

MUNICÍPIO DE VISCONDE DO RIO BRANCO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Visconde do Rio Branco, 18 de MAIO de 2026.

OFÍCIO GAB/PREF N° 144/2026

À

Sua Excelência o Senhor Marinho José de Almeida Neto
Presidente da Câmara Municipal de Visconde do Rio
Branco/MG

Assunto: Encaminhamento de Relatório – Fase 3 do Hospital São João Batista

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Cumprimentando cordialmente Vossa Excelência, servimo-nos do presente para encaminhar a esta Egrégia Casa Legislativa o Relatório de Auditoria referente à Fase 3 das condições estruturais, operacionais e assistenciais do Hospital São João Batista, para conhecimento, apreciação e análise dos Nobres Vereadores.

O referido relatório contempla os resultados dos procedimentos de auditoria realizados, contendo avaliações técnicas, apontamentos e informações pertinentes às condições de funcionamento da unidade hospitalar, em observância aos princípios da legalidade, transparência, eficiência e controle da administração pública.

O encaminhamento do presente documento tem por finalidade assegurar o devido acompanhamento institucional por parte do Poder Legislativo Municipal, reforçando o compromisso da Administração Pública com a transparência, a responsabilidade administrativa e a fiscalização das ações relacionadas à prestação dos serviços de saúde no Município.

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos a Vossa Excelência e aos demais Parlamentares os protestos de elevada estima, consideração e respeito institucional.

Atenciosamente,



Luiz Fabio Antonucci Filho
Prefeito Municipal

3º RELATÓRIO DE AUDITORIA – GESTÃO DE PESSOAS

Apresentação do relatório da fase 3. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Contrato: 02/2026



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO	2
1.1. OBJETIVO DA FASE 3	2
1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA.....	2
2. ANÁLISE DE DADOS	3
3. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM GESTÃO DE PESSOAS	3
3.1. AUDITORIA DE RH	3
3.2. METODOLOGIA	4
3.3. ESCOPO/ ÁREAS E PROCESSOS AUDITADOS	4
3.3.1. GESTÃO DE FOLHA DE PAGAMENTOS.....	4
3.3.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO).....	8
3.3.3. ÍNDICES DE INSALUBRIDADE PRATICADOS NO HOSPITAL	13
3.3.4. FGTS	18
3.3.5. POLÍTICA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL.....	20
3.3.6. POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS	23
3.3.7. POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	26
3.3.8. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	31
3.3.9. PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL	34
3.3.10. INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS	36
3.3.11. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO.....	40
3.3.12. CIPA	43
3.3.13. CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA	47
3.3.14 RESPONSABILIDADE TÉCNICA.....	52

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 3

Análise e Diagnóstico - Abril de 2026

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

Empresa Auditora: Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

Período de Relatório: março a abril de 2026

Data de Emissão: 13 de abril de 2026

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o **progresso da Fase 3 (Análise e Diagnóstico)** da auditoria do Hospital São João Batista durante o mês de abril de 2026. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Durante este período, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas das evidências, avaliação de conformidade com Lei Complementar 187/2021, ANVISA, critérios ONA e princípios IBGC. Os achados foram consolidados em matriz de achados.

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO

1.1. OBJETIVO DA FASE 3

A Fase 3 (Análise e Diagnóstico) tem como objetivo **transformar as evidências coletadas em achados estruturados, conclusões fundamentadas e diagnóstico técnico abrangente.**

Nesta fase, a equipe de auditoria utiliza técnicas de análise de dados, avalia conformidade com normas e regulamentos, identifica e documenta irregularidades, e elabora diagnóstico preliminar que será refinado para o relatório final.

1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA

A qualidade da análise determina a credibilidade dos achados e conclusões da auditoria. Uma análise inadequada pode resultar em achados imprecisos ou incompletos. Portanto, **a Fase 3 é executada com rigor metodológico, utilizando técnicas de análise quantitativa e qualitativa, e garantindo que todos os achados sejam suportados por evidências verificáveis.**

2. ANÁLISE DE DADOS

Período: março a abril de 2026

Responsável: Equipe de Auditores

Objetivo: Utilizar técnicas de análise de dados para identificar anomalias, tendências e padrões.

Técnicas Utilizadas:

- Análise de Variância: Comparação de valores orçados vs. realizados
- Análise de Tendências: Identificação de padrões ao longo do tempo
- Análise de Correlação: Identificação de relações entre variáveis
- Análise de Outliers (valores discrepantes): Identificação de valores anormais
- Análise Comparativa: Comparação com benchmarks e melhores práticas

3. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM GESTÃO DE PESSOAS

3.1. AUDITORIA DE RH

Pode ser definida como a análise das políticas e práticas de pessoal de uma organização, e avaliação do seu funcionamento atual, seguida de sugestões para melhoria, que será tratada no próximo relatório.

O **propósito principal da auditoria de RH** é mostrar como o programa está funcionando, localizando práticas e condições que são prejudiciais à organização ou que não estão compensando o seu custo ou, ainda, práticas e condições que devam ser acrescentadas.

Uma **auditoria de RH** é uma avaliação metódica e detalhada de suas:

- políticas de RH,
- procedimentos,
- documentos de RH
- e sistemas de RH.

Principais áreas de avaliação

- **Conformidade legal:** Verificar se os processos atendem às legislações trabalhistas, como contratos, folha de pagamento e benefícios.

- **Performance organizacional:** Avaliar a eficiência do recrutamento, desligamentos, gestão de desempenho e treinamentos.
- **Alinhamento estratégico:** Analisar se as políticas de RH estão alinhadas às metas e objetivos da empresa.

3.2. METODOLOGIA

- Entrevistas com responsáveis de RH
- Revisão documental (contratos, registros, políticas)
- Observação de processos internos
- Amostragem de dados (folha, benefícios, treinamentos)

3.3. ESCOPO/ ÁREAS E PROCESSOS AUDITADOS

3.3.1. GESTÃO DE FOLHA DE PAGAMENTOS

QUANTIDADE	CARGO	SALÁRIO CONTRATUAL	INSALUBRIDADE
1	Advogado	5.802,33	
1	Assistente de TI	1.621,00	
1	Assistente de RH	2.915,37	324,20
1	Assistente Social	4.048,13	
3	Auxiliar Administrativo	3.000,00	324,20
2	Auxiliares de Cozinha	1.621,00	648,40
2	Auxiliares de escritório	3.312,55	324,20
10	Aux. de Faturamento	2.994,97	
1	Chefe escritório/Fatur.	5.178,57	
7	Auxiliares de Farmácia	1.644,57	324,20
1	Auxiliar de Limpeza	1.621,00	648,40
2	Auxiliar Financeiro	5.280,43	
1	Auxiliar de Serv. Gerais	2.269,40	648,40
1	Comprador	6.140,00	



1	Consultor de Informática	11.746,90	
1	Coordenador Convênios	5.526,03	
1	Coordenador de projetos	2.994,97	
1	Coordenador Faturamento	3.783,87	
1	Coordenador Supervisão	4.971,09	324,20
6	Copeiras	1.621,00	648,40
1	Costureira	1.918,50	
1	Cozinheira	2.107,39	324,20
26	Enfermeira (o)	3.242,00	648,40
1	Enfermeira RT	7.902,46	648,40
6	Farmacêuticos	3.687,02	2 ganham 6.453,50 (tempo)
11	Faxineiras	1.621,00	648,40
1	Gerente Programa Saúde	6.407,40	648,40
7	Lavadeiras	1.621,00	648,40
1	Nutricionista	6.593,60	648,40
1	Office boy	1.621,00	
4	Passadeiras	1.918,50	
1	Pedreiro	5.308,53	
1	Psicólogo Hospitalar	4.048,13	
15	Recepcionista	1.621,00	324,20
1	Superv. Técnico Radiologia	5.673,50	2.269,40
94	Técnicos de Enfermagem	1.702,05	648,40
6	Técnicos em Radiologia	3.242,00	1.296,80

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Na gestão da folha de pagamentos hospitalar, os aspectos conceituais mais importantes envolvem **legalidade, transparência, precisão nos cálculos e alinhamento estratégico**

com a política de recursos humanos. Esses conceitos garantem segurança jurídica, valorização profissional e sustentabilidade financeira.

Aspecto	Conceito	Impacto
Legalidade	Cumprimento da CLT e normas fiscais	Evita passivos trabalhistas e autuações
Transparência	Clareza nos cálculos e comunicação	Reforça confiança dos colaboradores
Precisão	Correta apuração de horas e adicionais	Reduz erros e inconsistências
Equidade	Remuneração justa e uniforme	Valoriza profissionais e evita conflitos
Estratégia	Planejamento e controle de custos	Sustentabilidade financeira
Segurança	Proteção de dados (LGPD)	Confidencialidade e conformidade legal

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital, registra, um total de **223 funcionários**. O salário registrado na tabela acima foi o salário contratual. Há pequenas diferenças devido ao tempo de serviço ou o perfil da vaga.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS NA GESTÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO

Item	O que verificar	Status (Sim/Não / sem evidência)
1. CLT e Convenções Coletivas	Conformidade com acordos sindicais da saúde e legislação trabalhista	Sem evidência
2. Adicionais Legais	Pagamento correto de insalubridade, periculosidade, adicional noturno e horas extras	Sem evidência

3. Benefícios Obrigatórios	Aplicação correta de INSS, FGTS, IRRF, vale-transporte e plano de saúde	Sem evidência
4. Equidade Salarial	Remuneração justa entre funções semelhantes, sem discriminação	Não
5. Registros de Ponto	Conferência de banco de horas, escalas de plantão e horas extras	Sem evidência
6. Documentação	Comprovantes de pagamento, recibos e registros arquivados corretamente	Sem evidência
7. Descontos	Verificação de descontos autorizados e ausência de descontos indevidos	Sem evidência
8. Conformidade Fiscal	Declarações e recolhimentos feitos dentro dos prazos legais	Sem evidência
9. Transparência Interna	Comunicação clara aos colaboradores sobre composição da folha	Não
10. Auditoria Periódica	Revisão regular da folha para prevenir passivos trabalhistas e fiscais	Não

D) CONFORMIDADE VS. IRREGULARIDADES NA FOLHA DE PAGAMENTOS HOSPITALAR

Aspecto	Conformidade In Loco	Irregularidades Identificadas	Status (Sim/Não / sem evidência)
Legalidade Trabalhista	Cumprimento da CLT, convenções coletivas e normas sindicais	Descumprimento de acordos coletivos, passivos trabalhistas	Sem evid
Adicionais Legais	Pagamento correto de insalubridade, periculosidade, adicional noturno e horas extras	Omissão ou cálculo incorreto de adicionais obrigatórios	Sem evid
Transparência Financeira	Descontos e benefícios aplicados corretamente (INSS, FGTS, IRRF, plano de saúde)	Descontos indevidos ou não autorizados, falhas em benefícios	Sem evid
Equidade Interna	Remuneração justa e alinhada entre funções semelhantes	Diferenças salariais sem justificativa, práticas discriminatórias	Sem evid

Documentação e Registros	Folha organizada, comprovantes e recibos arquivados	Ausência de registros formais, inconsistência em recibos	Sem evid
Gestão Estratégica	Dados confiáveis para controle de custos e planejamento	Dificuldade em identificar distorções e prever gastos	Sem evid
Credibilidade Institucional	Reforço da imagem do hospital como empregador responsável	Risco de autuações fiscais, processos trabalhistas e perda de confiança	Sem evid

3.3.2. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL (ENFERMAGEM E ADMINISTRATIVO)

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

O **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL** em instituições hospitalares é um processo complexo e crucial para a garantia da qualidade e segurança do paciente, bem como para a eficiência operacional.

A alocação adequada de recursos humanos impacta diretamente a capacidade do hospital de prestar assistência, gerenciar custos e manter um ambiente de trabalho saudável para seus colaboradores.

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é o órgão responsável por estabelecer as normas e parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem no Brasil. O Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN [1], que revogou a Resolução COFEN nº 543/2017, é a principal referência atual para o planejamento da força de trabalho de enfermagem.

Horas de Assistência de Enfermagem por Paciente (24 horas)

O cálculo das horas de assistência de enfermagem necessárias por paciente em um período de 24 horas é fundamental e varia conforme a complexidade do cuidado. Os parâmetros estabelecidos pelo COFEN são:

Categoria de Cuidado	Horas de Enfermagem por Paciente (24h)
Cuidado Mínimo	4 horas
Cuidado Intermediário	6 horas
Alta Dependência	10 horas

Categoria de Cuidado	Horas de Enfermagem por Paciente (24h)
Semi-intensivo	10 horas
Intensivo	18 horas

DEFINIÇÕES DAS CATEGORIAS DE PACIENTES:

- **Paciente de Cuidados Mínimos (PCM):** Paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com autonomia para atender às suas necessidades humanas básicas.
- **Paciente de Cuidados Intermediários (PCI):** Paciente estável sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
- **Paciente de Cuidados de Alta Dependência (PCAD):** Paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
- **Paciente de Cuidados Semi-intensivos (PCSI):** Paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.
- **Paciente de Cuidados Intensivos (PCIt):** Paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de Enfermagem e médica permanente e especializada.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Além das horas de assistência, o COFEN também estabelece a proporção mínima de enfermeiros em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme a complexidade do cuidado:

Categoria de Cuidado	Proporção Mínima de Enfermeiros
Cuidado Mínimo	33%
Cuidado Intermediário	33%

Categoria de Cuidado	Proporção Mínima de Enfermeiros
Alta Dependência	36%
Semi-intensivo	42%
Intensivo	52%

ÍNDICES E ACRÉSCIMOS

Para um dimensionamento completo, devem ser considerados os seguintes acréscimos e índices:

Índice de Segurança Técnica (IST): Mínimo de 15% sobre o total de profissionais, sendo 8,3% para cobertura de férias e 6,7% para ausências não previstas (como licenças e faltas).

Educação Permanente: Acréscimo mínimo de 5% para a participação em atividades de educação permanente, sob responsabilidade do Enfermeiro Responsável Técnico (RT).

Unidades com Profissionais com Restrição: Em unidades onde mais de 30% dos profissionais possuem alguma limitação ou restrição para o exercício das atividades, deve-se acrescentar 10% ao quadro do setor.

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL ADMINISTRATIVO E DE APOIO

- O dimensionamento de pessoal para as áreas administrativas e de apoio é igualmente vital para o funcionamento do hospital, embora as diretrizes sejam menos padronizadas que as da enfermagem.
- As referências para essas áreas geralmente provêm de manuais internos de grandes redes hospitalares ou estudos de benchmarking.

RELAÇÃO FUNCIONÁRIOS POR LEITO

- Um indicador comum para o dimensionamento geral de pessoal é a relação entre o **número total de funcionários e o número de leitos hospitalares**. Essa relação pode variar significativamente entre hospitais públicos e privados, e, pela complexidade dos serviços oferecidos:
- **Hospitais Públicos:** Geralmente, a relação varia entre 4 a 6 funcionários por leito.

- **Hospitais Privados (Anahp):** Pode variar de 6 a 10 funcionários por leito, refletindo uma maior oferta de serviços e tecnologias [2].
- **Unidades de Terapia Intensiva (UTI):** A relação é consideravelmente maior, podendo atingir 12 a 15 funcionários por leito, somando todas as categorias profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, etc.).

ÁREAS DE APOIO

- As áreas de apoio são essenciais para o funcionamento do hospital e incluem serviços como higiene e limpeza, nutrição e dietética, manutenção, segurança, entre outros.
- O dimensionamento para essas áreas pode ser estimado com base em indicadores de produtividade e na estrutura física do hospital:
- **Higiene e Limpeza:** Uma estimativa comum é de 1 funcionário para cada 6 a 10 leitos, dependendo da rotatividade de pacientes e da área física a ser coberta.
- **Nutrição e Dietética:** Pode-se considerar 1 funcionário para cada 15 a 20 refeições/dia, abrangendo as etapas de produção e distribuição.
- **Pessoal Administrativo:** Geralmente, o quadro administrativo representa entre 15% a 20% do total de funcionários do hospital.

OUTRAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS (EXEMPLO: UTI)

- Para unidades específicas como a UTI, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 07/2010 da ANVISA estabelece parâmetros mínimos para outras categorias profissionais, além da enfermagem:
- **Médicos:** 1 médico para cada 10 leitos por turno.
- **Fisioterapeutas:** 1 fisioterapeuta para cada 10 leitos, disponível por 18 horas ao dia.

FATORES QUE INFLUENCIAM O DIMENSIONAMENTO

- Diversos fatores podem influenciar a necessidade de pessoal em um hospital, e devem ser considerados no processo de dimensionamento:
- **Taxa de Ocupação:** A taxa de ocupação dos leitos impacta diretamente a demanda real de assistência e serviços.

- **Perfil Epidemiológico:** A complexidade dos casos atendidos e o perfil das patologias influenciam a carga de trabalho dos profissionais.
- **Planta Física:** Hospitais com grandes áreas físicas, múltiplos andares ou alas dispersas podem exigir mais pessoal para transporte, segurança e logística.
- **Tecnologia:** A adoção de tecnologias e automação de processos pode reduzir a necessidade de pessoal em algumas áreas, especialmente as administrativas e de diagnóstico.
- **Legislação e Normas:** Além do COFEN, outras agências reguladoras (como ANVISA) e legislações trabalhistas devem ser rigorosamente seguidas.
- O dimensionamento de pessoal em hospitais é um desafio contínuo que exige uma análise multifacetada, considerando as especificidades de cada área, a legislação vigente e as melhores práticas.
- A equipe de enfermagem, em particular, possui diretrizes claras e detalhadas estabelecidas pelo COFEN, que visam garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência.
- Para as demais áreas, a **utilização de indicadores de mercado e manuais técnicos de referência**, como os da EBSEH, pode auxiliar na tomada de decisões. Um dimensionamento adequado não só otimiza os recursos, mas também contribui para um ambiente de trabalho mais seguro e produtivo, e, acima de tudo, para a excelência no cuidado ao paciente.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

- Não há evidências claras de como as pessoas estão dimensionadas no hospital, de acordo com as demandas e marcos legais.
- Vide informações acerca da distribuição obrigatória, principalmente quanto à equipe de enfermagem

C) DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL HOSPITALAR/ MARCO LEGAL REGULATÓRIO

Item	Marco Legal / Regulatório	Status (Sim/ Não / sem evid)
1. CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)	Jornada, intervalos, descanso semanal e direitos trabalhistas	Sem evidência

2. NR-32 (Segurança e Saúde em Serviços de Saúde)	Quantidade adequada de profissionais para garantir segurança e evitar sobrecarga	Sem evidência
3. NR-17 (Ergonomia)	Condições de trabalho compatíveis com carga física e mental dos profissionais	Sem evidência
4. NR-5 (CIPA)	Dimensionamento correto da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Sem evidência
5. RDC nº 50/2002 (ANVISA)	Parâmetros mínimos de recursos humanos conforme tipo e porte do hospital	Sem evidência
6. RDC nº 63/2011 (ANVISA)	Boas práticas de funcionamento e proporção adequada de profissionais por setor	Sem evidência
7. Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRF, CREFITO, etc.)	Cumprimento das proporções mínimas de profissionais por paciente ou unidade	Não
8. Código de Ética Profissional	Respeito aos limites de carga e qualidade técnica do trabalho	Não
9. Portarias do Ministério da Saúde	Parâmetros de cobertura e recursos humanos em serviços públicos e privados	Sem evidência
10. Política Nacional de Humanização (PNH)	Dimensionamento voltado ao acolhimento e cuidado integral	Sem evidência
11. Normas de Qualidade (ONA, JCI, ISO 9001)	Verificação de conformidade com padrões de acreditação hospitalar	Não
12. LGPD (Lei nº 13.709/18)	Proteção de dados dos profissionais e pacientes nos registros de pessoal	Não

3.3.3. ÍNDICES DE INSALUBRIDADE PRATICADOS NO HOSPITAL

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

O adicional de insalubridade em hospitais é um direito de trabalhadores expostos a agentes biológicos nocivos (bactérias, vírus) de forma permanente ou intermitente.

Geralmente fixado em **40% (grau máximo)** sobre o salário-mínimo para contato com pacientes em isolamento ou material infectocontagioso, também pode ser de 20% (médio) ou 10% (mínimo), conforme Anexo XIV da NR-15.

Em hospitais, o grau de insalubridade geralmente é considerado *máximo* (40% sobre o salário-mínimo), devido à exposição contínua a agentes biológicos, como vírus, bactérias e contato com pacientes em isolamento. No entanto, o enquadramento pode variar conforme a função e a área específica dentro da instituição.

O **objetivo** da auditoria é avaliar o grau de insalubridade das funções exercidas no hospital, conforme critérios estabelecidos pela **NR-15, Anexo 14**, identificando riscos, conformidades e oportunidades de melhoria.

Tabela 1: Quadro comparativo de Insalubridade

Função / Área	Exposição a Agentes Biológicos	Grau de Insalubridade	Percentual sobre Salário-Mínimo
Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem	Contato direto com pacientes, materiais biológicos e ambientes de isolamento	Máximo	40%
Técnicos de laboratório	Manipulação de amostras biológicas e resíduos contaminados	Máximo	40%
Equipe de limpeza hospitalar	Coleta e manuseio de lixo hospitalar, contato com secreções	Máximo	40%
Fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos	Atendimento direto a pacientes, mas sem isolamento	Médio	20%
Recepcionistas e atendentes	Exposição eventual em áreas comuns, sem contato direto com agentes contaminantes	Mínimo	10%
Setor administrativo (RH, financeiro, jurídico)	Sem contato com pacientes ou agentes biológicos	Não aplicável, salvo se houver	0%

		exposição comprovada.	
--	--	-----------------------	--

POSTOS-CHAVE SOBRE INSALUBRIDADE EM HOSPITAIS:

- **Quem tem direito:** Enfermeiros, técnicos, médicos, equipes de limpeza (higienização) em áreas de grande circulação, e recepcionistas com contato permanente com pacientes infectocontagiosos.
- **Grau de Insalubridade (NR-15):**
 - **Máximo (40%):** Contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas ou material infecto contagante.
 - **Médio (20%) ou Máximo (40%):** A jurisprudência tem estendido o grau máximo (40%) a diversas funções hospitalares devido ao risco de contágio, inclusive durante a pandemia de COVID-19.
- **Forma de Cálculo:** Calculado sobre o salário-mínimo nacional, não sobre o salário base.
- **Perícia:** A necessidade do adicional deve ser comprovada por um Laudo de Insalubridade técnico.
- **Equipamentos de Proteção (EPIs):** O fornecimento de EPIs não elimina automaticamente o direito ao adicional, se não neutralizar totalmente o risco.
- **Funções Administrativas:** Em geral, cargos administrativos sem contato com pacientes não têm direito, mas recepcionistas expostos a riscos podem receber o adicional.

JURISPRUDÊNCIA E ENTENDIMENTOS DOS TRIBUNAIS

A aplicação prática do adicional de insalubridade em hospitais é frequentemente objeto de disputas judiciais. Abaixo, destacam-se os principais entendimentos do Tribunal Superior do Trabalho (TST).

a) Súmula 448 do TST: Higienização e Coleta de Lixo

Um dos pontos mais controversos refere-se à equipe de limpeza. O TST consolidou o entendimento de que a higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação (como banheiros de hospitais) e a respectiva coleta de lixo ensejam o pagamento de adicional em grau máximo (40%).

"A higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação, e a respectiva coleta de lixo, por não se equiparar à limpeza em residências

e escritórios, enseja o pagamento de adicional de insalubridade em grau máximo." (Súmula 448, II, TST).

"A higienização de instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação, e a respectiva coleta de lixo, por não se equiparar à limpeza em residências e escritórios, enseja o pagamento de adicional de insalubridade em grau máximo." (Súmula 448, II, TST).

b) Pessoal Administrativo e Recepcionistas

Trabalhadores que atuam em recepções de prontos-socorros ou áreas de triagem, mesmo não sendo profissionais de saúde, têm obtido o direito ao grau médio (20%) na justiça. O argumento é que a exposição ao risco biológico ocorre pela proximidade com pacientes que ainda não foram diagnosticados ou isolados, caracterizando o contato intermitente, mas prejudicial.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

Para a correta gestão do adicional de insalubridade, as instituições de saúde devem observar:

- **Laudo de Insalubridade:** É obrigatória a elaboração de laudo técnico por Engenheiro do Trabalho ou Médico do Trabalho para caracterizar a insalubridade.
- **Equipamentos de Proteção Individual (EPIs):** O fornecimento de EPIs adequados (máscaras N95, luvas, aventais) pode neutralizar alguns agentes, mas no caso de agentes biológicos, a justiça frequentemente entende que o EPI não elimina totalmente o risco de contágio acidental.
- **Cessação do Pagamento:** O adicional pode ser suprimido caso a condição insalubre seja eliminada (ex: mudança de setor para área administrativa isolada).
- O adicional de insalubridade em hospitais é um tema complexo que exige análise técnica rigorosa.
- Enquanto o grau médio é a regra para o atendimento geral, o grau máximo aplica-se a situações de isolamento e higienização crítica.
- As empresas devem manter seus laudos atualizados e observar as convenções coletivas, que podem estabelecer bases de cálculo mais benéficas que o s l rio mínimo nacional.
- A auditoria confirma que funções assistenciais e laboratoriais apresentam **grau máximo de insalubridade**, enquanto funções de apoio e atendimento apresentam grau médio ou mínimo.  reas administrativas não possuem

adicional aplicável. Recomenda-se revisão periódica dos laudos e reforço das medidas de proteção individual e coletiva.

- O grau de insalubridade não é fixo para todo hospital, mas depende da função exercida e da perícia técnica realizada no ambiente.
- Decisões judiciais recentes têm confirmado o direito de profissionais de saúde ao adicional em grau máximo, especialmente quando comprovada a exposição contínua a agentes biológicos.

C) MARCO LEGAL REGULATÓRIO QUANTO A INSALUBRIDADE HOSPITALAR

Item	Base Legal / Regulamentar	O que verificar	Status (Sim, Não, sem evidência)
1. CLT (Art. 189–192)	Consolidação das Leis do Trabalho	Pagamento do adicional de insalubridade conforme grau (10%, 20%, 40%) e existência de laudo técnico	Sim
2. NR-15 (Anexo 14)	Ministério do Trabalho e Emprego	Laudo técnico atualizado sobre exposição a agentes biológicos, químicos e físicos	Sem evidência
3. NR-32	Segurança e Saúde em Serviços de Saúde	Cumprimento das medidas de biossegurança, fornecimento e uso de EPIs, treinamentos periódicos	Sem evidência
4. RDC nº 50/2002 (ANVISA)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Infraestrutura adequada e controle de infecção hospitalar	Sem evidência
5. RDC nº 63/2011 (ANVISA)	Boas práticas de funcionamento	Gestão de resíduos e condições ambientais seguras	Sem evidência
6. Jurisprudência Trabalhista	Tribunais Regionais e TST	Aplicação correta de decisões sobre	Sem evidência



		insalubridade e exposição a agentes nocivos	
7. Portarias do MTE	Ministério do Trabalho e Emprego	Cumprimento das normas complementares e fiscalizações técnicas	Sem evidência
8. LGPD (Lei nº 13.709/2018)	Lei Geral de Proteção de Dados	Sigilo e proteção dos dados dos profissionais e pacientes nos registros de insalubridade	Sem evidência
9. Documentação e Registros	Interno / RH / SESMT	Arquivo de laudos, fichas de EPIs, treinamentos e relatórios de inspeção	Sem evidência
10. Auditoria Periódica	Interna / Externa	Revisão regular das condições de trabalho e atualização dos laudos técnicos	Sem evidência

3.3.4. FGTS

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Aspecto	Conceito	Impacto
Finalidade	Proteção financeira ao trabalhador	Segurança social
Obrigatoriedade	Depósito mensal de 8%	Conformidade legal
Base de cálculo	Salário + adicionais	Correção dos valores
Gestão	Controle via eSocial	Transparência e rastreabilidade
Direitos	Saques em situações específicas	Garantia trabalhista
Penalidades	Multas e encargos	Risco jurídico
Estratégia	Indicador de conformidade	Credibilidade institucional

B) ACHADOS NO HOSPITAL

- Informações coletadas apontam atrasos muito grandes no pagamento do FGTS, em torno de R\$ 3.589.137,15.
- O Hospital está com o certificado de regulação. Pergunta-se: como conseguiu?

C) MARCOS REGULATÓRIOS E LEGAIS DO FGTS

Item	O que verificar	Status (Sim, Não, sem evid)
1. Depósitos Mensais	Conferir se os 8% do salário bruto foram recolhidos corretamente para cada colaborador	Não
2. Base de Cálculo	Verificar se adicionais (insalubridade, periculosidade, noturno, horas extras) estão incluídos	Não
3. Abrangência	Confirmar recolhimento para todos os empregados CLT, temporários, aprendizes e domésticos	Não
4. Integração com eSocial	Conferir se os dados da folha estão corretamente integrados e transmitidos	Sem evidência
5. Regularidade dos Registros	Checar extratos de contas vinculadas e conciliação com folha de pagamento	Sem evidência
6. Direitos de Saque	Garantir que os colaboradores sejam informados sobre situações de saque (demissão, aposentadoria, compra de imóvel, doenças graves)	Não
7. Penalidades	Avaliar se há atrasos ou ausência de depósitos que possam gerar multas e encargos	Sim
8. Documentação	Arquivar comprovantes de recolhimento e relatórios de conciliação	Sem evidência
9. Auditoria Periódica	Realizar revisões regulares para prevenir passivos trabalhistas	Não

10. Conformidade Estratégica	Usar o FGTS como indicador de credibilidade institucional e segurança jurídica	Não
------------------------------	--	-----

3.3.5. POLÍTICA DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

A política de **recrutamento e seleção em um hospital** é um conjunto de diretrizes e práticas que orienta como a instituição atrai, avalia e contrata profissionais de saúde e apoio. Ela precisa ser especialmente cuidadosa porque envolve funções críticas para a vida humana e exige conformidade com normas legais e éticas.

