

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

Novembro 2018

CONTRATO DE GESTÃO

Nº 004/2014



**HOSPITAL ESTADUAL
AZEVEDO LIMA**



HEAL

HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

SECRETARIA DE SAÚDE



PRESTAÇÃO DE CONTAS NOVEMBRO 2018

RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO 2018

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR: FRANCISCO DORNELLES

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 fundamenta 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 localizada 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, traumatologia-ortopedia, cirurgia geral e clínica, em plantões 24h, compostas 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, ambulatórios 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 241 leitos de internação, distribuídos em: 42 leitos de Emergência (07 leitos de cuidados intensivos trauma– Sala Vermelha; 05 leitos de cuidados intensivos clínicos – Sala Vermelha; 09 leitos de Cuidados Semi-Intensivos- Sala Amarela; 20 leitos Clínico-Cirúrgicos – Sala Verde, 02 leitos de Trauma Pediátrico; 30 leitos de Tratamento Intensivo de Adulto, 05 leitos de Cuidados Pós-Operatórios Intensivos; 92 leitos de Unidade de Internação Clínico-Cirúrgica (66 cirúrgicos, 24 clínicos e 02 de isolamento), 59 leitos de Maternidade, 07 leitos de Tratamento Intensivo Neonatal, 05 leitos de Unidade Intermediária Neonatal

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 km², 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
				NOVEMBRO
Saída Clínica de Adulto	-	Unidade	138	162
Saídas Obstétricas	-	Unidade	320	366
Saídas Ortopédicas	-	Unidade	120	159
Outras Saídas Cirúrgicas	-	Unidade	110	111
Ultrassonografia/ Ecocardiograma	-	Unidade	500	1031
Tomografia Computadorizada	-	Unidade	1.700	1587

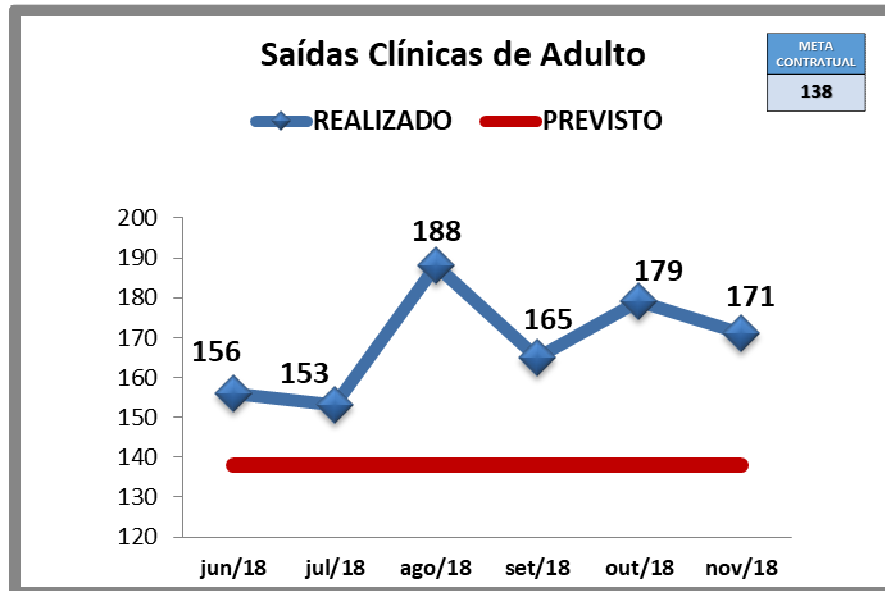
Indicadores de Desempenho - PONTUAÇÃO						
NOVEMBRO /2018						
Nº	Indicador	Memória de Cálculo	Meta	Qtd	%	Pontos mês
1	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto	Nº de Infecções Hospitalares associadas a Cateter Vascular Central - UTI Adulto/ Nº de cateter-dia UTI Adulto *1000	Máximo de 4,5/1000 (laboratorial) e 2,5/1000 (clínica)	0	0,00	5
				601		
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)	1	4,33	3
				231		
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%	601	67,83%	0
				886		
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%	231	58,78%	0
				393		
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%	11	1,28%	2
				859		
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%	3	0,84%	2
				358		

8	Taxa mortalidade neonatal < 1.500g	número de óbitos < 1.500/ número de RN < 1.500 *100	< ou = 41,0%	2	33,33%	2
				6		
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%	1	3,13%	2
				32		
10	Taxa de mortalidade materna	Nº de óbitos maternos/ Nº de RN vivos *1000	< ou = 0,24	0	0,00	2
				268		
11	Taxa de ocupação operacional Geral	Nº Paciente-dia Geral/Leitos-dia operacionais Geral *100	> ou = a 85%	6733	93,91%	2
				7170		
12	Taxa de ocupação de leitos clínicos	Nº Paciente-dia clínicos/Leitos-dia operacionais clínicos *100	> ou = a 85%	683	91,80%	2
				744		
13	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos	Nº Pacientes-dia cirúrgicos/Leitos-dia operacionais cirúrgicos *100	> ou = a 85%	583	80,97%	0
				720		
14	Taxa de ocupação operacional Leitos ortopédicos	Nº Pacientes-dia ortopédicos/Leitos-dia operacionais ortopédicos *100	> ou = a 85%	741	85,17%	2
				870		
15	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirúrgicos/Leitos-dia operacionais neurocirúrgicos *100	> ou = a 85%	335	93,06%	2
				360		
16	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1577	89,10%	2
				1770		
17	Taxa de ocupação operacional UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	> ou = 90%	886	98,44%	2
				900		
18	Taxa de ocupação operacional UTI Pós operatório	Nº de Pacientes-dia UTI Pós operatório/ Leitos-dia operacionais UTI Pós Operatório *100	> ou = 90%	141	94,00%	2
				150		
19	Taxa de ocupação operacional UTI Neonatal	Nº de Pacientes-dia UTI Neonatais/ Leitos-dia operacionais UTI Neonatais *100	> ou = 90%	393	187,14%	1
				210		
20	Média de permanência Geral	Nº Pacientes-dia Geral/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7 dias	6798	7,85	2
				866		
21	Média de permanência Leito clínico	Nº Pacientes-dia leitos clínicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) geral	< ou = a 7,6 dias	684	8,44	0
				81		
22	Média de permanência Leito Cirúrgico	Nº Pacientes-dia leitos cirúrgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 6,5 dias	583	14,58	0
				40		
23	Média de permanência Leito ortopédico	Nº Pacientes-dia leitos ortopédicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7,0 dias	742	6,18	1
				120		

24	Média de permanência Leito Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirurgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = a 10,2 dias	335	7,44	1
				45		
25	Média de permanência na Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas)maternidade	< ou = a 3,1 dias	1577	3	1
				522		
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	886	7,20	1
				123		
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	141	2,56	1
				55		
28	Alimentação do SIA/SUS	Número de BPA e APACs apresentados/ Número de atendimentos ambulatoriais realizados *100	100%	26037	4173%	10
				624		
29	Alimentação do SIH/SUS	Número de AIH apresentada no mês/ Número de Internações realizadas na Unidade no mês *100	100%	922	133%	10
				692		
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%	3107	100,00%	10
				3107		
31	% de pacientes atendidos de acordo com os parâmetros do tempo de espera na Urgência e Emergência	Somatória de 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%	70	145,83%	10
				48		
TOTAL:					90	
CONCEITO					A	

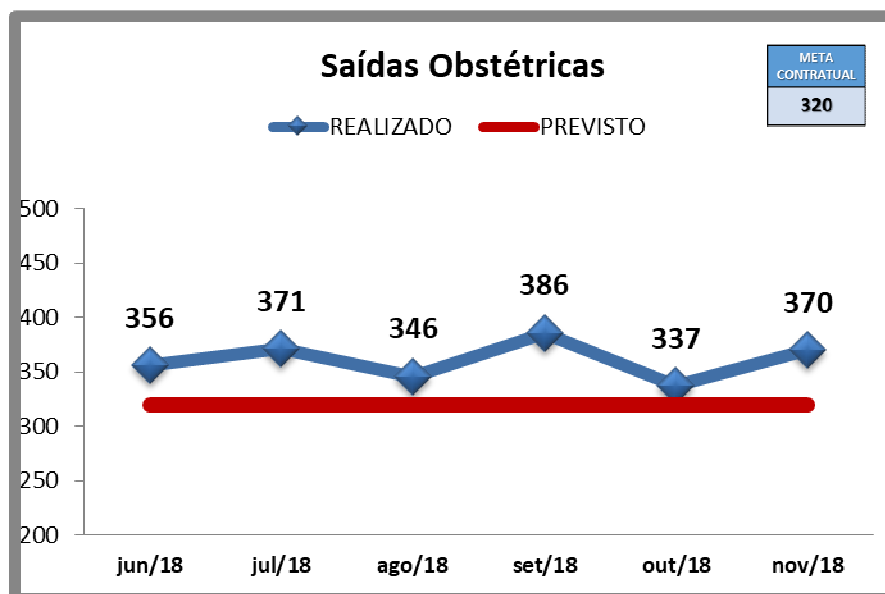
4.2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

