

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

Março 2019

CONTRATO DE GESTÃO

Nº 001/2019



**HOSPITAL ESTADUAL
AZEVEDO LIMA**



GOVERNO DO
Rio de
Janeiro

HEAL

HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

SECRETARIA DE SAÚDE

PRESTAÇÃO DE CONTAS MARÇO DE 2019

RELATÓRIO DE GESTÃO DO EXERCÍCIO 2019

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO

GOVERNADOR: WILSON WITZEL

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE: EDMAR SANTOS

CONTRATADA: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

CNPJ: 03.969.808/0006-84

ENTIDADE GERENCIADA: HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA

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, referente ao mês de março de 2019.

Relembramos que o Instituto Sócrates Guanaes deu início as suas atividades de gestão, no Hospital Estadual Azevedo Lima, em 14 de abril de 2014, por conta da realização do antigo Contrato de Gestão nº 004/2014. Sagrando-se vencedor da Seleção nº 001/2019, firmou novo Contrato de Gestão nº 001/2019 em 26 de fevereiro de 2019, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A metodologia utilizada para elaboração do presente relatório trata-se da análise comparada dos resultados assistenciais, a partir dos referenciais pactuados no Projeto Técnico apresentado no ato licitatório, relativo ao Contrato de Gestão 001/2019.

Nesta perspectiva o Instituto Sócrates Guanaes, tem a prerrogativa de reger todas as suas ações obedecendo aos princípios constitucionais, pautado nos princípios e diretrizes do SUS.

2. O INSTITUTO SÓCRATES GUANAES

Fundado em 13 de julho de 2000, foi inicialmente denominado Centro de Estudos e Pesquisa Sócrates Guanaes (CEPESG). A entidade, em seu primeiro propósito fundamental, tinha o ensino e a pesquisa como objeto do desenvolvimento de suas práticas. Em momento posterior, culminou na compreensão de que, a integração do ensino e pesquisa se fundamentava em excelentes recursos para melhoria do desenvolvimento de práticas de saúde nos serviços assistenciais, além de promoverem a 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), transformou-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 passou 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.

No ano de 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 desses anos, com apoio e orientação dos Conselhos e Diretoria do Instituto, tem cativado e mantido um time de colaboradores, consultores e parceiros que comungam com estes preceitos éticos e profissionais, tornando-se sua visão, uma das razões do seu sucesso.

A eficiência na gestão e a transparência de seus processos têm sido entendidos como preceitos fundamentais na reconstrução da capacidade administrativa, através do modelo de assistência à saúde por Organizações Sociais, buscando recursos através de terceiros, quer através de parceria com o setor público e/ou privado. Para a operacionalização dos serviços, torna-se obrigatório aplicar bem e comprovar os recursos recebidos por conta 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, sendo estabelecidos instrumentos para tanto, 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, o que vem sendo cumprido periodicamente pelo ISG.

MISSÃO

Promover saúde com espírito público e eficiência do privado.

VISÃO

Ser uma Organização Social referência em nosso país na formação de profissionais de saúde, tendo a educação como mola propulsora, o ensino e a pesquisa como ferramentas e a gestão como meio para promover saúde com a eficácia e a eficiência que a 'nossa gente' precisa e merece.

VALORES

SAÚDE É PRIORIDADE: É dever do Estado e direito de todos os cidadãos. Deve ser oferecida com igualdade e equidade, garantindo-se o acesso universal.

EDUCAÇÃO É FUNDAMENTAL: Sendo o ensino e a pesquisa ferramentas essenciais para a eficiência do processo.

HUMANIZAÇÃO É DIFERENCIAL: No processo de promoção da saúde e assistência ao paciente de maneira holística e integral.

GESTÃO EFICIENTE É RESPONSABILIDADE SOCIAL: Promover saúde com qualidade e ao melhor custo-benefício é um dever social.

CAPITAL HUMANO É O MAIOR PATRIMÔNIO: Formar 'gente para cuidar de gente' e garimpar talentos.

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: Captar e gerir o 'dinheiro bom' para cumprir nossa missão.

ÉTICA COMO ÚNICA CENSURA: É determinante fazer o bem com autonomia, justiça e livre de qualquer preconceito.

MERITOCRACIA: Premiar o empreendedorismo e o mérito resultante do trabalho eficiente e criativo.

TRANSPARÊNCIA E GESTÃO COM RECURSOS CAPTADOS: Auditar e apresentar onde e como foram aplicados os recursos financeiros.

PARCERIA PARA SOMAR "EXPERTISE": Multiplicar ativos e dividir 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.

Localizada na Rua Teixeira de Freitas nº 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, os quais juntos somam cerca de dois milhões de habitantes.

Obedece a critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através do disposto na Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, relativos à Rede de Atenção às Urgências em Saúde. Endereço: Rua Teixeira de Freitas, 30 - Fonseca, Niterói - RJ - CEP 24130-610. Telefones: 3601-7249 / 7283 / 7244 / 7298.

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 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 àqueles que necessitem 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 àquelas 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: 43 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 07 (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 mantenha este comportamento demográfico, também haverá a retração populacional em médio prazo. A expectativa de vida ao nascer no Município de Niterói é maior do que as médias do Estado, e a 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 novos patamares de prestação dos serviços, para proporcionar elevada satisfação ao usuário associada à introdução de novos mecanismos dos processos assistenciais.

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.

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 novo contrato de gestão (CG nº 001/2019), houve a necessidade da readequação para viabilizar a parametrização dos dados requeridos pela SES/RJ.

INDICADORES DE PRODUÇÃO	Unidade de Medida	Meta	Realizado Março 2019	Percentual de meta atingida no período
Saídas Clínicas Adulto	Unidade	138	166	120,29%
Saídas Obstétricas	Unidade	320	383	119,69%
Saídas Ortopédicas	Unidade	120	134	111,67%
Outras Saídas Cirúrgicas	Unidade	110	125	113,64%
USG/ECO	Unidade	500	1012	202,40%
Tomografia Computadorizada	Unidade	1700	1946	114,47%

Indicadores de Desempenho - PONTUAÇÃO						
MARÇO/2019						
Nº	Indicador	Memória de Cálculo	Meta	Cálculo e/ou resultado atingido no período		Pontos mês
1.1	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) - Indicação de redução de 30% da incidência de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central ao final de 3 anos, em comparação com os dados dos três primeiros meses de vigilância	0	0,00	3
				623		
1.2	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) Indicação de redução de 30% da incidência de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central ao final de 3 anos, em comparação com os dados dos três primeiros meses de vigilância	0	0,00	3
				191		
2.1	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%	623	68,54%	0
				909		
2.2	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%	191	47,63%	0
				401		
3.0	Taxa de mortalidade institucional	Números de óbitos ≥ 24 h/ saídas hospitalares *100	< ou = 11%	58	6,49%	2
				893		
3.1	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%	2	0,49%	2
				410		
3.2	Taxa mortalidade neonatal < 1.500g	número de óbitos < 1.500/ número de RN < 1.500 *100	< ou = 41,0%	2	20,00%	2
				10		

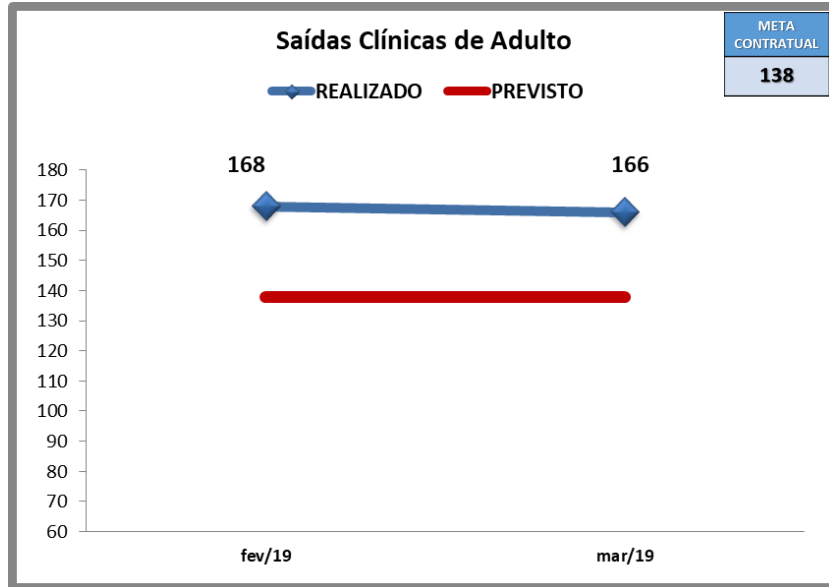
3.3	Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g	número de óbitos 1.500g a 2.500g/ número de RN 1.500g a 2.500g *100	< ou = 3,1%	0	0,00%	2
				38		
3.4	Taxa de mortalidade Materna	Nº de óbitos maternos/ Nº de RN vivos *1000	< ou = 0,24	0	0,00	3
				305		
3.5	Taxa de cesárea	Nº de partos cesáreos / Total de partos (partos normais + partos cesáreos) * 100	< ou = 3 pts. Entre 15% e 30% - 2 pts. Acima de 31% - 0 pts.	157	50,65%	0
				310		
4.0	Taxa de ocupação operacional Geral	Nº Paciente-dia geral/Leitos-dia operacionais geral *100	> ou = a 85%	7215	99,79%	3
				7230		
4.1	Taxa de ocupação de leitos Clínicos	Nº Paciente-dia clínicos/Leitos-dia operacionais clínicos *100	> ou = a 85%	1406	195,28%	2
				720		
4.2	Taxa de ocupação operacional Leitos Cirúrgicos	Nº Pacientes-dia cirúrgicos/Leitos-dia operacionais cirúrgicos *100	> ou = a 85%	676	93,89%	2
				720		
4.3	Taxa de ocupação operacional Leitos Ortopédicos	Nº Pacientes-dia ortopédicos/Leitos-dia operacionais ortopédicos *100	> ou = a 85%	835	92,78%	2
				900		
4.4	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirúrgicos/Leitos-dia operacionais neurocirúrgicos *100	> ou = a 85%	385	106,94%	2
				360		
4.5	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1766	99,77%	2
				1770		
4.6	Taxa de ocupação operacional UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	> ou = 90%	909	101,00%	2
				900		
4.7	Taxa de ocupação operacional UTI Pós Operatório	Nº de Pacientes-dia UTI Pós operatório/ Leitos-dia operacionais UTI Pós Operatório *100	> ou = 90%	137	91,33%	2
				150		
4.8	Taxa de ocupação operacional UTI Neonatal	Nº de Pacientes-dia UTI Neonatais/ Leitos-dia operacionais UTI Neonatais *100	> ou = 90%	395	188,10%	2
				210		
4.9	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1766	99,77%	2
				1770		
5.0	Média de permanência Geral	Nº Pacientes-dia Geral/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = 7 dias	7215	8,08	0
				893		
5.1	Média de permanência Leito Clínico	Nº Pacientes-dia leitos clínicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = a 7,6 dias	1406	10,65	0
				132		
5.2	Média de permanência Leito Cirúrgico	Nº Pacientes-dia leitos cirúrgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) Geral	< ou = a 6,5 dias	676	8,78	0
				77		

