

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

Outubro 2018

CONTRATO DE GESTÃO

Nº 004/2014



**HOSPITAL ESTADUAL  
AZEVEDO LIMA**



**HEAL**

HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

**SECRETARIA DE SAÚDE**



## **PRESTAÇÃO DE CONTAS SETEMBRO 2018**

### **RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO 2018**

**CONTRATANTE:** SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO

**GOVERNADOR:** LUIZ FERNANDO PEZÃO

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE:** SÉRGIO D'ABREU GAMA

**CONTRATADA:** INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

**ENTIDADE GERENCIADA:** HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

**RAZÃO SOCIAL:** SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

**CNPJ:** 42498717000660

**ENDEREÇO:** RUA TEIXEIRA DE FREITAS 30, FONSECA – NITERÓI/RJ

**RESPONSÁVEL PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:** ANDRÉ GUANAES

### **PRESTAÇÃO DE CONTAS ORDINÁRIA MENSAL**

Relatório de gestão dos serviços assistenciais do Hospital Estadual Azevedo Lima no Estado do Rio de Janeiro, qualificada como Organização Social de Saúde – OSs.

## 1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos, a partir deste Relatório de Execução de Atividades e Prestação de Contas, as ações realizadas pelo Hospital Estadual Azevedo, sob gestão do Instituto Sócrates Guanaes, referente ao mês de setembro de 2018.

Reiteramos que o Instituto Sócrates Guanaes deu início as suas atividades de gestão, no Hospital Estadual Azevedo Lima, no dia 14 de abril de 2014, tendo em momento inicial realizado a migração dos contratos de serviços internos, e posteriormente, no mês de dezembro do mesmo ano, passou a vigorar em regime de gestão plena.

Informamos que, a metodologia utilizada para elaboração desse relatório foi à análise comparada dos resultados assistenciais, a partir dos referenciais pactuados no Projeto Técnico apresentado no ato licitatório, relativo ao Contrato de Gestão 004/2014.

Salientamos que as Organizações Sociais, nesta perspectiva o Instituto Sócrates Guanaes, tem a prerrogativa de reger todas as suas ações obedecendo aos princípios constitucionais, ou seja, pautado nos princípios e diretrizes do SUS, com os seguintes preceitos:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## **2. O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES**

Fundado em 13 de julho de 2000, inicialmente denominado Centro de Estudos e Pesquisa Sócrates Guanaes (CEPESG), a entidade em seu propósito fundamental primeiro, tinha o ensino e a pesquisa como objeto do desenvolvimento de suas práticas. Em momento posterior, culmina na compreensão de que, a integração do ensino e pesquisa se fundamentam em excelentes recursos para melhoria do desenvolvimento de práticas de saúde nos serviços assistenciais e promovem saúde, com eficácia e eficiência. Desta avança no campo da gestão, atuando junto ao então recém-inaugurado Hospital da Cidade, que se tornou referência no Estado da Bahia na assistência ao paciente criticamente enfermo (UTI e Emergência), transformando-se em um dos principais centros do país, formadores de profissionais voltados ao exercício da Medicina Crítica.

A partir da compreensão de sucesso obtido na experiência de gestão de um Hospital de Ensino, o ISG passa a caminhar no propósito de se constituir como instituição compromissada com a formação em saúde, tendo a qualidade, assistência humanizada e responsabilidade social como definições de seus processos. A paulatina incorporação ao processo de gestão e aos objetivos iniciais, de levar a “expertise” adquirida no caminho da integração e articulação a outros equipamentos de saúde, desde a atenção básica até a atenção em alta complexidade, passaram a ser crescentes na visão institucional. Assim, em 2004, foi adotada a denominação de Instituto, para lembrar o compromisso com o ensino e a pesquisa, como um “laboratório” de ideias e formação de “gente para cuidar de gente”, com eficiência e dedicação.

Desta o ISG mantém a filosofia e a convicção de que “nada de bom se faz sozinho” e, por isso, valoriza a formação e seleção de recursos humanos para o trabalho em saúde,

assim como estabelece importantes convênios com renomadas instituições nacionais e internacionais, do setor da saúde e do ensino. Ao longo destes anos, com apoio e orientação dos Conselhos e Diretoria, tem cativado e mantido um time de colaboradores, consultores e parceiros que comungam com estes preceitos éticos e profissionais, tornando-se em sua visão, uma das razões do seu sucesso.

A eficiência na gestão e a transparência de seus processos têm sido entendidas como preceitos fundamentais na reconstrução da capacidade administrativa, através do modelo de assistência à saúde por Organizações Sociais, as quais buscam recursos através de terceiros, quer seja em parceria com o setor público e/ou privado. Para tanto, é obrigatório aplicar bem e comprovar os recursos recebidos, para a operacionalização dos serviços, a partir desse novo arranjo jurídico no sistema de saúde estadual. Reiteramos que as Organizações Sociais em Saúde (OSs) operam com base em contratos de gestão. Nesse sentido, evidencia-se que a relação do Estado com as entidades tem por base o cumprimento de metas e alcance dos objetivos adotados pela gestão.

No tocante aos processos de controle, o estado do Rio de Janeiro faz o acompanhamento das atribuições, responsabilidades e obrigações das OSs, e instrumentos são estabelecidos para isso, com foco em diferentes níveis e dimensões do controle interno e externo, tais como: o contrato de gestão, renovado anualmente, o relatório financeiro e o relatório de execução e desempenho, com periodicidade mensal. Uma vez estabelecidos os parâmetros, o controle ocorre a partir do acompanhamento e da avaliação dos resultados obtidos pela entidade, que devem ser comparados com o que foi previamente acordado no contrato de gestão, os quais vem sendo cumpridos periodicamente pelo ISG.

## **MISSÃO**

Promover Saúde com Espírito Público e Eficiência do Privado.

## **VISÃO**

Ser uma Organização Social referência em nosso país em formar gente para cuidar da saúde da nossa gente, tendo a educação como mola propulsora; o ensino e a pesquisa como ferramentas; e a gestão como meio para promover saúde com eficácia e eficiência que a nossa gente precisa e merece.

## VALORES

1. SAÚDE É PRIORIDADE: dever do Estado e obrigação de cidadania, universal e de acesso com igualdade e equidade;
2. EDUCAÇÃO É FUNDAMENTAL: sendo o ensino e a pesquisa ferramentas essenciais para eficiência do processo;
3. HUMANIZAÇÃO É DIFERENCIAL: do processo de promover saúde, assistir na doença e cuidar do paciente;
4. ÉTICA COMO ÚNICA CENSURA: é determinante fazer o bem, não fazer o mal, com autonomia e justiça;
5. GESTÃO EFICIENTE É RESPONSABILIDADE SOCIAL: aprender a fazer saúde com qualidade e com melhor custo possível é uma obrigação social;
6. CAPITAL HUMANO É O MAIOR PATRIMÔNIO: formar gente para cuidar de gente e garimpar "pérolas humanas";
7. DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: captar e gerir o "dinheiro bom" para cumprir nossa missão;
8. TRANSPARÊNCIA COM DINHEIRO DOS OUTROS: auditar e apresentar onde e como foram aplicados os recursos financeiros;
9. PARCERIA PARA SOMAR "EXPERTISE": multiplicar ativos e dividir resultados;
10. MERITOCRACIA para premiar o trabalho e resultados pactuados.

## CONCEITO

Saúde através da educação.

Para tanto, o ISG desenvolve e mantém cinco principais áreas de atuação e centros de resultados (CR):

- Gestão e Consultoria em Saúde;
- Programa de Atenção Básica à Saúde;
- Ensino e Desenvolvimento Profissional;
- Laboratório de Treinamento e Simulação em Saúde;
- Pesquisa Clínica Aplicada.



### 3. O HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

O Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) é um hospital público, responsável pela prestação de serviços de saúde na área de urgência/ emergência e maternidade e tem sua importância, historicamente, reconhecida como referência assistencial, dado a sua relevância social e regional. É uma das instituições que compõe a rede de hospitais estaduais do Estado do Rio de Janeiro.

Tem como missão a prestação de assistência especializada, de média e alta complexidade, integral, humanizada, eficiente e resolutiva, dentro de preceitos de qualidade e segurança, a pessoas que procuram a instituição. Assume como valores institucionais o compromisso social crítico, a democracia no acesso e na gestão, a solidariedade, a defesa de um Sistema Único universal, a competência técnica e o desenvolvimento técnico-científico da saúde, com compromisso na excelência dos resultados.

Está localizado a Rua Teixeira de Freitas, 30 Fonseca, Niterói, Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Constitui-se como unidade de referência, de maior complexidade, (Hospital Especializado tipo II), reconhecido na prestação de serviços assistenciais na área de urgência e emergência e maternidade, responsável por uma macrorregião, atendendo a população de Niterói, São Gonçalo e os demais municípios que compõe a região metropolitana II, que juntos somam cerca de dois milhões de habitantes.

Obedece aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através do disposto na [Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011](#), relativo à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Sistema Único de Saúde (SUS), que considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado.

Reúnem neste contexto, serviços em alta complexidade, para desempenhar papel de hospital geral, referência na prestação de assistência de urgência e emergência, traumatológicas, clínicas e cirúrgicas. Dispõe para tanto de recursos tecnológicos e humanos, indispensáveis para o diagnóstico e tratamento, contando com equipes de neurocirurgia, traumato-ortopedia, cirurgia geral e clínica, em plantões 24h, compostas

Rua Teixeira de Freitas, 30 - Fonseca, Niterói - RJ - CEP 24130-610. Telefones: 3601-7249 / 7283 / 7244 / 7298.



por médicos especializados, equipe multidisciplinar, além de equipes de retaguarda para manejo de pacientes críticos, em conformidade com o SUS (Unidade de Cuidados Críticos, Unidade de Cuidados Semi-intensivos e Unidade de Cuidados Clínico-cirúrgicos).

Adicionalmente, provê suporte em especialidades cirúrgicas (cirurgia torácica, vascular, plástica e buco-maxilofacial, dentre outras) e especialidades clínicas necessárias para apoio a usuários politraumatizados e outros internados. Atende à demanda espontânea e/ou referenciada, e funciona como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade.

De forma a viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, tem implantado em sua porta de entrada processo de acolhimento, com classificação de risco em ambiente específico, e identificação do paciente, segundo sinais e sintomas ou de agravo à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato. A porta de entrada hospitalar de urgência e todos os demais setores hospitalares contam com processo permanente de regulação através do Núcleo de Regulação Interna (NIR), em permanente interface com a Central Regional de Regulação de Urgência, à qual coordena os fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.

Conta com unidade de internação clínico-cirúrgica, ambulatorios de seguimento dos pacientes cirúrgicos e duas unidades de Terapia Intensiva, sendo uma com leitos gerais de adultos, e outra com leitos de Unidade de Pós-Operatório.

Tem em sua estrutura maternidade de alto risco, disponibiliza desde o acolhimento, equipe multiprofissional de plantão, para avaliação, classificação de risco, acompanhamento e internação, de todas as gestantes que buscam o serviço espontaneamente, assim como as vinculadas à atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação. Mantém alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, assim como Unidade Terapia Intensiva Neonatal que concentra os principais recursos – humanos e materiais – necessários para dar suporte ao neonato em suas necessidades biológicas e de cuidado no sentido mais amplo.

Possui 240 leitos de internação, distribuídos em: 42 leitos de Emergência (07 leitos de cuidados intensivos – Sala Vermelha; 09 leitos de cuidados semi-intensivos- Sala

Rua Teixeira de Freitas, 30 - Fonseca, Niterói - RJ - CEP 24130-610. Telefones: 3601-7249 / 7283 / 7244 / 7298.



Amarela; 20 leitos clínico-cirúrgicos – Sala Verde, 05 leitos de trauma pediátrico e 01 leito de cuidados intensivos relativos ao trauma pediátrico); 30 leitos de Tratamento Intensivo de Adultos, 92 leitos de apoio com internação Clínico-Cirúrgica, 59 leitos de Maternidade, 07 leitos de tratamento intensivo neonatal, 05 leitos de unidade intermediária neonatal e 05 leitos de cuidados pós-operatórios intensivos.

O Município de Niterói, no qual o hospital encontra-se sediado, tem população estimada de 511.786 habitantes (IBGE 2018) possuindo uma área de 133.9 km<sup>2</sup>, sendo a quinta cidade mais populosa do Estado, e a de maior Índice de Desenvolvimento Humano. O município integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e é um dos principais centros do Estado. Niterói polariza os municípios vizinhos, e tem uma dinâmica urbana própria, fazendo com que a porção leste da Região Metropolitana do Rio de Janeiro seja identificada como parte distinta, demandando planejamento urbano e políticas públicas próprias, nas quais se incluem necessariamente as de saúde.

A região Metropolitana II possui aproximadamente dois milhões de habitantes, sendo limitada pelas regiões da Baixada Litorânea e Serrana. Representa cerca de 6,20% da área do Estado e é composta por sete municípios de características bastante diversas entre si, distribuídos em quatro microrregiões (Maricá e Niterói- microrregião I, São Gonçalo – microrregião II, Itaboraí e Tanguá – microrregião III, Rio Bonito e Silva Jardim – microrregião IV) que contêm aproximadamente 12% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

O município de Niterói apresenta um índice de envelhecimento extremamente alto, em função de uma taxa de fecundidade muito baixa e taxa líquida migratória também reduzida; há uma tendência à estabilização do crescimento populacional e, caso se mantenha este comportamento demográfico, também à retração populacional em médio prazo. A expectativa de vida ao nascer no município de Niterói é maior do que as médias do Estado, e nacional. No grupo de referência, a cidade é a que apresentou maior evolução entre 1991 e 2010.

A cidade possui indicadores pouco satisfatórios, quando analisada a oferta de atendimentos e internações de média e alta complexidades, haja vista a grande demanda reprimida por esse tipo de atendimento à população residente e não residente, as quais trazem reflexos profundos no atendimento prestado pelo HEAL.

Avalia-se que a demanda por procedimentos de alta e média complexidade tem obedecido a tendência de aumento, considerando o envelhecimento populacional e destacando-se o alto índice de óbitos por doenças do aparelho circulatório e o crescimento no número de óbitos relacionados às neoplasias.

#### **4. O CONTRATO DE GESTÃO – GESTÃO PACTUADA**

O novo modelo de gestão e de atenção à saúde visa atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar elevada satisfação ao usuário associada à introdução de novos mecanismos dos processos assistenciais.

Inicialmente entendeu-se em seu processo diagnóstico que a unidade deveria passar por um mapeamento de seus processos e necessidades com a identificação de todos os “gargalos” que impactam na correta prestação do serviço ao usuário. Esse instrumento tem sido a base para a realização das ações do ISG no novo panorama de gestão.

Importante considerar que no momento o ISG já teve concluído a gestão dos contratos de serviços ainda acontecendo à revisão de suas necessidades, segundo as demandas internas de atendimento aos usuários.

##### **4.1. ACOMPANHAMENTO DE METAS**

Diante da alteração das metas dos indicativos de produção e da inclusão de novos indicativos de qualidade, cujas mudanças foram científicas através do atual Termo de Referência, entregue em período após a assinatura do 4º Termo Aditivo ao CG nº 004/2014, houve a necessidade da readequação para viabilizar a parametrização dos dados requeridos pela SES/RJ.

Nesse sentido, tendo como base a data da ratificação da citada alteração contratual, publicada no DOERJ em em 20/06/2018, a dilação de prazo para a adequação às novas metas fez-se necessária, notadamente por conta da impossibilidade da realização de medição pretérita.

Por tal razão, consignamos justificativas através do presente, no fito de consignar a situação e esclarecer à SES/RJ a razão pela qual alguns itens ainda se encontram em processo de desenvolvimento para a realização da adequada medição.

