

# RELATÓRIO DE EXECUÇÃO MENSAL

Abril 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 ABRIL 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 abril 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: 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 km<sup>2</sup>, sendo a quinta cidade mais populosa do Estado, e a de maior Índice de Desenvolvimento Humano. O Município integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro e é um dos principais centros do Estado. Niterói polariza os Municípios vizinhos, e tem uma dinâmica urbana própria, fazendo com que a porção leste da Região Metropolitana do Rio de Janeiro seja identificada como parte distinta, demandando planejamento urbano e políticas públicas próprias, nas quais se incluem necessariamente as de saúde.

A Região Metropolitana II possui aproximadamente dois milhões de habitantes, sendo limitada pelas regiões da Baixada Litorânea e Serrana. Representa cerca de 6,20% da área do Estado e é composta por 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.

abr/19				
INDICADORES DE PRODUÇÃO	Unidade de Medida	Meta	Realizado Abril 2019	Percentual de meta atingida no período
Saídas Clínicas Adulto	Unidade	138	183	132,61%
Saídas Obstétricas	Unidade	320	427	133,44%
Saídas Ortopédicas	Unidade	120	108	90,00%
Outras Saídas Cirúrgicas	Unidade	110	115	104,55%
<b>Média</b>				<b>115,15%</b>
USG/ECO	Unidade	500	1105	221,00%
Tomografia Computadorizada	Unidade	1700	2023	119,00%
<b>Média</b>				<b>170,00%</b>

Indicadores de Desempenho - PONTUAÇÃO					
ABRIL/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	3
				650	
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	3
				229	
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%	650	0
				882	
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%	229	0
				451	
3.0	Taxa de mortalidade institucional	Números de óbitos ≥ 24 h/ saídas hospitalares *100	< ou = 11%	61	2
				920	
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	< ou = 5%	2	2
				395	

		*100				
3.2	Taxa mortalidade neonatal < 1.500g	número de óbitos < 1.500/ número de RN < 1.500 *100	< ou = 41,0%	4	28,57%	2
				14		
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
				55		
3.4	Taxa de mortalidade Materna	Nº de óbitos maternos/ Nº de RN vivos *1000	< ou = 0,24%	1	3,32%	0
				301		
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.	143	48,64%	0
				294		
4.0	Taxa de ocupação operacional Geral	Nº Paciente-dia geral/Leitos-dia operacionais geral *100	> ou = a 85%	7367	101,89%	3
				7230		
4.1	Taxa de ocupação de leitos Clínicos	Nº Paciente-dia clínicos/Leitos-dia operacionais clínicos *100	> ou = a 85%	1535	213,19%	2
				720		
4.2	Taxa de ocupação operacional Leitos Cirúrgicos	Nº Pacientes-dia cirúrgicos/Leitos-dia operacionais cirúrgicos *100	> ou = a 85%	743	103,19%	2
				720		
4.3	Taxa de ocupação operacional Leitos Ortopédicos	Nº Pacientes-dia ortopédicos/Leitos-dia operacionais ortopédicos *100	> ou = a 85%	756	84,00%	0
				900		
4.4	Taxa de ocupação operacional Leitos cirúrgicos Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirúrgicos/Leitos-dia operacionais neurocirúrgicos *100	> ou = a 85%	343	95,28%	2
				360		
4.5	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1873	105,82%	2
				1770		
4.6	Taxa de ocupação operacional UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/Leitos-dia operacionais UTI Adulto *100	> ou = 90%	882	98,00%	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%	136	90,67%	2
				150		
4.8	Taxa de ocupação operacional UTI Neonatal	Nº de Pacientes-dia UTI Neonatais/ Leitos-dia operacionais UTI Neonatais *100	> ou = 90%	451	214,76%	2
				210		
4.9	Taxa de ocupação operacional Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/Leitos-dia operacionais maternidade *100	> ou = a 85%	1873	105,82%	2
				1770		
5.0	Média de permanência Geral	Nº Pacientes-dia Geral/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7 dias	7367	8,01	0
				920		
5.1	Média de permanência Leito Clínico	Nº Pacientes-dia leitos clínicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias	< ou = a 7,6 dias	1535	8,39	0
				183		

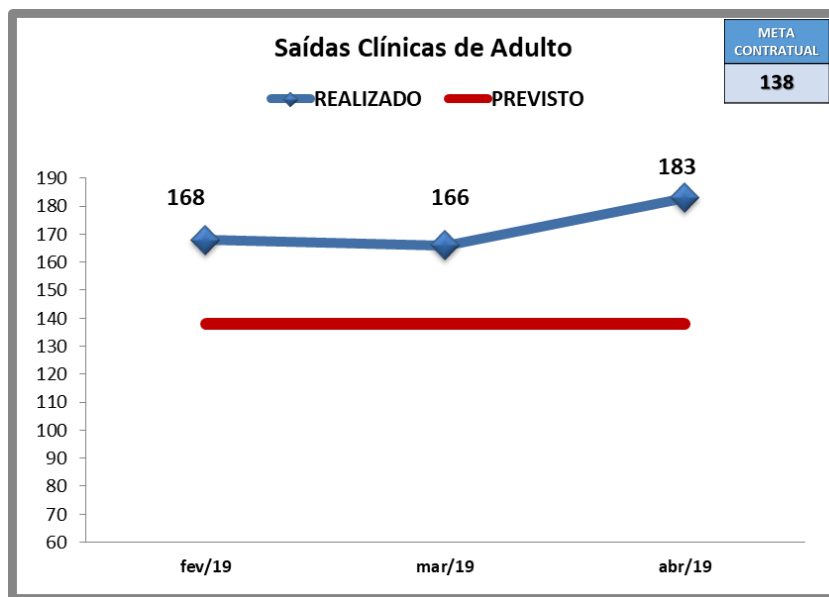
		externas) Geral				
5.2	Média de permanência Leito Cirúrgico	Nº Pacientes-dia leitos cirúrgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 6,5 dias	743	8,64	0
				86		
5.3	Média de permanência Leito Ortopédico	Nº Pacientes-dia leitos ortopédicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = 7,0 dias	756	7,00	1
				108		
5.4	Média de permanência Leito Neurocirurgia	Nº Pacientes-dia neurocirurgicos/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) Geral	< ou = a 10,2 dias	343	11,83	0
				29		
5.5	Média de permanência na Maternidade	Nº Pacientes-dia maternidade/ Nº Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas)maternidade	< ou = a 3,1 dias	1873	4,39	0
				427		
5.6	Média de permanência UTI Adulto	Nº Pacientes-dia UTI Adulto/ Nº Transfêrencias internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) da UTI Adulto	< ou = a 10,0 dias	882	8,32	1
				106		
6	Média de permanência UTI Pós Operatório	Nº Pacientes-dia UTI pós operatório/ Nº Transfêrencias internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transfêrencias externas) da UTI pós operatório	< ou = a 7,1 dias	136	3,32	1
				41		
7	Tempo de Substituição em sala cirúrgica	<p>cirurgias eletivas: número de procedimentos cirúrgicos/ 12h; cirurgias emergenciais: número de procedimentos cirúrgicos/24h</p>	<p>cirurgias eletivas: até 3h - 2 pontos. Acima de 4h - 0 pontos. Cirurgias emergenciais: Até 4h - 03 pontos. Acima de 4h - 0 pontos</p>	<p>Tempo de Substituição em sala cirúrgica para cirurgias eletivas até 03 horas: 122 cirurgias. Cirurgias eletivas acima de 4h = 0 cirurgias. Cirurgias emergenciais até 04h: 130. Cirurgias emergenciais acima de 04h: 0 cirurgias.</p>		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%	953	103,47%	4
				921		
		Número de BPA e APACs apresentados/ Número de atendimentos ambulatoriais realizados *100	100%	29911	1237,01%	
				2418		
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%	3339	100,00%	4
				3339		
10	% de pacientes atendidos de acordo	Somatória de tempo de espera (em minutos) para o	> ou = a 85%	3321	99,46%	4

	com os parâmetros do tempo de espera na Urgência e Emergência	atendimento inicial de pacientes admitidos no pronto atendimento/ N° de pacientes admitidos no pronto atendimento		3339		
11	Monitoramento/ avaliação de queixas, reclamações e sugestões	Total de manifestações resolvidas/ Total de reclamações, solicitações e denúncias *100	> ou = a 90%	64 64	100,00%	4
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	1		4
13	Possuir CIHDOTT (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: 01 casos / Notificações no período: 01 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 Met 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 pts	Metas atingidas: metas 1, 2, 5 e 6		2
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 Agencia Transfusional; Extubação acidental; protocolo de glicemia e protocolo da Dor	Apresentar registros e estatísticas mensais	Registro e apresentação das estatísticas	Implantado protocolo de sepse e agência transfusional		0
18	Taxa de pneumonia associada a ventilação mecânica	Número de novos casos de PAV no período de viglância/ Número de Pacientes em ventilação mecânica-dia no período de viglância *1.000	Densidade de Incidência (DI):13. Meta de diminuição de 75% na incidência do ano anterior	5 672	7,44	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
<b>Pontuação alcançada no período</b>					<b>77</b>
<b>Conceito atingido</b>					<b>B</b>