5.3	Média de permanência Leito Ortopédico	Nº Pacientes-dia leitos ortopédicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7,0 dias	835	6,28	1
				133		
5.4	Média de permanência Leito Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirurgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 10,2 dias	385	10,13	1
				38		
5.5	Média de permanência na Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas)maternidade	< ou = a 3,1 dias	1766	4,62	0
				382		
5.6	Média de permanência UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Nº Transfêrencias internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferencias externas) da UTI Adulto	< ou = a 10,0 dias	909	8,04	1
				113		
6	Média de permanência UTI Pós Operatório	Nº Pacientes-dia UTI pós operatório/ Nº Transfêrencias internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferencias externas) da UTI pós operatório	< ou = a 7,1 dias	137	3,11	1
				44		
7	Tempo de Substituição em sala cirúrgica	cirurgias eletivas: número de procedimentos cirúrgicos/ 12h; cirurgias emergenciais: número de procedimentos cirurgicos/24h	cirurgias eletivas: até 3h - 2 pontos. Acima de 4h - 0 pontos. Cirurgias emergenciais: Até 4h - 03 pontos. Acima de 4h - 0 pontos	Tempo de Substituição em sala cirúrgica para cirurgias eletivas até 03 horas: 111 cirurgias. Cirurgias eletivas acima de 4h = 0 cirurgias. Cirurgias emergenciais até 04h: 142. Cirurgias emergenciais acima de 04h: 0 cirurgias.		3
8	Alimentação do SIA/SUS e SIH/SUS	Número de AIH apresentada no mês/ Número de Internações realizadas na Unidade no mês *100	100%	967	106,73%	4
				906		
		Número de BPA e APACs apresentados/ Número de atendimentos ambulatoriais realizados *100		33361	1799,41%	
				1854		
9	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%	3376	100,00%	4
				3376		
10	% 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%	3366	99,70%	4
				3376		
11	Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões	Total de manifestações resolvidas/ Total de reclamações, solicitações e denúncias *100	> ou = a 90%	86	100,00%	4
				86		

12	Taxa de Mortalidade Ajustada a Gravidade na UTI Adulto e Pediátrica	registro e avaliação de Mortalidade Ajustada por Gravidade	SMR menor ou igual a 1	0,8	4
13	Possuir CIHDOOT (Comissão Intrahospitalar de Doação de órgãos e Tecidos) ATUANTE, segundo critérios estabelecidos pela Central Estadual de Transplantes do Rio de Janeiro (CET/PET - RJ) Notificação de 100% dos casos	Número de casos notificados de morte encefálica	Registro e apresentação das estatísticas	Ocorrências no período: 02 casos / Notificações no período: 02 casos	1
14	Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente	Apresentar ata de reuniões	Registro	Implantado	3
15	Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente - Meta 1, Meta 2, Meta 3, Meta 4, Meta 5 e Meta 6	Apresentar protocolos implantados, registro das capacitações realizadas e estatística mensal de acompanhamento	cumprimento de 2 metas - 1pto; cumprimento de 4 metas - 2ptos; cumprimento de 6 metas - 3 pto	Metas atingidas: metas 5 e 6	1
16	Comissões implantadas e em funcionamento	Apresentar ata de reuniões	Registro e apresentação das estatísticas	Implantadas	2
17	Implantação dos Protocolos - IAM, AVCI, SEPSE, Protocolo da Agência Transfusional; Extubação acidental; protocolo de glicemia e protocolo da Dor	Apresentar registros e estatísticas mensais	Registro e apresentação das estatísticas	Implantado protocolo de sepse	0
18	Taxa de pneumonia associada a ventilação mecânica	Número de novos casos de PAV no período de vigilância/ Número de Pacientes em ventilação mecânica-dia no período de vigilância *1.000	Densidade de Incidência (DI): 13. Meta de diminuição de 75% na incidência do ano anterior	5 450 11,11	4
19	Qualificação dos profissionais	Protocolos de reanimação avançada para médicos, para a equipe de enfermagem nos protocolos de reanimação básico.	Apresentar registros	Qualificados	3
20	Qualificação do chefe da emergência e rotinas	Qualificação do chefe da emergência e rotinas no protocolo de ATLS - Urgência e Emergência	Apresentar registros	Qualificados	3
Pontuação alcançada no período					82
Conceito atingido					B

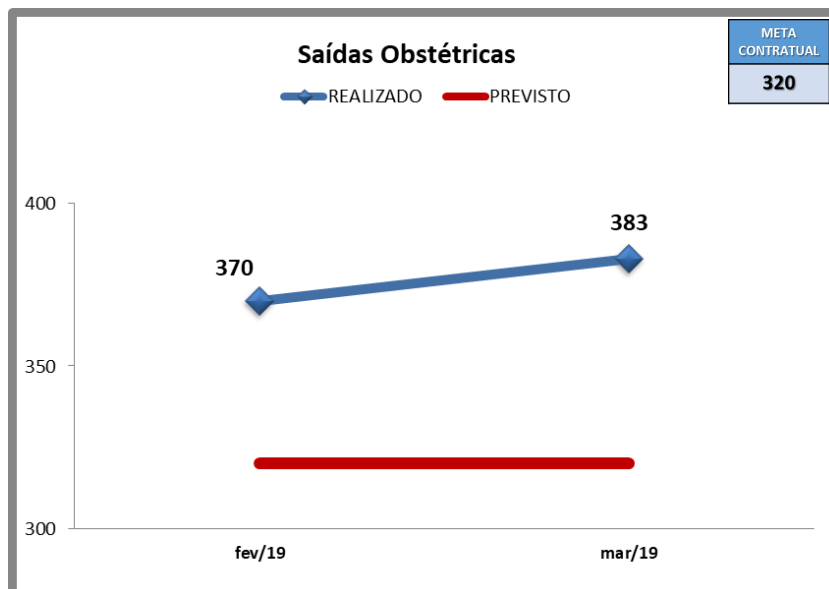
4.2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

4.2.1 Saídas Clínicas de Adultos



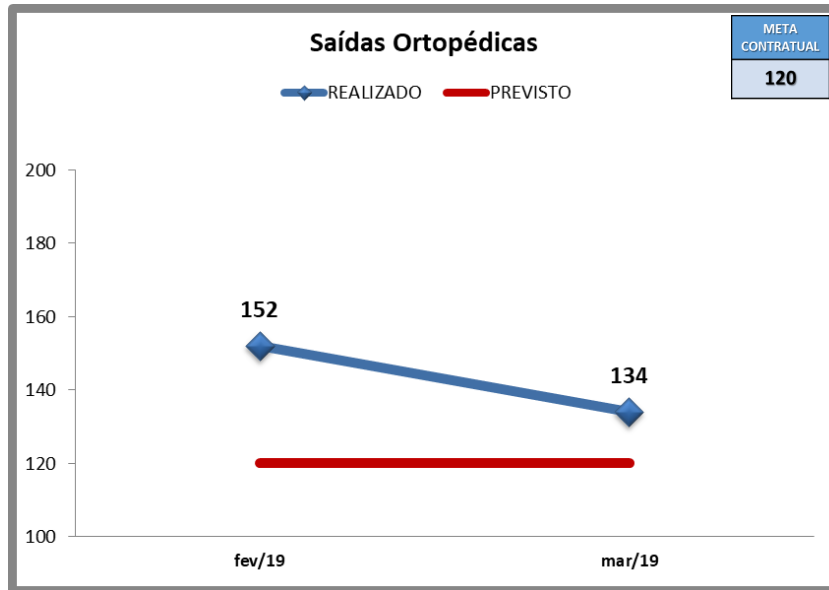
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.2 Saídas Obstétricas



