES DE REGULAÇÃO E UTILIZAÇÃO

Serão acompanhados:

- I – tempo de análise das guias hospitalares;
- II – guias urgentes pendentes;
- III – procedimentos autorizados e não executados;
- IV – duplicidades identificadas;
- V – OPME com rastreabilidade completa;
- VI – prorrogações solicitadas tempestivamente;
- VII – dias necessários;

VIII – dias necessários com oportunidade de melhoria;

IX – dias evitáveis assistenciais;

X – dias evitáveis administrativos;

XI – internações sociais identificadas;

XII – barreiras de alta solucionadas;

XIII – casos judicializados acompanhados;

XIV – cumprimento dos prazos judiciais.

Resultados econômicos poderão ser mensurados como consequência da melhoria do cuidado e da redução de desperdícios, mas não constituirão meta isolada de desempenho do auditor.

45) INDICADORES DOS PRESTADORES

O desempenho dos prestadores considerará:

I – tempestividade do censo;

II – disponibilidade de acesso ao leito e prontuário;

III – tempo de resposta;

IV – qualidade das evidências apresentadas;

V – cumprimento de planos de ação;

VI – reincidência de não conformidades;

VII – eventos adversos;

VIII – reclamações;

IX – negativas de acesso;

X – qualidade da comunicação;

XI – cooperação com a auditoria;

XII – regularidade da documentação.

Os resultados poderão compor relatório ou painel de desempenho da rede e subsidiar ações educativas, planos de melhoria, fiscalização e decisões administrativas.

46) INDICADORES DA EQUIPE DE AUDITORIA

Serão acompanhados:

I – completude dos registros;

II – cumprimento dos critérios de priorização;

III – visitas efetivamente realizadas;

IV – tempo de comunicação dos riscos;

V – pendências acompanhadas até o encerramento;

VI – concordância entre auditores;

VII – revisões e reversões de decisões;

VIII – distribuição da carga de trabalho;

IX – qualidade técnica das manifestações.

A avaliação da equipe não será baseada exclusivamente no número ou valor de glosas.

47) GOVERNANÇA DOS INDICADORES

Nos primeiros 90 dias será constituída linha de base.

Após a linha de base, a COAM por intermédio da GERÊNCIA DE AUDITORIA - GAS estabelecerá metas realistas e progressivas.

Diariamente, serão discutidos casos críticos, eventos adversos, guias urgentes e barreiras de alta.

Semanalmente, serão avaliados:

I – UTI;

II – internações prolongadas;

III – casos judicializados;

IV – eventos graves;

V – reclamações relevantes;

VI – pendências sem solução.

Mensalmente, a GAS deverá consolidar:

I – cobertura;

II – qualidade e segurança;

III – resposta dos prestadores;

IV – dias evitáveis;

V – judicializações;

VI – internações sociais;

VII – desempenho da equipe.

Trimestralmente, os resultados serão discutidos com os prestadores, com definição de compromissos, prazos e evidências.

Anualmente, deverá ocorrer revisão do Protocolo, dos indicadores e da metodologia de amostragem.

48) CONDUTAS OBRIGATÓRIAS

É obrigatório:

- I – apresentar-se e utilizar identificação visível;
- II – entrar no quarto ou leito;
- III – respeitar privacidade, dignidade e autonomia;
- IV – confrontar prontuário, sistema, observação e relato;
- V – comunicar imediatamente riscos relevantes;
- VI – fundamentar decisões;
- VII – identificar o responsável pela manifestação;
- VIII – registrar data, horário, evidências e comunicações;
- IX – acompanhar pendências até o encerramento;
- X – declarar conflito de interesses;
- XI – proteger os dados pessoais;
- XII – manter postura técnica, educativa e respeitosa;
- XIII – priorizar a segurança do paciente.

49) **CONDUTAS VEDADAS**

É vedado:

- I – limitar a auditoria à sala administrativa;
- II – registrar visita sem entrada no quarto ou leito;
- III – emitir conclusão clínica sem competência profissional;
- IV – fundamentar decisão apenas em custo;
- V – prometer autorização, pagamento, alta, punição ou resultado;
- VI – constranger ou desautorizar a equipe diante do paciente;
- VII – prescrever ou assumir o caso;
- VIII – alterar o prontuário do prestador;
- IX – orientar suspensão ou modificação de tratamento;
- X – utilizar negativa padronizada sem análise individual;
- XI – fotografar ou compartilhar dados por meios pessoais;
- XII – encerrar apontamento sem evidência;
- XIII – receber vantagem, comissão, presente ou benefício;
- XIV – aplicar diretamente sanção contratual;
- XV – interferir na assistência por motivo exclusivamente financeiro ou burocrático.