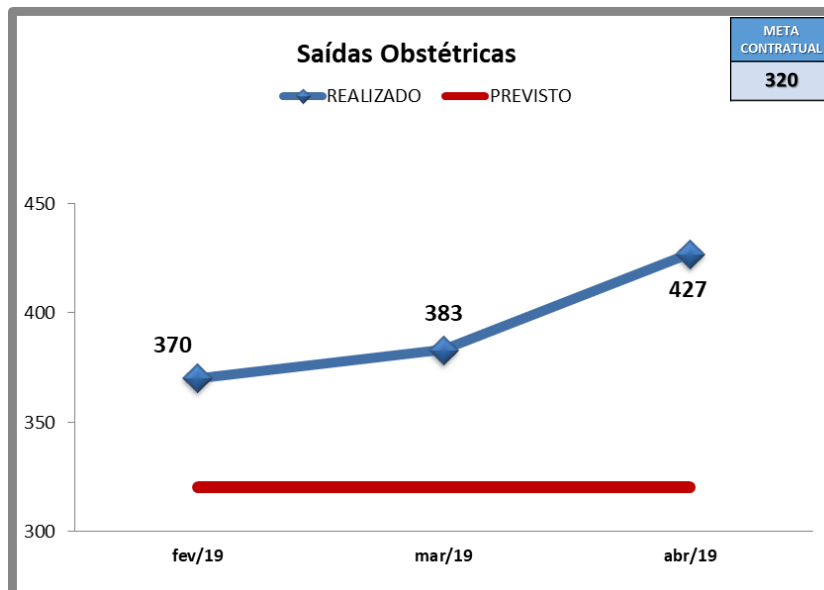
## 4.2. ANÁLISE DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

### 4.2.1 Saídas Clínicas de Adultos



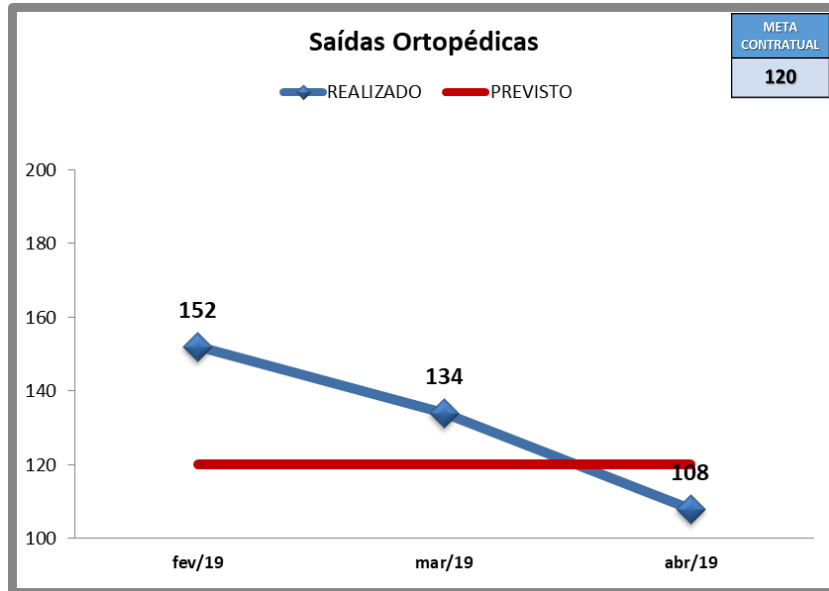
Fonte: Sistema Soul MV

### 4.2.2 Saídas Obstétricas



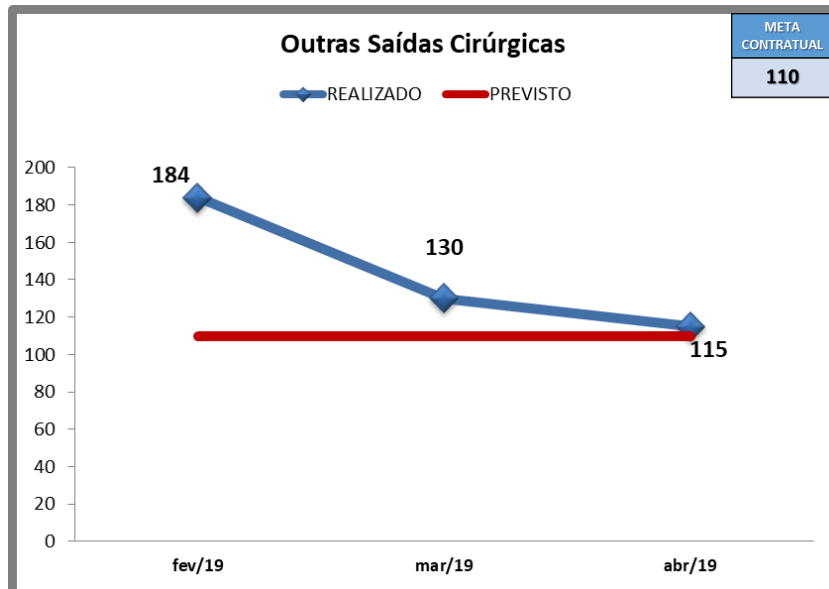
Fonte: Sistema Soul MV

### 4.2.3 Saídas Ortopédicas



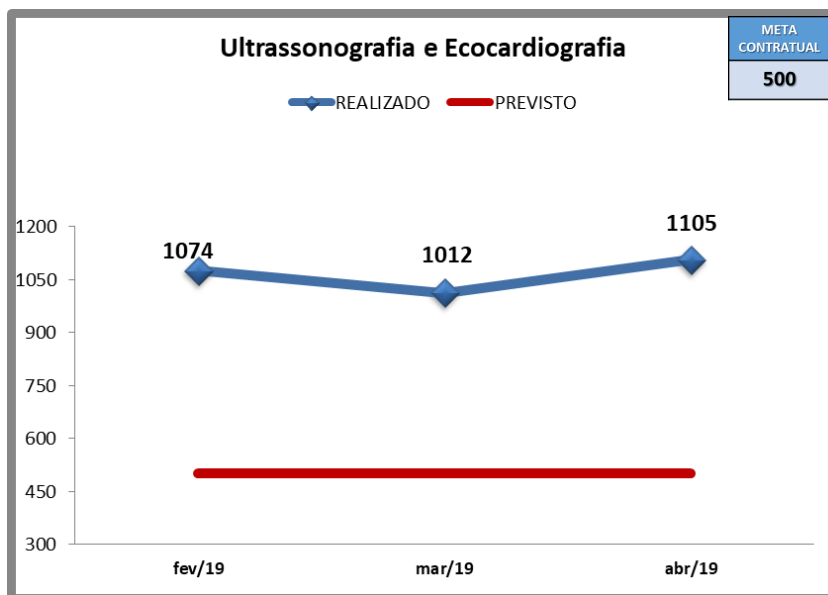
Fonte: Sistema Soul MV

### 4.2.4 Outras Saídas Cirúrgicas



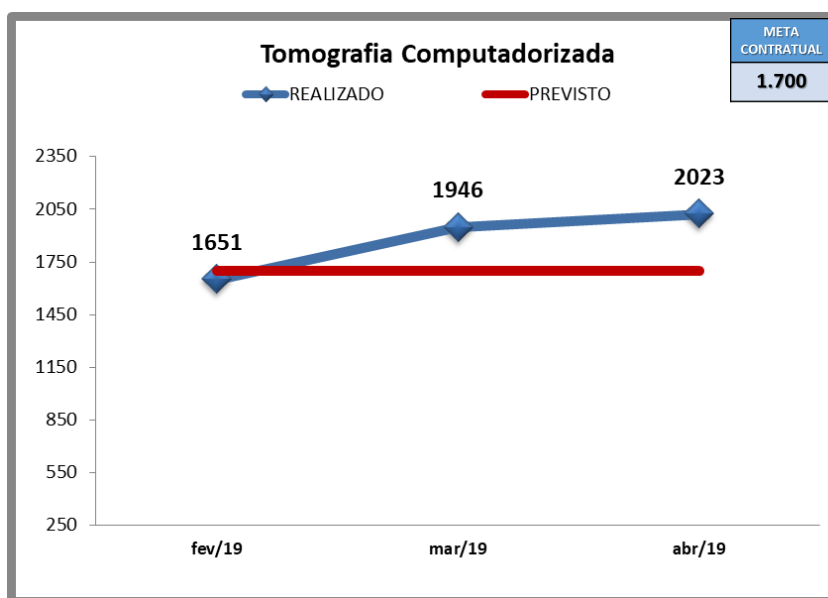
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.2.5 Ultrassonografia e Ecocardiografia



Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.2.6 Tomografia Computadorizada