Apresentamos abaixo os indicadores de Produção e desempenho com base no novo Termo de referência, a saber:

INDICADORES DE PRODUÇÃO				
Indicadores 2018	Memória de Cálculo	Unid. Medida	Meta	Indicadores encontrados
				OUTUBRO
Saída Clínica de Adulto	-	Unidade	138	179
Saídas Obstétricas	-	Unidade	320	337
Saídas Ortopédicas	-	Unidade	120	156
Outras Saídas Cirúrgicas	-	Unidade	110	105
Ultrassonografia/ Ecocardiograma	-	Unidade	500	1025
Tomografia Computadorizada	-	Unidade	1.700	1062

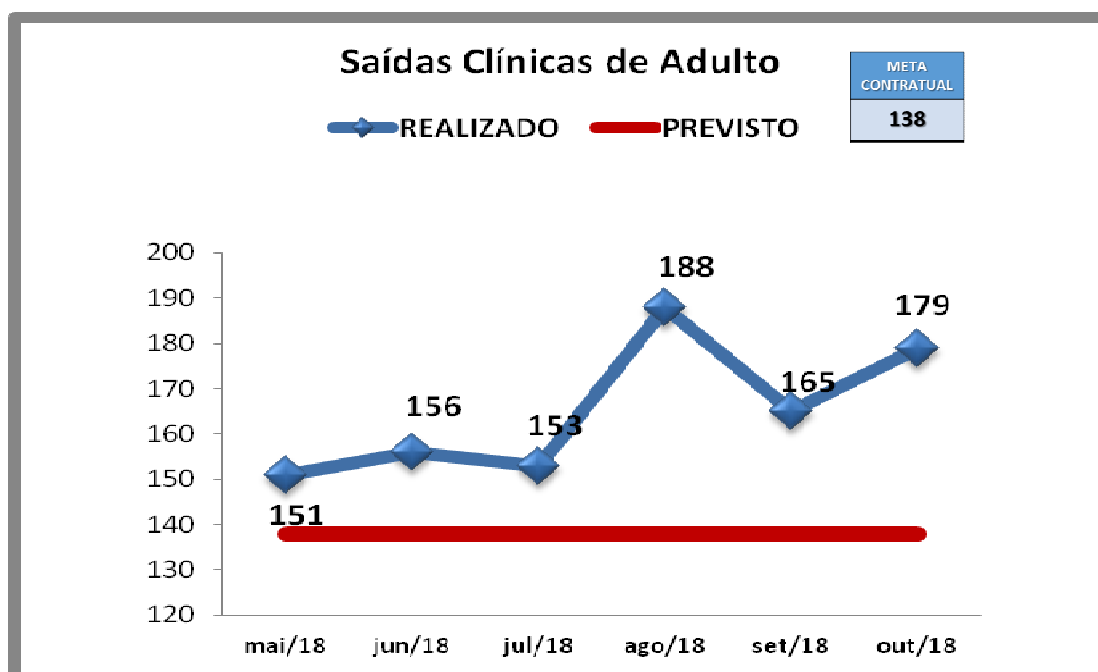
Indicadores de Desempenho - PONTUAÇÃO						
OUTUBRO /2018						
Nº	Indicador	Memória de Cálculo	Meta	Qtd	%	Pontos
1	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto/ Nº de cateter-dia UTI Adulto *1000	Máximo de 4,5/1000 (laboratorial) e 2,5/1000 (clínica)	1 619	1,62	5
2	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Neonatal/ Nº de cateter-dia UTI Neonatal *1000	Máximo de 11,6/1000 (laboratorial) e 16,7/1000 (clínica)	2 139	14,39	1
3	Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto	Nº de cateter-dia UTI Adulto/ Nº de pacientes-dia UTI Adulto*100	< ou = 61,0%	619 895	69,16%	1
4	Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal	Nº de cateter-dia UTI Neonatal/ Nº de pacientes-dia UTI Neonatal*100	< ou = 41,5%	139 307	45,28%	2
5	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	Apresentar protocolo e algoritmo do protocolo de IAM e/ou AVCI e/ou SEPSE comunitária. Implantado no mínimo há 1 mês	Protocolo de IAM, AVCI e SEPSE apresentado e implantado	ok		10
6	Taxa de mortalidade institucional	Números de óbitos ≥ 24 h/ saídas hospitalares *100	< ou = 11%	62 846	7,33%	2
7	Taxa de mortalidade cirúrgica (inclusive cesárea)	Nº de Óbitos cirúrgicos (óbitos até 7 dias após o procedimento cirurgico na mesma internação) /Nº pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos *100	< ou = 5%	0 100	0,00%	2

8	Taxa mortalidade neonatal < 1.500g	número de óbitos < 1.500/ número de RN < 1.500 *100	< ou = 41,0%	6	46,15%	0
				13		
9	Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g	número de óbitos 1.500g a 2.500g/ número de RN 1.500g a 2.500g *100	< ou = 3,1%	0	0,00%	2
				13		
10	Taxa de mortalidade materna	Nº de óbitos maternos/ Nº de RN vivos *1000	< ou = 0,24	0	0,00	2
				234		
11	Taxa de ocupação operacional Geral	Nº Paciente-dia Geral/Leitos-dia operacionais Geral *100	> ou = a 85%	6620	88,98%	2
				7440		
12	Taxa de ocupação de leitos clínicos	Nº Paciente-dia clínicos/Leitos-dia operacionais clínicos *100	> ou = a 85%	857	106,33%	2
				806		
13	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos	Nº Pacientes-dia cirúrgicos/Leitos-dia operacionais cirúrgicos *100	> ou = a 85%	482	64,78%	0
				744		
14	Taxa de ocupação operacional Leitos ortopédicos	Nº Pacientes-dia ortopédicos/Leitos-dia operacionais ortopédicos *100	> ou = a 85%	764	82,15%	1
				930		
15	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirúrgicos/Leitos-dia operacionais neurocirúrgicos *100	> ou = a 85%	267	71,77%	0
				372		
16	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1564	85,51%	2
				1829		
17	Taxa de ocupação operacional UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	> ou = 90%	895	96,24%	2
				930		
18	Taxa de ocupação operacional UTI Pós operatório	Nº de Pacientes-dia UTI Pós operatório/ Leitos-dia operacionais UTI Pós Operatório *100	> ou = 90%	147	94,84%	2
				155		
19	Taxa de ocupação operacional UTI Neonatal	Nº de Pacientes-dia UTI Neonatais/ Leitos-dia operacionais UTI Neonatais *100	> ou = 90%	307	141,47%	1
				217		
20	Média de permanência Geral	Nº Pacientes-dia Geral/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7 dias	6620	7,83	0
				846		
21	Média de permanência Leito clínico	Nº Pacientes-dia leitos clínicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 7,6 dias	857	7,79	0
				110		
22	Média de permanência Leito Cirúrgico	Nº Pacientes-dia leitos cirúrgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 6,5 dias	482	6,51	1
				74		
23	Média de permanência Leito ortopédico	Nº Pacientes-dia leitos ortopédicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7,0 dias	764	4,87	1
				157		

24	Média de permanência Leito Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirurgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = a 10,2 dias	267	9,21	1
				29		
25	Média de permanência na Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas)maternidade	< ou = a 3,1 dias	1564	2,85	1
				548		
26	Média de permanência UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Nº Transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI Adulto	< ou = a 10,0 dias	895	8,95	1
				100		
27	Média de permanência UTI Pós Operatório	Nº Pacientes-dia UTI pós operatório/ Nº Transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) da UTI pós operatório	< ou = a 7,1 dias	147	2,41	1
				61		
28	Alimentação do SIA/SUS	Número de BPA e APACs apresentados/ Número de atendimentos ambulatoriais realizados *100	100%	28237	438%	10
				6445		
29	Alimentação do SIH/SUS	Número de AIH apresentada no mês/ Número de Internações realizadas na Unidade no mês *100	100%	1048	126%	10
				831		
30	Acolhimento com classificação de risco	Nº de pacientes admitidos no pronto atendimento com classificação de risco realizada/ Nº de pacientes admitidos no pronto atendimento *100	100%	3301	100,00%	10
				3301		
31	% de pacientes atendidos de acordo com os parâmetros do tempo de espera na Urgência e Emergência	tempo de espera (em minutos) para o atendimento inicial de pacientes admitidos no pronto atendimento/ Nº de pacientes admitidos no pronto atendimento	> ou = a 85%		100%	10
32	Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões	Total de manifestações resolvidas/ Total de reclamações, solicitações e denúncias *100	> ou = a 90%	42	100,00%	10
				42		
<b>TOTAL:</b>					<b>85</b>	
<b>CONCEITO</b>					<b>B</b>	

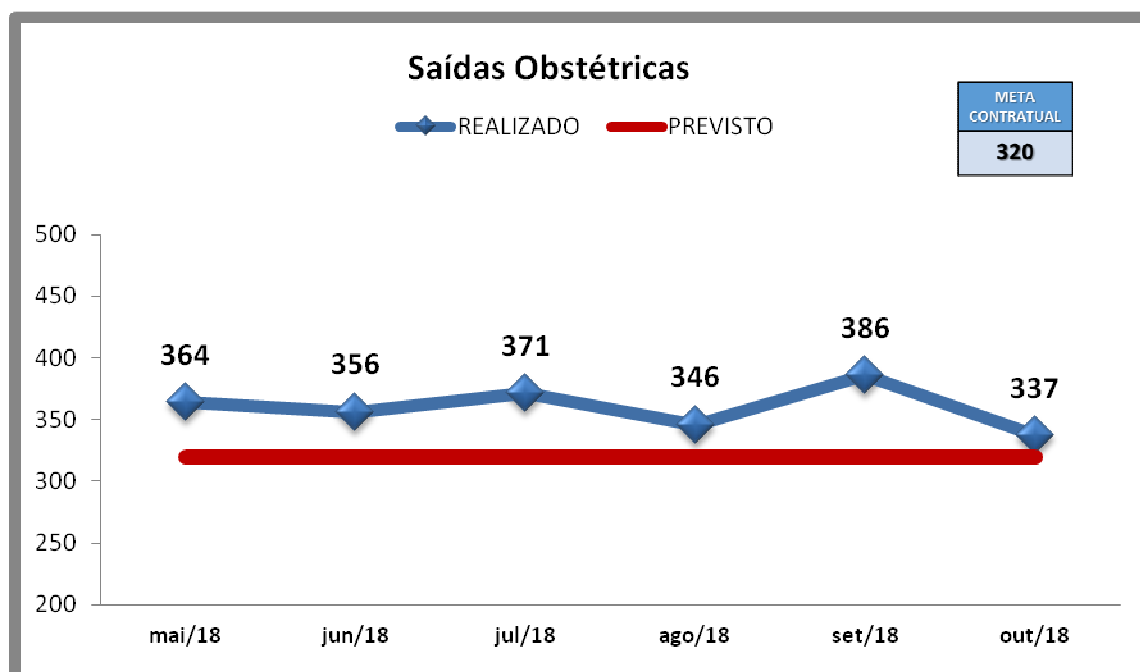
## 4.2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

