
RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO

GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE
NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

ARAUCÁRIA/PR
13 A 31 DE NOVEMBRO/2021

Sumário

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO	4
2. OBJETO:	4
3. INTRODUÇÃO	4
4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS:.....	4
HISTÓRIA	5
OBJETIVO.....	7
COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA.....	9
Indicadores: Taxa de Ocupação:	9
B) Indicador: Média de Permanência:.....	17
C) Indicador: Monitoramento da permanência	24
D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:.....	25
E) Indicador: Taxa de cesárea	26
F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade.....	31
G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29):....	36
H) Indicador: Notificação de Agravos.....	40
COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE.....	41
I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:.....	41
J) Indicador: Incidência de queda do paciente:	46
K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:.....	47
L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura:	48
M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico:	49
N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente.....	50
COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE.....	51
O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos:.....	51
P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico:.....	52
Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas:	53
R) Indicador: Informação dos censos da UTI:.....	54
S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro:.....	55
T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:.....	56

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL.....	61
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar:	61
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:.....	63
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:.....	65
X) Indicador: CNES atualizado.	67
Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo.	68
Z) Indicador: Educação permanente.....	69
METAS QUANTITATIVAS	71
A) Indicador: Equipe Médica do HMA	71
B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA.....	72
C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA.....	73
D) Indicador: Ambulatório - HMA.....	74
E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA	76
F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA.....	77

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

Número do Contrato: 103.2021
Número do Processo: 108.142/2021
Conveniado: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES
CNPJ: 73.027.690/0001-46
Tipo Beneficiário: Entidade Filantrópica
Interveniente: Sem interveniência
Município: Chavantes

Natureza da Despesa:
3.3.50.43.00.00 3.3.90.39.50.30
Fonte dos Recursos: 1000 / 3000 1303 / 3303 1496 / 3496

2. OBJETO:

Gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Municipal de Araucária (HMA).

3. INTRODUÇÃO

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE – O.S.S.

Fundação: 31 de agosto de 1923.

Constituição jurídica: Associação civil de direito privado, sem fins lucrativos e filantrópica.

Atuação: Saúde, Educação e Assistência Social.

Unidade Própria: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Chavantes

4. PERÍODO DE APURAÇÃO DOS DADOS:

Novembro 2021 (a partir de 13/11/2021)

HISTÓRIA

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes – SCMC** é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada no ano de 1923. Possui unidade própria, o Hospital da Santa Casa de Chavantes, que funciona ininterruptamente há mais de 90 anos, atendendo a população da cidade de Chavantes e região do Departamento Regional de Saúde – DRS de Marília.

Em 2020, com a experiência de seus diretores e conselheiros, que atuam há mais de 15 anos em Gestão de Equipamentos de saúde, tornou-se uma Organização Social de Saúde – OSS, estando capacitada a formalizar contratos de gestão com os mais diversos entes governamentais.

O corpo diretivo da SCMC é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços.

Dito isto, considerando que a **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**, a qual possui vasto know-how e expertise no gerenciamento de serviços de saúde e capacidade para contribuir na gestão a Saúde, com o objetivo de garantir atendimento em saúde oportuno e qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática organizacional, bem como os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das Unidades e serviços contratados, visando o atendimento, a integralidade e a multidisciplinaridade da atenção de acordo com os padrões, diretrizes e protocolos assistenciais, buscando atingir os objetivos, a seguir:

MISSÃO:

Promover Saúde Pública com a eficiência do setor privado.

VISÃO

Ser modelo e referência em gestão de serviços de saúde no terceiro setor

VALORES

- Transparência
- Resolutividade
- Lealdade
- Integridade
- Compromisso
- Ética

OBJETIVO

- ✓ Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, com equipe técnica qualificada para atuação no atendimento de usuários do SUS, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações;
- ✓ Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;
- ✓ Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos e cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Estabelecer rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais;
- ✓ Atender os pressupostos e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado,

responsabilização e humanização;

- ✓ Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;
- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração dos sistemas de informação nos níveis primário e secundário;
- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- ✓ Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- ✓ Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- ✓ Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- ✓ Priorização da avaliação por resultado.

A seguir, apresentamos através de gráficos os Indicadores de Qualidade, Monitoramento e Desempenho.

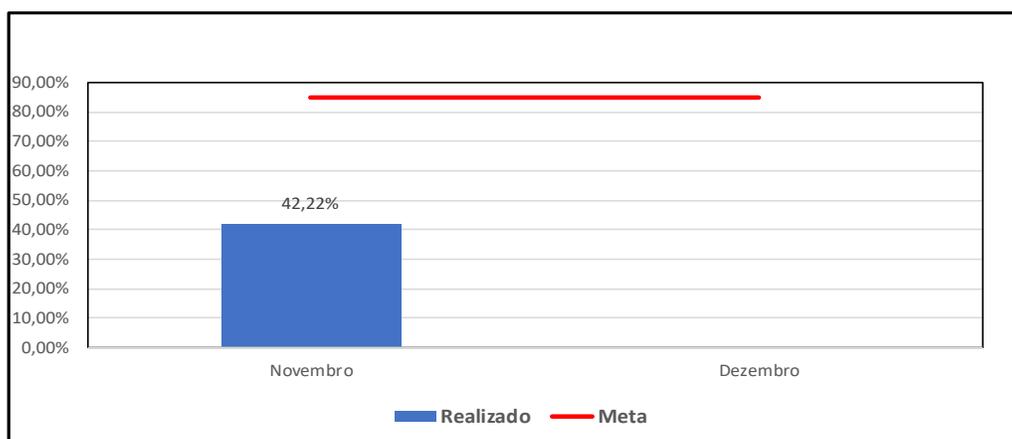
COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA

Indicadores: Taxa de Ocupação:

Figura 01. Taxa de ocupação da Pediatria \geq 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA TAXA DE OCUPAÇÃO - PEDIATRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	13	13
Realizado	42,22%	
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Durante este mês ocorreram internações com indicação de isolamento por quadro pandêmico na clínica pediátrica. A cada 03 leitos existe uma perda de 06 leitos, não sendo possível absorver todas as indicações de internamento.

A gestão anterior analisou e estruturou o fluxo para internamento dos recém nascidos, sendo estabelecido que os RNs sem condições de alta após as primeiras 48 horas á contar do nascimento seriam internados na UI Obstétrica no leito onde a parturiente estava ocupando, ou seja, ao dar a alta melhorado para a "mãe", o RN era inserido no sistema tasy e ocupava o leito de mesma numeração onde se encontrava a mãe. Esta conduta foi inserida para prevenir estes pacientes contra possíveis vírus e bactérias existentes na UI pediátrica, pois o setor de pediatria é considerado "portas abertas" e o P.A.I. é a referência no município de Araucária para atendimento e internação de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, este fluxo será reavaliado pela gestão, porém não houve tempo hábil para alteração dos protocolos até o dia 30 de novembro, devido ao processo de transição contratual entre as OSS e entre prestadores de serviços médicos.

Plano de ação:

1. A correção do fluxo está sendo definido junto com a Diretoria Técnica e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH, para evitar a perda de ocupação do leitos utilizados para os isolamentos.
2. Estamos desenvolvendo um plano de ação para desmembrar os indicadores da pediatria e da obstetrícia para atender o edital, portanto neste indicador estamos apresentando juntos até formatarmos o novo processo.

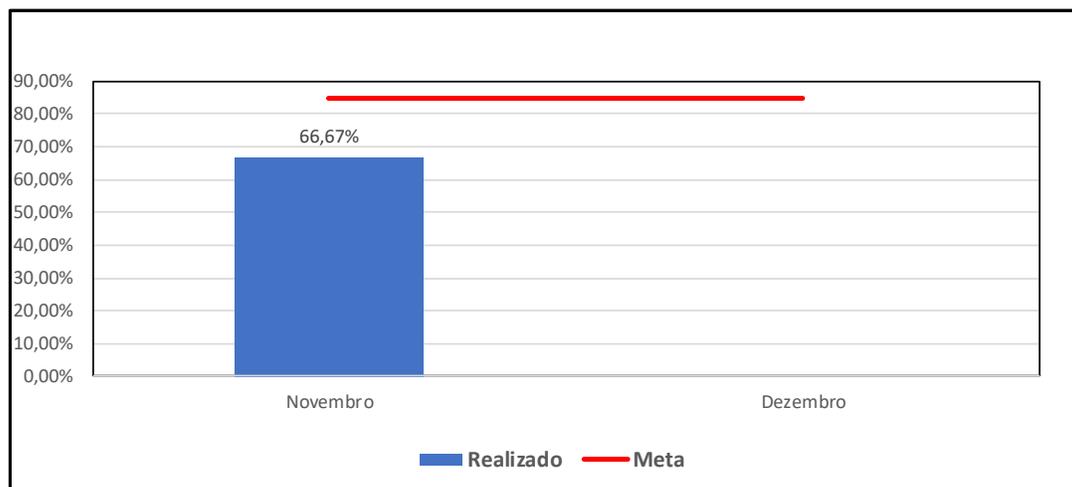
Anexo I - Taxa de ocupação UI Pediátrica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

Figura 02. Taxa de ocupação da Cirurgia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - CLÍNICA CIRÚRGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	13	13
Realizado	66,67%	
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Considerando as novas metas previstas no Contrato de Gestão nº103/2021, onde ocorreu a inserção de novos procedimentos cirúrgicos previstos e o ajuste das quantidades das especialidades existentes no contrato anterior, sabe-se que a oferta realizada pela gestão anterior era de volume menor, não havendo tempo hábil para avaliação e captação de novos pacientes regulados pela central do município.

Durante este mês ocorreu o ajuste do fluxo para autorização da internações hospitalares conforme previsto no Contrato de Gestão, sendo necessária a autorização prévia da auditoria médica da SMSA.

Plano de ação:

A gestão tem como um dos seus principais objetivos prestar atendimento humanizado e de qualidade, por este motivo as pacientes submetidas a cirurgia ginecológica (curetagem pós aborto, histerectomia, ooforectomia, entre outros não relacionados aos partos) serão acolhidas e classificadas no pronto atendimento obstétrico, após a triagem são transferidas para os leitos da UI Cirúrgica.

Organizar o agendamento das cirurgias eletivas previamente, conforme fluxo desenhado junto com o NAS, o qual prevê auditoria in loco 02 (duas) vezes por semana (terça e quinta-feira, 02 horas por dia), a fim de cumprir o pactuado em contrato e otimizar as filas internas do HMA e as filas cirúrgicas da SMSA.

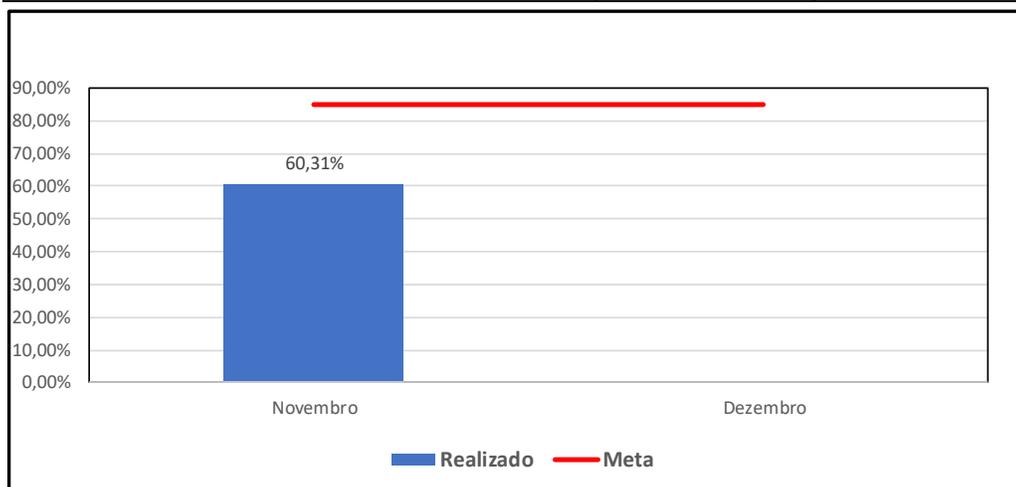
Anexo II - Taxa de ocupação UI Clínica Cirúrgica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

Figura 03. Taxa de ocupação da Internação Geral $\geq 85\%$

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - INTERNAÇÃO GERAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	84	84
Nº Total de internações no período	292	
Realizado	60,31%	
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Em relação aos pacientes cirúrgicos considerando as novas metas previstas no Contrato de Gestão nº103/2021, onde ocorreu a inserção de novos procedimentos cirúrgicos previstos e o ajuste das quantidades das especialidades existentes no contrato anterior, sabe-se que a oferta realizada pela gestão anterior era de volume menor, não havendo tempo hábil para avaliação e captação de novos pacientes regulados pela central do município.

Houve ainda a necessidade de realizar internações com indicação de isolamento por quadro pandêmico na clínica pediátrica. A cada 03 leitos existe uma perda de 06 leitos, não sendo possível absorver todas as indicações de internamento.

Plano de ação:

1. Organizar o agendamento das cirurgias eletivas previamente, conforme fluxo desenhado junto com o NAS, o qual prevê auditoria in loco 02 (duas) vezes por semana (terça e quinta-feira, 02 horas por dia), a fim de cumprir o pactuado em contrato e otimizar as filas internas do HMA e as filas cirúrgicas da SMSA.
2. Intensificar as buscas nos sistemas complementares de regulação e implantar indicadores que possam demonstrar por meio de relatórios a efetividade do fluxo estabelecido e quantificar o número de pacientes transferidos via regulação para internação em Hospitais de alta complexidade que ofereçam serviços não habilitados no HMA.

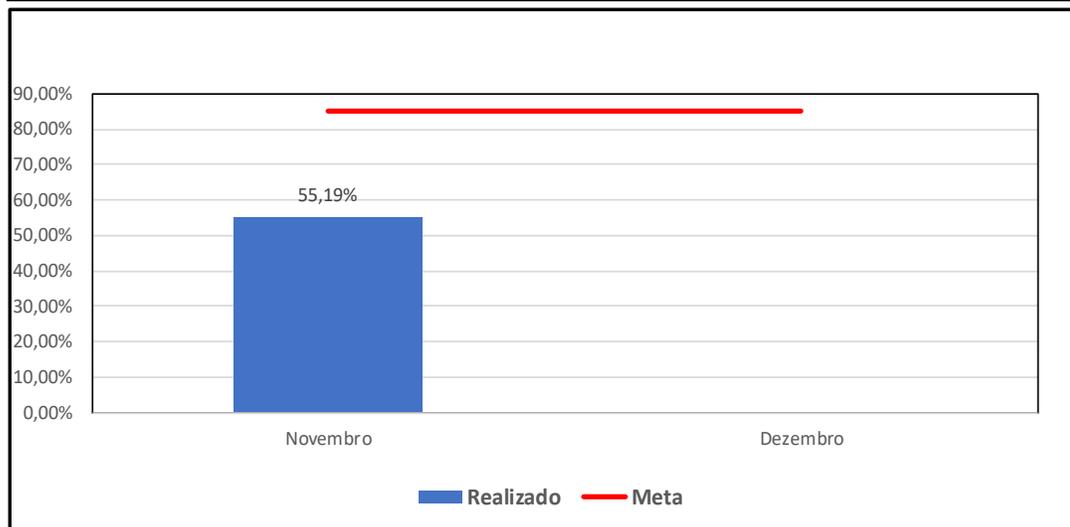
Anexo III - Taxa de ocupação Geral

FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

Figura 06. Taxa de ocupação da Internação Clínica $\geq 85\%$

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	15	15
Realizado	55,19%	
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Ao analisar o relatório de internados por procedência concluiu-se que, durante o período de 13 a 30 deste mês o número de pacientes que buscaram atendimento médico por procura direta com necessidade de tratamento clínico em leito de unidade de internação foi de 2%, ou seja, dos 449 atendimentos realizados no pronto atendimento geral apenas 09 foram internados na clínica médica. Dos pacientes referenciados via NIR (UPA, SAMU e SMS) foram admitidos 40 casos, perfazendo um total de 8,91%, concluiu-se que o número de encaminhamentos foi abaixo do desejado.

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão dos fluxos com a Unidade de Terapia Intensiva.

Anexo XXI - Relatório geral de atendimentos

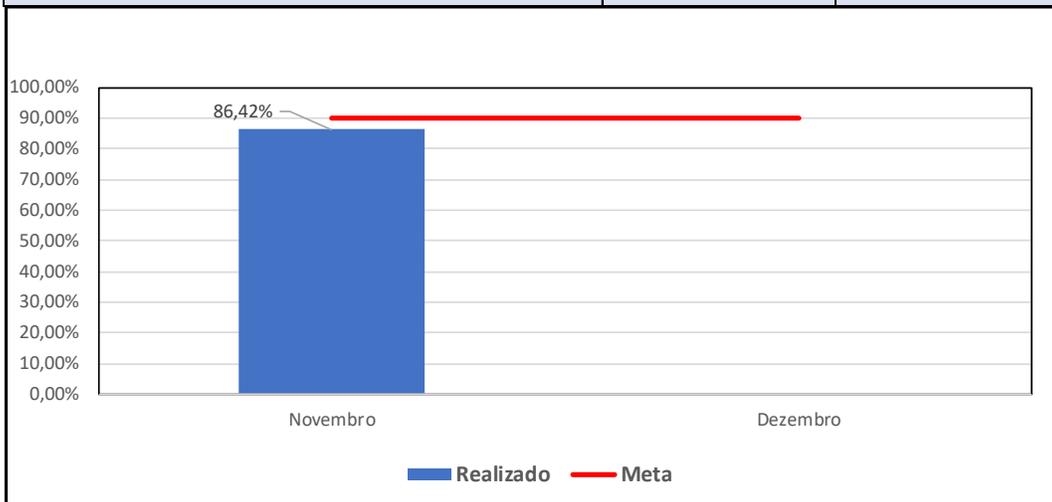
Anexo V - Taxa de ocupação UI Clínica Médica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

Figura 07. Taxa de ocupação da UTI Adulto \geq 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI ADULTO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	9	9
Realizado	86,42%	
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

A média de permanência dos pacientes internados no período analisado foi de 9,33, perfazendo um índice de giro de leito igual a 2,60, dá-se devido aos 08 casos internamentos de longa permanência por complicações clínicas dos pacientes:

- 1) J.C.S 49a, at: 1096300, intern: 90 dias, HAS, DM, DRC Diabética, ICC;
- 2) R.R 49a, at: 1100324, intern: 59 dias, PC, Derrame Pleural, DPOC exarcebado;
- 3) S.S, 82a, at: 1106909, intern: 49 dias, Derrame Pleural Bilateral, BPN, DPOC
- 4) M.L.O, 71a, at: 1110636, intern: 28 dias, IRC Dialítica (grave), Leucocitose, POT Artroplastia Quadril Direito com infecção de FO;
- 5) I.C.S.S, 70a, at: 1114508, intern: 13 dias, IC Descompensado, AVE, DPOC, HAS;
- 6) M.G.N.M, 61 anos, at: 1117191, 13 dias, IRC;
- 7) I.V.S, 72a, at: 1119920, intern: 11 dias, DPOC, Sepses Pulmonar, HB 7,8<7,7;
- 8) J.S, 77a, at: 1121436, intern: 8 dias, ICC, EAP Hipertensivo, DM;

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Conscientização da equipe assistencial do protocolo de cuidados paliativos;
3. Revisão dos fluxos relacionados às diálises / UTI.

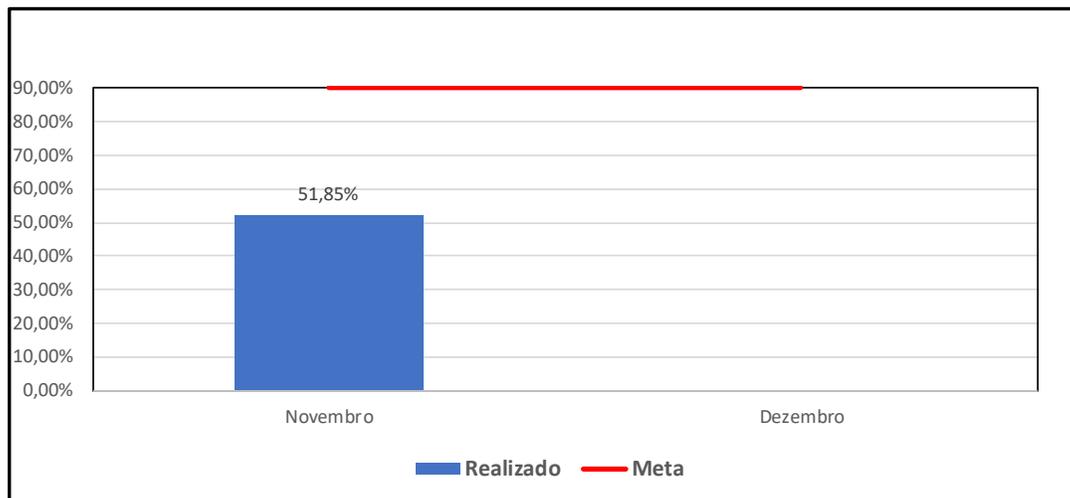
Anexo VI - Taxa de ocupação UTI Adulto

FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

Figura 08. Taxa de ocupação da UTI Pediátrica $\geq 90\%$

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	3	3
Realizado	51,85%	
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Ao analisar o relatório de internados por procedência concluiu-se que, durante o período de 13 a 30 deste mês o número de pacientes que buscaram atendimento médico por procura direta foi 3082 atendimentos realizados no pronto atendimento infantil, sendo 29 com necessidade de tratamento clínico em leito de unidade de internação, dos quais 27 foram admitidos na UI clínica pediátrica e 02 para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Ocorreram 06 transferências de pacientes com necessidade de tratamento especializado em hospitais de referência, sendo:

- 1) M.C.V.B 5a10m - ATD: 1119976, Mot: Abdome agudo - HPP - Cirurgia Pediatrica;
- 2) D.M.F 1a5m - ATD: 1120866, Mot: Insuficiência respiratória aguda + descompensação renal a/e - HPP - Nefrologia;
- 3) A.H.P.M -3a2m - ATD:1122462- pancitopenia febril - Makenzi - Hematologia;
- 4) J.P.M.S -1m21d - ATD:1121617 - Cardiopatia A/E - Angelina Caron - Cirurgia cardíaca;
- 5) R.B.M - 2a2m - ATD:11022027 - Crise convulsiva A/E - Makenzi - Neurologia;
- 6) E.K.V - 12a11m - ATD: 1121900 - Queimadura - Makenzi - Queimados.

