

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ANUAL

2018

CONTRATO DE GESTÃO

Nº 004/2014



**HOSPITAL ESTADUAL
AZEVEDO LIMA**



HEAL

HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

SECRETARIA DE SAÚDE

PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL 2018

RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO 2018

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR: WILSON WITZEL

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE: EDMAR SANTOS

CONTRATADA: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

ENTIDADE GERENCIADA: HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG

CNPJ: 03.969.808/0006-84

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 Lima, sob gestão do Instituto Sócrates Guanaes - ISG, referente ao mês de ano 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

Até março eram acompanhados os seguintes indicadores:

- Taxa de Mortalidade Ajustada por escore de gravidade na UTI (SAPS 3)
- Taxa de Infecção Hospitalar
- Taxa de Cesárea
- Taxa de mortalidade neonatal precoce dos nascidos na Unidade
- Taxa de satisfação dos usuários
- Taxa de profissionais cadastrados no CNES

- Taxa de Suspensão de Cirurgias
- Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS

Apresentamos abaixo os indicadores de Produção e desempenho que foram utilizados durante o exercício de 2018.

INDICADORES DE PRODUÇÃO														
Indicadores 2018	Unid. Medida	Meta	Indicadores encontrados											
			JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Saída Clínica de Adulto	Unidade	160	118	121	146	139	151	156	153	188	165	179	171	175
Saídas Obstétricas	Unidade	350	377	374	420	377	364	356	371	346	386	337	370	386
Saídas Ortopédicas	Unidade	120	139	124	141	143	157	142	144	148	139	156	155	167
Outras Saídas Cirúrgicas	Unidade	120	65	61	65	75	87	69	74	93	81	105	181	113
Ultrassonografia	Unidade	500	357	326	561	623	690	704	923	1099	992	1025	1034	908
Tomografia Computadorizada	Unidade	2.000	362	324	369	411	440	419	361	353	423	1062	1306	1860

INDICADORES DE DESEMPENHOS - PONTUAÇÃO - COMPILADO DE JANEIRO À JUNHO DE 2018									
			jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	jun/18	
Indicador	Memória de Cálculo	Metas	%	%	%	%	%	%	%
Taxa de Mortalidade Ajustada por escore de gravidade na UTI (SAPS 3)	(Mortalidade absoluta/ Mortalidade estimada por SAPS 3/SNAPPE para UTI Neonatal ou equivalente)	< ou = 1	1,42	0,99	1,89	1,88	1,27	2,7	
Taxa de Infecção Hospitalar	(Número de usuários com diagnóstico de infecção após 48h de internação/ Total de usuários internados) X 100	< ou =2,5%	1,05	0,8	0,89	0,85	0,88	1	
Taxa de Cesárea	Número de cesáreas/Total de partos X 100	<=40%	47,12	47,27	46,83	48,8	46,48	47,43	
Taxa de mortalidade neonatal precoce dos nascidos na Unidade	Número de óbitos neonatal precoce/ Total de nascidos vivos na Unidade X 1000	< 10 por 100	3,44	7,27	17,54	13,47	7,78	18,73	
Taxa de satisfação dos usuários	(Número de usuários satisfeitos/ Total de usuários) X 100	> ou = 90%	94,76	85,88	90,2	95,56	98,47	94,78	
Taxa de profissionais cadastrados no CNES	(Total de profissionais médicos cadastrados no CNES/ Total de profissionais médicos cadastrados) X 100	100%	100	100	100	100	100	100	
Taxa de Suspensão de Cirurgias	(Total de suspensões x 100)/ Total de cirurgias agendadas	<10%	0,87	4	2,34	4,88	2,27	2,31	
Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS	(Total de AIH glosadas/ Total de AIH referentes aos serviços habilitados apresentadas ao SUS) X 100	<5%	61	0	0	0	0	0	
			60	70	60	60	70	60	
			B	A	B	B	A	B	

A partir de junho novos indicadores foram pactuados, a partir da assinatura do 4º Termo Aditivo ao CG nº 004/2014, conforme Termo de Referência

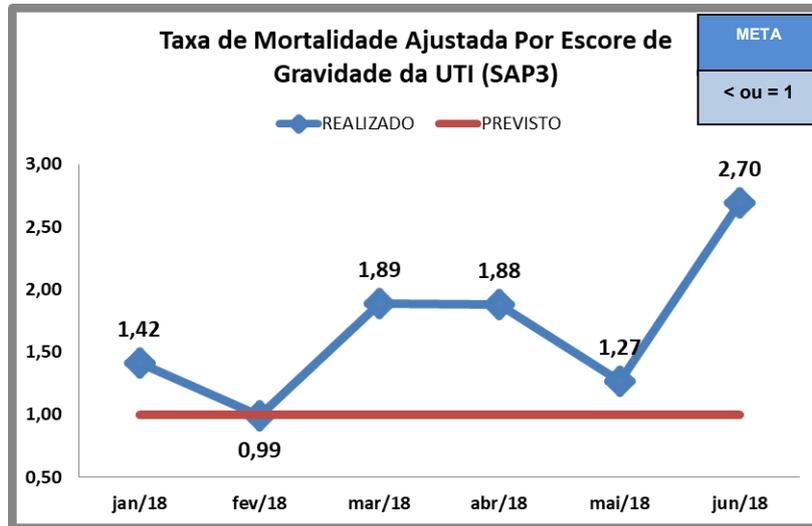
NOVOS INDICADORES DE DESEMPENHOS - PONTUAÇÃO - COMPILADO DE ABRIL À DEZEMBRO DE 2018								
			jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18
Indicador	Memória de Cálculo	Meta	%	%	%	%	%	%
Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto	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)	1,76	3,45	0	1,62	0	2,85
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)	18,29	20,41	8,47	14,39	4,33	0
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%	64,29	63,77	73,33	69,16	67,83	83,7
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%	40%	53%	42%	45%	59%	56%
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	OK	OK	OK	OK	OK
Taxa de mortalidade institucional	Números de óbitos ≥ 24 h/ saídas hospitalares *100	< ou = 11%	6,77	6,99	6,76	7,33	1,28	2,49
Taxa de mortalidade cirúrgica (inclusive cesárea)	Nº de Óbitos cirúrgicos (óbitos até 7 dias após o procedimento cirúrgico na mesma internação) /Nº pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos *100	< ou = 5%	0,56	0,88	0,61	0	0,84	0,52

Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g	número de óbitos < 1.500/ número de RN < 1.500 *100	< ou = 41,0%	12,5	57,14	27,27	60	33,33	10
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%	2,63	3,85	0	0	3,13	0
Taxa de mortalidade materna	Nº de óbitos maternos/ Nº de RN vivos *1000	< ou = 0,24	0	0	0	0	0	0
Taxa de ocupação operacional Geral	Nº Paciente-dia Geral/Leitos-dia operacionais Geral *100	> ou = a 85%	89,56	90,65	90,83	88,98	93,91	87,87
Taxa de ocupação de leitos clínicos	Nº Paciente-dia clínicos/Leitos-dia operacionais clínicos *100	> ou = a 85%	123,95	148	122,69	106,33	87,56	84,12
Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos	Nº Pacientes-dia cirúrgicos/Leitos-dia operacionais cirúrgicos *100	> ou = a 85%	25,94	43,01	64,17	64,78	80,97	75,13
Taxa de ocupação operacional Leitos ortopédicos	Nº Pacientes-dia ortopédicos/Leitos-dia operacionais ortopédicos *100	> ou = a 85%	88,06	73,23	77,89	82,15	85,17	95,05
Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirúrgicos/Leitos-dia operacionais neurocirúrgicos *100	> ou = a 85%	69,89	34,41	38,33	71,77	93,06	87,1
Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	87,64	87,81	89,66	85,51	89,1	87,1
Taxa de ocupação operacional UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	> ou = 90%	95,05	97,63	96,22	96,24	98,44	96,99
Taxa de ocupação operacional UTI Pós operatório	Nº de Pacientes-dia UTI Pós operatório/ Leitos-dia operacionais UTI Pós Operatório *100	> ou = 90%	58,06	62,58	74,67	94,84	94	94,19
Taxa de ocupação operacional UTI Neonatal	Nº de Pacientes-dia UTI Neonatais/ Leitos-dia operacionais UTI Neonatais *100	> ou = 90%	188,94 %	129,00 %	132,86 %	141,47 %	187,14 %	165,90 %
Média de permanência Geral	Nº Pacientes-dia Geral/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7 dias	7,99	7,79	7,56	7,83	7,85	7,03
Média de permanência Leito clínico	Nº Pacientes-dia leitos clínicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 7,6 dias	9,17	8,73	7,78	7,79	8,4	9,97
Média de permanência	Nº Pacientes-dia leitos cirúrgicos/ Nº Saídas	< ou = a 6,5 dias	7,72	6,11	8,11	6,51	5,09	4,7