4.2.1 Saídas Clínicas de Adultos



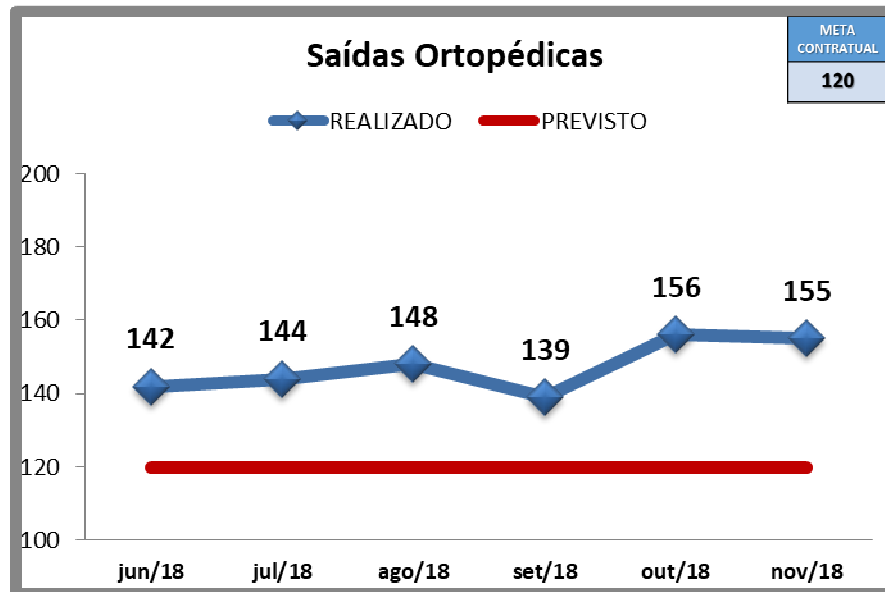
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.2 Saídas Obstétricas



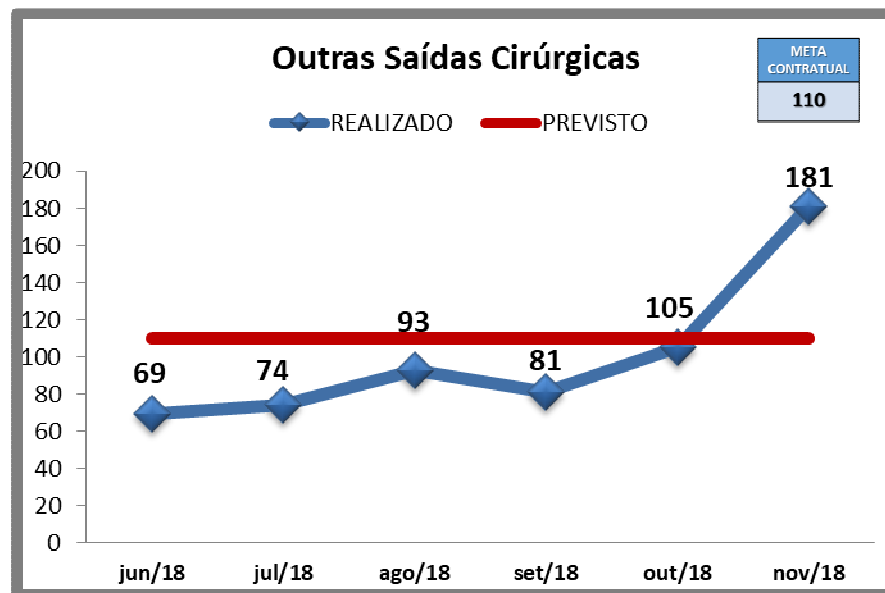
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.3 Saídas Ortopédicas



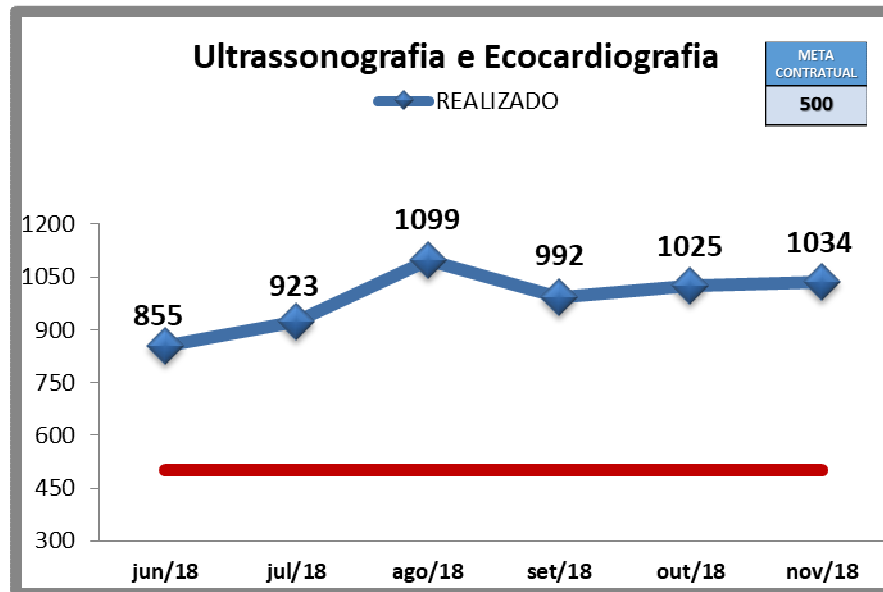
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.4 Outras Saídas Cirúrgicas



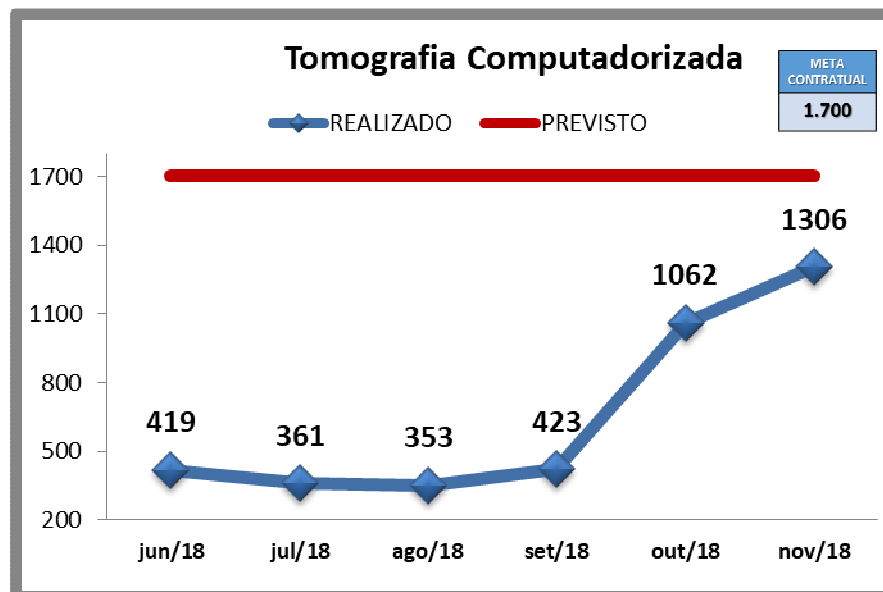
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.5 Ultrassonografia e Ecocardiografia



Fonte: Sistema Soul MV

4.2.6 Tomografia Computadorizada



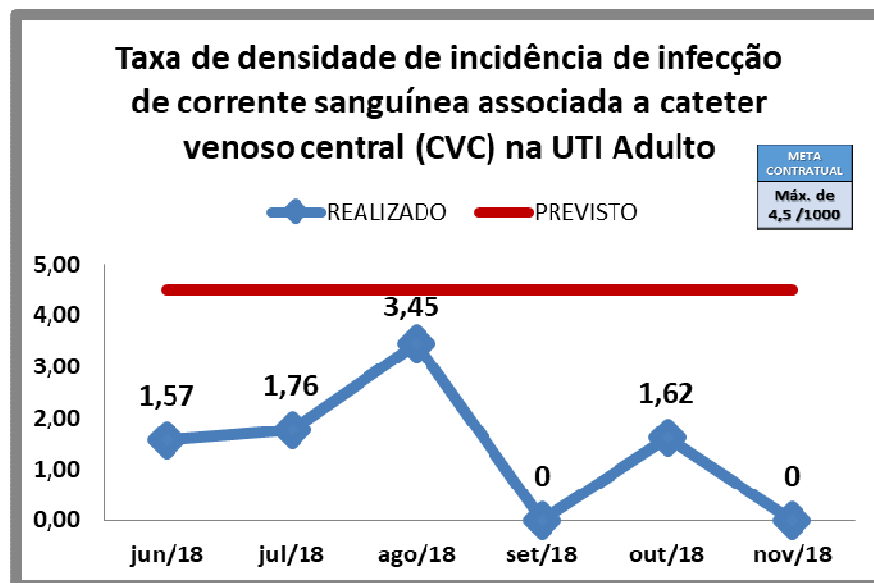
Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

O HEAL realizou as adequações necessárias para a reabertura do Setor da tomografia, a ativação do aparelho se deu em 10 de setembro de 2018 com o *application*, porém, a capacitação de 100% dos colaboradores foi em Outubro/18. Sendo que novembro, apesar do serviço já se encontrar em pleno estado e as equipes atentas às práticas para potencializar e alavancar os resultados, ainda não foi possível atingir a meta pactuada. Acreditamos que isso se deve ainda ao fato de sazonalidade, visto que o serviço esteve inoperante por um determinado período. A expectativa é que esse número melhore consideravelmente a partir de dezembro.