Objetivos da Política

- Garantir que os profissionais contratados tenham **qualificação técnica e registro profissional** (ex.: CRM, COREN).
- Assegurar **transparência e equidade** nos processos seletivos.
- Atender às **necessidades específicas do hospital** (assistenciais, administrativas e de apoio).
- Promover diversidade e inclusão no quadro de colaboradores.

Particularidades em Hospitais

- **Criticidade das funções:** erros de contratação podem impactar diretamente a saúde dos pacientes.
- **Exigência legal:** profissionais de saúde precisam estar devidamente registrados em seus conselhos de classe.
- **Treinamento contínuo:** além da seleção, há necessidade de capacitação constante em protocolos clínicos e de segurança.
- **Ética e humanização:** busca por profissionais alinhados com valores de cuidado, empatia e responsabilidade.

Diretrizes/Planejamento de Vagas

- O hospital deverá identificar necessidades de pessoal por setor e definir perfis profissionais (UTI, pronto-socorro, laboratório, administrativo).
- O perfil deverá contemplar requisitos técnicos, comportamentais e legais (ex.: registro em conselho profissional).

Monitoramento

- O hospital deverá revisar esta política anualmente.

- Indicadores de rotatividade, tempo de contratação e satisfação dos gestores deverão ser monitorados.
- Auditorias internas poderão ser realizadas para verificar conformidade.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

- A Instituição possui um Manual de Processo Seletivo, com objetivos, princípios norteadores, etapas do processo seletivo, avaliação comportamental e técnica, sistema de avaliação e responsabilidades.
- Há também um formulário de avaliação e decisão, com identificação, triagem curricular, avaliação comportamental (psicóloga), avaliação técnica e decisão final.
- Todos os documentos do setor de R&S estão desatualizados.
- Não há evidências que o R&S do Hospital esteja alinhado às estratégias e a cultura da organização.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS NA POLÍTICA DE R&S:

Uma política de **recrutamento e seleção em hospitais** precisa estar fundamentada em **marcos legais e regulatórios** que assegurem tanto a conformidade trabalhista quanto a segurança dos pacientes.

Uma política de recrutamento e seleção hospitalar não se limita a critérios técnicos e comportamentais: ela deve estar **alicerçada em normas trabalhistas, regulatórias, sanitárias e éticas**, garantindo que cada contratação seja legal, segura e responsável.

PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS AVALIADOS EM R&S

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim/Não/sem evid)
1	CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	Contratos de trabalho conforme legislação vigente	Sim
2	NR-7 (PCMSO)	Exames admissionais realizados e registrados	Sim



3	NR-9 (PGR/PPRA)	Avaliação de riscos ocupacionais para novos colaboradores	Sem evidência
4	NR-15	Adicional de insalubridade conforme função hospitalar	Sim
5	NR-32	Cumprimento das normas de segurança e saúde em serviços de saúde	Sem evidência
6	Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)	Registro ativo e válido dos profissionais de saúde	Sem evidência
7	Código de Ética Profissional	Declaração de ciência e adesão às normas éticas	Sem evidência
8	ANVISA / RDCs aplicáveis	Protocolos de biossegurança e controle de infecção	Sem evidência
9	Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)	Reserva de vagas para pessoas com deficiência	Sem evidência
10	Legislação Antidiscriminatória	Processos seletivos livres de discriminação	Sem evidência
11	LGPD (Lei nº 13.709/18)	Proteção de dados pessoais de candidatos	Sem evidência
12	Políticas Internas de Compliance	Aderência às normas de integridade e governança	Não
13	A Gestão de Pessoas (GP) estabelece um processo de recrutamento, seleção e desligamento dos	Visão sistêmica	Não

	profissionais alinhado às estratégias e à cultura organizacional		
--	--	--	--

3.3.6. POLÍTICA DE CARGOS E SALÁRIOS

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Um plano de cargos e salários em um hospital é um instrumento de gestão que organiza funções, responsabilidades e remunerações, garantindo justiça interna, competitividade externa e valorização dos profissionais de saúde. Ele é fundamental para atrair, reter e motivar talentos em um ambiente crítico como o hospitalar.

O plano de cargos e salários é a política que define:

- Estrutura de cargos existentes no hospital.
- Requisitos de cada função (formação, experiência, competências).
- Faixas salariais e critérios de progressão.
- Regras de promoção, enquadramento e evolução profissional.

No contexto hospitalar, ele assegura que médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e equipe de apoio tenham remuneração justa e compatível com suas responsabilidades e riscos.

Importância de um PCS em um Hospital

- **Justiça e transparência:** evita desigualdades salariais entre funções semelhantes.
- **Retenção de talentos:** profissionais de saúde valorizam planos estruturados e progressão clara.
- **Competitividade:** garante que o hospital esteja alinhado ao mercado e atraia bons profissionais.
- **Motivação e engajamento:** colaboradores percebem reconhecimento e perspectivas de crescimento.
- **Conformidade legal:** reduz riscos trabalhistas e garante adequação às normas da CLT e adicionais previstos (como insalubridade).
- **Eficiência organizacional:** melhora a gestão de pessoas e a alocação de recursos humanos.
- **Segurança jurídica:** reduz riscos de ações trabalhistas e autuações.

- **Credibilidade institucional:** reforça a imagem do hospital como empregador responsável.
- **Valorização profissional:** garante remuneração justa e progressão transparente.
- **Qualidade assistencial:** profissionais motivados e bem remunerados refletem em melhor atendimento ao paciente.
- **Gestão estratégica:** fornece dados para ajustes na política de cargos e salários e alinhamento com o mercado.

B) ACHADOS NO HOSPITAL:

- A Instituição **NÃO** possui uma política estruturada, sistematizada e organizada de Plano de Cargos e Salários.
- Não há evidências de que a gestão do Hospital defina e atualiza as competências profissionais conforme as responsabilidades e atribuições de um cargo.
- Não há evidências de que o Hospital disponha de profissionais com competência e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento assistencial.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS EM PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS HOSPITALAR

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim / Não/sem evidência)
1	CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	Estrutura de cargos e salários em conformidade com direitos trabalhistas	Não
2	Normas Regulamentadoras (NRs)	Aplicação de adicionais (NR-15 insalubridade, NR-32 segurança hospitalar)	Sem evid
3	NR-7 (PCMSO)	Inclusão de exames médicos ocupacionais nos processos de admissão	Sim



4	NR-9 (PGR/PPRA)	Avaliação de riscos ocupacionais vinculados aos cargos	Sem evidência
5	Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)	Exigência de registro ativo para cargos assistenciais	Sem evidência
6	Código de Ética Profissional	Alinhamento das funções às normas éticas de cada categoria	Sem evid
7	ANVISA / RDCs aplicáveis	Conformidade dos cargos com protocolos de biossegurança e saúde	Sem evidência
8	Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)	Reserva de vagas para pessoas com deficiência	Sem evidência
9	Legislação Antidiscriminatória	Garantia de igualdade salarial e não discriminação	Sem evidência
10	LGPD (Lei nº 13.709/18)	Proteção de dados pessoais de colaboradores	Sem evid
11	Políticas Internas de Compliance	Aderência às normas de integridade e governança hospitalar	Não
12	Convenções Coletivas de Trabalho	Observância de acordos sindicais específicos da área da saúde	Sem evidência
13	A GP define e atualiza as competências profissionais conforme as responsabilidades e atribuições descritas para os cargos?		Sem evidências

3.3.7. POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Consiste em um **programa estruturado de capacitação contínua**, que garante que médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos e equipes de apoio estejam preparados para desempenhar suas funções com excelência, segurança e ética.

Fases Principais

1. Diagnóstico de Necessidades

- O hospital deverá identificar lacunas de competências por meio de avaliações periódicas.
- As necessidades deverão ser alinhadas às metas estratégicas da instituição.

2. Planejamento

- Definição de objetivos de treinamento (ex.: atualização em protocolos clínicos, biossegurança, atendimento humanizado).
- Elaboração de cronograma e orçamento. O cronograma deverá contemplar treinamentos obrigatórios (NR-32, biossegurança, protocolos clínicos) e complementares (atendimento humanizado, liderança).

3. Execução

- Integração de novos colaboradores com foco em normas hospitalares.
- Os treinamentos deverão ser realizados por profissionais qualificados internos ou externos.
- Métodos poderão incluir cursos presenciais, online, workshops, simulações e palestras.

4. Avaliação

- Medição da eficácia dos treinamentos (testes, indicadores de desempenho, feedback dos gestores).
- Ajustes conforme resultados e necessidades emergentes.
- Resultados deverão ser documentados e utilizados para ajustes futuros

5. Desenvolvimento Contínuo

- Programas de educação permanente.
- Incentivo à especialização e participação em congressos e cursos externos.

SUGESTÃO DE TREINAMENTOS OBRIGATÓRIOS X TREINAMENTOS COMPLEMENTARES

Área / Setor	Treinamentos Obrigatórios	Treinamentos Complementares
Assistencial (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem)	- NR-32 (Segurança em Serviços de Saúde) - Biossegurança e uso de EPIs - Protocolos de emergência (PCR, parada cardiorrespiratória) - Controle de infecção hospitalar	- Atendimento humanizado ao paciente - Comunicação eficaz com familiares - Atualização em especialidades médicas (ex.: oncologia, cardiologia)
Laboratorial (Técnicos e Analistas)	- Manipulação segura de materiais biológicos - Normas da ANVISA e RDCs aplicáveis - NR-15 (insalubridade e agentes biológicos)	- Boas práticas laboratoriais (BPL) - Treinamento em novas tecnologias de diagnóstico
Administrativo (RH, Financeiro, Recepção)	- LGPD (proteção de dados pessoais) - Ética e compliance institucional	- Atendimento humanizado na recepção - Gestão de conflitos e liderança - Comunicação interna eficaz
Serviços de Apoio (Limpeza, Manutenção, Nutrição, Segurança)	- NR-32 (biossegurança em áreas hospitalares) - Protocolos de descarte de resíduos hospitalares - Uso correto de EPIs	- Treinamento em atendimento humanizado (nutrição e segurança) - Gestão ambiental e sustentabilidade hospitalar

B) ACHADOS NO HOSPITAL

Aplica-se a todos os colaboradores do hospital, incluindo áreas assistenciais, laboratoriais, administrativas e de apoio.

- O Hospital possui um Núcleo de Educação Permanente (NEP), porém não possui um cronograma de trabalho, nem para a execução dos cursos obrigatórios quanto os complementares.

- Não ficou claro, também, quais cursos são disponibilizados para aqueles funcionários recém-contratados.
- Não há indicadores de eficiência e eficácia dos cursos
- O NEP possui estrutura física adequada, insumos e equipamentos próprios para a sua atuação.
- O NEP possui uma comissão interna, porém não existem evidências de equipe multiprofissional.
- O NEP possui documentos normativos.
- Não há evidências que o Hospital tenha um programa destinado ao desenvolvimento de lideranças, conforme a cultura da organização.
- O NEP não possui indicadores definidos e específicos para os setores.
- Não há evidências de que o NEP identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento dos profissionais para o exercício de suas funções.
- O NEP possui um planejamento/cronograma anual de treinamentos, conforme necessidade de educação identificadas.
- O NEP não possui um cronograma de capacitação anual voltado para as equipes multiprofissionais.
- O NEP não apresenta os resultados das ações de educação aos gestores e direção.
- Não há indicadores elaborados no NEP para estabelecer ações de melhoria.
- Cada área deve ter um **cronograma de reciclagem periódica** (ex.: treinamentos obrigatórios a cada 12 meses).
- **Treinamentos complementares** podem ser adaptados conforme necessidades estratégicas e avanços tecnológicos.
- **Treinamentos obrigatórios:** pelo menos 1 vez ao ano, com reciclagem semestral em áreas críticas (UTI, pronto-socorro, laboratório).
- **Treinamentos complementares:** distribuídos ao longo do ano, conforme necessidades estratégicas.
- **Integração de novos colaboradores:** sempre realizada no início da contratação.

Importância do T&D em um Hospital

- **Segurança do paciente:** profissionais bem treinados reduzem erros e riscos.

- **Atualização técnica:** garante alinhamento com avanços médicos e novas regulamentações.
- **Motivação e engajamento:** colaboradores percebem valorização e oportunidades de crescimento.
- **Conformidade legal:** atende exigências da NR-32 (segurança em serviços de saúde) e protocolos da ANVISA.
- **Qualidade assistencial:** melhora o atendimento e fortalece a reputação institucional.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA POLÍTICA DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

Item	Marco Legal / Regulatório	O que verificar	Status (Sim/Não / sem evid)
1	CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	Treinamentos obrigatórios sobre segurança e saúde ocupacional conforme legislação	Sem evidência
2	NR-7 (PCMSO)	Capacitação sobre saúde ocupacional e exames médicos periódicos	Sem evidência
3	NR-9 (PGR/PPRA)	Treinamentos sobre prevenção de riscos ambientais e uso de EPIs	Sem evidência
4	NR-15	Orientações sobre insalubridade e medidas de proteção	Sem evidência
5	NR-32	Treinamentos sobre segurança e saúde em serviços de saúde	Sem evidência
6	ANVISA / RDCs aplicáveis	Capacitação em biossegurança, controle de infecção e descarte de resíduos	Sem evidência
7	Conselhos de Classe (CRM, COREN, CRP, etc.)	Atualização técnica e ética conforme exigências profissionais	Sem evidência



8	Código de Ética Profissional	Inclusão de treinamentos sobre conduta ética e sigilo profissional	Não
9	Lei de Cotas (Lei nº 8.213/91)	Treinamentos sobre inclusão e acessibilidade	Sem evidência
10	Legislação Antidiscriminatória	Programas de sensibilização sobre diversidade e respeito	Sem evidência
11	LGPD (Lei nº 13.709/18)	Treinamentos sobre proteção de dados pessoais de pacientes e colaboradores	Sem evidência
12	Políticas Internas de Compliance	Capacitação sobre ética, integridade e governança hospitalar	Sem evidência
13	Normas de Qualidade (ONA, JCI, ISO 9001)	Registro e comprovação de treinamentos exigidos para acreditação hospitalar	Não

CONFORMIDADE VS. IRREGULARIDADES EM TREINAMENTO HOSPITALAR

Aspecto	Conformidade In Loco	Irregularidades possíveis /Identificadas
Legalidade	Cumprimento da CLT, NRs, ANVISA, LGPD e conselhos de classe	Ausência de treinamentos obrigatórios, descumprimento de normas regulatórias
Segurança do Paciente	Profissionais capacitados reduzem erros e riscos clínicos	Maior probabilidade de falhas, acidentes e eventos adversos
Documentação	Registros completos (listas de presença, certificados, relatórios)	Falhas documentais, ausência de comprovação de treinamentos
Engajamento dos Colaboradores	Equipes motivadas e valorizadas pela educação permanente	Baixa adesão, desmotivação e rotatividade elevada

Qualidade Assistencial	Atendimento humanizado e alinhado a protocolos atualizados	Atendimento deficiente, impacto negativo na reputação institucional
Gestão Estratégica	Dados confiáveis para ajustes e melhorias contínuas	Dificuldade em identificar lacunas e planejar ações corretivas
Credibilidade Institucional	Reforço da imagem do hospital como responsável e ético	Risco de autuações, processos trabalhistas e perda de creditações

3.3.8. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

É um instrumento de gestão que avalia como cada colaborador contribui para a eficiência, segurança e humanização do cuidado hospitalar, considerando tanto resultados objetivos (indicadores clínicos e operacionais) quanto aspectos subjetivos (relacionamento, ética e postura profissional).

A avaliação de desempenho em hospitais não é apenas uma ferramenta administrativa, mas um mecanismo estratégico para garantir excelência clínica, segurança do paciente e sustentabilidade organizacional

Importância

- **Para os profissionais de saúde:** gera feedback sobre sua atuação, reconhece esforços e aponta caminhos de crescimento.
- **Para os pacientes:** contribui para um atendimento mais seguro, eficiente e humanizado.
- **Para a instituição:** fortalece a reputação, melhora indicadores de qualidade e otimiza recursos.
- **Para o sistema de saúde:** ajuda a manter padrões elevados de cuidado e reduz riscos de erros médicos.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital São João Batista, de Visconde do Rio Branco, **NÃO possui nenhuma ferramenta de avaliação de desempenho**. Consequentemente, esta ausência impacta em outros subsistemas de gestão de pessoas, como Recrutamento e Seleção,

Treinamento, Clima Organizacional, Melhorias nos Indicadores, Cuidado com o paciente, trazendo consequências sérias, tanto para os profissionais quanto para a instituição e, principalmente, para os pacientes.

Principais Consequências

1. Impacto na Qualidade Assistencial

- Falta de monitoramento das práticas clínicas e administrativas.
- Maior risco de erros médicos e falhas nos protocolos de segurança.
- Atendimento menos padronizado e menos humanizado.

2. Risco à Segurança do Paciente

- Irregularidades não identificadas podem resultar em eventos adversos.
- Ausência de feedback impede correções rápidas de condutas inadequadas.
- Aumento da vulnerabilidade em situações críticas (UTI, cirurgias, emergências).

3. Desmotivação e Estagnação Profissional

- Sem avaliação, não há reconhecimento dos esforços individuais.
- Dificuldade em identificar talentos e promover desenvolvimento.
- Profissionais podem sentir falta de direcionamento e de oportunidades de crescimento.

4. Gestão Ineficiente

- Decisões sobre promoções, treinamentos e realocação ficam sem base objetiva.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal distribuídos.
- Dificuldade em alinhar equipes às metas estratégicas do hospital.

5. Problemas de Credibilidade e Conformidade

- Risco de não atender às exigências de órgãos reguladores (ANVISA, Ministério da Saúde).
- Perda de confiança de pacientes e familiares.
- Possíveis sanções legais e administrativas.

Sem avaliação de desempenho, o hospital perde a capacidade de garantir qualidade, segurança e eficiência, além de comprometer o desenvolvimento dos profissionais e a reputação institucional.

A ausência de uma avaliação de desempenho em um hospital pode comprometer diretamente a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a eficiência da gestão. Sem esse processo estruturado, **não há mecanismos claros para identificar falhas, reconhecer talentos ou alinhar equipes às metas institucionais.**

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Os marcos legais e regulatórios da avaliação de desempenho hospitalar no Brasil são fundamentados em **normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como a ONA e CQH**, que juntos garantem qualidade, segurança e transparência na gestão hospitalar.

Órgão/Programa	Objetivo Principal	Exigências na Avaliação de Desempenho
ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)	Garantir segurança sanitária e controle de riscos	Protocolos de biossegurança, controle de infecção hospitalar, descarte de resíduos, manutenção de infraestrutura
ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Indicadores de qualidade assistencial, satisfação dos usuários, conformidade com padrões de atendimento
ONA (Organização Nacional de Acreditação)	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Avaliação de gestão, assistência e processos organizacionais; cumprimento de padrões de acreditação
PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS)	Apoiar hospitais de excelência no fortalecimento do SUS	Implementação de protocolos clínicos, auditorias de desempenho e projetos de melhoria contínua

CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)	Promover cultura de qualidade e segurança	Avaliação periódica de processos, indicadores de desempenho e adesão a boas práticas assistenciais
--	---	--

3.3.9. PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Uma **pesquisa de clima organizacional em um hospital** é uma ferramenta estratégica para avaliar a percepção dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho, a cultura institucional e os fatores que influenciam motivação, engajamento e desempenho.

É um processo estruturado de coleta e análise de informações sobre como os profissionais percebem aspectos como liderança, comunicação, condições de trabalho, reconhecimento e relacionamento interpessoal dentro da instituição hospitalar.

A pesquisa de clima organizacional em hospitais é essencial para **diagnosticar o ambiente interno, fortalecer equipes e garantir que a qualidade assistencial esteja sustentada por profissionais motivados e valorizados.**

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital NÃO possui nenhuma ferramenta para pesquisar o clima organizacional junto a seus colaboradores.

Consequências da Ausência de Pesquisa de Clima no Hospital:

1. Desconhecimento da realidade interna

- A gestão perde visibilidade sobre problemas de comunicação, liderança ou infraestrutura.
- Dificuldade em identificar insatisfações e pontos de melhoria.

2. Desmotivação e baixa produtividade

- Falta de reconhecimento e ausência de canais de escuta reduzem o engajamento.
- Profissionais podem sentir-se desvalorizados e sem voz.

3. Aumento da rotatividade e absenteísmo

- Sem diagnóstico do clima, não há ações para retenção de talentos.

- Cresce a saída de profissionais qualificados e o número de faltas.

4. Impacto na qualidade assistencial

- Equipes desmotivadas tendem a cometer mais erros e oferecer atendimento menos humanizado.
- A segurança do paciente pode ser comprometida.

5. Gestão pouco estratégica

- Decisões sobre treinamentos, promoções e políticas internas ficam sem base objetiva.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal direcionados.

6. Prejuízo à reputação institucional

- Hospitais com clima organizacional deteriorado perdem credibilidade junto a pacientes, familiares e órgãos reguladores.
- A imagem da instituição pode ser afetada negativamente.

Sem pesquisa de clima organizacional, o hospital perde a capacidade de **diagnosticar problemas internos, engajar equipes e garantir qualidade assistencial sustentável**.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À UMA PESQUISA DE CLIMA NUM HOSPITAL

Não há uma lei específica que obrigue sua realização de uma **pesquisa de clima organizacional em hospitais**, mas existem **marcos legais e regulatórios** que influenciam diretamente esse processo, pois tratam da gestão de pessoas, da qualidade assistencial e da segurança do paciente. Esses referenciais funcionam como **bases normativas e orientadoras** para que a pesquisa de clima seja conduzida de forma ética, transparente e alinhada às exigências institucionais.

Órgão/Programa	Objetivo Principal	Relação com Pesquisa de Clima
Ministério da Saúde – Política Nacional de Humanização (PNH)	Humanizar a assistência e valorizar os profissionais	Incentiva práticas de escuta ativa, gestão participativa e valorização do trabalhador
ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)	Garantir condições seguras de trabalho e biossegurança	Normas de infraestrutura, controle de riscos e ambiente



		laboral impactam diretamente o clima organizacional
ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Avaliação de qualidade assistencial e satisfação dos usuários, que depende de equipes motivadas e clima saudável
ONA (Organização Nacional de Acreditação)	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Critérios de gestão de pessoas, comunicação interna e cultura organizacional incluem pesquisas de clima como evidência
CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)	Promover cultura de qualidade e segurança	Estimula avaliações periódicas do ambiente de trabalho e indicadores de satisfação dos colaboradores
PROADI-SUS	Apoiar hospitais de excelência no fortalecimento do SUS	Projetos de melhoria contínua incluem diagnóstico do ambiente interno e engajamento das equipes

3.3.10. INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Em hospitais, a **gestão de pessoas** é um dos pilares para garantir qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade institucional. Os **principais indicadores** e os **aspectos conceituais** que devem ser considerados ajudam a medir o desempenho da equipe e orientar decisões estratégicas.

QUADRO PRÁTICO DE GESTÃO DE PESSOAS EM HOSPITAIS

Indicador	O que mede	Aspectos Conceituais a Considerar
Taxa de Rotatividade (Turnover)	Percentual de saída de profissionais	Clima organizacional, retenção de talentos, políticas de valorização

Absenteísmo	Frequência de faltas e atrasos	Condições de trabalho, carga horária, equilíbrio vida pessoal/profissional
Índice de Satisfação dos Colaboradores	Percepção sobre ambiente e gestão	Comunicação interna, liderança, reconhecimento, cultura institucional
Horas de Treinamento por Colaborador	Investimento em capacitação contínua	Desenvolvimento profissional, atualização técnica, incentivo à aprendizagem
Produtividade	Relação entre atendimentos/procedimentos e equipe disponível	Qualidade assistencial, sobrecarga, eficiência operacional
Indicadores de Segurança do Paciente	Eventos adversos ligados a falhas humanas	Cultura de segurança, protocolos clínicos, engajamento das equipes
Engajamento e Retenção de Talentos	Permanência e alinhamento dos profissionais	Missão hospitalar, motivação, pertencimento e ética profissional

Esse quadro mostra que os **indicadores fornecem dados objetivos**, enquanto os **aspectos conceituais garantem interpretação estratégica**. Juntos, permitem que a gestão hospitalar alinhe desempenho das equipes com qualidade e segurança do paciente.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital NÃO possui nenhum indicador de gestão de pessoas.

Quando um hospital **não possui indicadores de gestão de pessoas**, a instituição perde ferramentas essenciais para monitorar, avaliar e melhorar o desempenho das equipes. Isso gera consequências que afetam diretamente a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a sustentabilidade organizacional.

Consequências da Ausência de Indicadores de Gestão de Pessoas

1. Falta de Visibilidade e Controle

- A gestão não consegue identificar problemas como alta rotatividade, absenteísmo ou baixa satisfação dos colaboradores.
- Decisões passam a ser tomadas sem base objetiva, apenas por percepções.

2. Desmotivação e Baixo Engajamento

- Sem indicadores de satisfação ou reconhecimento, os profissionais podem sentir-se desvalorizados.
- Isso reduz o comprometimento com a missão hospitalar.

3. Aumento da Rotatividade e Absenteísmo

- Sem monitoramento, não há estratégias eficazes de retenção de talentos.
- Cresce a saída de profissionais qualificados e o número de faltas.

4. Impacto na Qualidade Assistencial

- Equipes desmotivadas e sobrecarregadas tendem a cometer mais erros.
- A segurança do paciente fica comprometida.

5. Gestão Pouco Estratégica

- Sem dados, não é possível planejar treinamentos, promoções ou políticas de valorização.
- Recursos humanos e materiais podem ser mal direcionados.

6. Perda de Credibilidade Institucional

- Hospitais sem indicadores de gestão de pessoas têm dificuldade em atender exigências de acreditação (ONA, CQH, ANS).
- Isso afeta a reputação junto a pacientes, familiares e órgãos reguladores.
-

QUADRO COMPARATIVO: HOSPITAIS COM E SEM INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS

Aspecto	Com Indicadores de Gestão de Pessoas	Sem Indicadores de Gestão de Pessoas
Visibilidade da Gestão	Dados objetivos para decisões estratégicas	Decisões baseadas em percepções subjetivas
Motivação e Engajamento	Monitoramento da satisfação e reconhecimento	Desmotivação e baixo engajamento não identificados

Retenção de Talentos	Ações direcionadas para reduzir rotatividade	Alta saída de profissionais qualificados
Absenteísmo	Controle e planos de ação para reduzir faltas	Crescimento de ausências sem diagnóstico
Qualidade Assistencial	Equipes motivadas e capacitadas reduzem erros	Maior risco de falhas e eventos adversos
Eficiência Operacional	Recursos humanos otimizados	Sobrecarga e desperdício de recursos
Credibilidade Institucional	Cumprimento de exigências regulatórias e creditações	Dificuldade em atender normas e perda de reputação

A ausência de indicadores transforma a gestão hospitalar em um processo **reativo e pouco estratégico**, aumentando riscos clínicos, administrativos e reputacionais. Já a presença de indicadores permite **planejamento, monitoramento e melhoria contínua**, fortalecendo tanto os colaboradores quanto a instituição.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS A INDICADORES DE GESTÃO DE PESSOAS

Os principais marcos legais e regulatórios que se aplicam aos indicadores de gestão de pessoas em hospitais no Brasil estão ligados às **normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como a ONA e Anahp.**

Órgão/Programa	Objetivo Principal	Relação com Indicadores de Gestão de Pessoas
Ministério da Saúde (SUS/CONITEC)	Normatizar políticas de saúde e gestão hospitalar	Portarias e diretrizes exigem relatórios de gestão, incluindo dados de recursos humanos e desempenho institucional
ANVISA	Garantir segurança sanitária e condições adequadas de trabalho	Normas de biossegurança e infraestrutura impactam diretamente indicadores como absenteísmo e satisfação dos colaboradores

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Regular hospitais que atendem planos de saúde	Avalia qualidade assistencial e satisfação dos usuários, exigindo gestão eficiente de equipes e indicadores de desempenho
ONA (Organização Nacional de Acreditação)	Certificação hospitalar em níveis de qualidade e segurança	Crterios de acreditação incluem gestão de pessoas, clima organizacional e indicadores de treinamento, rotatividade e engajamento
Anahp (Associação Nacional de Hospitais Privados)	Sistema de Indicadores Hospitalares	Coleta e monitora indicadores de gestão de pessoas, como turnover, absenteísmo e horas de treinamento, para melhoria contínua
CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar)	Promover cultura de qualidade e segurança	Estimula uso de indicadores de gestão de pessoas para avaliar clima e desempenho das equipes

3.3.11. SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

Os aspectos conceituais de Saúde e Segurança do Trabalho em hospitais são especialmente relevantes porque o ambiente hospitalar reúne riscos ocupacionais diversos e exige uma cultura organizacional voltada para a proteção dos colaboradores e, conseqüentemente, para a segurança dos pacientes.