### 4.2.1 Saídas Clínicas de Adultos



Fonte: Sistema Soul MV

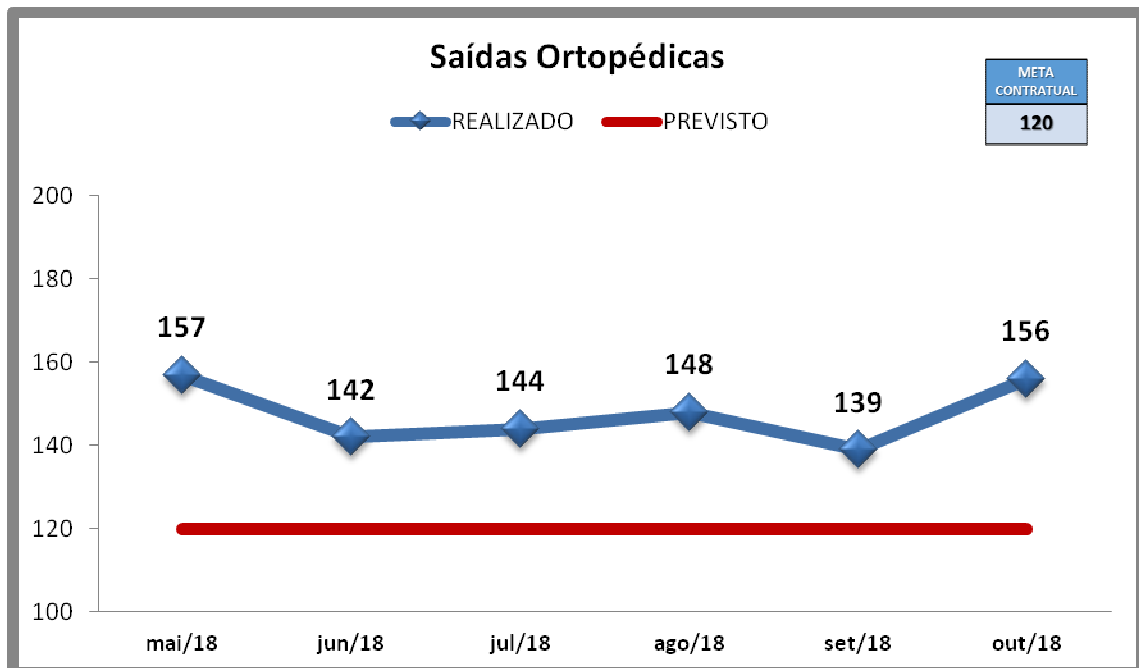
#### 4.2.2 Saídas Obstétricas



Fonte: Sistema Soul MV

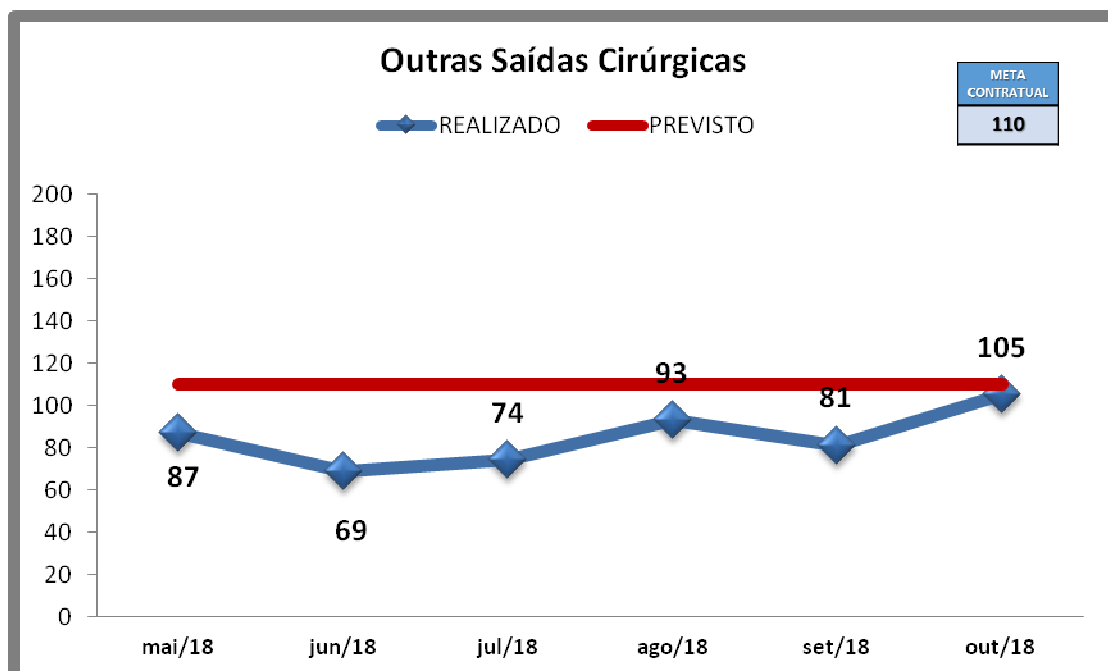


### 4.2.3 Saídas Ortopédicas



Fonte: Sistema Soul MV

### 4.2.4 Outras Saídas Cirúrgicas

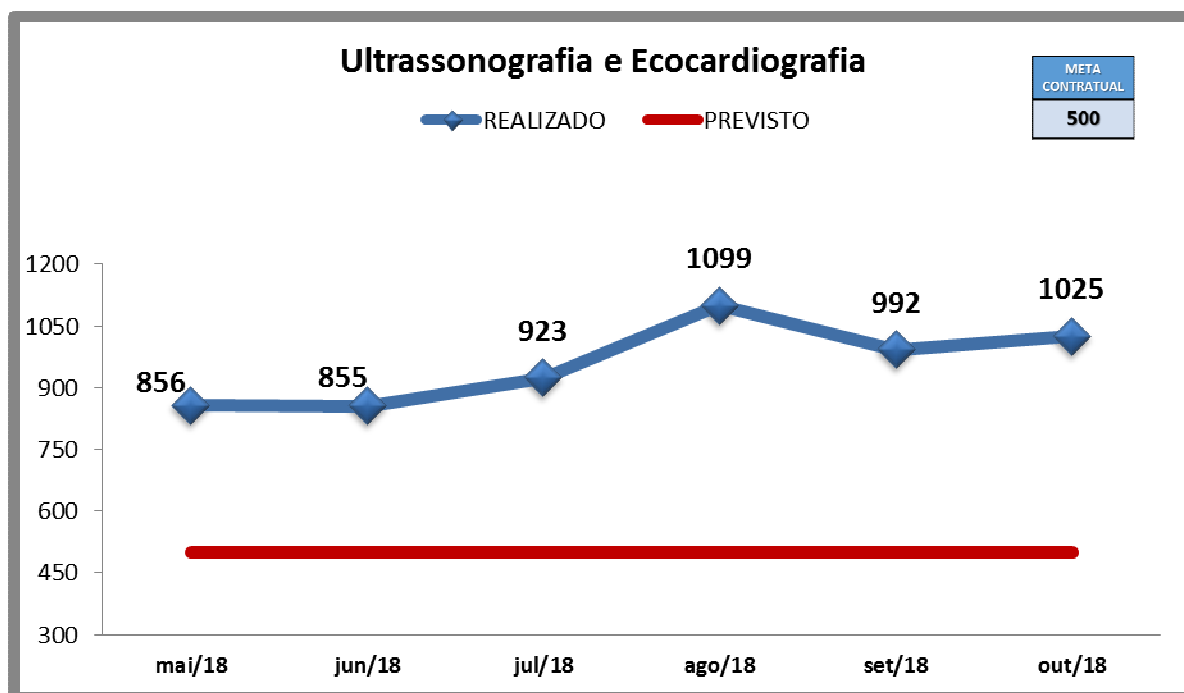


Fonte: Sistema Soul MV

### Comentário:

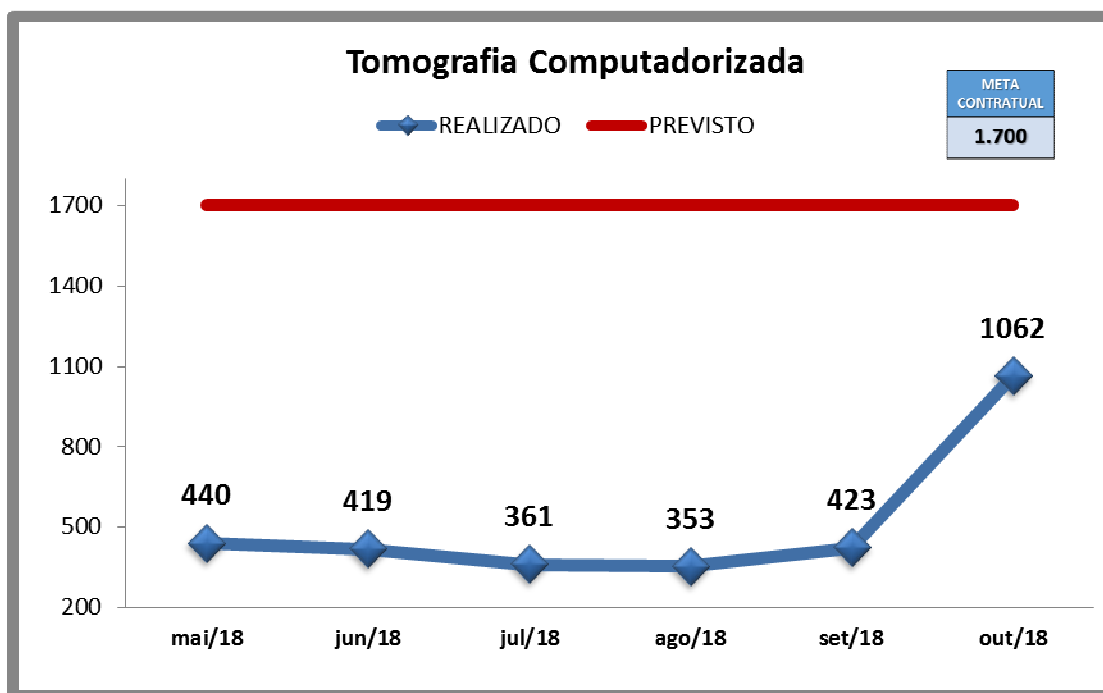
Justificamos frente aos índices obtidos que tal situação decorra do perfil do paciente que é admitido na Unidade, cuja porta de entrada é o setor de emergência e inexistem atividades assistenciais ambulatoriais, com o intuito de produzir cirurgias de caráter eletivo. A inoperância da Tomografia Computadorizada pode ter contribuído para tal resultado.

### 4.2.5 Ultrassonografia e Ecocardiografia



Fonte: Sistema Soul MV

### 4.2.6 Tomografia Computadorizada



Fonte: Sistema Soul MV

#### Comentário:

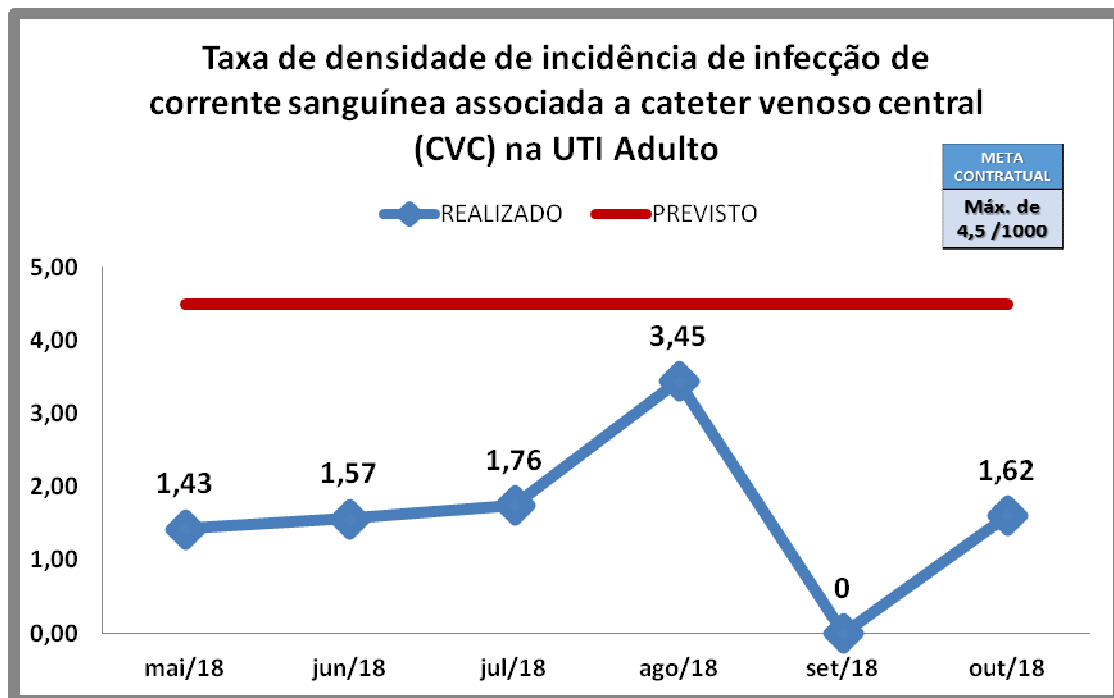
Informamos que o tomógrafo do HEAL encontrava-se inoperante desde o dia 26/05/2017 á 09/06/2017 e posteriormente do dia 26/06/2017 até o início do mês vigente.

Neste período, para evitar a desassistência, os exames de tomografia computadorizada não realizados no aparelho de tomografia portátil são regulados pelo NIR e realizados em outras unidades hospitalares da região Metropolitana II, sendo o paciente transportado por ambulância do Hospital Estadual Azevedo Lima à unidade hospitalar de destino, retornando logo após a realização do exame por ambulância para o Hospital Estadual Azevedo Lima.

Atualmente, o Hospital Estadual Azevedo Lima a infra-estrutura da sala de Tomografia foi adequada no mês de agosto, a instalação do novo aparelho se deu em 10 de setembro de 2018 e *aplication* (treinamento), para 100% da equipe ocorreu durante a primeira quinzena de Outubro/18.

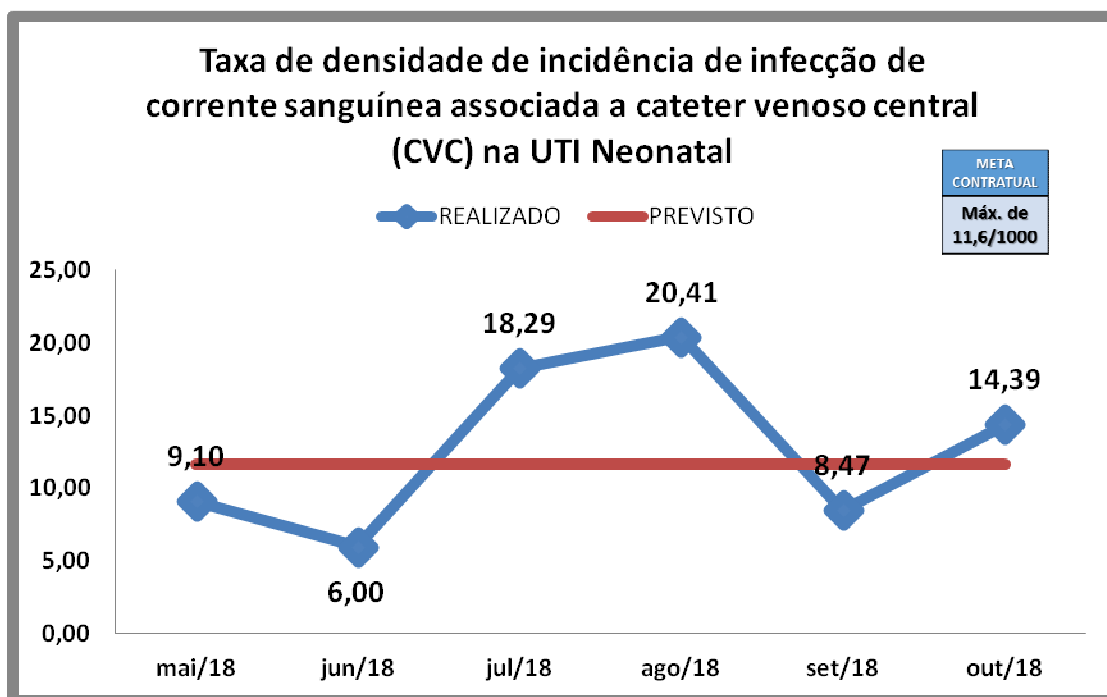
### 4.3. ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

#### 4.3.1 Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### 4.3.2 Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal



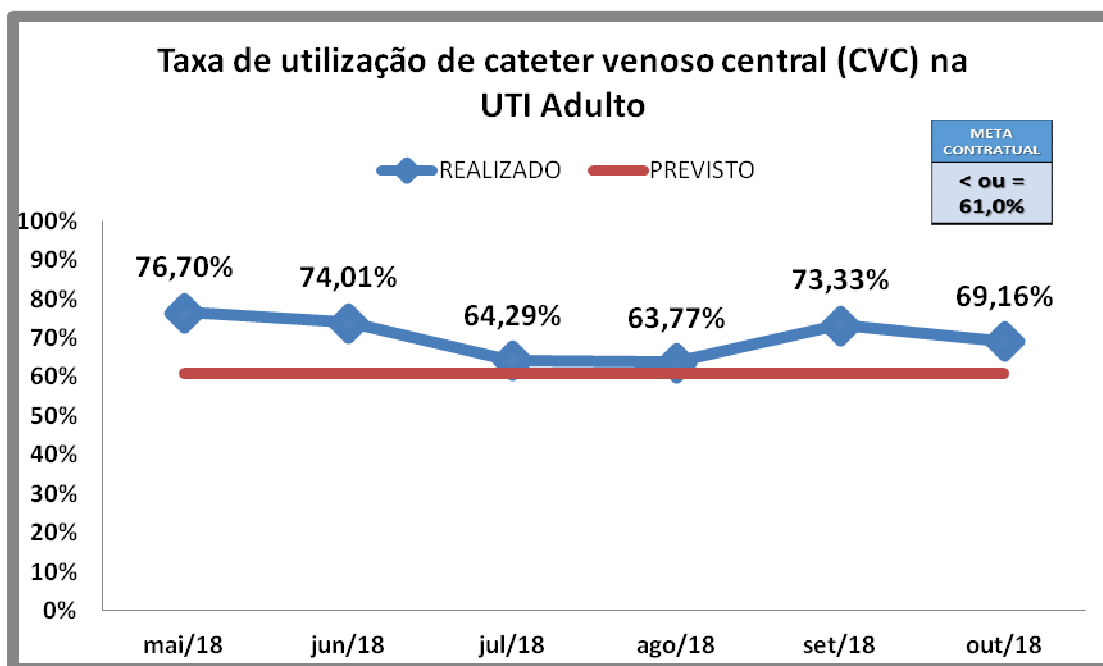
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### Comentário:

Foi encontrado 01 (um) caso novo de IPCSL no período por 118 CVCs-dia na UTI Neonatal.

Em nossa UTI Neonatal temos um perfil de crianças graves que demandam de vias profundas para a infusão soluções e medicações. Contudo nossa unidade preza sempre pela melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem e vem desenvolvendo ações de educação continuada, isso mesmo antes da apresentação deste resultado.

#### 4.3.3 Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

### Comentário:

O Indicador de taxa de utilização de CVC é diretamente proporcional ao indicador de escore de gravidade nas UTIs. No mês em questão, tivemos doentes com elevado SAPS 3 médio na UTI Adulto e um grande número de pacientes com insuficiência renal crônica agudizada. Ambos demandaram por venóclise central dada a gravidade, risco de morte e falência de acesso periférico. Apesar disso, percebemos uma queda gradual na taxa de utilização de CVC, o que se deu devido à implantação de medidas de controle, tais como o preenchimento das necessidades de acesso profundo nos "bundles" e discussão diária acerca das necessidades de manutenção do acesso x retirada precoce nos pacientes em terapia intensiva.

Conforme auditoria externa dos 35 leitos pelo Ministério da Saúde, através do PROADI SUS, fomos homenageados pela redução em mais de 50% de nossa incidência de Sepsis da corrente sanguínea relacionada a cateter.

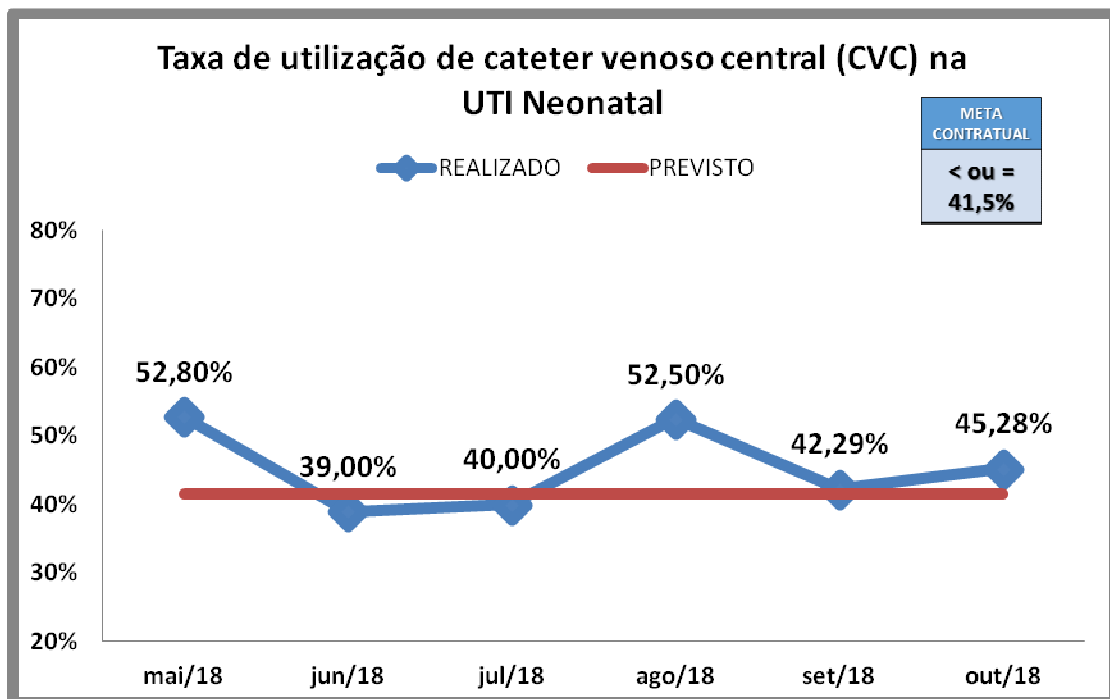
Esse fato, mérito de todos, colocou o Hospital Azevedo Lima, a Direção e o corpo assistencial, em destaque no Brasil e à frente das UTIs do Estado do Rio de Janeiro de uma forma sem precedentes, no tocante ao combate às infecções relacionadas à assistência.



Daqui para frente o grande desafio será manter o resultado positivo, que já se sustenta há meses. Em análise exposta ao PROADI SUS, a Densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea associada a cateter venoso central baixou de 7.00 por mil para valores inferiores a 2.00 por mil em 06 meses, a despeito da elevada utilização do dispositivo invasivo.

Segundo a literatura especializada, a alta taxa de utilização de cateter venoso central pode refletir uma maior gravidade e complexidade dos pacientes internados na UTI, não necessariamente indicando a não adesão dos médicos assistentes e da equipe de enfermagem a uma rotina de avaliação da necessidade de manutenção da venoclise.