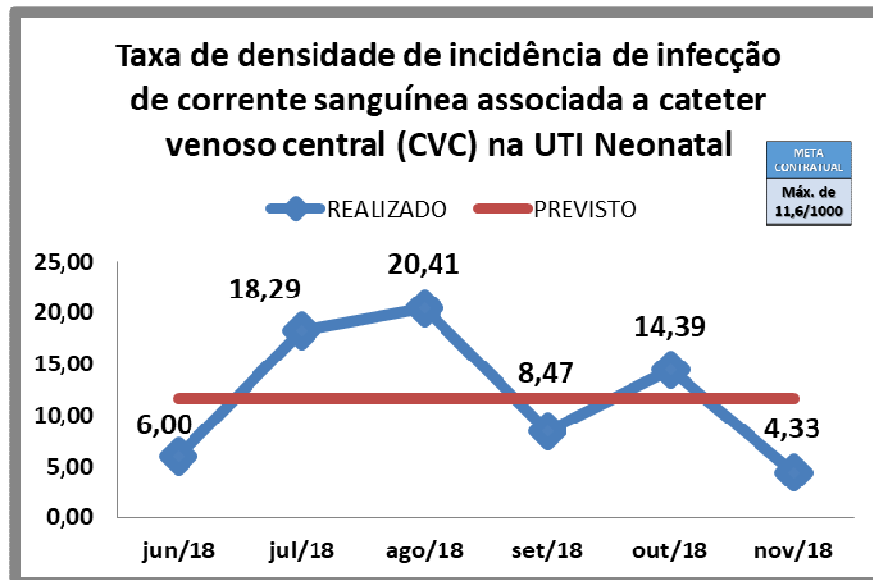
4.3. ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

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



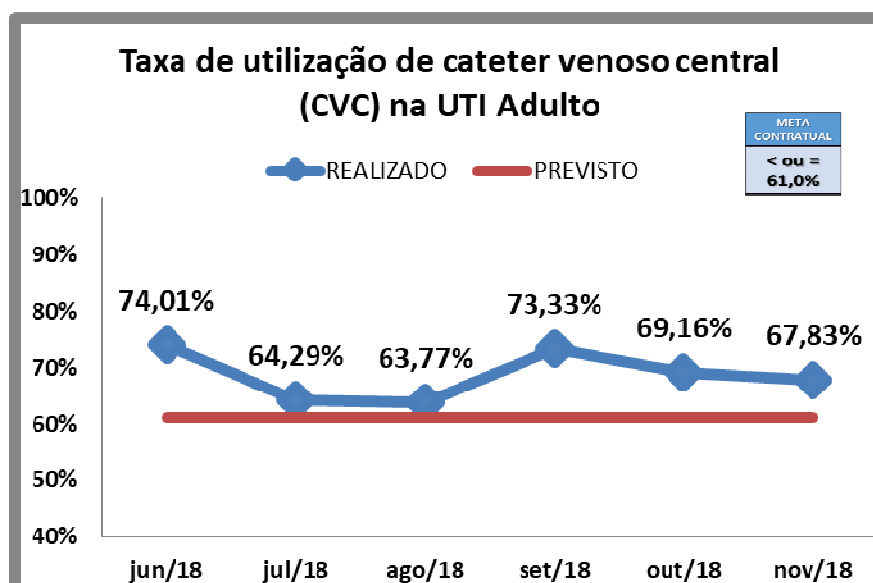
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

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

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



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

Comentário:

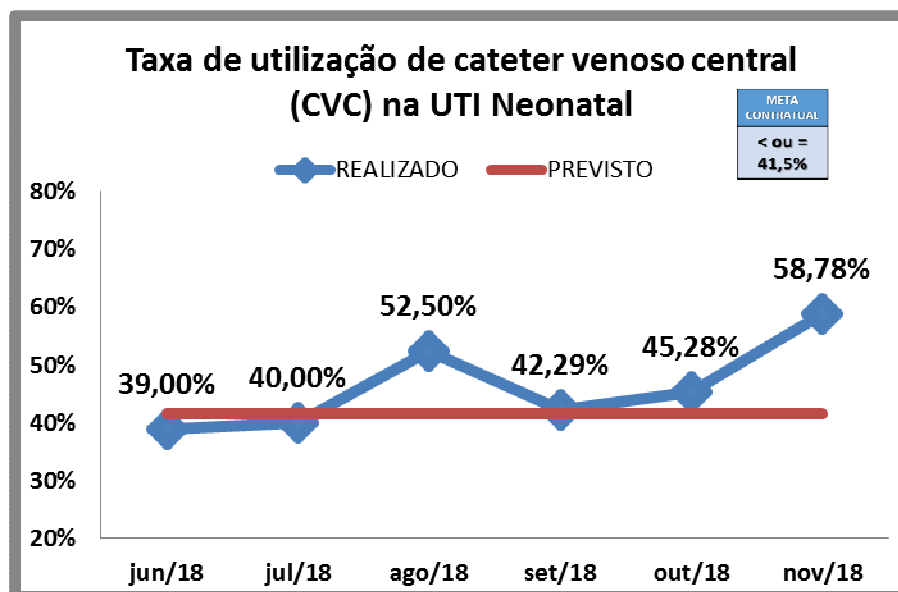
Considerando que, segundo a literatura especializada, a alta taxa de utilização de cateter venoso central pode refletir uma maior gravidade e complexidade dos pacientes internados na UTI, não necessariamente indicando a não adesão dos médicos assistentes e da equipe de enfermagem a uma rotina de avaliação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

Observamos no mês de novembro um alto índice de doentes com elevado SAPS 3 médio na UTI Adulto, que demandaram por venóclise central dada a gravidade, risco de morte e falência de acesso periférico.

A proposta das equipes de terapia intensiva foi de estabilizar os pacientes com o máximo de brevidade possível, visando retirar os dispositivos invasivos o quanto antes. Todas as medidas de controle como preenchimento dos *bundles* e discussão diária dos casos nos rounds multiprofissionais diários, visando à retirada precoce dos dispositivos invasivos, foram tomadas.

O que chama a atenção é que apesar da taxa de utilização de cateter venoso central, estar acima da meta pactuada, não tivemos nenhuma incidência de infecção de corrente sanguínea no mês de novembro. Fato que nos mostra o comprometimento das equipes e eficiência das medidas de prevenção adotadas

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

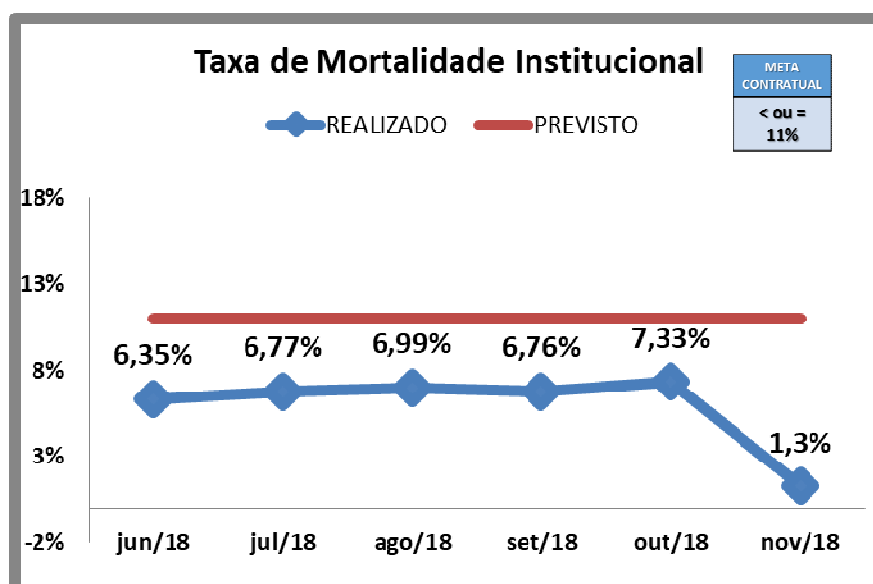


Comentário:

A utilização de CVC e demais dispositivos invasivos, dependente muito da gravidade do recém-nascido. 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.