1. Prevenção como princípio

- A SST deve priorizar medidas preventivas, não apenas corretivas.
- Protocolos de biossegurança, ergonomia e uso de EPIs são pilares fundamentais.

2. Normas Regulamentadoras específicas

- **NR-32:** trata da segurança e saúde em serviços de saúde, incluindo agentes biológicos, químicos e radiações.
- **NR-4 (SESMT) e NR-5 (CIPA):** estruturam a gestão de segurança ocupacional.
- **NR-6 (EPI) e NR-9 (PGR):** garantem proteção individual e gerenciamento de riscos.

3. Gestão de riscos ocupacionais

- Hospitais apresentam riscos físicos (radiações, ruídos), químicos (medicamentos, desinfetantes), biológicos (vírus, bactérias) e psicossociais (estresse, carga emocional).
- A gestão deve identificar, avaliar e controlar esses riscos continuamente.

4. Integração com gestão de pessoas

- SST deve dialogar com RH para alinhar treinamentos, clima organizacional e políticas de valorização.
- Indicadores como absenteísmo, acidentes de trabalho e afastamentos precisam ser monitorados.

5. Cultura de segurança

- Segurança deve ser um valor institucional, não apenas uma exigência legal.
- Campanhas educativas e treinamentos regulares fortalecem a conscientização.

6. Humanização e bem-estar

- SST deve considerar aspectos físicos e emocionais dos trabalhadores.
- Programas de ergonomia, apoio psicológico e qualidade de vida são essenciais para reduzir estresse e aumentar engajamento.

7. Impacto na qualidade assistencial

- Profissionais protegidos e saudáveis reduzem erros e eventos adversos.
- A saúde ocupacional está diretamente ligada à segurança do paciente e à credibilidade institucional.

QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DO SESMT EM HOSPITAIS (NR-4)

Número de Empregados	Profissionais Exigidos (Grau de Risco 3 – Hospitais)
50 a 100	1 Técnico de Segurança do Trabalho
101 a 250	1 Técnico de Segurança do Trabalho + 1 Auxiliar/Técnico de Enfermagem do Trabalho
251 a 500	1 Técnico de Segurança do Trabalho + 1 Enfermeiro do Trabalho + 1 Médico do Trabalho

501 a 1000	2 Técnicos de Segurança do Trabalho + 1 Engenheiro de Segurança + 1 Enfermeiro do Trabalho + 1 Médico do Trabalho
1001 a 2000	3 Técnicos de Segurança do Trabalho + 1 Engenheiro de Segurança + 2 Enfermeiros do Trabalho + 1 Médico do Trabalho
Acima de 2000	Dimensionamento proporcional, aumentando número de técnicos, engenheiros e médicos conforme tabela da NR-4

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital São João Batista possui um **contrato em assistência médica e segurança do trabalho**, cujo contrato é com a PrevLife Consultoria em Saúde e Segurança do Trabalho. A assistência prestada é exclusivamente relacionada à área de Medicina do Trabalho, ou seja:

- Elaboração do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e emissão dos relatórios que deverão ser apresentados à CIPA.
- Realização de exame médico admissional com a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional
- Realização de exame médico periódico e o de mudança de função
- Realização de exame médico demissional com a emissão do Atestado de Saúde Ocupacional
- Elaboração do relatório anual, conforme especificação da NR7
- Quanto ao custo, a contratante pagará a contratada, o custo de R\$ 1.687,00 mensal

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À ÁREA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SEGURANÇA

Os principais marcos legais e regulatórios aplicados à área de assistência médica e segurança em hospitais no Brasil são definidos por normas do Ministério da Saúde, ANVISA, ANS e programas de acreditação como ONA e CQH. Eles estabelecem padrões obrigatórios de qualidade, biossegurança e gestão que impactam diretamente a assistência ao paciente e a saúde ocupacional dos profissionais

1. Ministério da Saúde

- **Portaria GM/MS nº 1.604/2023:** institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).

- **Portaria nº 774/2017:** define normas para cadastramento dos Núcleos de Segurança do Paciente no CNES.
- **Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP):** estabelece diretrizes para prevenção de eventos adversos e melhoria da qualidade assistencial.

2. ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

- **Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs):** regulam práticas de biossegurança, controle de infecção hospitalar, uso de medicamentos e equipamentos.
- **RDC nº 36/2013:** institui ações obrigatórias para segurança do paciente em serviços de saúde.

3. ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)

- Normas de qualidade assistencial para hospitais que atendem planos de saúde.
- Exige indicadores de desempenho e satisfação dos usuários, impactando diretamente a gestão hospitalar.

4. Normas Regulamentadoras (NRs – Ministério do Trabalho)

- **NR-32:** específica para serviços de saúde, trata da segurança e saúde ocupacional em hospitais (agentes biológicos, químicos, radiações).
- **NR-4 (SESMT) e NR-5 (CIPA):** estruturam a gestão de segurança do trabalho.
- **NR-6 (EPI) e NR-9 (PGR):** garantem proteção individual e gerenciamento de riscos.

5. Programas de Acreditação e Qualidade

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** certifica hospitais em níveis de qualidade e segurança.
- **CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar):** promove cultura de qualidade e segurança.
- **Anahp:** sistema de indicadores hospitalares, incluindo segurança do paciente e gestão de pessoas.

3. 3.12. CIPA

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

A **CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio)** é um dos pilares da saúde e segurança do trabalho em hospitais. Ela é regida pela **NR-5** e tem como objetivo

principal promover a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, além de atuar na promoção de um ambiente de trabalho saudável e seguro.

A CIPA é essencial para **mapear riscos, propor soluções, promover treinamentos e fortalecer a cultura de segurança**, garantindo proteção tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

CONDIÇÕES PARA DIMENSIONAMENTO DA CIPA EM HOSPITAIS

1. Grau de risco da atividade

- Hospitais e serviços de saúde são classificados como **grau de risco 3**.
- Isso significa que a exigência de CIPA é mais rigorosa do que em atividades de risco menor.

2. Número de empregados

- A obrigatoriedade de constituir CIPA depende do número de trabalhadores.
- Quanto maior o quadro de pessoal, maior o número de representantes eleitos e designados.

3. Composição da CIPA

- **Representantes dos empregados:** eleitos pelos trabalhadores.
- **Representantes do empregador:** designados pela direção do hospital.
- O número de titulares e suplentes é definido pela tabela da NR-5, conforme faixa de empregados.

EXEMPLO PRÁTICO DE DIMENSIONAMENTO (HOSPITAIS – GRAU DE RISCO 3)

Número de Empregados	Representantes dos Empregados	Representantes do Empregador
51 a 100	2 titulares + 2 suplentes	2 titulares + 2 suplentes
101 a 200	3 titulares + 3 suplentes	3 titulares + 3 suplentes
201 a 500	5 titulares + 5 suplentes	5 titulares + 5 suplentes
501 a 1000	7 titulares + 7 suplentes	7 titulares + 7 suplentes
Acima de 1000	Dimensionamento cresce conforme tabela da NR-5	Igual número de representantes

(Obs.: os números exatos variam conforme a tabela oficial da NR-5, mas a lógica é sempre proporcional ao porte da instituição e ao grau de risco.)

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital possui CIPA, porém não há evidências de sua atuação.

O dimensionamento da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio) segue a **Norma Regulamentadora NR-5**, que define a obrigatoriedade e a quantidade de representantes conforme o **grau de risco da atividade** e o **número de empregados**.

- A CIPA é **obrigatória** em hospitais que atingem o número mínimo de empregados previsto na NR-5.
- Deve atuar em conjunto com o **SESMT (NR-4)** e programas de prevenção como o **PGR (NR-9)**.
- O mandato dos membros é de **1 ano**, com possibilidade de reeleição.
- Todos os membros precisam passar por **treinamento obrigatório em segurança e saúde do trabalho**.

CHECKLIST DE CONFORMIDADE DA CIPA NO HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA

→ NÃO HÁ EVIDÊNCIAS COMPROVADAS QUANTO AOS ASPECTOS LEVANTADOS

1. Constituição e Estrutura

- CIPA constituída conforme **NR-5**, com representantes eleitos (empregados) e designados (empregador).
- Dimensionamento adequado ao número de empregados e grau de risco da atividade hospitalar (grau 3).
- Mandato dos membros de 1 ano, com possibilidade de reeleição.
- Existência de titulares e suplentes, com registros atualizados.

2. Treinamento e Capacitação

- Todos os membros receberam treinamento obrigatório em segurança e saúde do trabalho.
- Conteúdo do treinamento conforme exigências da NR-5 (prevenção de acidentes, riscos ocupacionais, assédio).
- Registro documental da carga horária e participação dos membros.

3. Funcionamento e Atividades

- Reuniões mensais realizadas e registradas em atas.
- Elaboração e atualização do **Mapa de Riscos** hospitalar.
- Realização de inspeções periódicas nos setores hospitalares.
- Promoção de campanhas educativas e palestras sobre segurança e saúde.

4. Integração com SESMT e RH

- Atuação conjunta com o SESMT (NR-4) na identificação e controle de riscos.
- Comunicação com RH para alinhamento de treinamentos e políticas de saúde ocupacional.
- Participação na elaboração de planos de ação de prevenção.

5. Documentação e Evidências

- Atas de reuniões arquivadas e acessíveis.
- Relatórios de inspeções e recomendações documentados.
- Registro de campanhas e treinamentos realizados.
- Evidências de ações contra assédio e promoção de ambiente saudável.

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS À CIPA

Os marcos legais e regulatórios da CIPA em hospitais incluem principalmente a **NR-5**, a **CLT**, normas complementares como **NR-32**, legislações previdenciárias e programas de acreditação. Eles asseguram que a comissão seja não apenas obrigatória, mas também estratégica para a segurança dos trabalhadores e a qualidade assistencial.

1. Norma Regulamentadora NR-5 (Ministério do Trabalho e Emprego)

- Define a obrigatoriedade da CIPA conforme grau de risco e número de empregados.
- Estabelece regras de composição (representantes eleitos e designados).
- Determina mandato, suplência e treinamento obrigatório dos membros.
- Inclui a prevenção de assédio como atribuição da CIPA (atualização recente).

2. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

- Base legal que sustenta a criação da CIPA.
- Prevê direitos e deveres relacionados à saúde e segurança do trabalho.

3. Normas Complementares

- **NR-4 (SESMT):** integração da CIPA com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.
- **NR-6 (EPI):** atuação da CIPA na fiscalização do uso de equipamentos de proteção individual.
- **NR-9 (PGR):** participação da CIPA na identificação e controle de riscos ocupacionais.
- **NR-32:** segurança e saúde em serviços de saúde, diretamente aplicável ao ambiente hospitalar.

4. Legislação de Saúde e Segurança

- **Lei nº 8.213/1991:** trata dos benefícios previdenciários relacionados a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
- **Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST):** diretrizes gerais para prevenção e promoção da saúde ocupacional.

5. Programas de Qualidade e Acreditação

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** exige evidências de atuação da CIPA em auditorias hospitalares.
- **CQH e Anahp:** reforçam indicadores de segurança e saúde ocupacional, nos quais a CIPA tem papel ativo.

Importância Estratégica

- A CIPA é **instrumento legal e cultural** de prevenção em hospitais.
- Sua atuação está amparada por normas trabalhistas e de saúde ocupacional, mas também é exigida em processos de acreditação hospitalar.
- Garante que a instituição esteja em conformidade regulatória e fortalece a cultura de segurança e humanização.

3.3.13. CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

A) ASPECTOS CONCEITUAIS A SEREM CONSIDERADOS

O **Código de Conduta Ética** em hospitais é um instrumento essencial para orientar comportamentos, decisões e relações profissionais, garantindo que a assistência médica e a gestão organizacional estejam alinhadas a princípios éticos e legais.

1. Finalidade

- Estabelecer padrões de comportamento ético para todos os colaboradores.
- Promover integridade, transparência e responsabilidade nas práticas hospitalares.
- Servir como guia para tomada de decisão em situações de dilema ético.

2. Princípios Fundamentais

- **Respeito à dignidade humana:** valorização de pacientes, familiares e profissionais.
- **Confidencialidade:** proteção de informações médicas e dados pessoais.
- **Imparcialidade e justiça:** tratamento igualitário e não discriminatório.
- **Responsabilidade social:** compromisso com a comunidade e com a saúde pública.

3. Relacionamentos Profissionais

- Conduta ética nas relações entre médicos, equipe multiprofissional e pacientes.
- Prevenção de assédio moral e sexual no ambiente hospitalar.
- Incentivo à colaboração e ao trabalho em equipe.

4. Conformidade Legal e Regulatória

- Alinhamento com legislações trabalhistas, sanitárias e de saúde ocupacional.
- Observância das normas da ANVISA, Ministério da Saúde e conselhos profissionais (CFM, COFEN, etc.).
- Integração com políticas de segurança do paciente e saúde ocupacional.

5. Cultura Organizacional

- O código deve ser parte da identidade institucional, não apenas um documento formal.
- Promover campanhas educativas e treinamentos regulares sobre ética e conduta.
- Estimular denúncia e canal seguro para comunicação de irregularidades.

6. Impacto Estratégico

- Fortalece a **credibilidade institucional** perante órgãos reguladores e sociedade.
- Garante **segurança jurídica** e previne litígios.
- Contribui para a **qualidade assistencial** e para a confiança dos pacientes.

Observações Estratégicas

- O Código de Conduta Ética deve ser **vivo e aplicado na prática**, não apenas um documento formal.
- Auditorias internas devem verificar tanto a **existência e divulgação** do código quanto a **eficácia das ações educativas e corretivas**.
- Treinamentos e campanhas são fundamentais para consolidar a cultura ética hospitalar.

B) ACHADOS NO HOSPITAL

O Hospital São João Batista possui um **Código de Conduta Ética** desde 1 de julho de 2022. Aqui, seguem algumas considerações conceituais que precisam ser observadas para que ele seja efetivo e não apenas um documento formal.

Considerações em um Hospital com Código de Conduta Ética

1. Integração Institucional

- O código deve estar alinhado à missão, visão e valores do hospital.
- Precisa ser incorporado às políticas internas e práticas assistenciais.

2. Clareza e Acessibilidade

- O documento deve ser claro, objetivo e compreensível para todos os colaboradores.
- Deve estar disponível em formato físico e digital, acessível a qualquer funcionário.

3. Abrangência

- Deve contemplar relações entre profissionais, pacientes, familiares e fornecedores.
- Incluir diretrizes sobre confidencialidade, respeito, integridade e uso responsável de recursos.

4. Treinamento e Educação

- O código deve ser parte dos programas de integração de novos colaboradores.
- Treinamentos regulares devem reforçar os princípios éticos e orientar condutas práticas.

5. Mecanismos de Monitoramento

- Implantação de canais seguros e confidenciais para denúncias de irregularidades.
- Procedimentos claros para investigação e resposta a violações éticas.

6. Cultura Organizacional

- O código deve ser vivido no dia a dia, não apenas citado em auditorias.
- Incentivar a participação ativa dos colaboradores na construção de um ambiente ético.

7. Impacto Estratégico

- Fortalece a credibilidade institucional perante pacientes, comunidade e órgãos reguladores.
- Reduz riscos jurídicos e melhora a qualidade assistencial.
- Consolida a imagem do hospital como referência em integridade e humanização.

Em resumo, um hospital com Código de Conduta Ética deve garantir **integração institucional, clareza, abrangência, treinamento contínuo, mecanismos de monitoramento e cultura organizacional sólida**, transformando o documento em prática cotidiana

C) MARCOS LEGAIS E REGULATÓRIOS APLICADOS AO CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

O Código de Conduta Ética não existe isoladamente: ele se apoia em um conjunto de **marcos legais e regulatórios** que dão legitimidade e orientam sua aplicação prática.

1. Legislação Trabalhista e de Saúde Ocupacional

- **CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)**: base legal para direitos e deveres trabalhistas, incluindo conduta ética nas relações de trabalho.
- **Normas Regulamentadoras (NRs)**: especialmente a **NR-32** (Segurança e Saúde em Serviços de Saúde), que exige práticas éticas e seguras no ambiente hospitalar.
- **Lei nº 8.213/1991**: trata de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, reforçando a responsabilidade ética da instituição.

2. Conselhos Profissionais

- **CFM (Conselho Federal de Medicina)**: Código de Ética Médica, que orienta condutas profissionais e relações com pacientes.

- **COFEN/COREN (Conselho Federal e Regionais de Enfermagem):** Código de Ética da Enfermagem, aplicável à equipe multiprofissional.
- Outros conselhos (psicologia, fisioterapia, odontologia) também estabelecem normas éticas específicas.

3. ANVISA e Ministério da Saúde

- **RDC nº 36/2013 (ANVISA):** institui ações obrigatórias para segurança do paciente, diretamente relacionadas à conduta ética.
- **Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP):** reforça princípios de transparência, respeito e responsabilidade na assistência médica.
- Portarias ministeriais que exigem Núcleos de Segurança do Paciente e protocolos assistenciais.

4. Legislação de Proteção de Dados

- **LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018):** obriga hospitais a proteger dados sensíveis de pacientes e colaboradores, integrando confidencialidade ao Código de Conduta.

5. Programas de Qualidade e Acreditação

- **ONA (Organização Nacional de Acreditação):** exige evidências de práticas éticas e seguras em auditorias.
- **CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar):** reforça indicadores de ética e segurança.
- **Anahp:** sistema de indicadores hospitalares que inclui conformidade ética e segurança assistencial.

Importância Estratégica

- **Segurança jurídica:** reduz riscos de litígios e sanções.
- **Credibilidade institucional:** fortalece a imagem do hospital perante pacientes, comunidade e órgãos reguladores.
- **Qualidade assistencial:** práticas éticas garantem humanização e confiança no atendimento.
- **Cultura organizacional:** transforma o código em prática cotidiana, não apenas em documento formal.

Os marcos legais e regulatórios aplicados ao Código de Conduta Ética em hospitais incluem **CLT, NRs, conselhos profissionais, ANVISA, Ministério da Saúde, LGPD e**

programas de acreditação, garantindo que o código seja juridicamente válido, regulatoriamente exigido e culturalmente efetivo.

3.3.14 RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Este relatório foi elaborado com base nas informações em documentos apresentados pela equipe técnica, em observações in loco, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados do IBGE, nos marcos regulatórios específicos, Ministério do Trabalho, Constituição Federal e demais normas aplicáveis.

Relatório elaborado em: 13 de maio de 2026

Responsável Técnico: Sandra Bara – Socióloga com mestrado em Gestão de Pessoas e Gestão do Conhecimento, Administração com foco em Gestão de Pessoas pela FGV Rio

RELATÓRIO EXECUTIVO DE ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

Apresentação do relatório da fase 3. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Contrato: 02/2026



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

Sumário

1. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE E BASE DOCUMENTAL.....	2
2. DESEMPENHO ECONÔMICO: DRE E MARGENS	3
3. LIQUIDEZ, SOLVÊNCIA E CONTINUIDADE OPERACIONAL.....	5
4. ANÁLISE DINÂMICA PELO MODELO FLEURIET.....	6
5. ENDIVIDAMENTO, ESTRUTURA DE CAPITAL E COBERTURA DE JUROS	8
6. RENTABILIDADE, ROA, ROE E EVA	9
7. ANÁLISES VERTICAL E HORIZONTAL.....	11
8. PROJEÇÕES GERENCIAIS SANEADAS PARA 2026–2028	12
9. DIAGNÓSTICO DE CONTINUIDADE DOS NEGÓCIOS.....	12
10. RECOMENDAÇÕES EXECUTIVAS.....	13
11. PARECER CONCLUSIVO	14
REFERÊNCIAS	14

RELATÓRIO EXECUTIVO DE ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA – VISCONDE DO RIO BRANCO/MG

Autor: Adm. Luiz Carlos Alves – CRA/MG nº 37.960

Data: 15 de maio de 2026

Período analisado: 2021 a 2025, com projeção gerencial saneada para 2026 a 2028

SUMÁRIO EXECUTIVO

A análise das demonstrações financeiras do **Hospital São João Batista**, mantido pela **Associação Beneficente São João Batista**, indica uma deterioração financeira severa em 2024 e 2025. A instituição é identificada no CNES como **hospital geral**, entidade sem fins lucrativos, de gestão municipal, com atendimento ambulatorial, internação, SADT e urgência por SUS, particular e convênios.[1] A base financeira analisada foi extraída do book financeiro em Excel, do balancete analítico de dezembro de 2025 e das demonstrações financeiras anexadas.[2] [3] [4]

O principal achado é que o hospital apresentou crescimento nominal de receita no período completo, de **R\$ 19,58 milhões em 2021 para R\$ 28,49 milhões em 2025**, avanço acumulado de **45,6%**. Entretanto, esse aumento não foi convertido em equilíbrio econômico. O EBITDA passou de **R\$ 0,50 milhão positivo em 2021 para R\$ 4,17 milhões negativos em 2025**, enquanto o resultado líquido caiu para **déficit de R\$ 6,17 milhões** no mesmo exercício.[2] Essa combinação demonstra perda de eficiência operacional, insuficiência de margem para suportar despesas financeiras e aceleração do desequilíbrio patrimonial.

Conclusão central: o Hospital São João Batista apresenta risco relevante de continuidade operacional caso não haja recomposição de liquidez, renegociação do passivo financeiro e trabalhista, ajuste estrutural de custos e revisão do modelo de financiamento assistencial. A classificação dinâmica pelo modelo Fleuriet migra para Tipo 5 – Muito ruim em 2024 e 2025, com CDG, NCC e saldo de tesouraria negativos, refletindo incapacidade de financiar o ciclo operacional com fontes estáveis.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE E BASE DOCUMENTAL

O hospital está registrado no CNES sob o código **2760843**, com CNPJ **26.001.230/0001-69**, nome empresarial **Associação Beneficente São João Batista** e natureza jurídica de **entidade sem fins lucrativos**. O estabelecimento está situado na

Praça Jorge Carone Filho, nº 806, Centro, Visconde do Rio Branco/MG, com funcionamento contínuo e classificação como **hospital geral**. [1]

Aspecto	Informação extraída
Entidade mantenedora	Associação Beneficente São João Batista
Nome fantasia	Hospital São João Batista
CNPJ	26.001.230/0001-69
Natureza jurídica	Entidade sem fins lucrativos / associação privada
Tipo de estabelecimento	Hospital geral
Gestão	Municipal
Níveis de atenção	Atenção básica, média e alta complexidade, segundo ficha CNES
Fontes analisadas	Book financeiro 2024, balancete analítico dez/2025, demonstrações financeiras 2025 e ficha CNES

A análise considera que a classificação contábil do book agrupa custos assistenciais dentro de **despesas administrativas e operacionais**, pois a linha de custos de bens e serviços aparece zerada na DRE. Por isso, as margens bruta e operacional devem ser interpretadas com cautela, priorizando EBITDA, margem líquida, liquidez, endividamento e indicadores dinâmicos. [2]

2. DESEMPENHO ECONÔMICO: DRE E MARGENS

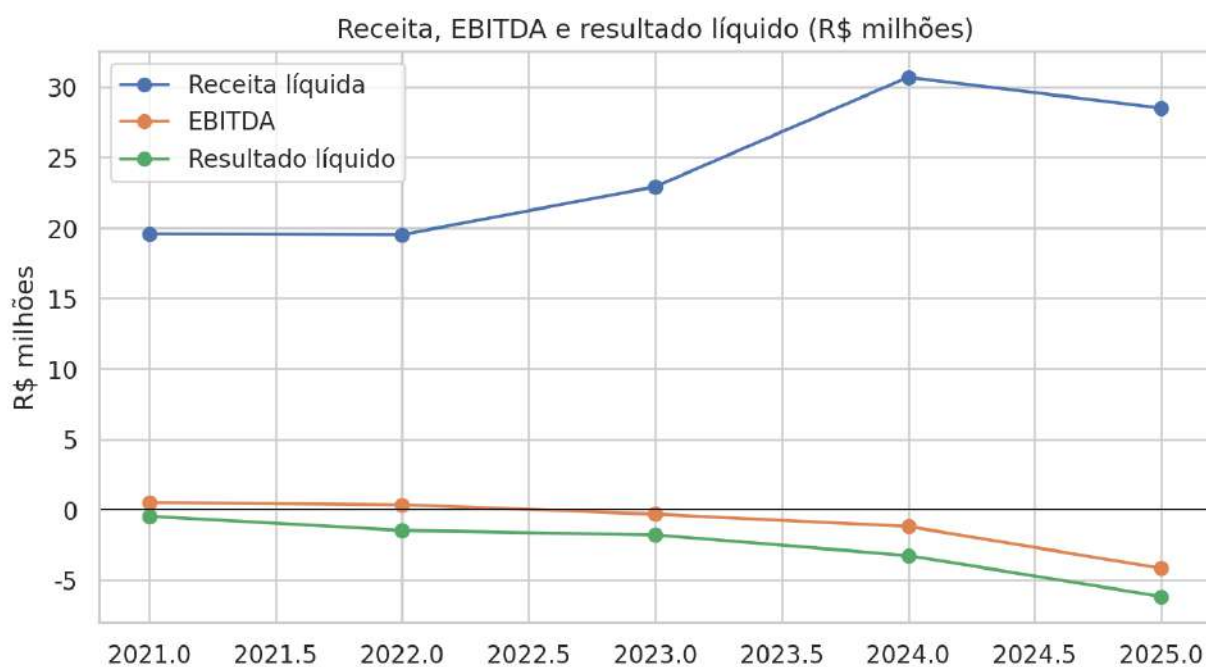
Ano	Receita líquida	Crescimento	EBITDA	Margem EBITDA	Resultado líquido	Margem líquida
2021	R\$ 19,58 mi	—	R\$ 0,50 mi	2,6%	R\$ -0,46 mi	-2,4%
2022	R\$ 19,52 mi	-0,3%	R\$ 0,34 mi	1,8%	R\$ -1,47 mi	-7,6%
2023	R\$ 22,92 mi	17,4%	R\$ -0,32 mi	-1,4%	R\$ -1,79 mi	-7,8%



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

2024	R\$ 30,69 mi	33,9%	R\$ -1,19 mi	-3,9%	R\$ -3,26 mi	-10,6%
2025	R\$ 28,49 mi	-7,2%	R\$ -4,17 mi	-14,6%	R\$ -6,17 mi	-21,6%

A receita líquida atingiu o maior valor em 2024, **R\$ 30,69 milhões**, mas caiu **7,2% em 2025**, para **R\$ 28,49 milhões**. O ponto crítico é que a deterioração de margem foi mais intensa que a retração da receita. A margem EBITDA saiu de **2,6% em 2021** para **-14,6% em 2025**, e a margem líquida atingiu **-21,6%**, o que significa que, para cada R\$ 100 de receita líquida em 2025, a instituição destruiu aproximadamente R\$ 21,64 em resultado líquido.[2]



Receita, EBITDA e resultado líquido

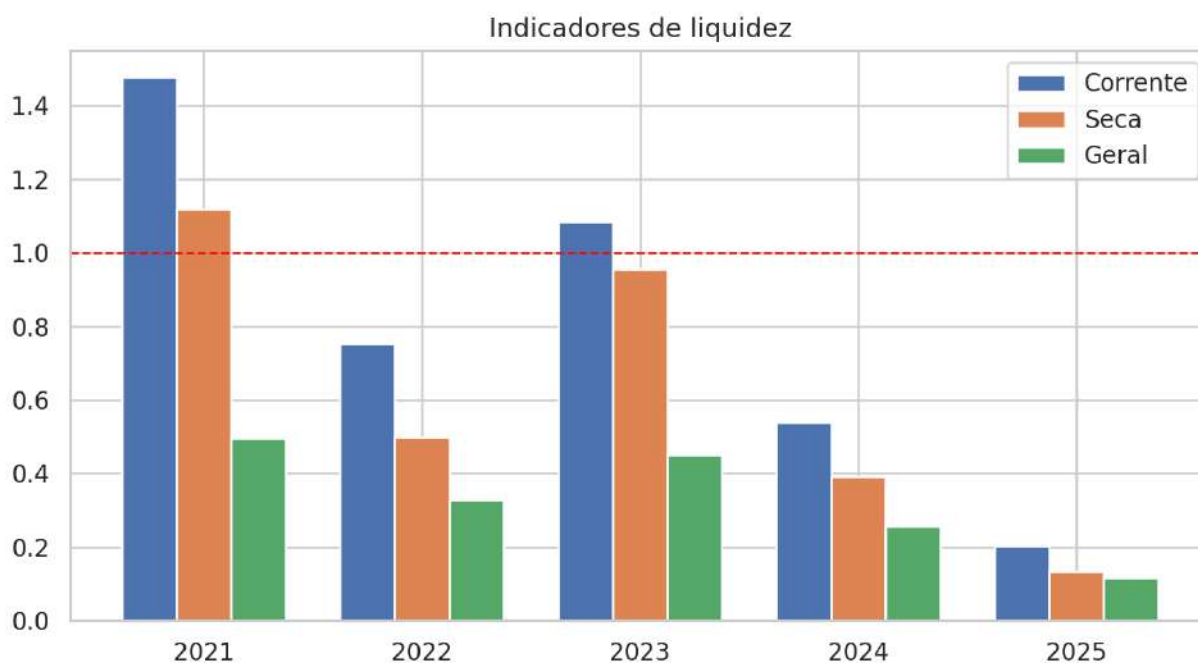
A análise vertical da DRE demonstra que as despesas administrativas e operacionais passaram de cerca de **97,7% da receita em 2021** para **114,0% em 2025**, sinalizando que a operação principal passou a consumir mais recursos do que a receita gerada. Como o resultado financeiro foi negativo em todos os anos, as despesas financeiras ampliaram déficits já formados na operação.[2]