Ressaltamos que neste período não houveram solicitações externas da Centra de Leitos Médicos.

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão dos fluxos com a Rede.

Anexo VII - Taxa de ocupação UTI Pediátrica

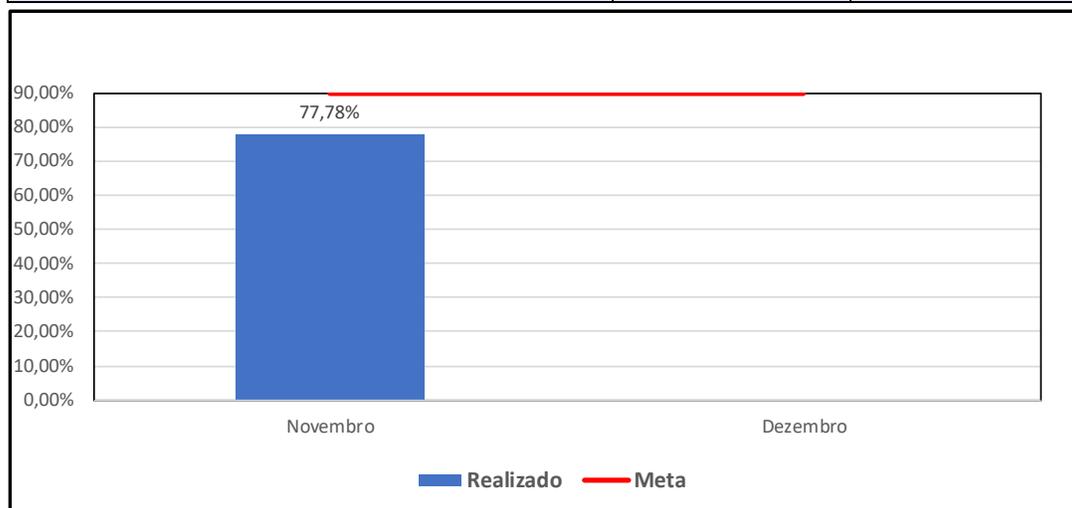
Anexo XX - Internados no período por procedência

Anexo XXII - Relatório planilha de controle de transferencias via NIR

Figura 09. Taxa de ocupação da Unidade Neonatal \geq 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI NEONATAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	5	5
Realizado	77,78%	
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Estiveram internados na UTI Neonatal o total de 06 pacientes, sendo 04 com média de permanência superior a 14 dias.

Justifica-se devido aos RN's (04 gemelares - gestação de alto-risco), prematuridade extrema, baixo peso e casos de recém nascidos sem acompanhamento pré-natal.

01) RN GA DE D. A. S. - ATD: 1112789, **intern: 33 dias** - 32 SEM. + 4 D, 33 DI

02) RN GB DE D. A. S. - ATD:1112789, **intern: 33 dias** - 32 SEM. + 4 D

03) RN GA T. L. R. - ATD:1112824, **intern: 22 dias** - 32 SEM + 1 D

04) RN GB T. L. R. - ATD:1112828, **intern: 22 dias** - 32 SEM + 1 D

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão dos protocolos clínicos, a fim de otimizar os tratamentos e garantir a qualidade da alta hospitalar reduzindo o tempo médio de permanência em leito de UTI.

Anexo VIII - Taxa de ocupação UTI Neonatal

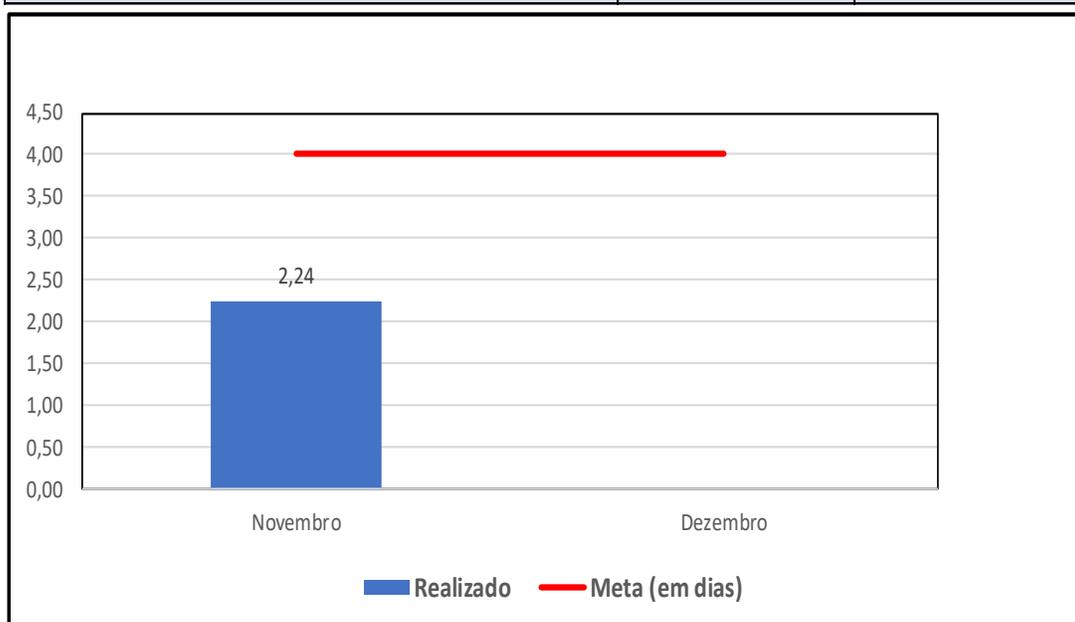
FONTE: Sistema Tasy - Relatório cod.900

B) Indicador: Média de Permanência:

Figura 10. Manter a Média de Permanência da Pediatria ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - PEDIATRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	13	13
Realizado	2,24	
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. Na UTI pediátrica ficamos com 2,24 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

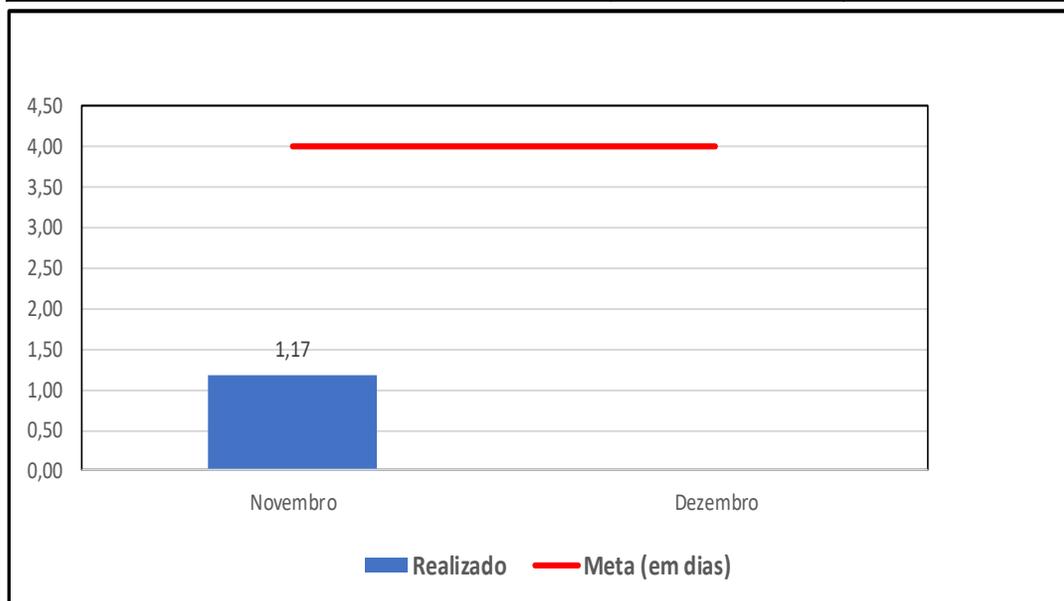
Anexo IX - Média de permanência UI pediátrica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório 1009

Figura 11. Manter a Média de Permanência da Cirurgia ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLÍNICA CIRÚRGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	13	13
Realizado	1,17	
Meta (em dias)	4	4



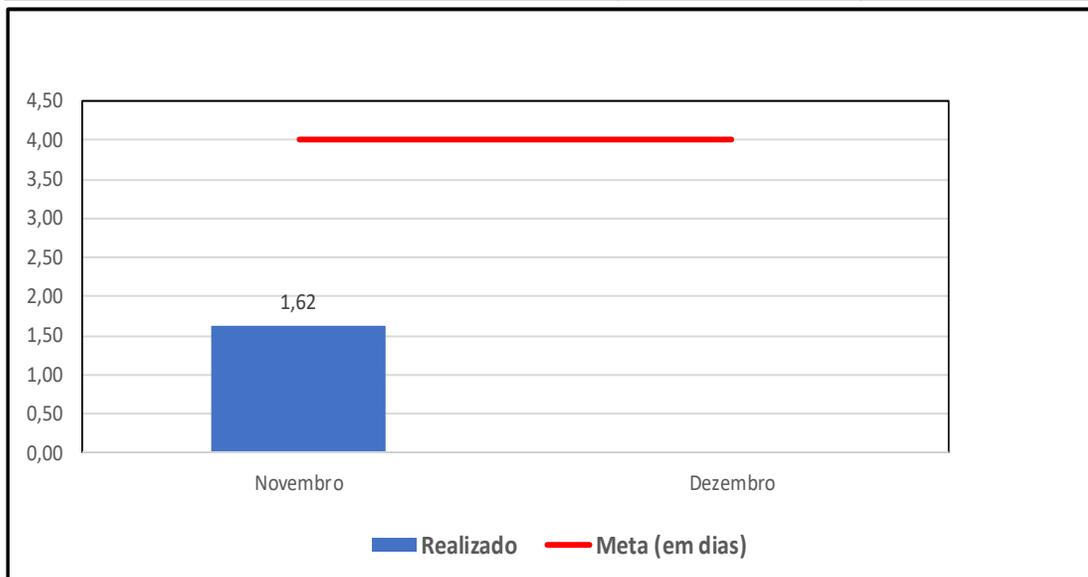
ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.Meta realizada. Na UI cirurgica ficamos com 1,17 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.
Anexo X - Média de permanência UI cirúrgica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório 888

Figura 12. Manter a Média de Permanência da Ginecologia e Obstetrícia \leq 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	18	18
Realizado	1,62	
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. Na UI obstétrica ficamos com 1,62 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência. Estamos desenvolvendo um plano de ação para desmembrar os indicadores da pediatria, ginecologia e obstetrícia para atender o edital, portanto neste indicador estamos apresentando juntos até formatarmos o novo processo.

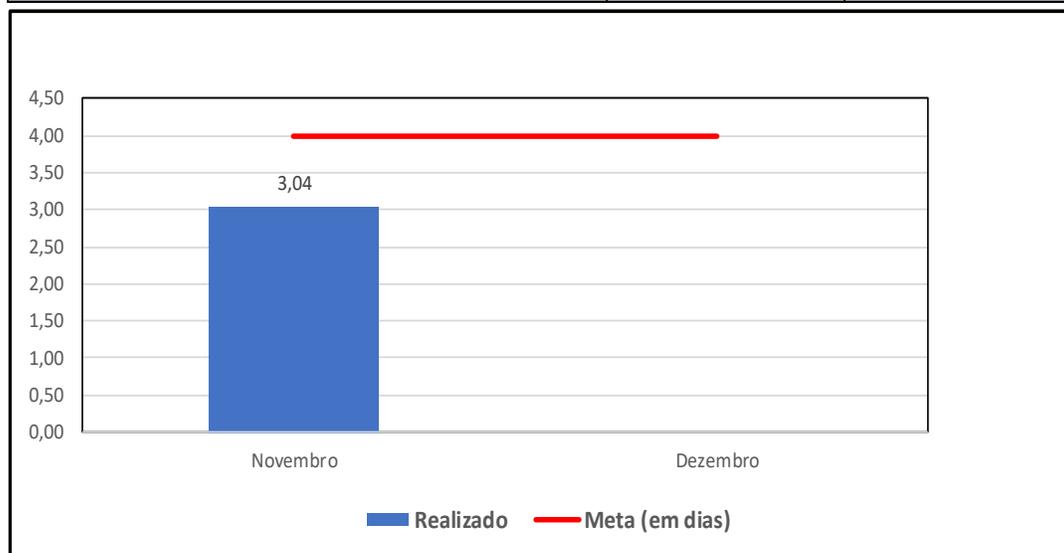
Anexo XI - Média de permanência UI obstétrica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório 1054

Figura 14. Manter a Média de Permanência da Clínica Médica \leq 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLÍNICA MÉDICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	15	15
Realizado	3,04	
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. Na UI clínica médica ficamos com 3,04 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

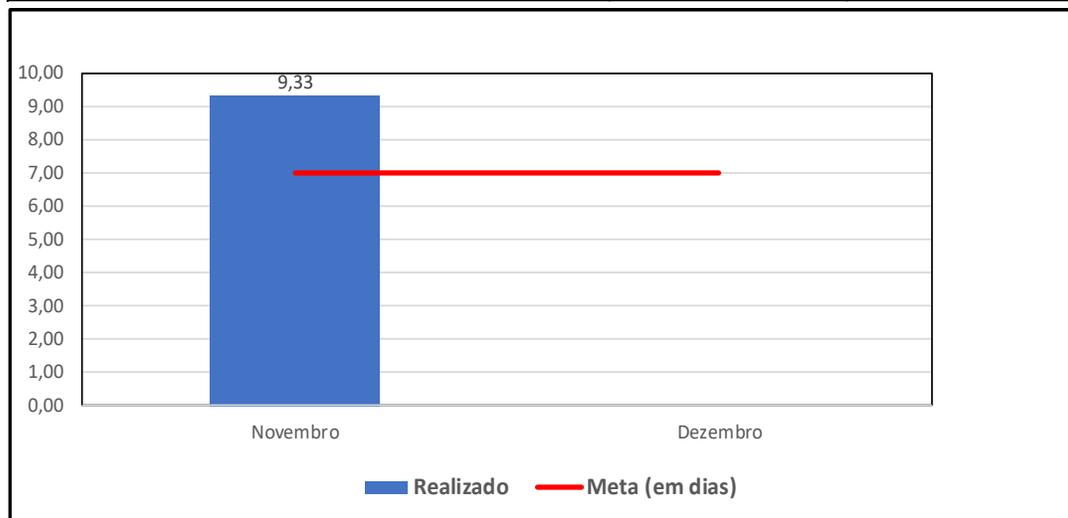
Anexo XII - Média de permanência UI clínica médica

FONTE: Sistema Tasy - Relatório 1051

Figura 15. Manter a Média de Permanência da UTI Adulto \leq 07 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI ADULTO

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	9	9
Realizado	9,33	
Meta (em dias)	7	7



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. Na UTI adulto ficamos com 9,33 dias de permanência, acima da meta de 07 dias de permanência.

A média de permanência dos pacientes internados no período analisado foi de 9,33, dá-se devido aos 08 casos internamentos de longa permanência por complicações clínicas dos pacientes:

- 1) J.C.S 49a, at: 1096300, intern: 90 dias, HAS, DM, DRC Diabética, ICC;
- 2) R.R 49a, at: 1100324, intern: 59 dias, PC, Derrame Pleural, DPOC exarcebado;
- 3) S.S, 82a, at: 1106909, intern: 49 dias, Derrame Pleural Bilateral, BPN, DPOC
- 4) M.L.O, 71a, at: 1110636, intern: 28 dias, IRC Dialítica (grave), Leucocitose, POT Artroplastia Quadril Direito com infecção de FO;
- 5) I.C.S.S, 70a, at: 1114508, intern: 13 dias, IC Descompensado, AVE, DPOC, HAS;
- 6) M.G.N.M, 61 anos, at: 1117191, 13 dias, IRC;
- 7) I.V.S, 72a, at: 1119920, intern: 11 dias, DPOC, Seps Pulmonar, HB 7,8<7,7;
- 8) J.S, 77a, at: 1121436, intern: 8 dias, ICC, EAP Hipertensivo, DM;

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Conscientização da equipe assistencial do protocolo de cuidados paliativos;
3. Revisão dos fluxos relacionados às diálises / UTI.

Anexo VI - Taxa de ocupação UTI Adulto.

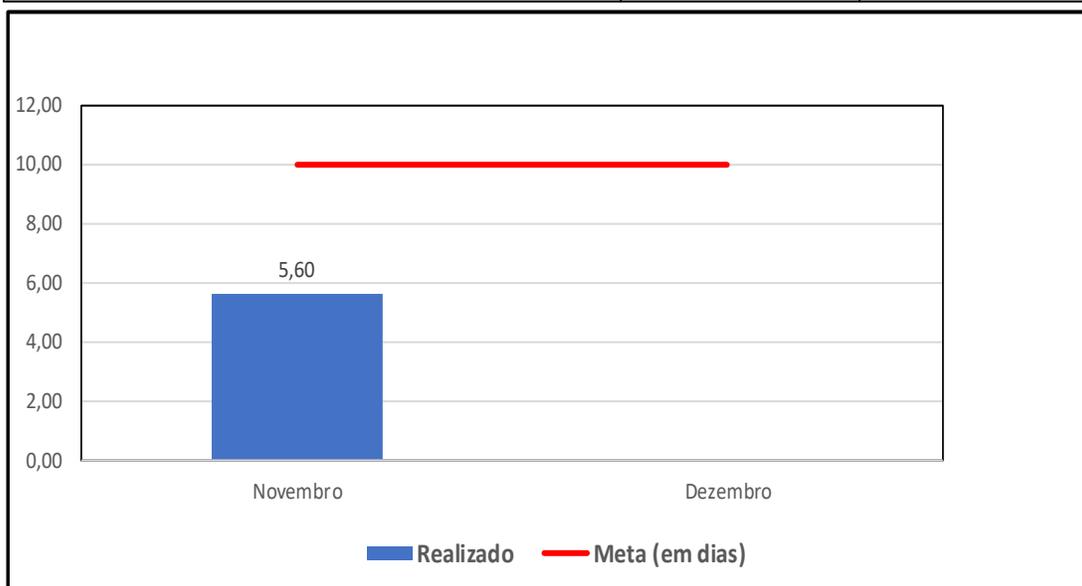
Anexo XIII - Média de permanência UTI Adulto

FONTE: Sistema Tasy

Figura 16. Manter a Média de Permanência da UTI Pediátrica \leq 10 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	3	3
Realizado	5,60	
Meta (em dias)	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. Na UTI pediátrica ficamos com 5,60 dias de permanência, abaixo da meta de 10 dias de permanência.

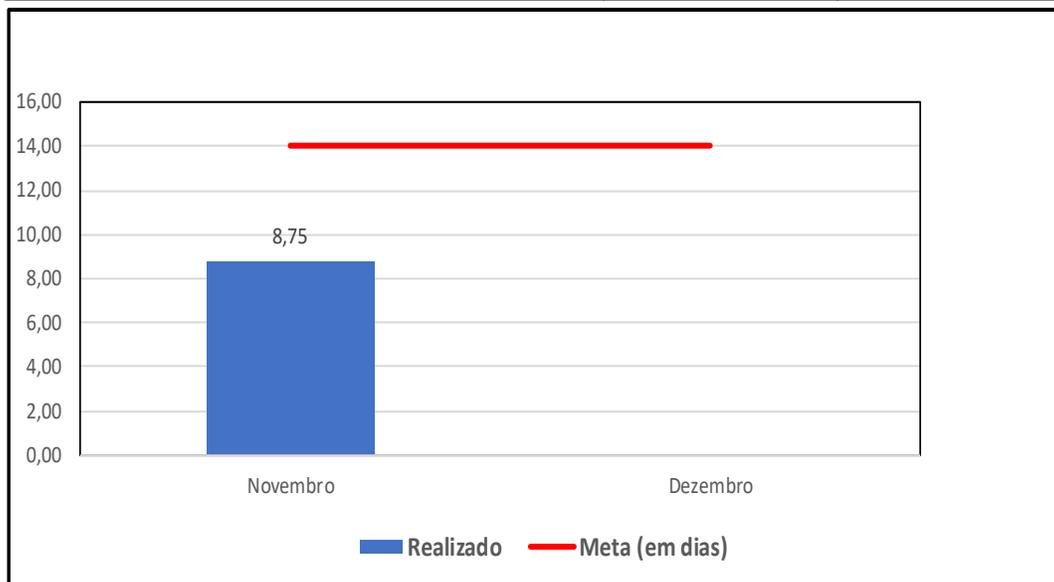
Anexo XIV - Média de permanência UTI Pediátrica

FONTE: Sistema Tasy

Figura 17. Manter a Média de Permanência na Unidade Neonatal \leq 14 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - NEONATAL

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	5	5
Realizado	8,75	
Meta (em dias)	14	14



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. Na UTI neonatal ficamos com 8,75 dias de permanência, abaixo da meta de 14 dias de permanência.