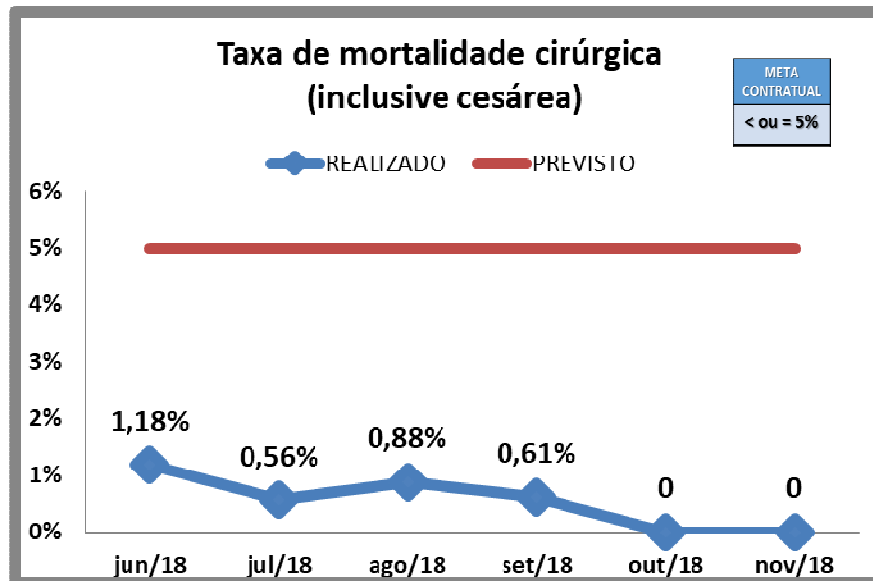
Apesar de todo o exposto, e considerando o RN prematuro extremo como um paciente mais suscetível a infecções. Observamos que a taxa de infecção de corrente sanguínea na UTI Neonatal encontra-se abaixo dos valores pactuados, enfatizando a eficiência das medidas de controle e prevenção adotadas.

4.3.6 Taxa de Mortalidade Institucional



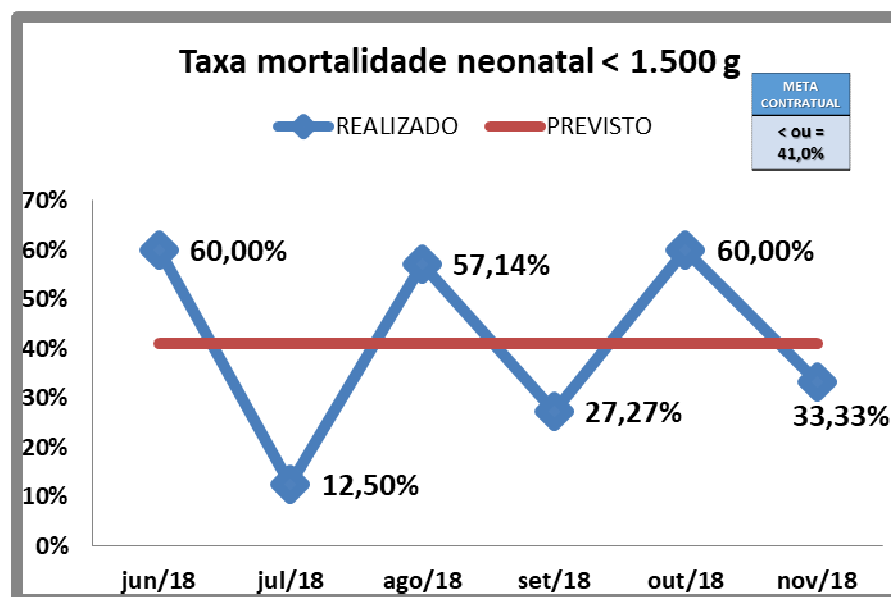
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.7 Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Inclusive Cesárea)



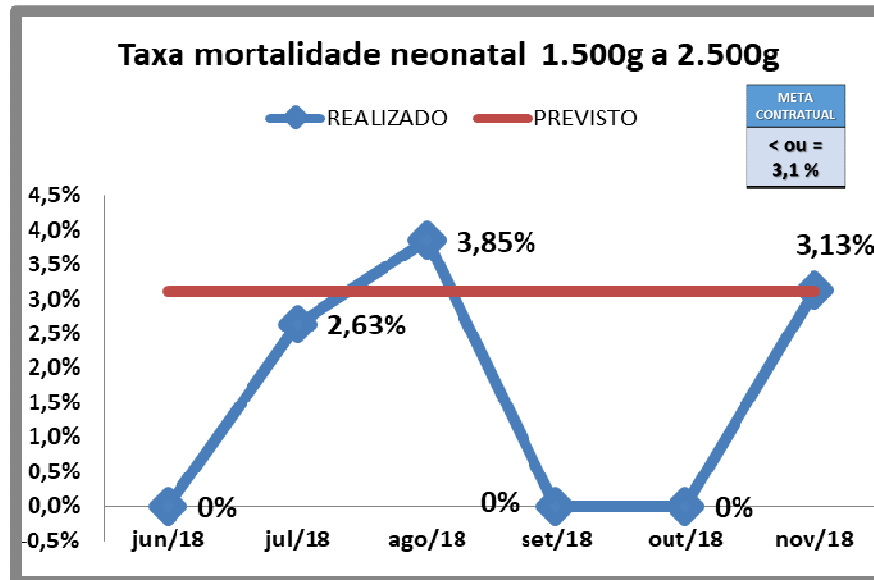
Fonte: Coordenação do Bloco Cirúrgico

4.3.8 Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g



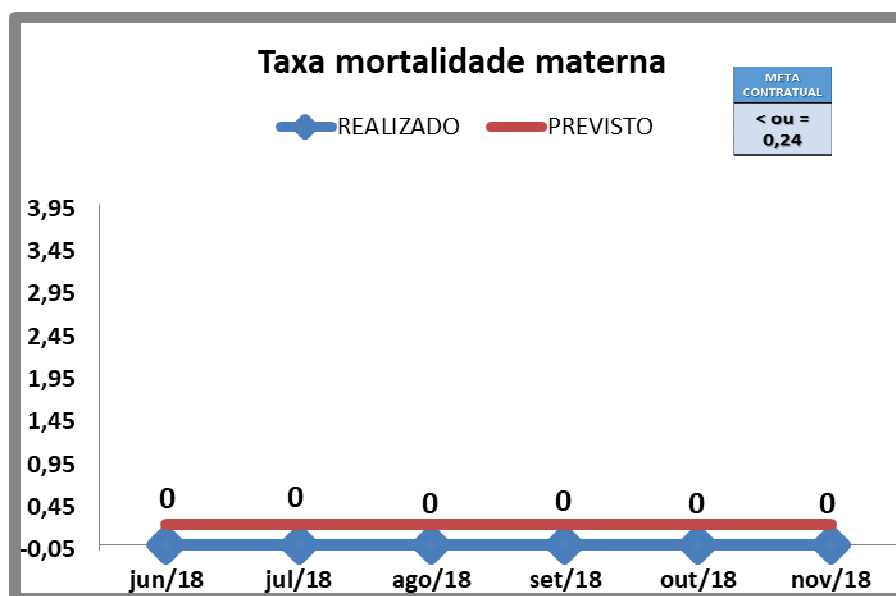
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

4.3.9 Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g



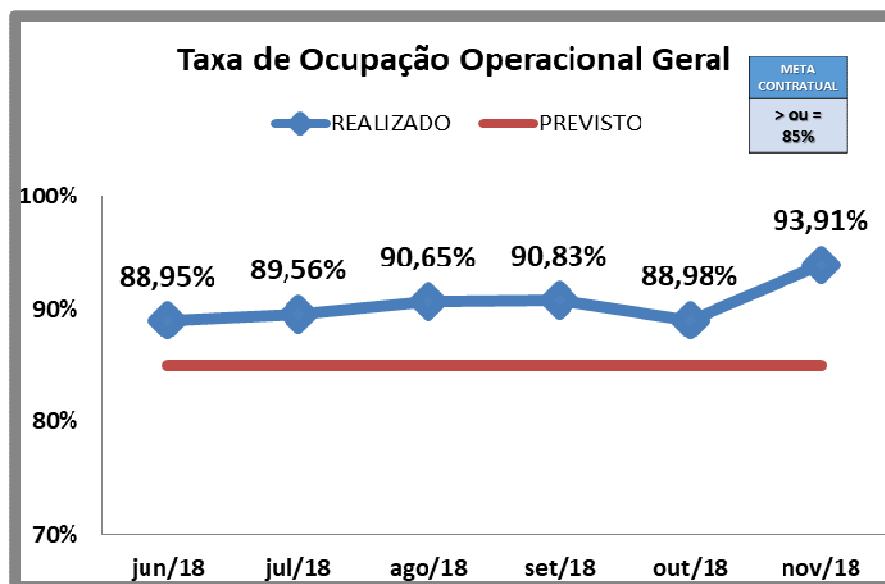
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