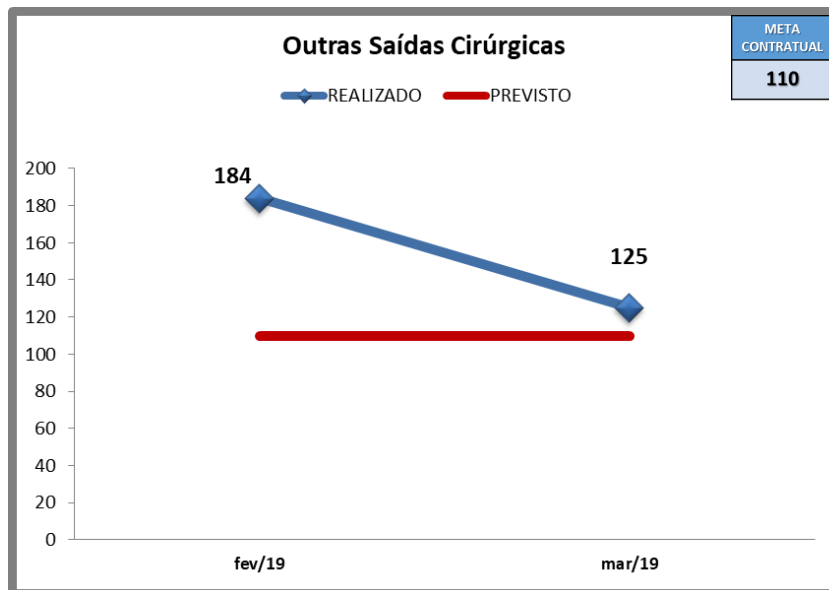
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.3 Saídas Ortopédicas



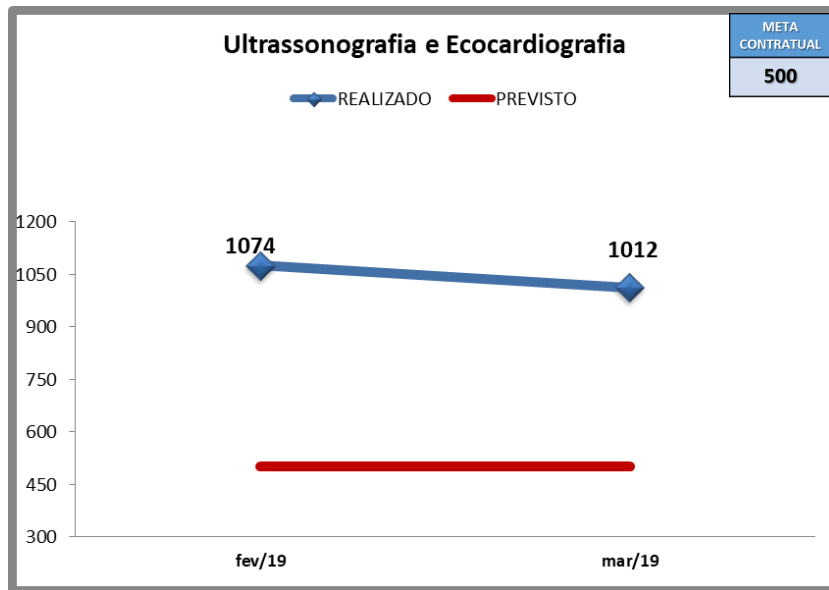
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.4 Outras Saídas Cirúrgicas



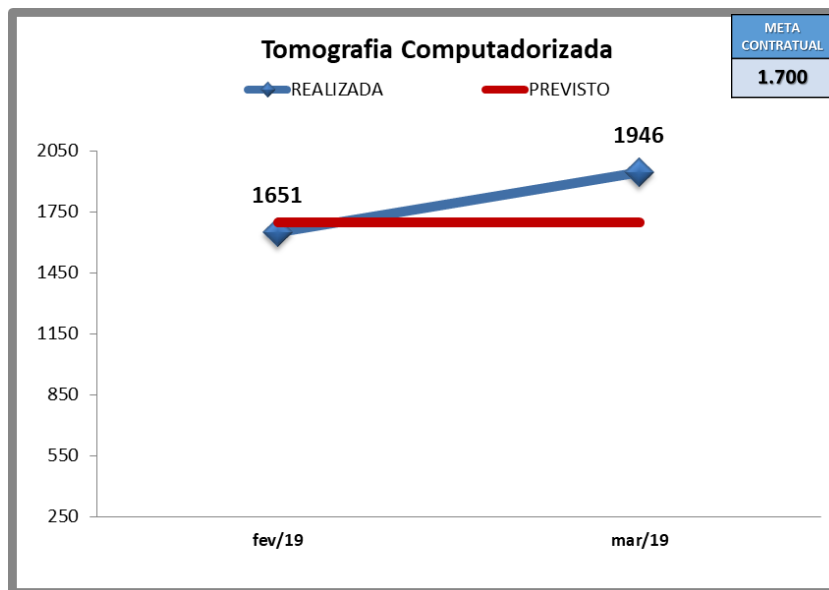
Fonte: Sistema Soul MV

4.2.5 Ultrassonografia e Ecocardiografia



Fonte: Sistema Soul MV

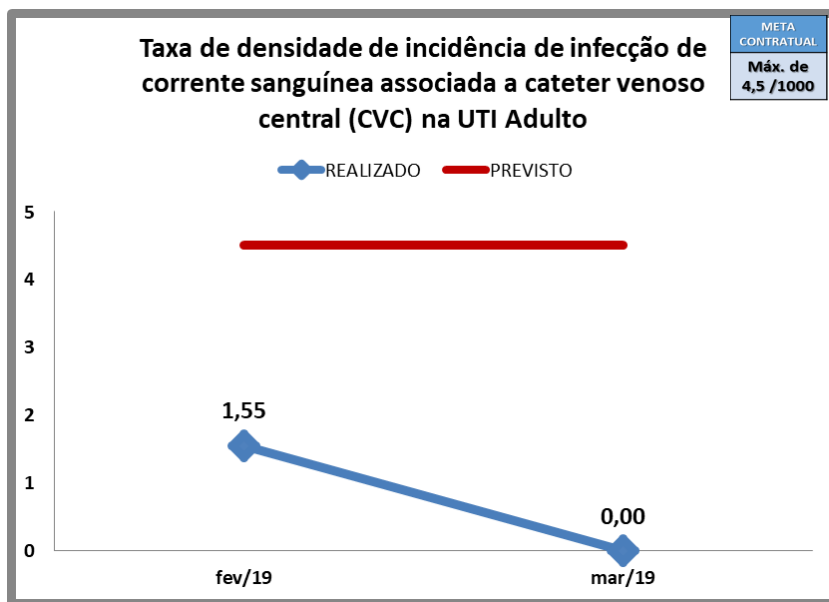
4.2.6 Tomografia Computadorizada



Fonte: Sistema Soul MV

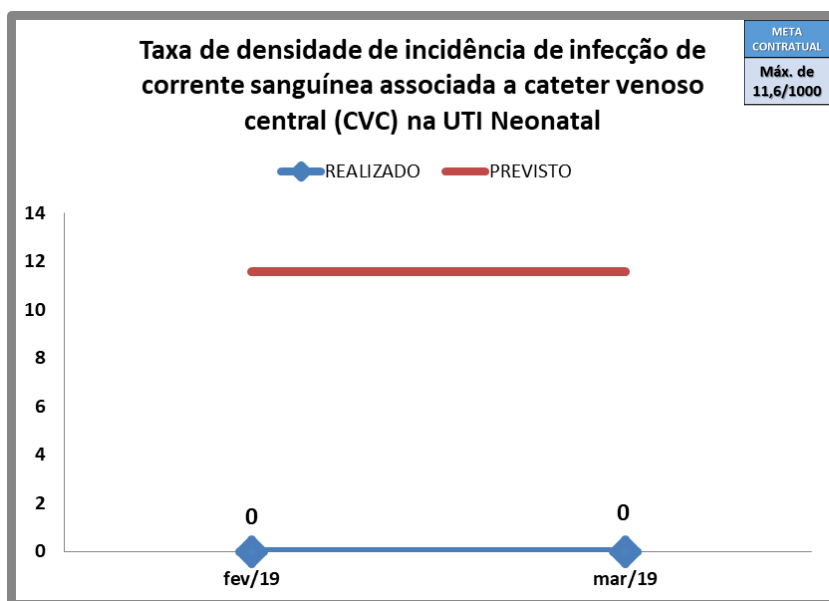
4.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

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

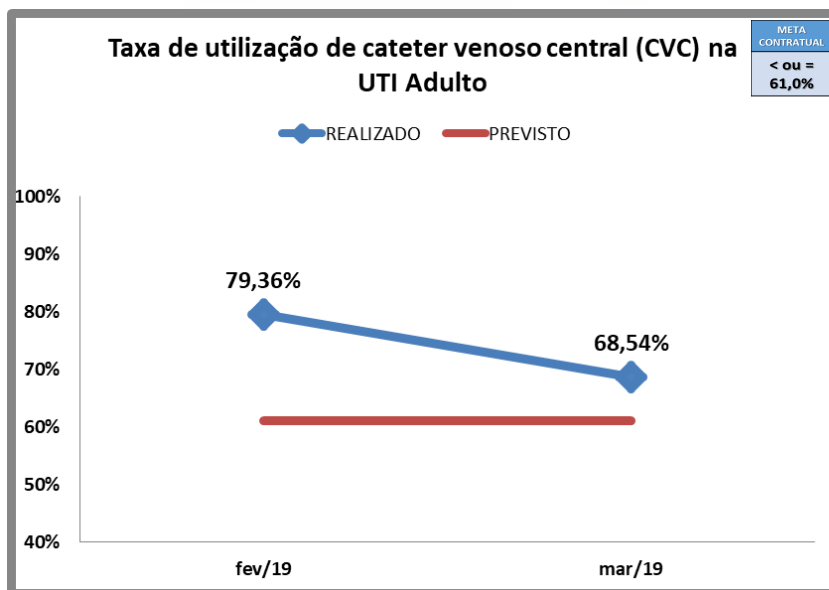
4.3.2 Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Neonatal



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

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

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



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

Comentário:

Mais uma vez observamos que de acordo com a literatura especializada, a alta taxa de utilização de cateter venoso central costuma estar diretamente ligada com a gravidade e complexidade dos pacientes internados na UTI.