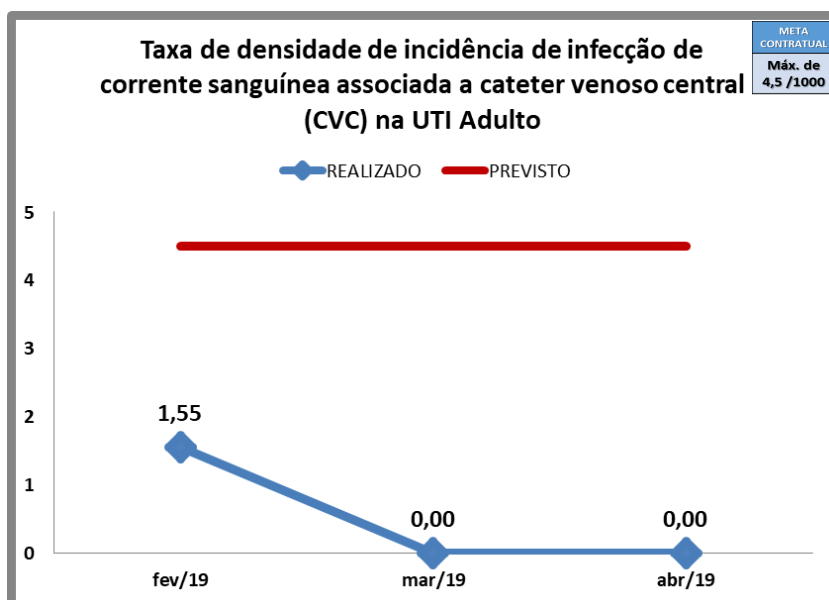


Fonte: Sistema Soul MV



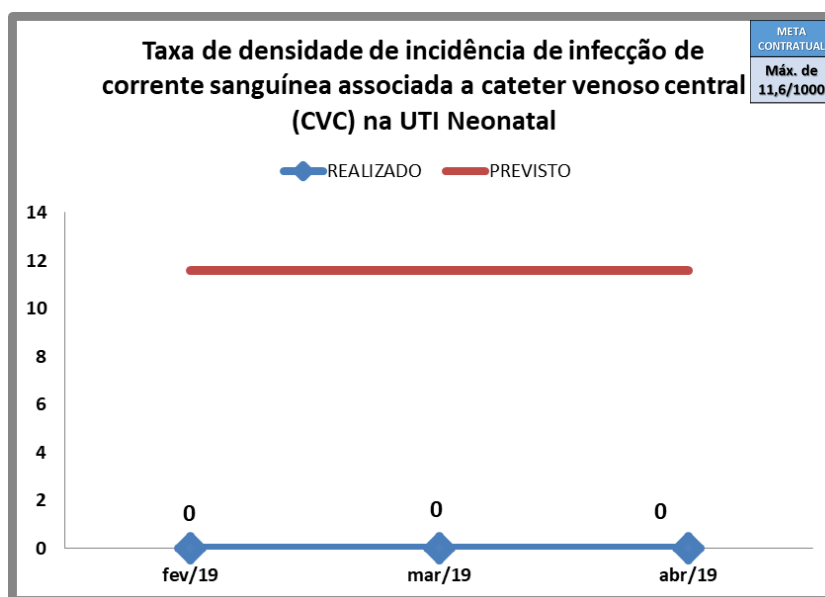
### 4.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

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



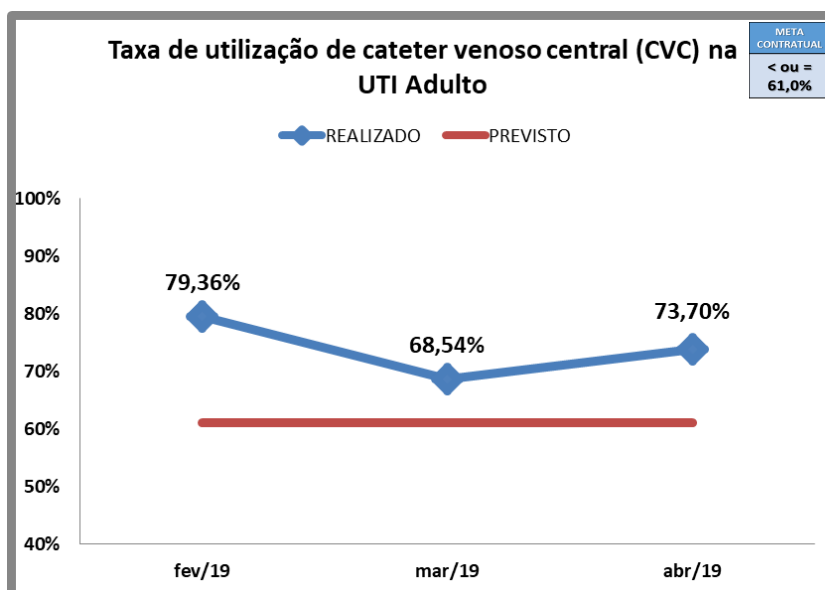
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### 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



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### Comentário:

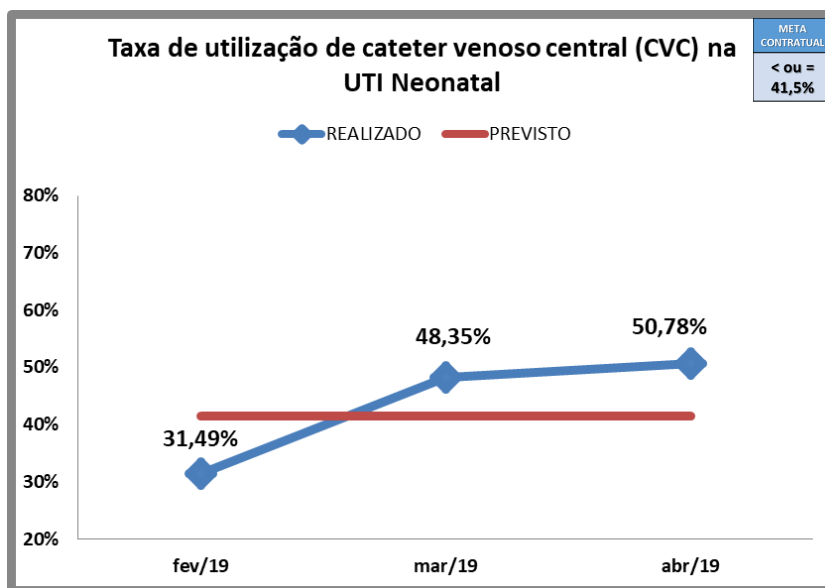
Novas abordagens de acesso venoso para pacientes em terapia intensiva vêm sendo estudadas conforme realidade da unidade com propósito de diminuir a incidência do uso de cateter venoso central (CVC) buscando o alcance da meta pactuada.

Reafirmamos que 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 venoclise 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 continuam em vigor.

Apesar da taxa permanecer acima da meta pactuada, que a densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea tem sido sempre muito baixa, perfazendo o quantitativo a zero em alguns meses.

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



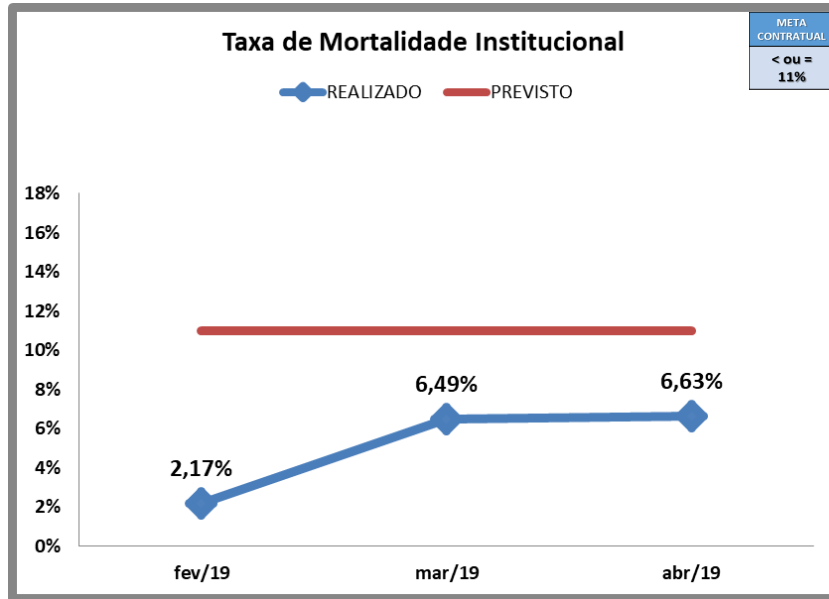
Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

#### Comentário:

A maioria dos recém nascidos admitidos na UTI neonatal são prematuros extremos (possuindo a 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 do cateter venoso central e demais dispositivos invasivos estão diretamente relacionados a gravidade do recém-nascido, situação que justifica a utilização acima do pactuado.

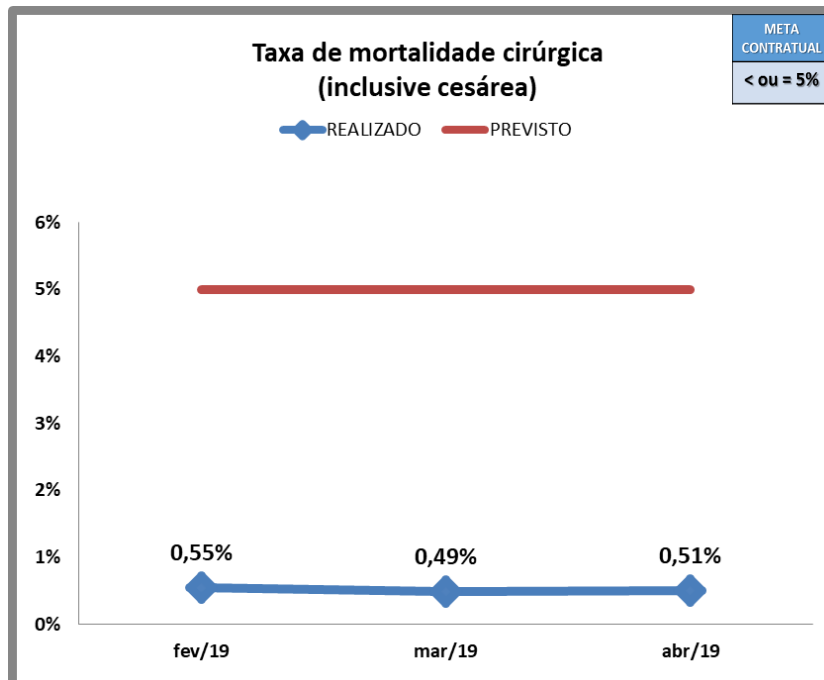
No entanto, a taxa infecção de corrente sanguínea na UTI Neonatal se mantém abaixo dos valores pactuados, enfatizando a eficiência das medidas de controle e prevenção adotadas.