#### 4.3.4 Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### Comentário:

A UTI Neonatal se caracteriza pela presença de recém-nascidos graves, de muito baixo peso e, não raro, sindrômicos e cirúrgicos. Além desses, temos também a permanência

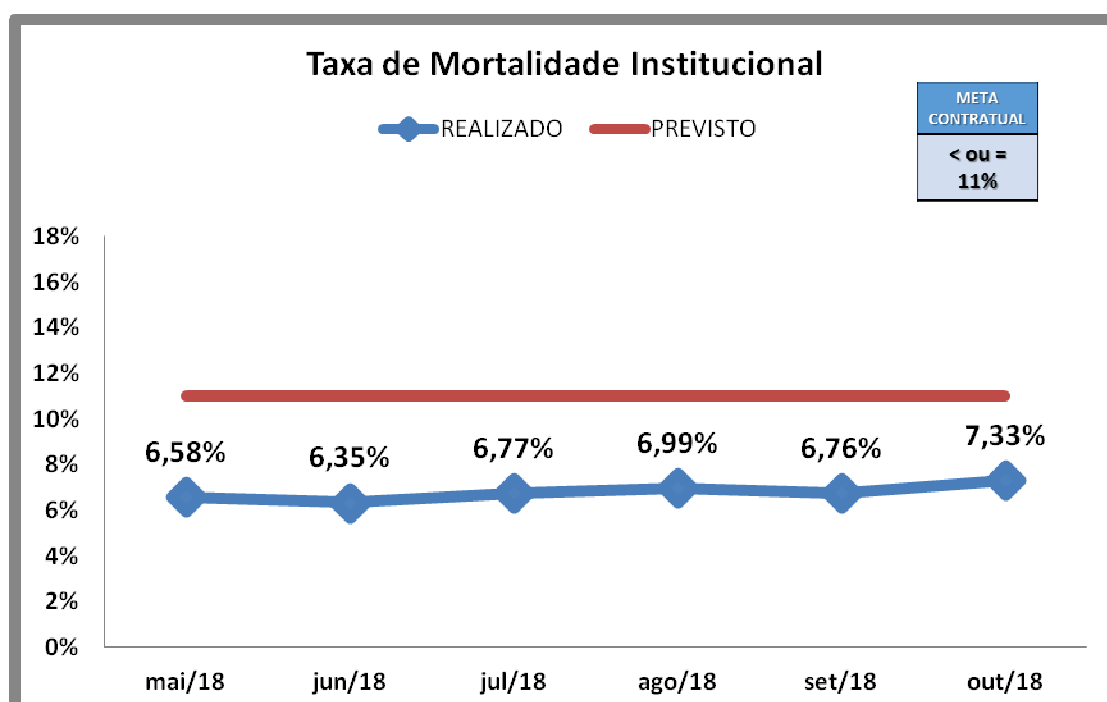
de lactentes e pacientes crônicos. A utilização de CVC é muito dependente do peso do recém-nascido ao nascer, pois recém-nascidos de baixo peso e de muito baixo peso apresentam maior gravidade, e, por conseguinte, uso mais intensivo de dispositivos invasivos. É rotina realizar cateterismo umbilical arterial e venoso nos prematuros menos de 1000g e pacientes graves e descompensados. Os prematuros e os graves, em geral, retirarão os cateteres em média no prazo de 05 dias, como recomendado na literatura. Após esse período, conforme caso a caso, a inserção do PICC (Catéter Central de Inserção Periférica) como linha unilateral de medicação pode ser considerada.

#### 4.3.5 Implantação de Diretrizes e Protocolos Clínicos

Na instituição possuímos o protocolo de IAM implantado desde agosto de 2015 e o mesmo encontra-se vigente até agosto de 2019.

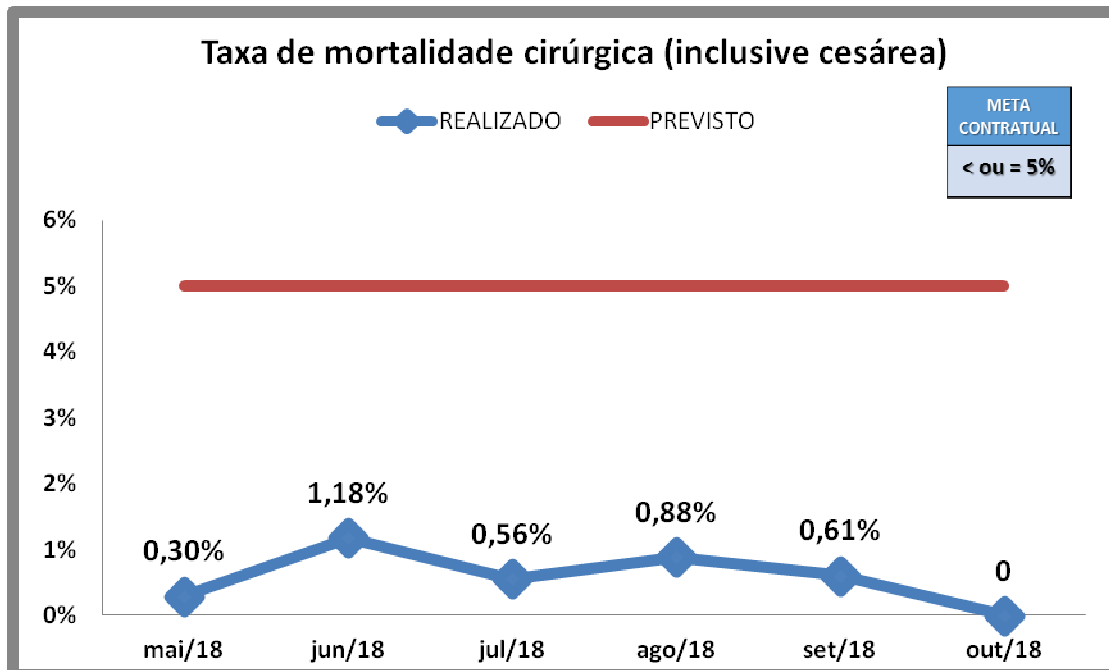
Os protocolos de: Sepsis encontra-se em fase de capacitação e o protocolo de AVC Isquêmico está em fase de revisão.

#### 4.3.6 Taxa de Mortalidade Institucional



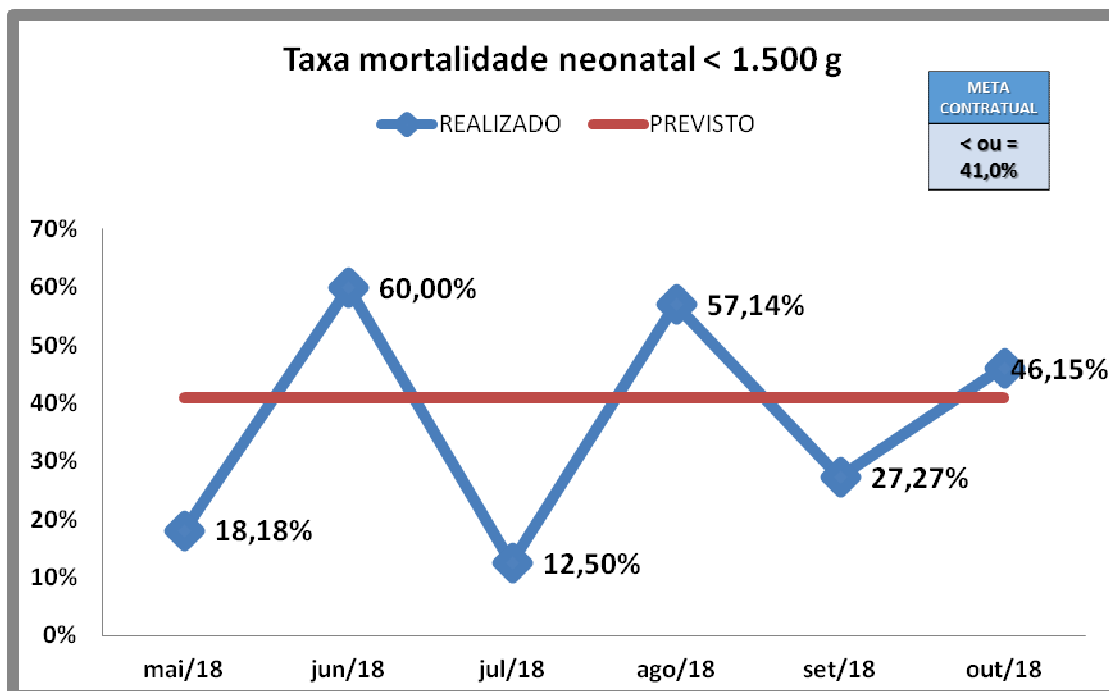
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.7 Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Inclusive Cesárea)



Fonte: Coordenação do Bloco Cirúrgico

#### 4.3.8 Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g



Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

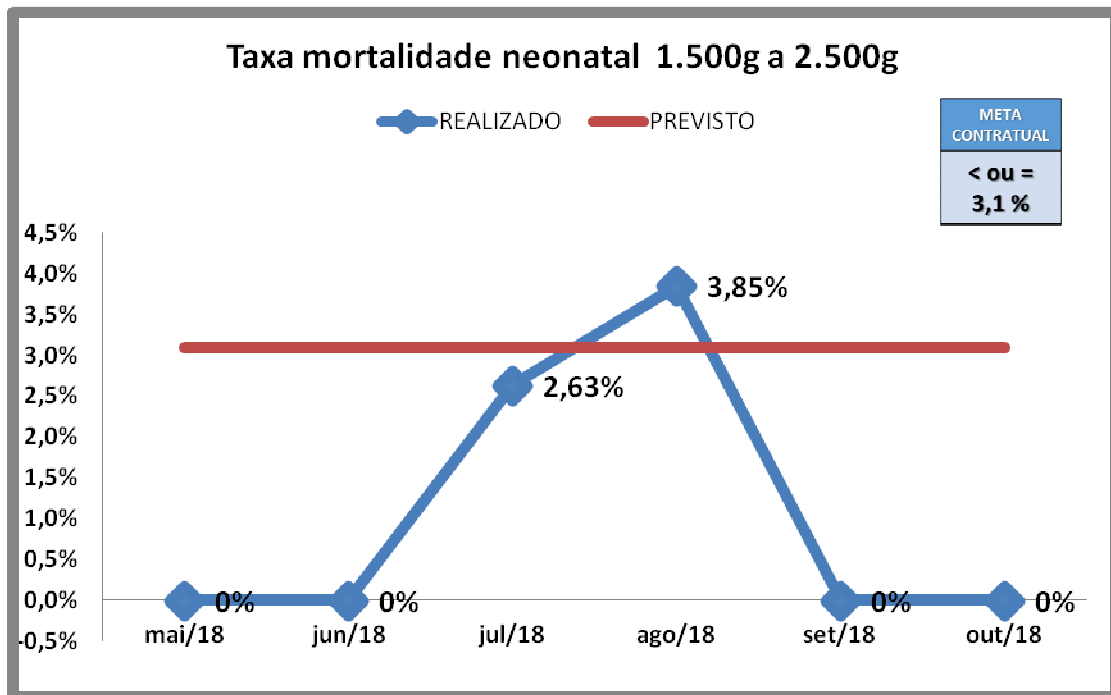
#### Comentário:

A UTI Neonatal apresentou, no mês de Outubro/2018, 03 óbitos de RN com peso inferior a 1.500g, conforme relatado abaixo:

Óbito Neonatal:

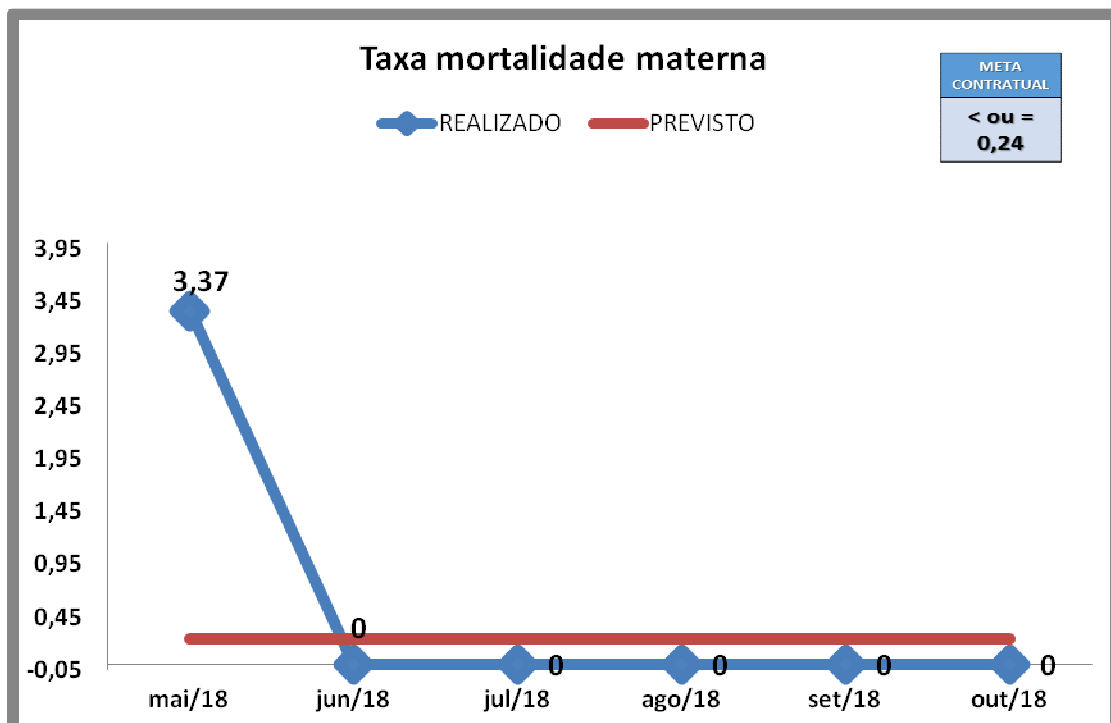
- Recém-nato de parto cesáreo, peso ao nascer: 1318kg, Capurro Somático de avaliação (CS): 29 semanas, Apgar 3/5. Mãe realizou 02 consultas pré-natal. Prematuridade, asfixia, baixo peso, doença de membrana hialina, hipertensão arterial pulmonar, infecção perinatal, anúria e mal formação renal suspeita (massas palpáveis em hipocôndrio D/E). Evoluiu a óbito 3 dias de vida. SNAPPE II -63.
- Recém-nato primeiro gemelar, parto cesáreo peso ao nascer: 550g, CS: 25 semanas, Apgar 7/8. Mãe não realizou nenhuma consulta de pré-natal. Prematuridade extrema, muito baixo peso, doença de membrana hialina e sepsede origem materna. Segundo gemelar – natimorto. Tempo de permanência 2 dias. SNAPPE II – 32.
- Recém-nato parto cesáreo, peso ao nascer 380g, CS: 22 semanas, Apgar 5/7. Mãe realizou 02 consultas pré-natal. Prematuridade extrema, muito baixo peso. Mãe em vigência de infecção urinária. Tempo de permanência 02 dias. SNAPPE II- 68.

#### **4.3.9 Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g**



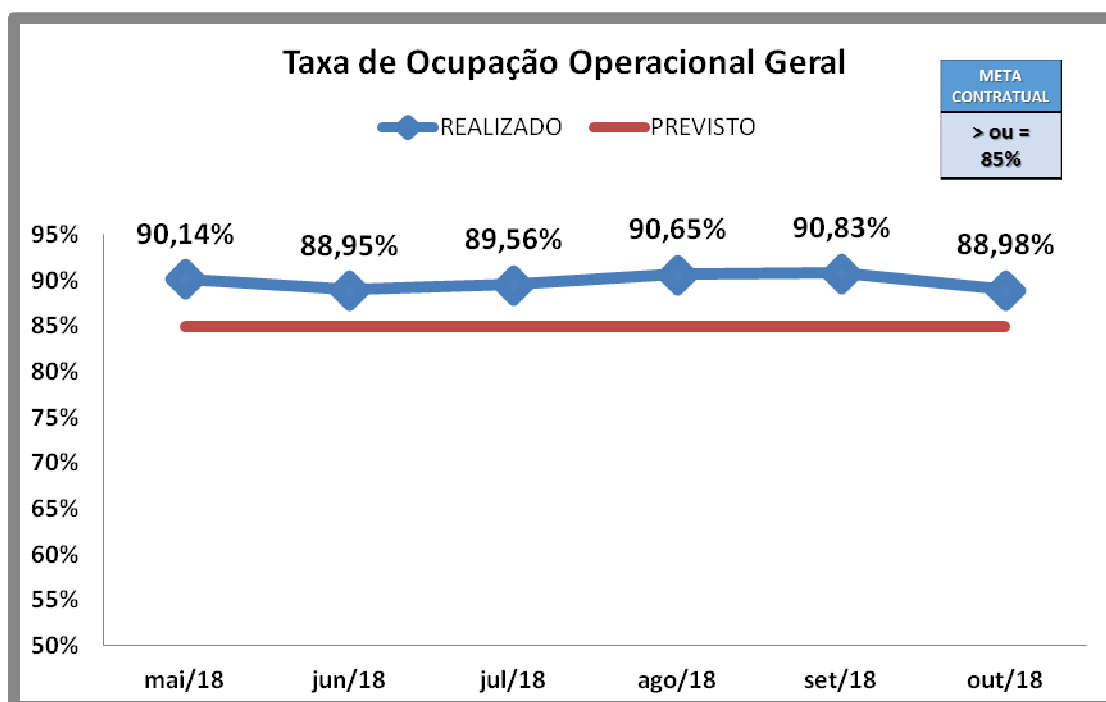
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