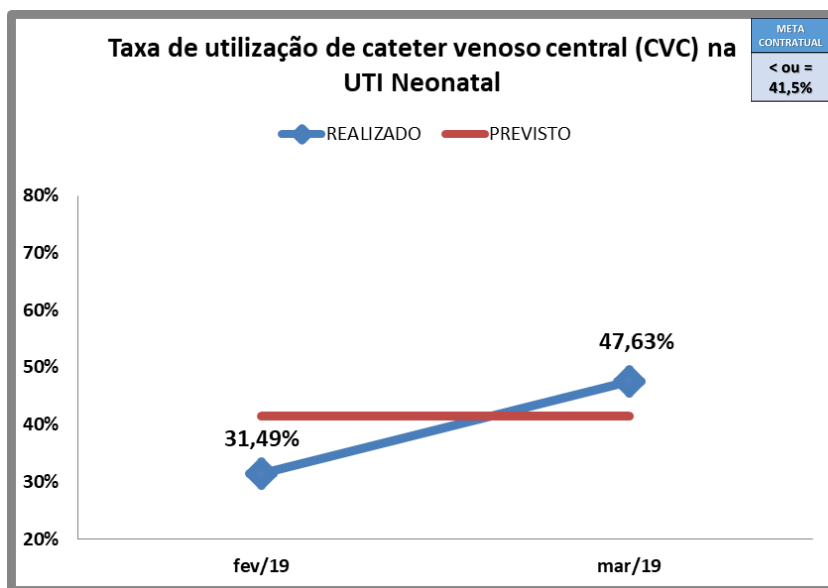
Conforme mencionado em relatórios anteriores, o perfil dos pacientes assistidos nas Unidades de Terapia intensiva do HEAL se caracteriza por um alto índice de doentes com elevado SAPS 3 médio. São pacientes que demandam por venóclise central dada a gravidade, risco de morte e falência de acesso periférico.

Todas as medidas de controle como preenchimento dos bundles e discussão diária dos casos nos rounds multiprofissionais diários, vêm sendo tomadas.

Apesar da taxa permanecer acima da meta pactuada, chamamos para o fato de que a nossa densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea tem sido sempre muito baixa, chegando a zero em alguns meses.

Este fato demonstra o comprometimento das equipes e eficiência das medidas de prevenção adotadas. E nos faz questionar a necessidade de revisão desta meta, levando-se em consideração o perfil de pacientes assistidos nas UTIs Adulto.

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



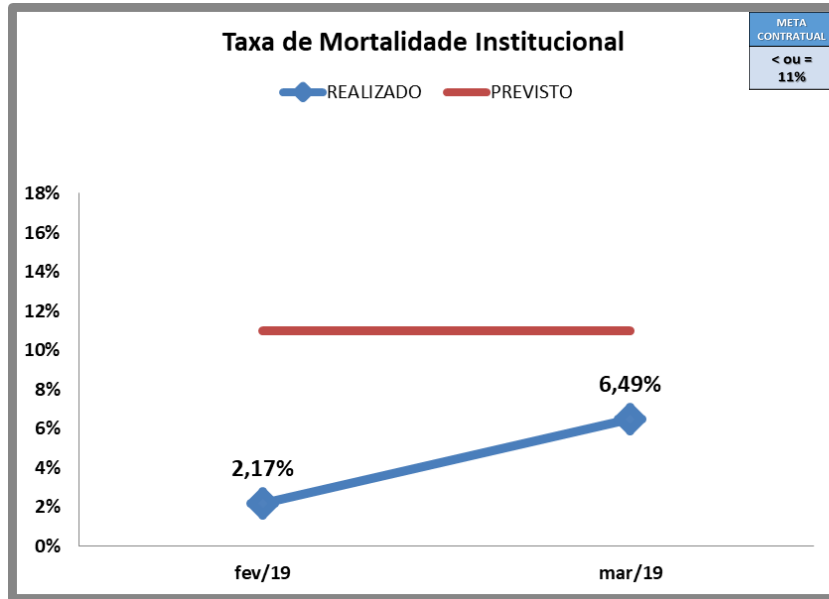
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

Comentário:

A maioria dos RNs admitidos na UTI neonatal são prematuros extremos (idade gestacional abaixo de 30 semanas), com índice de APGAR abaixo de 7 no primeiro minuto de vida. São pacientes de alta complexidade e extremamente graves. Logo, a utilização de CVC e demais dispositivos invasivos, são diretamente relacionados a gravidade do recém-nascido.

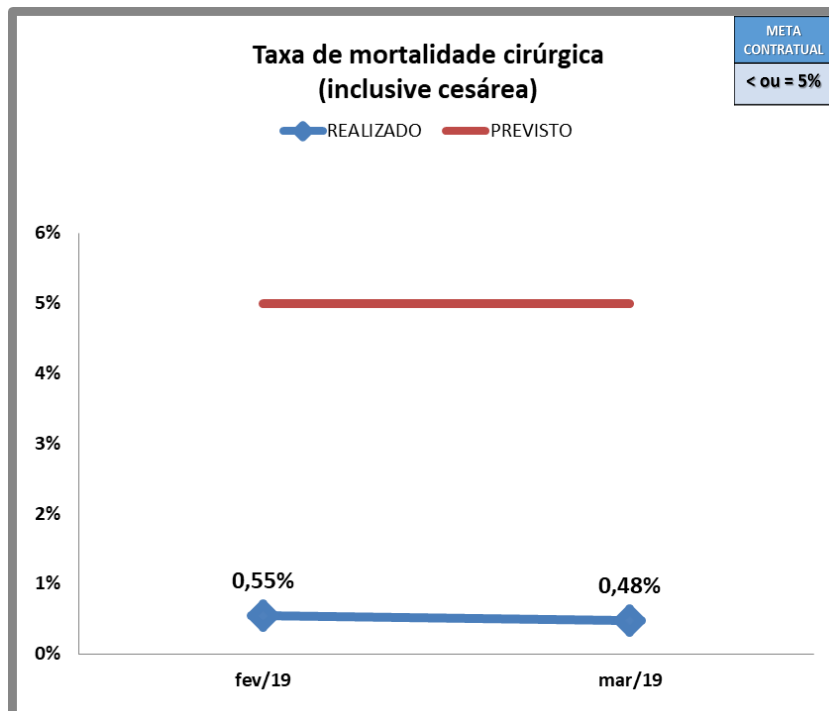
Embora tenhamos uma taxa de utilização de CVC acima da meta pactuada, a taxa infecção de corrente sanguínea na UTI Neonatal se mantém abaixo dos valores pactuados, enfatizando a eficiência das medidas de controle e prevenção adotadas.

4.3.6 Taxa de Mortalidade Institucional



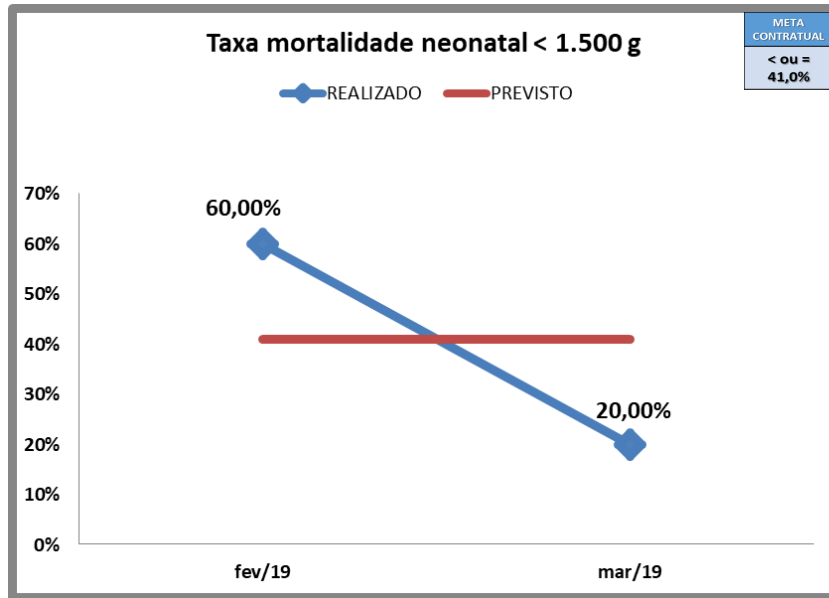
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.7 Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Inclusive Cesárea)