4.3.10 Taxa de mortalidade materna



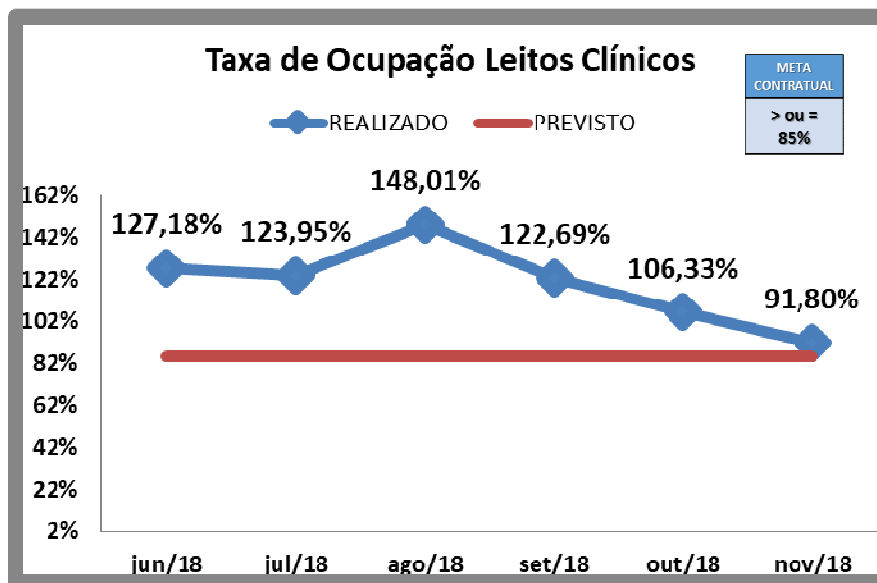
Fonte: Comissão de Análise de Óbitos

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

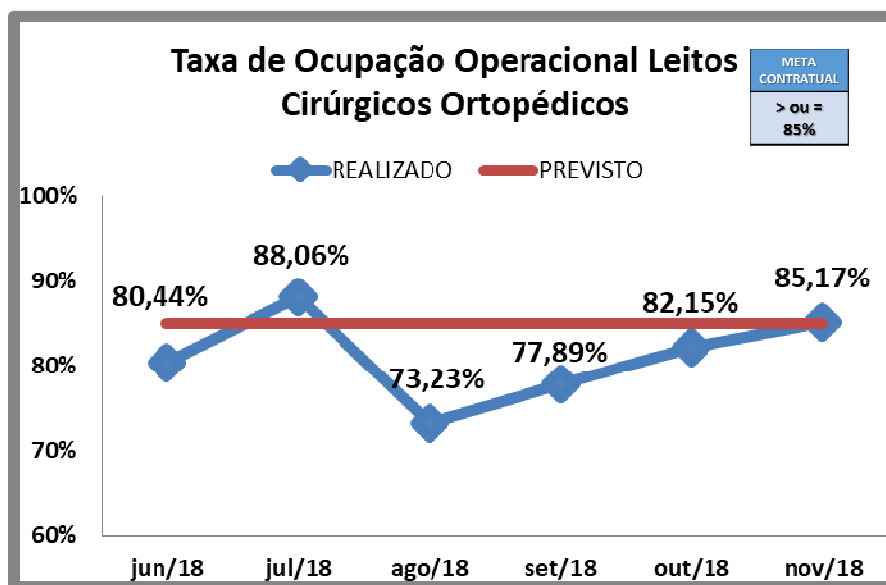


Fonte: Sistema Soul MV

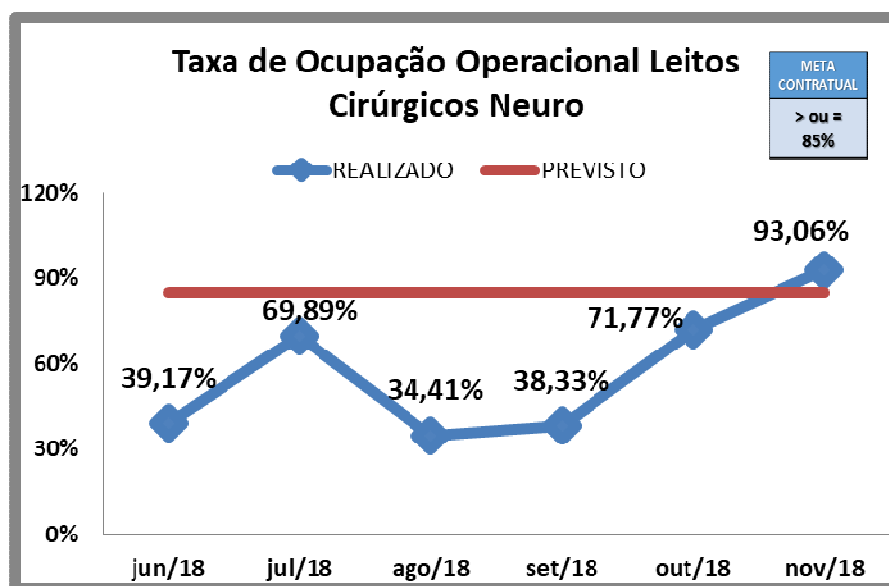
Comentário:

Mais uma vez 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.

4.3.14 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Ortopédico

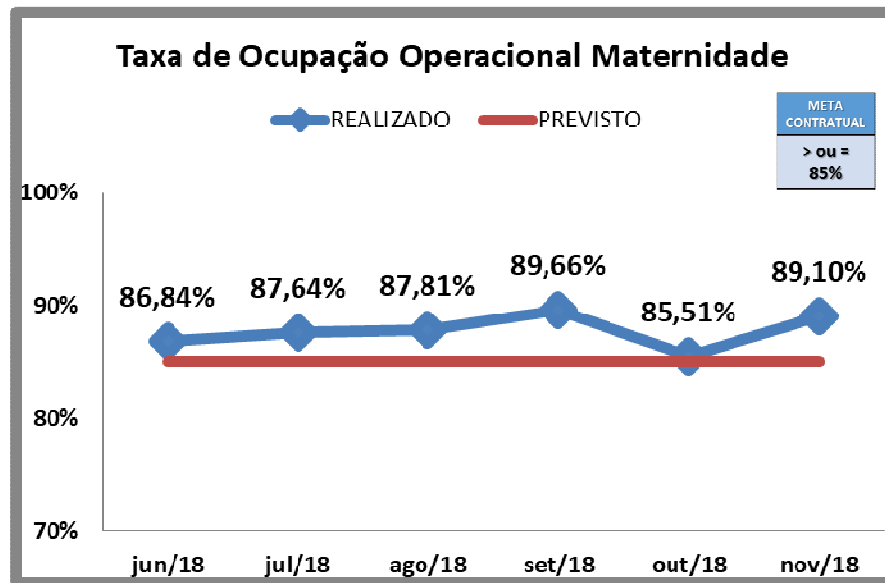


4.3.15 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Neurocirurgia Fonte: Sistema Soul MV



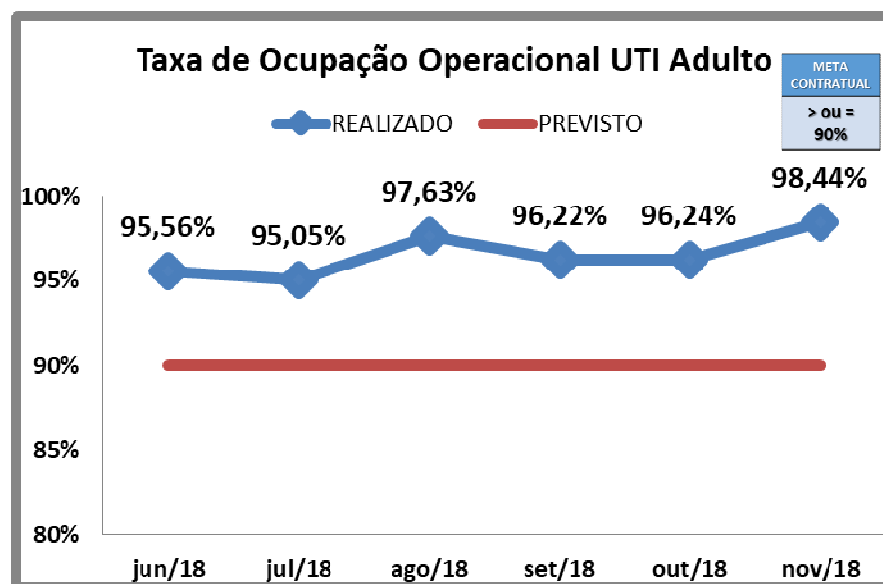
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.16 Taxa de Ocupação Operacional Maternidade