3. LIQUIDEZ, SOLVÊNCIA E CONTINUIDADE OPERACIONAL

Ano	Liquidez corrente	Liquidez seca	Liquidez geral	Solvência geral	Endividamento total/ativo
2021	1,48	1,12	0,50	0,94	105,9%
2022	0,75	0,50	0,33	0,83	120,5%
2023	1,08	0,95	0,45	0,78	127,8%
2024	0,54	0,39	0,26	0,63	157,7%
2025	0,20	0,13	0,12	0,42	236,7%

A liquidez corrente caiu de **1,48 em 2021** para **0,20 em 2025**, isto é, em 2025 havia aproximadamente **R\$ 0,20 de ativo circulante para cada R\$ 1,00 de obrigação de curto prazo**. A liquidez seca, que exclui estoques, recuou para **0,13**, reforçando a dependência de renegociação de passivos, captação de recursos ou recuperação de recebíveis para manter pagamentos correntes.[2] [3]



Indicadores de liquidez

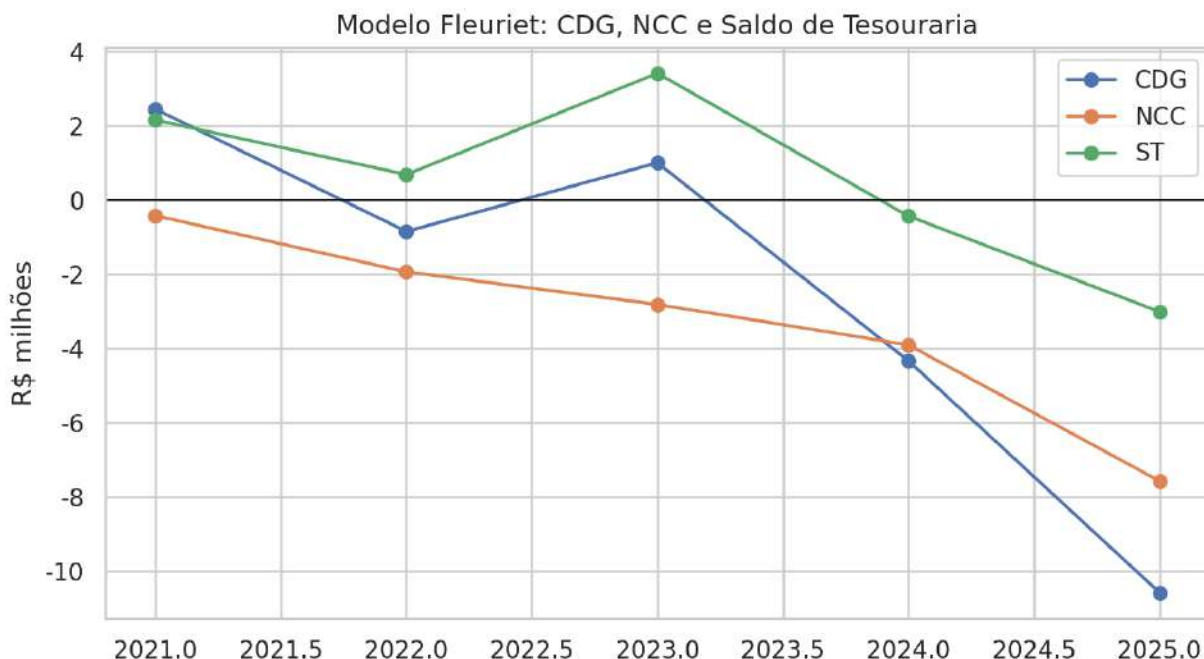
A solvência geral também se tornou crítica, caindo para **0,42 em 2025**, enquanto o endividamento total superou **236,7% do ativo**. Esse quadro é consistente com

patrimônio líquido negativo de **R\$ 13,38 milhões**, passivo circulante de **R\$ 13,25 milhões** e ativo total de apenas **R\$ 9,79 milhões** em 2025.[2] [3]

4. ANÁLISE DINÂMICA PELO MODELO FLEURIET

Ano	NCC	CDG	ST	CDG/Ativo	NCC/Receita	Termômetro	Classificação
2021	R\$ - 0,42 mi	R\$ 2,45 mi	R\$ 2,16 mi	21,1%	-2,1%	-5,16	Tipo 1 - Excelente
2022	R\$ - 1,93 mi	R\$ - 0,84 mi	R\$ 0,69 mi	-8,0%	-9,9%	-0,36	Tipo 6 - Alto risco / atípica
2023	R\$ - 2,81 mi	R\$ 1,01 mi	R\$ 3,42 mi	7,1%	-12,3%	-1,22	Tipo 1 - Excelente
2024	R\$ - 3,90 mi	R\$ - 4,33 mi	R\$ - 0,43 mi	-34,7%	-12,7%	0,11	Tipo 5 - Muito ruim
2025	R\$ - 7,57 mi	R\$ - 10,57 mi	R\$ - 3,00 mi	-108,0%	-26,6%	0,40	Tipo 5 - Muito ruim

No modelo Fleuriet, a **Necessidade de Capital de Giro (NCC)** foi negativa em todos os anos. Em atividades hospitalares, isso pode ocorrer quando obrigações operacionais, especialmente salários, fornecedores e tributos, superam ativos operacionais como recebíveis e estoques. Contudo, essa leitura não deve ser automaticamente positiva: em 2025, a NCC negativa decorre fortemente do acúmulo de passivos operacionais, sobretudo obrigações sociais, fornecedores e obrigações tributárias.[2] [3]



Modelo Fleuriet

O **Capital de Giro (CDG)** tornou-se severamente negativo em 2024 e 2025, atingindo **R\$ 10,57 milhões negativos** em 2025.

O **Saldo de Tesouraria (ST)** também ficou negativo, em **R\$ 3,00 milhões**, demonstrando dependência de dívida financeira de curto prazo e insuficiência de caixa para cobrir obrigações financeiras imediatas.

Por essa razão, a classificação reprocessada do tipo de estrutura financeira é **Tipo 5 – Muito ruim** em 2024 e 2025.

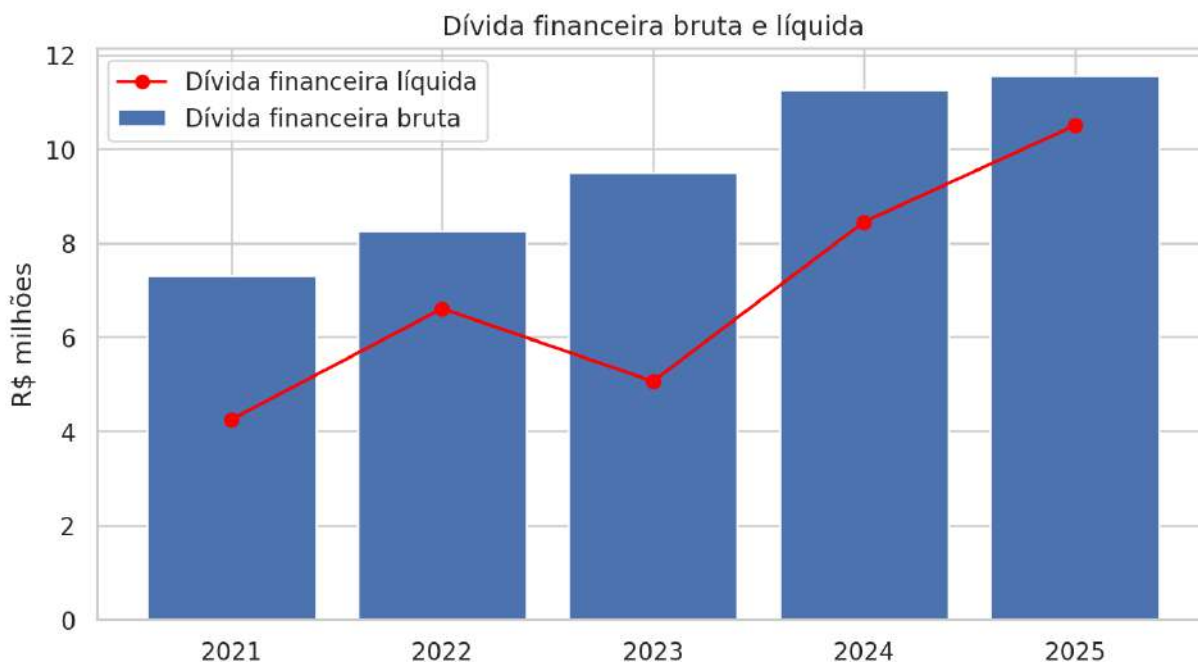
É importante registrar que a aba TEF do book original apresenta inconsistências de classificação e referências quebradas em alguns anos. Assim, a classificação apresentada neste relatório foi recalculada pelos sinais de CDG, NCC e ST, preservando a metodologia do modelo Fleuriet e o critério de CDG adotado no próprio book: **recursos permanentes menos bens em operação/imobilizado**. [2]



5. ENDIVIDAMENTO, ESTRUTURA DE CAPITAL E COBERTURA DE JUROS

Ano	Dívida financeira bruta	Dívida financeira líquida	Dívida fin./ativo	Curto prazo/dívida	Cobertura de juros
2021	R\$ 7,32 mi	R\$ 4,25 mi	62,9%	12,4%	0,51
2022	R\$ 8,26 mi	R\$ 6,61 mi	78,2%	11,6%	-0,26
2023	R\$ 9,50 mi	R\$ 5,06 mi	66,8%	10,7%	-0,19
2024	R\$ 11,25 mi	R\$ 8,45 mi	90,0%	28,7%	-1,22
2025	R\$ 11,56 mi	R\$ 10,50 mi	118,2%	35,2%	-3,53

A dívida financeira bruta aumentou de **R\$ 7,32 milhões em 2021** para **R\$ 11,56 milhões em 2025**. A dívida financeira líquida, deduzido o caixa e equivalentes, alcançou **R\$ 10,50 milhões em 2025**. A dívida financeira passou a representar **118,2% do ativo total**, evidenciando que o ativo contabilizado já não cobre a dívida onerosa.[2]

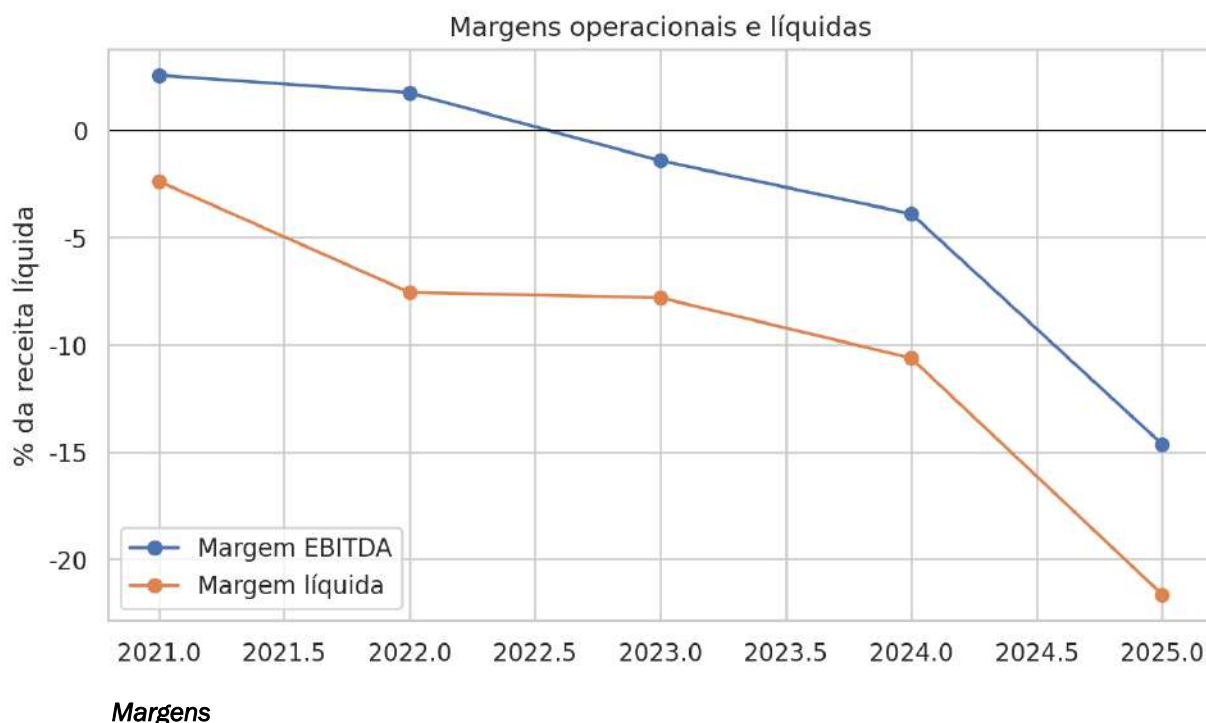


Dívida financeira

A parcela de curto prazo da dívida financeira subiu para **35,2% em 2025**, aumentando o risco de pressão imediata sobre caixa. A cobertura de juros tornou-se negativa desde

2022 e chegou a **-3,53 em 2025**, pois o EBIT foi negativo e insuficiente para suportar despesas financeiras. Esse indicador reforça a necessidade de renegociação de prazo, carência e custo da dívida.[2]

6. RENTABILIDADE, ROA, ROE E EVA



O ROA atingiu **-63,0% em 2025**, revelando destruição de resultado em relação ao ativo total.

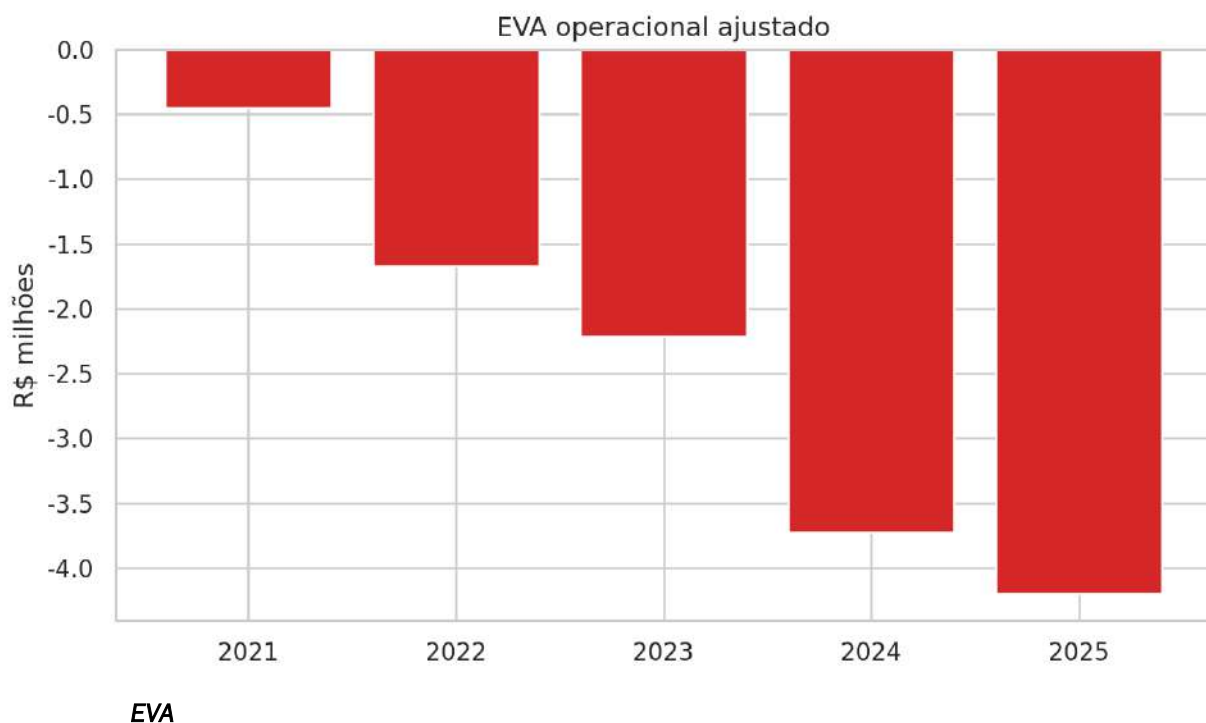
O ROE aparece matematicamente positivo em alguns anos porque tanto o patrimônio líquido quanto o resultado líquido são negativos, mas esse número não deve ser interpretado como rentabilidade positiva.

Em contexto de patrimônio líquido negativo, o ROE perde significado econômico tradicional e deve ser substituído por análise de recomposição patrimonial, solvência e geração operacional de caixa.[2]

Ano	Investimento	NOPAT	ROI	CMPC/WACC	EVA operacional ajustado
2021	R\$ 6,63 mi	R\$ 0,43 mi	6,5%	-13,2%	R\$ -0,45 mi
2022	R\$ 6,09 mi	R\$ -0,29 mi	-4,8%	-22,6%	R\$ -1,67 mi
2023	R\$ 5,54 mi	R\$ -0,27 mi	-5,0%	-35,0%	R\$ -2,21 mi
2024	R\$ 4,03 mi	R\$ -1,62 mi	-40,1%	-52,2%	R\$ -3,72 mi
2025	R\$ -1,82 mi	R\$ -4,20 mi	231,2%	170,5%	R\$ -4,20 mi

A avaliação por EVA confirma destruição de valor econômico nos anos recentes. O EVA operacional ajustado foi negativo em todo o período analisado e atingiu **R\$ 4,20 milhões negativos em 2025**.

Como o investimento econômico calculado torna-se negativo em 2025, a leitura do EVA contábil tradicional fica distorcida; por isso, o relatório prioriza o EVA operacional ajustado, que evidencia a insuficiência do NOPAT para remunerar o capital empregado e sustentar a estrutura de financiamento.[2]



7. ANÁLISES VERTICAL E HORIZONTAL

A análise horizontal evidencia que o salto de receita de **33,9% em 2024** não resultou em melhoria de resultado. Pelo contrário, o EBITDA ficou **R\$ 1,19 milhão negativo** em 2024 e piorou para **R\$ 4,17 milhões negativos** em 2025. A deterioração sugere que o crescimento de receita foi acompanhado por crescimento desproporcional de despesas operacionais ou por receitas insuficientemente remuneradas frente à estrutura assistencial.[2]

Componente	Leitura gerencial
Receita	Cresceu até 2024, mas caiu em 2025; crescimento acumulado não sustentou margem.
Despesas operacionais	Superaram 100% da receita em 2024/2025, indicando desequilíbrio estrutural de custo.
Resultado financeiro	Negativo em todo o período, pressionando déficits líquidos.



Ativo circulante	Redução acentuada em 2025, com queda de caixa e recebíveis.
Passivo circulante	Avanço expressivo, concentrando risco de curto prazo em empréstimos, salários, fornecedores e tributos.
Patrimônio líquido	Negativo em toda a série e agravado para R\$ 13,38 milhões negativos em 2025.

8. PROJEÇÕES GERENCIAIS SANEADAS PARA 2026-2028

Foi preparada uma projeção gerencial saneada e conservadora, baseada em crescimento nominal de receita de **5,0% em 2026 e 4,5% ao ano em 2027 e 2028**, com melhoria gradual de margem EBITDA decorrente de plano de recuperação operacional. Essas projeções são cenários de gestão, não promessa de desempenho.[2]

Ano	Receita líquida	Margem EBITDA	EBITDA	Resultado líquido	FCL estimado
2026	R\$ 29,92 mi	-8,0%	R\$ -2,39 mi	R\$ -4,54 mi	R\$ -1,31 mi
2027	R\$ 31,26 mi	-3,0%	R\$ -0,94 mi	R\$ -3,22 mi	R\$ -0,51 mi
2028	R\$ 32,67 mi	2,0%	R\$ 0,65 mi	R\$ -1,71 mi	R\$ 1,14 mi

Mesmo no cenário saneado, o resultado líquido projetado permanece negativo nos primeiros anos, porque a despesa financeira e a depreciação ainda absorvem a recuperação operacional. O fluxo de caixa livre estimado só se torna viável se houver redução do consumo operacional de caixa, controle de CAPEX e melhoria do ciclo de capital de giro.

9. DIAGNÓSTICO DE CONTINUIDADE DOS NEGÓCIOS

A premissa de continuidade requer que a entidade seja capaz de manter operações, honrar obrigações e financiar seu ciclo operacional no futuro previsível. No caso analisado, há **incerteza relevante** associada à continuidade, em razão de cinco fatores combinados: patrimônio líquido negativo, liquidez corrente inferior a 1, endividamento

total superior ao ativo, geração operacional negativa e saldo de tesouraria negativo em 2024 e 2025.[2] [3]

A continuidade pode ser preservada se houver medidas corretivas tempestivas. A instituição desempenha papel assistencial relevante no município e possui presença em múltiplas modalidades de atendimento, inclusive SUS, convênios e urgência.[1] Entretanto, a relevância assistencial não elimina a necessidade de disciplina econômico-financeira, governança orçamentária e reestruturação de passivos.

10. RECOMENDAÇÕES EXECUTIVAS

Prioridade	Ação recomendada	Efeito esperado
Imediata	Elaborar plano de caixa semanal de 13 semanas, separando recursos livres e vinculados.	Preservar liquidez crítica e priorizar pagamentos essenciais.
Imediata	Renegociar dívidas financeiras de curto prazo, buscando alongamento, carência e redução de custo.	Reduzir pressão do saldo de tesouraria e melhorar cobertura de juros.
Imediata	Pactuar plano de regularização de salários, encargos, fornecedores e tributos.	Mitigar risco trabalhista, fiscal e operacional.
Curto prazo	Revisar contratos SUS, convênios e particulares, com apuração de margem por linha de serviço.	Identificar serviços deficitários e oportunidades de recomposição de receita.
Curto prazo	Implantar orçamento matricial por centro de custo assistencial e administrativo.	Controlar despesas que superaram a receita em 2024/2025.
Médio prazo	Criar comitê de recuperação econômico-financeira com indicadores mensais de liquidez,	Transformar a análise em rotina de governança.

	EBITDA, dívida e capital de giro.	
Médio prazo	Reestruturar compras, estoques e ciclo de fornecedores.	Reduzir capital empatado e melhorar previsibilidade do abastecimento.
Médio prazo	Desenvolver plano de sustentabilidade assistencial, com metas de ocupação, produtividade, glosas, faturamento e recebimento.	Conectar desempenho operacional hospitalar à sustentabilidade financeira.

11. PARECER CONCLUSIVO

Com base nos documentos analisados, o Hospital São João Batista apresenta **quadro econômico-financeiro crítico**, caracterizado por déficit operacional crescente, liquidez insuficiente, endividamento elevado, patrimônio líquido negativo e classificação dinâmica desfavorável pelo modelo Fleuriet.

O ano de 2025 representa o ponto de maior deterioração da série, com margem EBITDA de **-14,6%**, margem líquida de **-21,6%**, liquidez corrente de **0,20**, dívida financeira líquida de **R\$ 10,50 milhões** e patrimônio líquido de **R\$ 13,38 milhões negativos**. [2] [3]

A recomendação técnica é tratar o caso como **plano de recuperação econômico-financeira**, e não apenas como acompanhamento contábil. A prioridade deve ser recuperar caixa, renegociar passivos, ajustar a estrutura de custos e implantar governança financeira mensal. Sem essas medidas, a continuidade operacional permanecerá exposta a risco elevado no curto prazo.

REFERÊNCIAS

- [1] CNESHOSPITALSÃOJOÃOBATISTA-1.pdf "Ficha CNES — Hospital São João Batista, emitida em 21/01/2026; informações oficiais indicadas no documento como disponíveis em <http://cnes.datasus.gov.br>"
- [2] BookFinanceiro2024.xlsx "Book financeiro e modelagem original 2021–2025 do Hospital São João Batista"
- [3] BALANCETEANALITICO-HOSPITAL12-2025.pdf "Balancete analítico de dezembro/2025 — Associação Beneficente São João Batista"
- [4] UTF-8"DEMONSTRAÇÕESFINANCEIRASHSJB-2025.pdf "Demonstrações financeiras HSJB 2025"

3º RELATÓRIO DE AUDITORIA – CONTABILIDADE E FINANÇAS

Apresentação do relatório da fase 3. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Contrato: 02/2026



Sumário

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO	4
1.1. OBJETIVO DA FASE 3	4
1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA	4
2. ANÁLISE DE DADOS	5
3. CONTEXTO DA ENTIDADE.....	5
3.1. IDENTIFICAÇÃO E NATUREZA JURÍDICA	5
3.2. FINALIDADE INSTITUCIONAL.....	6
3.3. AMBIENTE DE CONTEXTO	6
3.3.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO	6
3.3.2 CONTEXTO ECONÔMICO.....	6
3.3.3 CONTEXTO MERCADOLÓGICO.....	7
3.3.4. CONTEXTO REGULATÓRIO.....	7
3.4. CAPACIDADE INSTALADA	8
3.4.1. INFRAESTRUTURA FÍSICA.....	8
3.4.2 RECURSOS HUMANOS	8
3.4.3 EQUIPAMENTOS MÉDICOS.....	9
4. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM FINANÇAS E CONTABILIDADE.....	10
4.1. PRINCIPAIS ACHADOS DE AUDITORIA	10
4.1.1. PILAR 1: GOVERNANÇA, ESTRATÉGIA E COMPLIANCE.....	10
4.1.2. PILAR 2: CONTROLADORIA E CONTABILIDADE	13
4.1.3 PILAR 3: GESTÃO FINANCEIRA E CICLO DE RECEITA.....	16
4.1.4. PILAR 4: SUPRIMENTOS, CUSTOS E CONTRATOS	20
4.2. RESUMO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS NECESSÁRIAS	22
5. ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DE 2021 A 2025, COM BASE NO BALANCETE DE DEZEMBRO/2025 E DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS AUDITADAS.....	23
5.1. INDICADORES SINTÉTICOS DE ALERTA	23
5.2. ACHADOS CRÍTICOS	23
5.3. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS IMEDIATAS	24
6. DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS CONSOLIDADAS	25
6.1 BALANÇO PATRIMONIAL (2021-2025)	25
6.2 DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO (2021-2025)	26



6.3. PRINCIPAIS KPIs DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	27
6.3.1 INDICADORES LIQUIDEZ CORRENTE	27
6.3.2 INDICADORES LIQUIDEZ SECA (TESTE ÁCIDO)	27
6.3.3 INDICADORES LIQUIDEZ IMEDIATA (CAIXA).....	28
6.4. INDICADORES DE RENTABILIDADE	28
6.4.1. Margem Líquida.....	28
6.4.2. Margem EBITDA.....	29
6.4.3. Retorno sobre Ativo Total (ROA)	29
6.4.4. Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE)	29
6.5. INDICADORES DE ENDIVIDAMENTO.....	30
6.5.1. Índice de Endividamento Geral	30
6.6. INDICADORES ESPECÍFICOS DO SETOR HOSPITALAR	31
6.6.1. Receita por Leito.....	31
6.6.2. Custo por Leito.....	32
6.6.3. Despesa com Pessoal	32
7. EVOLUÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS	33
7.1 RECEITA OPERACIONAL LÍQUIDA (2021-2025).....	33
7.2 COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS POR ORIGEM (2025)	33
7.3 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS POR FONTE (2021-2025).....	34
8. RISCO DE INSOLVÊNCIA E CONTINUIDADE DA ENTIDADE.....	34
8.1 Análise de Insolvência Técnica	34
8.1.1 Patrimônio Líquido Negativo.....	34
8.1.2. Cobertura de Dívida.....	35
8.2 Análise de Continuidade Operacional.....	35
8.2.1 Fluxo de Caixa Operacional.....	35
8.2.2 Capacidade de Pagamento.....	36
8.2.3 Índice de Cobertura de Juros (ICJ).....	36
9. ANÁLISE DO FLUXO DE CAIXA LIVRE.....	37
9.1 FLUXO DE CAIXA OPERACIONAL (FCO)	37
9.2 FLUXO DE CAIXA LIVRE (FCL)	37
10. ANÁLISE DINÂMICA – MODELO FLEURIET.....	38
10.1 COMPONENTES DO MODELO.....	38



10.2 CLASSIFICAÇÃO DA ESTRUTURA FINANCEIRA.....	38
10.3 INTERPRETAÇÃO DO TIPO 5 (MUITO RUIM).....	38
10.4 INDICADORES DINÂMICOS	39
11. EVA – VALOR ECONÔMICO AGREGADO	39
11.1 CÁLCULO DO EVA	39
11.2 ANÁLISE DO EVA.....	40
12. EVOLUÇÃO REAL E COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS	40
12.1 COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS POR ORIGEM (2025)	40
12.2 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS POR FONTE (2021-2025)	41
12.3 ANÁLISE DE DEPENDÊNCIA.....	41
13. TENDÊNCIAS PARA OS PRÓXIMOS PERÍODOS	41
13.1 CENÁRIOS PROJETADOS.....	41
13.2 TENDÊNCIAS IDENTIFICADAS.....	42
14. ANÁLISE DAS QUESTÕES CRÍTICAS E CAUSAS-RAIZ.....	42
14.1 MATRIZ DE CAUSAS-RAIZ.....	42
14.2 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO	43
15. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	44
15.1 DIAGNÓSTICO FINAL	44
15.2 PROBABILIDADE DE DESCONTINUIDADE	44
15.3 RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS.....	44
16. PLANO DE AÇÃO	46
16.1 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO	46
16.2 METAS POR PERÍODO	48
16.3 RESPONSÁVEIS E RECURSOS	49
17. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
17.1 PARECER SOBRE CONTINUIDADE.....	49
17.2 CONDIÇÕES PARA CONTINUIDADE	50
17.3 RESPONSABILIDADE TÉCNICA	50
18. ANEXOS	51
18.1. GLOSSÁRIO DE INDICADORES	51

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 3

Análise e Diagnóstico - Abril de 2026

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

Empresa Auditora: Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

Período de Relatório: março a abril de 2026

Data de Emissão: 13 de abril de 2026

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o **progresso da Fase 3 (Análise e Diagnóstico)** da auditoria do Hospital São João Batista durante o mês de abril de 2026. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Durante este período, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas das evidências, avaliação de conformidade com Lei Complementar 187/2021, ANVISA, critérios ONA e princípios IBGC. Os achados foram consolidados em matriz de achados.