#### 4.3.10 Taxa de mortalidade materna



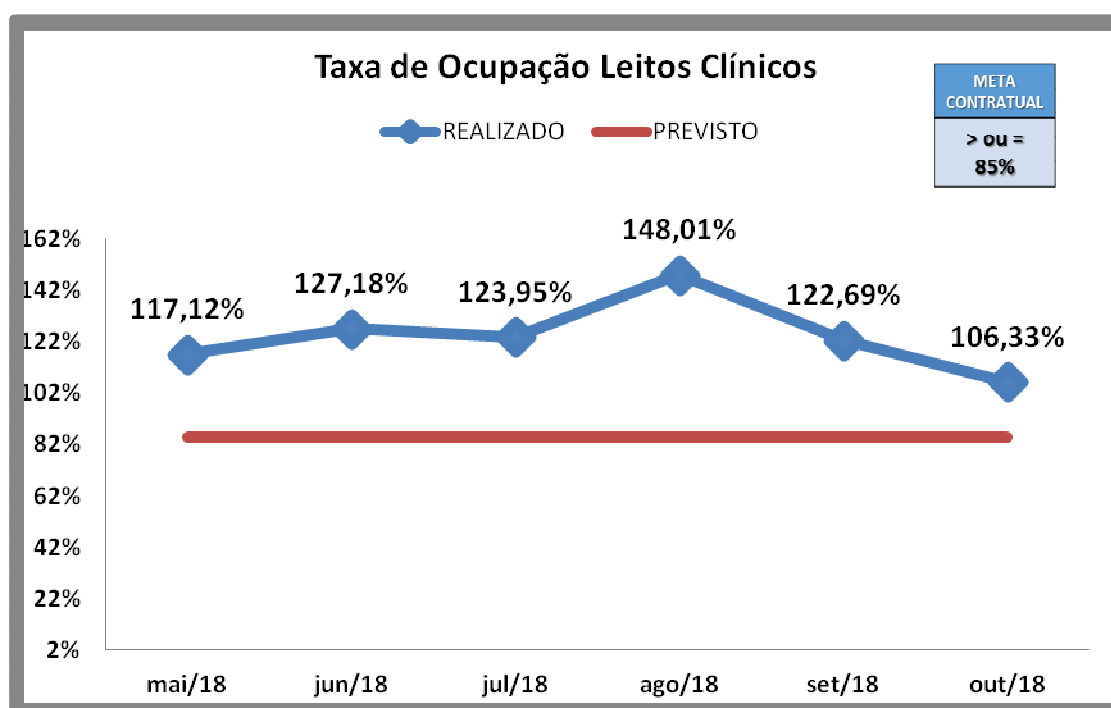
Fonte: Comissão de Análise de Óbitos

#### 4.3.11 Taxa de Ocupação Operacional Geral



Fonte: Sistema Soul MV

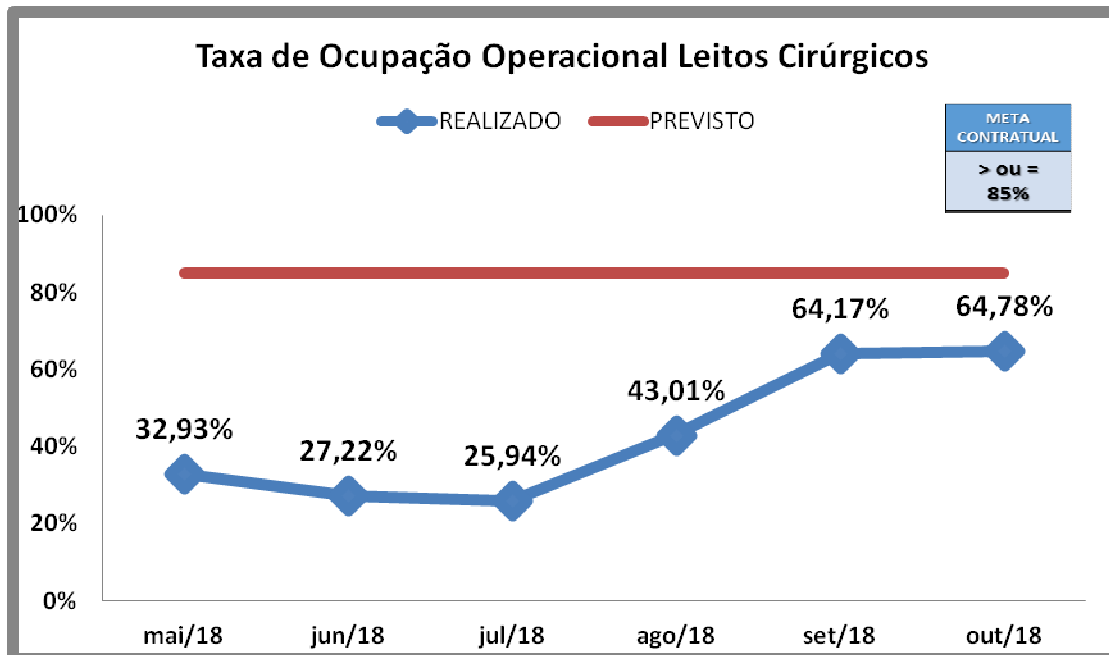
#### 4.3.12 Taxa de Ocupação Leitos Clínicos



Fonte: Sistema MV



#### 4.3.13 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos

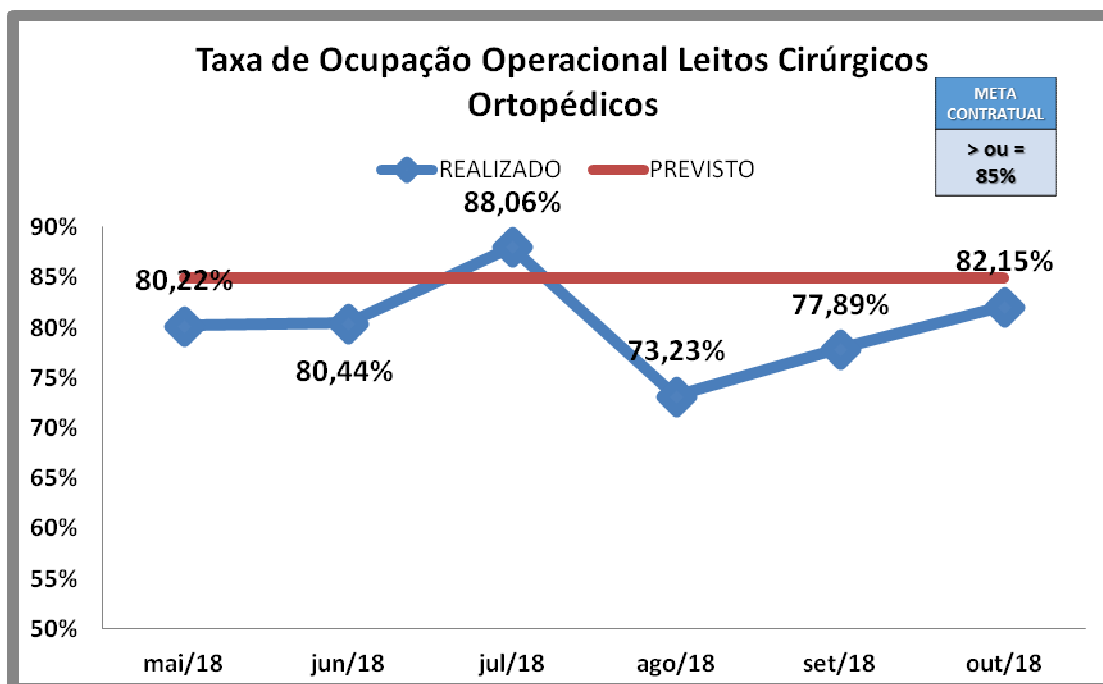


#### Comentário:

Esclarecemos que não atingimos a meta, em razão da inexistência de outra fonte de paciente cirúrgico a não ser a própria demanda através da urgência e emergência da unidade hospitalar.

Acrescentamos que a tomografia computadorizada pode ter contribuído no afluxo de paciente de trauma, visto que o novo tomógrafo, neste mês, encontrava-se em fase final de implantação e aplicação.

#### 4.3.14 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Ortopédico

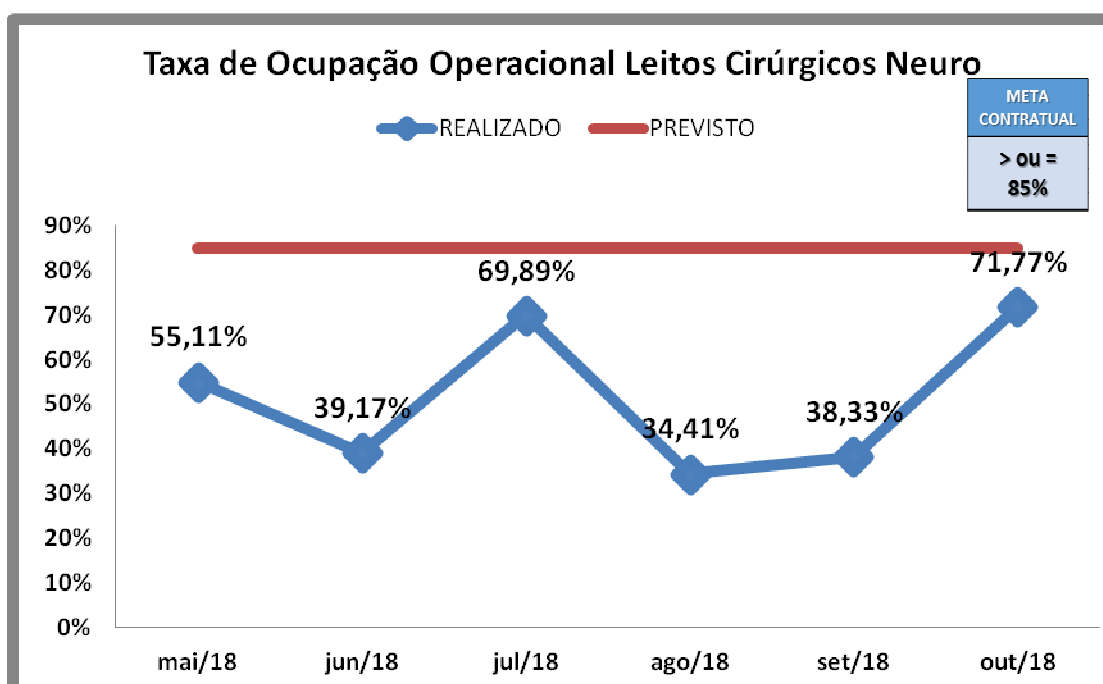


Fonte: Sistema Soul MV

#### Comentário:

Indicador encontra-se fora da meta estabelecida, pois o serviço de ortopedia é dependente da demanda espontânea de porta de entrada.

#### 4.3.15 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Neurocirurgia

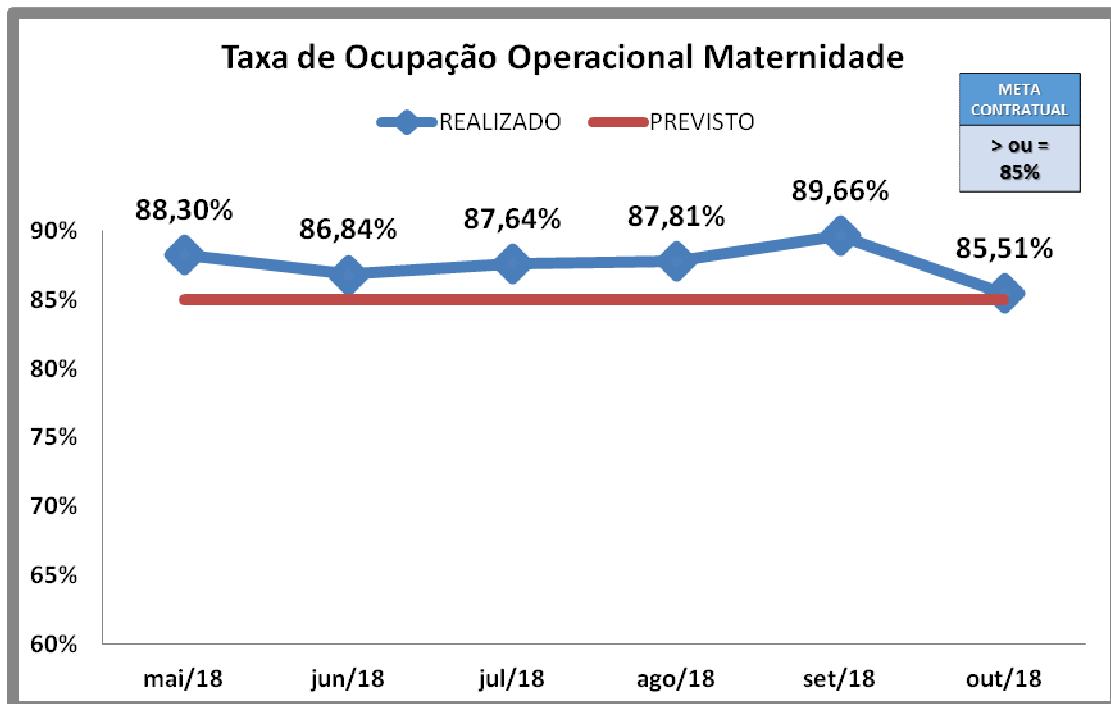


Fonte: Sistema Soul MV

**Comentário:**

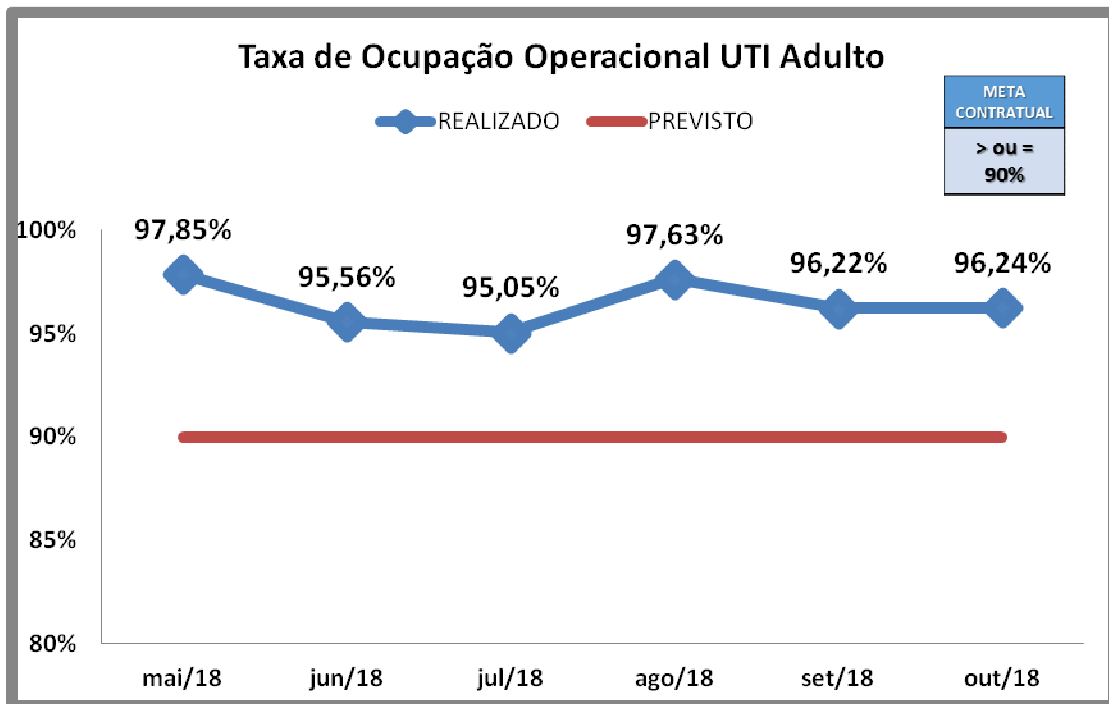
A taxa de ocupação da neurocirurgia é dependente da procura espontânea, com foco nas grandes urgências e emergências, especialmente casos de AVC hemorrágico e TCE. Não existe outra fonte de captação que não seja porta de entrada da emergência.