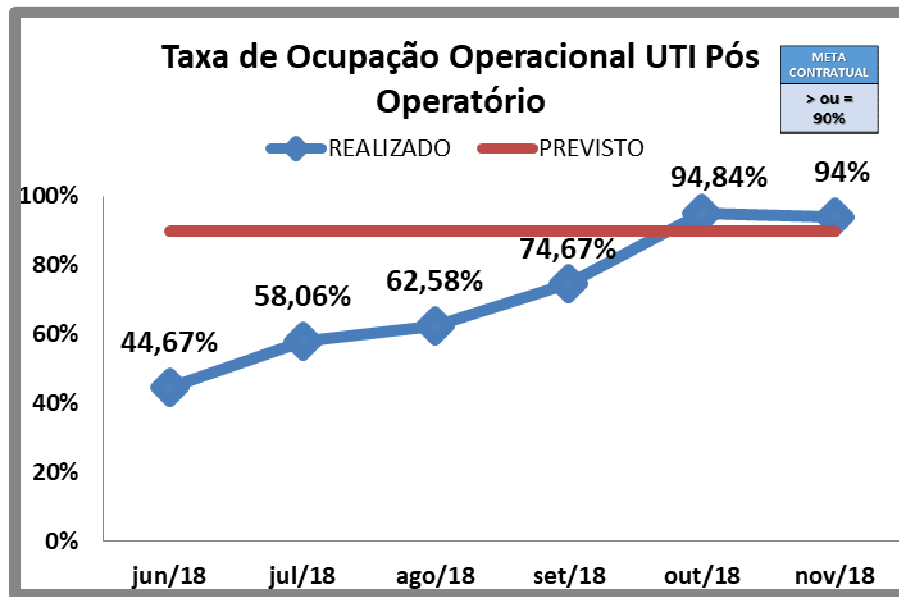
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.17 Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto



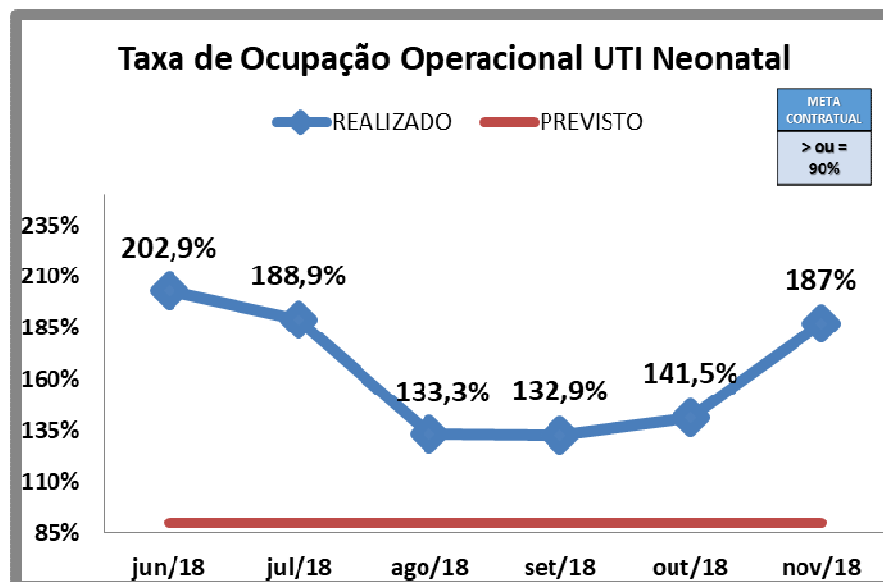
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.18 Taxa de Ocupação Operacional UTI Pós-Operatório



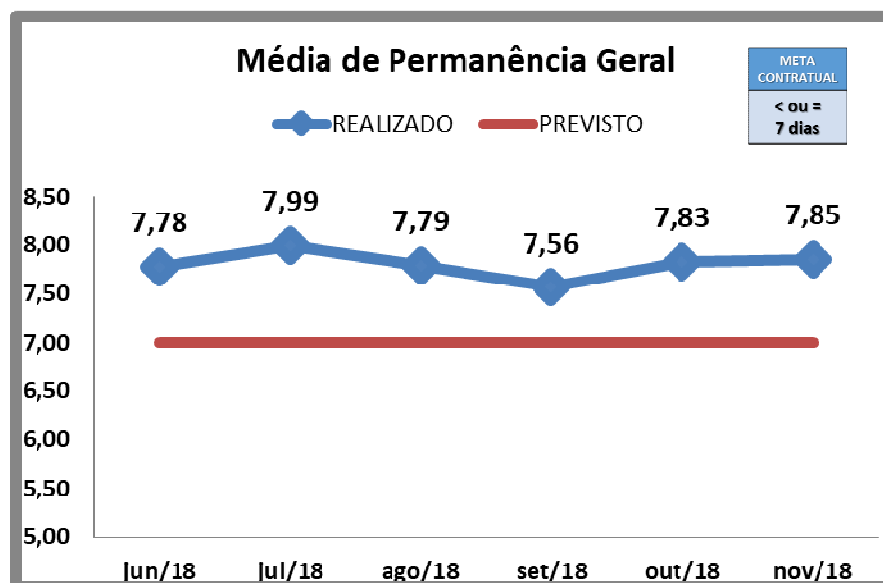
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.19 Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal



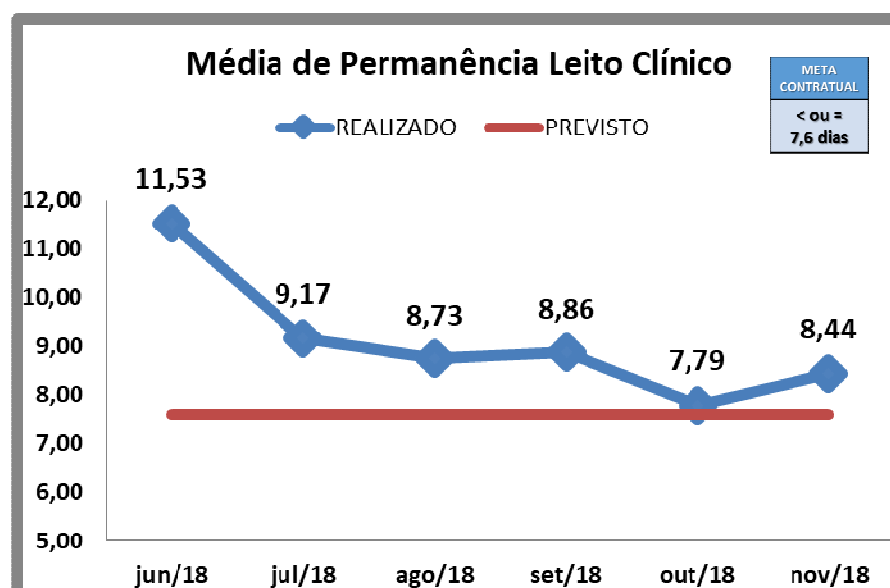
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.20 Média de Permanência Geral



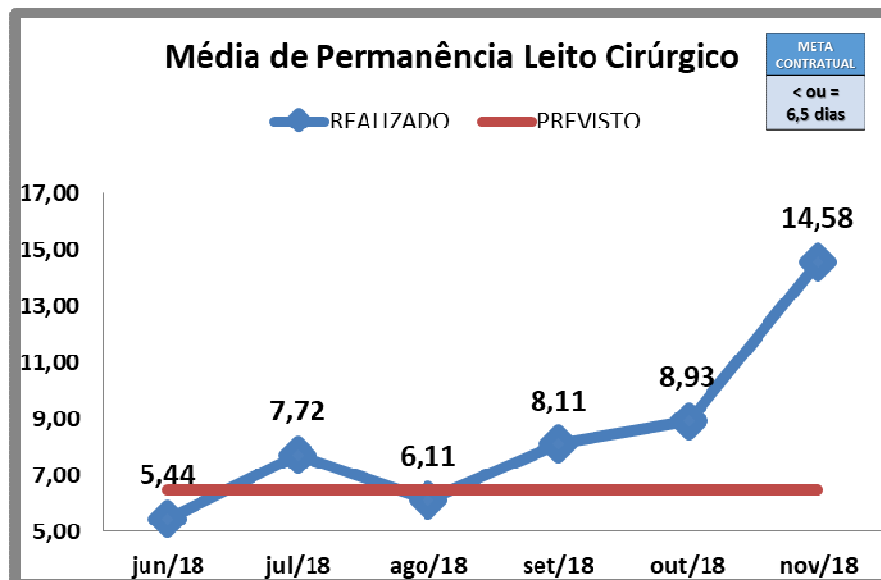
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.21 Média de Permanência Leito Clínico



Fonte: Sistema Soul MV

4.3.22 Média de Permanência Leito Cirúrgico



Comentário:

A justificativa para a média de permanência geral, média de permanência de leito clínico e média de permanência de leito cirúrgico ter se mantido elevada no mês de novembro, é praticamente a mesma.

