RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO

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

ARAUCÁRIA/PR

DEZEMBRO/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

A) Indicadores: Taxa de Ocupação: 9

B) Indicador: Média de Permanência: 21

C) Indicador: Monitoramento da permanência 28

D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias: 29

E) Indicador: Taxa de cesárea 30

F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade 36

G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29): 42

H) Indicador: Notificação de Agravos 50

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE 51

I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar: 51

J) Indicador: Incidência de queda do paciente: 56

K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão: 57

L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura: 58

M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico: 59

N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente 60

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE 61

O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos: 61

P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico: 62

Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas: 63

R) Indicador: Informação dos censos da UTI: 64

S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro: 65

T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar: 66

Figura 47. Apresentar o número de pacientes classificados com Risco 68
COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL..... 69
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar: 69
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:..... 71
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias: 73
X) Indicador: CNES atualizado. 75
Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo. 76
Z) Indicador: Educação permanente. 77
METAS QUANTITATIVAS 80
A) Indicador: Equipe Médica do HMA 80
B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA 81
C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA..... 82
D) Indicador: Ambulatório - HMA 83
E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA 85
F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA 86

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:

Dezembro 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

A) Indicadores: Taxa de Ocupação:

O relatório para verificação da taxa de ocupação por unidade de internação e ocupação em geral é extraído do sistema interno TasyRel 03 vezes ao dia para verificação in loco (leito a leito), as movimentações de leito e setor no sistema interno são efetuadas em tempo real, sendo ajustado o sistema conforme a ocupação real do paciente, além do controle de admissões e alta que é realizado pelo NIR – Núcleo Interno de Regulação.

Para o cálculo do percentual utiliza-se como base o relatório das 07:00 horas da manhã, e os dados são transcritos para uma planilha de controle diário para melhor visualização dos números diários por leito e setor.

Seguem os anexos em mídia digital (cada relatório contém a quebra por setor de ocupação):

Anexo I - Taxa de ocupação Geral - 01-12-2021;

Anexo II - Taxa de ocupação Geral - 02-12-2021;

Anexo III - Taxa de ocupação Geral - 03-12-2021;

Anexo IV - Taxa de ocupação Geral - 04-12-2021;

Anexo V - Taxa de ocupação Geral - 05-12-2021;

Anexo VI - Taxa de ocupação Geral - 06-12-2021;

Anexo VII - Taxa de ocupação Geral - 07-12-2021;

Anexo VIII - Taxa de ocupação Geral - 08-12-2021;

Anexo IX - Taxa de ocupação Geral - 09-12-2021;

Anexo X - Taxa de ocupação Geral - 10-12-2021;

Anexo XI - Taxa de ocupação Geral - 11-12-2021;

Anexo XII - Taxa de ocupação Geral - 12-12-2021;

Anexo XIII - Taxa de ocupação Geral - 13-12-2021;

Anexo XIV - Taxa de ocupação Geral - 14-12-2021;

Anexo XV - Taxa de ocupação Geral - 15-12-2021;

Anexo XVI - Taxa de ocupação Geral - 16-12-2021;

Anexo XVII - Taxa de ocupação Geral - 17-12-2021;

Anexo XVIII - Taxa de ocupação Geral - 18-12-2021;

Anexo XIX - Taxa de ocupação Geral - 19-12-2021;

Anexo XX - Taxa de ocupação Geral - 20-12-2021;

Anexo XXI - Taxa de ocupação Geral - 21-12-2021;

Anexo XXII - Taxa de ocupação Geral - 22-12-2021;

Anexo XXIII - Taxa de ocupação Geral - 23-12-2021;

Anexo XXIV - Taxa de ocupação Geral - 24-12-2021;

Anexo XXV - Taxa de ocupação Geral - 25-12-2021;

Anexo XXVI - Taxa de ocupação Geral - 26-12-2021;

Anexo XXVII - Taxa de ocupação Geral - 27-12-2021;

Anexo XXVIII - Taxa de ocupação Geral - 28-12-2021;

Anexo XXIX - Taxa de ocupação Geral - 29-12-2021;