**4.3.16 Taxa de Ocupação Operacional Maternidade**



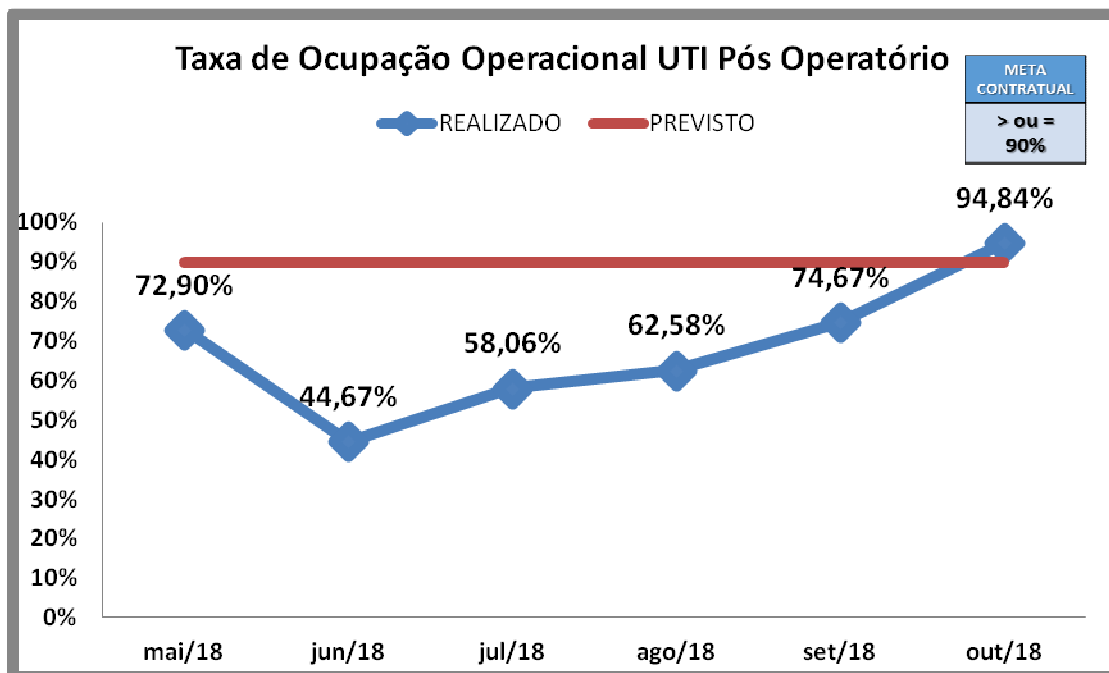
Fonte: Sistema Soul MV

**4.3.17 Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto**



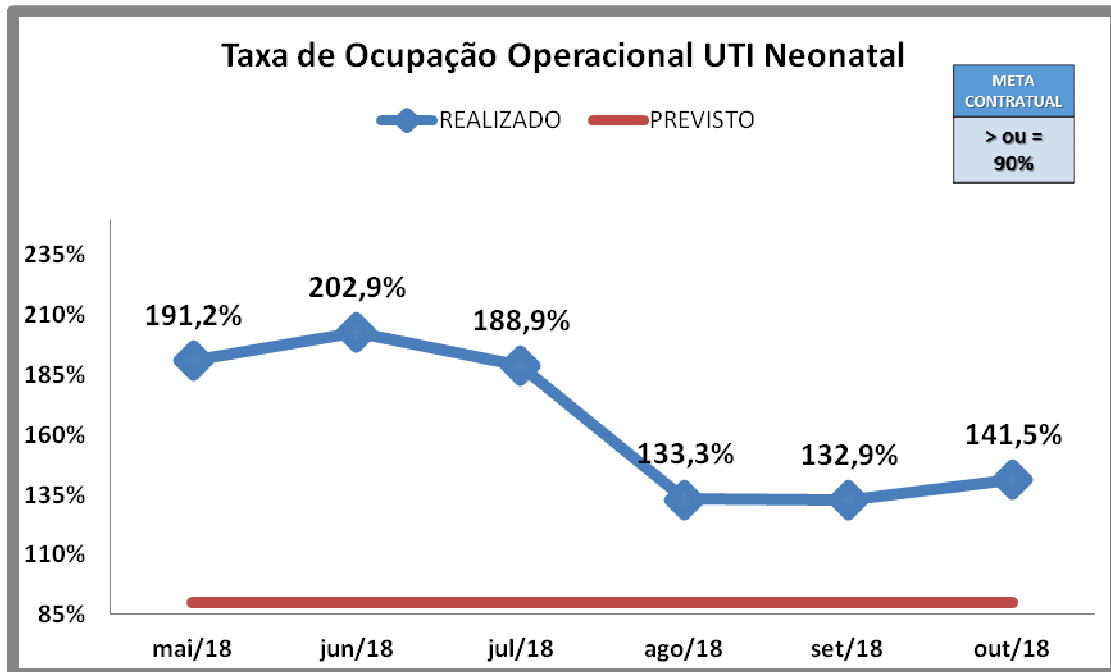
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.18 Taxa de Ocupação Operacional UTI Pós-Operatório



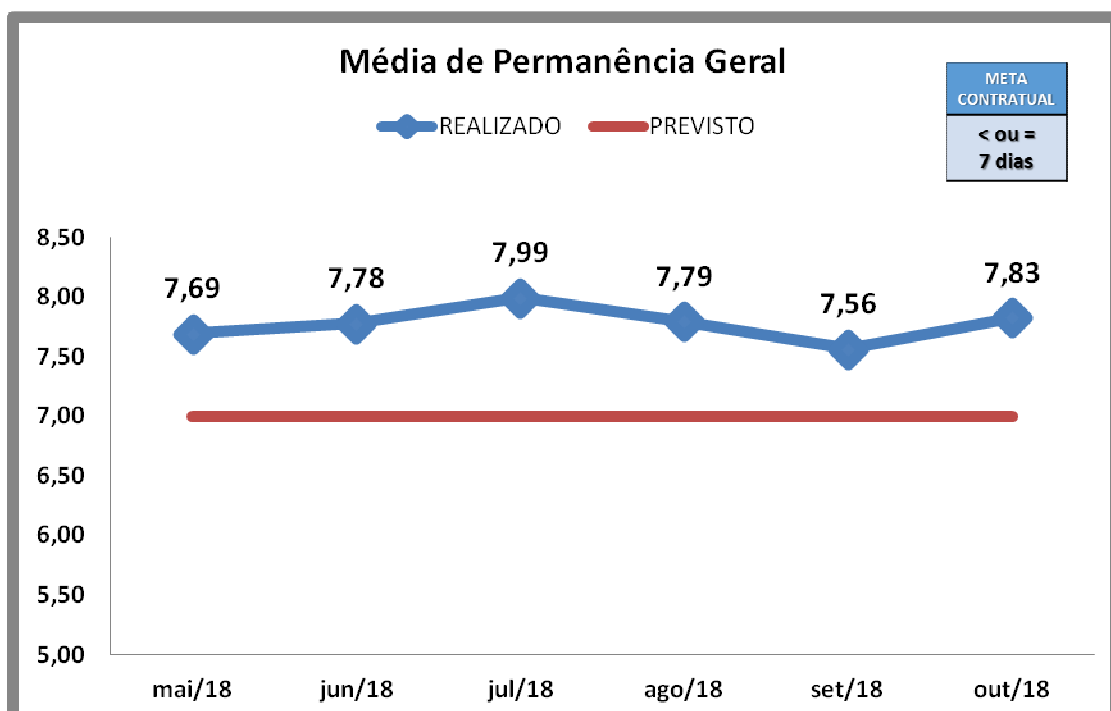
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.19 Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal



Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.20 Média de Permanência Geral



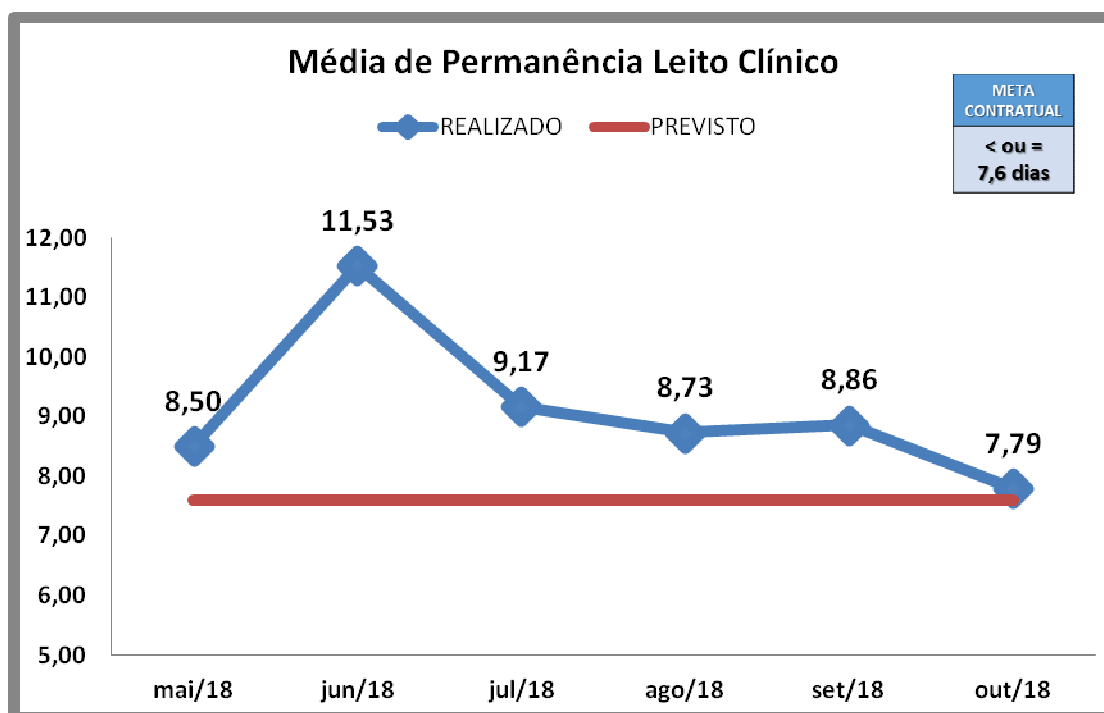
Fonte: Sistema Soul MV

### Comentário:

A demora na realização de procedimentos como cateterismo e angioplastia, pacientes com fraturas complexas na Unidade e que precisam de transferência para unidade especializada, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) e demora da saída de pacientes renais crônicos para clínicas de hemodiálise já regulados, são os fatores vêm, sistematicamente, impactando no desempenho das clínicas, levando ao não cumprimento da meta do indicador no mês.

Vale ressaltar, também, que observamos um grande número de internações de pacientes com escores de gravidade elevados, pacientes críticos e com idade avançada, os quais demandam maior tempo de resolutividade de suas patologias, além de evoluírem com maiores taxas de complicações infecciosas e não infecciosas.

#### 4.3.21 Média de Permanência Leito Clínico



Fonte: Sistema Soul MV

### Comentário:

Inicialmente, ressaltamos que a memória de cálculo existente para a apuração do indicador de desempenho relacionado ao tempo médio de permanência no leito clínico



contida no Termo de Referência foi estabelecida com base no número pacientes/dia de leitos clínicos pelo número de saídas hospitalares gerais.

Contudo, observamos que conforme depreende-se às fls. 39 do 3º Caderno de Indicadores do Compromisso com a Qualidade Hospitalar- CQH do ano de 2009, Edição: Ivomar Gomes Duarte, 1ª edição, São Paulo/SP a fórmula a ser utilizada é a divisão do número de pacientes/dia por clínica pelo número total de saídas por clínica, conforme abaixo exposto:

**3º Caderno de Indicadores do Compromisso com a Qualidade  
Hospitalar - CQH do ano de 2009, fls. 39**

“1. Cálculo

1.1 Fórmula: Número de pacientes/dia por clínica

*Total de saídas por clínica*

1.2 Unidade

2 *Definição: Relação entre o número de pacientes/dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representam o tempo médio de permanência de (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica”.*

2.1 *Número de pacientes/dia por clínica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.*

*Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.*

2.2 *Total de saídas por clínica: É o número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa, interna ou óbito.*

*Transferência interna: mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou*

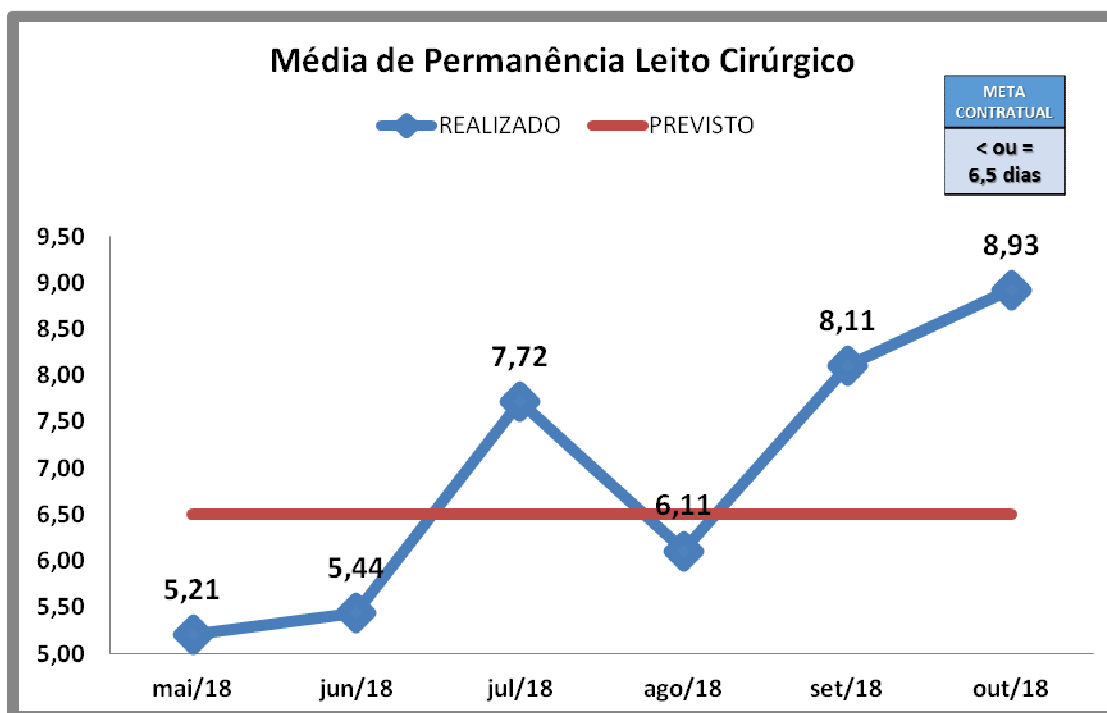
*seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação, porém em diferentes clínicas”.*

Por tal razão, se fosse considerado para fim de cálculo as saídas hospitalares gerais teríamos uma apuração irreal quanto a média de permanência do paciente. Portanto a realização do cálculo apresentado levou em conta a divisão do número de pacientes/dia leito clínico pelo número total de saídas clínicas, e não o número de saídas hospitalares gerais.

Assim, como já descrito no item 4.3.20 – Média de Permanência Geral, alguns fatores vêm sistematicamente atrapalhando o desempenho da clínica, neste caso são: a demora na regulação de procedimentos cardiovasculares pelo CER e demora da saída de pacientes renais crônicos para clínicas de hemodiálise já regulados.

Vale ressaltar, também, que observamos um grande número de internações de pacientes com escores de gravidade elevados, especialmente os pacientes clínicos críticos provenientes do CTI e com idade avançada os quais demandam maior tempo de resolutividade de suas patologias, além de evoluírem com maiores taxas de complicações infecciosas e não infecciosas.

#### **4.3.22 Média de Permanência Leito Cirúrgico**



Fonte: Sistema Soul MV

### Comentário:

Inicialmente, ressaltamos que a memória de cálculo existente para a apuração do indicador de desempenho relacionado ao tempo médio de permanência no leito cirúrgico contida no Termo de Referência foi estabelecida com base no número pacientes/dia de leitos cirúrgicos pele número de saídas hospitalares gerais.

Contudo, observamos que conforme depreende-se às fls. 39 do 3º Caderno de Indicadores do Compromisso com a Qualidade Hospitalar- CQH do ano de 2009, Edição: Ivomar Gomes Duarte, 1ª edição, São Paulo/SP a fórmula a ser utilizada é a divisão do número de pacientes/dia por clínica pelo número total de saídas por clínica, conforme abaixo exposto:

**3º Caderno de Indicadores do Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH do ano de 2009, fls. 39**

“1. Cálculo

1.1 Fórmula: Número de pacientes/dia por clínica

*Total de saídas por clínica*

1.3 Unidade

3 *Definição: Relação entre o número de pacientes/dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representam o tempo médio de permanência de (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica”.*

3.1 *Número de pacientes/dia por clínica: É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.*

*Será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.*

3.2 *Total de saídas por clínica: É o número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa, interna ou óbito.*

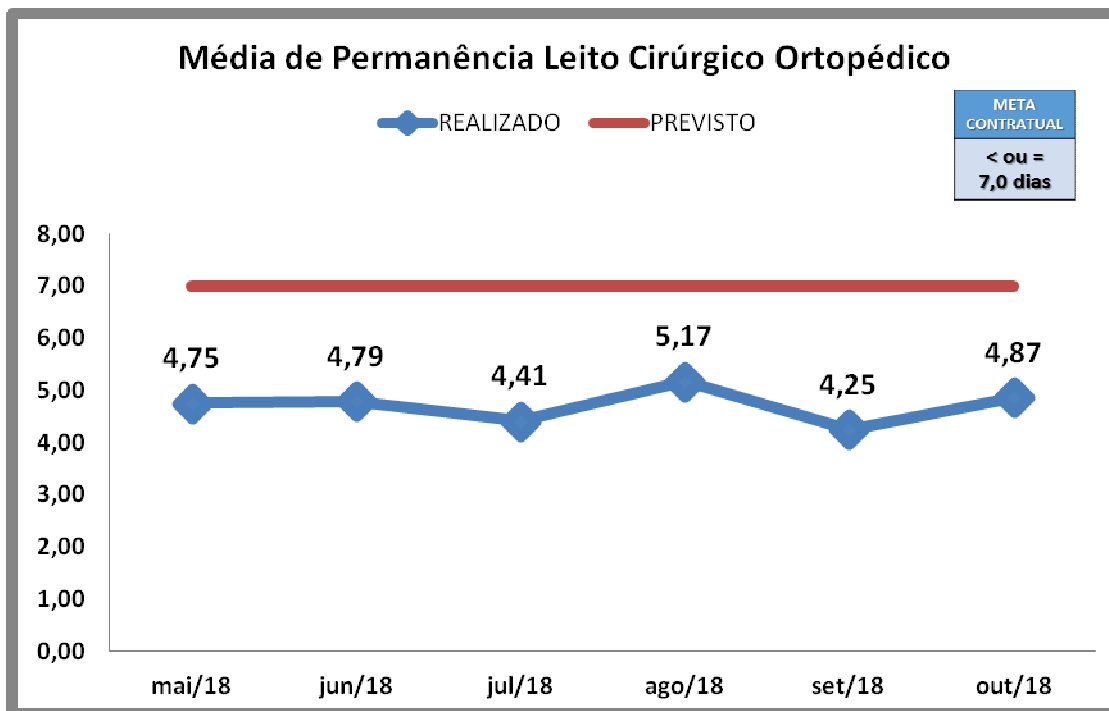
*Transferência interna: mudança de um paciente de uma clínica para outra, por exemplo, da clínica médica para cirúrgica. O paciente não recebe alta e não é realizada nova internação, ou seja, toda a permanência de um paciente dentro de um hospital corresponde a uma única internação, porém em diferentes clínicas”.*

Por tal razão, se fosse considerado para fim de cálculo as saídas hospitalares gerais teríamos uma apuração irreal quanto ao quanto a média de permanência do paciente. Portanto a realização do cálculo apresentado levou em conta a divisão do número de pacientes/dia leito cirúrgico pelo número total de saídas cirúrgicas, e não o número de saídas hospitalares gerais.