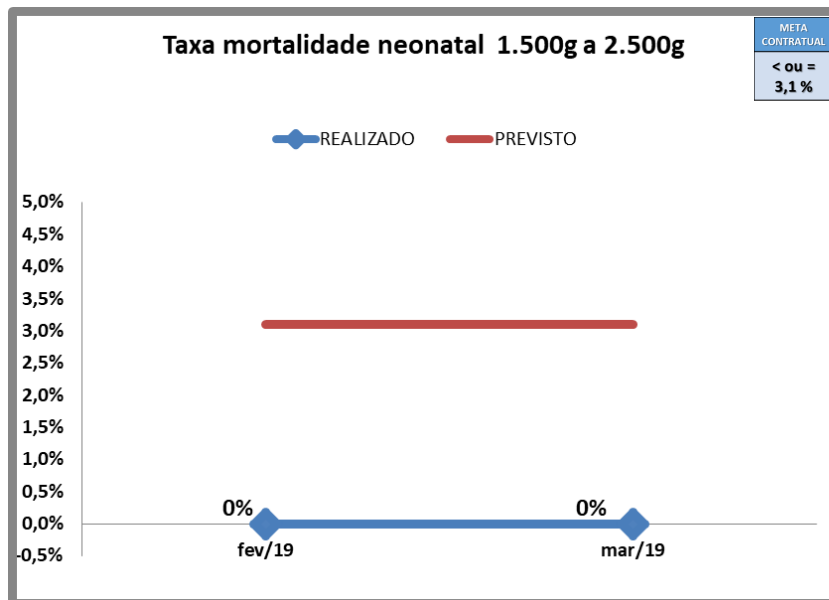
Fonte: Coordenação do Bloco Cirúrgico

4.3.8 Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g



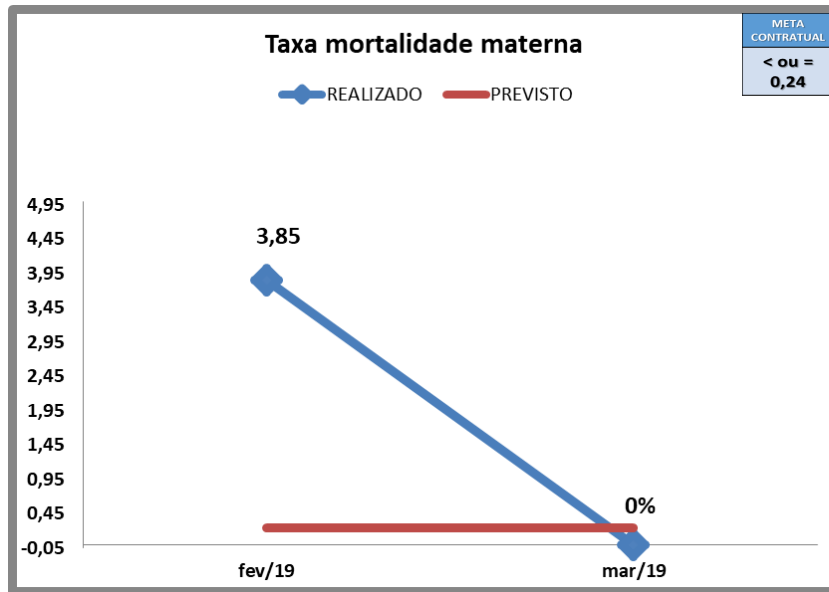
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

4.3.9 Taxa mortalidade neonatal 1.500g a 2.500g



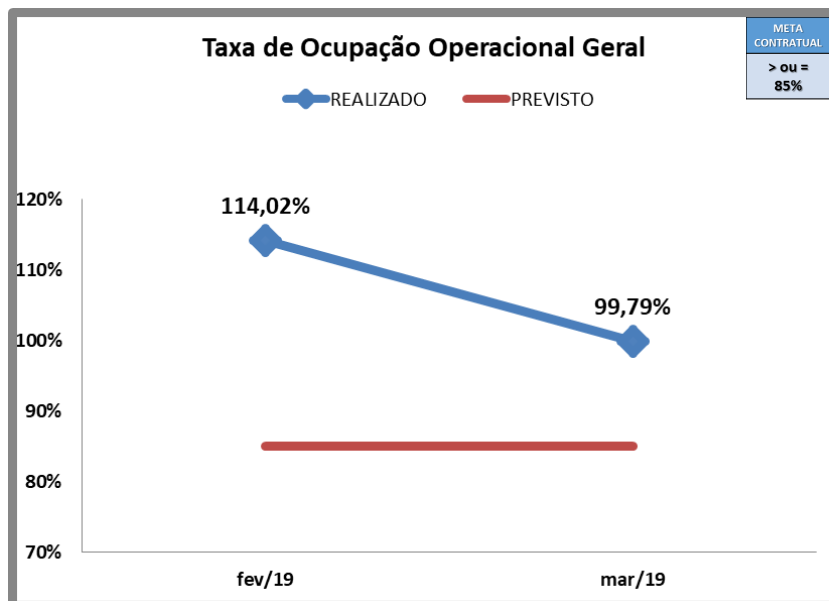
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

4.3.10 Taxa de mortalidade materna



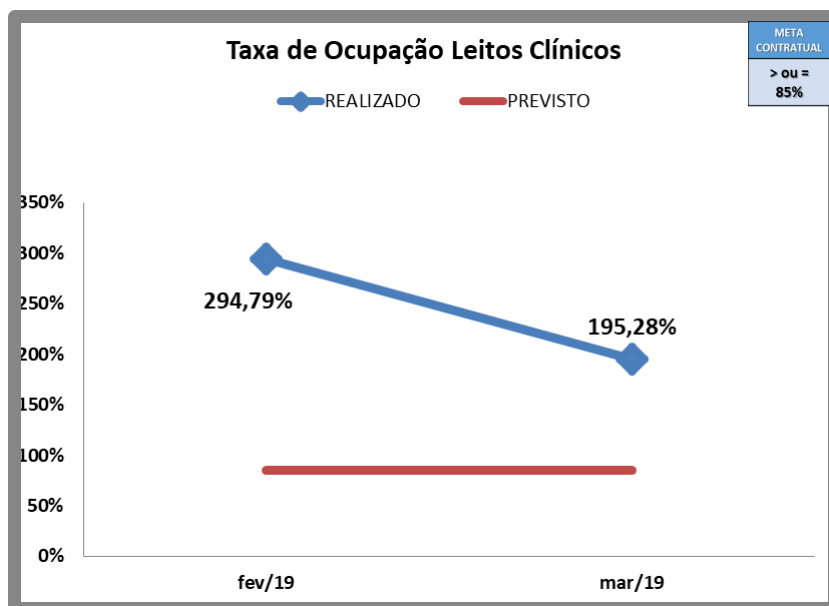
Fonte: Comissão de Análise de Óbitos

4.3.11 Taxa de Ocupação Operacional Geral



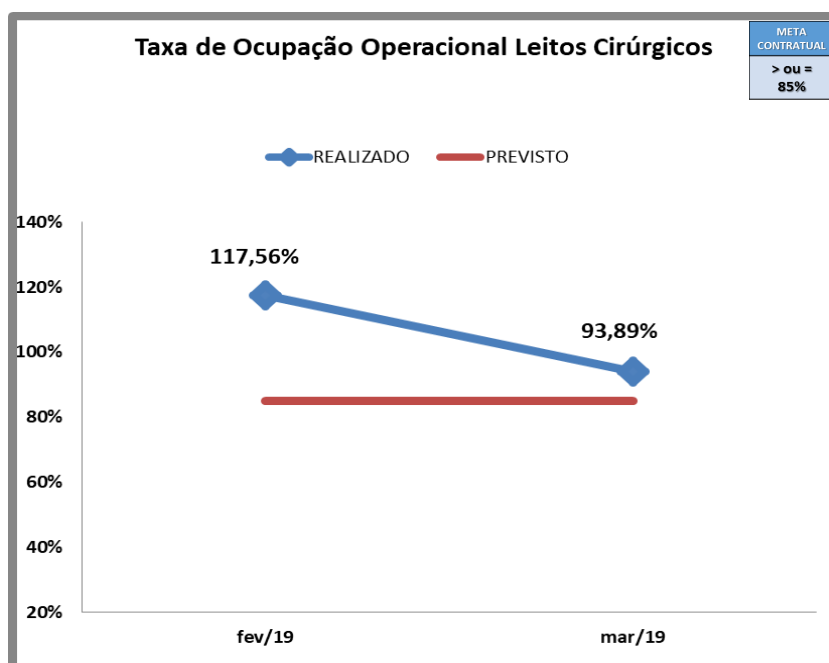
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.12 Taxa de Ocupação Leitos Clínicos