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO

1.1. OBJETIVO DA FASE 3

A Fase 3 (Análise e Diagnóstico) tem como objetivo **transformar as evidências coletadas em achados estruturados, conclusões fundamentadas e diagnóstico técnico abrangente.**

Nesta fase, a equipe de auditoria utiliza técnicas de análise de dados, avalia conformidade com normas e regulamentos, identifica e documenta irregularidades, e elabora diagnóstico preliminar que será refinado para o relatório final.

1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA

A qualidade da análise determina a credibilidade dos achados e conclusões da auditoria. Uma análise inadequada pode resultar em achados imprecisos ou incompletos. Portanto, **a Fase 3 é executada com rigor metodológico, utilizando técnicas de análise quantitativa e qualitativa, e garantindo que todos os achados sejam suportados por evidências verificáveis.**

2. ANÁLISE DE DADOS

Período: março a abril de 2026

Responsável: Equipe de Auditores

Objetivo: Utilizar técnicas de análise de dados para identificar anomalias, tendências e padrões.

Técnicas Utilizadas:

- Análise de Variância: Comparação de valores orçados vs. realizados
- Análise de Tendências: Identificação de padrões ao longo do tempo
- Análise de Correlação: Identificação de relações entre variáveis
- Análise de Outliers (valores discrepantes): Identificação de valores anormais
- Análise Comparativa: Comparação com benchmarks e melhores práticas

3. CONTEXTO DA ENTIDADE

3.1. IDENTIFICAÇÃO E NATUREZA JURÍDICA

Aspecto	Informação
Razão Social	Associação Beneficente São João Batista
CNPJ	26.001.230/0001-69
CNES	2080226
Localização	Visconde do Rio Branco, Minas Gerais
CEP	36.520-000
Código IBGE do Município	317200
Natureza Jurídica	Associação Civil Filantrópica
Classificação	Entidade Sem Fins Lucrativos
Inscrição Estadual	Isenta - Entidade Beneficente de Assistência Social (EBAS)
Atividade Principal	Serviços Hospitalares e Ambulatoriais

3.2. FINALIDADE INSTITUCIONAL

O Hospital Beneficente São João Batista constitui-se como entidade filantrópica dedicada à prestação de serviços de saúde à população de Visconde do Rio Branco e região, operando sob regime de complementaridade com o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênios com a Prefeitura Municipal.

3.3. AMBIENTE DE CONTEXTO

3.3.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Visconde do Rio Branco, MG, pertence à **Macrorregião de Saúde Sudeste**. Dentro desta macrorregião, o município está inserido na **Microrregião de Saúde de Ubá**, que é um dos agrupamentos regionais referenciados dentro da região maior da Zona da Mata mineira, tendo Juiz de Fora como polo macro.

Visconde do Rio Branco, MG, pertence à **Microrregião de Saúde de Ubá** (Código 31048), que integra a **Macrorregião Sudeste**.

Com base na planilha de regionalização do SUS/MG, a população referenciada abrange o município de Visconde do Rio Branco (com cerca de 40.711 habitantes segundo estimativas recentes) e os municípios vizinhos que compõem essa rede.

O Hospital é o **único hospital filantrópico da região**, atendendo não apenas Visconde do Rio Branco, mas uma população referenciada estimada em 250.000 habitantes.

3.3.2 CONTEXTO ECONÔMICO

O período 2021-2025 caracterizou-se por:

- **2021-2022:** Recuperação pós-pandemia com volatilidade nas receitas de pacientes
- **2023:** Expansão de receitas (ROL de R\$ 22,9 mi) com aumento de subvenções
- **2024:** Crescimento significativo (ROL de R\$ 30,7 mi) impulsionado por novos convênios SES-MG
- **2025:** Contração de 7,2% na receita (R\$ 28,5 mi) com aumento desproporcional de despesas

Inflação e Custos: Período marcado por inflação acumulada de 35-40%, impactando especialmente custos com pessoal, medicamentos e materiais hospitalares.

3.3.3 CONTEXTO MERCADOLÓGICO

Demanda de Serviços:

- População de Visconde do Rio Branco: 39.160 habitantes, segundo o Censo do IBGE/2022.
- Microrregião de Ubá: estimada de 200.000 habitantes
- Demanda reprimida de serviços hospitalares na região

Posicionamento:

- Único hospital filantrópico da cidade.
- Referência para procedimentos de média complexidade
- Dependência de SUS para mais de 70% das internações

3.3.4. CONTEXTO REGULATÓRIO

Legislação Aplicável:

- Lei Complementar 187/2021 (Estatuto das Entidades Filantrópicas)
- Constituição Federal (Artigos 196-200 – Saúde)
- Lei 8.080/1990 (SUS) e Lei 8.142/1990
- Normas Brasileiras de Contabilidade (ITG 2002 (R1) – Entidades finalidade de lucro)
- Resoluções SES-MG (Termos de Metas e Convênios)
- Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000)

Obrigações Principais:

- Manutenção de Certificado de Entidade Beneficente (CEBAS)
- Cumprimento de metas de atendimento SUS
- Publicação de demonstrações contábeis auditadas
- Conformidade com regulações de vigilância sanitária

3.4. CAPACIDADE INSTALADA

3.4.1. INFRAESTRUTURA FÍSICA

Especialidade	Leitos Existentes	Leitos SUS	% Destinado ao SUS
UTI Adulto – Tipo II	10	10	100,00%
Cirurgia Geral	17	8	47,06%
Clínica Geral	52	42	80,77%
Saúde Mental	2	2	100,00%
Obstetrícia Cirúrgica	7	3	42,86%
Obstetrícia Clínica	4	1	25,00%
Pediatria Clínica	8	4	50,00%
TOTAL	100	70	70,00%

3.4.2 RECURSOS HUMANOS

Categoria Profissional	CBO	Quantidade de Profissionais
Médico Clínico	225125	14
Médico Intensivista	225170	4
Médico Cirurgião Geral	225103	5
Médico Ginecologista/Obstetra	225255	4
Médico Pediatra	225275	4
Médico Anestesiologista	225101	4
Médico Ortopedista e Traumatologista	225270	3
Médico Cardiologista	225115	2
Médico Neurologista	225265	2
Médico Urologista	225315	1



Médico Otorrinolaringologista	225272	1
Médico Oftalmologista	225268	1
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	225285	2
Médico em Medicina de Família e Comunidade	225142	1
Enfermeiro Assistencial	223505	18
Enfermeiro em UTI	223535	6
Técnico de Enfermagem	322230	78
Auxiliar de Enfermagem	322205	12
Fisioterapeuta	223605	6
Nutricionista	223710	3
Farmacêutico	223208	3
Psicólogo Clínico	251510	2
Assistente Social	251605	2
Fonoaudiólogo	223910	1
Técnico em Radiologia	322135	4
Técnico em Laboratório	322205	3
TOTAL		186

Observação: Folha de pessoal representa 47,6% da receita operacional em 2025, acima do recomendado para hospitais (40-45%).

3.4.3 EQUIPAMENTOS MÉDICOS

- Imobilizado em Bens de Uso: R\$ 13.027.158 (bruto)
- Aparelhos Médico-Cirúrgicos: R\$ 7.752.909
- Computadores e Periféricos: R\$ 325.425

- Máquinas e Equipamentos: R\$ 732.035
- Depreciação Acumulada: R\$ 7.433.440

4. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM FINANÇAS E CONTABILIDADE

4.1. PRINCIPAIS ACHADOS DE AUDITORIA

A visita foi organizada/estruturada em 4 pilares principais, com foco no “estado atual” (As-Is) e nas lacunas identificadas na fase documental.

4.1.1. PILAR 1: GOVERNANÇA, ESTRATÉGIA E COMPLIANCE

Objetivo: Avaliar como a alta direção conduz o hospital e gerencia seus riscos, especialmente diante da ausência de planejamento e indicadores formalizados.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Planejamento Estratégico:** O hospital possui um plano estratégico formalizado? Como os objetivos são desdobrados para as áreas (ex: metas financeiras e de qualidade)? *Ação: Solicitar evidências de acompanhamento das metas.*

Resposta: O hospital não possui um plano estratégico formalizado, ferramenta essencial para direcionamento institucional, gestão de riscos e sustentabilidade econômico-financeira a longo prazo.

2. **Painel de Indicadores (KPIs):** Quais são os principais indicadores de gestão que a diretoria acompanha mensalmente (ex: margem EBITDA, liquidez, giro de leitos)? Existe um fórum estruturado para discussão desses números? *Ação: Verificar a existência de dashboards* ou relatórios gerenciais.*

Resposta: O hospital não tem definido indicadores de gestão para acompanhamento sistemático e periódico pela alta direção e gestores.

3. **Gestão de Riscos e Seguros:** Como a instituição mapeia e mitiga seus principais riscos (financeiros, jurídicos, operacionais)? Existe uma Matriz de Riscos formal? O hospital possui apólices de seguros ativas (incêndio, responsabilidade civil)? *Ação: Solicitar cópia das apólices vigentes.*

Resposta: A entidade não procedimentos de mapeamento de riscos de quaisquer naturezas e não possui apólices de seguro ativas.

4. **Cultura de *Compliance* e Controles Internos:** Existe um Código de Conduta e Canal de Denúncias ativo? Quais são as normas de controle interno para mitigar riscos de fraudes? *Ação: Avaliar a segregação de funções e as alçadas de aprovação.*

Resposta: Existe um Código de Conduta formalizado, mas não existe um Canal de Denúncias ativo. Não foi possível verificar se o Código de Conduta e amplamente difundido entre os empregados da entidade. Não existe política e procedimentos internos para mitigar os riscos de fraudes, com definição clara da segregação de funções e alçadas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES FILANTRÓPICAS

1. FUNDAMENTAÇÃO E IMPORTÂNCIA

O planejamento estratégico em uma organização hospitalar filantrópica transcende a mera administração financeira; ele é o alicerce da **sustentabilidade institucional**. Em um cenário onde os recursos são finitos e a demanda social é crescente, planejar é o que garante que a missão de cuidar permaneça viável a longo prazo.

2. O "NORTE VERDADEIRO" E A GOVERNANÇA

A governança corporativa no setor filantrópico utiliza o conceito de **Norte Verdadeiro (True North)** como uma lente para alinhar todos os níveis da organização.

- **Unidade de Objetivos:** Garante que desde a recepção até a alta complexidade cirúrgica, todos compreendam as metas prioritárias.
- **Lente Estratégica:** Serve para filtrar decisões. Se uma nova iniciativa não converge para o "Norte Verdadeiro" (ex: segurança do paciente e sustentabilidade), ela é descartada ou readequada.

3. REQUISITOS REGULATÓRIOS E JURÍDICOS (ANVISA)

O planejamento deve integrar obrigatoriamente as resoluções da **ANVISA**, com destaque para a **RDC nº 63/2011**.

- **Conformidade:** A gestão deve prever investimentos contínuos em infraestrutura e processos para atender aos requisitos de Boas Práticas de Funcionamento.
- **Segurança Jurídica:** O cumprimento estrito das normas sanitárias protege a instituição contra sanções e fortalece a defesa em questões de responsabilidade civil.

4. ACREDITAÇÃO ONA (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO)

A adoção dos padrões **ONA** no planejamento estratégico eleva a maturidade da gestão hospitalar através de três níveis fundamentais:

1. **Nível 1 (Acreditado):** Foco na segurança do paciente.
2. **Nível 2 (Acreditado Pleno):** Foco na gestão integrada e interação entre processos.
3. **Nível 3 (Acreditado com Excelência):** Foco na cultura de melhoria contínua e sustentabilidade institucional.

5. PRÁTICAS E BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO

Abaixo, as principais práticas que devem compor o mapa estratégico da organização:

Eixo Estratégico	Prática de Gestão	Objetivo Principal
Financeiro	Gestão de Custos e Receita	Garantir o equilíbrio entre o atendimento SUS e o suplementar.
Processos	Gestão de Riscos Assistenciais	Reduzir eventos adversos e aumentar a segurança clínica.
Pessoas	Treinamento e Desenvolvimento	Alinhar o corpo clínico e administrativo à cultura filantrópica.
Social	Compliance e Transparência	Fortalecer a imagem institucional para captação de recursos e doações.

6. CONCLUSÃO

O planejamento estratégico não é um documento estático, mas um processo vivo. Para instituições filantrópicas, ele representa a profissionalização da caridade, permitindo que a organização cumpra seu papel social com excelência técnica, rigor jurídico e saúde financeira.

4.1.2. PILAR 2: CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

Objetivo: Avaliar a fidedignidade das informações, conformidade legal (especialmente CEBAS e LC 187/2021) e o uso da contabilidade como ferramenta de gestão, dado o atraso nas demonstrações de 2025.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Tempestividade e Fechamento:** Qual é a justificativa para o atraso nas Demonstrações Contábeis e no SPED Contábil (ECD) de 2025? Qual é o prazo médio de fechamento mensal? *Ação: Estabelecer prazo limite para entrega das DFs de 2025.*

Resposta: A contabilidade é terceirizada executada externamente. Segundo os responsáveis eles seguem os prazos legais para a liberação das Demonstrações Contábeis, desconsiderando, com isto, as necessidades gerenciais. Ponderamos, na oportunidade, que a contabilidade é a principal base de dados estruturada que a empresa possui, essencial, para o acompanhamento do desempenho econômico-financeiro da entidade. Sem ela é impossível ter uma visão do desempenho, da liquidez, das mutações patrimoniais. Solicitamos, na oportunidade, que as demonstrações sejam liberadas até o dia 15 de abril.

2. **Gestão do CEBAS e Imunidades:** Como é feito o controle rigoroso da segregação de receitas e despesas (SUS x Privado) exigido pela LC 187/2021? Como são calculadas as imunidades tributárias e contribuições sociais não recolhidas? *Ação: Solicitar a memória de cálculo das imunidades (Art. 4º da LC 187).*

Resposta: Não nos foi apresentado a memória de cálculo das imunidades, considerando a Constituição Federal e a Lei Complementar 187. Documento de Suporte para a Comprovação do cálculo correto das contribuições sociais (Cota Patronal, RAT, GILRAT, PIS) que deixaram de ser recolhidas devido à certificação CEBAS.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE

A entidade adota o Sistema Integrado de Gestão (ERP).

O software SPData é uma solução de **Hospital Information System (HIS)** consolidada no mercado brasileiro, reconhecida pela sua capacidade de se adaptar a instituições de diferentes portes.

Para um hospital de porte médio (entre 51 e 150 leitos), ele é frequentemente avaliado como uma opção equilibrada entre robustez técnica e custo de implementação.

MÓDULOS INTEGRADOS AO SISTEMA

O SPData organiza-se em módulos que cobrem as principais áreas da operação hospitalar:

1. Assistencial:

1. **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Centralização de históricos, exames e evoluções.
2. **Gestão de Internação e Leitos:** Controle de ocupação e giro de leitos.
3. **Centro Cirúrgico:** Agendamento e registro de procedimentos.

2. Administrativo e Logístico:

1. **Estoque e Farmácia:** Gestão de suprimentos, materiais e medicamentos com controle de validade.
2. **Compras e Suprimentos:** Automação do fluxo de aquisição junto a fornecedores.

3. Financeiro e Faturamento:

1. **Faturamento (SUS e Convênios):** Gestão de contas hospitalares e recursos de glosas.
2. **Financeiro:** Contas a pagar, receber, fluxo de caixa e tesouraria.

4. Gestão e Auditoria:

1. **BI (Business Intelligence):** Painéis de indicadores para tomada de decisão estratégica.
2. **Auditoria de Contas:** Verificação de processos para garantir a rentabilidade da instituição.

Essa estrutura integrada permite que um hospital de porte médio mantenha uma visão holística da operação, desde a entrada do paciente no pronto-socorro até o faturamento final da conta hospitalar.

MÓDULOS INTEGRADOS (CHECKLIST DE FUNCIONALIDADES)

O sistema SPData é modular e altamente integrado. Verificar se estes módulos centrais estão conversando entre si para garantir o retorno do investimento:

Área	Principais Módulos Integrados
Assistencial	Prontuário Eletrônico (PEP), Gestão de Leitos, Centro Cirúrgico, Ambulatório e Classificação de Risco.
Suprimentos	Estoque Central, Farmácia (com controle de lotes/validade), Compras e Recebimento de Materiais.
Financeiro	Faturamento (SUS, Convênios e Particular), Contas a Pagar/Receber, Tesouraria e Fluxo de Caixa. Contabilidade.
Estratégico	Painéis de BI (Indicadores), Auditoria de Contas e Gestão de Glosas.
Apoio	Nutrição, Higienização, Manutenção de Equipamentos e Gestão de RH/Escalas. Gestão da folha de pagamento

3. DIAGNÓSTICO E MELHORIA

O sistema não está totalmente implantado, com muitas das suas funcionalidades não utilizadas, algumas críticas como a contabilidade, pessoal (folha de pagamento), controle de custos (inicializado, mas não disponibilizado gerencialmente), financeiro (gestão de tesouraria). O que limita seus benefícios.

Dica: Antes de considerar a troca (que tem um custo de migração altíssimo), vale realizar um levantamento de processos para entender se a inclusão de um novo módulo ou a reestruturação dos atuais (como o da contabilidade) não traria um retorno sobre o TCO mais rápido.

4.1.3 PILAR 3: GESTÃO FINANCEIRA E CICLO DE RECEITA

Objetivo: Avaliar a eficiência na geração de caixa, gestão de glosas, controle de passivos e tesouraria.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Ciclo de Receita e Glosas:** Qual é o tempo médio entre a alta do paciente e o faturamento? Qual é o índice histórico de glosas (iniciais e definitivas) e como elas são tratadas na causa raiz? *Ação: Analisar o fluxo de contas a receber e as ações de recuperação de glosas.*

Resposta: Não foi possível analisar o fluxo de contas a receber e, ainda, ações de recuperação de glosas.

2. **Gestão de Empréstimos e Parcelamentos:** Como são acompanhados os empréstimos a pagar e a apropriação de juros (regime de competência)? Como está o cumprimento dos parcelamentos tributários (Refis)? *Ação: Solicitar cópia dos contratos de empréstimo e extratos do Refis (curto e longo prazo).*

Resposta: Não nos foi apresentado cópias dos contratos de empréstimos e extratos de parcelamentos tributários. Não tivemos acesso, também, das memórias de cálculo dos empréstimos e parcelamentos tributários. Com isto ficou impossível a confrontação com a contabilidade para verificar a aplicação do regime de competência na apropriação de juros e despesas financeiras.

3. **Subvenções e Depósitos Judiciais:** Como são controlados os recursos de subvenções (emendas, convênios) e a respectiva prestação de contas? Existe conciliação dos depósitos judiciais? *Ação: Verificar contratos de subvenção e extratos de depósitos vinculados a processos.*

Resposta: Não tivemos acesso aos Contratos e Plano de Trabalho das subvenções o que impossibilita seu confronto com a contabilidade.

4. **Controles Internos (Tesouraria):** Como funciona a segregação de funções no contas a pagar? Existe movimentação de “fundo fixo” (caixinha)? Como é controlado? *Ação: Verificar o fluxo de aprovação de pagamentos.*

Resposta: Não existe controles internos formais (política e procedimentos) que garanta a integridade e gestão de riscos associados às atividades de tesouraria. Segundo nos foi informado

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GESTÃO FINANCEIRA:

O planejamento financeiro consiste em determinar como uma entidade vai pagar suas obrigações para atingir seus objetivos estratégicos e operacionais. Normalmente, uma entidade cria um Plano Financeiro imediatamente após o momento em que a visão geral e os objetivos financeiros da entidade foram definidos.

O Plano Financeiro descreve cada uma das atividades, recursos, equipamentos e materiais que são necessários para atingir estes objetivos, bem como os prazos envolvidos.

O Planejamento Financeiro envolve as seguintes tarefas:

- 1. Avaliar o Ambiente de Negócios**
 - a. Avaliar o ambiente de negócios.
 - b. Confirmar a visão e objetivos de negócio.
- 2. Recursos**
 - a. Identificar o tipo de recursos necessários para atingir os objetivos.
 - b. Quantificar a quantidade de recursos (equipamentos de trabalho, materiais).
- 3. Custos e Riscos**
 - a. Calcular o custo total de cada tipo de recursos.
 - b. Resumir os custos para criar um orçamento.
 - c. Identificar os riscos e problemas com o orçamento definido.

Realizar o Planejamento Financeiro é fundamental para o sucesso de qualquer organização. Prevê o Plano de Negócios, com rigor, para confirmar que os objetivos definidos são realizáveis do ponto de vista financeiro. Também ajuda a alta direção a definir os objetivos financeiros para a organização e remuneração (e benefícios) para seus colaboradores, quais as metas e indicadores de performance financeira.

O papel do Planejamento Financeiro inclui três categorias:

1. Papel estratégico da gestão financeira.
2. Objetivos da gestão financeira.
3. O ciclo do planejamento.

O processo do planejamento é um esforço de gestão coesa, que organiza a gestão do conhecimento, mobiliza a entidade e suas fontes, e concentra os recursos na realização dos objetivos da entidade.

Enquanto, o orçamento deve ser desenvolvido por aqueles que têm a responsabilidade para a sua realização, sem prejuízo das exigências e expectativas da organização.

Ele não precisa ser completamente detalhado em todos os aspectos para ser útil e eficaz. O nível de detalhe deve ser regido pelo valor das informações que estão sendo desenvolvidas.

Já a administração financeira é o ramo das finanças que se preocupa com a aplicação das técnicas de gestão financeira. É uma abordagem interdisciplinar que se apoia na contabilidade gerencial e finanças corporativas.

A administração financeira é a coordenação de esforços que visa a planejamento e controle dos lucros de uma empresa. Para isso, é necessário que haja uma integração perfeita entre as técnicas administrativas de controle da produção, dos estoques, das vendas e da utilização dos recursos disponíveis.

Dentro do ambiente empresarial, a administração financeira volta-se basicamente para as seguintes funções:

a) planejamento financeiro, o qual procura evidenciar as necessidades de crescimento da empresa, assim como identificar eventuais dificuldades e desajustes futuros. Por meio desse planejamento, ainda, é possível ao administrador financeiro selecionar, com maior margem de segurança, os ativos mais rentáveis e condizentes com os negócios da empresa, de forma a estabelecer uma rentabilidade mais satisfatória sobre os investimentos;

b) controle financeiro, o qual se dedica a acompanhar e avaliar todo o desempenho financeiro da empresa, como custos e despesas, margens de ganhos, volume de vendas, liquidez de caixa, endividamento etc. Análises de desvios que venham a ocorrer entre os resultados previstos e realizados, assim como propostas de medidas corretivas necessárias, são algumas das funções básicas da controladoria financeira;

c) administração de ativos, que deve perseguir a melhor estrutura, em termos de risco e retorno, dos investimentos (ativos) empresariais e proceder a um gerenciamento eficiente de seus valores. A administração dos ativos acompanha também as defasagens que podem ocorrer entre entradas e saídas de dinheiro de caixa, o que é geralmente associado à gestão do capital de giro;

d) administração de passivos, que se volta para a aquisição de fundos (financiamentos) e o gerenciamento de sua composição (proporção entre capital próprio e capital de terceiros), procurando definir a estrutura de capital mais adequada em termos de liquidez, redução de seus custos e risco financeiro.

A gestão financeira, a partir daí, sempre tem o objetivo de saber o que os números significam. Os gestores podem comparar os retornos com outras entidades e perguntar:

- Estamos saindo melhor ou pior que nossos competidores?
- Em caso negativo, qual é a origem do problema?
- Não temos margem de lucro?
- Se não, por quê?
- Não temos as mesmas despesas?
- Será que estamos pagando mais por algo que os nossos competidores?

A gestão de caixa tem por base o ciclo operacional. O ciclo operacional de uma empresa, genericamente, é definido como o montante de tempo que vai do ponto em que a empresa coloca material e trabalho no processo de produção até o momento em que o dinheiro da venda do produto acabado é arrecadado. Desta forma o ciclo é formado por dois componentes: a idade média do estoque (IME) e o período médio de cobrança de vendas (PMC).

$$CO = IME + PMC$$

O **ciclo de caixa** inicia-se, desta forma, quando as compras de matérias-primas são pagas e termina quando se recebe o pagamento das contas a receber.

O número de dias do ciclo operacional menos o período médio de pagamento para insumos de produção representa o ciclo de caixa (CC).

$$CC = CO - PMP = IME + PMC - PMP$$

A necessidade de tomada de decisões financeiras a curto prazo é indicada, desta forma, pela defasagem entre as entradas e as saídas de caixa. Ela está relacionada às durações do ciclo operacional e do ciclo de caixa. Essa defasagem pode ser coberta pela obtenção de empréstimos ou pela manutenção de uma reserva de liquidez sob a forma de títulos negociáveis.

Ter um ciclo de caixa negativo significa que o período médio de pagamento (PMP) excede o ciclo operacional (CO). No caso mais frequente, contudo, os ciclos de caixa são

positivos, o que conduz a empresa a ir a busca de estratégias que minimizem o CC sem perder em vendas ou prejudicar crédito no mercado.

Com isto, uma boa gestão financeira tem que ter em vista todos os fatores. -

4.1.4. PILAR 4: SUPRIMENTOS, CUSTOS E CONTRATOS

Objetivo: Avaliar a eficiência na alocação de recursos, gestão de estoques e mitigação de riscos na contratação de terceiros.

- **Questões Diagnósticas e Verificações:**

1. **Gestão de Custos:** O hospital possui apuração de custos por centro de custo, procedimento ou paciente? A diretoria conhece a margem de contribuição por especialidade/operadora? *Ação: Solicitar relatórios gerenciais de custos.*

Resposta: Nos foi apresentado um Relatório de Custos com apropriação por centros de custos e natureza dos custos, não foi possível validar os dados contidos no relatório, nem mesmo verificar a apuração de custos por procedimentos e/ou pacientes-dia. É necessário considerar que a contabilidade não reconhece esses custos, nem os apresenta em suas Demonstrações Contábeis.

2. **Gestão de Estoques:** Qual é a acurácia do inventário da farmácia e almoxarifado? Existe rastreabilidade completa de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais)? *Ação: Inspeção in loco para contagem por amostragem e verificação de validade de itens.*

Resposta: Essa trilha foi executada pela auditora Cristina Márcia, em seu roteiro assistencial.

3. **Homologação de Fornecedores:** Quais são os critérios para homologar novos fornecedores? Existe checagem de idoneidade e capacidade financeira (*Due Diligence*)? *Ação: Analisar o cadastro de fornecedores críticos.*

Resposta: Não há, formalmente, uma política de homologação de fornecedores. São utilizados sistema terceirizado de compras que contém um cadastro de fornecedores.

4. **Gestão de Contratos:** Como o hospital avalia o desempenho dos serviços terceirizados (SLA)? Existe controle de risco de vínculo empregatício nas contratações de PJs? *Ação: Amostragem de contratos de serviços médicos terceirizados.*

Resposta: A entidade não adota nenhum controle, nem avalia o desempenho dos serviços terceirizados (SLA), nem controle de riscos associados. Não verificamos os contratos de serviços médicos terceirizados.

JUSTIFICATIVA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE CONTROLES INTERNOS

A inexistência de processos formais de controle e a desconexão entre a contabilidade e a operação (como visto na gestão de custos e contratos) expõem a instituição a riscos sanitários e jurídicos severos.

A conformidade não é apenas administrativa, mas um requisito para a **garantia da segurança do paciente e sustentabilidade do negócio.**

1. SUSTENTABILIDADE E GOVERNANÇA (GESTÃO DE CUSTOS)

- **Fundamentação:** A RDC 63/2011 exige que a administração garanta os recursos necessários para a continuidade da assistência segura.
- **Justificativa:** Sem a integração entre os custos operacionais e as Demonstrações Contábeis, a instituição opera em "ponto cego" financeiro. O controle interno é necessário para validar a veracidade dos dados e garantir que a margem de contribuição suporte os investimentos em segurança do paciente exigidos pela ONA (Manual de Gestão Organizacional).