Traçada a explicação acima, prosseguimos a narrativa da apuração auferida, a saber:

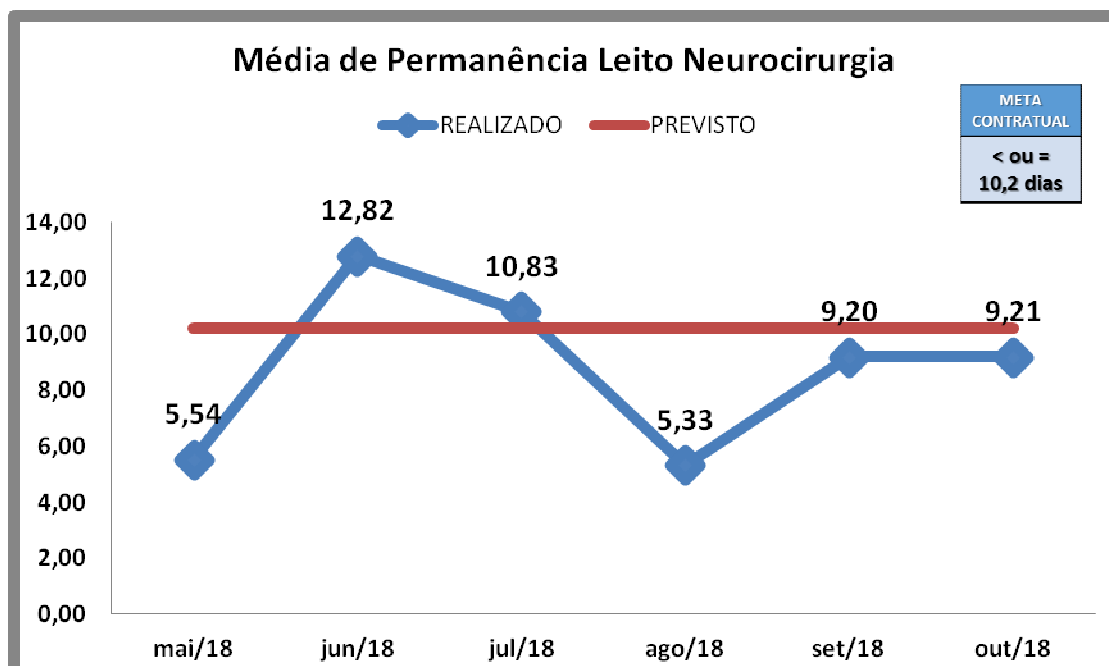
Evidenciamos que o indicador encontra-se acima da meta estabelecida no mês em questão.

#### 4.3.23 Média de Permanência Leito Cirúrgico Ortopédico



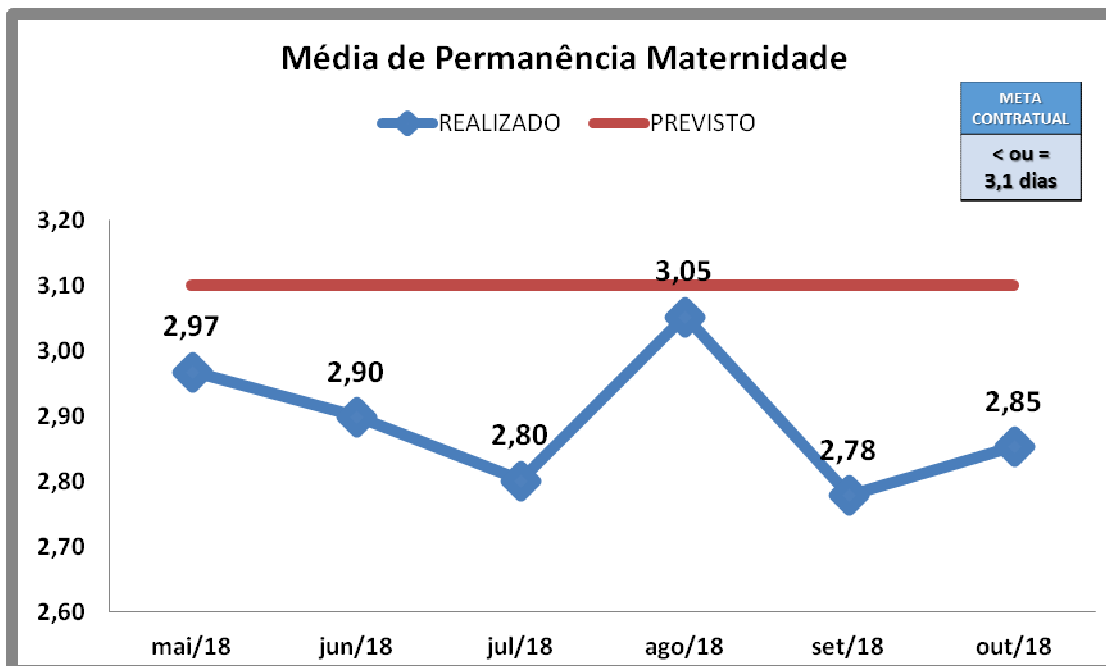
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.24 Média de Permanência Leito Neurocirurgia



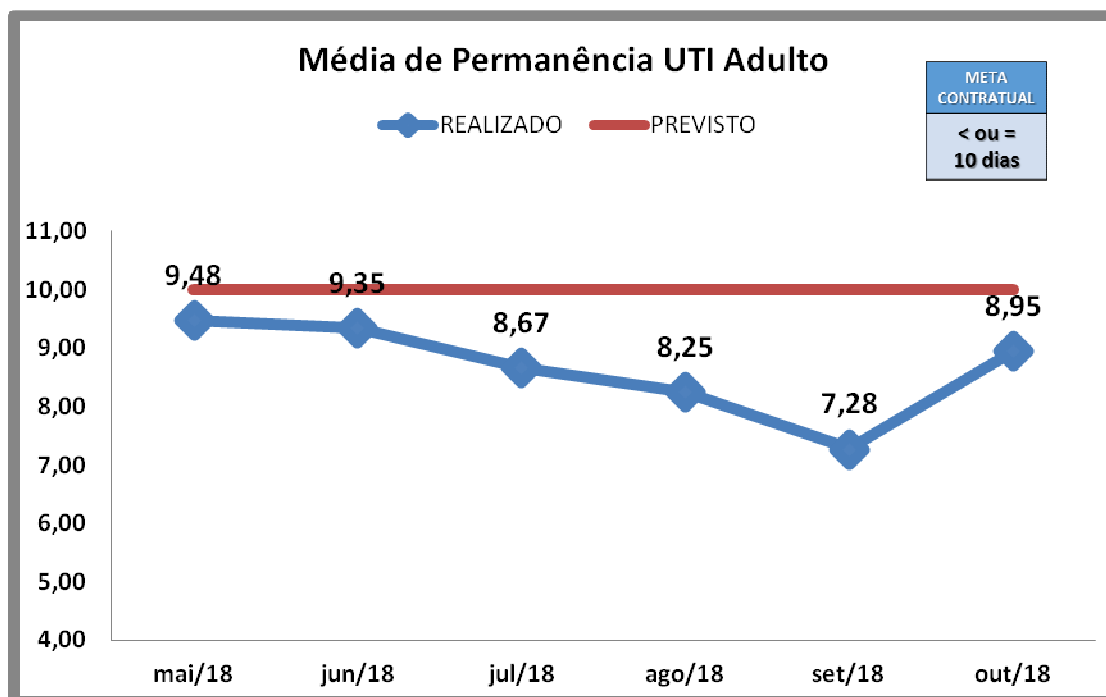
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.25 Média de Permanência Maternidade



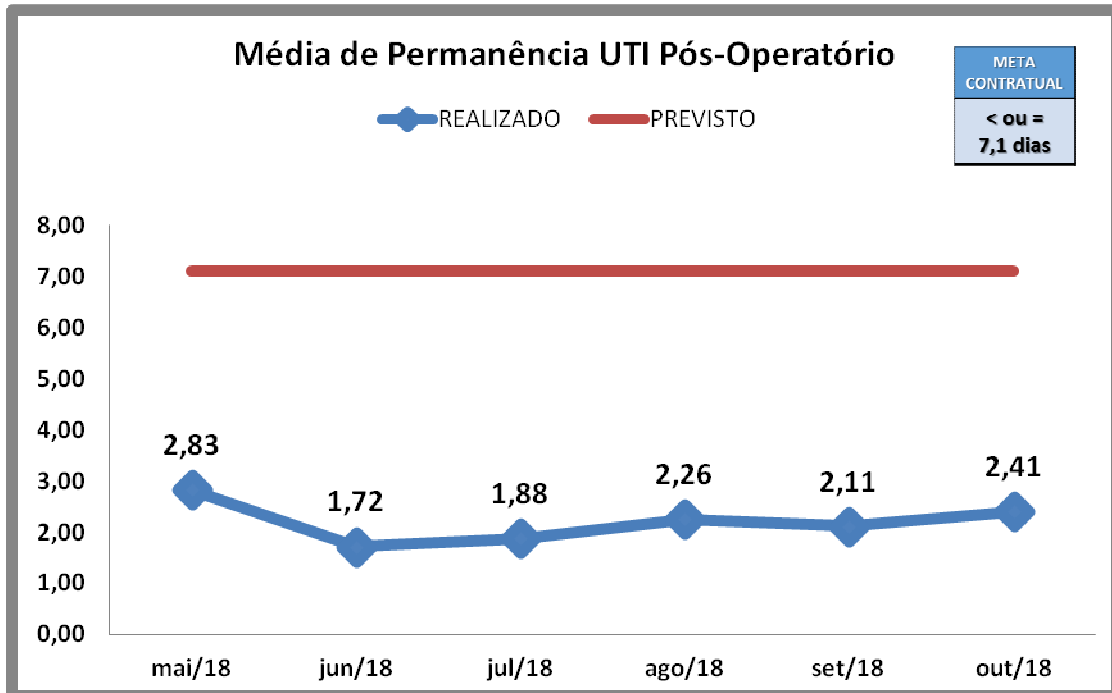
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.26 Média de Permanência UTI Adulto



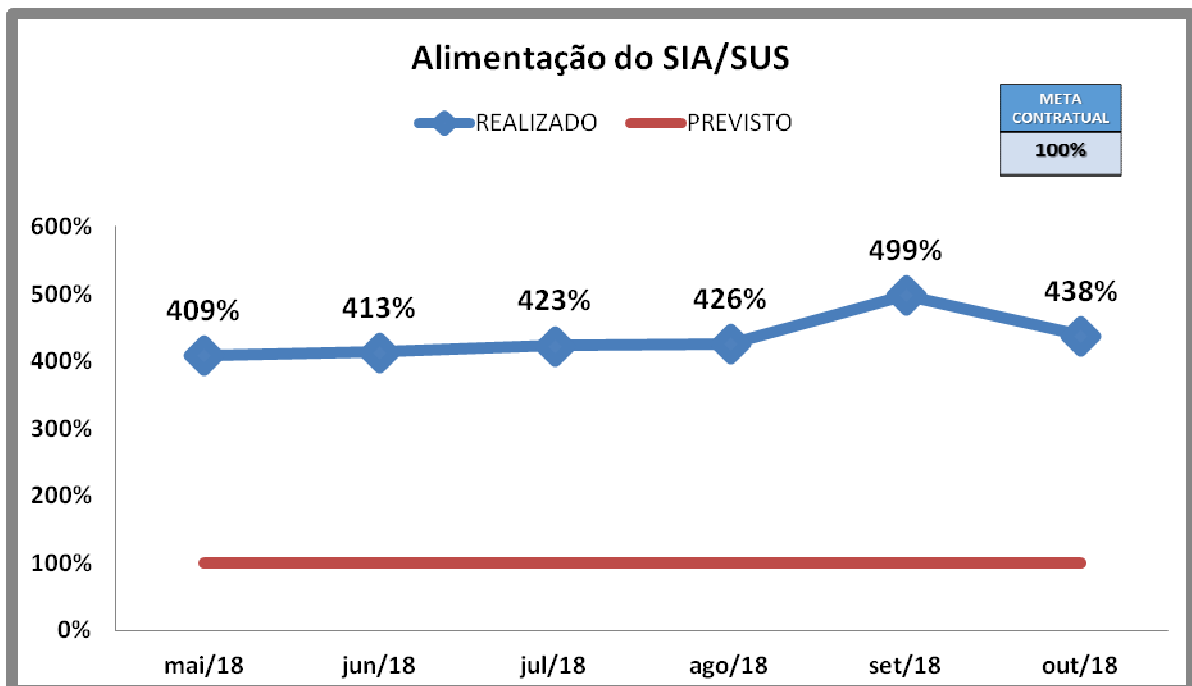
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.27 Média de Permanência UTI Pós Operatório



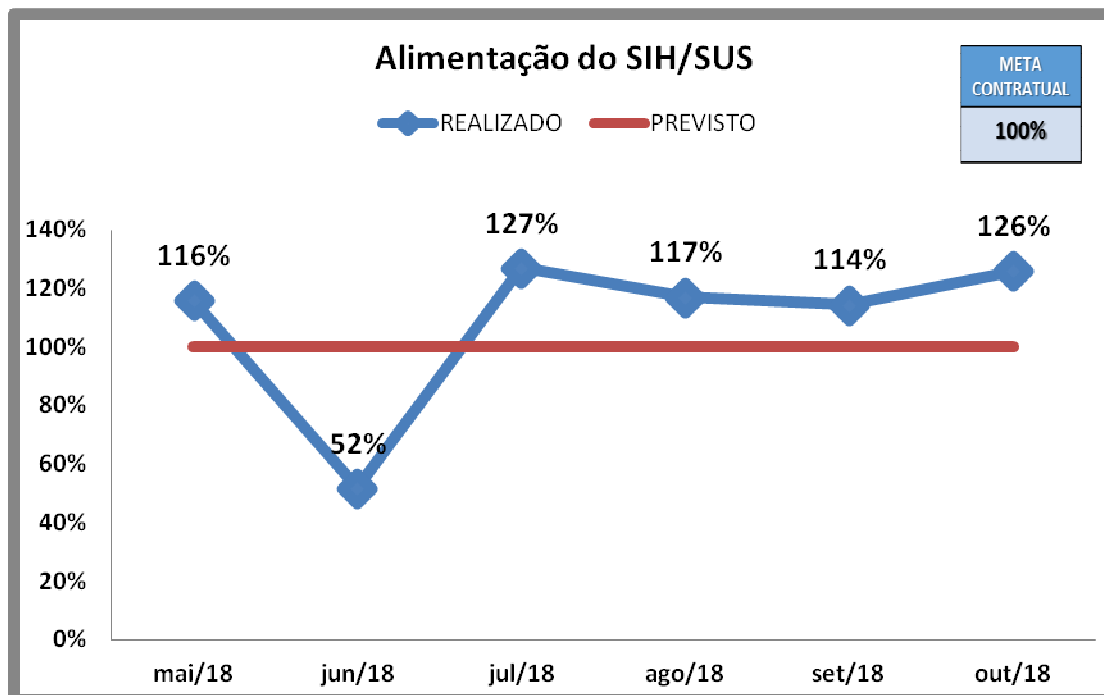
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.28 Alimentação do SIA/SUS