Anexo XXX - Taxa de ocupação Geral - 30-12-2021;

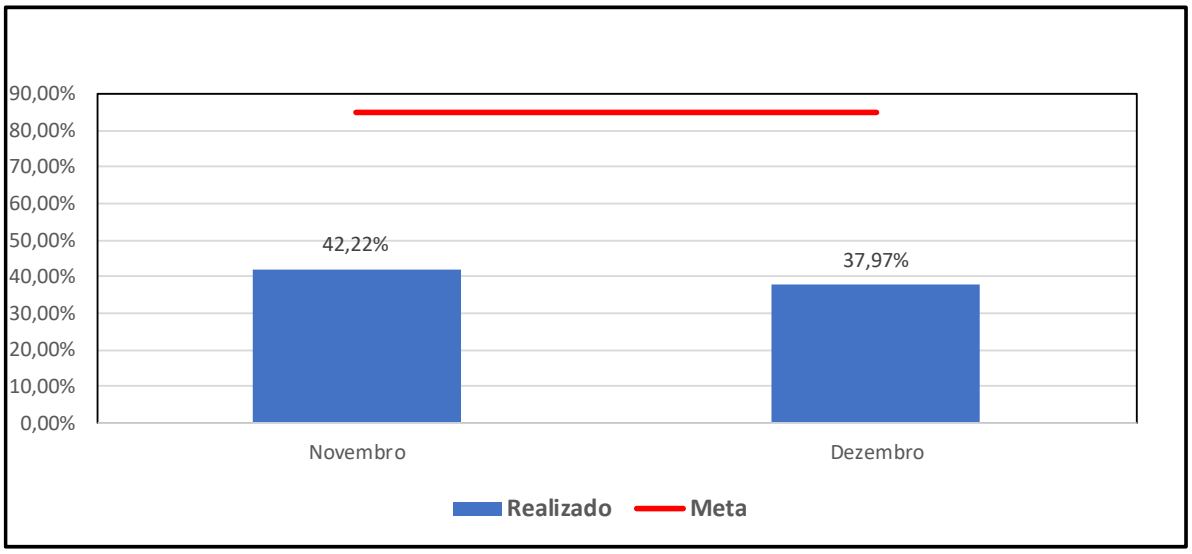
Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral - 31-12-2021.

Figura 01. Taxa de ocupação da Pediatria ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - PEDIATRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	13	13
Realizado	42,22%	37,97%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 153/403 x 100 = 37,97%

Durante este mês ocorreram internações com indicação de isolamento por quadro pandemico na clínica pediátrica. A cada 03 leitos existe uma perda de 06 leitos, não sendo possível absorver todas as indicações de internamento. Processo em desenvolvimento para o controle e demonstração dos leitos bloqueados.
Foi 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 encotrava 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 foi reavaliado pela gestão, e mesmo fazendo as alteraçoes necessarias não houve demanda de internamento no setor.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