#### 4.3.6 Taxa de Mortalidade Institucional



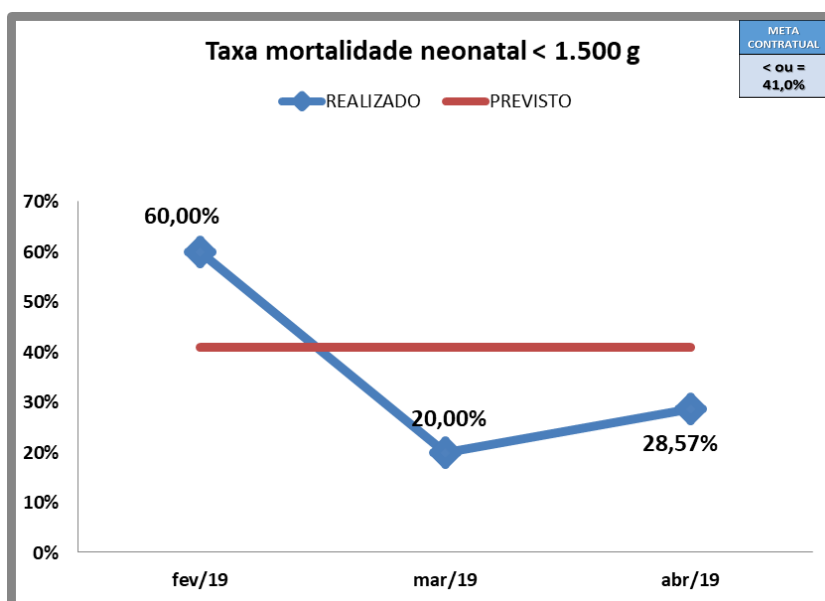
Fonte: Sistema Soul MV

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



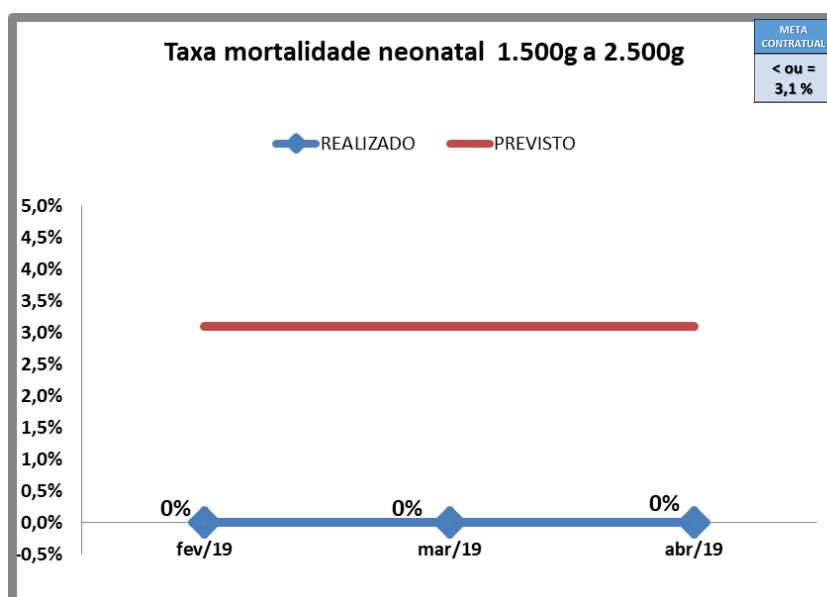
Fonte: Coordenação do Bloco Cirúrgico

### 4.3.8 Taxa mortalidade neonatal < 1.500 g



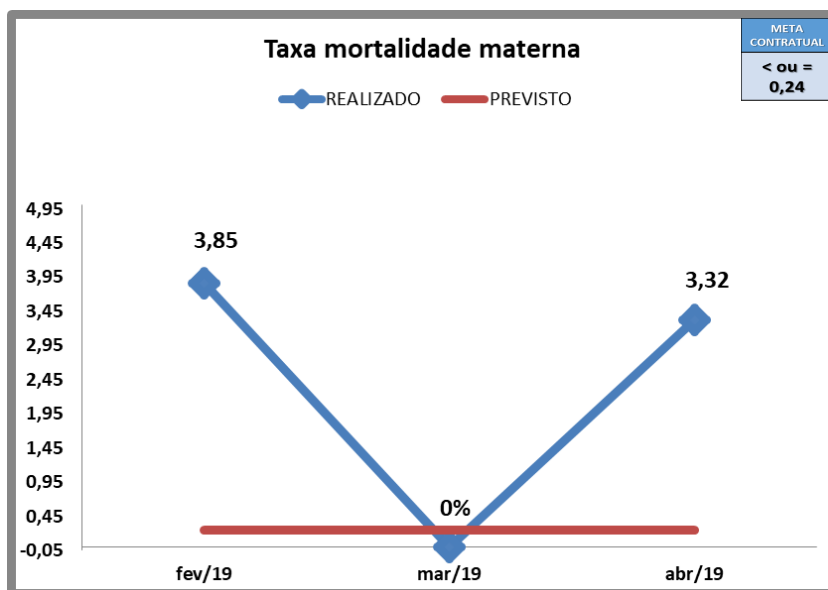
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

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



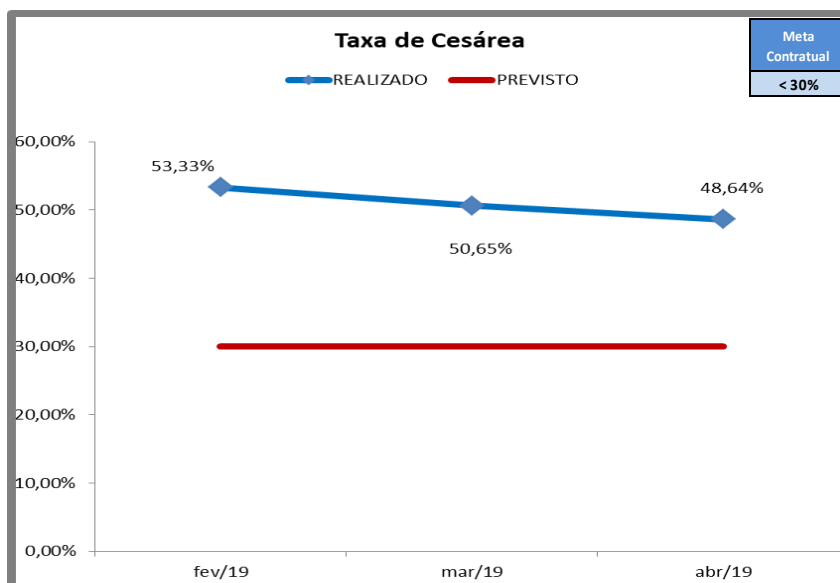
Fonte: Coordenação do Bloco Neonatal

#### 4.3.10 Taxa de mortalidade materna



Fonte: Comissão de Análise de Óbitos

#### 4.3.11 Taxa de Cesárea



Fonte: Coordenação Maternidade

#### Comentário:

A taxa de cesárea é um dos grandes desafios na assistência materno-infantil na unidade hospitalar.

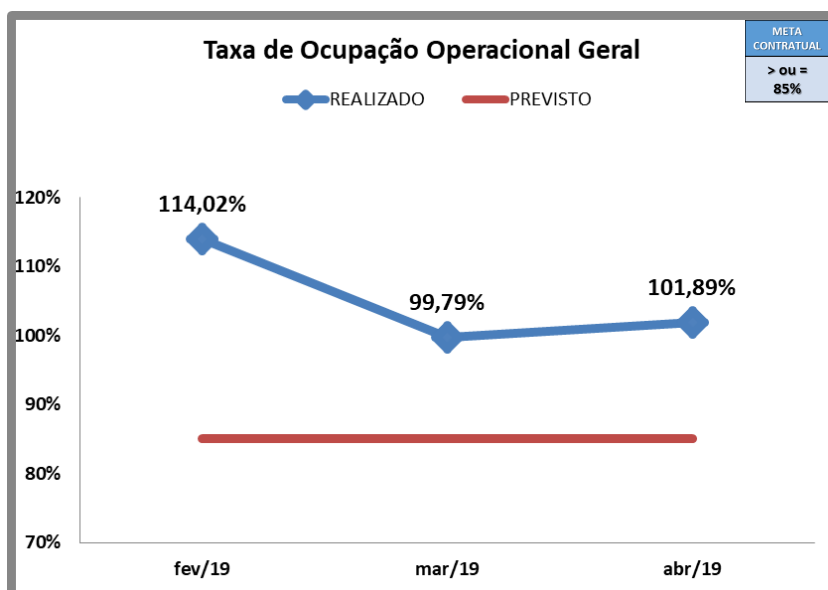
O perfil de maternidade de alta complexidade contribui para o alto índice de cesáreas na instituição. Algumas ações já vêm sendo implementadas para redução da taxa de

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

cesárea, dentre elas, uma maior atuação dos enfermeiros obstetras no acompanhamento do parto, contribuindo para o aumento do parto natural.