Anexo XV - Média de permanência UTI Neonatal

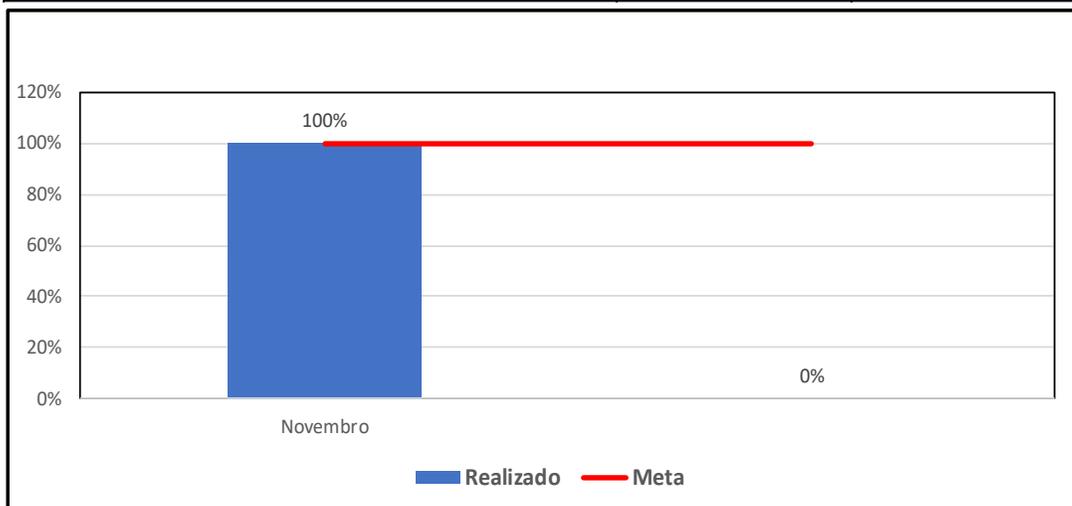
FONTE: Sistema Tasy

C) Indicador: Monitoramento da permanência

Figura 18. Realizar KANBAN em 100% das enfermarias e observações dos Pronto Socorro e Pronto Atendimento.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MONITORAMENTO DE PERMANÊNCIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº Internações (enf. e P.A) Kanban	292	0
Nº Internações realizadas	292	0
Realizado	100%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

Plano de ação: A reclassificação utilizando o Protocolo é realizada a cada 12 horas, pelos enfermeiros do serviço, conforme a rotina já instituída.

O Censo da Enfermagem terá identificação por cores e estarão a disposição nos postos.

O formulário estará salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo. Para implantar o kanban será necessário que usemos a identificação do tempo nos censos Assistencias e formulários sejam preenchidos e impressos em tamanho A2 numa segunda etapa, com identificação do nome e grau de complexidade, hora da internação e nome da especialidade. Além disso, é fundamental a atualização em períodos dos dados do kanban por parte dos operadores (enfermeiros assistenciais). O conjunto de dados será analisado e apresentado por meio de gráficos, apresentando as possíveis medidas de intervenção, tais como:

- Inovimentação ativa nos e entre os postos assistenciais definir temporalidade por complexidade definir sistema de sinalização da adequação temporal
- Definir medidas para a inadequação temporal definir indicadores Medir / consolidar os resultados Os dados do kanban serão tabulados no programa Microsof Office Excel.

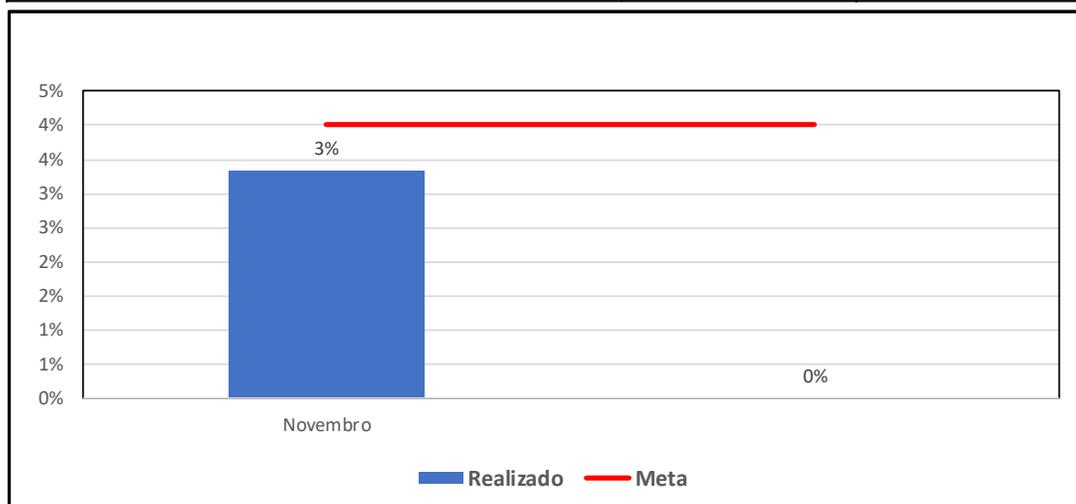
FONTE: Sistema Tasy

D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:

Figura 19. Apresentar Taxa de suspensão de cirurgias em pacientes internados \leq 4%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de cirurgias programadas	60	
Nº de cirurgias suspensas	2	
Realizado	3%	#DIV/0!
Meta	4%	4%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Foram canceladas 02 Cirurgias pediátricas eletivas devido aos reajustes contratuais dos prestadores de serviços médicos, previsão de conclusão do trâmite contratual em dezembro de 2021.

Segue relatório nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XVI - C - Faturamento_Nominais Novembro.**

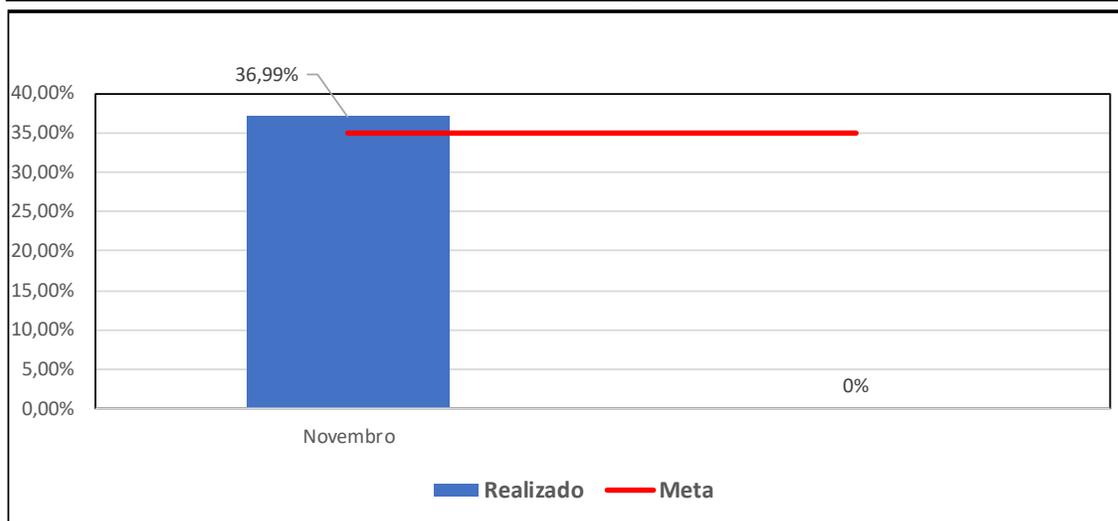
FONTE: Sistema Tasy / prontuário médico

E) Indicador: Taxa de cesárea

Figura 20. Apresentar Taxa de cesárea \leq 35%.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE CESÁRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de cesárias indicação clínica/médica	27	
Nº de cesárias por Legislação	10	
Nº total partos realizados	73	
Realizado	36,99%	#DIV/0!
Meta	35%	35%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

A Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020, dá o direito a todas as gestantes do Paraná escolher sua via de parto, seja ele normal ou cesáreo.

Podemos observar que foram realizados 10 partos cesarianos a pedido da paciente os quais foram embasados na Lei, perfazendo um total de 27,03% do total partos cesáreos realizados.

Observamos ainda que 26 cesáreas foram realizadas devido a emergências obstétricas com risco iminente de morte ao binômio, perfazendo um total de 70,27% do total de partos cesarianos.

E 01 parto cesariano ocorreu á pedido da paciene, porém sem estar equadrada na Lei 20.127/2020, sendo esta 2,70% do total de cesáreas realizadas.

Plano de ação:

1. Realizar ações juntamente com a SMSA, para concientização quanto a importância da realização do plano de parto;

2. Realizar ações internas com a comissão de humanização;

3. Rever fluxos e protocolos internos junto á equipe da obstetrícia

Detalhamento de todos os procedimentos na figura 20.1; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

FONTE: Sistema Tasy / Estatística Enfermagem

Figura 20.1; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO	IG	CRITERIO	
1	1117531	40	BOLSA ROTA + FALHA DE PROGRESSÃO DE TRABALHO DE PARTO
2	1119563	39	CARDIOTOCGRAFIA NÃO TRANQUILIZADORA
3	1119620	39+6	COVID 19 POSITIVO
4	1121469	40+2	DESACELERAÇÃO TARDIA COM BRADICARDIA FETAL ATÉ 80BPM
5	1117300	34+6	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
6	1117197	38+6	DESEJO MATERNO
7	1122241	37	DM2-ID + HAS + OBESIDADE + CST ANTERIOR + COLO DESFAVORAVEL
8	1119841	38+1	DMG - MTF 1G/D + ITERATIVIDADE + RUPREME
9	1118879	39+3	DMG + DHEG
10	1122914	37+3	DMG + HAS + HIPOTIROIDISMO
11	1119323	38	DMG-ID + CST ANTERIOR + COLO DESFAVORÁVEL
12	1122860	38+6	DMG-ID + ILA AUMENTADO + HX OF
13	1117960	39	FALHA DE INDUÇÃO
14	1120085	37+2	FALHA DE INDUÇÃO
15	1121756	39+2	FALHA DE INDUÇÃO
16	1123275	39	FETO PÉLVICO
17	1121720	39+2	FETO PÉLVICO
18	1118780	37+3	GESTAÇÃO A TERMO + RCIU
19	1117192	39+1	ITERATIVIDADE
20	1119847	37+2	ITERATIVIDADE EM TRABALHO DE PARTO INICIAL
21	1117378	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
22	1118349	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
23	1118791	39+4	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
24	1119210	39+6	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
25	1120169	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
26	1121064	39+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
27	1121070	40+4	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
28	1121530	39+5	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
29	1121817	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
30	1122379	39+5	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
31	1120435	38+5	MACROSSOMIA FETAL COM PFE >97
32	1121277	40+1	MECONIO ++
33	1117320	34+5	PRÉ ECLÂMPZIA GRAVE
34	1119850	39+6	PRESENÇA DE MECONIO ++
35	1119451	37+4	RCF ESTAGIO + DMG + GESTAÇÃO A TERMO
36	1118387	38+3	RUPREME + CST ANTERIOR COM COLO DESFAVORÁVEL
37	1122293	39+1	SOFRIMENTO FETAL AGUDO + PARADA SECUNDÁRIA DA DILATAÇÃO

FONTE: Sistema Tasy / Estatística Enfermagem

Figura 20.2; Relatório sintético, total de indicação dos partos cesarianos.

Rótulos de Linha	Contagem de CRITERIO
Bolsa rota + falha de progressão de trabalho de parto	1
Cardiotocografia não tranquilizadora	1
Covid 19 positivo	1
Desaceleração tardia com bradicardia fetal até 80bpm	1
Descolamento prematuro de placenta	1
Desejo materno	1
Dm2-id + has + obesidade + cst anterior + colo desfavorav	1
Dmg - mtf 1g/d + iteratividade + rupreme	1
Dmg + dheg	1
Dmg + has + hipotireoidismo	1
Dmg-id + cst anterior + colo desfavorável	1
Dmg-id + ila aumentado + hx of	1
Falha de indução	3
Feto pélvico	2
Gestação a termo + rciu	1
Iteratividade	1
Iteratividade em trabalho de parto inicial	1
Lei nº 20127 de 15/01/2020	10
Macrossomia fetal com pfe >97	1
Meconio ++	1
Pré eclâmpsia grave	1
Presença de meconio ++	1
Rcf estagio + dmg + gestação a termo	1
Rupreme + cst anterior com colo desfavorável	1
Sofrimento fetal agudo + parada secundária da dilatação	1
Total Geral	37

FONTE: Sistema Tasy / Estatística Enfermagem

Figura 20.3; Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

Lei 20.127 - 15 de Janeiro de 2020

Publicada no [Diário Oficial nº. 10605](#) de 15 de Janeiro de 2020

Altera a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1.º Altera o inciso VII do art. 3º da Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, que passa a vigorar com a seguinte redação:

VII – o parto adequado, respeitadas as fases biológica e psicológica do nascimento, garantindo que a gestante participe do processo de decisão acerca de qual modalidade de parto atende melhor às suas convicções, aos seus valores e às suas crenças;

Art. 2.º Acresce os §§ 1º, 2º, 3º e 4º ao art. 3º da Lei nº 19.701, de 2018, com a seguinte redação:

§ 1º O parto adequado mencionado no inciso VII deste artigo é aquele que:
I – promove uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura para a mãe e para o bebê;
II – garante à parturiente o direito a ter um acompanhante durante o parto e nos períodos pré-parto e pós-parto;
III – respeita as opções e a tomada de decisão da parturiente na gestão de sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto.(NR)

§ 2º Nas situações eletivas, é direito da gestante optar pela realização de cesariana, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, e tenha se submetido às avaliações de risco gestacional durante o pré-natal, na forma do inciso I deste artigo.

§ 3º A decisão tomada pela gestante deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, de modo a atender as características do parto adequado.

§ 4º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo o registro em prontuário.

Art. 3.º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Figura 20.4; Lei 19.701/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, revogada pela Lei 20.127/2020.



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ

Palácio do Governo, em 15 de janeiro de 2020.

Carlos Massa Ratinho Junior
Governador do Estado

Carlos Alberto Gebrim Preto
Secretário de Estado da Saúde

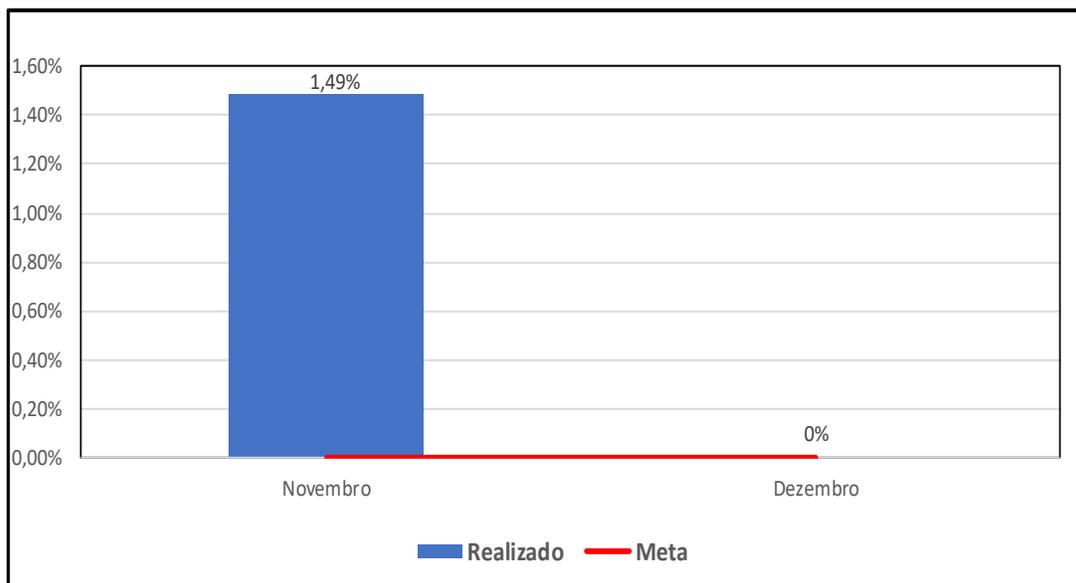
Guto Silva
Chefe da Casa Civil

Mabel Canto
Deputada Estadual

Figura 21.1; Taxa de Mortalidade Institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos (> 24 horas)	4	
Nº total de saídas	269	
Realizado	1,49%	#DIV/0!
Meta	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.2; Relatório de Análises de óbitos Adultos;

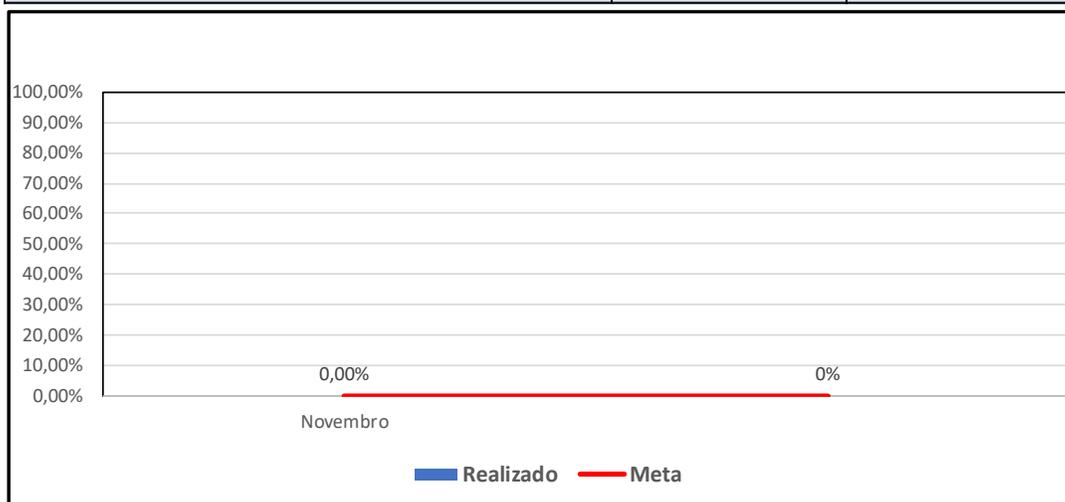
	Ata de Abertura			 <p>SANTA CASA de Misericórdia de Chavantes</p>
	Comissão de Revisão de Óbitos			
	Código: ATA.HMA.COBT.001	Versão: 001	Página: 1 de 1	

<p>1. Relação dos participantes: *Lista de presença em anexo.</p>
<p>2. Data Reunião: 13/12/2021</p>
<p>3. A Reunião Foram realizadas 05 análises de óbitos ocorridos no período de 13 a 30 de novembro de 2021, sendo 01 deles não institucional (paciente M.E.T, 62 anos, proveniente da UPA dia 19/11/2021 22:24h, óbito 20/11/2021 00:50h). Segue análise dos óbitos institucionais: Faixa etária:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 60,00% dos pacientes com idade entre 59 a 67 anos; ➤ 40,00% dos pacientes com idade entre 74 a 86 anos; <p>Tempo médio geral de permanência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 01 paciente com permanência de menos de 24 horas; ➤ 03 pacientes com média de permanência entre 01 e 07 dias; ➤ 01 paciente com média de permanência de 19 dias. <p>Tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 04 internados para tratamento clínico; ➤ 01 internado para tratamento cirúrgico. <p>Identificação dos pontos de atenção e transferência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 02 pacientes encaminhados da UPA ARAUCÁRIA; ➤ 01 paciente encaminhado via SAMU; ➤ 02 pacientes por Procura Direta. <p>Obs.: Todos via NIR – Núcleo Interno de Regulação HMA.</p> <p>Evitáveis, Não evitáveis ou Paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 01 Óbito de paciente em CUIDADO PALIATIVO; ➤ 04 Óbitos NÃO EVITÁVEIS; <p>Foram analisados 04 óbitos institucionais ocorridos no período de 13 a 30 do mês de novembro de 2021, e 01 não institucional, dos quais 20,00% do total representam os ocorridos em pacientes em estado paliativos e 80,00% os classificados como não evitáveis.</p>

Figura 21.3; Taxa de Mortalidade Materna;

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos maternos (até 7 dias após proc. Cirurgico)	0	
Nº partos e cesáreas realizadas	73	
Realizado	0,00%	#DIV/0!
Meta	N.A	N.A



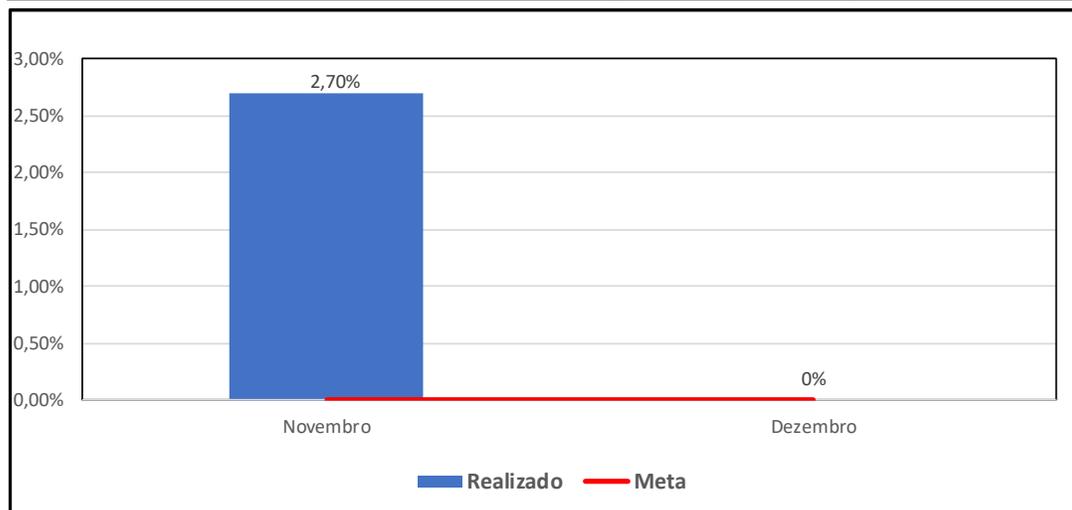
ANÁLISE CRÍTICA: Realizada análise de dois óbitos ocorridos no primeiro período do mês de novembro (01 á 12), Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS.
Não ocorreram óbitos maternos e/ou infantil no HMA do dia 13 até o dia 30 de novembro de 2021.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.4; Taxa de Mortalidade Cirúrgica.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE CIRURGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos cirúrgicos	2	
Nº total de cirurgias realizadas	74	
Realizado	2,70%	#DIV/0!
Meta	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Realizada análise, Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS.