2. RASTREABILIDADE E SEGURANÇA ASSISTENCIAL (ESTOQUES E OPME)

- **Fundamentação:** A RDC 36/2013 (Segurança do Paciente) e as normas da ONA sobre Ciclo do Medicamento.
- **Justificativa:** A falta de acurácia no inventário e falhas na rastreabilidade de OPME violam diretamente as normas da ANVISA. Controles de estoque rigorosos são barreiras contra o uso de itens vencidos ou não registrados, evitando eventos adversos e glosas de faturamento.

3. GESTÃO DE RISCOS DE TERCEIROS (FORNECEDORES E SLAS)

- **Fundamentação:** Requisitos de Qualificação de Fornecedores (RDC 63/2011) e Padrões ONA sobre **Gestão de Serviços Terceirizados**.
- **Justificativa:** A ANVISA estabelece que a responsabilidade pela qualidade dos insumos é solidária. A ausência de uma política de *Due Diligence* e de SLAs (Acordos de Nível de Serviço) impede a verificação da idoneidade técnica dos fornecedores. Conforme os padrões da ONA, a instituição deve monitorar se o terceiro entrega a mesma segurança que o serviço próprio, sob risco de perder a acreditação.

4. MITIGAÇÃO DE PASSIVOS JURÍDICOS E TRABALHISTAS

- **Fundamentação:** Normas de Governança da ONA e legislações vigentes.
- **Justificativa:** A falta de controle sobre o vínculo de PJs e o desempenho de terceiros cria um passivo trabalhista e cível latente. O controle interno deve instituir fluxos de verificação de documentos e conformidade contratual para proteger o patrimônio da entidade.

4.2. RESUMO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS NECESSÁRIAS

Para alinhar a instituição às normas vigentes, a adoção das seguintes políticas é inadiável:

1. **Instituição do Ciclo PDCA na Gestão:** Alinhando a contabilidade aos custos reais para tomada de decisão baseada em evidências.
2. **Política de Suprimentos:** Formalização da homologação de fornecedores com foco em critérios técnicos e sanitários.
3. **Gestão de Desempenho (SLA):** Criação de indicadores de qualidade para todos os contratos terceirizados, conforme exigido para Acreditação Nível 2 e 3 da ONA.

Conclusão: A implementação dessas políticas não visa apenas o controle burocrático, mas sim a criação de uma **Cultura de Segurança**, onde cada processo auditável reduz a probabilidade de erro assistencial e fragilidade financeira.

5. ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DE 2021 A 2025, COM BASE NO BALANCETE DE DEZEMBRO/2025 E DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS AUDITADAS

A Associação Beneficente São João Batista (HSJB), entidade filantrópica localizada em Visconde do Rio Branco, Minas Gerais (CNES 2080226, CNPJ 26.001.230/0001-69), **apresenta situação econômico-financeira crítica que demanda intervenção imediata.**

Este relatório consolida análise das demonstrações contábeis de 2021 a 2025, com base no balancete de dezembro/2025 e demonstrações financeiras auditadas, revelando deterioração progressiva dos indicadores de solvência, rentabilidade e continuidade operacional.

5.1. INDICADORES SINTÉTICOS DE ALERTA

Indicador	2021	2022	2023	2024	2025	Tendência
Liquidez Corrente	1,48	0,75	1,08	0,54	0,20	● Crítica
Margem Líquida	-2,4%	-7,6%	-7,8%	-10,6%	-21,6%	● Crítica
Endividamento Geral	1,00	1,00	1,00	1,00	2,37	● Crítica
EBITDA (R\$)	504.876	342.956	-323.482	-1.193.290	-4.169.255	● Crítica
Fluxo Caixa Operac. (R\$)	1.361.000	-686.331	-3.024.807	-5.397.467	-12.503.830	● Crítica
Patrimônio Líquido (R\$)	-688.539	-2.162.553	-3.951.597	-7.212.608	-13.378.403	● Crítica

5.2. ACHADOS CRÍTICOS

1. Insolvência Técnica e Risco de Continuidade

- Patrimônio Líquido negativo de R\$ 13.378.403 em 2025 (déficit acumulado)
- Passivo total de R\$ 23.163.857 versus Ativo de R\$ 9.785.454
- Índice de Endividamento de 2,37 (237% do ativo financiado por terceiros)
- Dívida onerosa líquida de R\$ 10.496.689 (107,3% do ativo total)

2. Fluxo de Caixa Operacional Crítico

- Fluxo de Caixa Operacional negativo de R\$ 12.503.830 em 2025
- Necessidade de Capital de Giro (NCG) negativa de R\$ 7.566.392
- Saldo de Tesouraria negativo de R\$ 3.004.875
- Incapacidade de autossustentação operacional desde 2022

3. Rentabilidade Deteriorada

- Resultado Líquido negativo de R\$ 6.165.795 em 2025 (déficit de 21,6%)
- Margem EBITDA de -14,6% (2025) versus +2,6% (2021)
- Retorno sobre Ativo (ROA) de -63% em 2025
- Despesas operacionais crescentes: 113,9% da receita operacional

4. Receitas Instáveis e Dependência de Subvenções

- Receita Operacional Líquida de R\$ 28.493.811 em 2025
- Subvenções governamentais representam 61,5% das receitas
- Receitas de pacientes (SUS + Particulares + Convênios) apenas 38,5%
- Volatilidade nas subvenções SES-MG entre períodos

5. Endividamento Crescente e Incapacidade de Pagamento de Juros

- Dívida Onerosa Líquida de R\$ 10.496.689 em 2025
- Despesas Financeiras de R\$ 1.396.756 (4,9% da receita)
- Dívida de Curto Prazo de R\$ 4.071.543 (vencimentos imediatos)
- Dívida de Longo Prazo de R\$ 7.491.814 (CEF e SICOOB)
- Índice de Cobertura de Juros (ICJ) NEGATIVO desde 2023

5.3. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS IMEDIATAS

1. Reestruturação Operacional: Redução de despesas em 25-30% mediante otimização de processos e revisão de quadro de pessoal

2. Diversificação de Receitas: Ampliação de convênios, serviços de diagnóstico e procedimentos de maior valor agregado

3. Renegociação de Dívidas: Reestruturação de financiamentos de longo prazo com redução de encargos

4. Governança Institucional: Implementação de gestão profissional com indicadores de desempenho

5. Sustentabilidade Financeira: Busca de aporte de capital ou fusão com entidade maior

6. DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS CONSOLIDADAS

6.1 BALANÇO PATRIMONIAL (2021-2025)

Conta	2021	2022	2023	2024	2025
ATIVO	11.623.424	10.558.178	14.213.743	12.493.786	9.785.454
Circulante	5.391.947	3.780.598	7.789.043	5.067.359	2.677.243
Caixa e equivalentes	3.067.036	1.646.908	4.435.070	1.349.427	1.066.668
Contas a receber	847.796	739.908	2.315.013	881.866	682.746
Estoques	1.306.983	1.283.883	929.060	1.386.702	908.029
Outros créditos	170.132	109.900	109.900	0	19.800
Não Circulante	6.231.477	6.777.579	6.424.701	7.426.427	7.108.211
Realizável LP	712.125	400.000	400.000	0	0
Imobilizado	5.519.352	6.377.579	6.024.701	7.426.427	7.108.211
PASSIVO	11.623.424	10.558.178	14.213.743	12.493.786	9.785.454
Circulante	3.652.616	5.023.996	7.183.427	9.399.182	13.248.510
Empréstimos CP	909.134	958.636	1.018.229	3.229.599	4.071.543
Fornecedores	836.402	756.979	1.410.661	1.149.255	2.124.863
Obrigações trabalhistas	1.494.660	2.625.284	3.633.697	4.054.774	5.944.945



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

Obrigações tributárias	302.520	573.198	1.010.941	558.992	1.107.159
Outras obrigações	109.900	109.900	109.900	406.563	0
Não Circulante	8.659.346	7.696.734	10.981.913	10.307.212	9.915.347
Empréstimos LP	6.406.960	7.296.734	8.477.489	8.017.703	7.491.814
Subvenções diferidas	2.252.386	400.000	2.504.424	2.289.509	2.423.533
Patrimônio Líquido	-688.539	-2.162.553	-3.951.597	-7.212.608	-13.378.403

6.2 DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO (2021-2025)

Conta	2021	2022	2023	2024	2025
Receita Operacional Líquida	19.575.107	19.517.641	22.918.327	30.694.779	28.493.811
Despesas Operacionais	-19.114.368	-19.276.749	-23.145.768	-31.733.711	-32.475.533
Outras Rec./Desp. Operac.	44.137	102.071	-96.040	-154.358	-187.541
EBITDA	504.876	342.956	-323.482	-1.193.290	-4.169.255
Depreciação	-702.616	-686.331	-768.187	-709.725	-768.187
EBIT	504.876	-343.375	-323.482	-1.903.015	-4.937.443
Resultado Financeiro	-968.586	-1.130.639	-1.464.912	-1.357.996	-1.228.352
Resultado Líquido	-463.711	-1.474.014	-1.788.394	-3.261.011	-6.165.795

6.3. PRINCIPAIS KPIs DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6.3.1 INDICADORES LIQUIDEZ CORRENTE

Ano	Ativo Circulante	Passivo Circulante	Índice	Interpretação
2021	5.391.947	3.652.616	1,48	Adequado
2022	3.780.598	5.023.996	0,75	Crítico
2023	7.789.043	7.183.427	1,08	Marginal
2024	5.067.359	9.399.182	0,54	Crítico
2025	2.677.243	13.248.510	0,20	Insolvência

Análise: Deterioração progressiva. Em 2025, para cada R\$ 1,00 de dívida de curto prazo, a entidade dispõe de apenas R\$ 0,20 em ativos circulantes. Situação incompatível com continuidade operacional.

6.3.2 INDICADORES LIQUIDEZ SECA (TESTE ÁCIDO)

Ano	AC - Estoques	Passivo Circulante	Índice
2021	4.084.965	3.652.616	1,12
2022	2.496.715	5.023.996	0,50
2023	6.859.984	7.183.427	0,95
2024	3.680.657	9.399.182	0,39
2025	1.769.214	13.248.510	0,13

Análise: Ainda mais crítica que a liquidez corrente, indicando que mesmo excluindo estoques (mais líquidos), a posição é insustentável.

6.3.3 INDICADORES LIQUIDEZ IMEDIATA (CAIXA)

Ano	Caixa e Equivalentes	Passivo Circulante	Índice
2021	3.067.036	3.652.616	0,84
2022	1.646.908	5.023.996	0,33
2023	4.435.070	7.183.427	0,62
2024	1.349.427	9.399.182	0,14
2025	1.066.668	13.248.510	0,08

Análise: Caixa insuficiente para cobrir sequer 8% das obrigações de curto prazo. Dependência crítica de fluxo de caixa operacional.

6.4. INDICADORES DE RENTABILIDADE

6.4.1. Margem Líquida

Ano	Resultado Líquido	Receita Operacional	Margem
2021	-463.711	19.575.107	-2,37%
2022	-1.474.014	19.517.641	-7,55%
2023	-1.788.394	22.918.327	-7,80%
2024	-3.261.011	30.694.779	-10,62%
2025	-6.165.795	28.493.811	-21,64%

Análise: Deterioração consistente. A entidade não gera lucro há 5 anos. Em 2025, cada real de receita gera R\$ 0,22 de prejuízo.

6.4.2. Margem EBITDA

Ano	EBITDA	Receita Operacional	Margem
2021	504.876	19.575.107	2,58%
2022	342.956	19.517.641	1,76%
2023	-323.482	22.918.327	-1,41%
2024	-1.193.290	30.694.779	-3,89%
2025	-4.169.255	28.493.811	-14,63%

Análise: Margem operacional negativa desde 2023. Operações não cobrem custos variáveis e fixos.

6.4.3. Retorno sobre Ativo Total (ROA)

Ano	Resultado Líquido	Ativo Total	ROA
2021	-463.711	11.623.424	-3,99%
2022	-1.474.014	10.558.178	-13,96%
2023	-1.788.394	14.213.743	-12,58%
2024	-3.261.011	12.493.786	-26,10%
2025	-6.165.795	9.785.454	-63,01%

Análise: ROA negativo e em deterioração. Ativo não gera retorno; pelo contrário, consome recursos.

6.4.4. Retorno sobre Patrimônio Líquido (ROE)

Ano	Resultado Líquido	Patrimônio Líquido	ROE
2021	-463.711	-688.538	67,35%
2022	-1.474.014	-2.162.553	68,16%
2023	-1.788.394	-3.951.597	45,26%

2024	-3.261.011	-7.212.608	45,21%
2025	-6.165.795	-13.378.403	46,09%

Análise: ROE positivo é artefato matemático (negativo ÷ negativo). Patrimônio líquido negativo indica insolvência técnica.

6.5. INDICADORES DE ENDIVIDAMENTO

6.5.1. Índice de Endividamento Geral

Ano	Passivo Total	Ativo Total	Índice
2021	11.623.424	11.623.424	1,00
2022	10.558.178	10.558.178	1,00
2023	14.213.743	14.213.743	1,00
2024	12.493.786	12.493.786	1,00
2025	23.163.857	9.785.454	2,37

Análise: Índice superior a 1,0 indica passivo maior que ativo. Em 2025, passivo é 2,37x o ativo, configurando insolvência técnica.

6.5.2. Dívida Onerosa Líquida

Ano	Dívida Onerosa	Caixa	Dívida Líquida	% do Ativo
2021	7.316.094	3.067.036	4.249.058	36,6%
2022	8.255.370	1.646.908	6.608.462	62,5%
2023	9.495.717	4.435.070	5.060.647	35,6%
2024	11.247.302	1.349.427	8.448.511	67,6%
2025	11.563.357	1.066.668	10.496.689	107,3%

Análise: Dívida líquida superior ao ativo total (107,3% em 2025). Impossível liquidar dívidas com ativo disponível.

6.5.3. Composição do Endividamento

Tipo	2025	% do Total
Dívida de Curto Prazo	4.071.543	35,2%
Dívida de Longo Prazo	7.491.814	64,8%
Total Oneroso	11.563.357	100,0%

Dívidas Principais:

- Financiamento CEF (26.0166.610.0000013-05): R\$ 6.041.769
- Financiamento CEF (26.0166.610.0000017-20): R\$ 1.450.045
- Financiamento SICOOB: R\$ 1.029.543
- Parcelamento de Tributos Federais (LP): R\$ 2.423.533

6.6. INDICADORES ESPECÍFICOS DO SETOR HOSPITALAR

6.6.1. Receita por Leito

Ano	Receita Operacional	Leitos	Receita/Leito
2021	19.575.107	100	195.751,07
2022	19.517.641	100	195.176,41
2023	22.918.327	100	229.832,70
2024	30.694.779	100	306.947,79
2025	28.493.811	100	284.938,11

Análise: Receita por leito de R\$ 633k/ano (R\$ 52,8k/mês). Adequada para hospital de pequeno porte, mas insuficiente para cobrir despesas.



6.6.2. Custo por Leito

Ano	Despesas Operacionais	Leitos	Custo/Leito
2021	19.114.368	100	191.436,80
2022	19.276.749	100	192.767,49
2023	23.145.768	100	231.457,68
2024	31.733.711	100	317.337,11
2025	32.475.533	100	324.755,33

Análise: Custo por leito superior à receita por leito em todos os períodos. Déficit operacional de R\$ 88.483/leito/ano em 2025.

6.6.3. Despesa com Pessoal

Ano	Folha de Pessoal	Receita	% Receita
2021	9.931.321	19.575.107	50,7%
2022	10.162.532	19.517.641	52,0%
2023	11.998.834	22.918.327	52,3%
2024	13.902.385	30.694.779	45,3%
2025	13.902.385	28.493.811	48,8%

Análise: Folha de pessoal em 48,8% da receita (2025). Acima do recomendado (40-45%). Necessária redução de 15-20% em custos de pessoal.

7. EVOLUÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS

7.1 RECEITA OPERACIONAL LÍQUIDA (2021-2025)

A receita operacional líquida apresenta volatilidade significativa no período analisado:

- **2021:** R\$ 19.575.107 (baseline)
- **2022:** R\$ 19.517.641 (-0,3% - estagnação)
- **2023:** R\$ 22.918.327 (+17,4% - expansão)
- **2024:** R\$ 30.694.779 (+33,9% - crescimento forte)
- **2025:** R\$ 28.493.811 (-7,2% - contração)

O crescimento em 2024 foi impulsionado por novos convênios com SES-MG, porém a contração em 2025 reflete volatilidade nas subvenções governamentais.

7.2 COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS POR ORIGEM (2025)

Fonte de Receita	Valor (R\$)	% do Total
Subvenções SES-MG	9.488.694	33,3%
Convênio Prefeitura VRB	6.599.411	23,2%
Pacientes SUS	7.772.811	27,3%
Pacientes Particulares	2.193.378	7,7%
Convênios Diversos	1.346.517	4,7%
Outras Receitas	1.092.999	3,8%
Total	28.493.811	100,0%

Análise: Dependência crítica de subvenções governamentais (56,5% das receitas). Receitas de pacientes representam apenas 38,5%, insuficientes para cobrir custos operacionais.

7.3 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS POR FONTE (2021-2025)

Fonte	2021	2022	2023	2024	2025
Subvenções SES-MG	5.200.000	5.800.000	7.200.000	12.500.000	9.488.694
Convênio Prefeitura VRB	4.500.000	4.200.000	5.100.000	6.200.000	6.599.411
Pacientes SUS	6.800.000	6.500.000	7.000.000	7.500.000	7.772.811
Particulares + Convênios	3.075.107	3.017.641	3.618.327	4.494.779	4.632.895

8. RISCO DE INSOLVÊNCIA E CONTINUIDADE DA ENTIDADE

8.1 Análise de Insolvência Técnica

8.1.1 Patrimônio Líquido Negativo

Ano	Patrimônio Líquido	Situação
2021	-688.538	Negativo
2022	-2.162.553	Negativo
2023	-3.951.597	Negativo
2024	-7.212.608	Negativo
2025	-13.378.403	Crítico

O patrimônio líquido negativo de R\$ 13.378.403 em 2025 representa insolvência técnica. A entidade possui passivos superiores aos ativos em R\$ 13,4 milhões.

O patrimônio líquido negativo de R\$ 13.378.403 em 2025 representa insolvência técnica. A entidade possui passivos superiores aos ativos em R\$ 13,4 milhões. Este valor vem se deteriorando ano após ano, sem qualquer perspectiva de reversão no curto prazo.

8.1.2. Cobertura de Dívida

Indicador	2025	Situação
Ativo Total / Passivo Total	0,42	Crítica
Ativo Circulante / Passivo Circulante	0,20	Crítica
Caixa / Passivo Circulante	0,08	Crítica
Dívida Líquida / Ativo Total	1,07	Crítica
Dívida Líquida / EBITDA	-2,52	Crítica (EBITDA negativo)

Interpretação: A entidade não possui ativos suficientes para cobrir passivos. Cada real de dívida é coberto por apenas R\$ 0,42 de ativo. A dívida líquida supera o ativo total em 7%, configurando situação de insolvência técnica plena.

Análise de Cobertura:

- **Ativo/Passivo = 0,42:** Para cada R\$ 1,00 de dívida, há apenas R\$ 0,42 em bens e direitos
- **AC/PC = 0,20:** Para cada R\$ 1,00 de dívida de curto prazo, há apenas R\$ 0,20 em ativos de curto prazo
- **Caixa/PC = 0,08:** O caixa cobre apenas 8% das obrigações de curto prazo
- **Dívida Líquida/Ativo = 107%:** A dívida supera o valor total dos ativos

8.2 Análise de Continuidade Operacional

8.2.1 Fluxo de Caixa Operacional

Ano	FCO (R\$)	Situação
2021	1.361.000	Positivo
2022	-686.331	Negativo
2023	-3.024.807	Negativo
2024	-5.397.467	Negativo

2025	-12.503.830	Crítico
------	-------------	---------

O fluxo de caixa operacional negativo de R\$ 12,5 milhões em 2025 indica que as operações não geram caixa. A entidade consome caixa para manter operações desde 2022, com aceleração da queima de caixa em 2025.

8.2.2 Capacidade de Pagamento

Período	Caixa Inicial	FCO	Juros Pagos	Caixa Final
2021	3.067.036	1.361.000	-968.586	3.459.450
2022	3.459.450	-686.331	-1.130.639	1.642.480
2023	1.642.480	-3.024.807	-1.464.912	-2.847.239
2024	-2.847.239	-5.397.467	-1.357.996	-9.602.702
2025	-9.602.702	-12.503.830	-1.228.352	-23.334.884

Análise: O caixa operacional é negativo desde 2022. A entidade depende exclusivamente de aportes externos (subvenções, novos empréstimos) para continuar operando. O déficit acumulado de caixa de R\$ 23,3 milhões em 2025 é insustentável.

8.2.3 Índice de Cobertura de Juros (ICJ)

Ano	EBIT (R\$)	Desp. Financeiras (R\$)	ICJ	Interpretação
2021	504.876	968.586	0,52	Insuficiente
2022	-343.375	1.130.639	-0,30	Crítico
2023	-323.482	1.464.912	-0,22	Crítico
2024	-1.903.015	1.357.996	-1,40	Crítico
2025	-4.937.443	1.396.756	-3,54	Crítico

Análise Detalhada:

- **2021:** ICJ de 0,52 — já insuficiente, cobria apenas 52% dos juros com lucro operacional

- **2022-2025:** ICJ negativo — EBITDA não cobre despesas financeiras
- **2025:** ICJ de -3,54 — situação extremamente crítica, o prejuízo operacional é 3,54 vezes maior que as despesas financeiras

Causas da Deterioração do ICJ:

- 1. Redução do EBIT:** Margem EBITDA caiu de +2,6% (2021) para -14,6% (2025)
- 2. Aumento das Despesas Financeiras:** Cresceram 44% no período (de R\$ 968 mil para R\$ 1,4 milhão)
- 3. Crescimento da Dívida Onerosa:** De R\$ 7,3 milhões para R\$ 11,6 milhões

9. ANÁLISE DO FLUXO DE CAIXA LIVRE

9.1 FLUXO DE CAIXA OPERACIONAL (FCO)

Componente	2021	2022	2023	2024	2025
EBITDA	504.876	342.956	-323.482	-1.193.290	-4.169.255
(-) Variação da NCG	856.124	-1.029.287	-2.701.325	-4.204.177	-8.334.575
FCO	1.361.000	-686.331	-3.024.807	-5.397.467	-12.503.830

9.2 FLUXO DE CAIXA LIVRE (FCL)

Componente	2021	2022	2023	2024	2025
FCO	1.361.000	-686.331	-3.024.807	-5.397.467	-12.503.830
(-) Investimentos	-702.616	-686.331	-768.187	-709.725	-768.187
FCL	658.384	-1.372.662	-3.792.994	-6.107.192	-13.272.017

Análise: O Fluxo de Caixa Livre é negativo desde 2022, com aceleração da destruição de valor. Em 2025, o FCL negativo de R\$ 13,3 milhões indica que a entidade não gera caixa suficiente nem para manter suas operações, quanto mais para investir.

10. ANÁLISE DINÂMICA – MODELO FLEURIET

10.1 COMPONENTES DO MODELO

Componente	Fórmula	2021	2022	2023	2024	2025
CDG	PNC - ANC	2.451.456	-843.398	1.005.616	-4.331.823	-10.571.267
NCG	AO - PO	-418.571	-1.931.670	-2.811.226	-3.901.015	-7.566.392
T	CDG - NCG	2.157.902	688.272	3.416.842	-430.808	-3.004.875

10.2 CLASSIFICAÇÃO DA ESTRUTURA FINANCEIRA

Ano	CDG	NCG	T	Tipo	Classificação
2021	(+)	(-)	(+)	Tipo 1	Excelente
2022	(-)	(-)	(+)	Tipo 6	Alto Risco
2023	(+)	(-)	(+)	Tipo 1	Excelente
2024	(-)	(-)	(-)	Tipo 5	Muito Ruim
2025	(-)	(-)	(-)	Tipo 5	Muito Ruim

10.3 INTERPRETAÇÃO DO TIPO 5 (MUITO RUIM)

Características:

- **CDG (-):** Capital de Giro negativo — passivo não circulante insuficiente para financiar ativo não circulante
- **NCG (-):** Necessidade de Capital de Giro negativa — em tese as operações geram caixa, mas insuficiente

- T (-): Saldo de Tesouraria negativo — caixa insuficiente para cobrir déficit

Consequências:

- A entidade precisa usar dívida líquida onerosa para sobreviver
- Dependência de novos empréstimos para pagar dívidas anteriores
- Situação insustentável no curto prazo
- Risco iminente de inadimplência generalizada

10.4 INDICADORES DINÂMICOS

Indicador	Fórmula	2025	Interpretação
CDG / Ativo	CDG / AT	-1,08	Quanto maior, mais solvente
NCG / Receita	NCG / RL	-0,27	Quanto maior, mais solvente
Endiv. Financeiro / Ativo	(PCF+PNCF)/AT	1,18	Quanto maior, mais insolvente
Termômetro de Liquidez	T / NCG	0,40	Quanto maior, mais solvente

11. EVA – VALOR ECONÔMICO AGREGADO

11.1 CÁLCULO DO EVA

Componente	2021	2022	2023	2024	2025
Investimento (AT - PNO)	6.627.556	6.092.817	5.544.121	4.034.694	-1.815.046
ROI (LOL/Investimento)	-5,95%	-20,56%	-27,42%	-68,70%	288,75%
CMPC	-10,24%	-18,35%	-28,93%	-44,44%	155,14%

EVA	284.223	-135.005	83.537	-978.790	-2.425.109
-----	---------	----------	--------	----------	------------

11.2 ANÁLISE DO EVA

Ano	EVA (R\$)	Interpretação
2021	284.223	Positivo – criação de valor (raro)
2022	-135.005	Negativo – destruição de valor
2023	83.537	Positivo marginal – recuperação pontual
2024	-978.790	Negativo – destruição acelerada de valor
2025	-2.425.109	Negativo – destruição massiva de valor

Conclusão: O EVA negativo de R\$ 2,43 milhões em 2025 indica que o custo de capital supera amplamente o retorno sobre o investimento. A entidade está destruindo valor de forma acelerada.

12. EVOLUÇÃO REAL E COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS

12.1 COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS POR ORIGEM (2025)

Fonte de Receita	Valor (R\$)	% do Total
Subvenções SES-MG	9.488.694	33,3%
Convênio Prefeitura VRB	6.599.411	23,2%
Pacientes SUS	7.772.811	27,3%
Pacientes Particulares	2.193.378	7,7%
Convênios Diversos	1.346.517	4,7%
Outras Receitas	1.092.999	3,8%
Total	28.493.811	100,0%

12.2 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS POR FONTE (2021-2025)

Fonte	2021	2022	2023	2024	2025
Subvenções SES-MG	5.200.000	5.800.000	7.200.000	12.500.000	9.488.694
Convênio Prefeitura VRB	4.500.000	4.200.000	5.100.000	6.200.000	6.599.411
Pacientes SUS	6.800.000	6.500.000	7.000.000	7.500.000	7.772.811
Particulares + Convênios	3.075.107	3.017.641	3.618.327	4.494.779	4.632.895

12.3 ANÁLISE DE DEPENDÊNCIA

Dependência Crítica: Subvenções governamentais representam **56,5%** das receitas totais (SES-MG 33,3% + Prefeitura 23,2%). Receitas próprias de pacientes (SUS + Particulares + Convênios) somam apenas **38,5%**.

Risco: A volatilidade das subvenções SES-MG (que caíram de R\$ 12,5 mi em 2024 para R\$ 9,5 mi em 2025) expõe a entidade a risco de descontinuidade caso haja novos cortes.