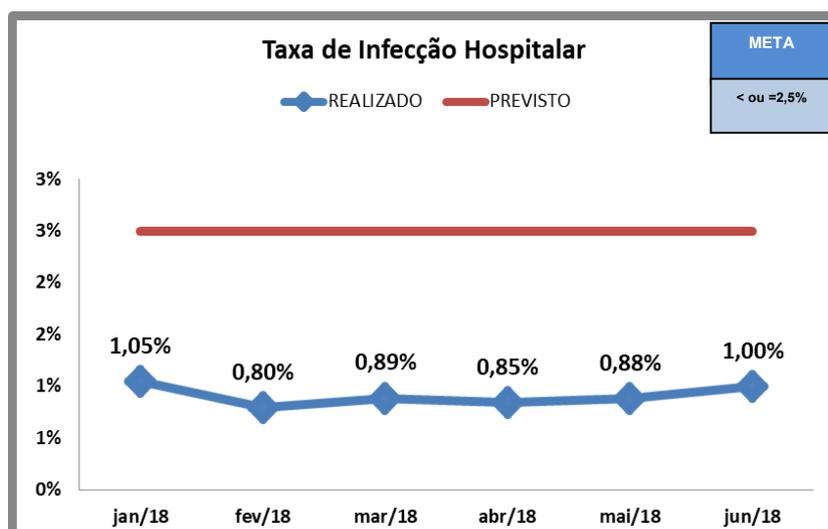
Leito Cirúrgico	hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral								
Média de permanência Leito ortopédico	Nº Pacientes-dia ortopédicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = 7,0 dias	5,17	5,17	4,25	4,87	4,73	4,38	
Média de permanência Leito Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirurgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = a 10,2 dias	10,83	5,33	9,2	9,21	9,85	10,8	
Média de permanência na Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) maternidade	< ou = a 3,1 dias	2,8	3,05	2,78	2,85	3,02	2,74	
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	8,67	8,25	7,28	8,95	7,2	7,52	
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	1,88	2,28	2,11	2,41	2,56	2,7	
Alimentação do SIA/SUS	Número de BPA e APACs apresentados/ Número de atendimentos ambulatoriais realizados *100	100%	423	428	499	438	417	452	
Alimentação do SIH/SUS	NNúmero de AIH apresentada no mês/ Número de Internações realizadas na Unidade no mês *100	100%	127	117	114	126	133	112	
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%	100	100	100	100	100	100	
Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões	Total de manifestações resolvidas/ Total de reclamações, solicitações e denúncias *100	> ou = a 90%	92,16	97,37	97,37	100	145	163,93	
			83	78	90	85	91	91	
			B	B	A	B	A	A	

4.2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

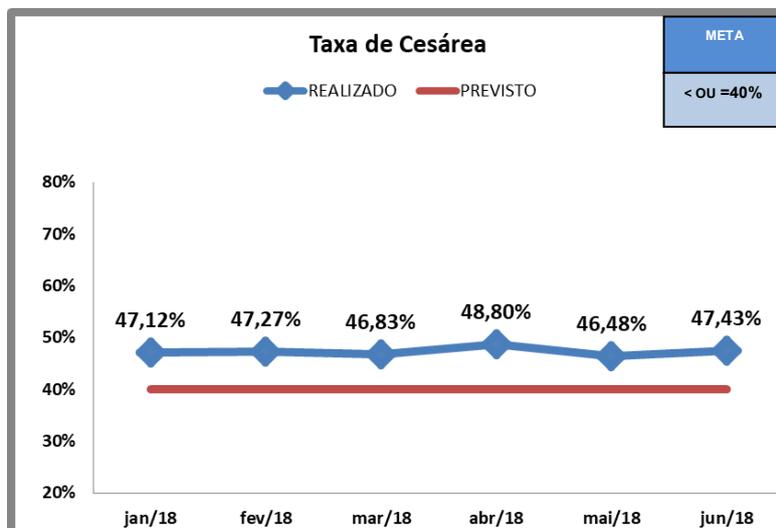
4.2.1 Taxa de Mortalidade Ajustada Por Escore de Gravidade da UTI (SAP3)



4.2.2 Taxa de Infecção Hospitalar



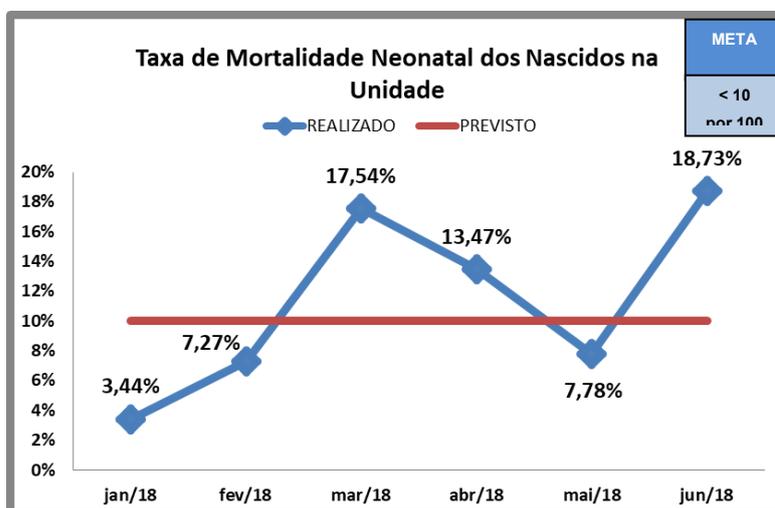
4.2.3 Taxa de Cesárea



Comentário:

Considerando que a unidade é referência em atendimento a gestantes de alto risco, o número de pacientes com indicação de cesariana é significativo.

4.2.4 Taxa de mortalidade neonatal precoce dos nascidos na Unidade

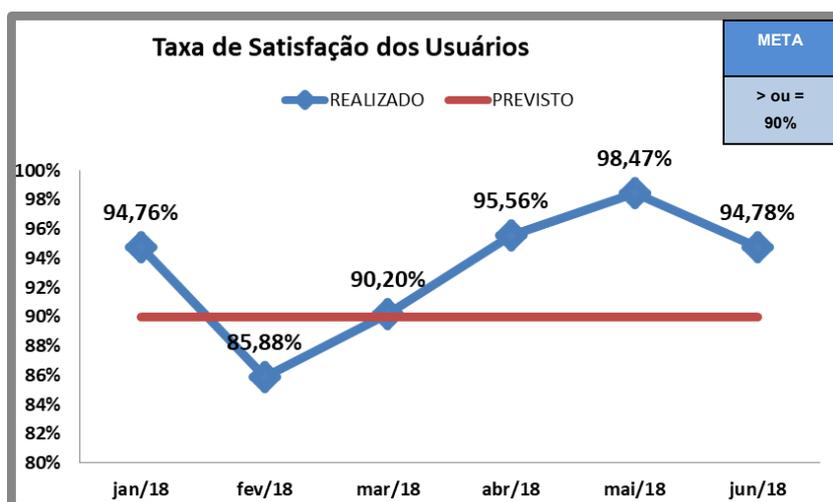


Comentário:

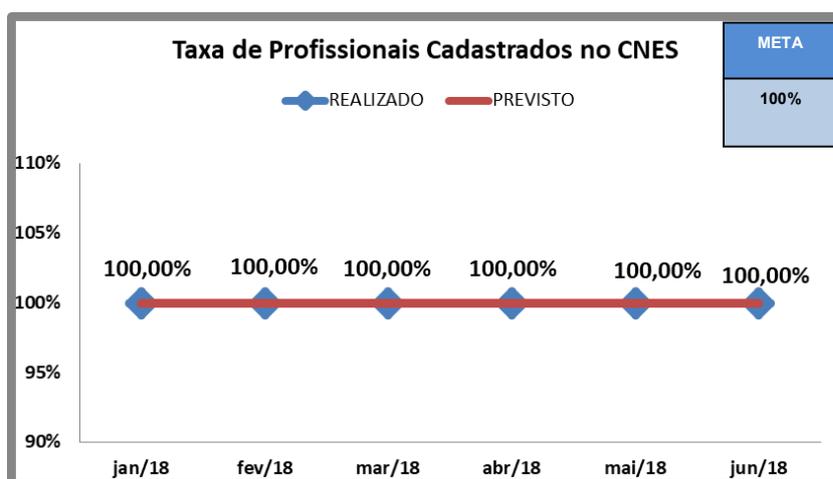
Até junho de 2018, era monitorado a taxa de mortalidade geral da UTI Neonatal. Observamos que os meses em que não atingimos a meta também foram meses de maior incidência de RNs com baixo peso extremo (abaixo de 999g) e prematuridade extrema (em torno de 26 semanas de gestação).

A partir de julho esse monitoramento passou a ser dividido por perfil: Taxa de mortalidade de RNs com peso até 1500g e Taxa de mortalidade de RNs com peso de 1500g até 2500g. Com isso podemos perceber que a maior taxa de mortalidade está relacionada à prematuridade e baixo peso extremo.