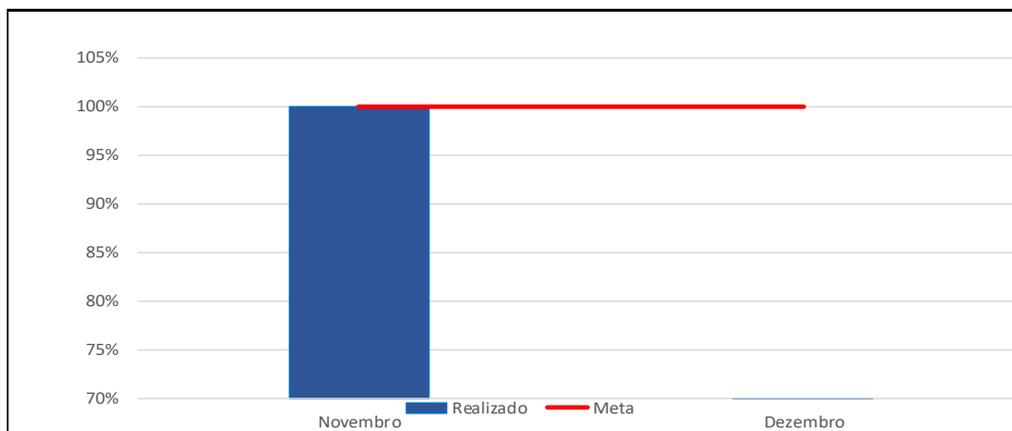
FONTE: Sistema Tasy

G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29):

Figura 22. Realizar acolhimento com classificação de risco, realizada por enfermeiro, em 100% dos usuários atendidos no Pronto Socorro e/ou no Pronto Atendimento infantil e obstétrico.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)	2026	
Nº de atendimentos realizados Verde Pouco Urgente (80 MINUTOS)	1589	
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)	297	
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)	44	
Nº de atendimentos realizados Vermelho emergência (imediate)	24	
Total de atendimentos classificados	3980	
Total de atendimentos realizados	3980	
Realizado	100%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foi realizado a soma de todas as classificações por porta de entrada conforme demonstrado na sequência, figura 22.1.

Plano de ação:

Como plano de ação foi disponibilizado um formulário e uma planilha de excel, os quais estão sendo preenchidos diariamente pelos enfermeiros dos setores. Nestes instrumentos contem os campos para preenchimento de todos os dados solicitados no contrato de gestão em relação aos tempos de classificação de risco (conforme a rotina já instituída), os mesmos estarão à disposição nos postos e o formulário estará salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo.

FONTE: Estatística de Enfermagem

Figura 22.1; Classificação por Pronto Atendimento

PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
Vermelho	4	0,89%
Laranja	3	0,67%
Amarelo	25	5,57%
Verde	181	40,31%
Azul	236	52,56%
TOTAL	449	100,00%

FONTE: Estatística de Enfermagem

PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
Vermelho	4	0,13%
Laranja	29	0,94%
Amarelo	255	8,27%
Verde	1156	37,51%
Azul	1638	53,15%
TOTAL	3082	100,00%

FONTE: Estatística de Enfermagem

PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
Vermelho	16	3,56%
Laranja	12	2,67%
Amarelo	17	3,79%
Verde	252	56,12%
Azul	152	33,85%
TOTAL CLASSIFICADO	449	100,00%

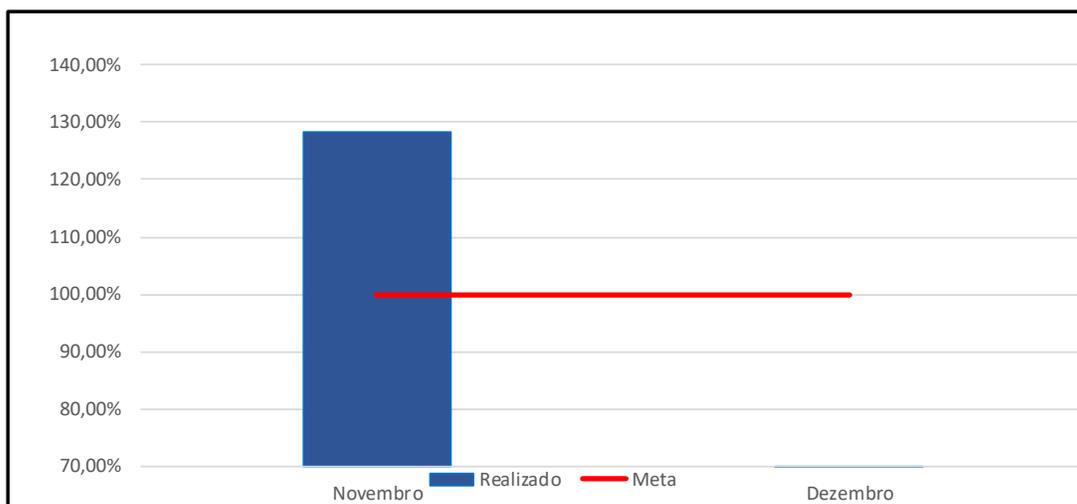
FONTE: Estatística de Enfermagem

Figura 23. Manter em até 8 minutos o tempo médio de espera dos pacientes para a classificação de risco, a partir do registro do paciente no sistema.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA

TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Tempo médio de espera para classificação real	0:10:16	
Tempo médio de espera para classificação (00:08)	0:08:00	
Total de atendimentos realizados	3980	
Realizado	128,33%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:10:16, ficando acima da meta de 00:08:00.

O indicador de tempo médio de espera para a classificação iniciou-se após o dia 13/11, não sendo possível obter todos os dados compilados para apresentação nesta prestação de contas, por este motivo o dado que se apresenta é correspondente a média obtida por meio de verificação de prontuários físicos (fichas de atendimento).

Plano de ação:

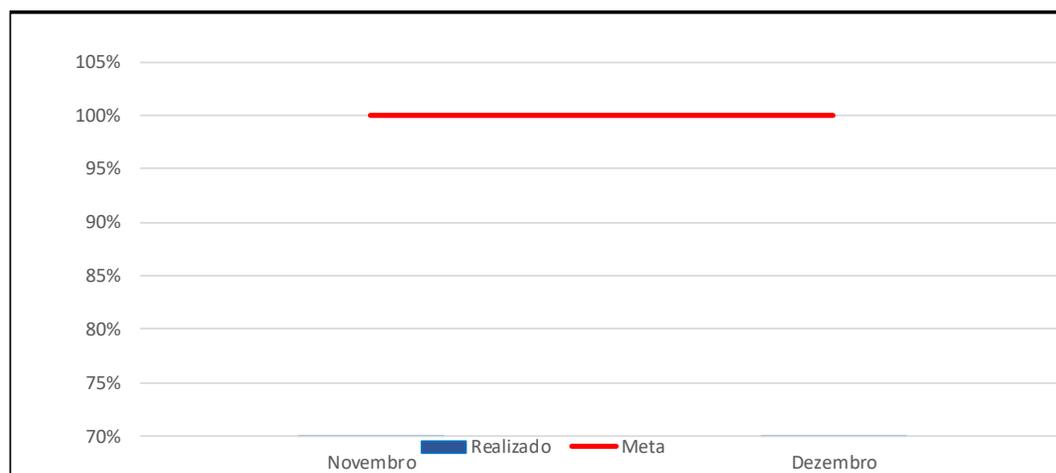
Como plano de ação foi disponibilizado um formulário e uma planilha de excel, os quais estão sendo preenchidos diariamente pelos enfermeiros dos setores. Nestes instrumentos contêm os campos para preenchimento de todos os dados solicitados no contrato de gestão em relação aos tempos de classificação de risco (conforme a rotina já instituída), os mesmos estarão à disposição nos postos e o formulário estará salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo.

FONTE: Estatística de Enfermagem

Figura 24. Manter em até 5 minutos o tempo médio de duração da classificação de risco.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Tempo médio de classificação (00:05)	0	
Total de atendimentos realizados	3980	
Realizado	0%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

O tempo médio de classificação será calculado através de formulário em planilha do excel, pelos enfermeiros do serviço, conforme a rotina já instituída que ficará a disposição nos postos.

Plano de ação: O formulário para preenchimento das informações pertinentes estará salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo.

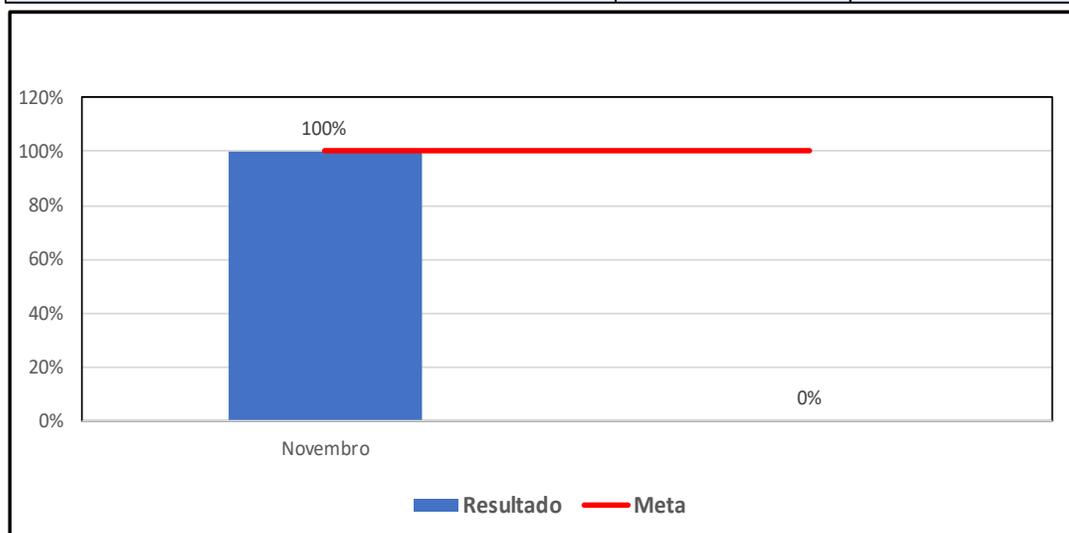
FONTE: Estatística de Enfermagem

H) Indicador: Notificação de Agravos

Figura 30. Notificar 100% dos agravos de notificação compulsória em saúde.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de notificação emitidas	175	
Nº de notificação registradas - SINAN	175	
Resultado	100%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

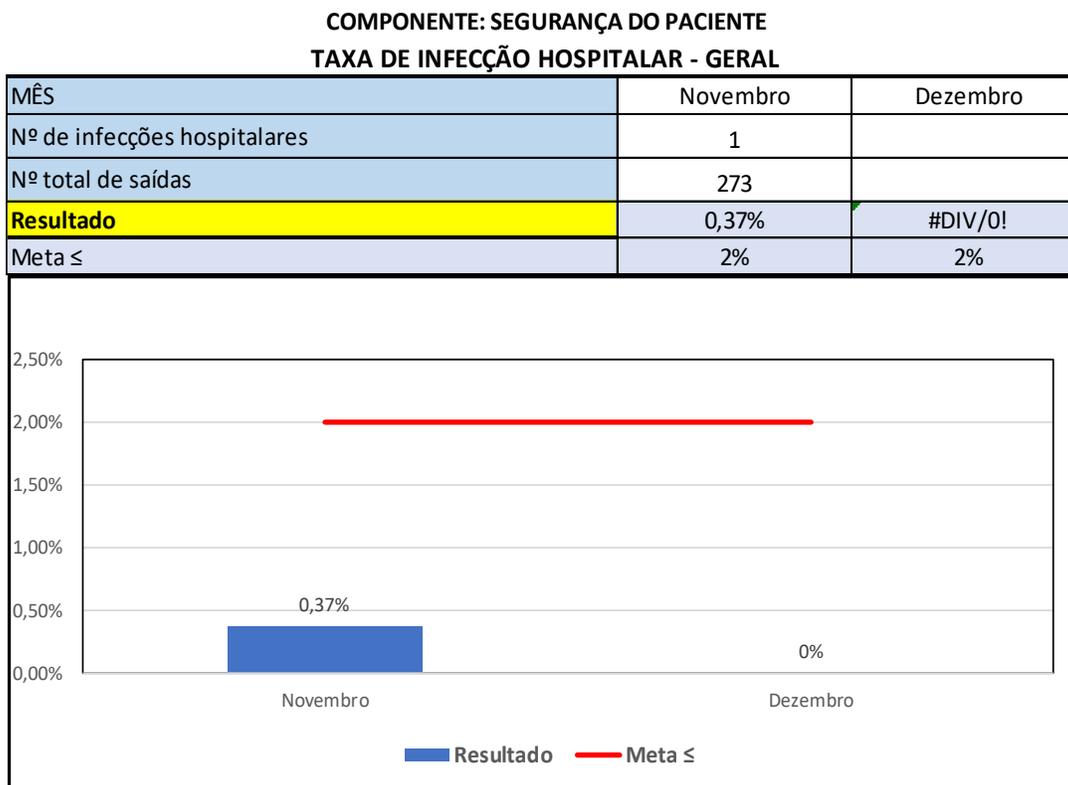
As notificações são preenchidas nos setores de atendimento do paciente e encaminhadas para o setor de Vigilância Epidemiológica do Município, sendo responsabilidade dos mesmos o registro no SINAN.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:

Figura 31. Apresentar Taxa Global de Infecção Hospitalar \leq 2%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

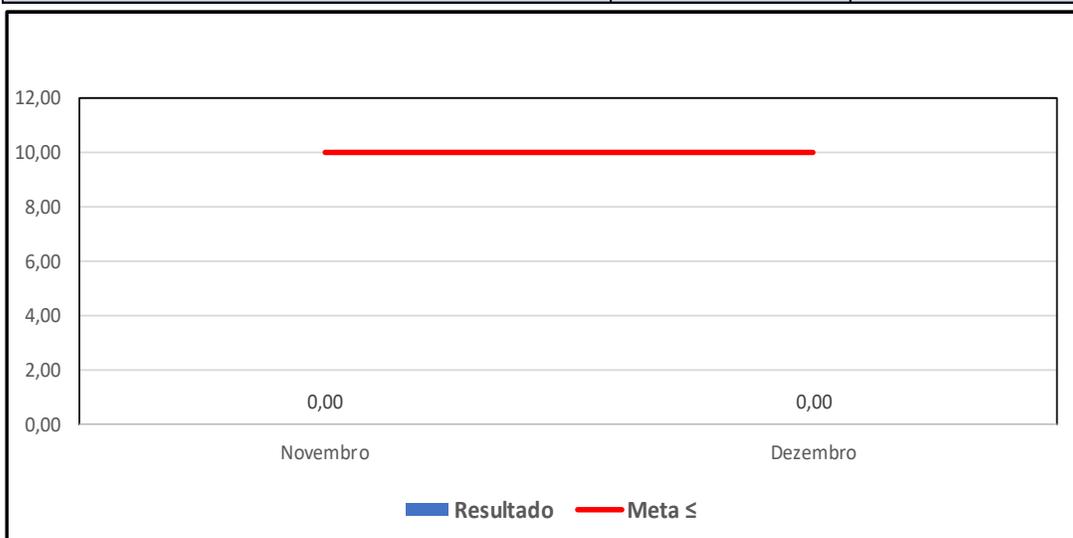
Paciente R. N. G. B. D: desenvolveu Infecção primária de corrente sanguínea clínica (IPCSL) sem confirmação laboratorial, este caso sendo na UTI neonatal, em um recém-nascido pré-termo, que na data da infecção estava em uso de cateter venoso central há mais de dez dias, que apresentou instabilidade térmica, piora do desconforto respiratório, com terapia antimicrobiana instituída, ausência de evidência em outro foco infeccioso, hemocultura negativa e Proteína C Reativa quantitativa alterada.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HM A

Figura 32. Apresentar densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (VM) ≤ 10

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VM

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de pacientes com PNM associado a VM	0	
Nº paciente dia em Vm	45	
Resultado	0,00	#DIV/0!
Meta \leq	10	10



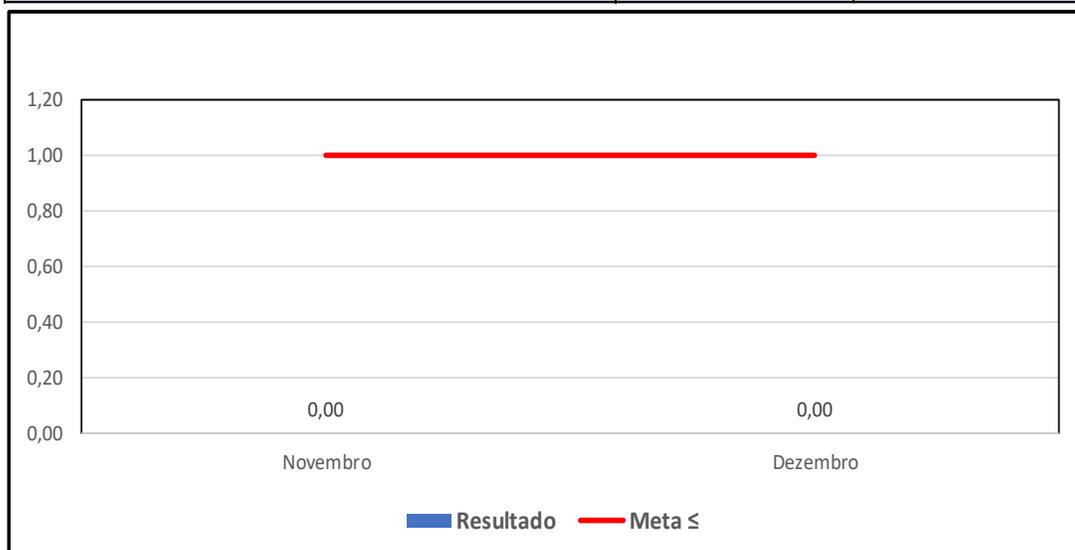
ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de PAV foi de zero para os pacientes com ventilação mecânica, ficando abaixo da meta de 10.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 33. Apresentar densidade de incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada ao cateter vesical (CV) ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
DENSIDADE DE ITU ASSOCIADA AO CV

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de pacientes com ITU associado a CV	0	
Nº pacientes dia com CV	113	
Resultado	0,00	#DIV/0!
Meta \leq	1	1



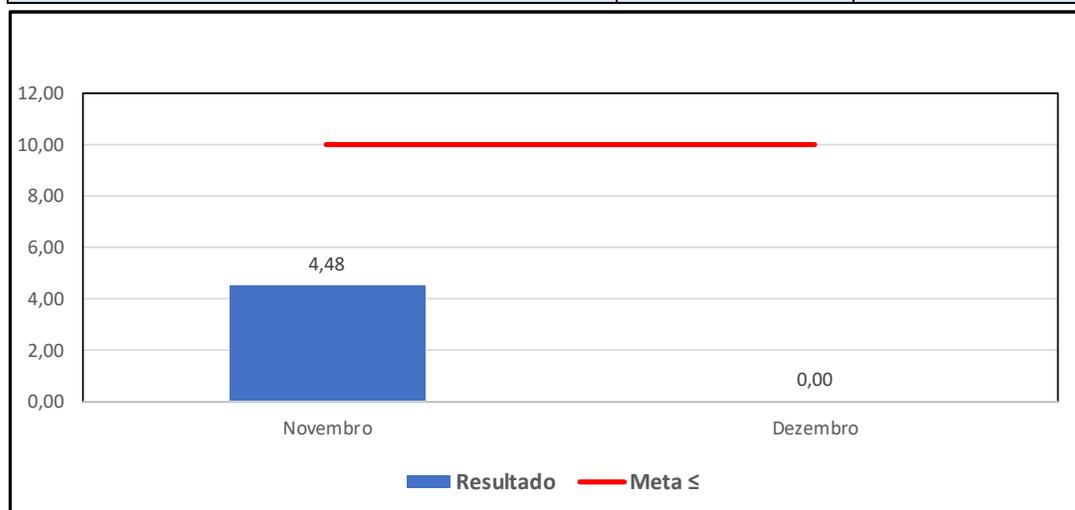
ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de ITU foi de zero para os pacientes com cateter vesical, ficando abaixo da meta de 1.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HM A

Figura 34. Apresentar densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (CVC) ≤ 10

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
INCIDÊNCIA DE ICS X CVC

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de pacientes com IPCS associado a CVC	1	
Nº pacientes dia com CVC	223	
Resultado	4,48	#DIV/0!
Meta \leq	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de IPCS foi de 01 paciente dos 223 em uso de CVC, ficando abaixo da meta de 10.