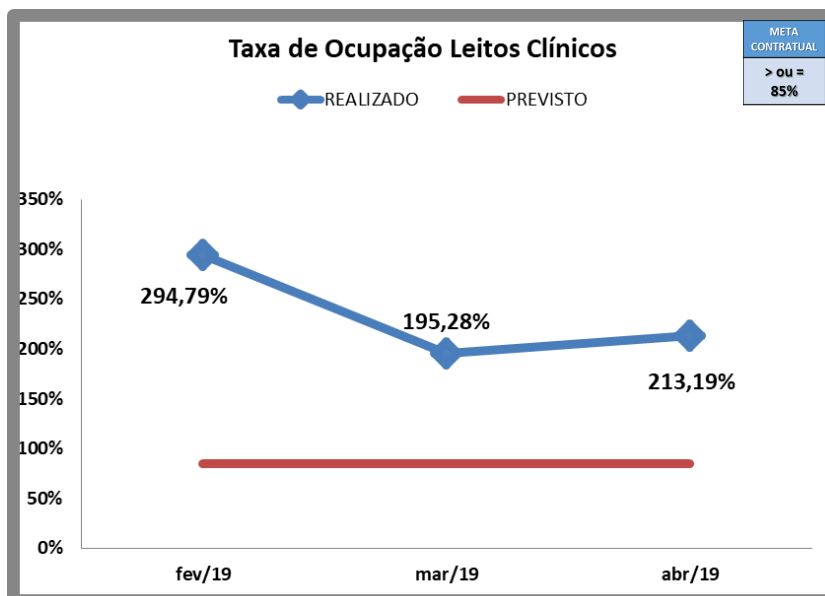
Os indicadores contudo, evidenciam que as taxas seguem a tendência de diminuição. O Hospital realizará estudo para viabilizar a contratação de profissionais enfermeiros obstetras para, contribuir não somente para redução de incidência de cesáreas, como para a redução do tempo médio de permanência da maternidade.

#### 4.3.12 Taxa de Ocupação Operacional Geral



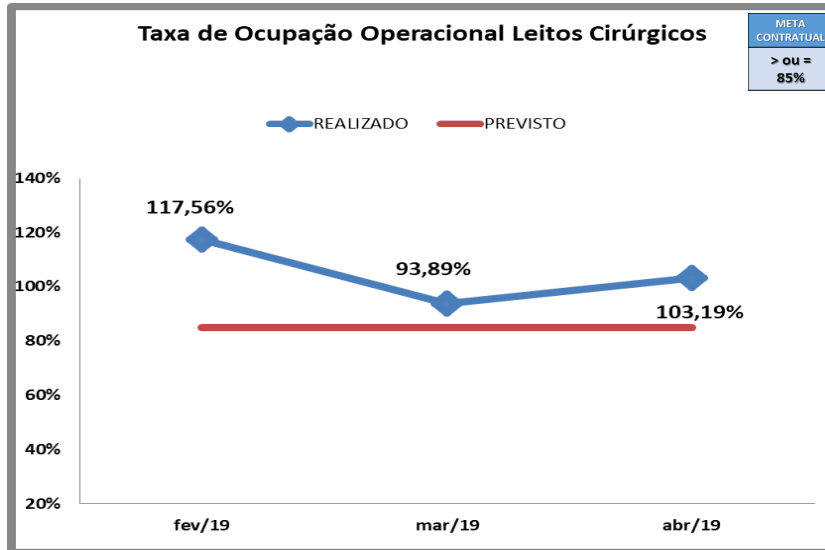
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.13 Taxa de Ocupação Leitos Clínicos



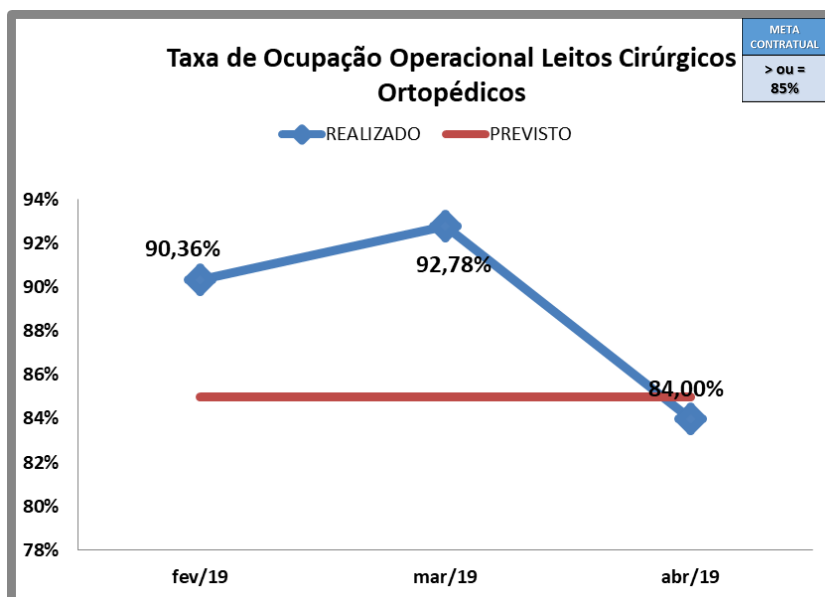
Fonte: Sistema MV

#### 4.3.14 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos



Fonte: Sistema Soul MV

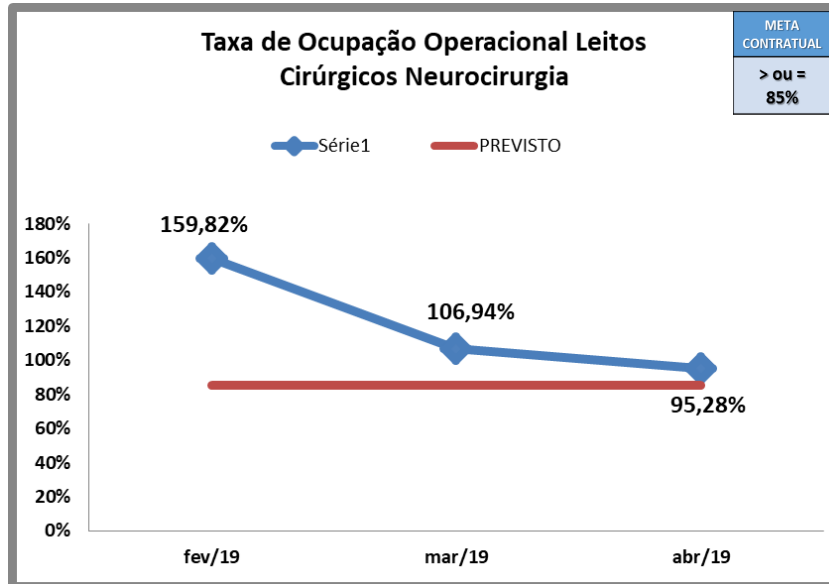
#### 4.3.15 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Ortopédico



Fonte: Sistema Soul MV

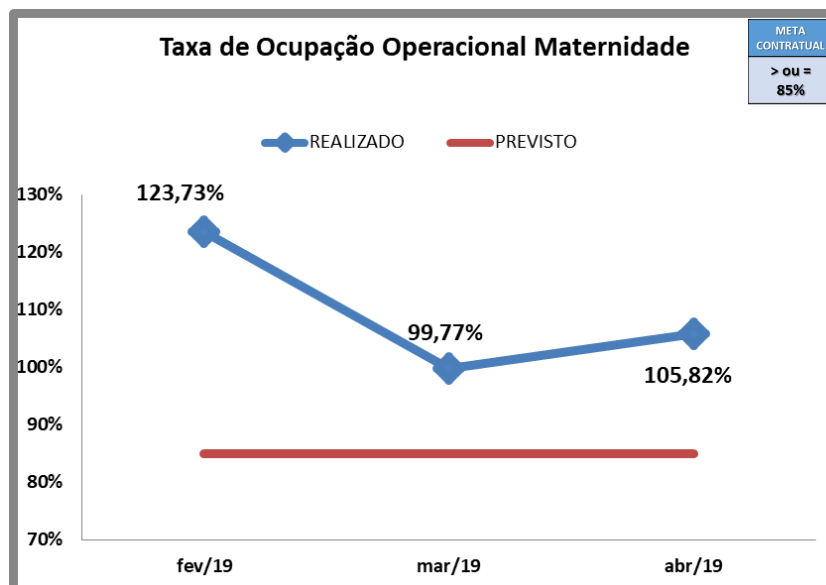


#### 4.3.16 Taxa de Ocupação Operacional Leitos Cirúrgicos Neurocirurgia



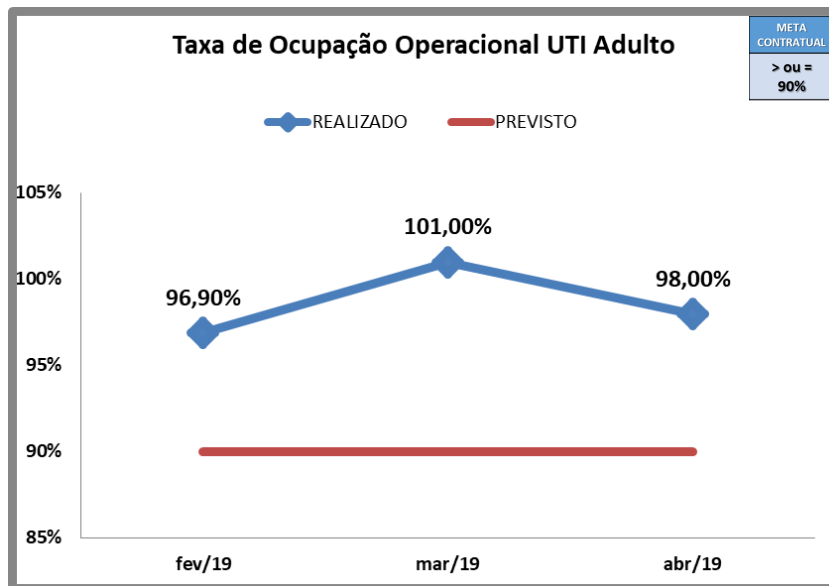
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.17 Taxa de Ocupação Operacional Maternidade