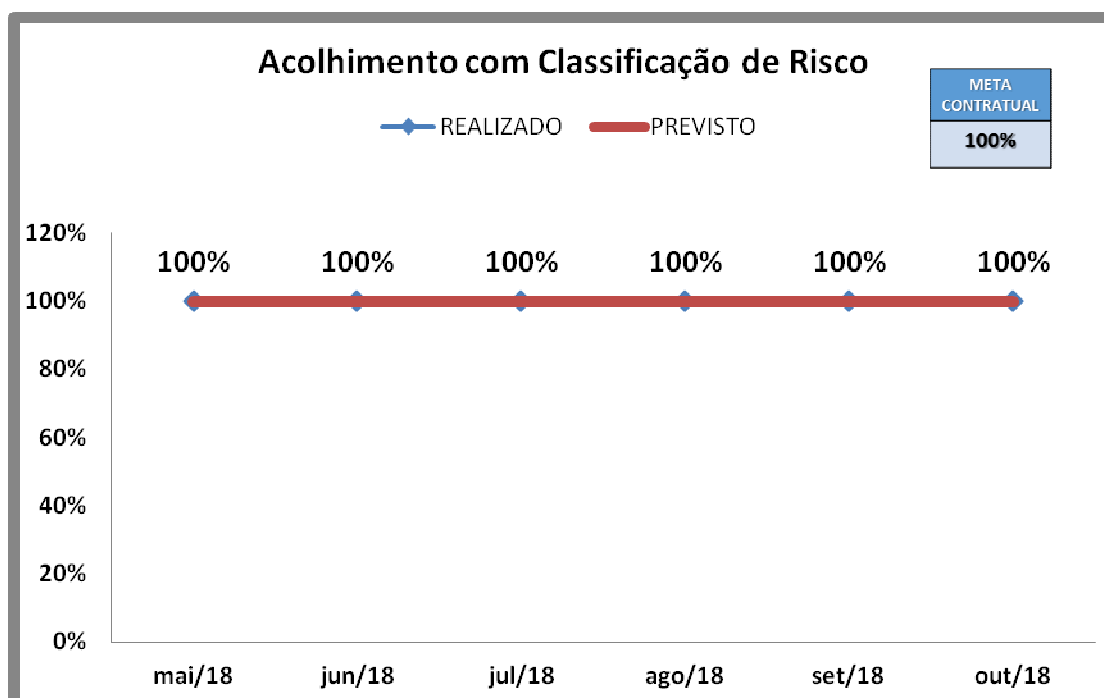
Fonte: Faturamento HEAL

### 4.3.29 Alimentação do SIH/SUS



Fonte: Faturamento HEAL

### 4.3.30 Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Sistema MV



#### **4.3.31 Percentual de pacientes atendidos de acordo com os parâmetros do tempo de espera na Urgência e Emergência**

##### **Comentário:**

Quanto ao indicador relacionado aos atendimentos na Unidade Hospitalar de Urgência e Emergência, para a realização deste cálculo devemos observar o preconizado às folhas 7/8 do Procedimento Operacional Padrão denominado “Organização de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência em Conformidade com o Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco”, codificação POP-2009 disponibilizado pela Assessoria de Humanização da própria Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o qual dispõe:

##### **Folhas 7/8 - Organização de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e Emergência em Conformidade com o Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco**

***“Vermelho: Prioridade 0 - Emergência. Necessitam de atendimento imediato. Até 05 minutos.***

*Deverão ser encaminhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.*

***Amarelo: Prioridade I - Urgência. Sem risco imediato, porem apresenta risco potencial de agravamento.***

*Necessitam de atendimento médico prioritário.*

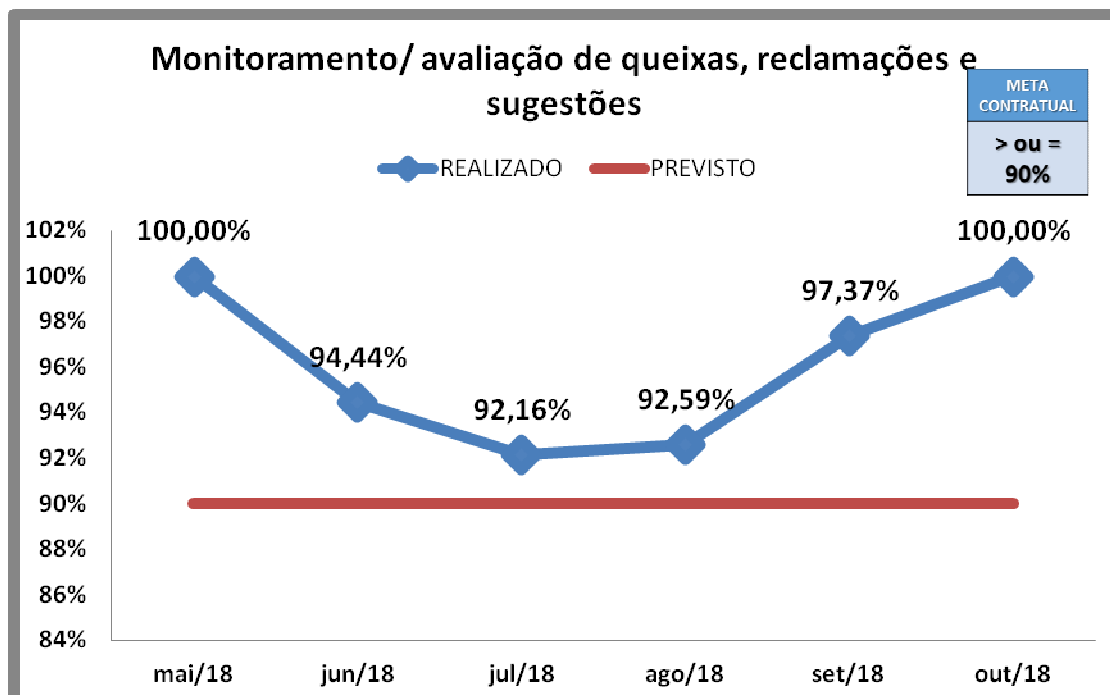
*Deverão ser encaminhados diretamente à sala de consulta de enfermagem para classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em local pré-determinado por até 30 minutos. Devem ser avaliados a cada 15 minutos.*

***Verde: Prioridade II - Menor urgência. Não apresenta risco iminente ou risco potencial de agravamento. Serão atendidos pelo médico em até 120 minutos. Reavaliar a cada 60 minutos.***

***Azul: Prioridade III - Não urgente. Apresentam agudização, portanto não justifica atendimento médico no mesmo dia. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial conforme pactuação prévia. Serão encaminhados através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência.”***

Nesse aspecto seguiremos as orientações contidas no Procedimento Operacional acima citado já que disponibilizado pela própria Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

#### 4.3.32 Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões



Fonte: Ouvidoria HEAL

### **5- RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NO PERÍODO DE 01 A 31/10**

#### PROCESSO SELETIVO

A Comunicação apoiou o setor de Gestão de Pessoas na divulgação do processo seletivo interno do HEAL para a vaga de Supervisor do Setor de Qualidade, solicitando aos interessados enviarem currículo para o e-mail: [rh.heal@isgsaude.org](mailto:rh.heal@isgsaude.org) até o dia 15 de outubro. Foram criadas peças informativas como cartaz interno e peça para Whatsapp.



## AÇÕES

### OUTUBRO ROSA

Para celebrar o mês de combate ao câncer de mama, a Comunicação promoveu a ação “o rosa traz um toque de conscientização” que convidava os colaboradores a se vestirem de rosa no dia 19 de outubro. Foi confeccionado cartaz para quadros de aviso e peça para Whatsapp.



## CONFECÇÃO E INSTALAÇÃO DE PLACAS E AVISOS

A identidade visual dos espaços nas unidades de saúde é um importante meio de comunicação com os pacientes e seus acompanhantes. Ela pode proporcionar maior sensação de acolhimento, em consonância com o atendimento humanizado preconizado pelo SUS e também pelo ISG, além de orientar o público no deslocamento pelas dependências das unidades. A Comunicação é o setor responsável por identificar e/ou receber as necessidades de novas sinalizações e providenciar as devidas atualizações, seguindo layout e padronização criados pela SES/RJ.

## ATENDIMENTO À ASCOM DA SES/RJ

Foram respondidas à Assessoria de Imprensa da Secretaria Estadual de Saúde informações sobre o Hospital Estadual Azevedo Lima abordando temas como: gerenciamento de estados de saúde, atraso nos salários e impostos e volta do funcionamento do tomógrafo. Durante o mês de outubro foram feitos nove informes à SES, inclusive proativamente. Todos os pedidos por informações foram atendidos, segundo tabela de demandas.

### Demandas Secretaria Estadual de Saúde:


SOLICITAÇÕES DE INFORMAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS	
Data	Tema
1/10	Estado de saúde de Egídio Peçanha
1/10	Informações sobre atraso no pagamento do 13º de 2017, férias acumuladas e não pagamento do FGTS
4/10	Informações sobre salários atrasados, tomógrafo, FGTS, descontos e férias
11/10	Solicitação de release sobre o hospital para publicação de obra histórica sobre Niterói – SES / DB Editora
15/10	Estado de saúde de Fabiano Pimenta
29/10	Estado de saúde de Matheus Araújo e Blena Ferreira
30/10	Estado de saúde de José Airton Catunda
31/10	Estado de saúde de José Airton Catunda

## BOLETIM 'ACONTECE'

Durante o período eleitoral, por orientação da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o boletim foi temporariamente descontinuado. As informações referentes às atividades internas do Azevedo Lima, no entanto, têm sido divulgadas nos murais internos do hospital.

**FIQUE LIGADO**

**No Azevedo Lima o outubro é sempre Rosa!**



As unidades hospitalares geridas pelo Instituto Sócrates Guanaes (ISG), em todo o país, promoveram ações em comemoração ao Outubro Rosa – movimento que surgiu na década de 1990 em Nova Iorque e ganhou adesão no Brasil a partir da década de 2000, quando instituições adotaram a cor rosa em suas ações, como um motivador de campanhas concentradas no mês para alertar as mulheres e a sociedade em geral sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama.


No Azevedo Lima os funcionários usaram a cor rosa em lembrança ao dia na última sexta-feira (19/10) e os colaboradores da Maternidade, plantão Noturno 2, também fizeram uma comemoração especial à data. Usaram uma camisa personalizada durante um dos plantões e promoveram uma homenagem à enfermeira Cassiele Brito Freitas, atendida pelo INSS para tratamento da doença. As pacientes do setor receberam orientações sobre a importância da amamentação para a prevenção ao câncer de mama.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com a adoção de bons hábitos como praticar atividades físicas regularmente, alimentar-se de forma saudável, manter o peso corporal adequado, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e amamentar. Visitas periódicas ao médico para realização dos exames é muito importante.

**FIQUE LIGADO**

**Solidariedade e apoio na arrecadação de brinquedos para o Dia das Crianças**

A campanha realizada pelo Azevedo Lima para arrecadar brinquedos para o Dia das Crianças contou com grande apoio dos colaboradores. Durante cerca de 30 dias foram doados mais de 300 brinquedos para serem entregues às crianças do Lar Os Girassóis, projeto que atua há cerca de 39 anos em Niterói, com crianças de comunidades carentes. Representantes do Lar Os Girassóis, entre adultos e crianças, vieram ao Azevedo Lima receber as doações.

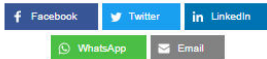


## MATÉRIAS

Divulgação no site e na página do ISG no Facebook.



## Unidades ISG comemoram o Outubro Rosa com criatividade e consciência



31 de outubro de 2018

O escritório do Instituto Sócrates Guanaes (ISG) em São Paulo e todas as unidades hospitalares geridas pelo Instituto promoveram ações em comemoração ao Outubro Rosa. O movimento surgiu na década de 1990, em Nova Iorque, e ganhou adesão no Brasil a partir da década de 2000, quando instituições adotaram a cor rosa em suas ações, como um motivador de campanhas concentradas no mês para alertar as mulheres e a sociedade em geral sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama.

O Hospital Regional de Registro aproveitou o Dia Mundial de Combate ao Câncer de Mama - 19 de outubro - para alertar os colaboradores sobre prevenção. As enfermeiras Deise Mary e Cristina Aparecida ministraram a palestra "Orientações sobre o autoexame e a saúde da mulher", enfatizando a importância das ações preventivas e esclarecendo dúvidas. Ao final da palestra, as participantes receberam ímãs de geladeira e marca-páginas em alusão à data. As lembrancinhas foram feitas pela própria equipe de enfermagem.

---

### TRANSPARÊNCIA HEAL

Como organização social, o ISG tem o dever de prestar contas a todos os órgãos fiscalizadores da gestão pública, como a Controladoria Geral, o Tribunal de Contas e o Ministério Público, em atendimento à 'Lei de Acesso à Informação' (no 12.527/11). A Comunicação é instrumento de apoio a esta prestação de contas junto a estes públicos e também à população em geral, seguindo a política de transparência que norteia as ações do instituto.

Em outubro, o setor de Comunicação divulgou **20 arquivos** no ambiente de Transparência do site ISG, relativos a resultados de processos seletivos e extrato de chamamento para contratação de serviços. Foram publicados também **17 arquivos** relativos a contratos vigentes com empresas prestadoras de serviços, termos aditivos, propostas e TRs.

### CALENDÁRIO DE DATAS COMEMORATIVAS

A Comunicação é responsável pela definição do calendário anual interno para criação de peças que celebram datas importantes no âmbito da saúde ou difundem importantes orientações e dicas de saúde, bem como confecção do briefing e acompanhamento da produção das peças todos os meses. Internamente, as campanhas são divulgadas via cartazes nos quadros de avisos, grupos de Whatsapp das equipes, e-mail interno, telas de fundo dos computadores e TVs internas.

### Calendário de peças definido para novembro:

ESTADUAL AZEVEDO LIMA Rua Teixeira de Freitas, 30 – Fonseca – Niterói / RJ – Brasil - CEP: 24.130-610 Tel.: (21) 2627-1448 9 de 16

As seguintes campanhas foram divulgadas em outubro em nossos veículos de comunicação:

### 01/10 – Dia Nacional do Idoso



### 10/10 - Dia Mundial da Saúde Mental



### 11/10 – Dia Nacional de Prevenção da Obesidade



## 12/10 - Dia das Crianças



## 13/09 - Dia do Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta

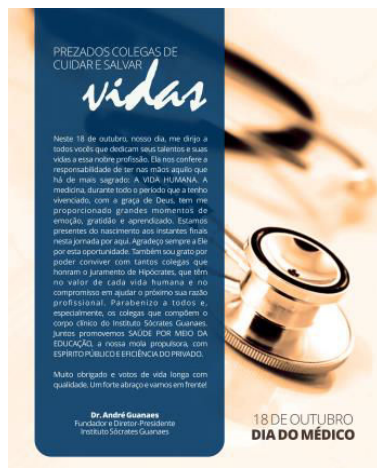


## 15/10 - Dia Nacional de Combate à Sífilis



## 18/10 - Dia do Médico





## 19/10 – Dia Mundial de Combate ao Câncer de Mama / Outubro Rosa



## 28/10 – Dia do Servidor Público



### 30/10 – Dia do Ginecologista



### ATENDIMENTO AOS SETORES

Além das demandas do próprio setor, a Comunicação atende demandas dos demais setores do HEAL para coberturas jornalísticas e registro audiovisual de eventos; organização e coordenação de solenidades e eventos; planejamento de campanhas e ações de mobilização internas; divulgação de informações úteis, ações, projetos, programas e eventos.

### 6- JUSTIFICATIVA DO NÃO PAGAMENTO DE IMPOSTOS E TRIBUTOS. PROGRESSÃO DA DÍVIDA COM OS FORNECEDORES.

Conforme já reportado a esta SES/RJ, através de ofícios e reuniões presenciais, a crise financeira do Estado do Rio de Janeiro vem ocasionando o repasse da verba de custeio intempestivamente e em valor consideravelmente inferior ao quanto pactuado no Contrato de Gestão nº 004/2014, certo é que tal fato tem acarretado o pagamento mínimo de impostos e tributos nos últimos meses, inclusive no mês de Outubro de 2018, bem como propicia a progressão da dívida com os fornecedores e demais prestadores de serviços no Hospital Estadual Azevedo Lima.

Neste ponto, cumpre esclarecer que além do acúmulo de dívidas, este Instituto tem sido onerado ainda, com o pagamento de multas, juros e correção monetária sobre tributos não pagos e débitos em aberto junto a prestadores e fornecedores de serviços da unidade.



Ainda, vale frisar que atendendo a determinação contida no Art. 1º da Resolução SES/RJ nº 1.419/2016, publicada no D.O.E.R.J. em 31/08/2016, quando do recebimento do repasse parcial da verba de custeio do CG nº 004/2014, referente ao mês de Outubro/2018, optou-se pelo pagamento da folha de pagamento dos colaboradores, PJ's médicas, bem como pela aquisição mínima de itens críticos de materiais e medicamentos, permanecendo em aberto os débitos com alguns prestadores de serviços e fornecedores de materiais e insumos.

Por fim, corroborando o acima narrado, anexamos a presente, cópia dos ofícios enviados à SES/RJ relatando a preocupação do Instituto Sócrates Guanaes com a progressão da dívida, bem como a relação dos tributos que se encontram em atraso.