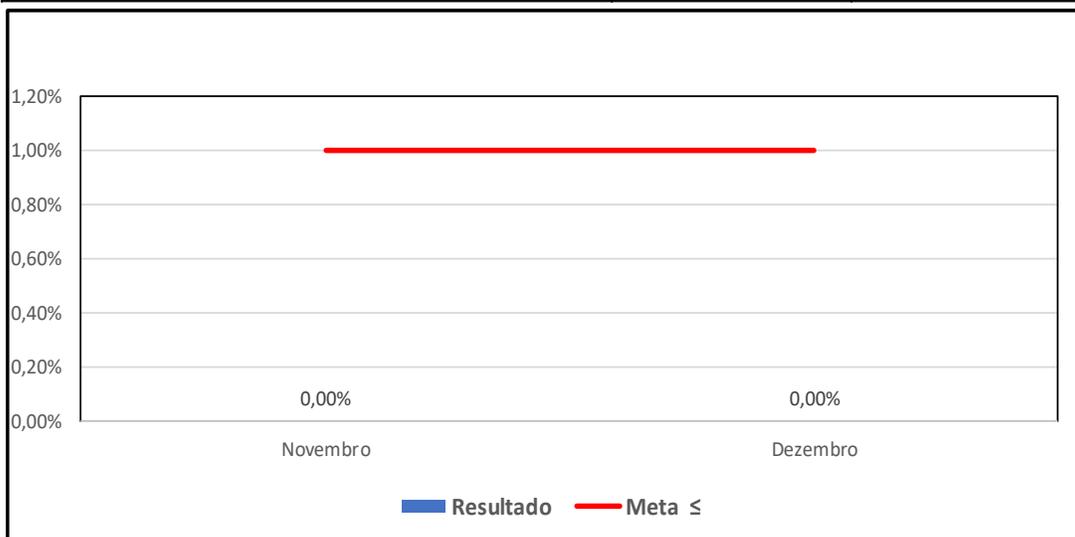
Paciente R. N. G. B. D: desenvolveu Infecção primária de corrente sanguínea clínica (IPCSL) sem confirmação laboratorial, este caso sendo na UTI neonatal, em um recém-nascido pré-termo, que na data da infecção estava em uso de cateter venoso central há mais de dez dias, que apresentou instabilidade térmica, piora do desconforto respiratório, com terapia antimicrobiana instituída, ausência de evidência em outro foco infeccioso, hemocultura negativa e Proteína C Reativa quantitativa alterada.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

Figura 35. Apresentar a incidência de infecção do sítio cirúrgico (ISC) - cirurgias limpas ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
TAXA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIA LIMPA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de ISC em cirurgias limpas	0	
Nº cirurgias limpas realizadas	23	
Resultado	0,00%	#DIV/0!
Meta ≤	1%	1%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico foi de zero para os 23 pacientes cirúrgicos conforme busca fonada, ficando abaixo da meta de 1%.

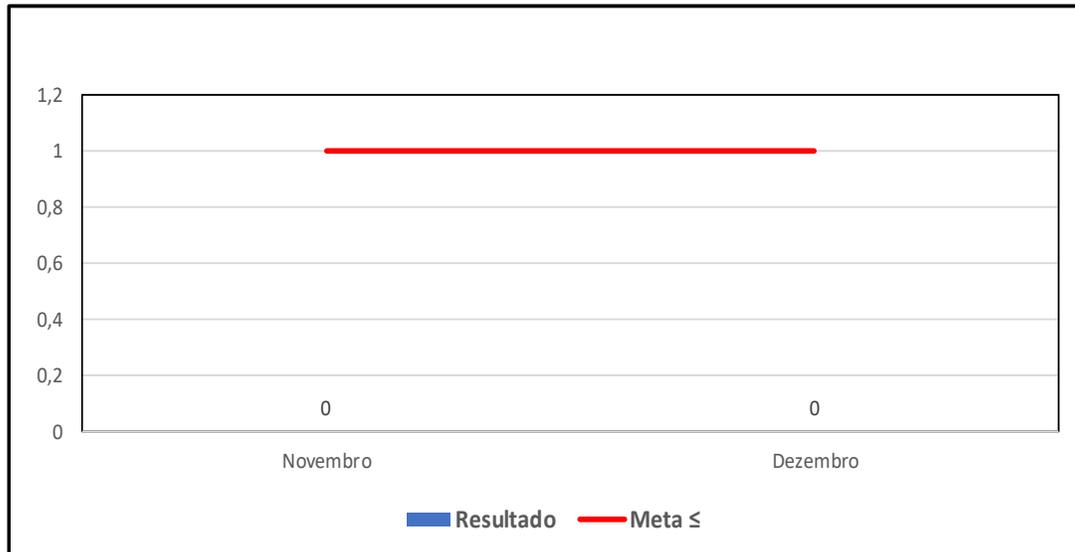
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

J) Indicador: Incidência de queda do paciente:

Figura 36. Apresentar incidência de quedas de pacientes internados ≤ 1

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
INCIDÊNCIA DE QUEDA DO PACIENTE

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº quedas	0	
Nº paciente dia	749	
Resultado	0	#DIV/0!
Meta \leq	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de quedas foi de zero para os 749 pacientes/dia, ficando abaixo da meta de 1.

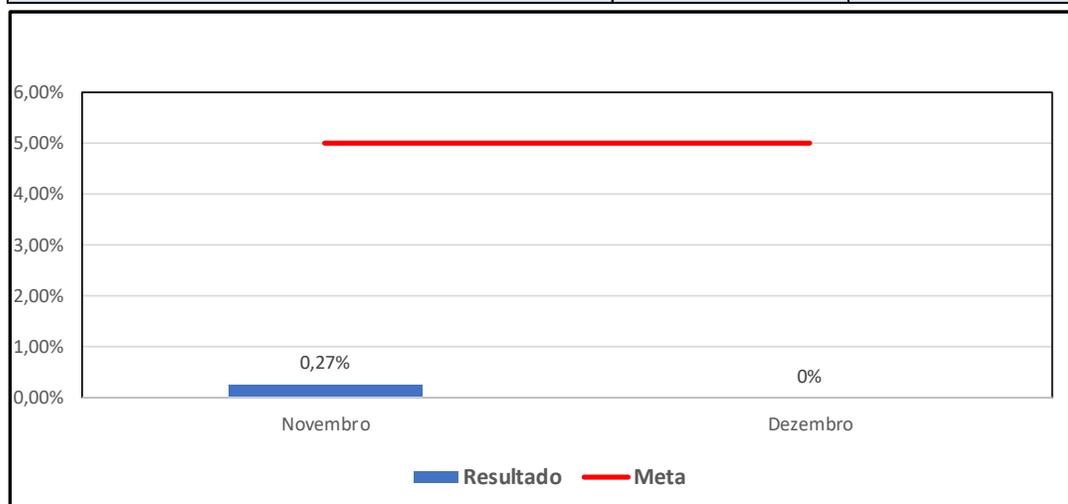
FONTE: Estatística de Enfermagem.

K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:

37. Apresentar incidência de úlceras por pressão (UPP) em pacientes internados ≤ 5

**COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº casos novos de pacientes com UPP	2	
Nº pacientes expostos ao risco de adquirir UPP	749	
Resultado	0,27%	#DIV/0!
Meta	5%	5%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. A taxa de LPP foi de 0,27% para os 749 pacientes/dia expostos ao risco, ficando abaixo da meta de 5%.

Os pacientes que apresentaram LPP foram:

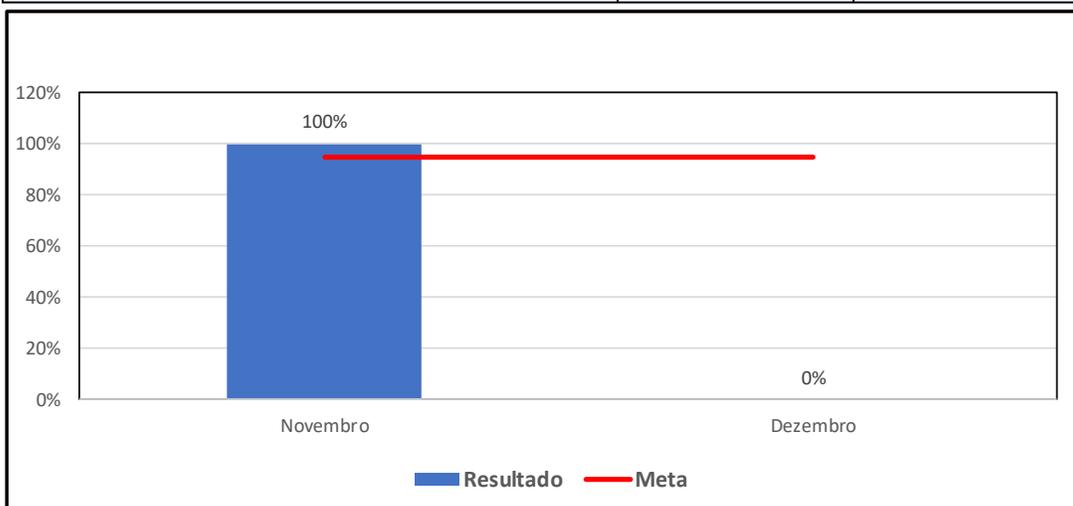
1. S.S / AT 1.106.909 / LPP em região maleolar grau II / início da lesão registrada em 04/11/2021. Paciente de 82 anos, DPOC/ ICC descompensada. Em uso de DVA (dobutamina), egresso, longo período em VM há 40 dias (20/10/2021-30/11/2021, IOT+TQT),SVD.
2. I.V.S. / AT 1.119.920/ LPP em região sacra / início da lesão registrada desde admissão em 16/10/2021. Paciente de 72 anos, DPOC exacerbado, com auxílio de VM por 5 dias, (23/11/2021-28/11/2021) caquética e paliativa no dia 30/11/2021.

FONTE: Estatística de Enfermagem / prontuário médico

L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura:
Figura 38. Apresentar a Taxa de adesão ao Protocolo de cirurgia segura $\geq 95\%$

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
TAXA DE ADEÇÃO AO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº cirurgias realizadas conforme protocolo de cirurgia segura	74	
Nº total de cirurgias realizadas	74	
Resultado	100%	#DIV/0!
Meta	95%	95%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. A taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura foi de 100%, ficando acima da meta de 95%.

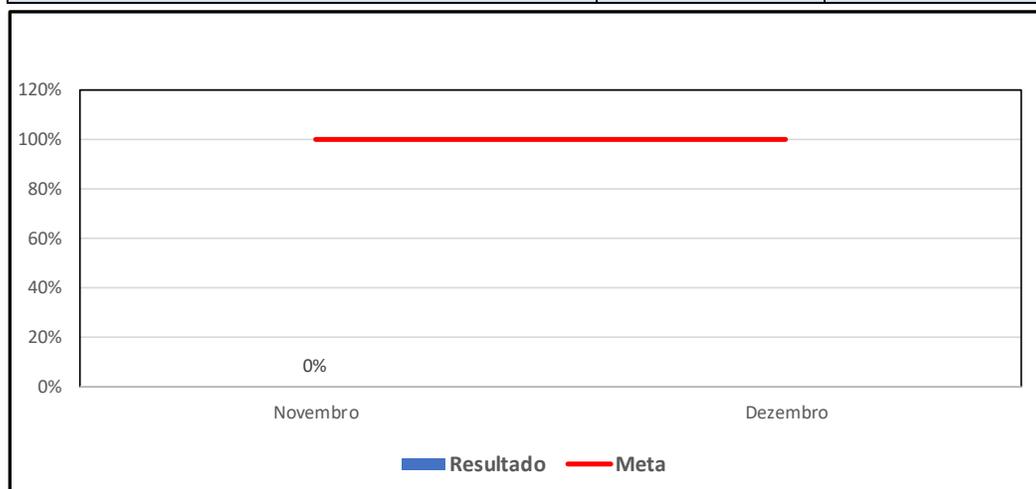
Verificação realizada em prontuário médico (físico).

FONTE: Prontuário médico

M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico:
Figura 39. Seguir protocolos para pacientes atendidos no eixo crítico (Dor Torácica, AVC, Hemorragia digestiva, Insuficiência Respiratória, Abdome agudo (adulto/infantil), Fluxograma para egresso e Trauma.

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
TAXA DE ADEÇÃO AO PROTOCOLO DO EIXO CRITICO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº saídas	4249	
Nº de prontuários auditados	0	
Resultado	0%	
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Os fluxos internos para aplicação, inserção das informações em prontuário médico e posterior análise da comissão de prontuários, estão sendo reformulados para atender o pactuado no contrato de gestão nº 103/2021.

Plano de ação:

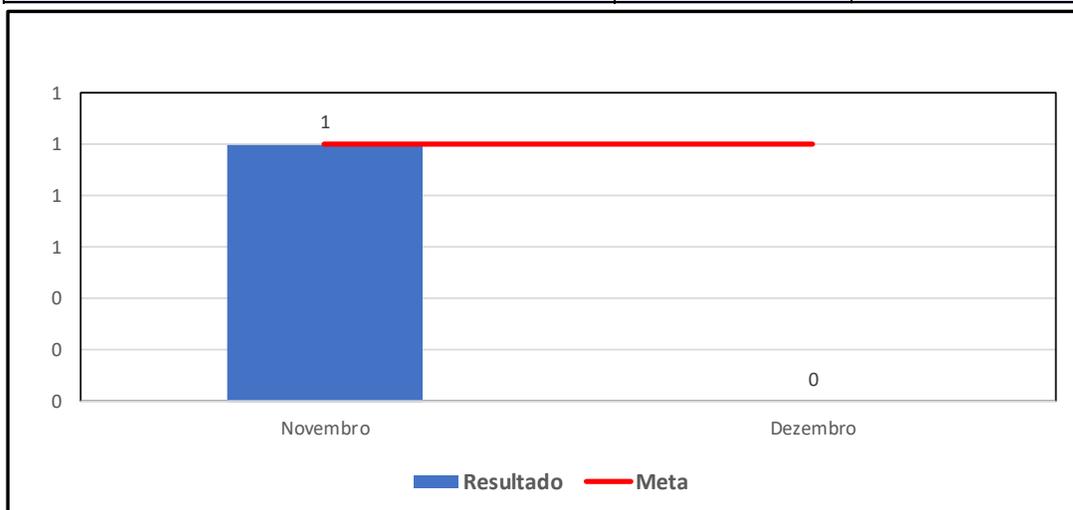
1. Treinamento dos protocolos do SAMU com a equipe assistencial (médicos, enfermeiros e técnicos);
2. Fazer carimbo para identificação das fichas de atendimento dos pacientes classificados nos protocolos, o enfermeiro da triagem será o responsável por inserir a informação sobre o tipo de protocolo;
3. Disponibilizar fluxogramas no setor para melhor entendimento das equipes;
4. Tornar análise rotineira da comissão de prontuários, por meio de checklist (em elaboração).

FONTE: NIR / Prontuário médico

N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente
40. Realizar mensalmente no mínimo uma (1) ação destinada à equipe, voltada à segurança do paciente (treinamento, capacitação, evento).

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
AÇÃO INTERNA COM FUNCIONÁRIOS, VISANDO SEGURANÇA DO PACIENTE

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº treinamentos planejados	1	
Nº treinamentos realizados	1	
Resultado	1	0
Meta	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Segue o Relatório anexo em mídia digital, na pasta C- Indicadores qualitativos e quantitativos, arquivo **C - N - AÇÃO INTERNA - INDICADOR DE SEGURANÇA DO PACIENTE.**

FONTE: Estatística de Enfermagem.

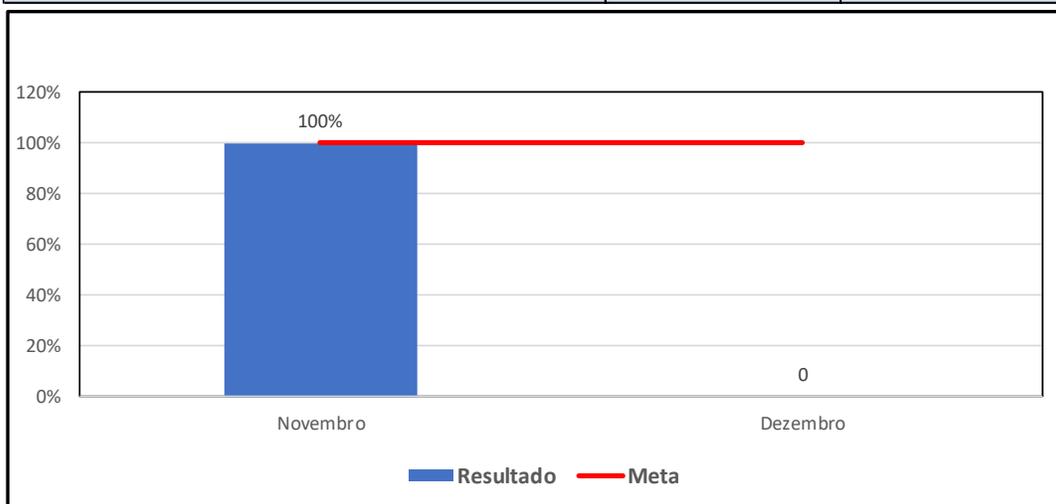
COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos:

Figura 41. Disponibilizar 100% dos leitos para o Núcleo de regulação municipal.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE REGULAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de internações realizadas via Central de Regulação	81	
Nº total de internações psiquiátricas	0	
Resultado	100%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

No mês de Novembro (13 a 30) foram internados 81 pacientes no HMA via central de regulação de leitos, nenhum destes foi classificado como paciente psiquiátrico.

Plano de ação: O painel de indicadores do NIR está em processo de formulação e será apresentado na próxima prestação de contas.

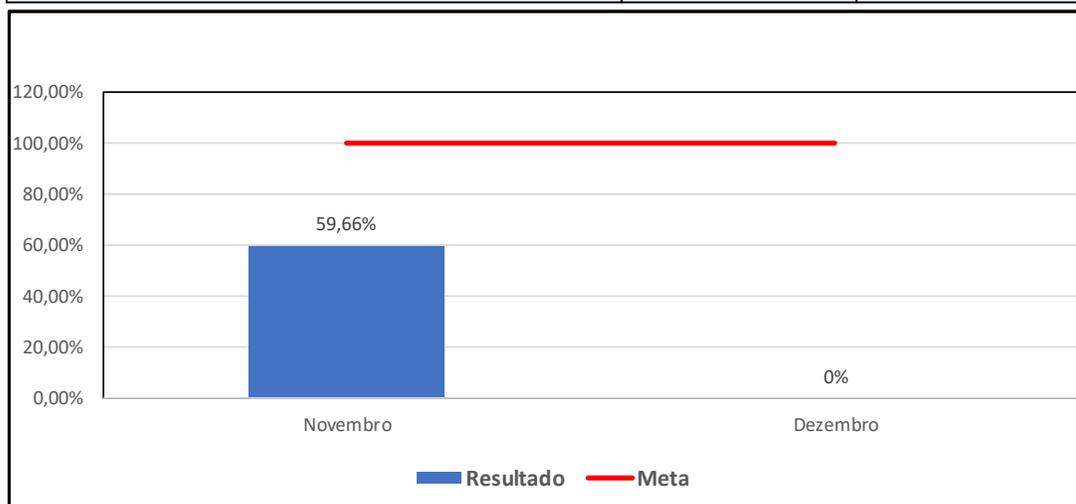
Anexo XX - Internados no período por procedência NOV 2021

FONTE: NIR / Prontuário médico

P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico:
Figura 42. Disponibilizar 100% do SADT externos para a Central de Regulação Ambulatorial,
das metas quantitativas do Anexo 2 do edital.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
REGULAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de vagas de exames disponibilizados	1217	
Nº total de vagas de exames pactuados em Contrato de Gestão	2040	
Resultado	59,66%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

No período de 13 à 31 de novembro de 2021 foram ofertadas 1217 vagas para a realização de exames de SADT, o que equivale a 59,66% do total proporcional pactuado no contrato de gestão nº 103/2021, que seria de 2040

Considerando que a transição de gestão ocorreu na data 13/11/2021, se fez necessário um período de dias para a contratação de serviços terceirizados, alinhamentos de fluxos e programação de distribuição de vagas para a realização de exames de SADT.