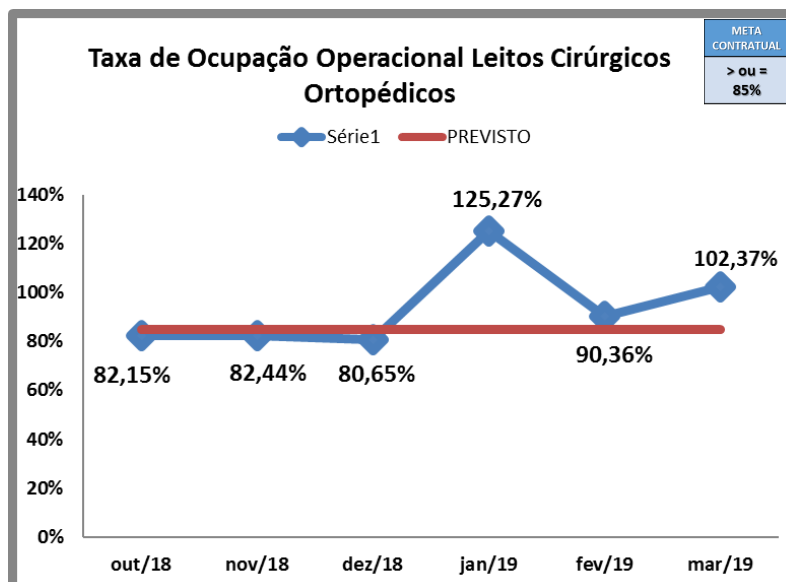
Fonte: Sistema MV

4.3.13 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos



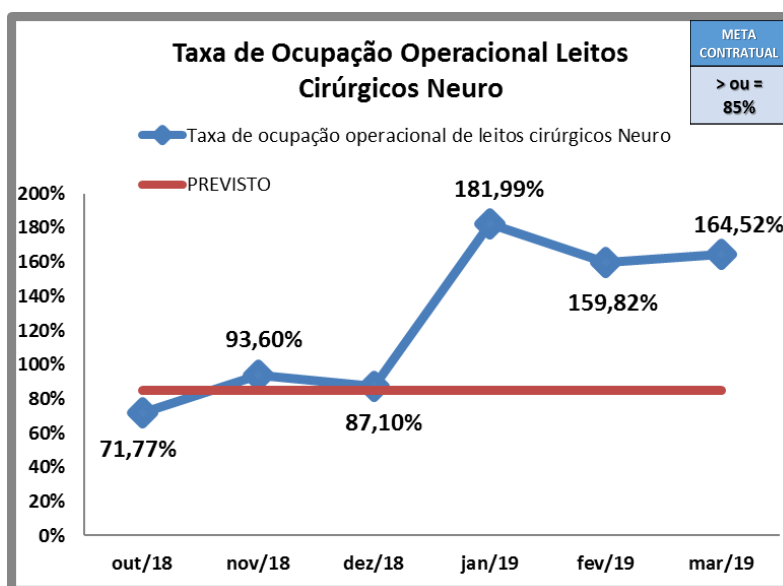
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.14 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Ortopédico



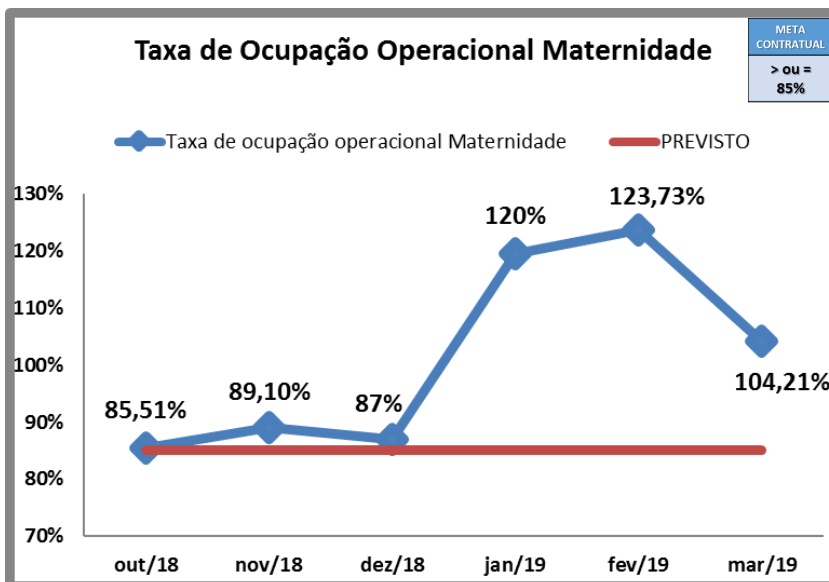
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.15 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Neurocirurgia



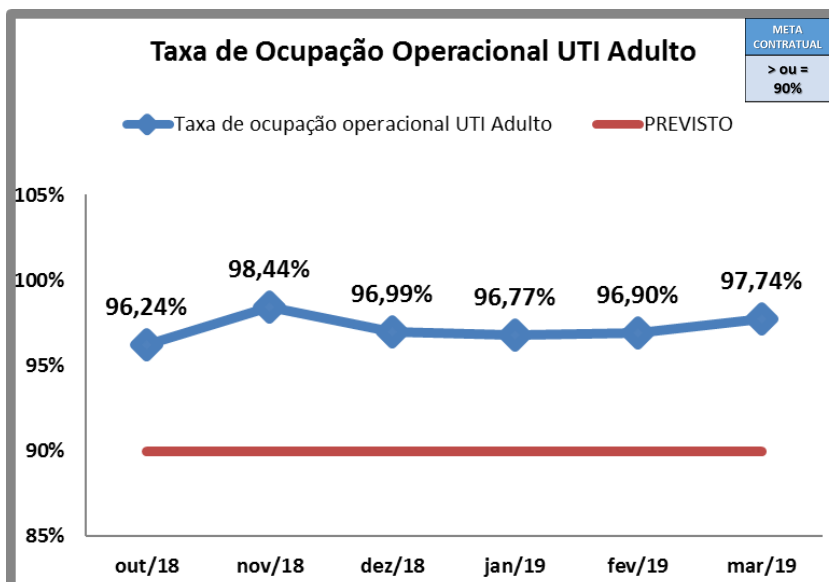
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.16 Taxa de Ocupação Operacional Maternidade



Fonte: Sistema Soul MV

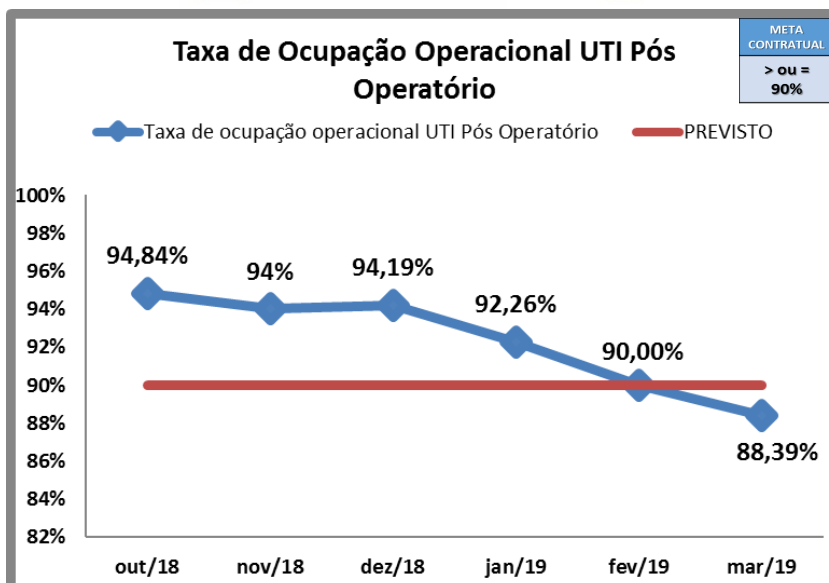
4.3.17 Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto



Fonte: Sistema Soul MV

4.3.18 Taxa de Ocupação Operacional UTI Pós-Operatório

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

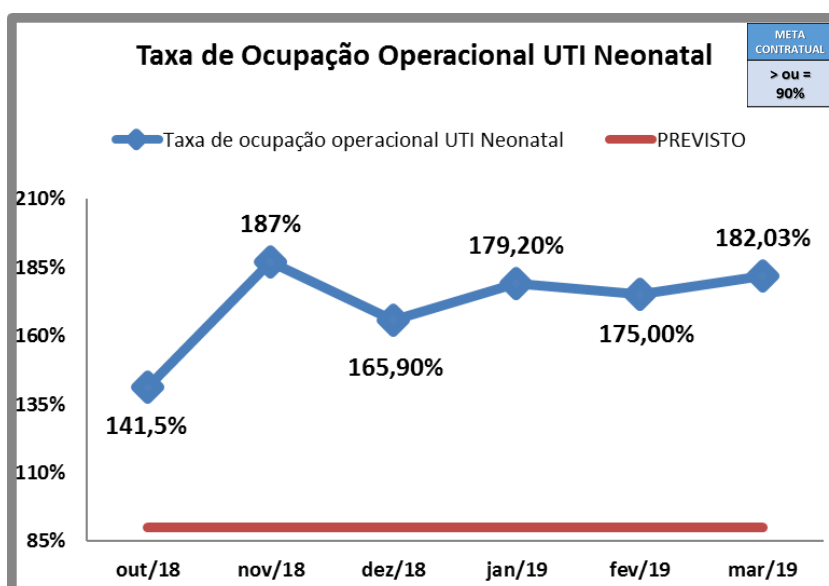


Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

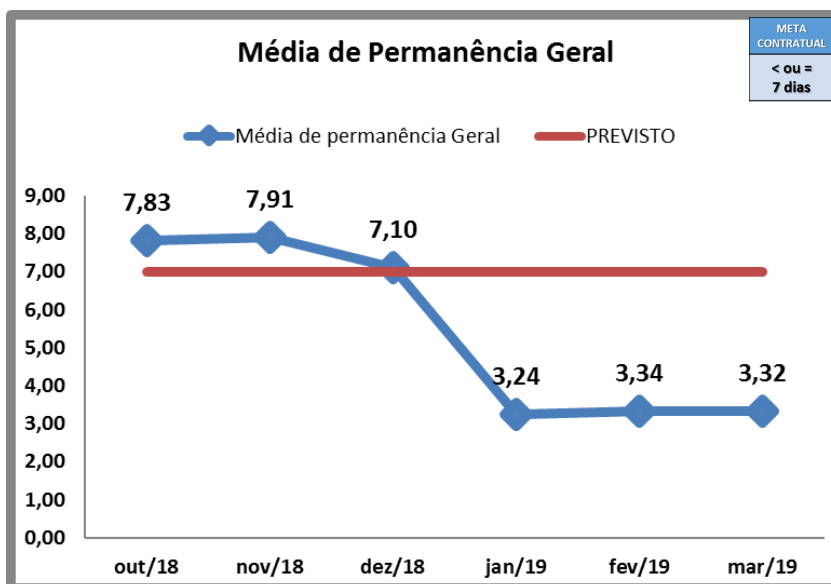
O mês de março foi considerado um mês atípico, a maioria dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, se encontravam internados e retornaram para o leito de origem no pós-operatório imediato. Fato que explica a taxa de ocupação mais baixa na unidade de pós-operatório nesse período.