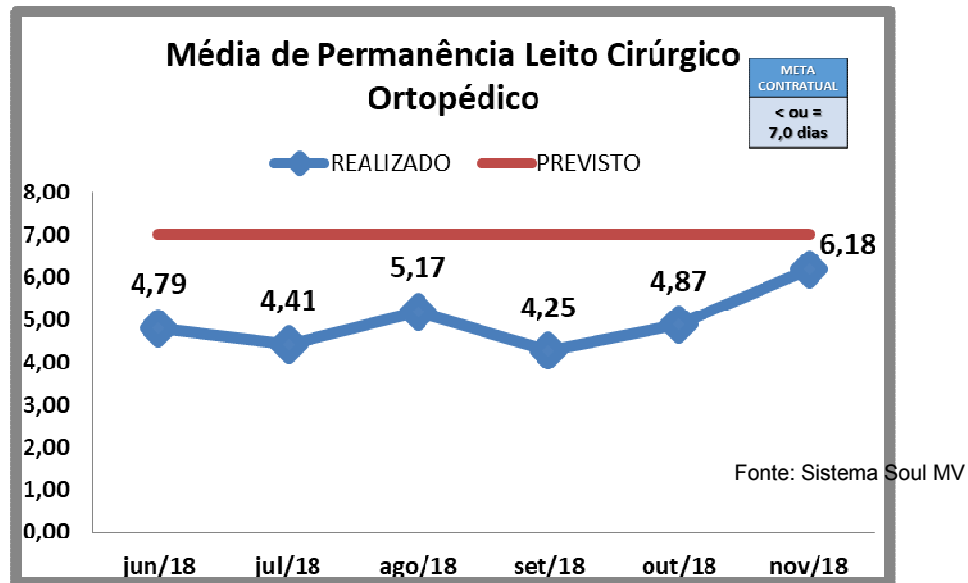
Ao analisar precisamos observar que um grande número de internações são de pacientes com diversos fatores críticos e idade avançada, além de pacientes com escore de gravidade mais elevados os quais demandam maior tempo de resolutividade de suas patologias.

Associado a isso alguns desses pacientes necessitam de exames e/ou procedimentos que não são realizados na unidade, ficando mais tempo internados aguardando a liberação desses pelo SISREG.

Podemos citar como exemplo: intervenção cardiovascular, pacientes com fraturas complexas na Unidade e que precisam de transferência para unidade especializada, ressonância magnética, cateterismo, etc. Sem contar a demora da saída de pacientes renais crônicos para clínicas de hemodiálise já regulados. Todos esses fatores vêm,

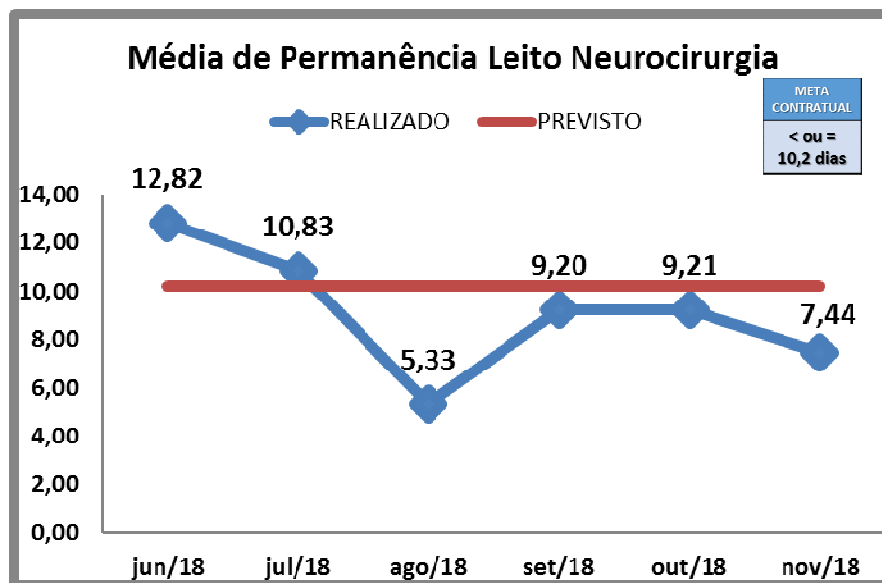
sistematicamente, impactando no desempenho das clínicas, levando ao não cumprimento da meta desses indicadores no mês.

4.3.23 Média de Permanência Leito Cirúrgico Ortopédico



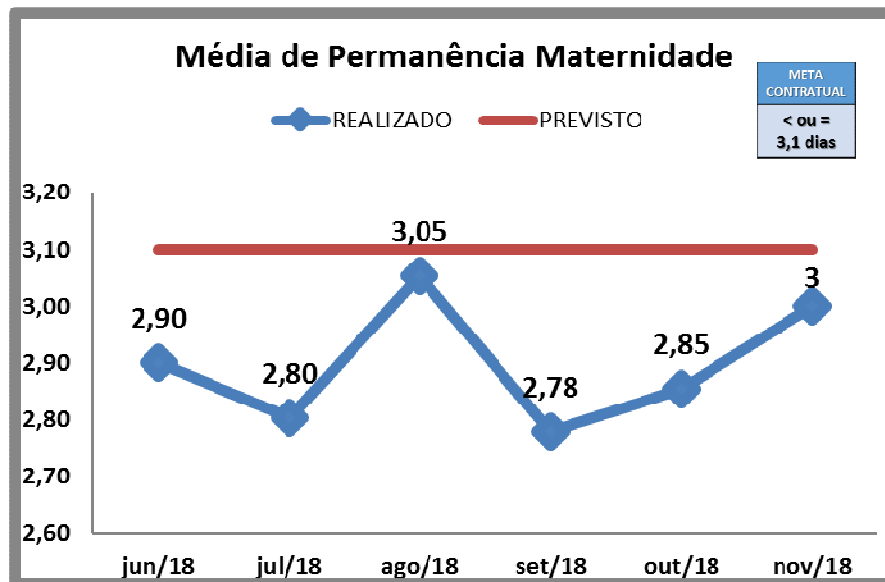
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.24 Média de Permanência Leito Neurocirurgia



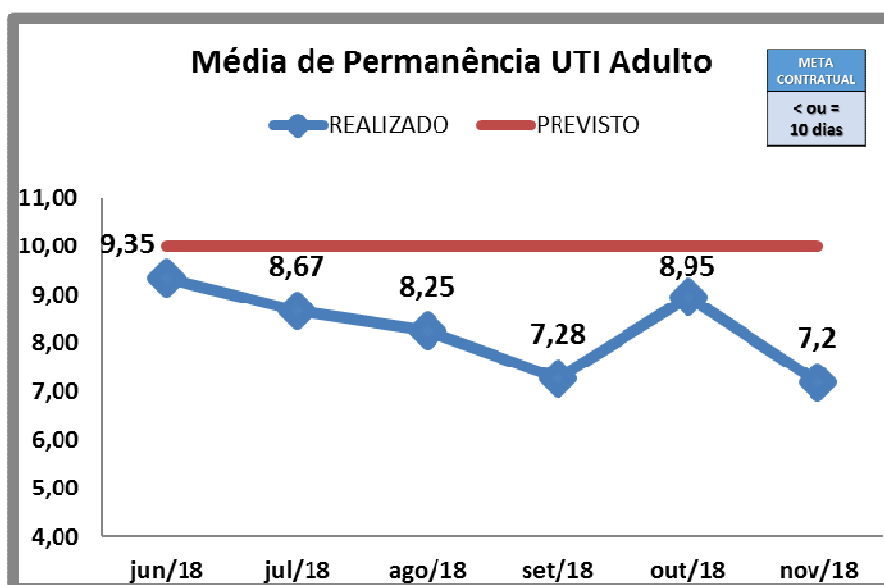
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.25 Média de Permanência Maternidade