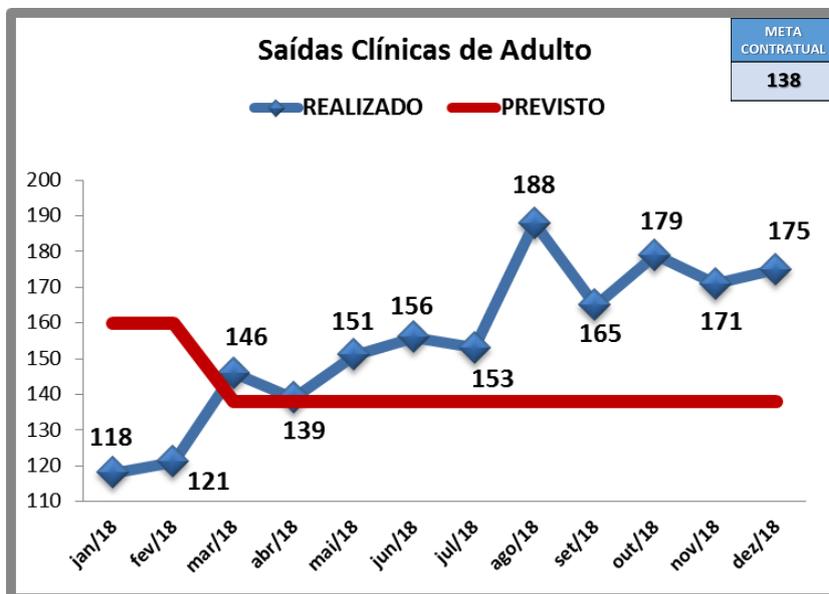
4.2.5 Taxa de satisfação dos usuários



4.2.6 Taxa de profissionais cadastrados no CNES

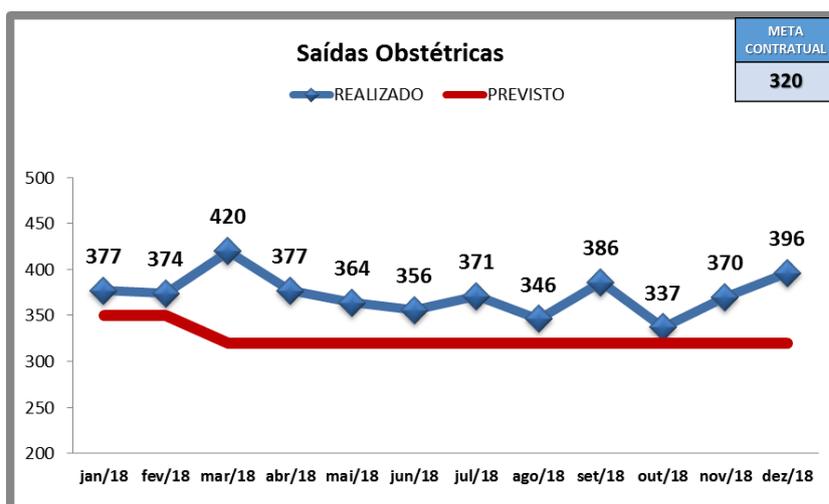


4.2.7 Saídas Clínicas de Adultos



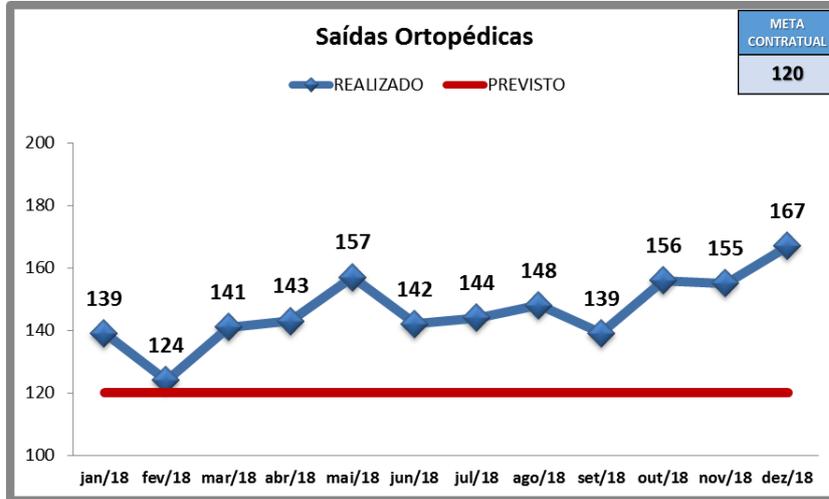
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.8 Saídas Obstétricas



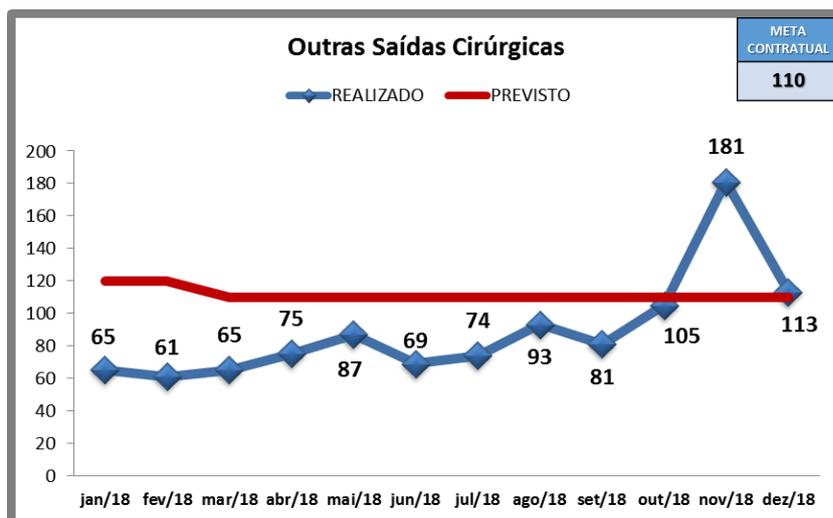
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.9 Saídas Ortopédicas



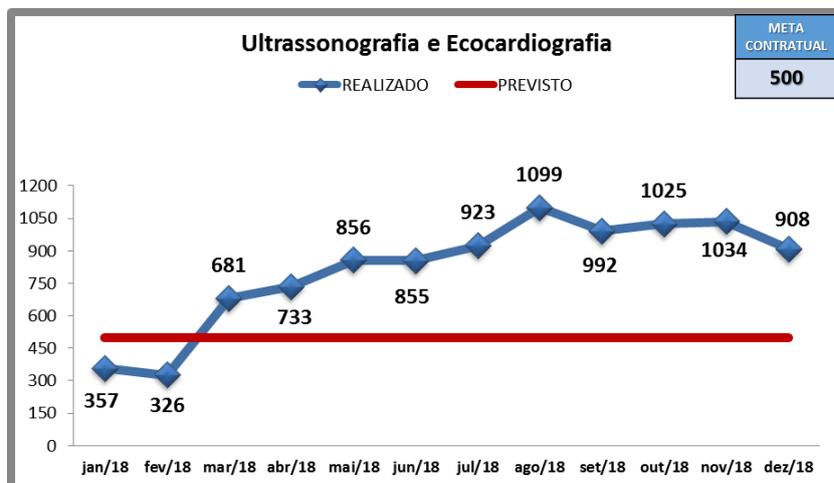
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.10 Outras Saídas Cirúrgicas



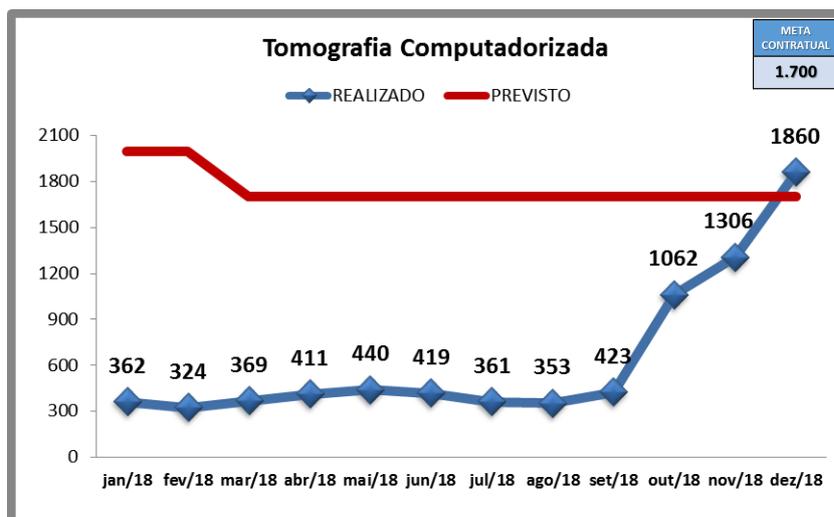
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.11 Ultrassonografia e Ecocardiografia



Fonte: Sistema Soul MV

4.2.12 Tomografia Computadorizada



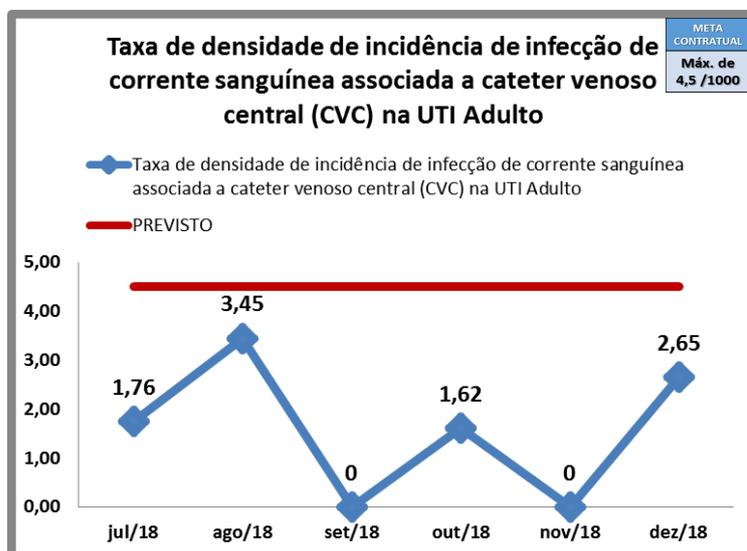
Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

No ano de 2018 foram realizadas uma série de melhorias no serviço de imagem da unidade. Durante a fase de adequação tivemos um redução do número de exames realizados o que justifica a baixa produção ao longo do ano.