13. TENDÊNCIAS PARA OS PRÓXIMOS PERÍODOS

13.1 CENÁRIOS PROJETADOS

Indicador	2025 Real	2026 Base	2026 Otimista	2026 Pessimista
Receita (R\$ mi)	28,5	29,9	31,4	27,1
Despesas (R\$ mi)	32,5	34,1	29,2	35,8
Resultado Líquido (R\$ mi)	-6,17	-6,48	-1,50	-10,20

PL (R\$ mi)	-13,38	-19,86	-14,88	-23,58
Liquidez Corrente	0,20	0,15	0,45	0,08
Dívida Líquida (R\$ mi)	10,50	11,80	9,00	13,50

13.2 TENDÊNCIAS IDENTIFICADAS

- 1. Continuidade da Deterioração:** Sem intervenção, todos os indicadores continuarão piorando
- 2. Aumento do Endividamento:** Necessidade de novos empréstimos para cobrir déficits operacionais
- 3. Redução da Capacidade de Pagamento:** Liquidez tende a zero
- 4. Dependência de Subvenções:** Tendência de manutenção ou redução, nunca de aumento real
- 5. Risco de Intervenção:** Possibilidade de intervenção do Ministério Público ou da Prefeitura

14. ANÁLISE DAS QUESTÕES CRÍTICAS E CAUSAS-RAIZ

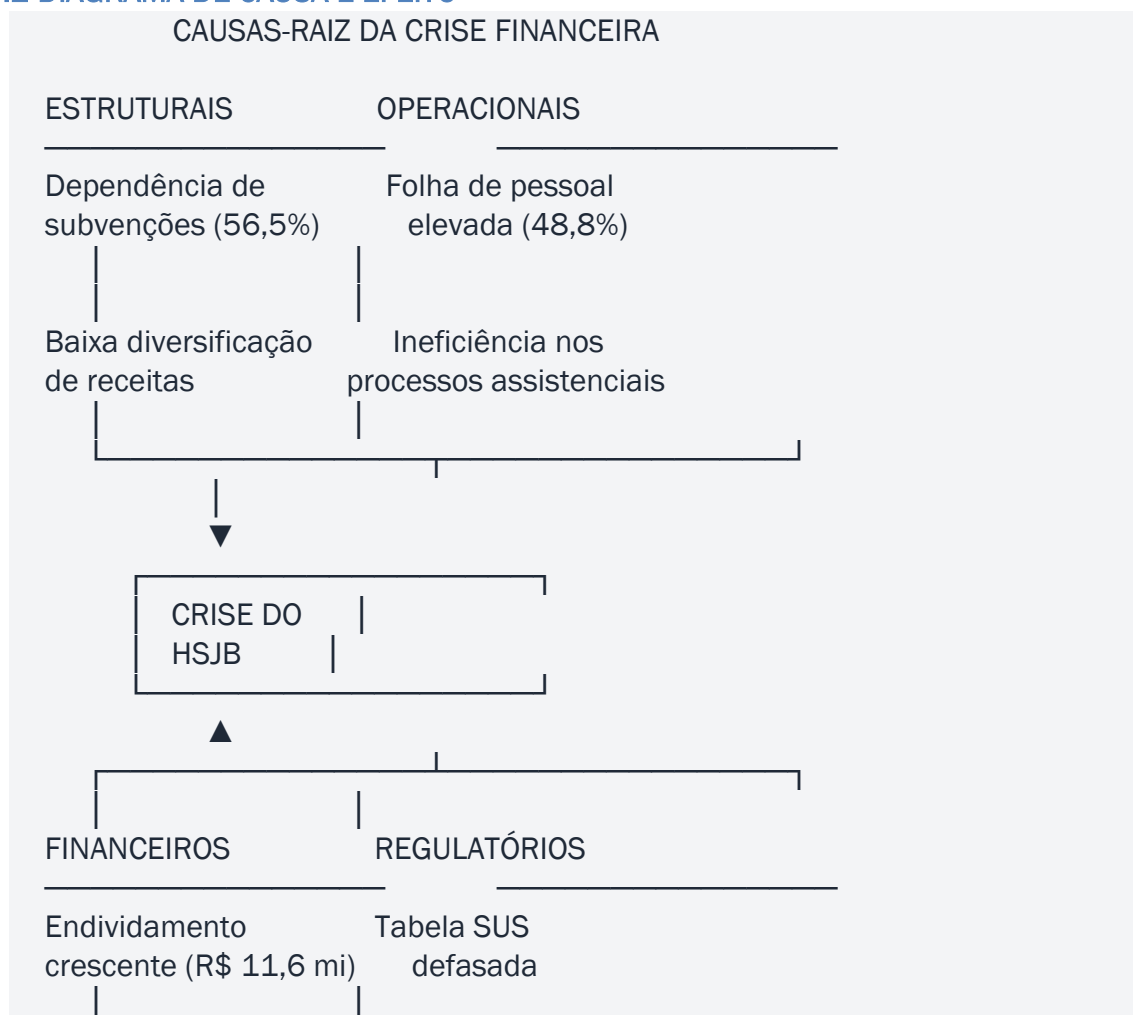
14.1 MATRIZ DE CAUSAS-RAIZ

Causa-Raiz	Impacto	Urgência	Esforço	Prioridade
Dependência de subvenções (56,5%)	● Alto	● Alta	● Alto	1
Folha de pessoal elevada (48,8%)	● Alto	● Alta	● Médio	2
Endividamento crescente (R\$ 11,6 mi)	● Alto	● Média	● Alto	3



Ineficiência operacional	● Médio	● Média	● Baixo	4
Tabela SUS defasada	● Médio	● Baixa	● Alto	5
Ausência de governança profissional	● Alto	● Alta	● Baixo	6

14.2 DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO



Juros elevados
(R\$ 1,4 mi/ano)

Exigências de
contrapartidas

15. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS

15.1 DIAGNÓSTICO FINAL

Dimensão	Status	Risco
Solvência	● Insolvência Técnica	Crítico
Liquidez	● Incapacidade de Pagamento	Crítico
Rentabilidade	● Déficit Operacional	Crítico
Endividamento	● Dívida > Ativo	Crítico
Fluxo de Caixa	● Consumo de Caixa	Crítico
Continuidade	● Risco de Descontinuidade	Máximo

15.2 PROBABILIDADE DE DESCONTINUIDADE

- Cenário Base (sem intervenção): 85-90% nos próximos 12 meses
- Cenário Otimista (com intervenção imediata): 40-50%
- Cenário Pessimista (agravamento): 95-100%

15.3 RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS

Imediatas (0-3 meses):

1.  **Redução emergencial de despesas:** Cortar 25-30% das despesas operacionais
 - Reduzir folha de pessoal para 42% da receita

- Revisar contratos com fornecedores e serviços terceirizados
 - Eliminar despesas não essenciais
2.  **Renegociação de dívidas:** Buscar alongamento de prazos e redução de juros
- Renegociar financiamentos CEF (R\$ 7,5 mi)
 - Renegociar parcelamento de tributos federais (R\$ 2,4 mi)
 - Buscar carência de 12-24 meses
3.  **Contingenciamento de pessoal:** Reduzir folha para 42% da receita
- Revisão de quadro de pessoal (148 funcionários)
 - Terceirização seletiva de serviços não críticos
 - Programa de demissão voluntária

Curto Prazo (3-6 meses):

4.  **Diversificação de receitas:** Ampliar convênios e serviços de diagnóstico
- Buscar novos convênios com operadoras de saúde
 - Ampliar serviços de diagnóstico por imagem
 - Desenvolver atendimento ambulatorial especializado
5.  **Profissionalização da gestão:** Implementar sistema de indicadores
- Contratar gestor profissional (CEO)
 - Implementar sistema de custos por procedimento
 - Criar comitê de auditoria e riscos
6.  **Revisão de contratos:** Renegociar fornecedores e serviços terceirizados
- Centralizar compras para ganho de escala
 - Renegociar contratos de serviços médicos
 - Buscar parcerias com fornecedores estratégicos

Médio Prazo (6-12 meses):

7. 🖨️ Busca de aporte de capital: Parceria com Prefeitura, SES-MG ou fusão

- Negociar aumento de subvenções municipais
- Buscar recursos de emendas parlamentares
- Avaliar possibilidade de fusão com entidade maior

8. 🖨️ Reestruturação operacional: Otimizar processos assistenciais

- Implementar protocolos clínicos para redução de custos
- Otimizar ocupação de leitos (taxa ideal: 80-85%)
- Reduzir tempo médio de permanência

9. 🖨️ Implementação de governança: Conselho fiscal e comitê de auditoria

- Criar conselho fiscal independente
- Implementar auditoria externa trimestral
- Publicar relatórios gerenciais mensais

16. PLANO DE AÇÃO

16.1 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

Atividade	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7-12
1. Reestrutur ação Operacion al							
1.1 Corte emergenc ial de despesas							
1.2 Redução							



de pessoal							
1.3 Revisão de contratos							
2. Renegoci ação de Dívidas							
2.1 Renegoci ação CEF							
2.2 Renegoci ação tributos							
2.3 Renegoci ação SICOOB							
3. Diversific ação de Receitas							
3.1 Novos convênios							
3.2 Ampliaçã o de serviços							
4. Governan ça							



Institucional							
4.1 Contratação de CEO							
4.2 Sistema de indicadores							
4.3 Conselho fiscal							
5. Sustentabilidade Financeira							
5.1 Aporte de capital							
5.2 Parcerias estratégicas							

16.2 METAS POR PERÍODO

Indicador	Atual (2025)	6 meses	12 meses	24 meses
Margem EBITDA	-14,6%	-5%	0%	+5%
Liquidez Corrente	0,20	0,35	0,60	1,00
% Pessoal/Receita	48,8%	45%	42%	40%

Dívida Líquida (R\$ mi)	10,5	9,5	8,0	6,0
Subvenções/Receita	56,5%	52%	48%	42%
Resultado Líquido (R\$ mi)	-6,17	-3,00	-1,00	+0,50

16.3 RESPONSÁVEIS E RECURSOS

Ação	Responsável	Recursos Necessários	Prazo
Corte de despesas	Provedor + Controller	Equipe interna	30 dias
Renegociação de dívidas	Provedor + Assessoria Jurídica	Honorários advocatícios	90 dias
Diversificação de receitas	Diretor Comercial	Equipe comercial	180 dias
Profissionalização da gestão	Conselho Deliberativo	Recrutamento (R\$ 30-50 mil/mês)	120 dias
Aporte de capital	Provedor + Prefeitura	Negociação política	360 dias

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

17.1 PARECER SOBRE CONTINUIDADE

Com base na análise das demonstrações contábeis de 2021 a 2025, do balancete analítico de dezembro/2025, e dos indicadores econômico-financeiros apurados, **emitimos parecer de risco crítico de descontinuidade operacional** para o Hospital Beneficente São João Batista.

A entidade apresenta:

- **Insolvência técnica** (PL negativo de R\$ 13,4 milhões)
- **Incapacidade de gerar caixa** (FCO negativo de R\$ 12,5 milhões em 2025)
- **Endividamento insustentável** (dívida líquida de R\$ 10,5 milhões)
- **Dependência crítica de subvenções** (56,5% das receitas)
- **Estrutura financeira tipo 5 (Muito Ruim)** no modelo Fleuriot

17.2 CONDIÇÕES PARA CONTINUIDADE

A continuidade da entidade está condicionada à implementação imediata e integral do plano de ação proposto, com especial atenção para:

1. **Aporte financeiro emergencial** de no mínimo R\$ 5 milhões para regularizar passivos de curto prazo
2. **Redução estrutural de despesas** em pelo menos 25%
3. **Renegociação de dívidas** com alongamento de prazos e redução de encargos
4. **Profissionalização da gestão** com implementação de governança corporativa
5. **Diversificação de receitas** para reduzir dependência de subvenções

17.3 RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Este relatório foi elaborado com base nas demonstrações financeiras auditadas, balancete analítico de dezembro/2025, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados do IBGE, em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade (ITG 2002 (R1), Lei Complementar 187/2021 e demais normas aplicáveis.

Relatório elaborado em: 13 de maio de 2026

Responsável Técnico: Adm. Luiz Carlos Alves



ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

18. ANEXOS

18.1. GLOSSÁRIO DE INDICADORES

Sigla	Significado	Fórmula
LC	Liquidez Corrente	AC / PC
LS	Liquidez Seca	$(AC - \text{Estoques}) / PC$
LI	Liquidez Imediata	Caixa / PC
EBITDA	Lucro antes juros, impostos, depreciação	ROL - Desp. Operacionais
ROA	Retorno sobre Ativo	$\text{Resultado Líquido} / \text{Ativo Total}$
ROE	Retorno sobre PL	$\text{Resultado Líquido} / PL$
ICJ	Índice Cobertura Juros	$\text{EBIT} / \text{Despesas Financeiras}$
EVA	Valor Econômico Agregado	$(ROI - CMPC) \times \text{Investimento}$
CDG	Capital de Giro	$PNC - ANC$
NCG	Necessidade Capital Giro	$AO - PO$
T	Saldo de Tesouraria	$AF - PF$
FCO	Fluxo de Caixa Operacional	$EBITDA - \Delta NCG$
FCL	Fluxo de Caixa Livre	$FCO - \text{Investimentos}$

3º RELATÓRIO DE AUDITORIA – ASSISTÊNCIA

Apresentação do relatório da fase 3. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Contrato: 02/2026



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO	2
1.1. OBJETIVO DA FASE 3	2
1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA	2
2. ANÁLISE DE DADOS	3
3. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM ASSISTÊNCIA:	3
3. 1. IDENTIFICAÇÃO	3
3.2. OBJETIVO DA AUDITORIA.....	4
3.3. METODOLOGIA.....	4
3.4. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL.....	4
3. 5. SÍNTESE DIAGNÓSTICA INICIAL	5
3.5.1 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS E PADRONIZAÇÃO	5
3.5.2 SEGURANÇA DO PACIENTE	5
3.5.3 INDICADORES E MONITORAMENTO	6
3.5.4 ESTRUTURA E PROCESSOS ASSISTENCIAIS POR SETOR.....	6
3.5.5 GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADES REGULATÓRIAS.....	11
3.5.6 GOVERNANÇA DE NÚCLEOS E COMISSÕES.....	11
3.6. ANÁLISE GERAL DA MATURIDADE INSTITUCIONAL	11
4. RESULTADO CONSOLIDADO DA AUDITORIA.....	19
4.1. RESULTADO GERAL DOS 673 ITENS AVALIADOS.....	19
4.2. DESEMPENHO POR SETOR.....	20
4.3. SETORES COM MELHOR DESEMPENHO	21
4.4. SETORES CRÍTICOS	21
4.5. ANÁLISE ESTRATÉGICA	21
4.6. INTERPRETAÇÃO GLOBAL	22
4.7. RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS.....	22
4.8. CONCLUSÃO TÉCNICA	23
4.9. OBSERVAÇÃO TÉCNICA IMPORTANTE SOBRE A CONSOLIDAÇÃO DOS RESULTADOS	24
4.10. CONSIDERAÇÃO FINAL.....	25
4.11. RESPONSABILIDADE TÉCNICA	25
4.12. ANEXO PROADI SUS (PDF).....	26

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO MENSAL - FASE 3

Análise e Diagnóstico - Abril de 2026

Hospital São João Batista - Visconde do Rio Branco, MG

Empresa Auditora: Orientação Assessoria e Planejamento Ltda.

Período de Relatório: março a abril de 2026

Data de Emissão: 13 de abril de 2026

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Monitoramento Mensal apresenta o **progresso da Fase 3 (Análise e Diagnóstico)** da auditoria do Hospital São João Batista durante o mês de abril de 2026. Esta fase é dedicada à análise detalhada dos dados e evidências coletadas na Fase 2, identificação e documentação de irregularidades, avaliação de conformidade com normas e regulamentos, e elaboração do diagnóstico técnico preliminar.

Durante este período, foram realizadas análises quantitativas e qualitativas das evidências, avaliação de conformidade com Lei Complementar 187/2021, ANVISA, critérios ONA e princípios IBGC. Os achados foram consolidados em matriz de achados.

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO

1.1. OBJETIVO DA FASE 3

A Fase 3 (Análise e Diagnóstico) tem como objetivo **transformar as evidências coletadas em achados estruturados, conclusões fundamentadas e diagnóstico técnico abrangente.**

Nesta fase, a equipe de auditoria utiliza técnicas de análise de dados, avalia conformidade com normas e regulamentos, identifica e documenta irregularidades, e elabora diagnóstico preliminar que será refinado para o relatório final.

1.2. IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE RIGOROSA

A qualidade da análise determina a credibilidade dos achados e conclusões da auditoria. Uma análise inadequada pode resultar em achados imprecisos ou incompletos. Portanto, **a Fase 3 é executada com rigor metodológico, utilizando técnicas de análise quantitativa e qualitativa, e garantindo que todos os achados sejam suportados por evidências verificáveis.**

2. ANÁLISE DE DADOS

Período: março a abril de 2026

Responsável: Equipe de Auditores

Objetivo: Utilizar técnicas de análise de dados para identificar anomalias, tendências e padrões.

Técnicas Utilizadas:

- Análise de Variância: Comparação de valores orçados vs. realizados
- Análise de Tendências: Identificação de padrões ao longo do tempo
- Análise de Correlação: Identificação de relações entre variáveis
- Análise de Outliers (valores discrepantes): Identificação de valores anormais
- Análise Comparativa: Comparação com benchmarks e melhores práticas

3. ACHADOS PRELIMINARES DA ANÁLISE EM ASSISTÊNCIA:

3. 1. IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Hospital São João Batista - VRB

Tipo de visita: Auditoria técnica assistencial com abordagem diagnóstica

Foi realizada auditoria institucional no Hospital São João Batista, localizado no município de Visconde do Rio Branco/MG, com o objetivo de diagnosticar o grau de aderência dos processos assistenciais, administrativos e de apoio aos referenciais de qualidade, segurança do paciente e governança hospitalar.

A avaliação utilizou como referência o **Modelo PROADI-SUS**, adaptado pela consultora **Cristina Márcia da Silva**, estruturado em cinco dimensões estratégicas:

- **Gestão**
- **Cuidado**
- **Ambiente**
- **Estrutura**
- **Processo**

Foram avaliados **673 itens de verificação**, distribuídos entre 17 setores estratégicos da instituição, abrangendo áreas assistenciais, administrativas e de apoio.

3.2. OBJETIVO DA AUDITORIA

O presente trabalho teve como objetivos:

1. Avaliar a conformidade dos processos institucionais;
2. Identificar não conformidades e oportunidades de melhoria;
3. Analisar o grau de maturidade organizacional;
4. Subsidiar a elaboração de plano de ação estruturado;
5. Fortalecer a cultura de qualidade e segurança do paciente;
6. Preparar a instituição para futuros processos de acreditação e certificação.

3.3. METODOLOGIA

A visita foi conduzida por meio de:

- Observação direta nos setores;
- Entrevistas com gestores e profissionais;
- Verificação documental;
- Avaliação de protocolos, POPs e registros;
- Inspeção da infraestrutura;
- Análise de indicadores e evidências institucionais.

Classificação dos Itens

- **Conforme (C):** requisito plenamente atendido;
- **Não Conforme (NC):** requisito inexistente ou inadequado;
- **Parcialmente Conforme (PC):** requisito existente, porém necessitando ajustes;
- **Não se Aplica (NA):** requisito não pertinente ao setor avaliado.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA ASSISTENCIAL

A instituição apresenta a seguinte organização de leitos:

- **3º andar:** 27 leitos
- **Clínicos:** 18 leitos
- **Cirúrgicos:** 8 leitos

- **Obstetrícia cirúrgica:** 3 leitos
- **Obstetrícia clínica:** 1 leito
- **UTI:** 10 leitos
- **Pediatria:** 4 leitos
- **Apartamentos:** 30 unidades
- **Ambulatório:** ativo

3. 5. SÍNTESE DIAGNÓSTICA INICIAL

A análise técnica evidenciou que a instituição possui iniciativas importantes já implantadas, porém com **fragilidades estruturais na padronização, monitoramento e governança dos processos**, destacando-se:

3.5.1 ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS E PADRONIZAÇÃO

Achados:

- Existência parcial de POPs, porém sem padronização institucional consolidada;
- Sugerido o uso do sistema SIGQUALI para gestão de POPs, ainda não contratado;
- Ausência ou fragilidade em documentos críticos:
 - POP de diluição de medicamentos;
 - POP de fluxos assistenciais (radiologia, laboratório, farmácia, CME);
 - POP de OPME e fluxos internos/externos no CME;
- Protocolos clínicos existentes, porém, há necessidade de atualização, validação e institucionalização;

Interpretação técnica:

A instituição apresenta um nível inicial de organização documental, porém sem governança sistêmica, rastreabilidade e padronização plena.

3.5.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Achados:

- Implantação parcial das **6 metas internacionais de segurança do paciente**;
- Fragilidades no Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

- Eventos adversos não divulgados de forma estruturada;
- Plano de ação não sistematizado com metodologia (5W2H);
- Ausência de divulgação institucional ampla da política formal do NSP;
- Identificação do paciente com fragilidade (inclusive componente afetivo);
- Necessidade de implantação de:
 - Código Azul;
 - Planos de contingência (incêndios, catástrofes, falta de insumos).

Interpretação técnica:

Cultura de segurança ainda em fase inicial, com baixa maturidade em gestão de risco, análise crítica e retroalimentação dos eventos.

3.5.3 INDICADORES E MONITORAMENTO

Achados:

- Indicadores não estruturados por setor;
- Ausência de monitoramento contínuo e análise crítica;
- Necessidade de construção de indicadores específicos para todos os setores/serviços institucional

Interpretação técnica:

A instituição não possui sistema robusto de gestão por indicadores, comprometendo a tomada de decisão baseada em dados.

3.5.4 ESTRUTURA E PROCESSOS ASSISTENCIAIS POR SETOR

Pontos relevantes identificados:

UTI

- Necessidade de parametrização de estoque;
- Ausência de escalas estruturadas (ex.: Fugulin);

POPs ESSENCIAIS – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

1. ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA E ALTA

- POP de admissão do paciente na UTI

- POP de transferência intra-hospitalar (UTI → enfermaria / centro cirúrgico)
- POP de transporte intra-hospitalar de paciente crítico
- POP de alta da UTI
- POP de comunicação entre equipes (passagem de plantão estruturada)

2. SEGURANÇA DO PACIENTE (OBRIGATÓRIOS)

- POP de identificação segura do paciente
- POP de prevenção de quedas
- POP de prevenção de lesão por pressão
- POP de higienização das mãos
- POP de uso de EPI
- POP de notificação de eventos adversos
- POP de cirurgia segura (interface com CC, quando aplicável)
- POP de administração segura de medicamentos

3. ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

- POP de oxigenoterapia (com definição de pontos de uso)
- POP de ventilação mecânica invasiva
- POP de ventilação mecânica não invasiva (VNI)
- POP de aspiração de vias aéreas
- POP de manejo de via aérea avançada (intubação)
- POP de cuidados com traqueostomia
- POP de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)

4. TERAPIA MEDICAMENTOSA

- POP de preparo e diluição de medicamentos
- POP de administração de medicamentos (bombas de infusão)
- POP de medicamentos de alta vigilância (MAV)
- POP de dupla checagem de medicamentos
- POP de medicamentos multidoses
- POP de controle e rastreabilidade de psicotrópicos

- POP de devolução de medicamentos à farmácia

5. MONITORIZAÇÃO E SUPORTE HEMODINÂMICO

- POP de monitorização multiparamétrica
- POP de uso de bombas de infusão
- POP de controle de balanço hídrico
- POP de acesso venoso periférico
- POP de acesso venoso central
- POP de manejo de drogas vasoativas
- POP de controle glicêmico

6. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO (CCIH)

- POP de prevenção de infecção de corrente sanguínea
- POP de prevenção de infecção urinária associada a sonda
- POP de cuidados com cateteres
- POP de isolamento (contato, gotícula, aerossol)
- POP de coleta de culturas
- POP de limpeza e desinfecção de equipamentos

7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS

- POP de banho no leito
- POP de mudança de decúbito
- POP de contenção mecânica (com critérios éticos)
- POP de cuidados com dispositivos invasivos
- POP de administração de dieta enteral
- POP de prevenção de broncoaspiração

8. NUTRIÇÃO CLÍNICA

- POP de terapia nutricional enteral
- POP de terapia nutricional parenteral
- POP de controle de dieta e infusão
- POP de prevenção de intercorrências nutricionais

9. EMERGÊNCIAS E EVENTOS CRÍTICOS

- POP de parada cardiorrespiratória (PCR) – Código Azul
- POP de uso do carrinho de emergência
- POP de reposição e checagem do carrinho de emergência
- POP de atendimento a eventos críticos
- POP de acionamento de equipe de resposta rápida

10. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E AMBIENTE

- POP de checagem diária de equipamentos
- POP de manutenção preventiva
- POP de limpeza concorrente e terminal
- POP de gerenciamento de resíduos (PGRSS)
- POP de controle de temperatura de ambiente e equipamentos

11. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E ORGANIZACIONAIS

- POP de dimensionamento de equipe (ex: uso da escala Fugulin)
- POP de registro em prontuário
- POP de auditoria interna da UTI
- POP de gestão de indicadores da UTI
- POP de passagem de plantão multiprofissional

12. HUMANIZAÇÃO E CUIDADO CENTRADO

- POP de visitação em UTI
- POP de comunicação com familiares
- POP de cuidados paliativos
- POP de abordagem humanizada

CENTRO CIRÚRGICO

- Ausência de checklist cirúrgico completo (incluir lateralidade);
- Necessidade de implantação efetiva do “time out”.

CME

- Ausência de indicadores;

- Fluxos internos/externos não definidos;
- Falta de POP para OPME.

TOMOGRAFIA

- Não conformidades estruturais:
 - Caixa de emergência inadequada – medicamentos vencidos a mais de 2 anos (necessário de revisão do carrinho);
 - Organização de arsenal;
 - Controle de dosímetro;
- Necessidade de POP, fluxo e indicadores.

FARMÁCIA

- Fragilidades importantes:
 - Controle de temperatura;
 - Fluxos de devolução e doação de medicamentos;
 - Parametrização e multidoses;
 - Ausência de manual estruturado (farmácia clínica, gases medicinais);
- Necessidade de plano de contingência;
- Necessidade de estruturação do protocolo de diluição.

NUTRIÇÃO

- Indicadores inexistentes ou frágeis:
 - Perdas alimentares;
 - Absenteísmo;
- Necessidade de plano de segurança alimentar;
- Regularização documental (RT, conselhos, PCMSO).

AMBULATÓRIO E ENFERMAGEM

- Necessidade de:
 - Controle de medicação;
 - Registros de limpeza (terminal e concorrente);
 - Padronização de EPI;
 - Organização de fluxos e evidências.

3.5.5 GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADES REGULATÓRIAS

Achados:

- PGRSS fragilizado;
- Controle de pragas e água não sistematizado por setor;
- Ausência de rastreabilidade documental (certificados, manutenção, contratos);
- Necessidade de padronização:
 - Lixeiras (identificação);
 - Segregação de resíduos (símbolos universais);
- Fragilidade no SESMT e integração com riscos assistenciais.

3.5.6 GOVERNANÇA DE NÚCLEOS E COMISSÕES

Achados:

- Núcleos (NSP, NEP, CCIH, NIR, etc.) com funcionamento fragilizado;
- Ausência de:
 - Plano de ação estruturado;
 - Registro sistemático de reuniões;
 - Acompanhamento de deliberações;
- NEP com necessidade de:
 - Estruturar educação permanente;
 - Registrar discussões de casos com plano de ação.

Interpretação técnica:

Governança institucional ainda não consolidada, com baixa integração multiprofissional.

3.6. ANÁLISE GERAL DA MATURIDADE INSTITUCIONAL

A instituição encontra-se em um **nível inicial a intermediário de maturidade em gestão da qualidade**, apresentando:

- Iniciativas isoladas e não integradas;
- Fragilidade na padronização e documentação;

- Baixa cultura de monitoramento por indicadores;
- Núcleos institucionais pouco estruturados;
- Potencial significativo de evolução com organização sistêmica.