50) DISPOSIÇÕES FINAIS

A Auditoria Concorrente constitui atividade institucional permanente do IPAM, de natureza técnico-assistencial, preventiva, educativa e de controle, destinada a promover a qualidade do cuidado, a segurança do paciente, a adequação da internação, o uso responsável dos recursos e a proteção do interesse coletivo dos beneficiários.

A atividade será executada exclusivamente por médicos e enfermeiros vinculados ao IPAM, dentro das atribuições de cada profissão. A atuação dos auditores deverá observar independência técnica, imparcialidade, urbanidade, cooperação institucional, confidencialidade e ausência de conflito de interesses, sem subordinação técnica ao prestador ou ao profissional assistente.

A Auditoria Concorrente não substitui o médico assistente, a equipe multiprofissional, a direção técnica, o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou as demais instâncias obrigatórias do estabelecimento. A responsabilidade pela assistência, pelas prescrições e pelas decisões clínicas permanece com os profissionais e com o prestador responsáveis pelo atendimento.

O auditor não deverá interferir diretamente na prescrição ou assumir a condução clínica do paciente. Quando identificar inadequação, risco, divergência ou possibilidade de melhoria, deverá comunicar o responsável assistencial, registrar o apontamento no módulo de Auditoria Concorrente do FAC Regulação e acompanhar as providências adotadas.

A divergência entre auditor e prestador não poderá retardar medidas necessárias à proteção do paciente. Diante de risco grave ou iminente, o auditor deverá comunicar imediatamente o médico assistente, a enfermagem responsável, a direção técnica ou assistencial, o Núcleo de Segurança do Paciente e a COAM, conforme a natureza e a gravidade da ocorrência.

A identificação de incidente, evento adverso, falha de comunicação, atraso assistencial ou não conformidade deverá resultar em registro objetivo, comunicação formal, definição de responsável, prazo para resposta e verificação posterior da conduta adotada. O encerramento do apontamento somente ocorrerá após registro da resposta do prestador e avaliação da suficiência das providências.

A comunicação de evento adverso ou risco assistencial não representa, por si só, reconhecimento de culpa, responsabilidade civil ou aplicação de penalidade, devendo ser utilizada prioritariamente para proteção do paciente, correção do processo e prevenção de recorrências.

O prestador deverá assegurar aos auditores regularmente identificados, nos termos do instrumento de credenciamento ou contrato vigente, acesso às dependências assistenciais, ao paciente, ao prontuário, às prescrições, evoluções, resultados de exames, guias e demais informações necessárias ao exercício da auditoria, observadas a privacidade, a segurança e a dignidade do paciente.

Toda restrição, impedimento, demora injustificada, omissão documental ou recusa de acesso deverá ser registrada no FAC Regulação e comunicada à COAM para adoção das providências administrativas e contratuais cabíveis, sem prejuízo das medidas imediatas de segurança do paciente.

A visita ao leito é obrigatória para todo paciente incluído no acompanhamento da Auditoria Concorrente. A recusa do paciente ou de seu responsável à entrevista será respeitada e registrada, sem impedir a análise técnica do prontuário e das demais informações assistenciais disponíveis.

A cobertura será executada segundo a capacidade operacional da equipe e a classificação de risco prevista neste Protocolo. Terão acompanhamento obrigatório os pacientes internados em UTI, os casos críticos, as internações prolongadas, as judicializações, as guias pendentes, os casos com OPME, os tratamentos oncológicos, as readmissões, as reclamações e as demais situações classificadas como prioritárias.

Enquanto não houver capacidade suficiente para cobertura universal, os pacientes clinicamente estáveis poderão ser selecionados por amostragem qualificada, com critérios objetivos, documentados e

periodicamente revistos pela COAM. A amostragem não dispensa a visita presencial ao leito dos pacientes efetivamente selecionados.

O IPAM não custeará permanência hospitalar exclusivamente social. Identificada alta clínica associada a barreira familiar, social, econômica, habitacional ou administrativa, o caso deverá ser imediatamente encaminhado ao Serviço Social do prestador e ao Serviço Social do IPAM, com registro das providências e acompanhamento conjunto para viabilização de solução segura.

A caracterização de internação social não autoriza alta insegura, abandono do paciente ou interrupção abrupta de cuidados essenciais. O prestador deverá manter a assistência necessária até que haja definição técnica e institucional compatível com a segurança e a dignidade do paciente.

O presente Protocolo não cria cobertura assistencial, benefício, procedimento ou obrigação financeira não prevista na legislação municipal, nos atos internos do IPAM ou nos instrumentos de credenciamento e contratação. A avaliação da Auditoria Concorrente não substitui a análise de cobertura, autorização, elegibilidade, disponibilidade orçamentária ou regularidade contratual.