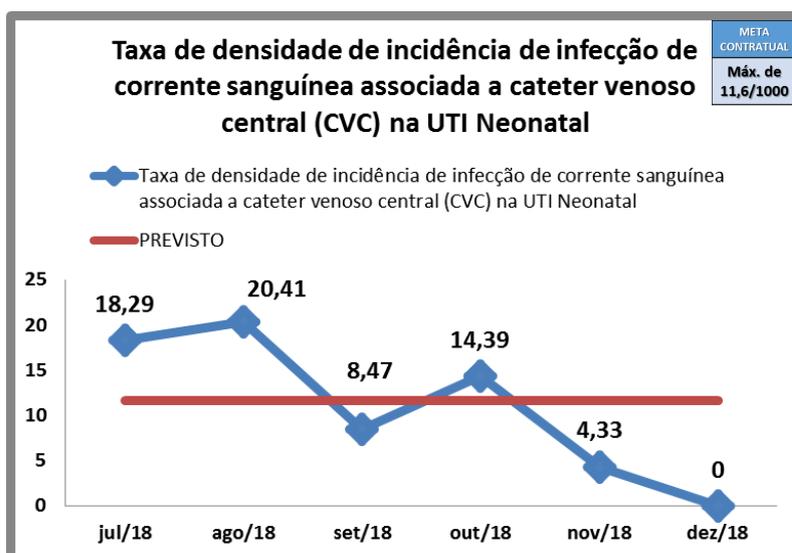
Em 06 de outubro de 2018 o novo Tomografo passou a funcionar com capacidade total. Com isso, é possível observar uma curva de melhoria na produção da tomografia a partir desta data.

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



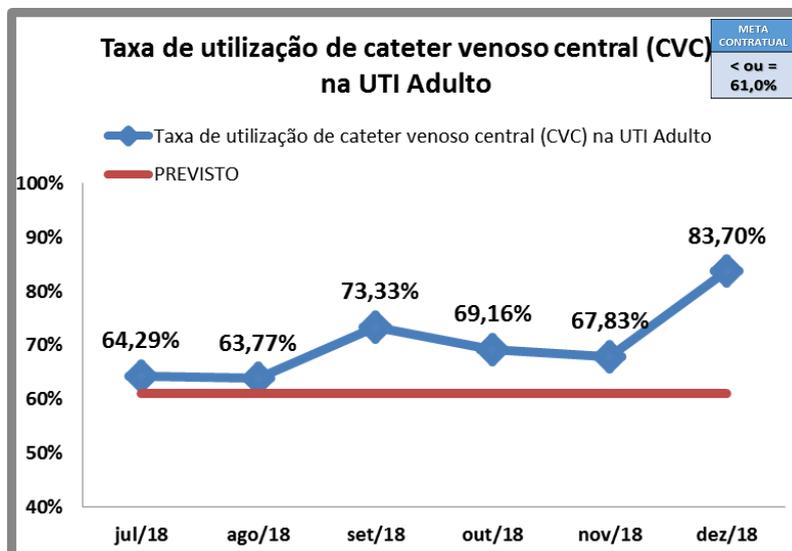
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

4.2.14 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

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



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

Comentário:

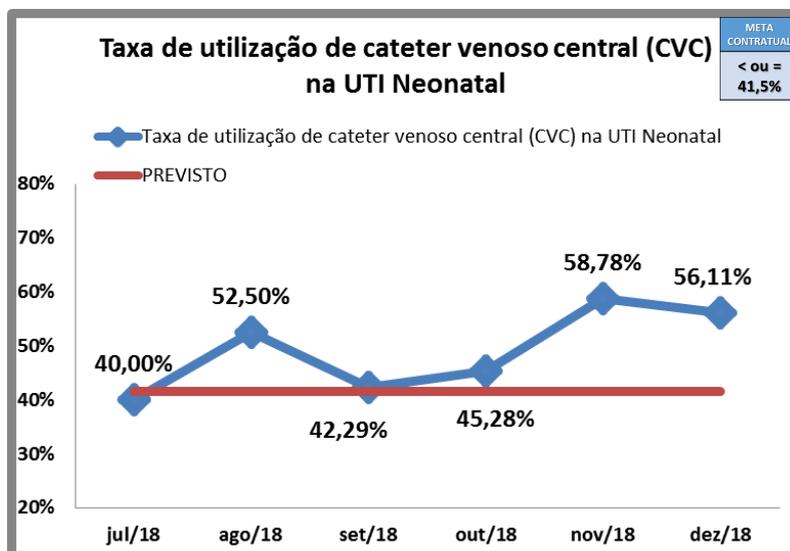
A literatura especializada mostra que a alta taxa de utilização de cateter venoso central costuma estar diretamente ligada com a gravidade e complexidade dos pacientes internados na UTI.

Sendo o HEAL um hospital de emergência, referência para trauma, o perfil dos pacientes atendidos e internados nas Unidades de Terapia intensiva se caracteriza por um alto índice de doentes com elevado SAPS 3 médio. São pacientes que demandam por venóclise central dada a gravidade, risco de morte e falência de acesso periférico. Levando a necessidade de maior utilização de CVC.

A proposta das equipes de terapia intensiva ao longo do ano foi de estabilizar os pacientes com o máximo de brevidade possível, visando retirar os dispositivos invasivos o quanto antes.

Apesar o exposto acima, mantemos uma baixa incidência de infecção de corrente sanguínea. Fato que nos mostra o comprometimento das equipes e eficiência das medidas de prevenção adotadas.

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



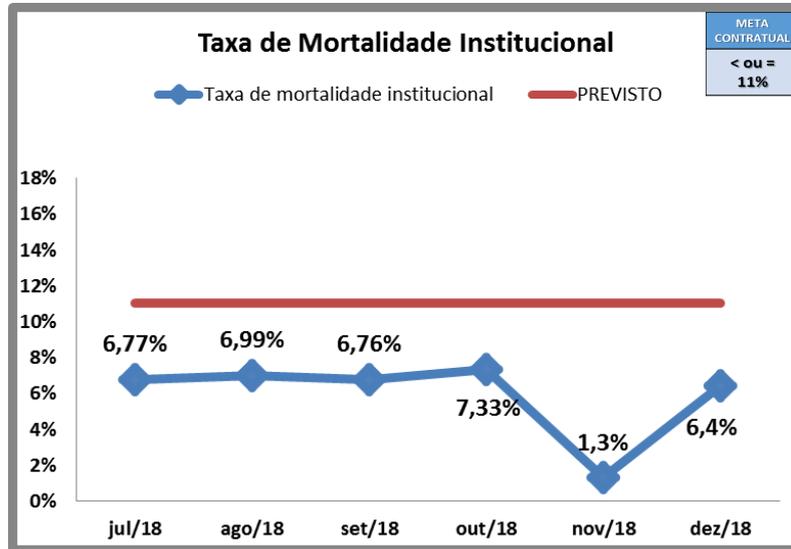
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

Comentário:

O perfil dos RNs admitidos na UTI neonatal nos mostra que são pacientes de alta complexidade e extremamente graves. A maioria é de prematuros extremos (idade gestacional abaixo de 30 semanas), com índice de APGAR abaixo de 7 no primeiro minuto de vida, além de baixo peso extremo (abaixo de 999mg). Observamos também uma dificuldade de acompanhamento pré-natal por parte das mães, uma vez que, um número considerável informa comparecimento a menos de 06 consultas realizadas até o momento do parto.

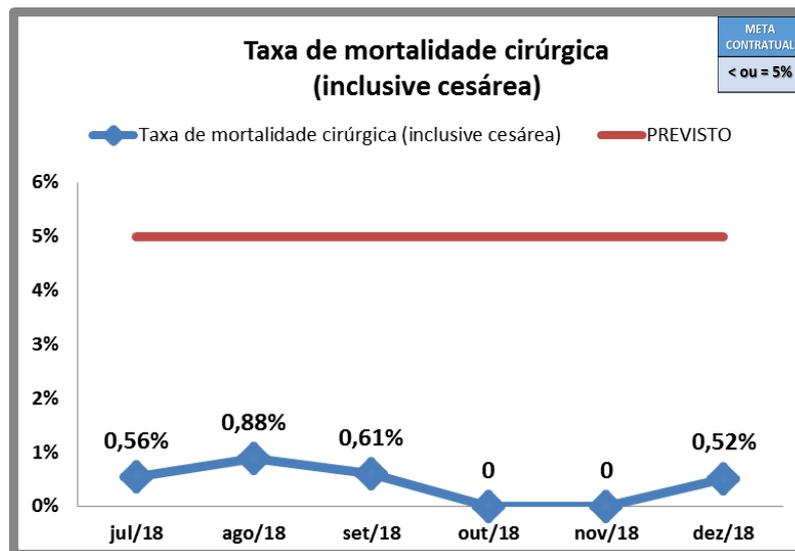
Logo, a utilização de CVC e demais dispositivos invasivos, dependente muito da gravidade do recém-nascido. Também chamamos atenção para o fato de que a taxa infecção de corrente sanguínea na UTI Neonatal se mantém abaixo dos valores pactuados, enfatizando a eficiência das medidas de controle e prevenção adotadas.