Deve-se considerar também que a distribuição de vagas para a realização de exames foi realizada com base no contrato da gestão emergencial anterior, que é inferior ao atual contrato de gestão.

Segue anexo em mídia digital, pasta C - **Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XIX - C - SADT Eletivos Novembro**

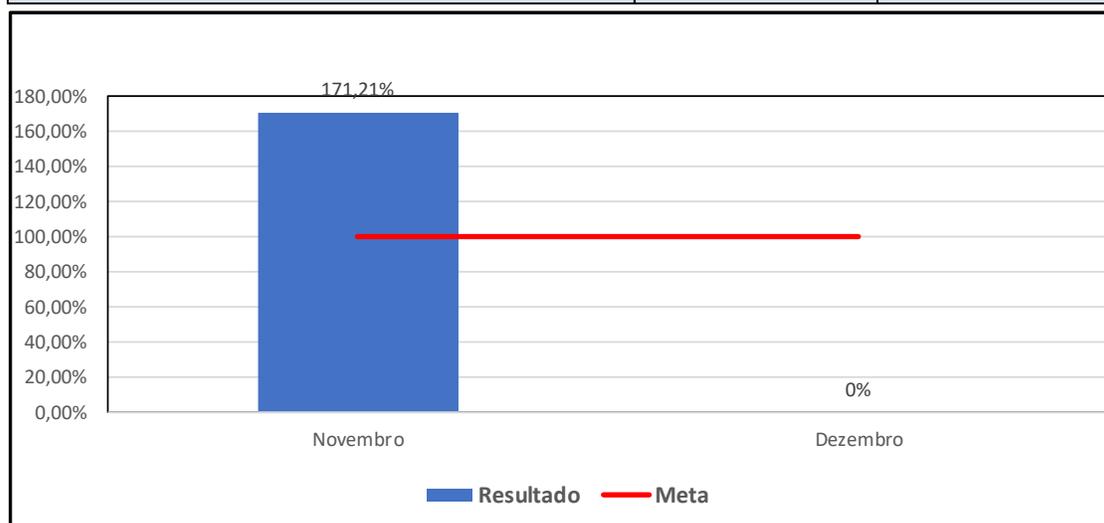
FONTE: SISTEMA TASY E SISTEMA IPM

Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas:

Figura 43. Disponibilizar 100% das primeiras consultas para a Central de Regulação Ambulatorial, das metas quantitativas do Anexo 2 do edital.

**COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
REGULAÇÃO DE PRIMEIRAS CONSULTAS**

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de vagas de primeiras consultas disponibilizados	113	
Nº total de vagas de primeiras consultas pactuadas em Contrato de Gestão	66	
Resultado	171,21%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

No período de 13 à 30 de novembro de 2021, foram ofertadas 113 vagas de primeira consulta de Cardiologia e Plano de Parto, sendo 3 a mais do número de primeiras consultas pactuadas no contrato de gestão, atingindo assim o resultado de 171,21% da meta proporcional.

Segue relatório nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XXIII - C - Consultas Ambulatoriais Novembro**.

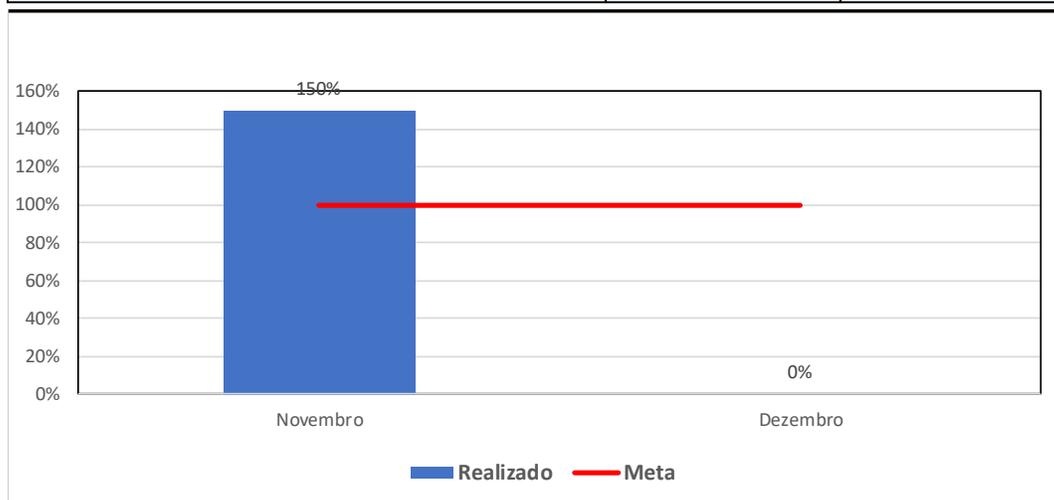
FONTE: SISTEMA TASY E SISTEMA IPM

R) Indicador: Informação dos censos da UTI:

Figura 44. Informar o censo das UTI, no mínimo duas vezes ao dia para o departamento de urgência.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
INFORMAÇÕES DE CENSOS DA UTI

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atualizações diárias do censo da UTI	3	
Realizado	150%	0%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O censo diário é informado 03 vezes ao dia, perfazendo um total de 150%, acima da meta prevista.

As informações sobre o censo são disponibilizadas por e-mail e internamente (in loco) conforme previsto na cláusula segunda do contrato de gestão nº 103/2021, XIV. Informar diariamente à CONTRATANTE, através do e-mail due@araucaria.pr.gov.br, o número de vagas disponíveis e disponibilizar acesso

ao sistema de informação hospitalar utilizado pela CONTRATADA onde constem tais informações, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia

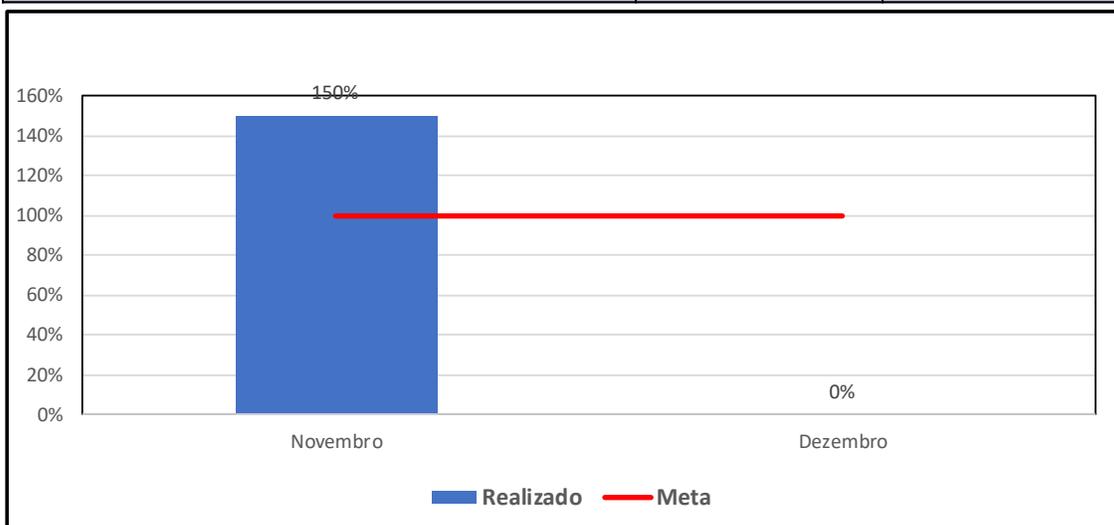
FONTE: NIR / censo diário

S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro:

Figura 45. Informar o censo do Pronto Socorro, no mínimo a cada troca de plantão para o departamento de urgência e núcleo interno de regulação.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
INFORMAÇÕES DE CENSOS DO PRONTO ATENDIMENTO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atualizações diárias do censo do Pronto Atendimento	3	
Realizado	150%	0%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O censo diário é informado 03 vezes ao dia, perfazendo um total de 150%, acima da meta prevista.

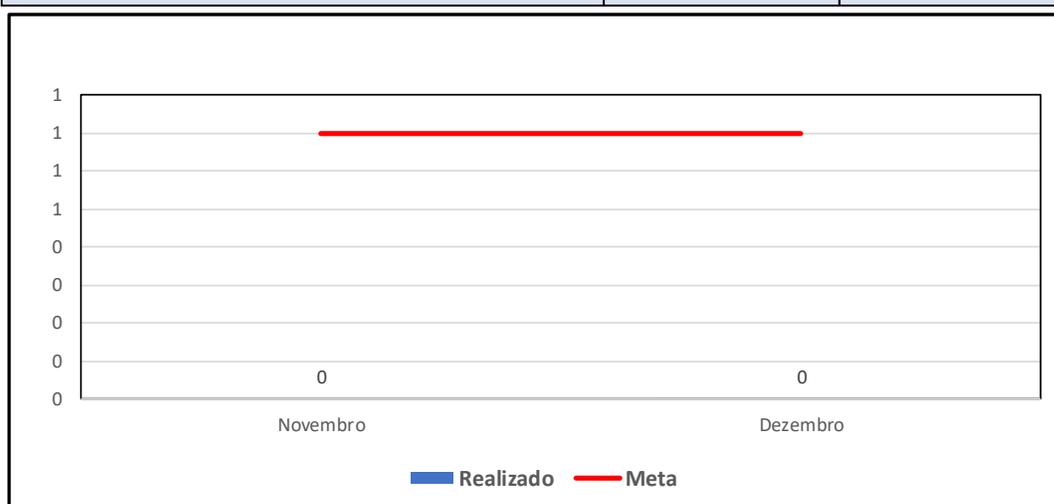
As informações sobre o censo são disponibilizadas por e-mail e internamente (in loco) conforme previsto na cláusula segunda do contrato de gestão nº 103/2021, XIV. Informar diariamente à CONTRATANTE, através do e-mail due@araucaria.pr.gov.br, o número de vagas disponíveis e disponibilizar acesso ao sistema de informação hospitalar utilizado pela CONTRATADA onde constem tais informações, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia

FONTE: Estatística de Enfermagem

T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:
Figura 46. Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% (setenta por cento) dos pacientes egressos nas Unidades de Saúde.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
QUALIDADE DA ALTA HOSPITALAR

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de agendamentos de alta referenciada realizado para Unidades de Saúde	0	
Nº total de saídas hospitalares	0	
Realizado	0	#DIV/0!
Meta	70%	70%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

No dia 22 de novembro de 2021 foi encaminhado á SMSA o ofício nº ARAU.22/2021 (figura 46.1), solicitando acesso ao sistema IPM saúde, a fim de garantir a alimentação do sistema diariamente para que a rede/SMSA possa visualizar as informações sobre as altas qualificadas.

Segue ofício em mídia digital, Anexo XXIV - Ofício ARAU.22.2021 - Solicitação Acesso IPM

Plano de ação:

No dia 09/12/2021 ás 09 horas realizou-se uma reunião para dar andamento á elaboração dos fluxos para que se faça cumprir o solicitado em contrato e o disposto no ofício ARAU.22/2021.

Será elaborando um formulário específico para melhorar a comunicação com a rede, portanto neste indicador não teremos numeros até formatarmos o novo processo.

FONTE: Estatística de Enfermagem

Figura 46.1; Anexo XXIV - Ofício ARAU.22.2021 - Solicitação Acesso IPM



Ofício nº ARAU.22/2021

Araucária/PR, 22 de novembro de 2021

Ao
Secretário de Saúde
Dr. Adilson Seidi Suguiera
Prefeitura Municipal de Araucária.PR

Assunto: Acesso IPM Saúde
Processo Seletivo nº 002/2021
Contrato de Gestão nº 103/2021

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópica, e atual gestora do Hospital Municipal de Araucária, vem respeitosamente, solicitar acesso ao sistema IPM-Saúde para a inserção dos relatórios de alta de pacientes internados e ambulatoriais para o acompanhamento por parte da Central de Regulação Ambulatorial.

Outrossim, solicitamos ainda, seja disponibilizado um funcionário da Prefeitura para, em data a ser agendada, proceder o devido treinamento das pessoas acima para o correto uso da ferramenta.

NOME COMPLETO	RG	CPF	SETOR
Raimunda Gonçalves Queiroz	1583374 76	862.145.785-72	SADT
Mirian Leal Pinheiro	88912691	043.213.059.99	SADT
Sherony de Lima Cordeiro	13054371-5	092.751.059-60	AMBULATÓRIO
Bruna Paola Pedroso	12422238-9	055.327.169-51	AGENDAMENTO CIRÚRGICO
Adriana Camargo Bortoleto	9921240-3	080.359.649-92	FATURAMENTO
Rafaela Fernandes de Oliveira Alves	10912525-3	073.920.839-02	FATURAMENTO
Heliane Harlen Dambroski	8646658-9	053.533.159-28	FATURAMENTO
Suzane da Silva Peters Barth	12676148-1	084.852.819-00	FATURAMENTO
Thainá Pendraki de Lima	52162354-6	398.663.738-94	FATURAMENTO
Arielli Fabianni Souza de Jesus Ribello	15357598-3	021.050.512-51	SUPERVISORA RECEPCÃO
Izadora Blind da Silva Fernandes	10.517.145-5	079.492.559-60	DIRETORIA
Fernando Madureira Rosa	46.610.825-4	373.983.088-33	DIRETORIA
Marcelo Mannocci	10.814.790	053.580.718-06	DIRETORIA



Organização Social de Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Chavantes
Sede Administrativa: Rua Dep João Sussumu Hirata, 940 - cj 32/34 Morumbi - São Paulo - SP - CEP - 05715-010
Sede Social: Rua Maria Ferreira 22 - Centro - Chavantes - SP - CEP 18970-000

Figura 46.1 (continuação); Anexo XXIV - Ofício ARAU.22.2021 - Solicitação Acesso IPM

Aproveita-se o ensejo para renovar os votos de elevada estima e distinta consideração.

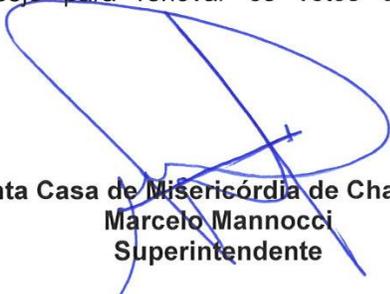
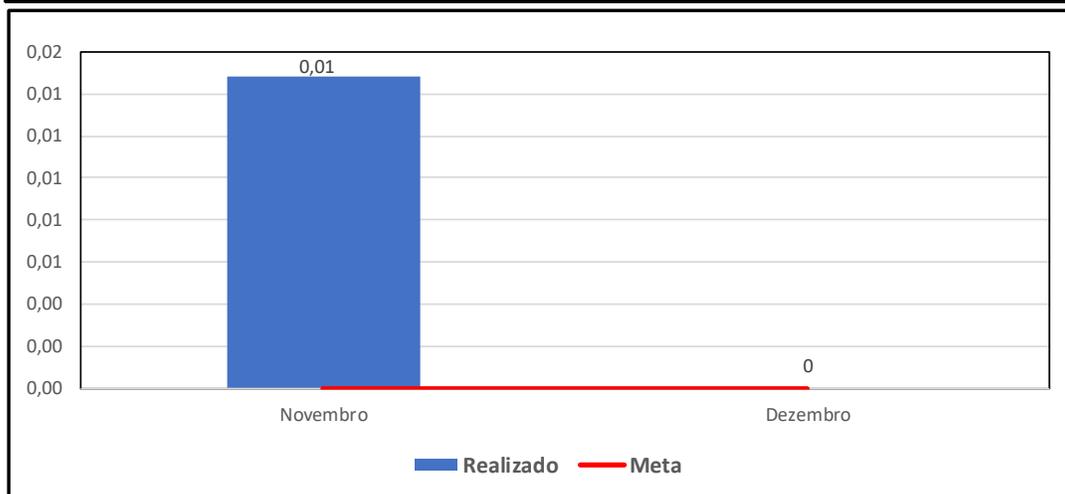

Santa Casa de Misericórdia de Chavantes
Marcelo Mannoçi
Superintendente

Figura 47. Apresentar o número de pacientes classificados com Risco Vermelho/Emergência, readmitidos no período de 48h após o atendimento, com o mesmo CID.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
REINTERNAÇÃO < 48 HORAS COM MESMO CID

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de reinternações em menos de 48h após a alta, com o mesmo CID	4	
Nº total de saídas hospitalares	269	
Realizado	0,01	#DIV/0!
Meta	0%	0%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Durante o mês de novembro foram readmitidos na internação, em caráter de urgência/emergência o total de 4 pacientes, sendo todos reinternados com mesmo CID.

Plano de ação:

1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão dos protocolos clínicos, a fim de otimizar os tratamentos e garantir a qualidade da alta hospitalar reduzindo o tempo médio de permanência em leito de UTI.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 47.1; Re-internações em menos de 48 horas.

Re-internação em menos de 48h com o mesmo CID		
Pacientes	Nº Atendimento	Nº AIH
D.F.R	1121827	4121100047966
J.F.M	1118905	4121100047614
K.A.S	1117118	4121100041510
M.W	1122389	4121100047900

FONTE: Sistema Tasy

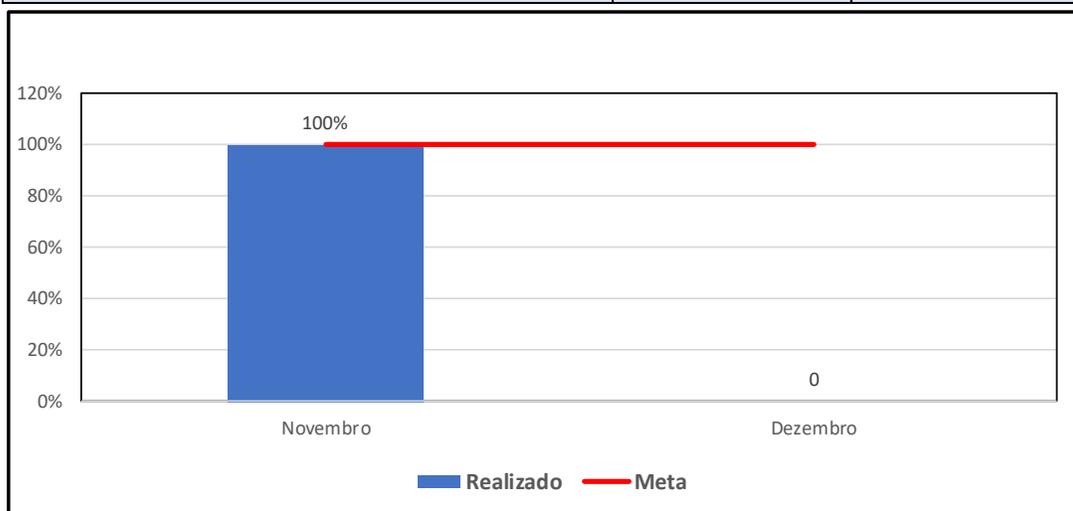
COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar:

Figura 48. Apresentar 100% das AIH's dos internamentos no mês subsequente à ocorrência.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL PERCENTUAL DE REGISTRO HOSPITALAR

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de AIH's apresentadas	275	
Realizado	100%	0
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foram apresentadas 275 AIHs, para 269 saídas hospitalares no período de 13 a 30 de novembro.

Em conformidade com o Manual Técnico Operacional SISAIH e SIASUS, o faturamento deve ser encaminhado no mês subsequente ao executado, sendo enviado apenas 01 (um) arquivo geral da produção mensal, por este motivo informamos que o total de AIHs encaminhadas no processamento mensal do primeiro período 183, e do segundo período de novembro 275 (13 a 30), perfazendo um total de 456 AIHs apresentadas na competência.

Segue planilha nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XVII - C - Faturamento Fechamento_AIHs_Novembro**

Na sequência apresenta-se o quadro contendo dados relacionados aos desdobramentos das AIHs do período de 13 a 30 de novembro.