4.3.19 Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal



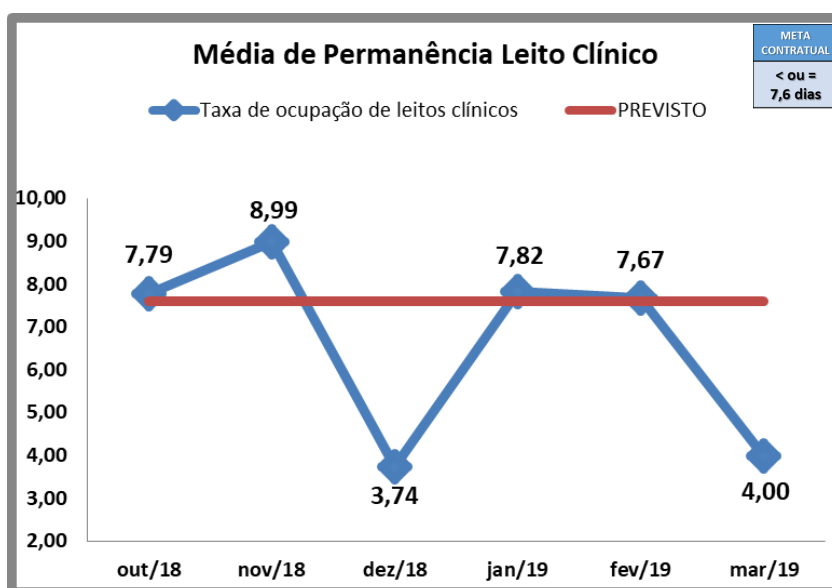
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.20 Média de Permanência Geral



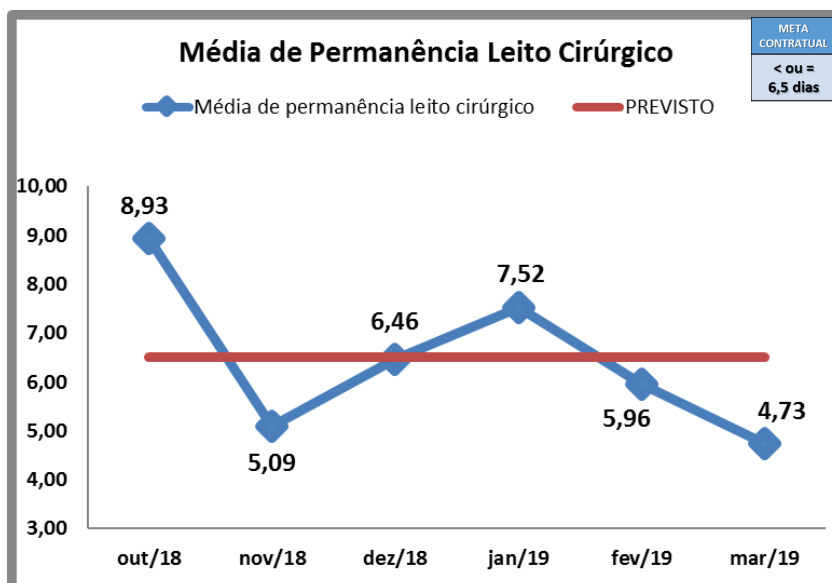
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.21 Média de Permanência Leito Clínico

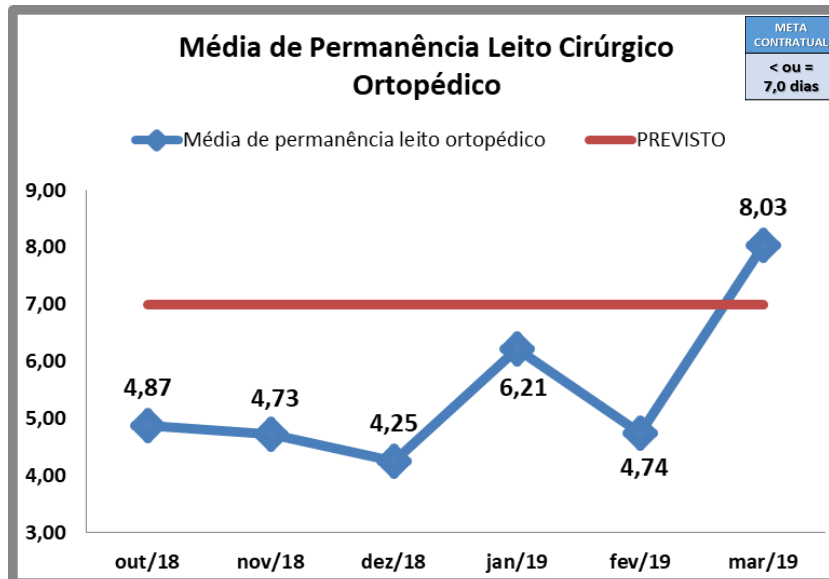


Fonte: Sistema Soul MV

4.3.22 Média de Permanência Leito Cirúrgico



4.3.23 Média de Permanência Leito Cirúrgico Ortopédico

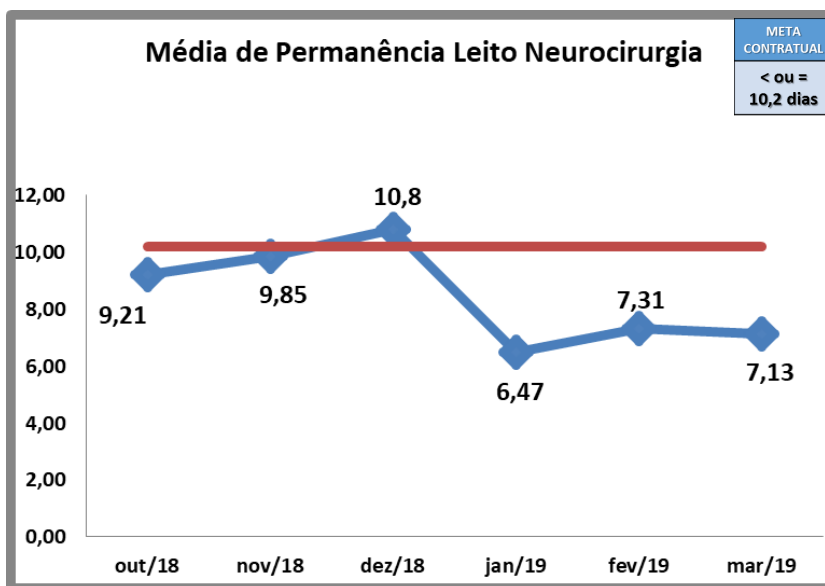


Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

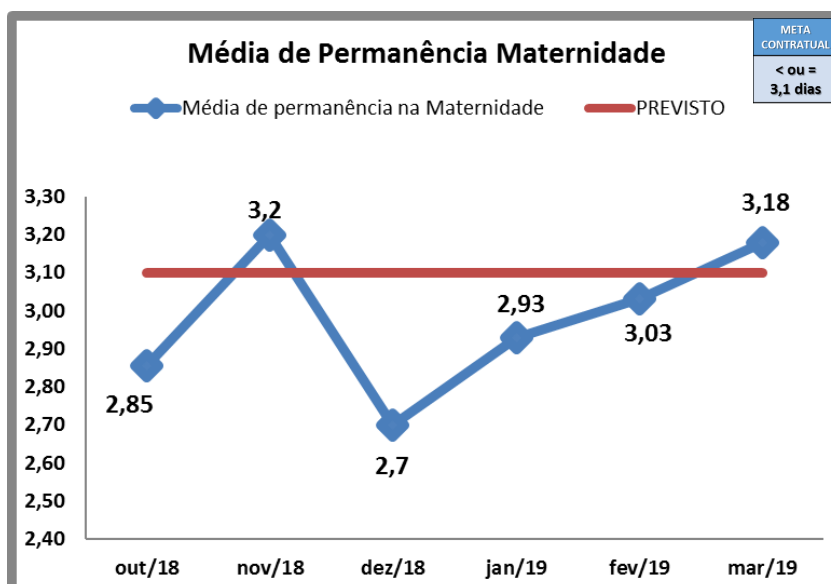
Tivemos um aumento significativo na taxa de ocupação da ortopedia (102,37%), fato que acaba impactando também na média de permanência desses pacientes na Unidade.