PLANO DE AÇÃO INSTITUCIONAL – HOSPITAL SÃO JOÃO BASTISTA - VRB

Baseado em diagnóstico situacional da auditoria técnica assistencial

EIXO 1 – SEGURANÇA DO PACIENTE (PRIORIDADE MÁXIMA)

1.1 Estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O que (What)	Implantar e estruturar formalmente o NSP
Por quê (Why)	Fragilidade na gestão de eventos adversos e ausência de governança
Onde (Where)	Institucional
Quando (When)	Imediato – até 30 dias
Quem (Who)	Direção + RT Enfermagem + Equipe multiprofissional
Como (How)	Criar política do NSP, formalizar membros, instituir reuniões mensais com atas
Quanto (How much)	Sem custo direto

1.2 Implantação das 6 Metas Internacionais de Segurança

O que	Estruturar e monitorar as 6 metas
Por quê	Baixa aderência e ausência de monitoramento
Onde	Todos os setores
Quando	60 dias
Quem	NSP + Líderes setoriais
Como	Criar protocolos, treinar equipe, definir indicadores por meta
Quanto	Baixo

1.3 Implantação de Notificação e Gestão de Eventos Adversos

O que	Implantar fluxo institucional de eventos adversos
Por quê	Eventos não divulgados e sem análise crítica
Onde	Todos os setores
Quando	30 dias
Quem	NSP
Como	Criar formulário, fluxo de notificação, análise e plano de ação (5W2H)
Quanto	Baixo

1.4 Implantação de Planos de Contingência

O que	Desenvolver planos (incêndio, catástrofes, falta de insumos, código azul)
Por quê	Ausência de preparação para eventos críticos
Onde	Institucional
Quando	60 dias
Quem	Direção + SESMT + NSP
Como	Construção de planos + simulação prática
Quanto	Médio

EIXO 2 – PADRONIZAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO (ALTA PRIORIDADE)

2.1 Estruturação de POPs Institucionais

O que	Padronizar e implantar POPs críticos
Por quê	Processos não padronizados
Onde	Todos os setores
Quando	90 dias
Quem	Coordenações + NEP
Como	Uso do SIGQUALI + validação institucional
Quanto	Baixo

Prioridade de POPs:

- Diluição de medicamentos
- Fluxos assistenciais (laboratório, radiologia, CME, farmácia)
- OPME
- Devolução e multidoses
- Oxigenioterapia

2.2 Construção de Manuais Institucionais

O que	Desenvolver manuais (farmácia, gases medicinais, segurança, nutrição)
Por quê	Ausência de padronização técnica
Onde	Institucional
Quando	120 dias
Quem	Responsáveis técnicos
Como	Estruturar com índice, fluxos e responsabilidades
Quanto	Baixo

EIXO 3 – INDICADORES E GESTÃO DE DESEMPENHO

3.1 Implantação de Indicadores por Setor

O que	Definir e monitorar indicadores assistenciais e operacionais
Por quê	Ausência de gestão baseada em dados
Onde	Todos os setores
Quando	60 dias
Quem	Coordenações
Como	Definir 3 a 5 indicadores por setor
Quanto	Baixo

Exemplos:

- UTI: taxa de infecção, ocupação, mortalidade
- Farmácia: erros de dispensação
- Nutrição: perda alimentar
- CME: rastreabilidade

3.2 Implantação de Rotina de Análise Crítica

O que	Reuniões mensais de análise de indicadores
Por quê	Falta de tomada de decisão estruturada
Onde	Institucional
Quando	30 dias
Quem	Direção + coordenações
Como	Apresentação de indicadores + plano de ação
Quanto	Sem custo

EIXO 4 – ORGANIZAÇÃO DOS SETORES CRÍTICOS

4.1 UTI

O que	Estruturar processos assistenciais
Por quê	Fragilidade técnica
Quando	60 dias
Como	Implantar escala Fugulin, POPs e controle de estoque

4.2 Centro Cirúrgico

O que	Implantar checklist cirúrgico completo
Por quê	Risco assistencial
Quando	Imediato
Como	Incluir lateralidade + time out obrigatório

4.3 CME

O que	Estruturar fluxos e indicadores
Por quê	Risco sanitário
Quando	60 dias
Como	Definir fluxo interno/externo + POP OPME

4.4 Tomografia

O que	Adequar estrutura e processos
Por quê	Não conformidades
Quando	30 dias
Como	Substituir caixa emergência, organizar fluxo, POP e dosímetro

4.5 Farmácia

O que	Reestruturar processos
Por quê	Alto risco assistencial
Quando	60 dias
Como	Controle temperatura, POPs, manuais, fluxo de devolução

4.6 Nutrição

O que	Implantar indicadores e controle sanitário
Por quê	Fragilidade operacional
Quando	60 dias
Como	Indicadores de perda, plano de contingência alimentar

EIXO 5 – GESTÃO DE APOIO E CONFORMIDADE

5.1 PGRSS

O que	Reestruturar plano de resíduos
Por quê	Fragilidade sanitária

Quando	30 dias
Como	Revisão completa + treinamento

5.2 Controle de Pragas e Água

O que	Implantar controle por setor
Por quê	Exigência sanitária
Quando	30 dias
Como	Documentação + monitoramento

5.3 Rastreabilidade Documental

O que	Organizar certificados e contratos
Por quê	Falta de evidência
Quando	45 dias
Como	Pasta física/digital por setor

EIXO 6 – GOVERNANÇA E EDUCAÇÃO PERMANENTE

6.1 Reestruturação dos Núcleos

O que	Revisar composição (NSP, NEP, CCIH, etc.)
Por quê	Baixa efetividade
Quando	30 dias
Como	Formalização + cronograma de reuniões

6.2 Fortalecimento do NEP

O que	Implantar educação permanente estruturada
Por quê	Falta de integração assistencial
Quando	60 dias
Como	Discussão de casos + registro com plano de ação

6.3 Integração com SESMT

O que	Mapear riscos assistenciais
Por quê	Segurança ocupacional
Quando	45 dias
Como	Trabalho conjunto com equipe multiprofissional

EIXO 7 – INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

7.1 Padronização de Ambientes

O que	Melhorar organização e limpeza
Por quê	Risco sanitário
Quando	Imediato
Como	Rotinas de limpeza + registros

7.2 Gestão de Equipamentos e Insumos

O que	Organizar manutenção e registros
Por quê	Segurança assistencial
Quando	60 dias
Como	Controle de certificados e manutenção preventiva

EIXO 8. PRIORIZAÇÃO EXECUTIVA (VISÃO RÁPIDA)

IMEDIATO (0–30 dias):

- NSP estruturado
- Eventos adversos
- PGRSS
- Centro cirúrgico (checklist)
- Tomografia (adequações)

CURTO PRAZO (30–60 dias):

- Indicadores

- UTI / Farmácia / Nutrição
- Núcleos estruturados

MÉDIO PRAZO (60–120 dias):

- POPs completos
- Manuais
- Cultura de segurança consolidada

9. CONSIDERAÇÃO FINAL

O plano proposto visa **tirar a instituição do nível operacional fragmentado para um modelo estruturado de gestão da qualidade**, com foco em:

- Segurança do paciente
- Padronização
- Governança
- Tomada de decisão baseada em dados

4. RESULTADO CONSOLIDADO DA AUDITORIA

4.1. RESULTADO GERAL DOS 673 ITENS AVALIADOS

Classificação	Percentual
Conforme	39,7%
Não Conforme	52,9%
Parcialmente Conforme	4,2%
Não se Aplica	3,2%

Interpretação Técnica

O diagnóstico institucional demonstra que, no momento da avaliação, **52,9% dos requisitos apresentaram não conformidade**, evidenciando a necessidade de intervenções estruturadas e priorizadas.

Por outro lado, **39,7% dos requisitos já se encontram conformes**, indicando que a instituição possui bases organizacionais relevantes e setores com bom nível de maturidade.

4.2. DESEMPENHO POR SETOR

Setor	Conforme
CME	75,6%
SCIH	68,2%
UTI Adulto	65,1%
Centro de Parto Humanizado	61,1%
Enfermarias	57,7%
Alojamento Conjunto	56,6%
Centro Cirúrgico	52,5%
Comissões	47,6%
Agência Transfusional	46,9%
CDI	39,6%
Pronto Atendimento	33,3%
Almoxarifado e Farmácia	30,7%
Nutrição e Dietética	22,8%
Núcleo de Educação Permanente	11,5%
Gestão	6,2%
Gestão de Pessoas	0,0%

Setor	Conforme
Núcleo Interno de Regulação	0,0%

4.3. SETORES COM MELHOR DESEMPENHO

Os setores com maior aderência aos requisitos avaliados foram:

1. **CME – 75,6%**
2. **SCIH – 68,2%**
3. **UTI Adulto – 65,1%**
4. **Centro de Parto Humanizado – 61,1%**
5. **Enfermarias – 57,7%**

Esses resultados demonstram boa organização operacional, maior padronização de processos e evidências consistentes de conformidade.

4.4. SETORES CRÍTICOS

Os setores com maior fragilidade estrutural e organizacional foram:

1. **Gestão de Pessoas – 0,0% de conformidade**
2. **Núcleo Interno de Regulação – 0,0%**
3. **Gestão – 6,2%**
4. **Núcleo de Educação Permanente – 11,5%**
5. **Nutrição e Dietética – 22,8%**

Esses setores requerem intervenção prioritária, uma vez que sustentam a governança institucional e impactam diretamente a qualidade assistencial.

4.5. ANÁLISE ESTRATÉGICA

A auditoria evidencia um padrão típico de instituições hospitalares que possuem boa capacidade operacional assistencial, porém com fragilidades importantes nos componentes de gestão e governança.

Principais Fragilidades Identificadas

- Ausência de planejamento estratégico formal;
- Deficiência em gestão de pessoas;
- Educação permanente não estruturada;
- Inexistência ou fragilidade do Núcleo Interno de Regulação;
- Documentação institucional insuficiente;
- Indicadores pouco monitorados;
- Processos não padronizados.

Principais Potencialidades

- Forte capacidade técnica assistencial;
- Setores críticos bem-organizados (CME, SCIH e UTI);
- Lideranças comprometidas;
- Engajamento da equipe durante a auditoria;
- Disposição institucional para melhorias.

4.6. INTERPRETAÇÃO GLOBAL

O Hospital São João Batista apresenta **maturidade assistencial intermediária**, com desempenho satisfatório em áreas técnicas essenciais, mas ainda com **fragilidades significativas em gestão, governança, regulação, educação permanente e desenvolvimento de pessoas**.

O desempenho global de 39,7% de conformidade indica que a instituição possui uma base operacional importante, porém necessita de ações estruturadas para consolidar um sistema robusto de gestão da qualidade.

4.7. RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS

Curto Prazo (0–90 dias)

- Estruturar Plano de Ação Institucional;
- Instituir cronograma de auditorias internas;
- Organizar POPs, protocolos e documentos;

- Implantar indicadores estratégicos;
- Fortalecer comissões obrigatórias.

Médio Prazo (3–6 meses)

- Reestruturar Gestão de Pessoas;
- Implantar programa formal de Educação Permanente;
- Estruturar Núcleo Interno de Regulação;
- Consolidar gerenciamento de riscos.

Longo Prazo (6–12 meses)

- Preparação para acreditação;
- Consolidação do sistema de gestão da qualidade;
- Implantação do ciclo PDCA institucional.

4.8. CONCLUSÃO TÉCNICA

Com base na avaliação de **673 requisitos distribuídos em 17 setores**, conclui-se que o Hospital São João Batista apresenta condições favoráveis para um importante processo de transformação institucional.

Os resultados demonstram que a instituição possui setores assistenciais tecnicamente estruturados e equipes comprometidas, destacando-se positivamente a CME, o SCIH, a UTI Adulto e o Centro de Parto Humanizado.

Entretanto, persistem fragilidades significativas nos eixos de governança, gestão de pessoas, educação permanente e regulação, responsáveis por sustentar a qualidade e a segurança em toda a organização.

A implementação sistemática das recomendações propostas permitirá elevar substancialmente o nível de conformidade institucional, fortalecer a cultura de melhoria contínua e posicionar o hospital em patamar compatível com os referenciais nacionais de excelência em saúde.

4.9. OBSERVAÇÃO TÉCNICA IMPORTANTE SOBRE A CONSOLIDAÇÃO DOS RESULTADOS

Ressalta-se que os resultados apresentados neste relatório possuem **caráter preliminar**, uma vez que a conclusão da avaliação de alguns setores estratégicos de apoio e infraestrutura hospitalar ficou condicionada à disponibilidade da profissional responsável por centralizar e disponibilizar as informações, documentos e evidências necessárias à auditoria desses processos.

Permanecem pendentes de auditoria os seguintes setores e processos:

1. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT);
2. Engenharia Clínica;
3. Necrotério;
4. Sistema de **Segurança Contra Incêndio e Pânico**;
5. **Processamento de Roupas (Lavanderia Hospitalar)**;
6. **Higiene e Limpeza Hospitalar**;
7. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Esses setores representam aproximadamente **130 itens adicionais de verificação**, estruturados com base na mesma metodologia de avaliação fundamentada no **Modelo PROADI-SUS adaptado pela consultora Cristina Márcia da Silva**.

Com a inclusão dessas avaliações complementares, o universo total estimado da auditoria institucional passará de **673 para aproximadamente 803 itens avaliativos**, o que poderá impactar de forma relevante os percentuais globais de:

- Conformidade;
- Não conformidade;
- Conformidade parcial;
- Itens não aplicáveis.

As áreas ainda pendentes possuem elevada relevância estratégica, uma vez que influenciam diretamente aspectos essenciais relacionados a:

- Segurança do paciente;
- Saúde e segurança ocupacional;
- Controle e prevenção de infecções;
- Sustentabilidade e responsabilidade ambiental;

- Conformidade legal e regulatória;
- Gestão de riscos institucionais;
- Continuidade operacional.

Dessa forma, os resultados ora apresentados devem ser compreendidos como um **diagnóstico situacional preliminar**, tecnicamente consistente e suficientemente robusto para orientar a elaboração das primeiras ações corretivas e preventivas, porém ainda sujeito a ajustes após a incorporação das análises complementares.

A conclusão da auditoria nesses setores permitirá consolidar uma visão institucional mais abrangente, precisa e integrada, fortalecendo a construção de um **Plano Diretor de Qualidade, Segurança do Paciente e Gestão de Riscos**, plenamente alinhado às necessidades e prioridades estratégicas do Hospital São João Batista.

4.10. CONSIDERAÇÃO FINAL

O presente diagnóstico deve ser compreendido como um marco estratégico para o fortalecimento institucional do Hospital São João Batista, fornecendo uma visão objetiva, técnica e estruturada das potencialidades e fragilidades organizacionais.

A partir deste relatório, recomenda-se a construção de um **Plano Diretor de Qualidade e Segurança**, capaz de orientar as ações de curto, médio e longo prazo e consolidar uma cultura organizacional baseada em evidências, indicadores, padronização e excelência assistencial.

4.11. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Este relatório foi elaborado com base nas informações em documentos apresentados pela equipe técnica, em observações in loco, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados do IBGE, nos marcos regulatórios específicos, Ministério do Trabalho, Coren, Constituição Federal e demais normas aplicáveis.

Relatório elaborado em: 13 de maio de 2026

Responsável Técnico: Cristina Márcia da Silva -

Administradora | Consultora em Gestão Hospitalar e Residências em Saúde

MBA em Administração e Qualidade

Especialista em Auditoria, Qualidade e Segurança do Paciente

Juiz de Fora – MG



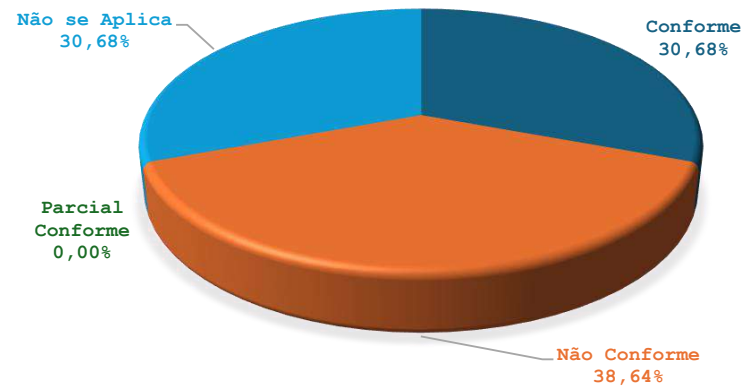
ORIENTAÇÃO Assessoria e Planejamento Ltda.

4.12. ANEXO PROADI SUS (PDF A PARTE)

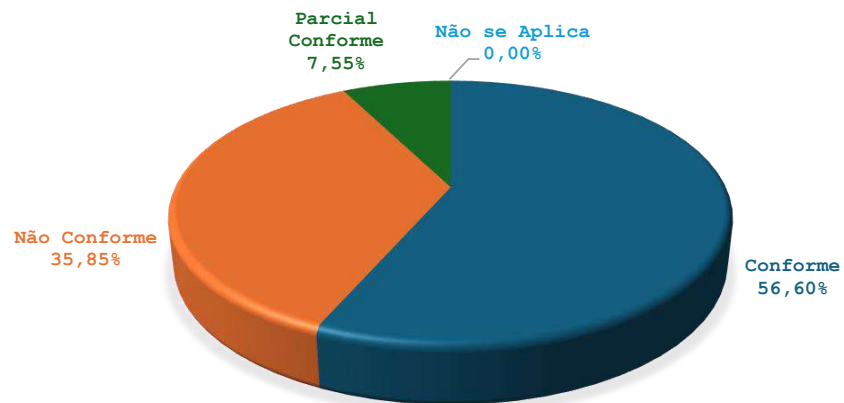
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL



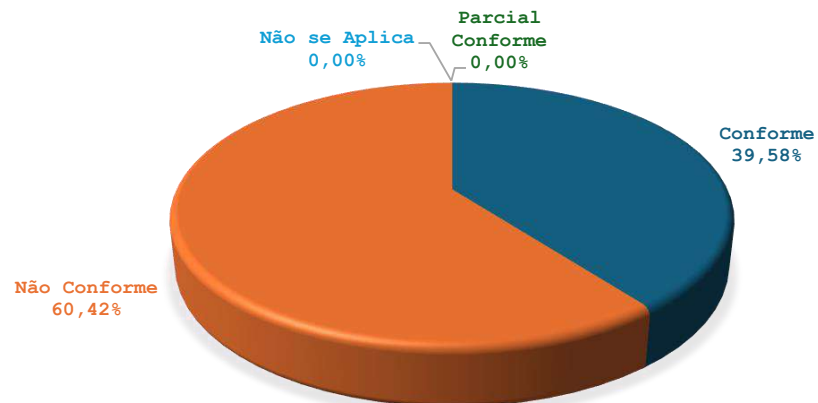
ALMOXARIFADO E FARMÁCIA



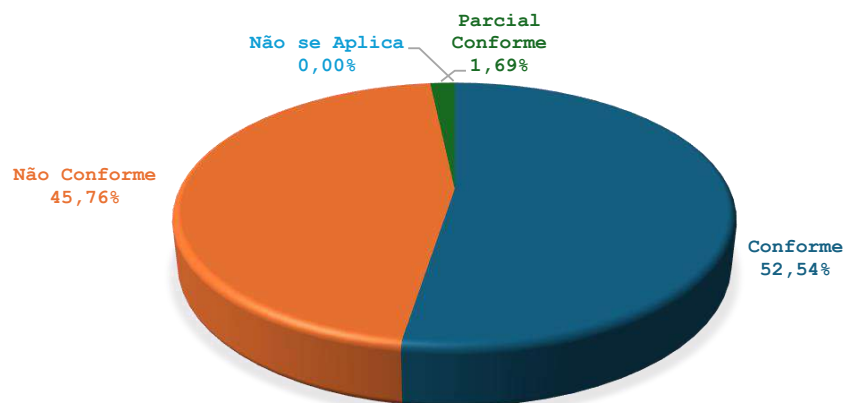
ALOJAMENTO CONJUNTO



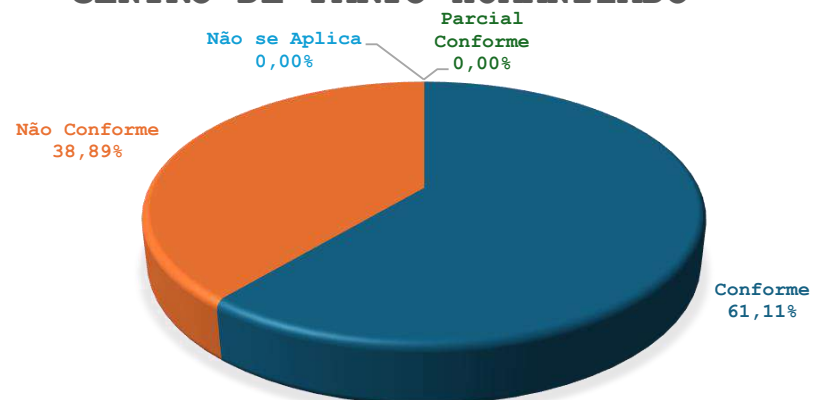
CDI



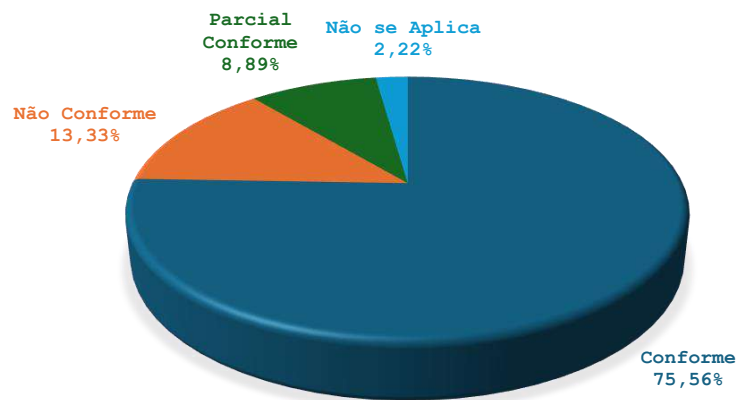
CENTRO CIRÚRGICO



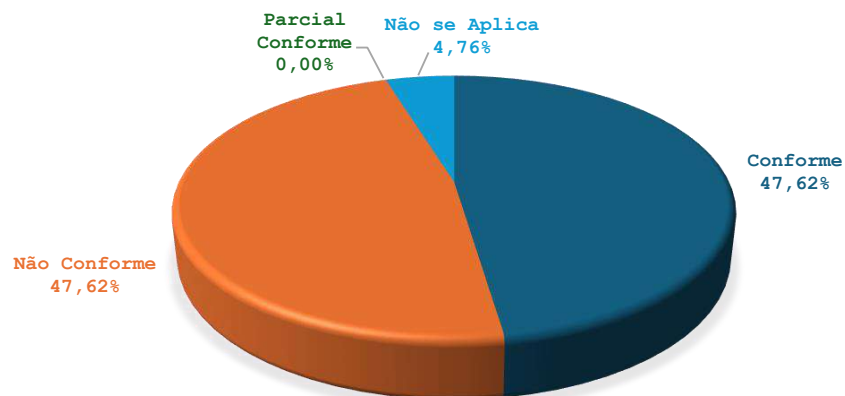
CENTRO DE PARTO HUMANIZADO



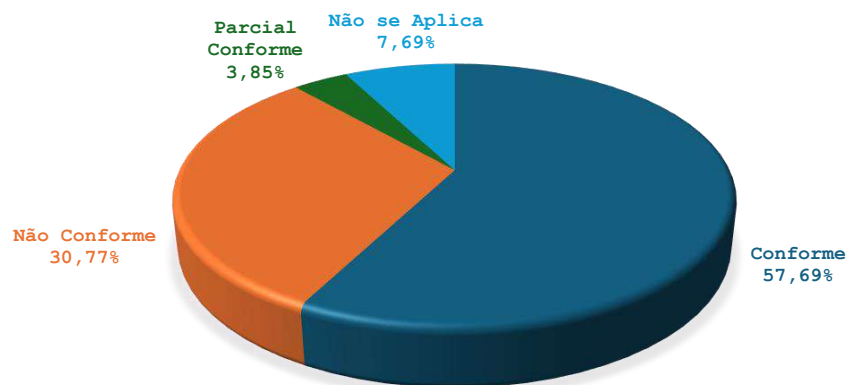
CME



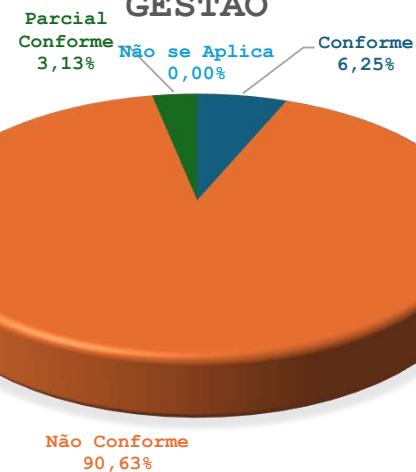
COMISSÕES



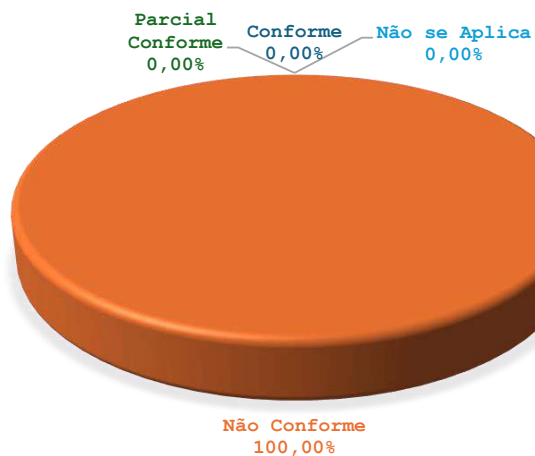
ENFERMARIAS



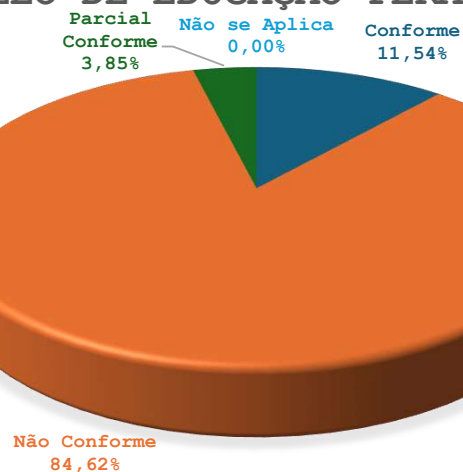
GESTÃO



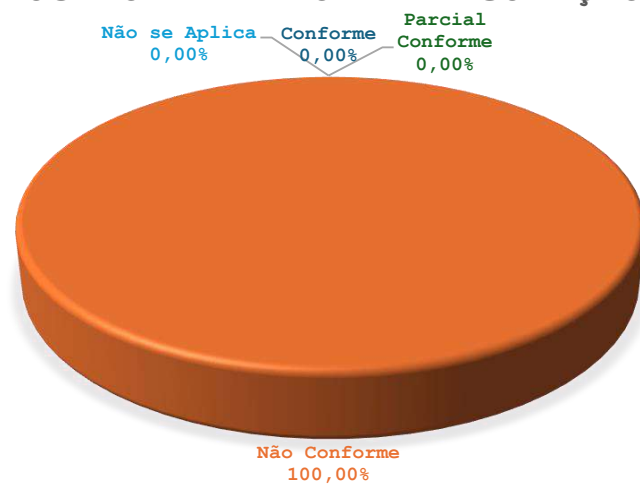
GESTÃO DE PESSOAS



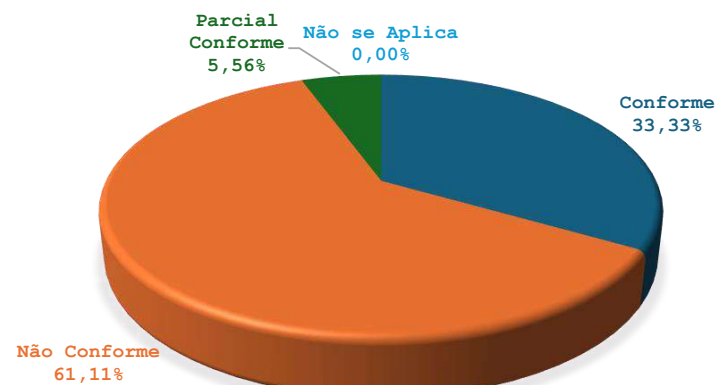
NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



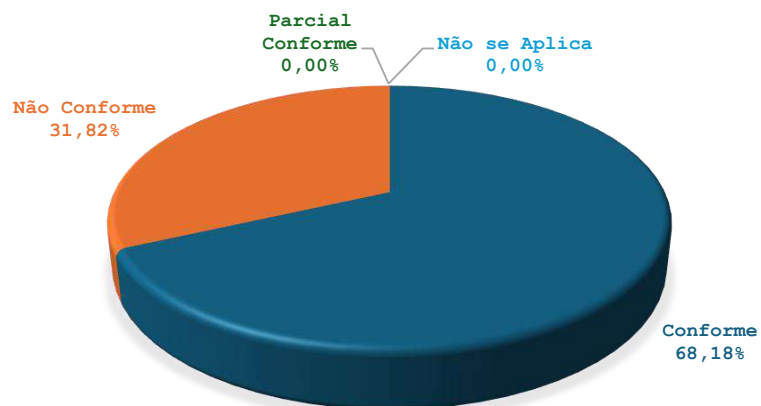
NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO



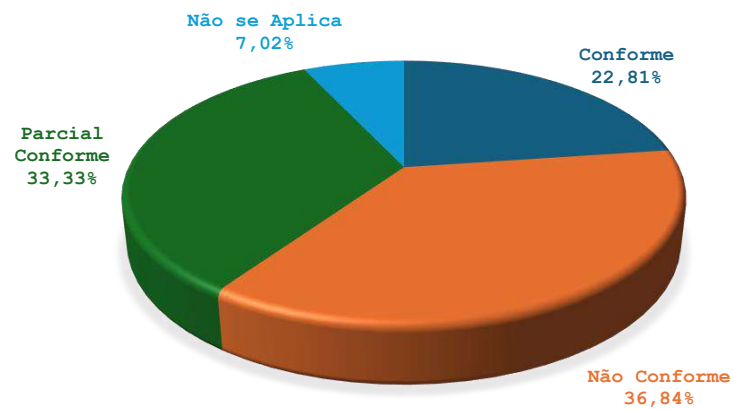
PRONTO ATENDIMENTO



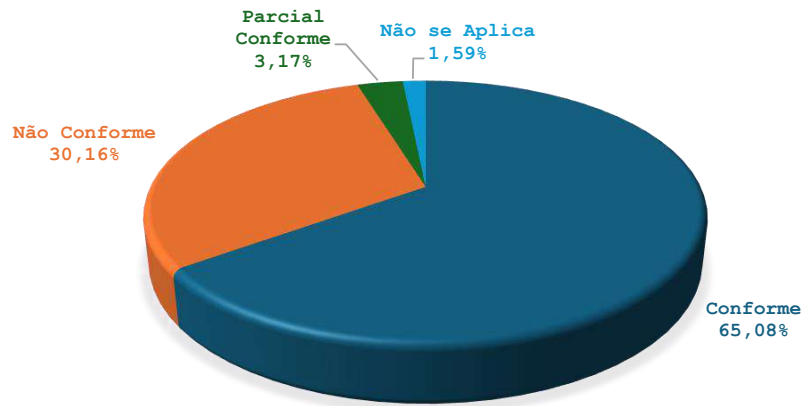
SCIH



NUTRIÇÃO E DIETA



UTI ADULTO



setores