FONTE: Sistema Tasy / SISAIH

Figura 48.1; Observações sobre as AIH's apresentadas

Observações sobre as AIHs apresentaadas			
Observações	Pacientes	Nº Atendimento	Nº AIH
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de permanência por mudança de procedimento	I.C.S.S	1114508	4121100047867
	J.V.B	1111420	4121100047560
	P.V.M.S	1116605	4121100047560
	RN - E.F.F.F	1084628	4121100038055
	S.S	1106909	4121100038110
	V.S.D	1114767	4121100047537
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de permanência por re-operação.	R.R	1100324	4121100037978
Encerramento administrativo - pacientes que permaneceram em internações de longa permanência	M.L.O	1110636	4121100038132
	J.C.S	1096300	4121100038143
	S.S	1106909	4121100038121
Re-apresentação de AIH da competência anterior	C.S	1107669	4121100040134

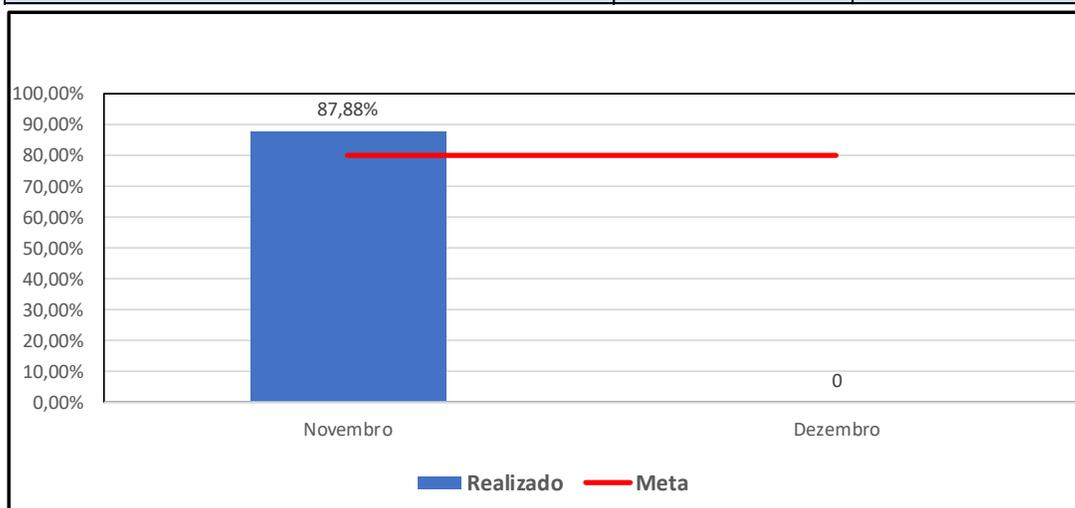
Fonte: Sistema Tasy/SISAIH

V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:

Figura 49. Garantir o percentual de 80% de respostas dadas aos usuários, para solicitação, sugestão, informação, elogio, reclamação ou denúncia, prazo conforme Lei Federal.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de respostas dadas aos usuários	29	
Nº total de manifestações registradas no mês	33	
Realizado	87,88%	#DIV/0!
Meta	80%	80%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Ouvidorias 4431181, 4437165, 4437657, 4444297, já foram encaminhadas e serão respondidas no mês subsequente conforme prazo estabelecido pela Lei Federal nº 12.527.

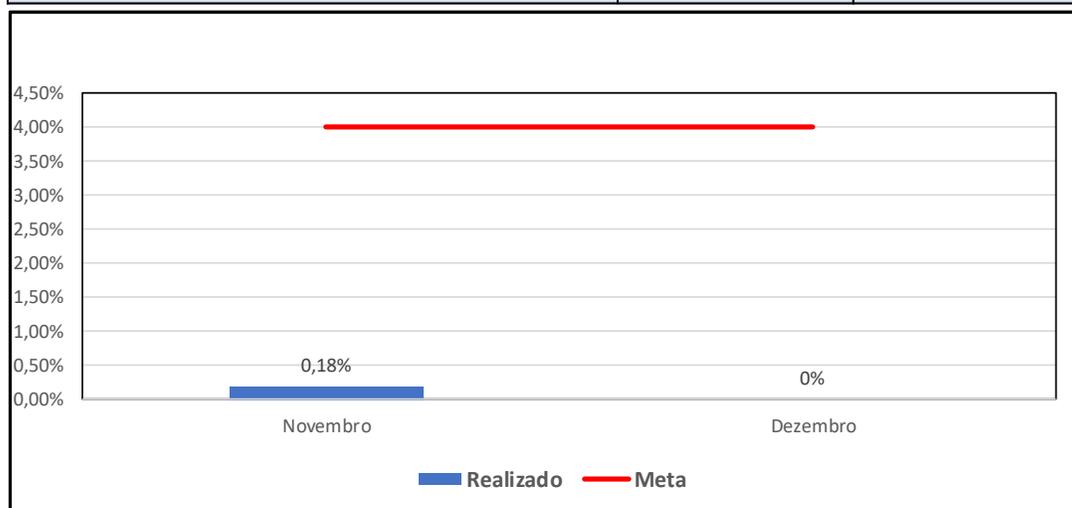
Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos** e na pasta **Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário**.

FONTE: Relatório de Ouvidoria

Figura 50. Manter o percentual de reclamações de atendimento profissional registradas nas ouvidorias \leq a 4%.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de manifestações registradas no mês	12	
Nº total de pacientes/dia	6611	
Realizado	0,18%	#DIV/0!
Meta	4%	4%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

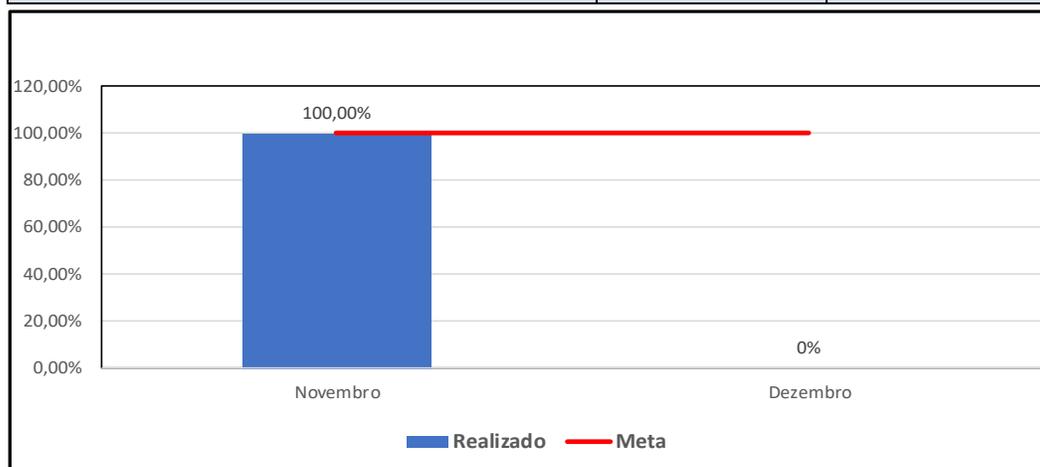
Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos** e na pasta **Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário**.

FONTE: Relatório de Ouvidoria

W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:
Figura 51. Garantir a efetividade das Comissões e Comitês, em conformidade com a
Legislação vigente, listados a seguir:

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de reuniões de comissão	15	
Nº total de comissões	15	
Realizado	100,00%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Além das comissões obrigatórias o HMA também mantém as comissões não previstas no Contrato de Gestão Nº 103/2021, porém seguindo o previsto na legislação, a saber:

- *Serviço de Capelania
- *Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional
- *Comissão de Controle Hospitalar – SCIH
- *Comissão Hospital Amigo da Criança

Comissões am processo de implantação:

****Comissões de Ética Médica e Enfermagem e desempenho Profissional**

Para estruturação destes comitês foi iniciado o cadastro de Responsabilidade Técnica no CRM e COREN, bem como o cadastro dos profissionais na base de dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), após a conclusão destes, será dado início ao processo de escolha dos demais integrantes das comissões, segue documentos anexo em mídia digital na pasta C - indicadores qualitativos e quantitativos, C - W - Dir Técnico e C - W - RT Enfermagem.

****Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA**

O Processo Eleitoral para a implantação da CIPA está em andamento desde a publicação do edital que ocorreu no dia 07/12/2021, a votação está programada para os dias 27 e 28 de dezembro e a apuração dos votos ocorrerá no dia 30 de dezembro de 2021, segue edital anexo em mídia digital na pasta C - indicadores qualitativos e quantitativos, C - W - Edital CIPA

FONTE: Controle do NGQ

Figura 51.2; Demonstrativo das comissões e as datas das reuniões

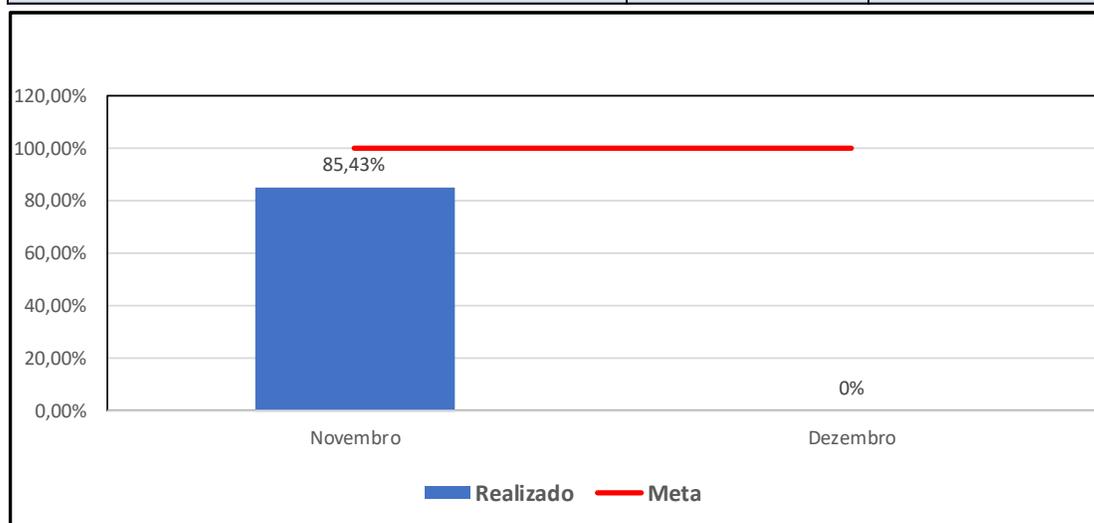
	W)	Garantir a efetividade das comissões e comitês, em conformidades com a legislação vigente.	Data da Reunião	Ata	% Realizado da Meta
Atividades Comissões Obrigatórias	51.	Avaliação de Prontoário do Paciente	23/11/2021		100,00%
		Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	Análise Crítica na tabela anterior		100,00%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Geral	23/11/2021		100,00%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	24/11/2021		100,00%
		Gerenciamento de Resíduos	24/11/2021		100,00%
		Ética Médica e Enfermagem	Análise Crítica na tabela anterior		100,00%
		Comissão de Padronização de medicação e novas tecnologias	22/11/2021		100,00%
		Comissão de Cuidados Paliativos	22/11/2021		100,00%
		Comitê Transfusional	25/11/2021		100,00%
		Comissão de Proteção Radiológica	24/11/2021		100,00%
		Comissão de Humanização	22/11/2021		100,00%
		Núcleo Interno de Regulação de Acesso a qualidade Hospitalar	29/11/2021		100,00%
		Núcleo de segurança do paciente	19/11/2021		100,00%
		Núcleo de Educação Permanente	19/11/2021		100,00%
		Núcleo de Vigilância Epidemiológica	25/11/2021		100,00%
		Serviço de Atendimento do Usuário	18/11/2021		100,00%
		Serviço de Capelania	29/11/2021		100,00%
		Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional	19/11/2021		100,00%
Comissão de Controle Hospitalar - SCIH	25/11/2021		100,00%		
Comissão Hospital Amigo da Criança	19/11/2021		100,00%		

X) Indicador: CNES atualizado.

Figura 52. Manter atualizados os registros de 100% dos profissionais do HMA, na base local do CNES conforme protocolos da SMSA.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
CNES ATUALIZADO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de profissionais HMA	598	
Nº total de profissionais HMA com registro no CNES	700	
Realizado	85,43%	#DIV/0!
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não atingida.

Os cadastramentos e a conferência de dados estão em andamento, sendo encaminhados semanalmente para o NISA conforme o fluxo estabelecido pela SMSA. Sabe-se que o Contrato de Gestão Nº 103/2021 está vigente desde o dia 13 de novembro de 2021, e que o quadro de profissionais médicos, celetistas, profissionais terceiros e estatutários está em readequação, sendo enviados os cadastros conforme admissão ou demissão dos mesmos. A atualização da base do CNES é mensal, sendo possível a inserção de profissionais até o 10º dia de cada mês.

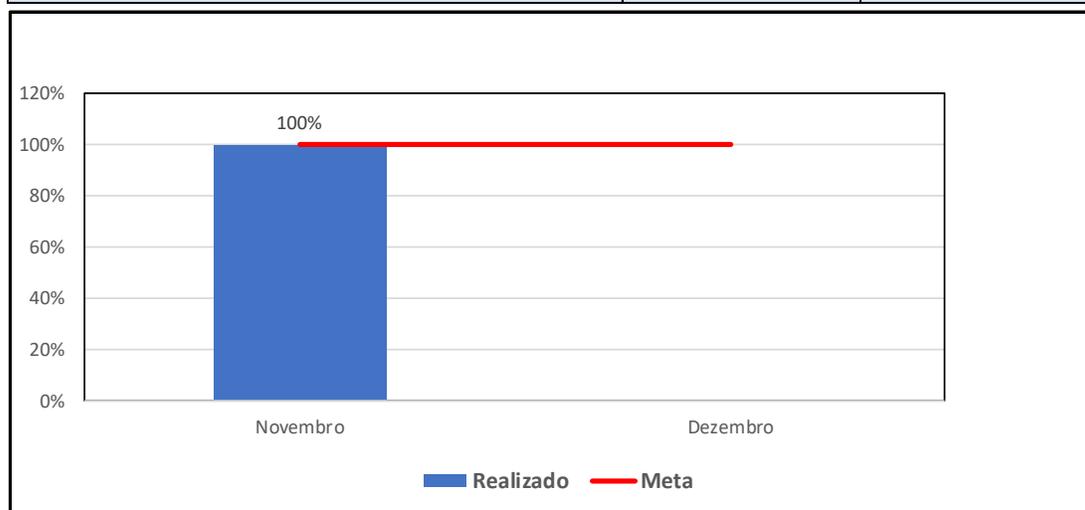
FONTE: RH / Setor de Escalas Médicas / CNES

Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo.

Figura 53. Realizar preenchimento completo do prontuário eletrônico/digital do paciente, de acordo com os parâmetros dos órgãos de classe de cada categoria profissional.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
PRONTUÁRIOS EVOLUÍDOS EM SISTEMA DE INFORMAÇÃO

MÊS	Novembro	Dezembro
Realizado	100%	
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Foram abertos 4591 atendimentos no sistema Tasy, segue relatório anexo em mídia digital na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, sendo registrados tempestivamente conforme parametrização do Tasy cumprindo com o previsto em cada conselho de classe dos profissionais que compõe as equipes de assistência.

Informamos que a versão aplicada no Sistema Tasy é anacrônica, impossibilitando a parametrização de alguns módulos que aperfeiçoariam o prontuário eletrônico, sabe-se que para implantação do prontuário 100% eletrônico implica na certificação digital, não sendo possível até a presente data.

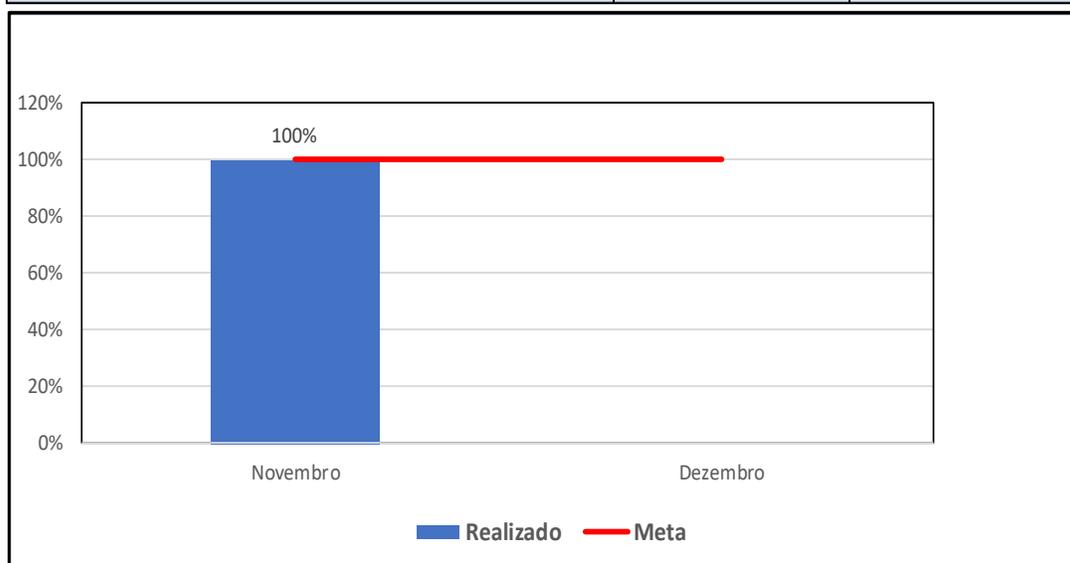
FONTE: TI / DG-HM A

Z) Indicador: Educação permanente.

Figura 54. Realizar ao menos uma (1) capacitação mensal aos funcionários da instituição, com carga horária mínima de 2 horas.

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
EDUCAÇÃO PERMANENTE

MÊS	Novembro	Dezembro
Realizado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada -
Realizado o total de 08 treinamentos , contabilizando o total de 09:00 horas, com envolvimento de 76 colaboradores.
Segue o Relatório dos Treinamentos no anexo **C - Z - Educação Permanente _ TREINAMENTOS**

FONTE:Núcleo de Gestão de Qualidade

Figura 54.1; Demonstrativo de treinamentos por setor e tempo de duração.

CONTROLE DE TREINAMENTOS - EQUIPES ASSISTENCIAIS / NOVEMBRO - 2021

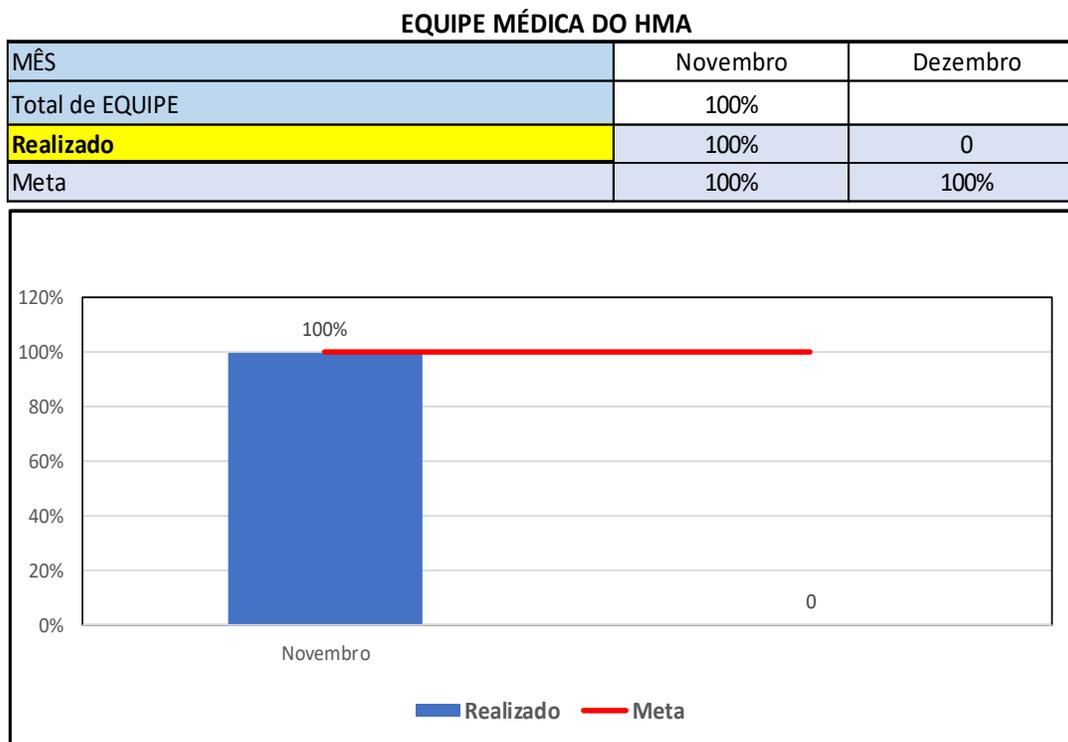
Data	Setor	Treinamentos Internos	Nº Participantes	C.Horária	Facilitador/Participante	Objetivo	Treinamento destinado a:	Total de Horas
05/11/2021	Anfiteatro	sim	15	01:00:00	Enf.Elizandra da Silva/ Estephany Bautgaertner	Orientações sobre o Novembro Azul	Todos os Colaboradores	01:00:00
23/11/2021	In Loco UTI GERAL	sim	5	01:00:00	Enfermeiro Anderson cesário	Orientações sobre Ética Profissional e Resolução de Conflitos	Equipe de Enfermagem	01:00:00
23/11/2021	In Loco UTI GERAL	sim	4	01:00:00	Enfermeiro Anderson cesário	Orientação quanto a Higiene das mãos	Equipe de Enfermagem	01:00:00
04/11/2021	In Loco PAI	sim	8	01:00:00	Enf. Andresa Cristina (Qualidade) e Coord.Enf Keitiane Ferreira	Orientação sobre Descriminador do POP Classificação de Risco baseado no Manchester	Enfermeiros	01:00:00
23/11/2021	In Loco Postos de Enfermagem	sim	22	01:00:00	Enfermeiros Assistenciais	Administração de Medicamentos e Verificação de Sinais vitais	Equipe de Enfermagem	01:00:00
02/11/2021	In Loco Clínica Médica	sim	5	01:00:00	Enfermeira Sheila Cristina	Orientações sobre SAE e prescrição de enfermagem	Equipe de Enfermagem	01:00:00
24/11/2021	In Loco UTI GERAL	sim	8	02:00:00	Médicos Plantonistas da UTI Geral	Acompanhamento assistencial através da visita multidisciplinar	Todos os Colaboradores assistenciais da UTI Geral	02:00:00
25/11/2021	Anfiteatro	sim	9	01:00:00	Assistente Social Maria Aparecida	Orientações para a Equipe Multidisciplinar	Fisioterapeutas, psicologia e Fonoaudiologia	01:00:00
Total de participantes:			76	Total de horas de Treinamento:			9:00:00	