Os resultados da Auditoria Concorrente deverão orientar ações de educação permanente, aperfeiçoamento dos contratos, atualização dos protocolos, reorganização da rede credenciada, prevenção de eventos adversos, aprimoramento da regulação e planejamento assistencial do IPAM.

Os casos omissos, situações excepcionais e dúvidas de natureza técnico-assistencial serão decididos pela COAM. Questões com possível repercussão jurídica, financeira, contratual ou sancionatória deverão ser submetidas às unidades competentes, especialmente à PROGER, à COAF, à fiscalização contratual ou à Diretoria-Presidência, conforme o caso.

A COAM poderá expedir orientações complementares, formulários, fluxos, critérios de priorização, matrizes de risco e instruções operacionais necessários à execução deste Protocolo, desde que não contrariem suas disposições nem ampliem cobertura ou obrigação financeira sem a devida competência.

Este Protocolo deverá ser revisto, preferencialmente, a cada 12 meses ou sempre que houver alteração legislativa, regulamentar, contratual, tecnológica ou organizacional relevante, mudança da capacidade operacional, identificação de risco sistêmico, ocorrência de evento adverso grave ou recomendação de órgão jurídico ou de controle.

O presente Protocolo entra em vigor na data de sua aprovação, devendo ser divulgado aos auditores, aos setores envolvidos e aos prestadores hospitalares credenciados, com registro formal de ciência.

O compromisso final da Auditoria Concorrente será assegurar que a internação custeada pelo IPAM seja necessária, segura, adequada, resolutiva, documentalmente comprovada e conduzida com respeito à dignidade do paciente, à autonomia dos profissionais, à sustentabilidade institucional e ao interesse coletivo dos beneficiários.

Elaborado por:

PRISCILLA BEZERRA GIROTO FARIAS LIMA
Coordenadora de Assistência Médica

Aprovado por:

JÚLIO CÉSAR DE SOUZA FERREIRA
Coordenador Administrativo e Financeiro

ANEXO I – REGISTRO DE EVENTO ADVERSO OU NÃO CONFORMIDADE

- Prestador:
- Paciente e matrícula:
- Setor e leito:
- Data e horário da identificação:
- Auditor:
- Tipo de ocorrência:
- Classificação da gravidade:
- Descrição objetiva do fato:
- Fontes e evidências:
- Dano atual:
- Risco potencial:
- Condição atual do paciente:
- Medida de contenção:
- Profissionais comunicados:
- Data, horário e meio da comunicação:
- Núcleo de Segurança do Paciente comunicado:
- COAM comunicada:
- Resposta preliminar do prestador:
- Documentos apresentados:
- Plano de ação:
- Responsável:
- Prazo:
- Concordância ou divergência:
- Revisão solicitada:
- Conclusão técnica:
- Evidência de encerramento:
- Situação atual:

ANEXO II – ACOMPANHAMENTO DE CASO JUDICIALIZADO

- Paciente:
- Matrícula:
- Processo judicial:
- Data da ciência:
- Objeto da decisão:
- Prazo judicial:
- Prestador:
- Procedimento, medicamento ou material:
- Guia correspondente:
- Data da autorização:

- Data da comunicação ao prestador:
- Data programada:
- Data efetiva de início:
- Tratamento executado:
- Interrupções ou atrasos:
- Justificativas apresentadas:
- Compatibilidade com a decisão:
- Duplicidade identificada:
- Evolução clínica:
- Pendências:
- COAM comunicada:
- PROGER comunicada:
- Evidências anexadas:
- Conclusão:

ANEXO III – ACOMPANHAMENTO DE INTERNAÇÃO SOCIAL

- Paciente:
- Matrícula:
- Prestador:
- Data da admissão:
- Diagnóstico:
- Data da alta clínica ou da cessação da necessidade hospitalar:
- Médico responsável pelo registro:
- Barreira social identificada:
- Serviço Social do prestador comunicado:
- Serviço Social do IPAM comunicado:
- Familiares ou responsáveis contatados:
- Rede de proteção acionada:
- Providências adotadas:
- Responsáveis:
- Prazos:
- Dias de permanência após a alta clínica:
- Situação atual:
- Conclusão:



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Bezerra Giroto Farias Lima, Coordenador(a)**, em 09/09/2026, às 00:51, conforme art. 17, § 1º, do Decreto nº 21.393, de 07 de outubro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Julio Cesar de Souza Ferreira, Coordenador(a)**, em 09/09/2026, às 07:47, conforme art. 17, § 1º, do Decreto nº 21.393, de 07 de outubro de 2025.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.portovelho.ro.gov.br/sei> informando o código verificador **1432763** e o código CRC **1F72C530**.



Referência: Processo nº 011.003728/2026-10	SEI nº 1432763
--	----------------