4.2.17 Taxa de Mortalidade Institucional



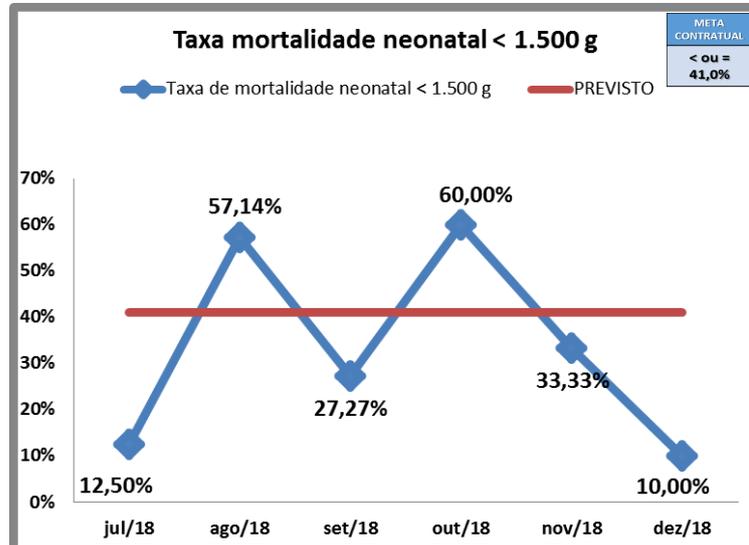
Fonte: Serviço de Apoio Administrativo?

4.2.18 Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Inclusive Cesárea)



Fonte: Coordenação do Bloco Cirúrgico

4.2.19 Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g

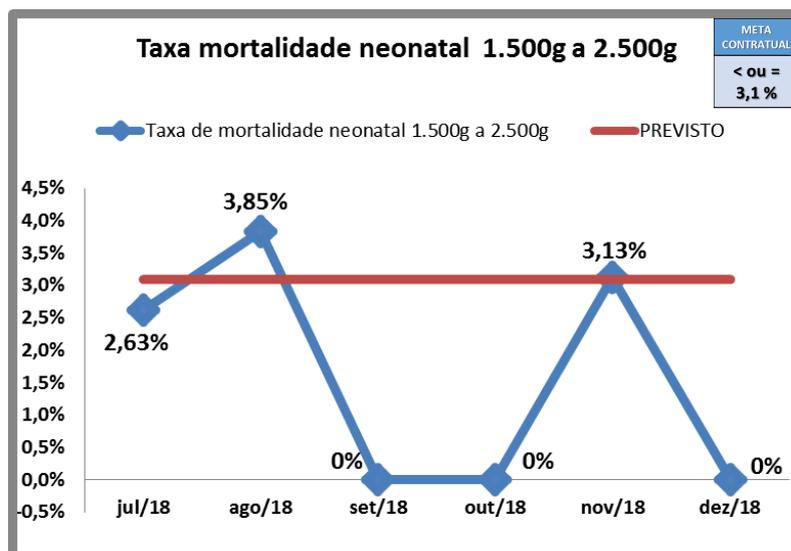


Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

Comentário:

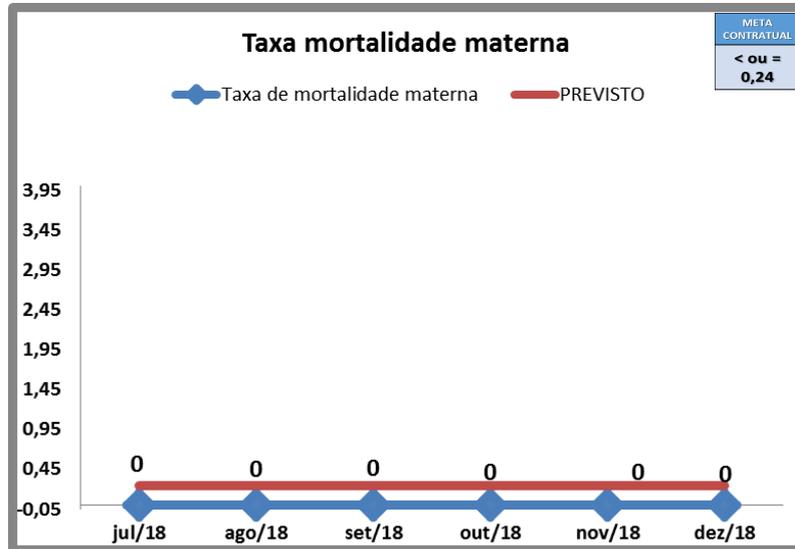
A taxa de mortalidade neonatal < 1.5 se justifica pelo perfil dos pacientes. Em geral, além da prematuridade, apresentam baixo peso extremo (800g em média), história de infecção materna e complicações durante a gestação.

4.2.20 Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g



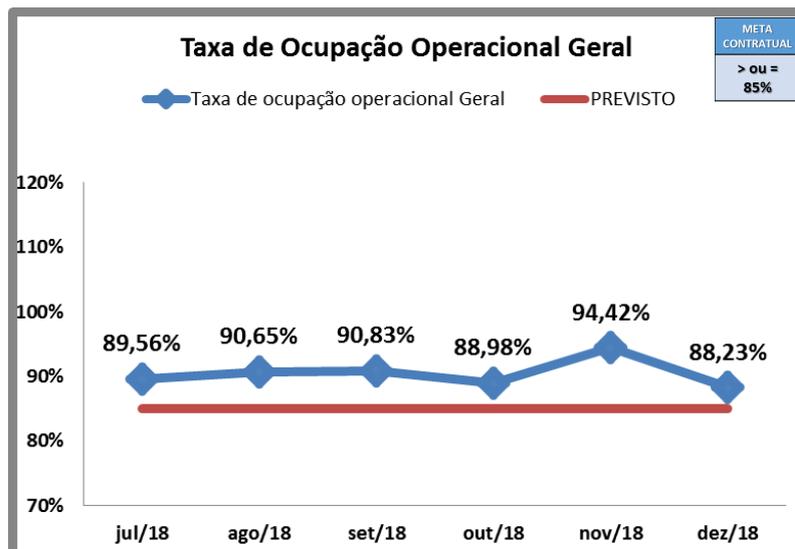
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

4.2.21 Taxa de mortalidade materna



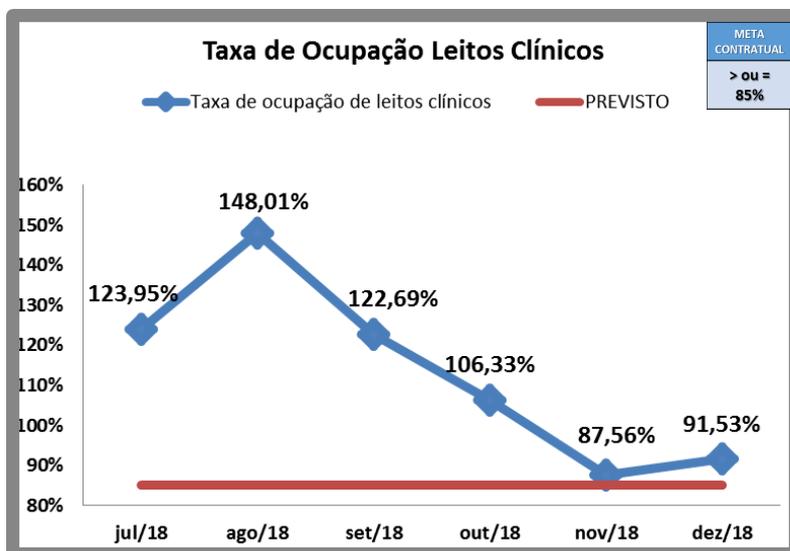
Fonte: Comissão de Análise de Óbitos

4.2.22 Taxa de Ocupação Operacional Geral



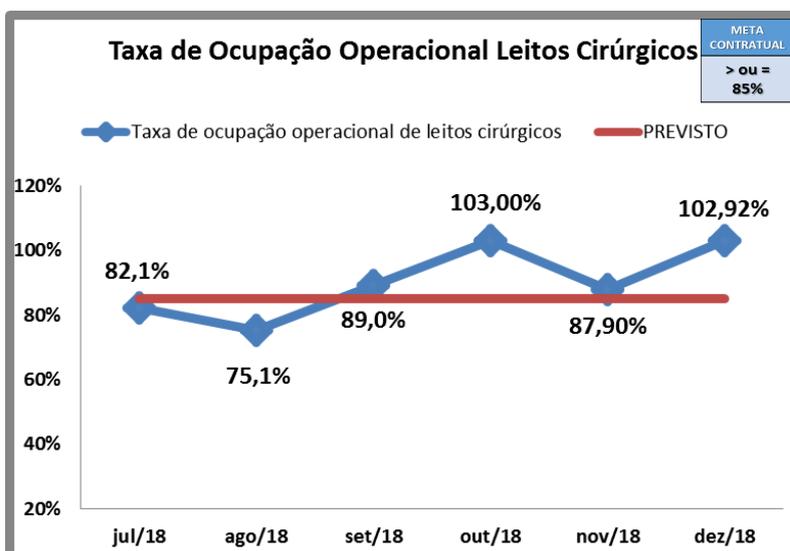
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.23 Taxa de Ocupação Leitos Clínicos