4.3.24 Média de Permanência Leito Neurocirurgia



Fonte: Sistema Soul MV

4.3.25 Média de Permanência Maternidade



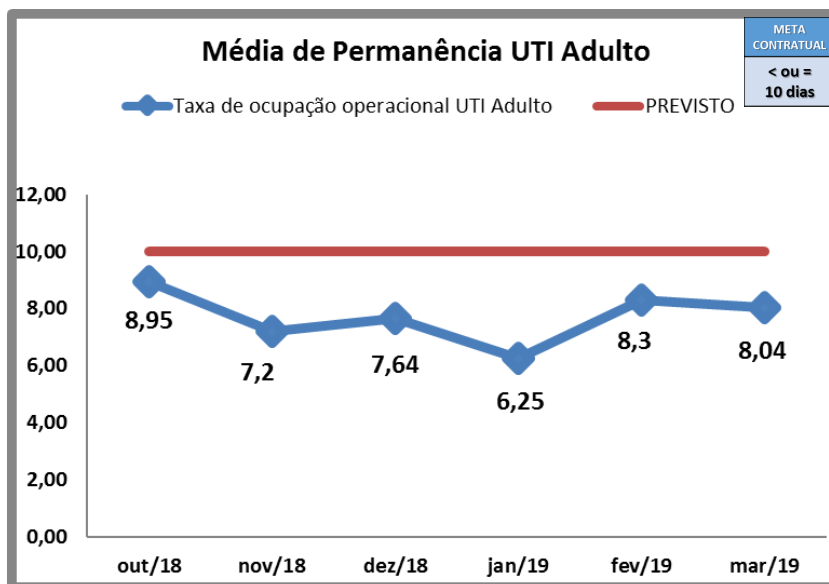
Fonte: Sistema Soul MV

Comentário:

Trabalhamos com uma maternidade de alto risco, a média de permanência está diretamente ligada ao grau de complexidade das gestantes atendidas. Tivemos um

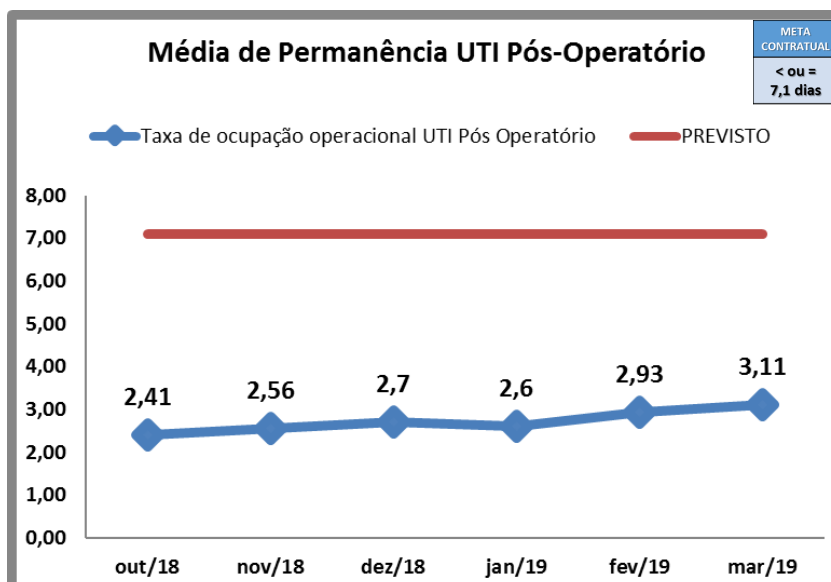
número maior de gestantes com complicações que demandaram um período de internação um pouco maior.

4.3.26 Média de Permanência UTI Adulto



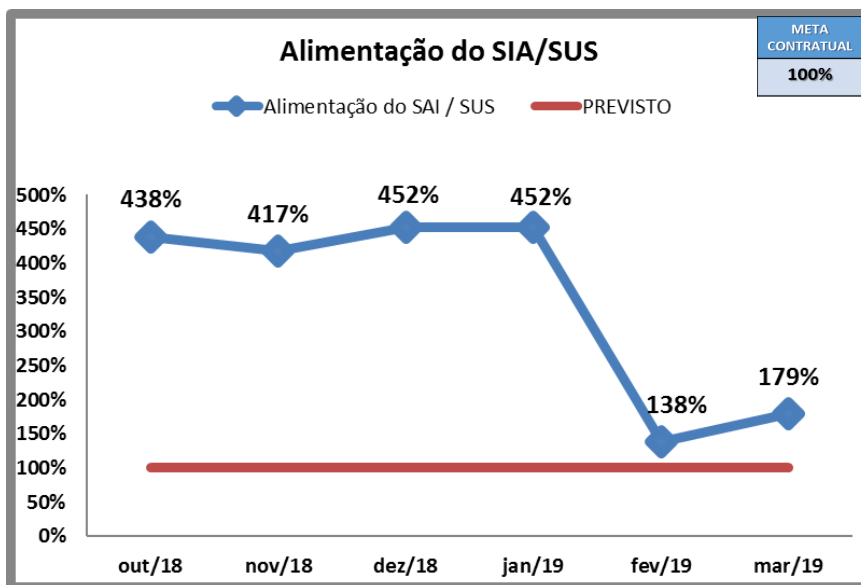
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.27 Média de Permanência UTI Pós Operatório



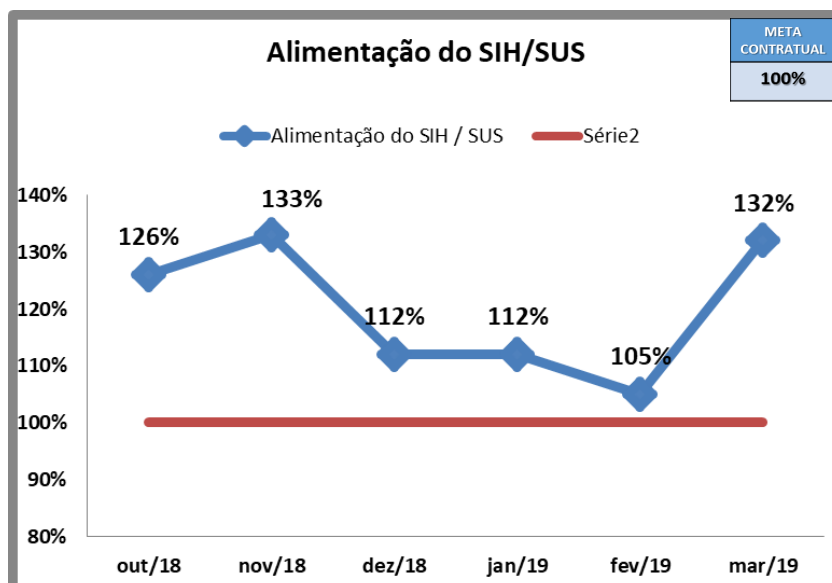
Fonte: Sistema Soul MV

4.3.28 Alimentação do SIA/SUS



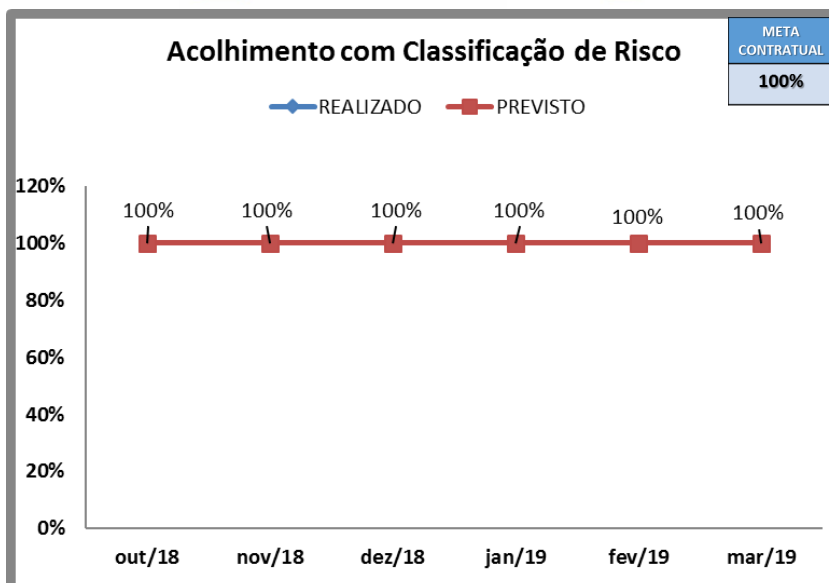
Fonte: Faturamento HEAL

4.3.29 Alimentação do SIH/SUS



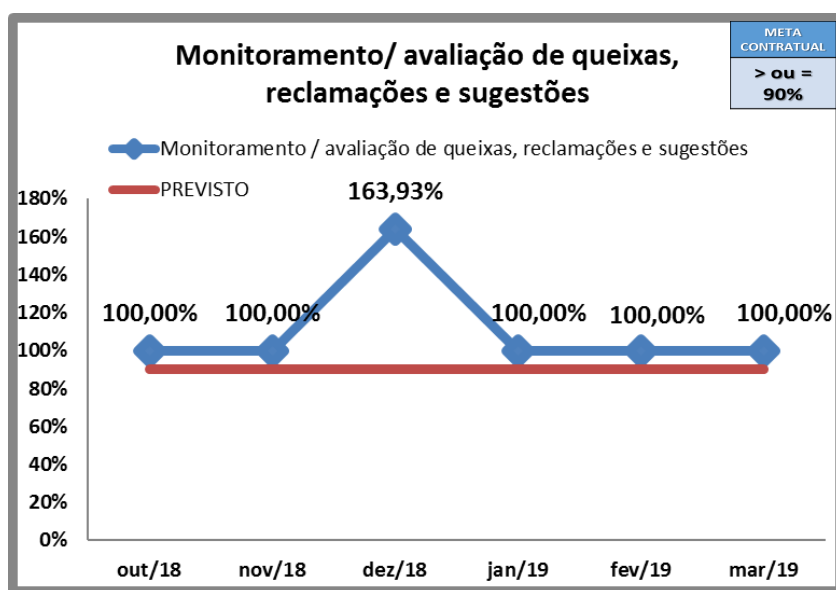
Fonte: Faturamento HEAL

4.3.30 Acolhimento com Classificação de Risco



Fonte: Sistema MV

4.3.32 Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões



Fonte: Ouvidoria HEAL