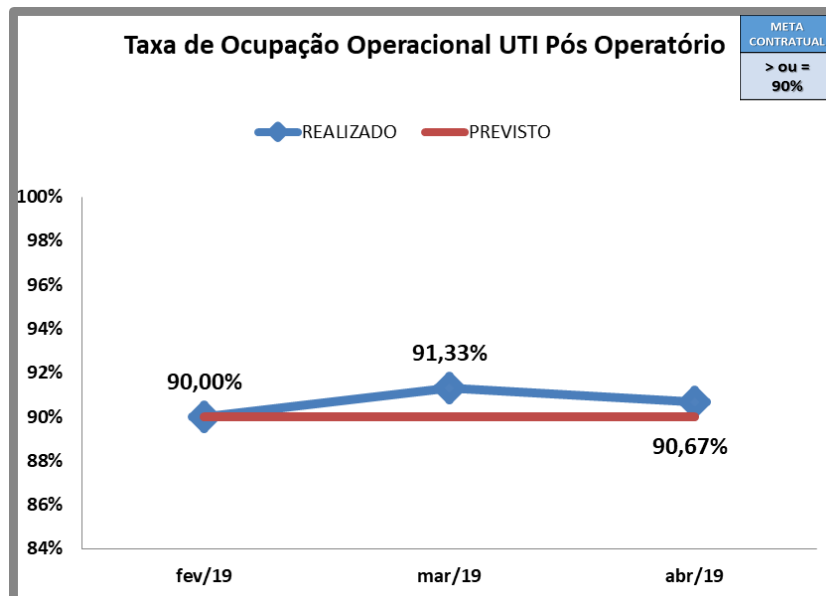
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.18 Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto



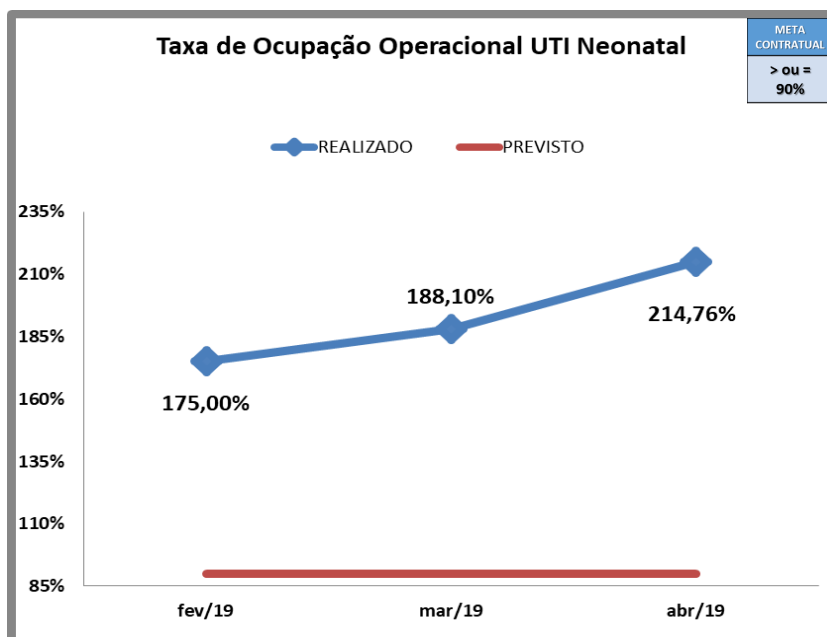
Fonte: Sistema Soul MV

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



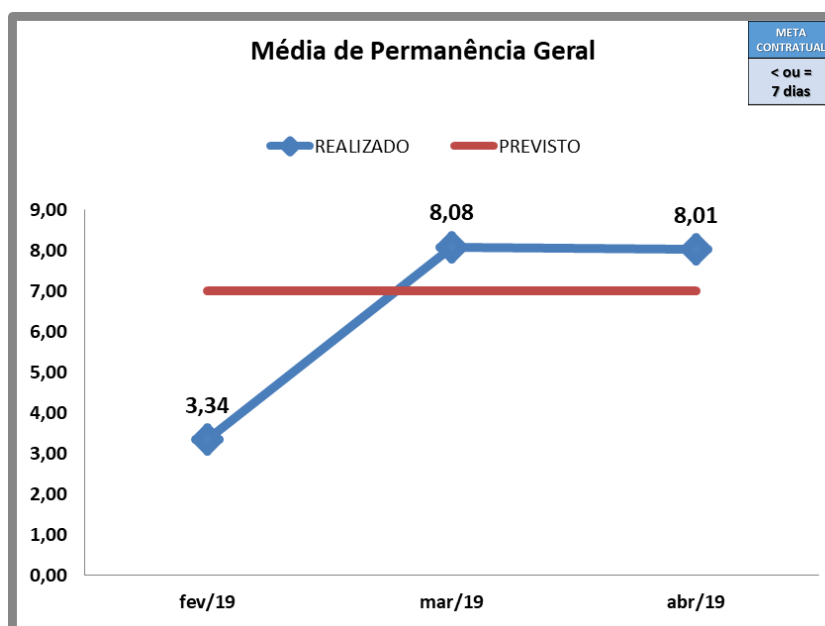
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.20 Taxa de Ocupação Operacional UTI Neonatal



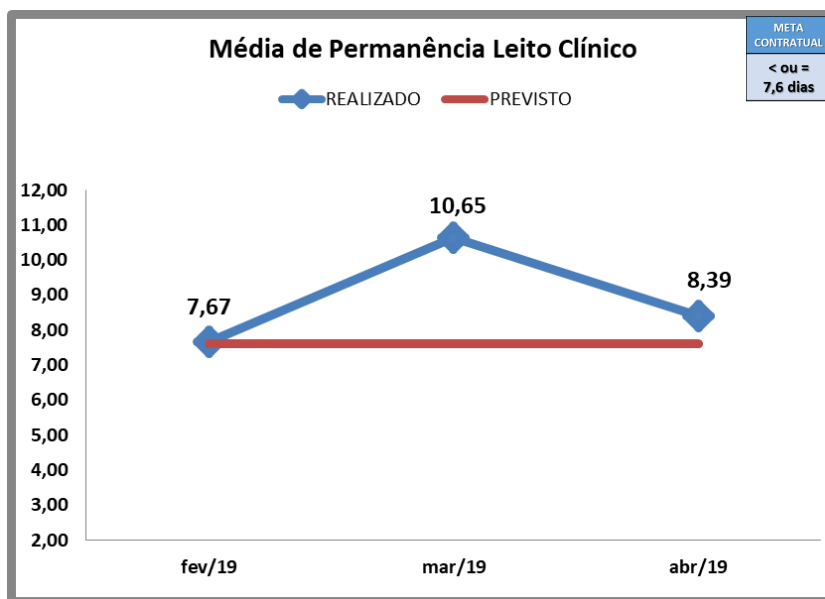
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.21 Média de Permanência Geral