Fonte: Sistema MV

4.2.24 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos

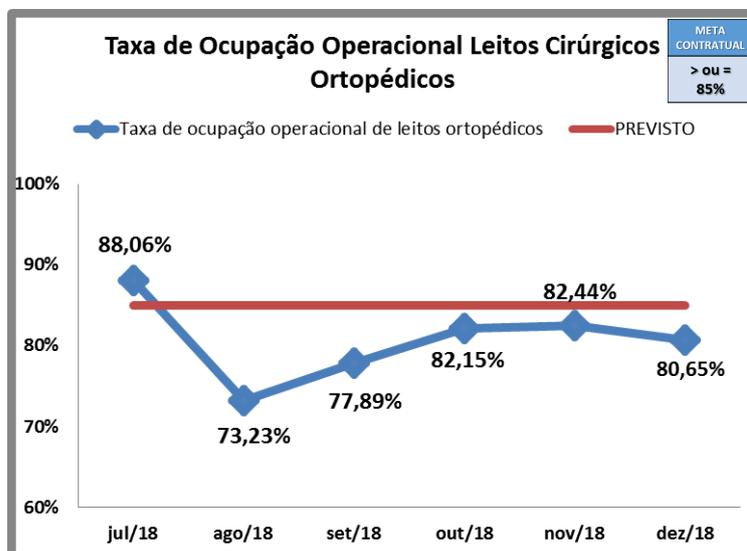


Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

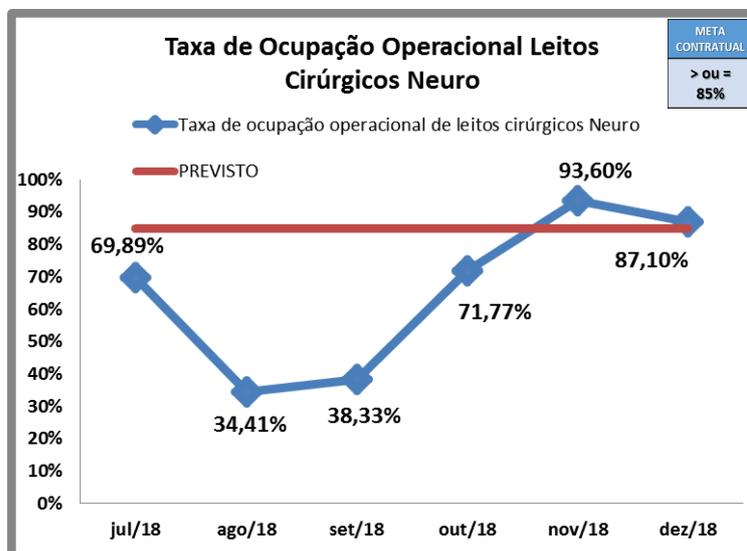
Em razão da inexistência de outra fonte de paciente cirúrgico a não ser a própria demanda através da urgência e emergência da unidade hospitalar, a taxa de ocupação de leitos cirúrgicos está sujeita a demanda emergência

4.2.25 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Ortopédico



Fonte: Sistema Soul MV

4.2.26 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Neurocirurgia

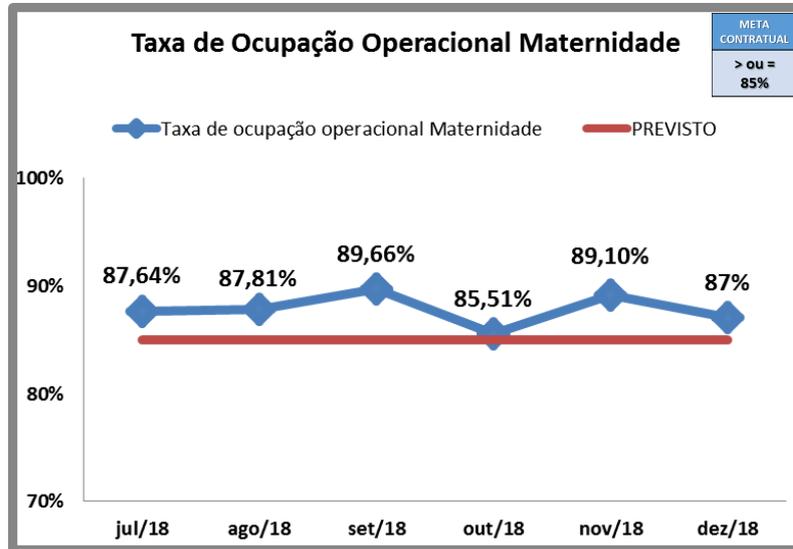


Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

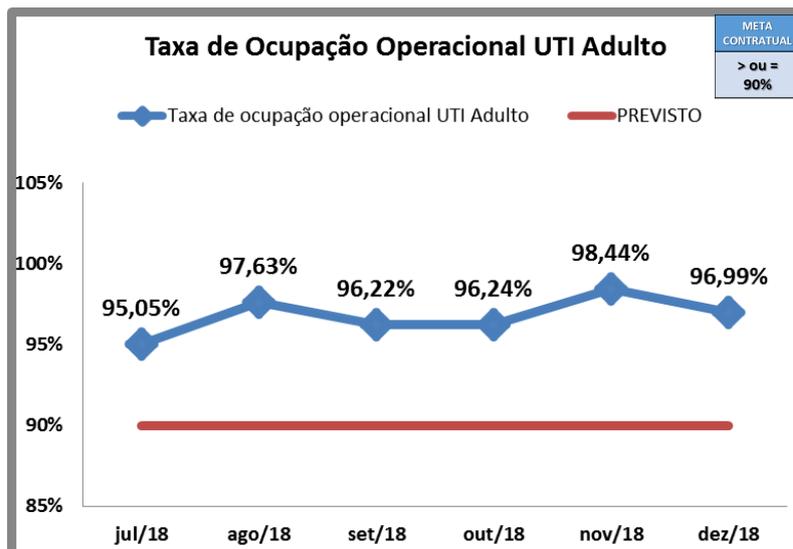
Considerando que nossa ocupação de leitos cirúrgicos ortopédicos e leitos neurocirúrgicos está diretamente relacionada à demanda da emergência, Da mesma forma que os leitos cirúrgicos, a taxa de ocupação desses leitos está sujeita a demanda da emergência.

4.2.27 Taxa de Ocupação Operacional Maternidade



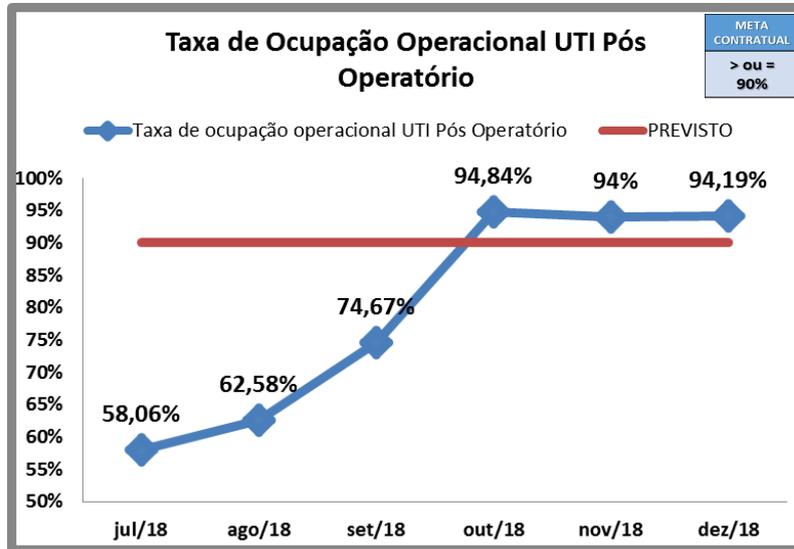
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.28 Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto



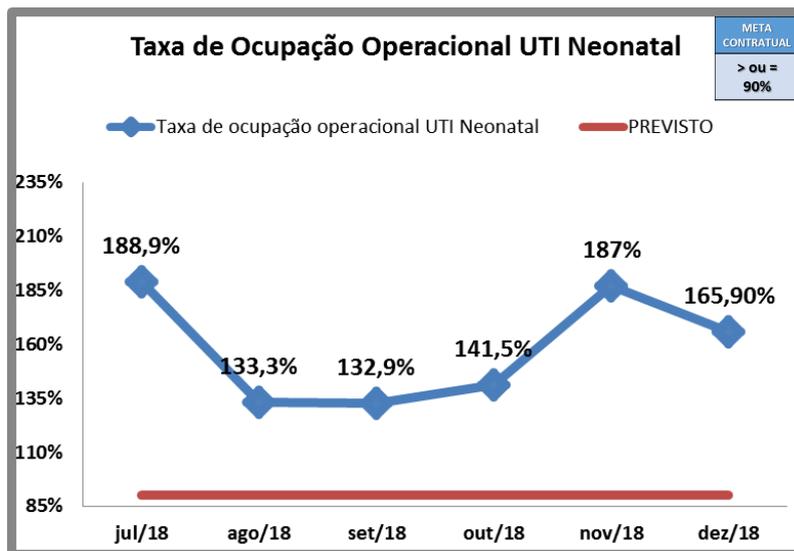
Fonte: Sistema Soul MV

2.29 Taxa de Ocupação Operacional UTI Pós-Operatório



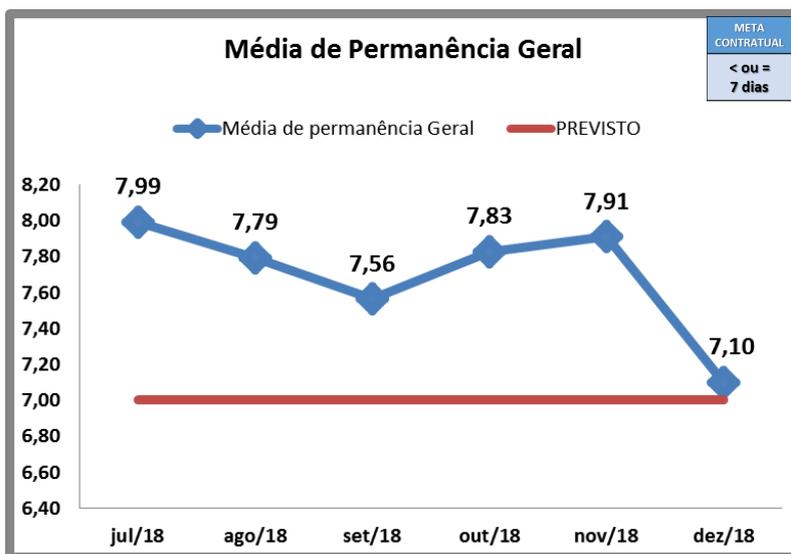
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.30 Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal



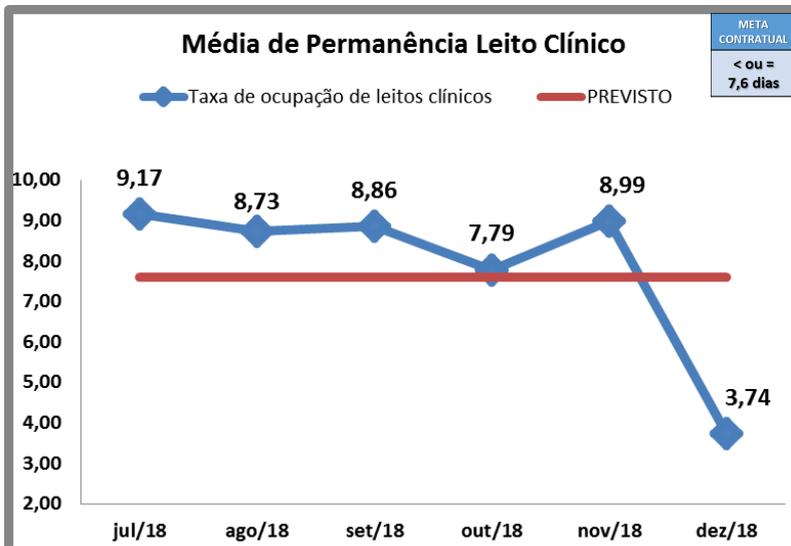
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.31 Média de Permanência Geral



Fonte: Sistema Soul MV

4.2.32 Média de Permanência Leito Clínico

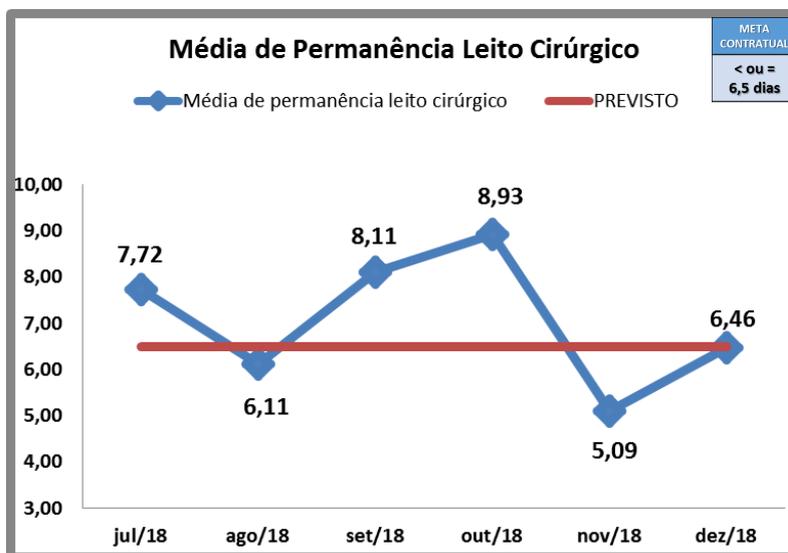


Comentário:

Fonte: Sistema Soul MV

Ao longo de 2018, tivemos um alto índice de pacientes clínicos que necessitavam de transferência para a realização de procedimentos como cateterismo e angioplastia, Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), além renais crônicos que aguardavam a regulação para clínicas de hemodiálise. A dificuldade de conseguir essas transferências impactaram no desempenho das clínicas, levando ao não cumprimento da meta do indicador no mês.

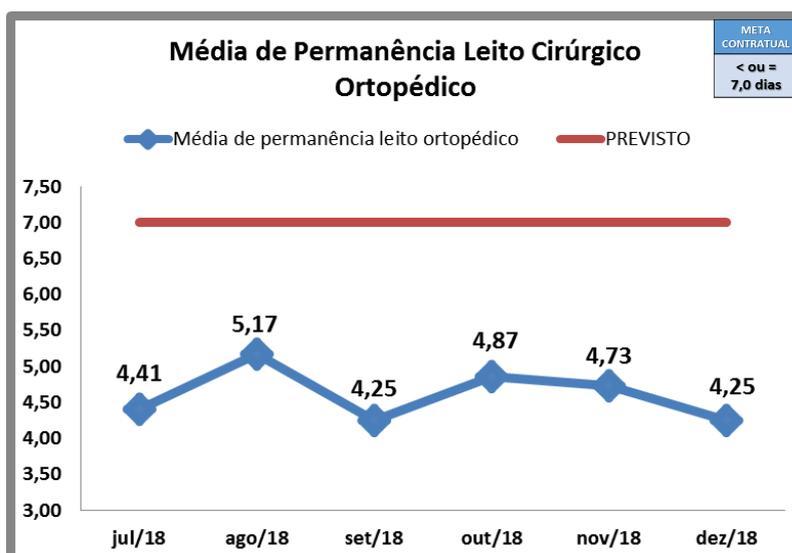
4.2.33 Média de Permanência Leito Cirúrgico



Comentário:

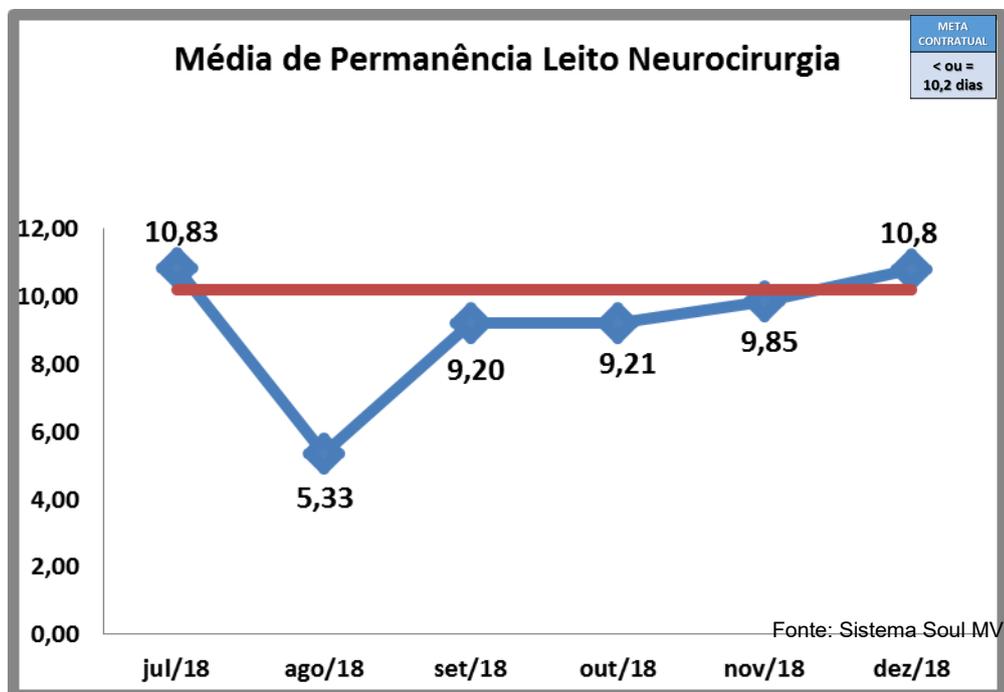
Considerando que a demanda de pacientes cirúrgicos é proveniente exclusivamente da emergência, a média de permanência desses pacientes está diretamente ligada a gravidade dos casos atendidos no HEAL.