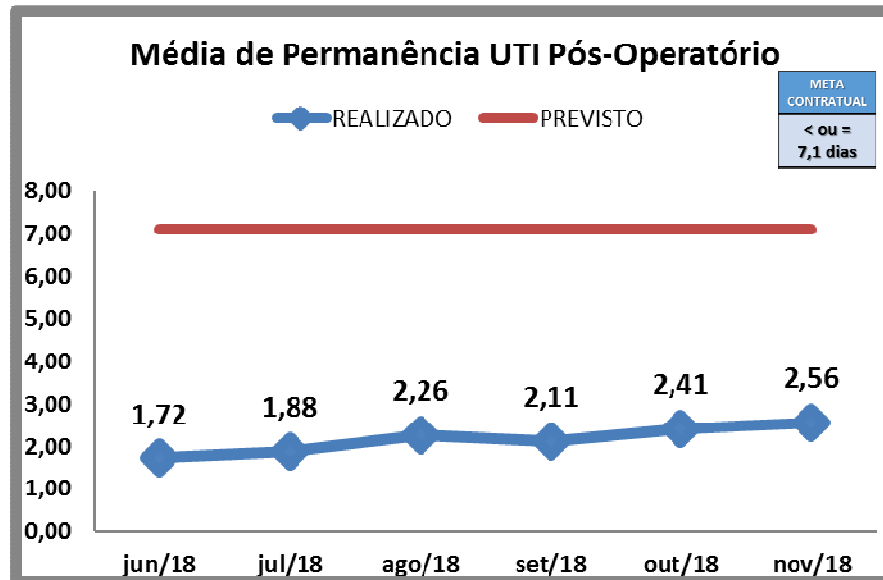
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.26 Média de Permanência UTI Adulto



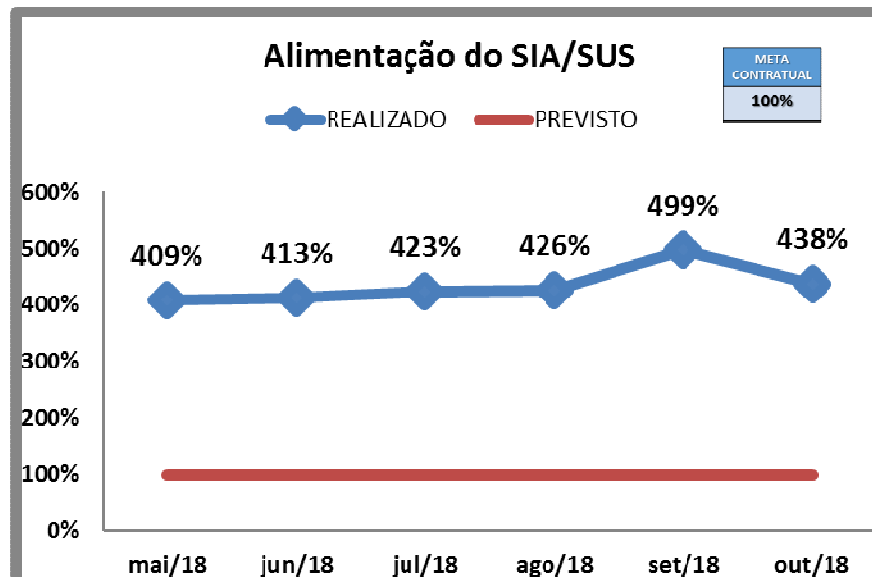
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.27 Média de Permanência UTI Pós Operatório



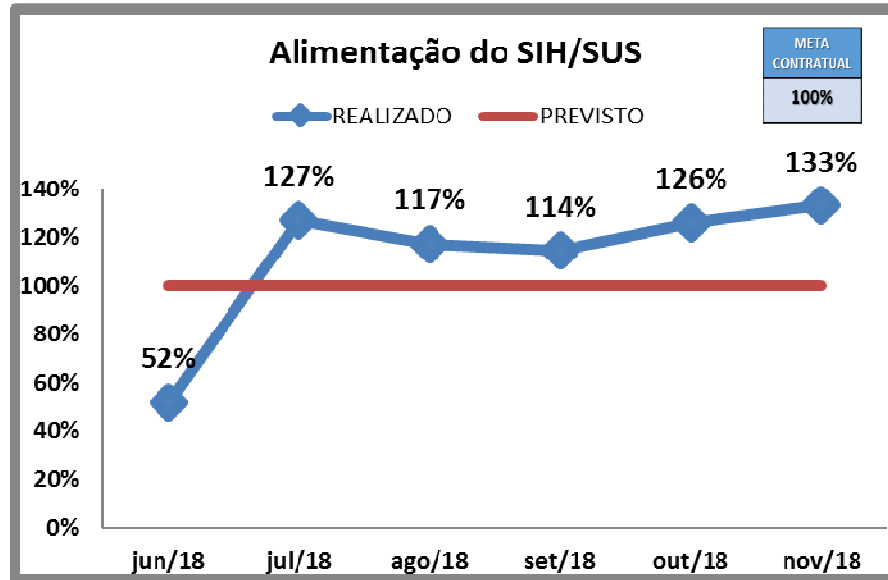
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.28 Alimentação do SIA/SUS



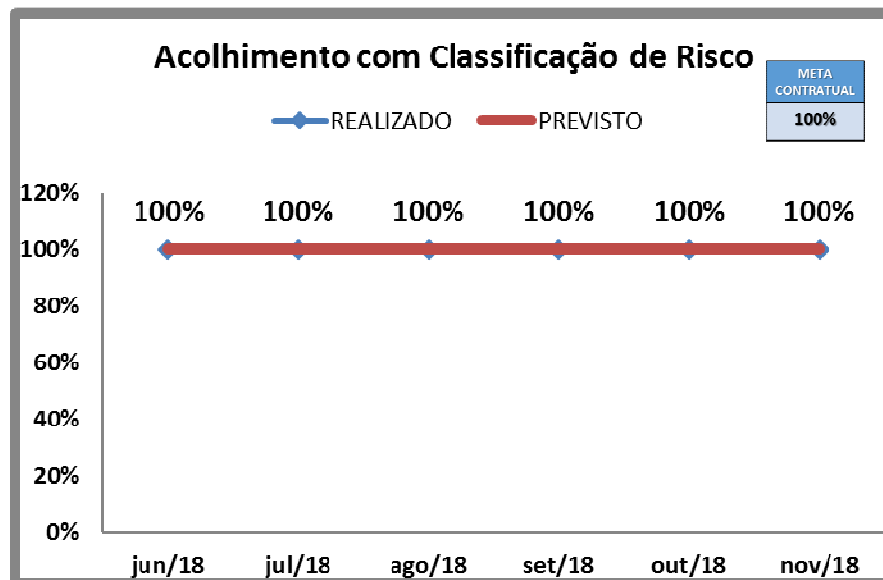
Fonte: Faturamento HEAL

4.3.29 Alimentação do SIH/SUS



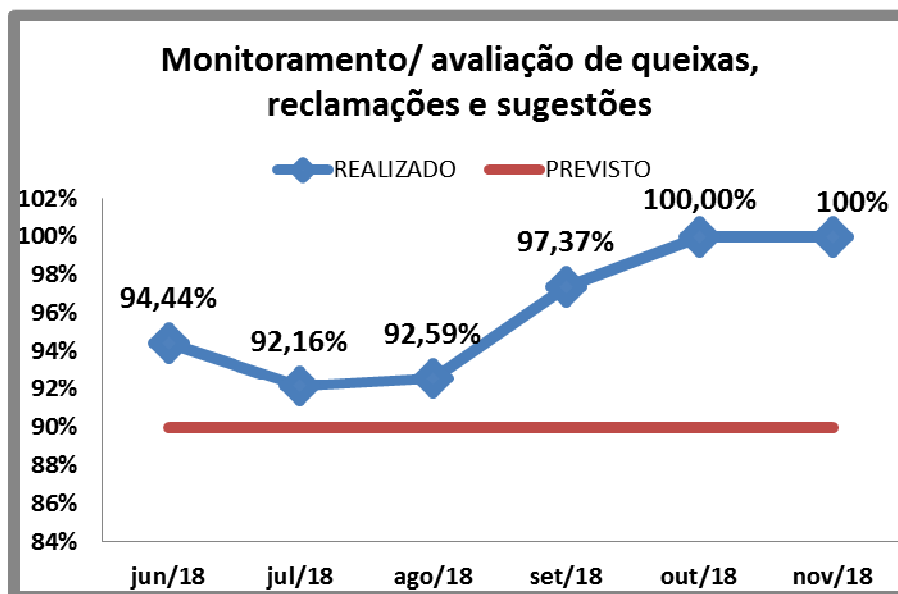
Fonte: Faturamento HEAL

4.3.30 Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Sistema MV

4.3.32



Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões.

META CONTRATUAL
> ou = 90%

Fonte: Ouvidoria HEAL