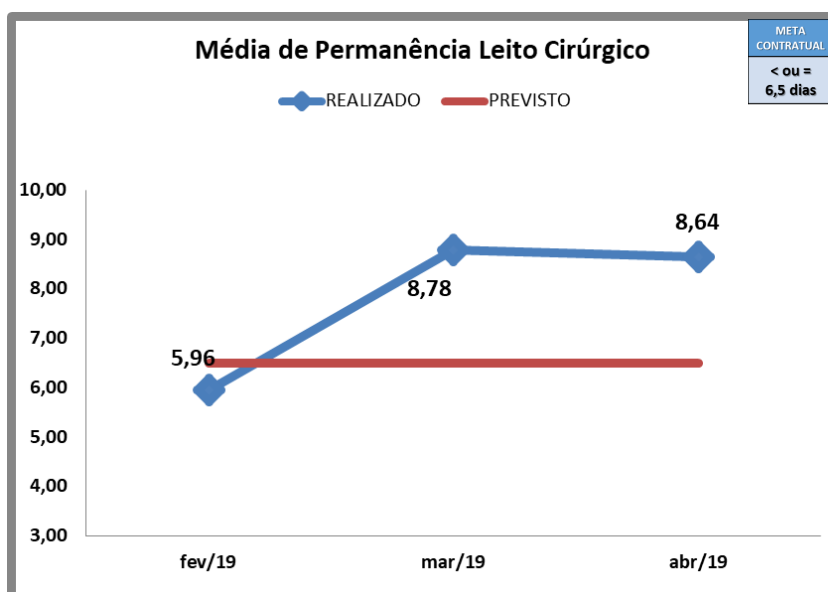
Fonte: Sistema Soul MV

### 4.3.22 Média de Permanência Leito Clínico



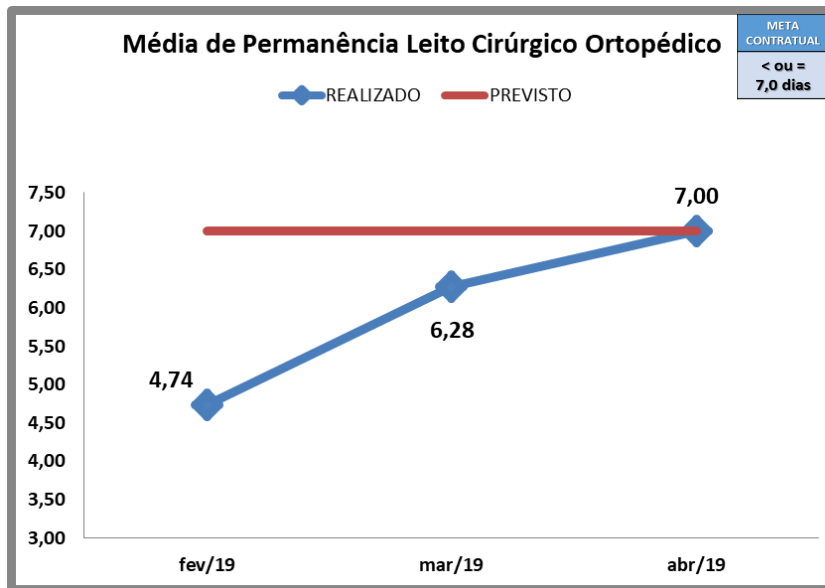
Fonte: Sistema Soul MV

### 4.3.23 Média de Permanência Leito Cirúrgico



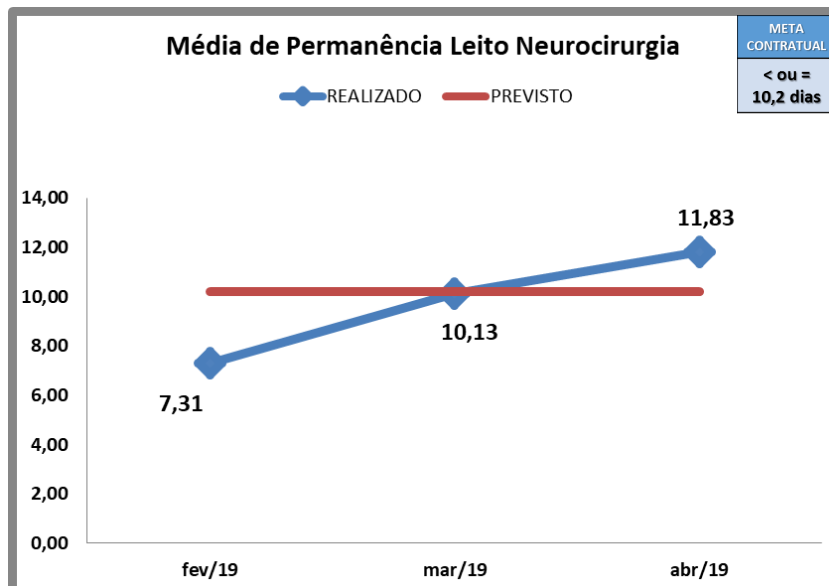
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.24 Média de Permanência Leito Cirúrgico Ortopédico



Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.25 Média de Permanência Leito Neurocirurgia



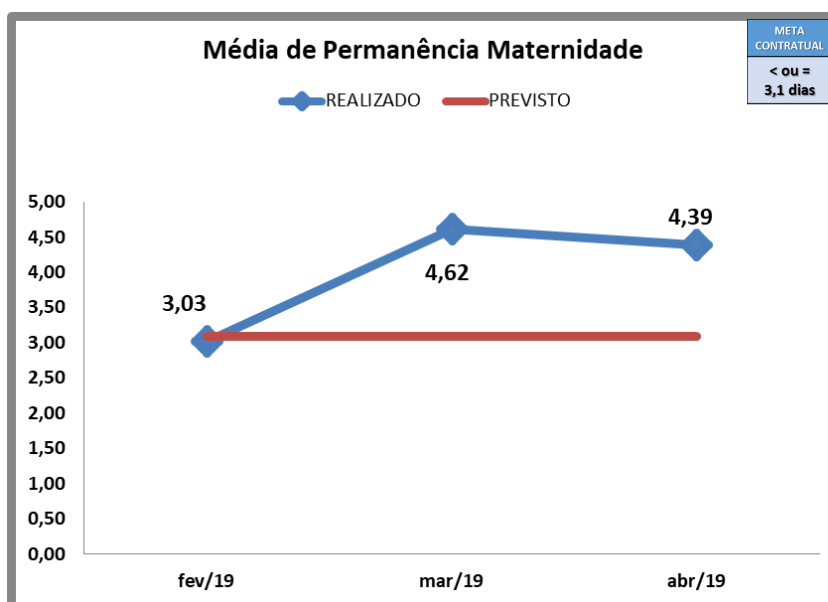
Fonte: Sistema Soul MV

#### Comentário:

O tempo médio de permanência manteve-se acima do preconizado na meta contratual, no que pertine aos leitos de cirurgia geral, neurocirurgia e clínicos.

Algumas ações continuam sendo adotadas com foco na melhoria do desempenho, tais como: A troca de algumas equipes quando evidenciado o desempenho abaixo do esperado, a contratação de especialidades de apoio, no com intuito de diminuir o tempo de espera do parecer ou necessidade de transporte do paciente para consulta em outra instituição hospitalar, ou até mesmo, transferência hospitalar. O Instituto já iniciou a revisão dos processos de trabalho, traçando estratégias junto aos gestores clínicos de cada setor, para a realização do novo modelo de governança, promovendo o entrosamento junto a equipe, com o foco na melhoria dos resultados a serem alcançados.

#### 4.3.26 Média de Permanência Maternidade



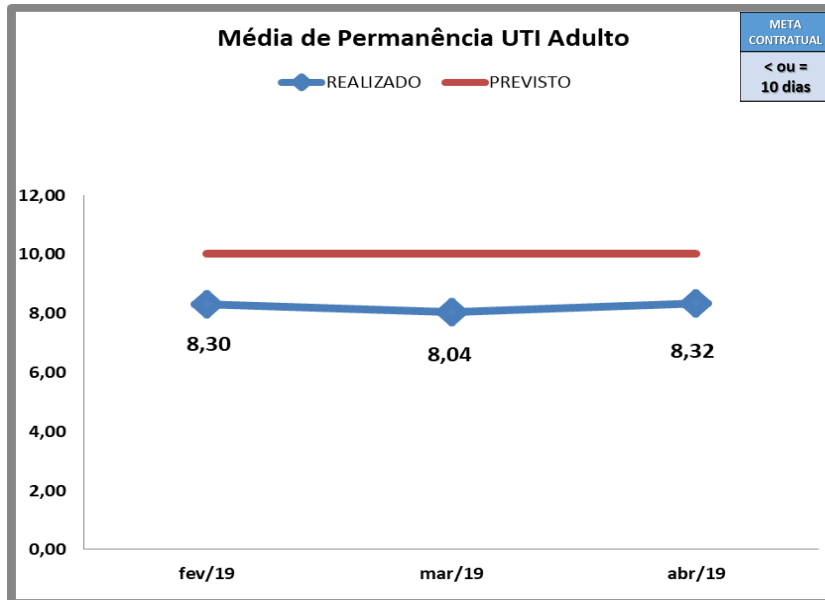
Fonte: Sistema Soul MV

#### Comentário:

Devido ao perfil dos pacientes da maternidade do hospital - gestantes de alto risco – evidenciando maior tempo quanto a internação, a média de permanência hospitalar tende a ultrapassar a meta.

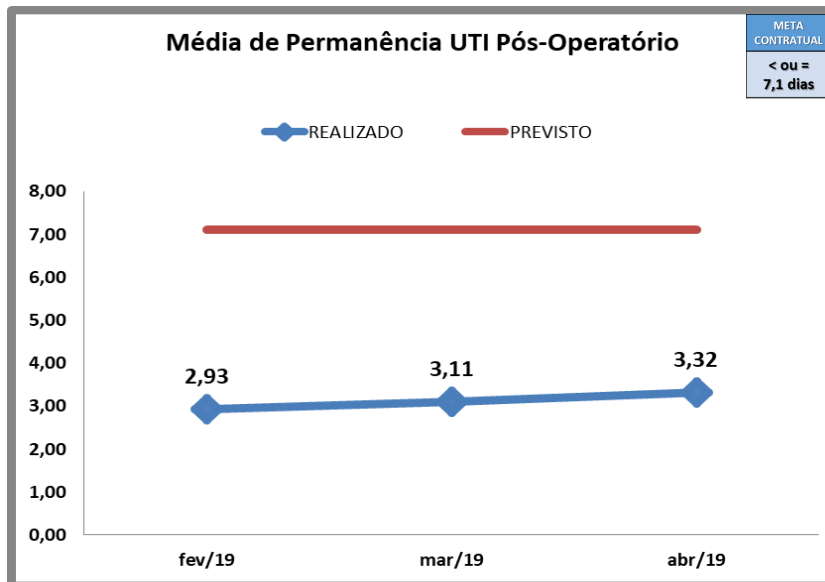
Entretanto, a unidade hospitalar vem trabalhando no mapeamento de processos para identificação de possíveis pontos de melhoria que possam contribuir no alcance da meta.