4.2.34 Média de Permanência Leito Cirúrgico Ortopédico

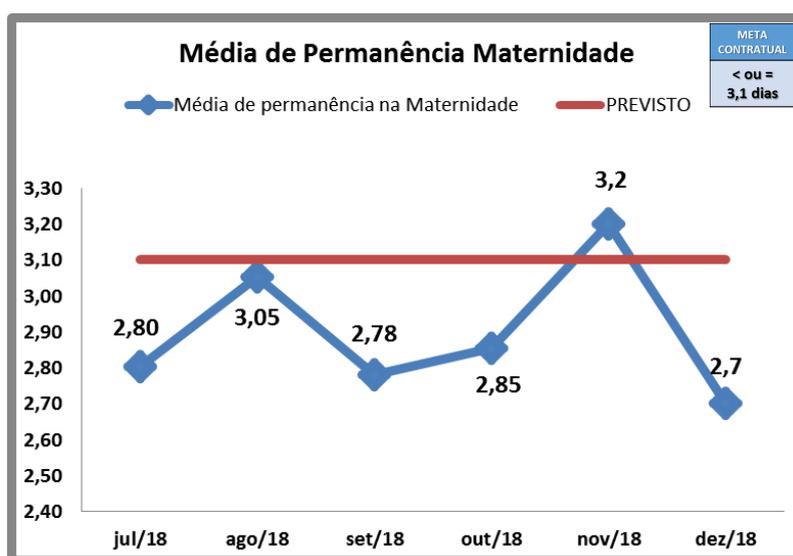


Fonte: Sistema Soul MV

4.2.35 Média de Permanência Leito Neurocirurgia

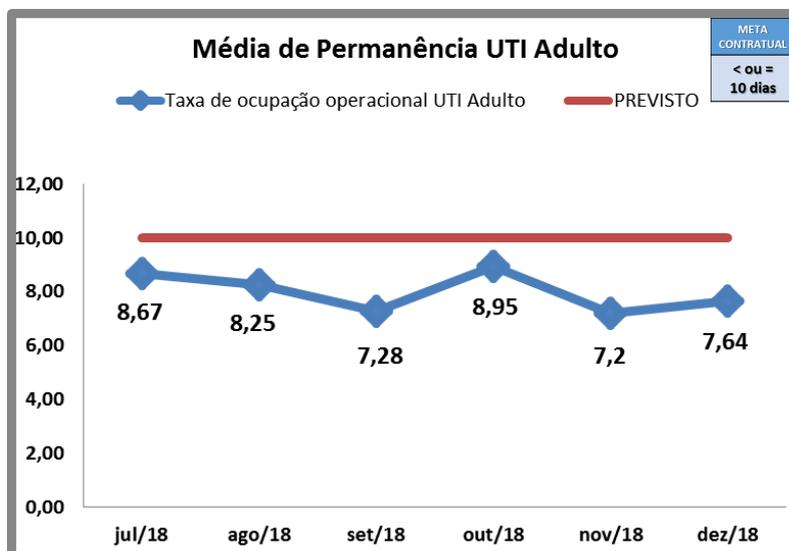


4.2.36 Média de Permanência Maternidade



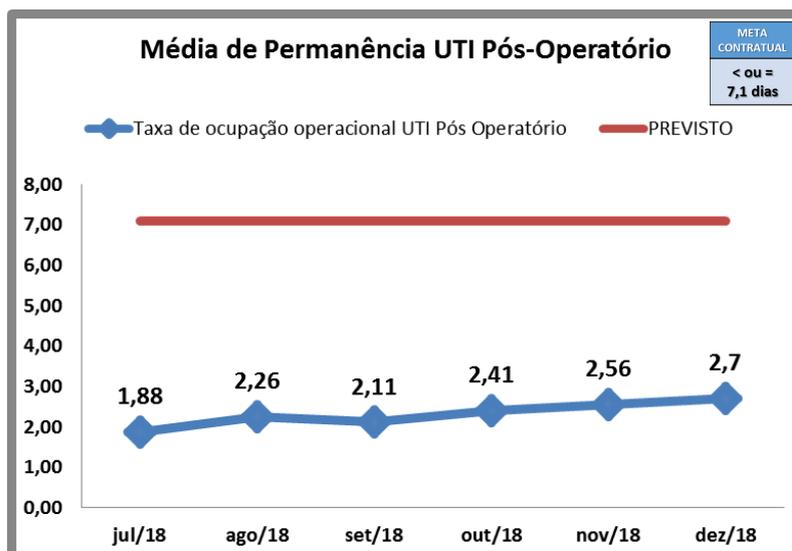
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.37 Média de Permanência UTI Adulto



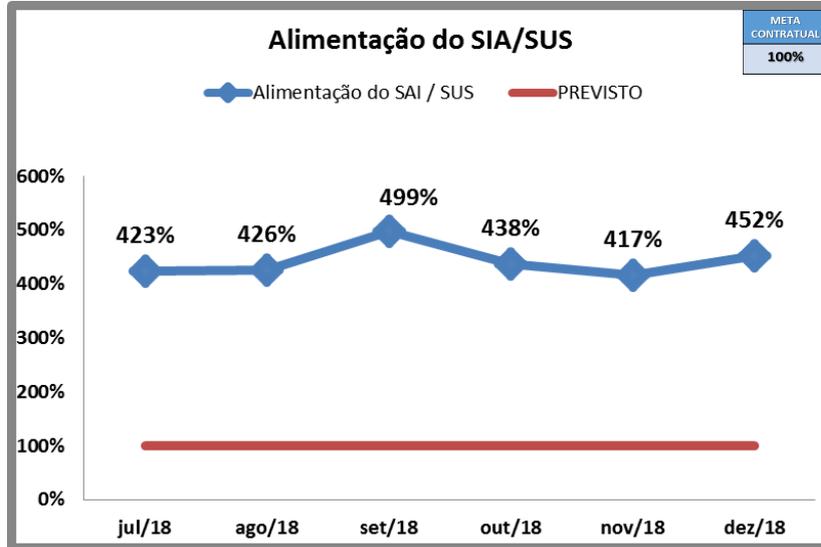
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.38 Média de Permanência UTI Pós Operatório



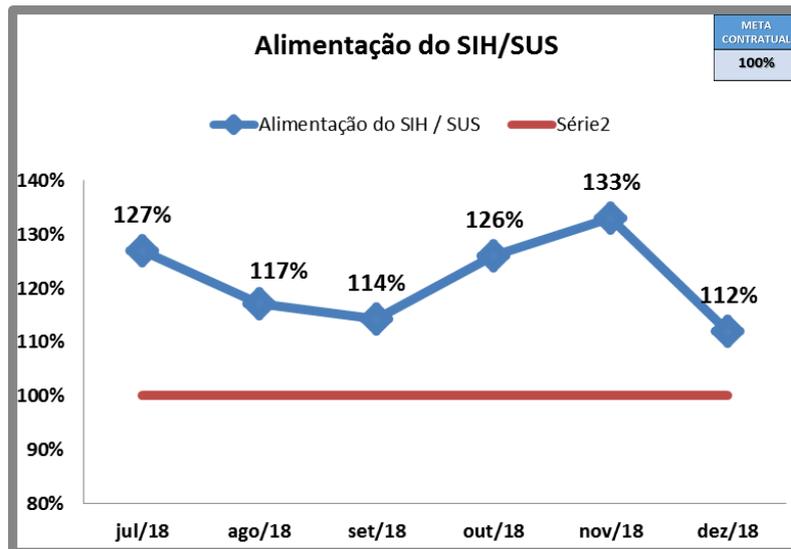
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.39 Alimentação do SIA/SUS



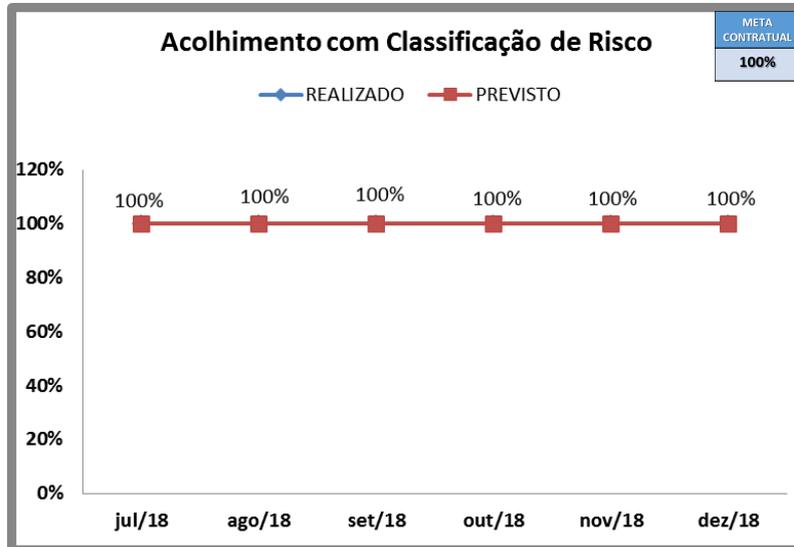
Fonte: Faturamento HEAL

4.2.40 Alimentação do SIH/SUS



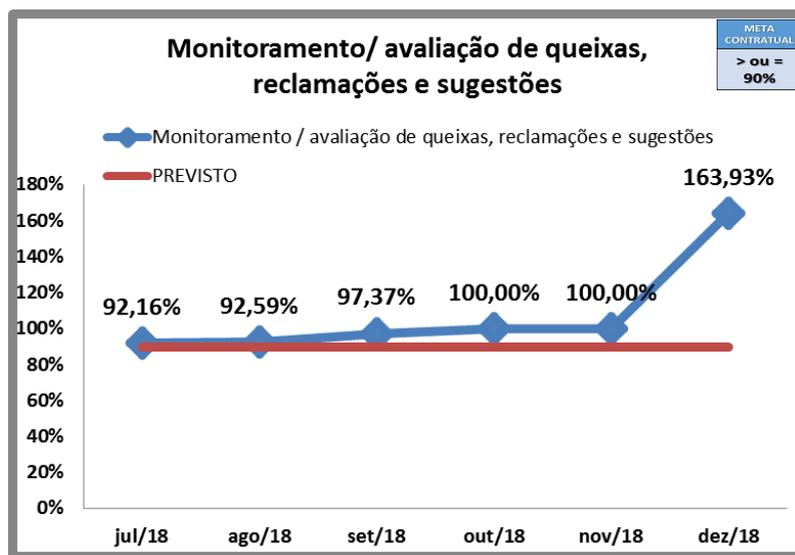
Fonte: Faturamento HEAL

4.2.41 Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Sistema MV

4.2. Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões



Fonte: Ouvidoria HEAL