Fonte: Controles do Núcleo de Gestão da Qualidade

METAS QUANTITATIVAS

A) Indicador: Equipe Médica do HMA

Figura 55. Manter equipe Médica 24hrs no HMA



ANÁLISE CRÍTICA:

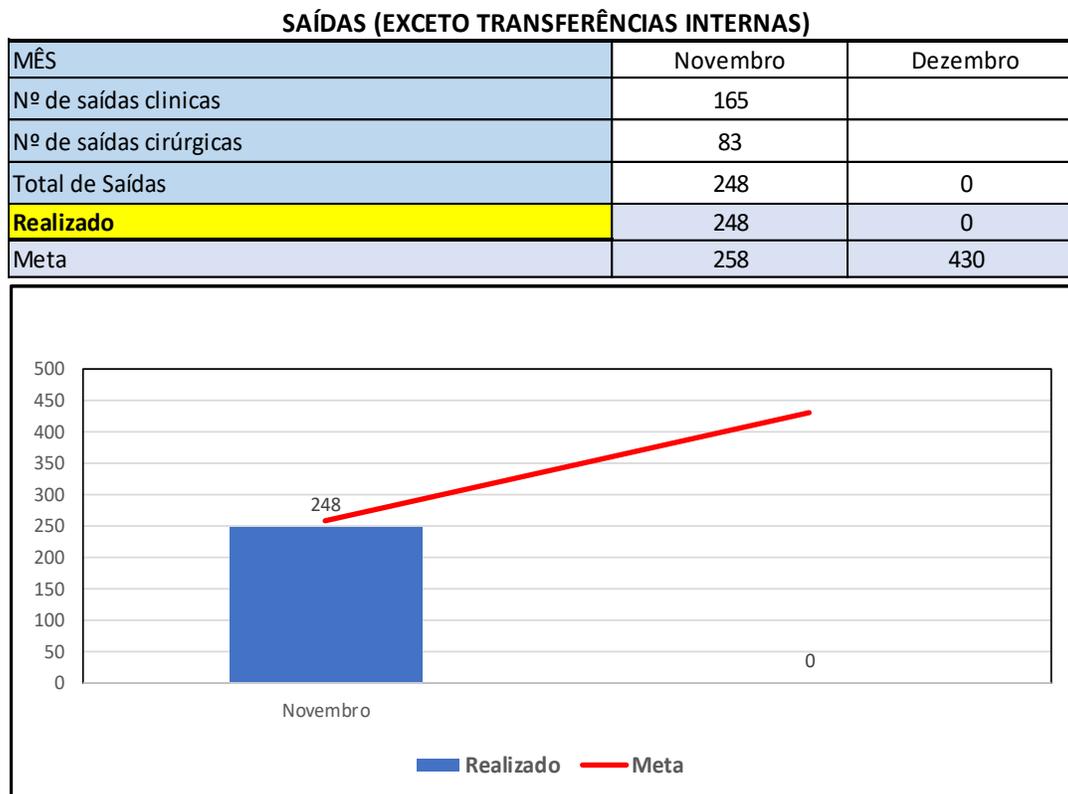
Considera-se meta atingida, pois houve a manutenção de equipe médica 24 horas por dia de segunda-feira à domingo, durante todo o mês.

Seguem as escalas anexo em mídia digital na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, subpasta C - Escalas Médicas.

FONTE: Escalas medicas realizadas

B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA

Figura 56. Realizar no mínimo 430 saídas hospitalares.



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Durante o período analisado tivemos 165 saídas hospitalares (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 83 saídas de pacientes cirúrgicos, perfazendo um total de 248 saídas hospitalares, ficando abaixo dos 258 saídos, proporcionalmente do período de 13 a 30 de novembro.

Plano de ação: Revisão dos fluxos de ocupação hospitalar.

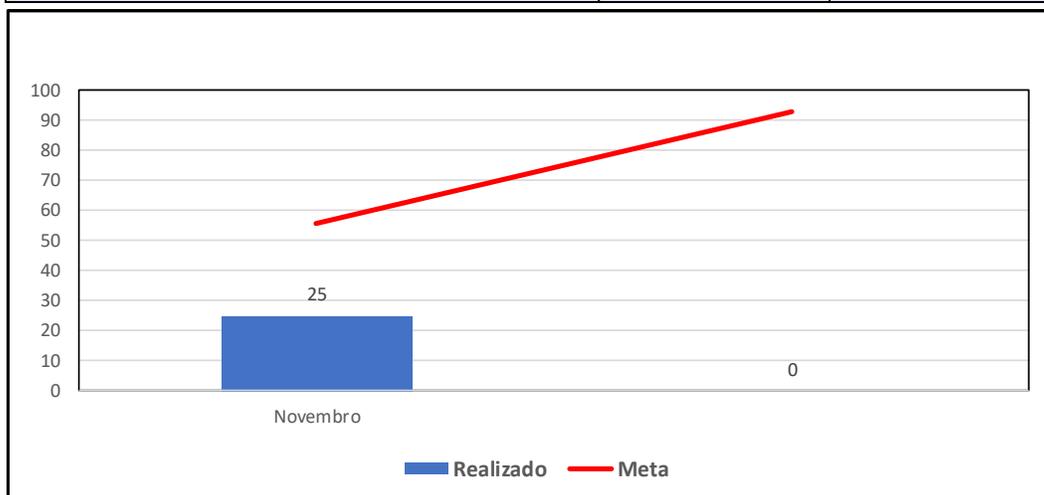
Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Faturamento_Fechamento AIH's_Novembro/2021

FONTE: Sistema Tasy / NIR / SISAIH

C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA

Figura 57. Realizar no mínimo 93 Cirurgias eletivas.

CIRURGIAS ELETIVAS		
MÊS	Novembro	Dezembro
Cirurgia Geral	14	
Cirurgia Pediátrica	0	
Ginecologia&Obstetrícia	11	
Cirurgia Ortopédica (baixa/média complexidade)	0	
Cirurgia Ortopédica (alta complexidade)	0	
Laqueadura	0	
Cirurgia Vascular	0	
Realizado	25	0
Meta	56	93



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Considerando as novas metas previstas no Contrato de Gestão nº 103/2021, onde ocorreu a inserção de novos procedimentos cirúrgicos previstos e o ajuste das quantidades das especialidades existentes no contrato anterior, sabe-se que a oferta realizada pela gestão anterior era de volume menor, não havendo tempo hábil para avaliação e captação de novos pacientes regulados pela central do município.

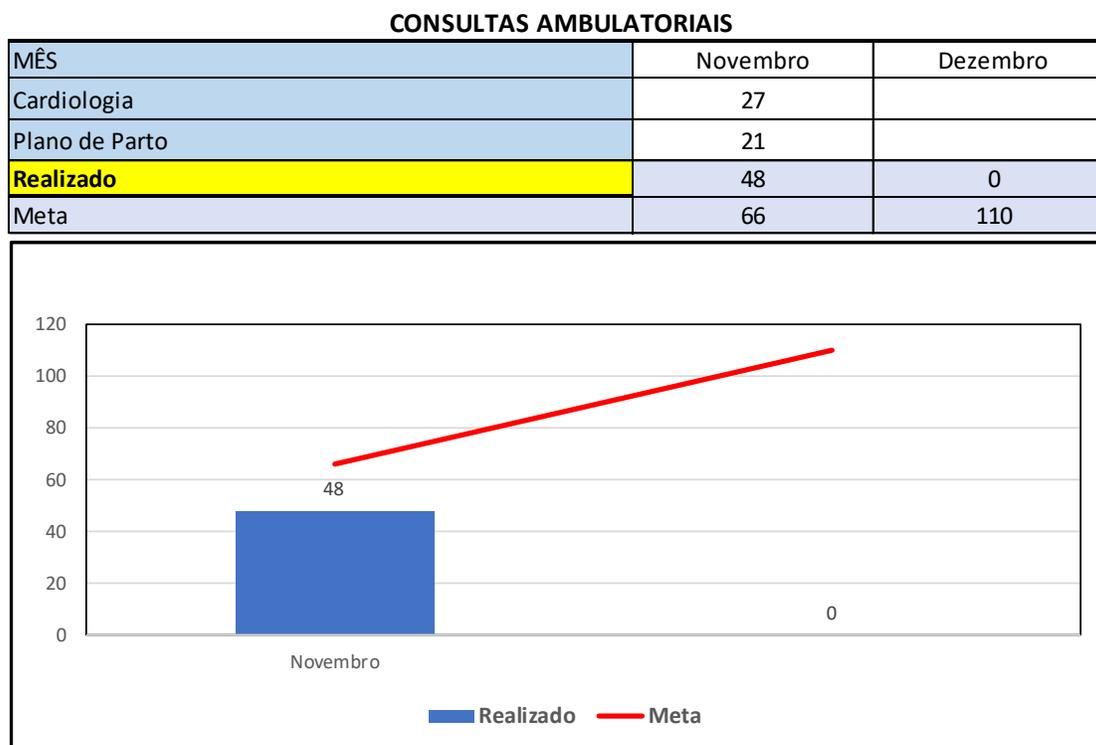
Plano de ação: Durante este mês ocorreu o ajuste do fluxo para autorização da internações hospitalares conforme previsto no Contrato de Gestão, sendo necessária a autorização prévia da auditoria médica da SMSA.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Faturamento_Fechamento Nominais Novembro/2021

FONTE: Agendamento cirurgico / Sistema Tasy / SISAIH

D) Indicador: Ambulatório - HMA

Figura 58. Realizar no mínimo 110 consultas ambulatoriais.



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

No período de 13 à 30 de novembro de 2021, foram realizadas 27 consultas eletivas de cardiologia e 21 planos de parto, somando 48 consultas eletivas ambulatoriais, realizando 72,73% da meta proporcional.

Foram disponibilizadas 38 vagas de consultas ambulatoriais de Cardiologia no período e foram agendados 30 pacientes, gerando 8 perdas primárias (21,05%). Houveram também 3 faltas de consultas agendadas, gerando 10% de absenteísmo.

Foram disponibilizadas também 75 vagas de plano de parto e foram agendadas somente 45, gerando 30 perdas primárias (60%). Houveram também 24 faltas, gerando 53% de absenteísmo.

Considerando que iniciamos o contrato de gestão no dia 13/11/2021, se fez necessário um período de dias para a contratação de serviços terceirizados, alinhamentos de fluxos e programação de distribuição de agenda.

Segue anexo em mídia digital, pasta **C- Indicadores Qualitativos e quantitativos, Anexo XXIII - C - Consultas Ambulatoriais Novembro**

FORNE: SISTEMA TASY

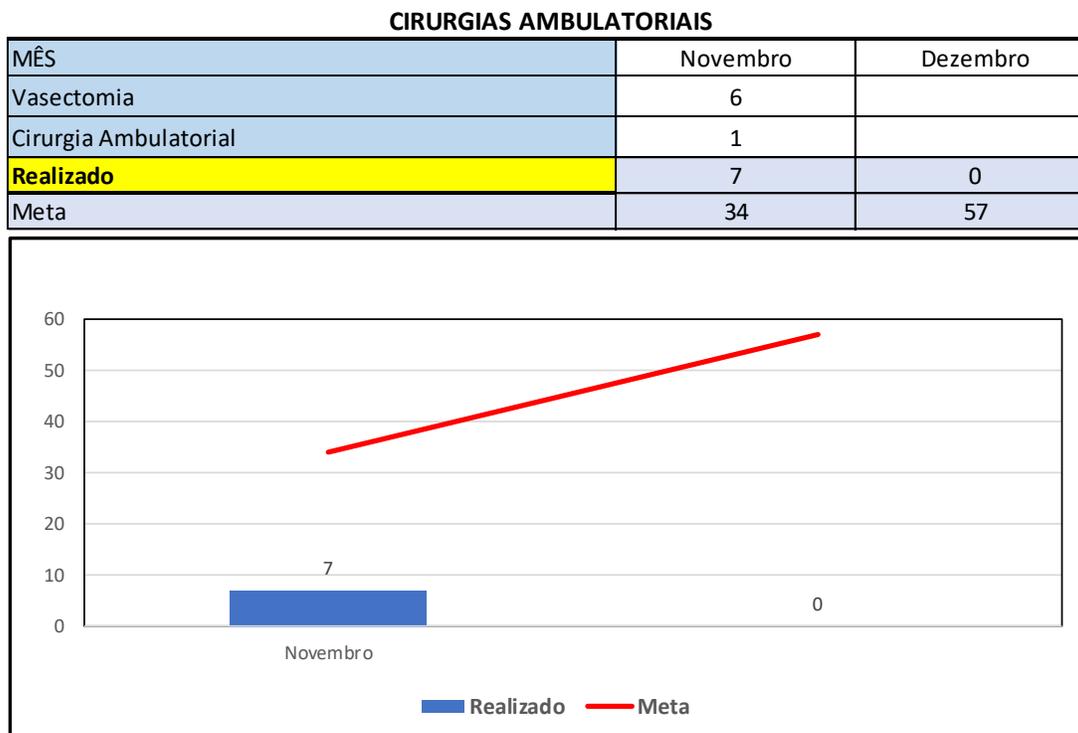
Figura 58.1; Demonstrativo de ofertas, agendamentos e consultas ambulatoriais realizadas.

Consultas Eletivas - Especialidades Previstas no Contrato de Gestão - 103/2021										Não Previsto em Contrato		
UNIDADE	1ª Consultas META	1ª Consultas OFERTADO	1ª Consultas AGENDADAS	Perdas Primárias	FALTANTES (1ª consulta)	Porcentagem de absenteísmo	1ª Consultas REALIZADAS	% REALIZADO META	% OFERTADO META	Retornos	Consultas Pós Cirúrgicos	Total Consultas pós cirúrgicas + retornos REALIZADAS
CARDIOLOGIA	36	38	30	8	3	10%	27	75%	100%	1	0	1
PLANO DE PARTO	30	75	45	30	24	53%	21	70%	100%	0	0	0
TOTAL	110	113	75	38	27	63%	48	73%	100%	1	0	1

FONTE: SISTEMA TASY / RELATÓRIOS DIÁRIOS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS

E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA

Figura 59. Realizar no mínimo 57 Cirurgias Ambulatoriais Eletivas (Porte anestésico zero).



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

Considerando as novas metas previstas no Contrato de Gestão nº103/2021, onde ocorreu a inserção de novos procedimentos cirúrgicos previstos e o ajuste das quantidades das especialidades existentes no contrato anterior, sabe-se que a oferta realizada pela gestão anterior era de volume menor, não havendo tempo hábil para avaliação e captação de novos pacientes regulados pela central do município.

Durante o mês de novembro ocorreu o ajuste do fluxo para autorização da internações hospitalares conforme previsto no Contrato de Gestão, sendo necessária a autorização prévia da auditoria médica da SMSA.

Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Faturamento_Fechamento Nominais Novembro/2021

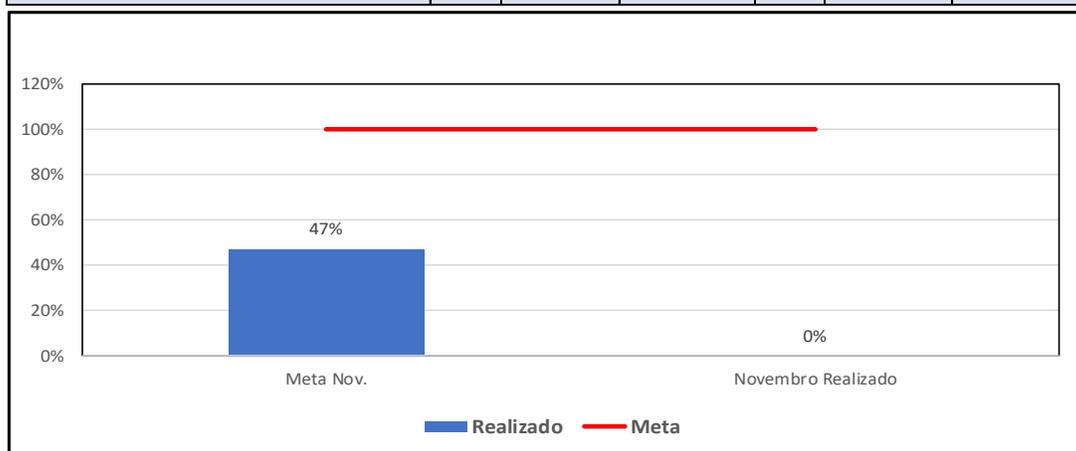
FONTE: SISTEMA TASY

F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA

Figura 60. Realizar exames eletivos encaminhados pela Central de Regulação Ambulatorial da SMSA.

SADT ELETIVOS

MÊS	Meta Nov.	Novembro Realizado	Realizado Percentual	Meta Dez.	Dezembro Realizado	Realizado Percentual
Mamografia	180	108	60%	300		0%
Tomografia com Contraste	9	0	0%	15		0%
Tomografia sem Contraste	72	65	90%	120		0%
Radiodiagnóstico	900	185	21%	1500		0%
USG	360	313	87%	600		0%
Ecocardiograma Adulto/Infantil	150	169	113%	250		0%
Teste Ergométrico	90	45	50%	150		0%
Eletrocardiograma	120	112	93%	200		0%
Biópsia de Próstata por PAFF	15	0	0%	25		0%
Endoscopia	99	8	8%	165		0%
Colonoscopia / retossigmoidoscopia	45	0	0%	75		0%
Realizado		1005	47%		0	0%
Meta		2040	100%		3400	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

No período de 13 à 30 de novembro de 2021, foram realizados 1005 exames de SADT, que correspondem em média a 47,00% da meta proporcional.

Considerando que a transição de gestão ocorreu na data 13/11/2021, se fez necessário um período de dias para a contratação de serviços terceirizados, alinhamentos de fluxos e programação de distribuição de vagas para a realização de exames de SADT.

Deve-se considerar também que a distribuição de vagas para a realização de exames foi realizada com base no contrato da gestão anterior, que é inferior ao atual contrato de gestão. Como plano de ação, realizaremos a distribuição de vagas da agenda da próxima competência com base nas metas compactuadas no contrato de gestão e controlaremos os exames realizados diariamente, com o intuito de reduzir o índice de absenteísmo.

Segue anexo em mídia digital, pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XIX - C - SADT Eletivos Novembro

FONTE: SISTEMA TASY

Figura 60.1; Demonstrativo de ofertas, agendamentos e exames externos realizados

EXAMES EXTERNOS ELETIVOS - SADT's														
UNIDADE	META EXAMES	OFERTAS PACIENTES	% OFERTADO DA META	PACIENTES AGENDADOS NA COMPETÊNCIA ATUAL	PERDA PRIMÁRIA	PACIENTES REAGENDADOS DAS COMPETÊNCIAS ANTERIORES	TOTAL DE PACIENTES AGENDADOS	EXAMES REALIZADOS AGENDAMENTOS COMPETÊNCIA ATUAL	EXAMES REALIZADOS DE REAGENDAMENTOS COMPETÊNCIAS ANTERIORES	QUANTIDADE DE EXAMES REALIZADOS	TOTAL PACIENTES FALTOSOS	PERCENTUAL DE ABSENTEISMO	PACIENTES CANCELADOS	% REALIZADO META
COLONOSCOPIA/RETOSSIGMOIDE	45	0	0,00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
ENDOSCOPIA	99	10	10,10%	10	0	0	10	8	0	8	2	20,00%	0	8,08%
MAMOGRAFIA	180	125	69,44%	125	0	0	125	108	0	108	17	13,60%	0	60,00%
TOMOGRAFIA S/ CONTRASTE	72	50	69,44%	52	0	2	54	63	2	65	5	9,26%	0	90,28%
TOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	9	8	88,89%	8	0	0	8	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
RADIOLOGIA POR EXAME	900	276	30,67%	263	13	0	263	185	0	185	78	29,66%	0	20,56%
ULTRASSONOGRAFIA (ABDOMINAL, PRÓSTATA, APARELHO URINÁRIO, OBSTÉTRICO E TRANSVAGINAL)	360	330	91,67%	338	0	31	369	282	31	313	56	15,18%	0	86,94%
ECOCARDIOGRAMA ADULTO E INFANTIL	150	152	101,33%	153	0	43	196	126	43	169	7	3,57%	20	112,67%
TESTE ERGOMÉTRICO	90	100	111,11%	67	33	2	69	43	2	45	19	27,54%	5	55,56%
ELETROCARDIOGRAMA	120	166	138,33%	151	15	0	151	112	0	112	39	25,83%	0	93,33%
TOTAL	2025	1217	71,10%	1167	61	78	1245	927	78	1005	223	17,91%	25	49,63%

Fonte: Sistema Tasy / Controles diários / IPM Saúde