#### 4.3.27 Média de Permanência UTI Adulto



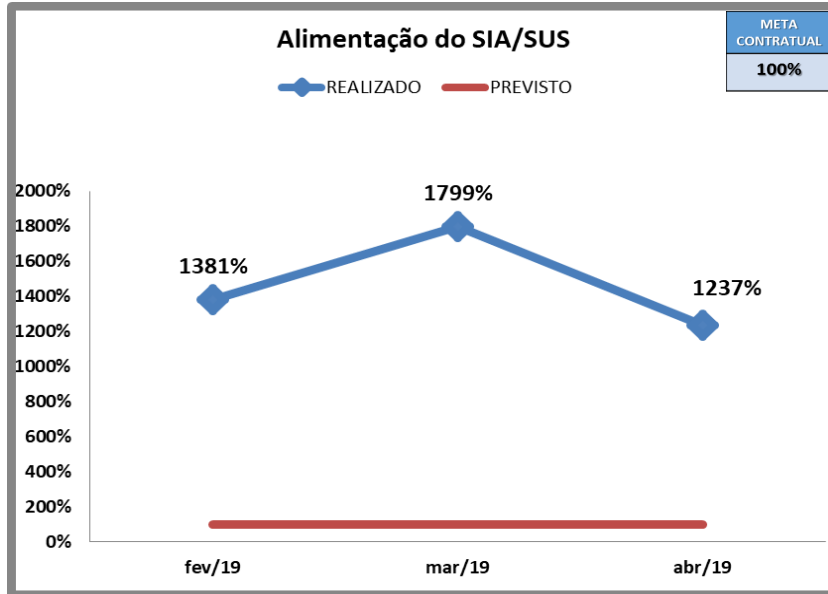
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.28 Média de Permanência UTI Pós Operatório



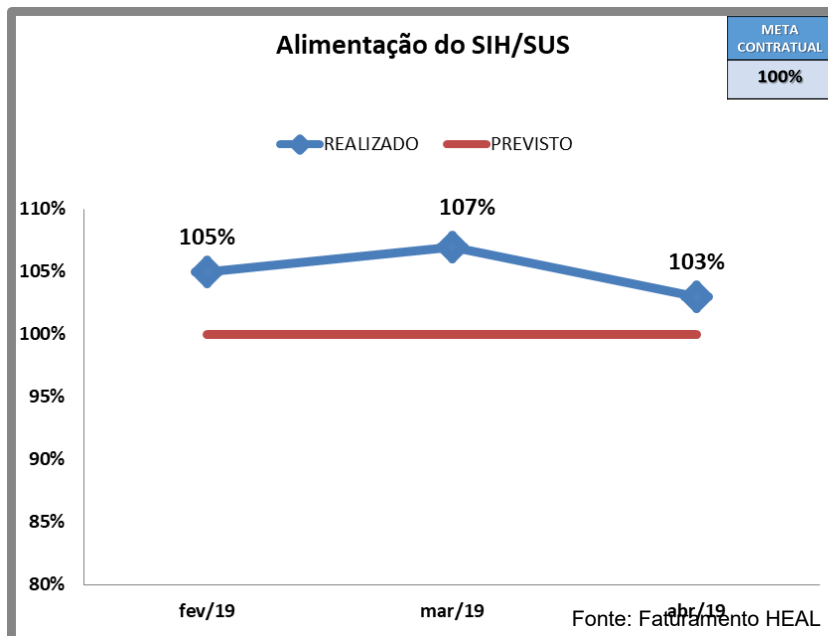
Fonte: Sistema Soul MV

#### 4.3.29 Alimentação do SIA/SUS



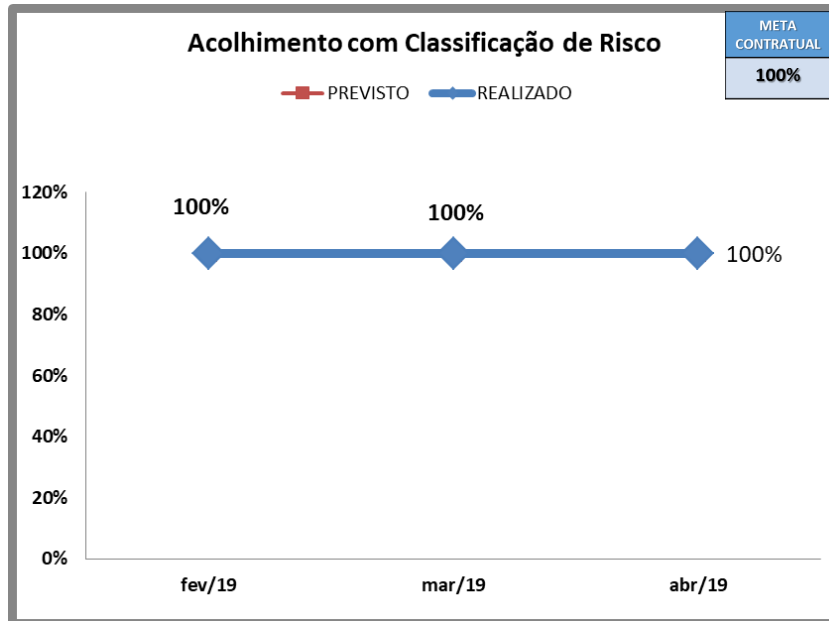
Fonte: Faturamento HEAL

#### 4.3.30 Alimentação do SIH/SUS



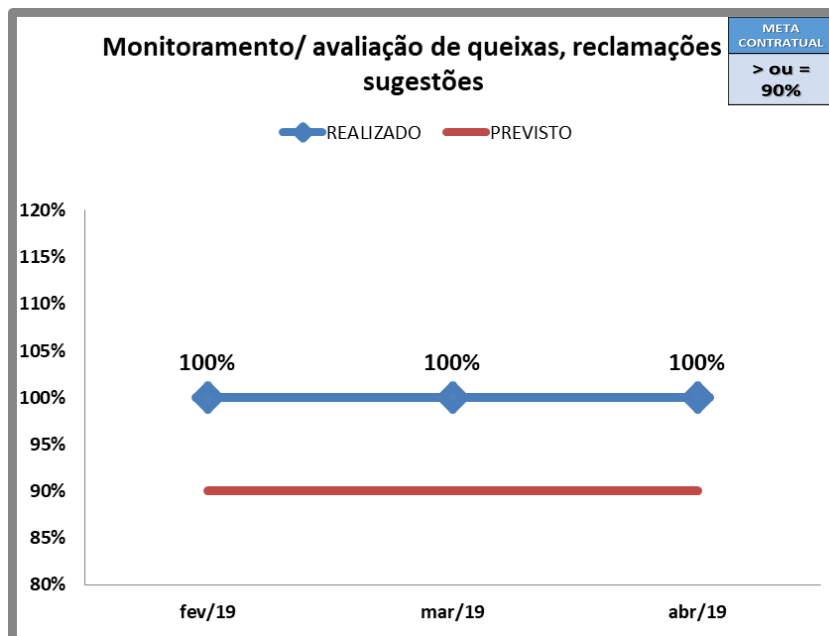


#### 4.3.31 Acolhimento com Classificação de Risco



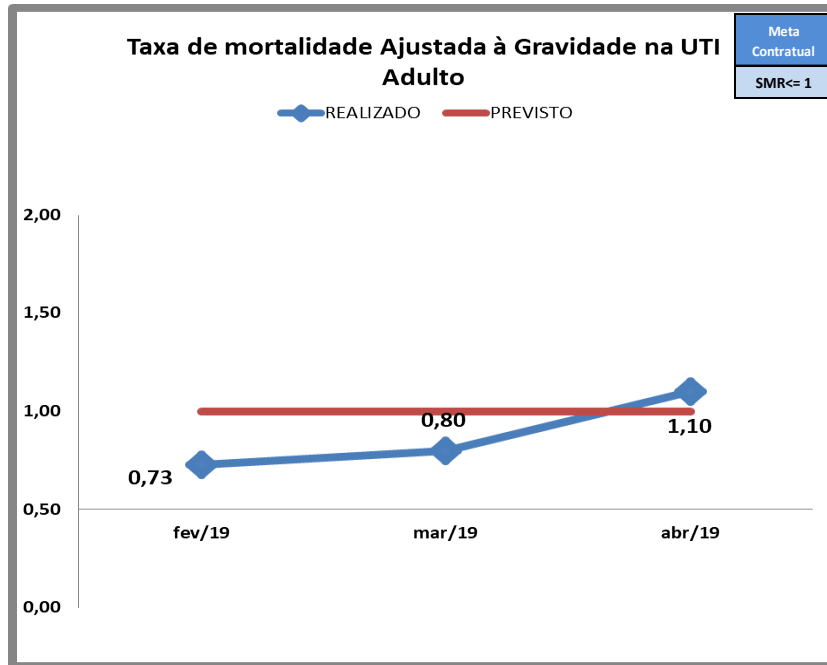
Fonte: Sistema MV

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

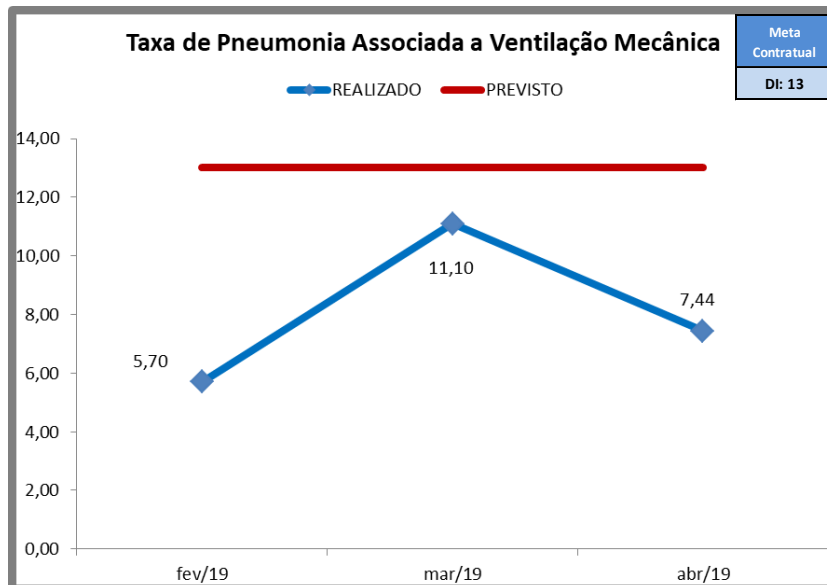


Fonte: Ouvidoria HEAL

#### 4.3.33 Taxa de mortalidade ajustada à gravidade na UTI adulto



#### 4.3.34 Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH/ HEAL