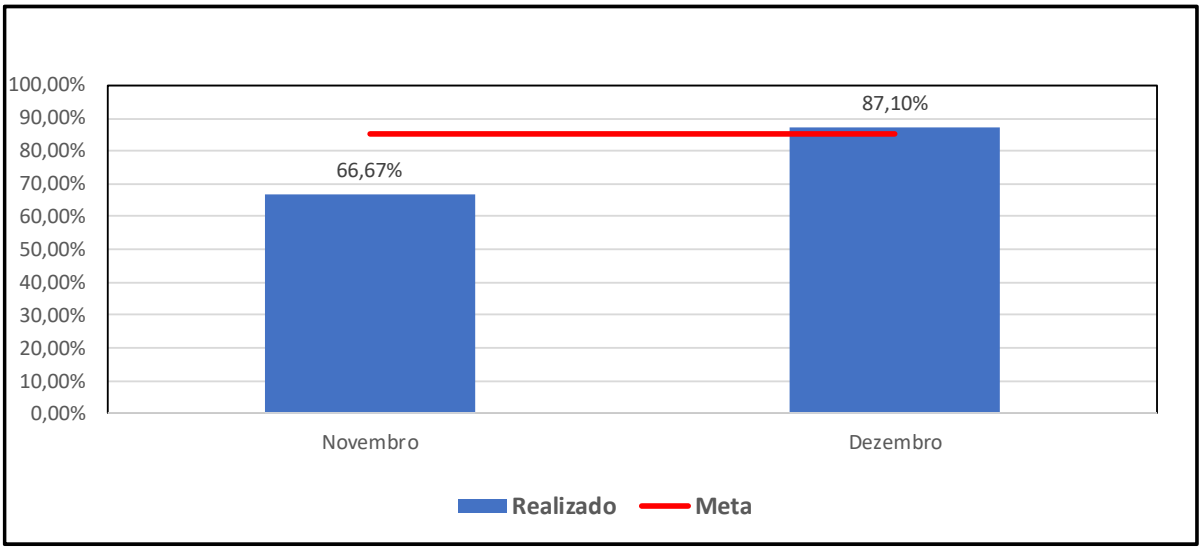
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 02. Taxa de ocupação da Cirurgia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - CLINICA CIRÚRGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	13	13
Realizado	66,67%	87,10%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 351/403 x 100 = 87,10%
Meta realizada como consequência do aumento do número de cirurgias eletivas.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral.**

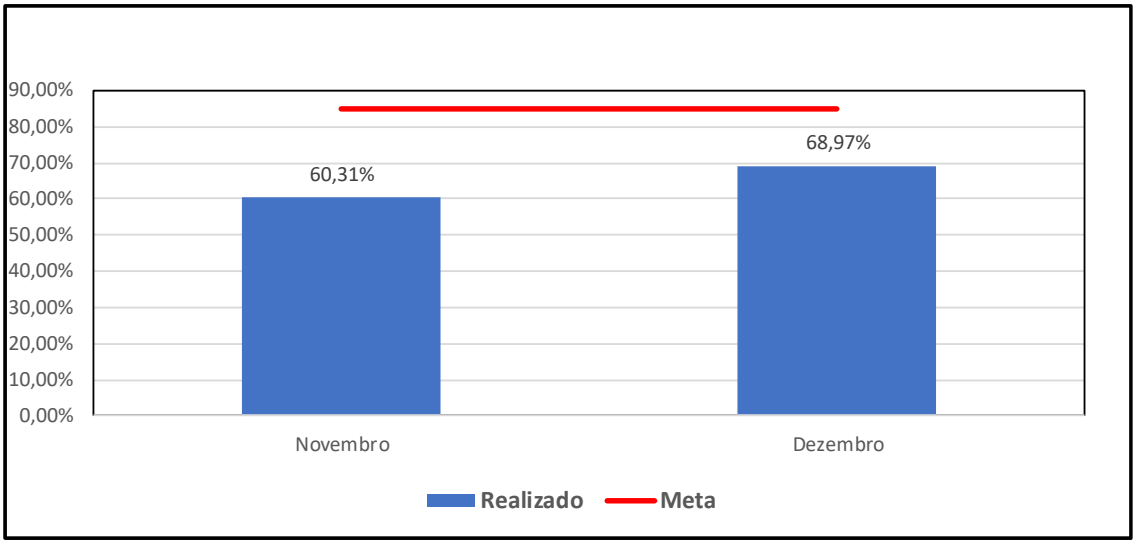
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 03. Taxa de ocupação da Internação Geral ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - INTERNAÇAO GERAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	84	84
Realizado	60,31%	68,97%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 1796/2604 x 100 = 68,97%
O total de 1796 paciente/dia corresponde a soma dos pacientes/dia de cada unidade de internação.
Durante este mês ocorreram internações com indicação de isolamento por quadro pandemico na clínica pediátrica. A cada 03 leitos existe uma perda de 06 leitos, não sendo possível absorver todas as indicações de internamento. Processo em desenvolvimento para o controle e demonstração dos leitos bloqueados.
Foi 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 encotrava 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 foi reavaliado pela gestão, e mesmo fazendo as alteraçoes necessárias não houve demanda de internamento nos setores de Pediatria, alojamento conjunto e sala de pré parto.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

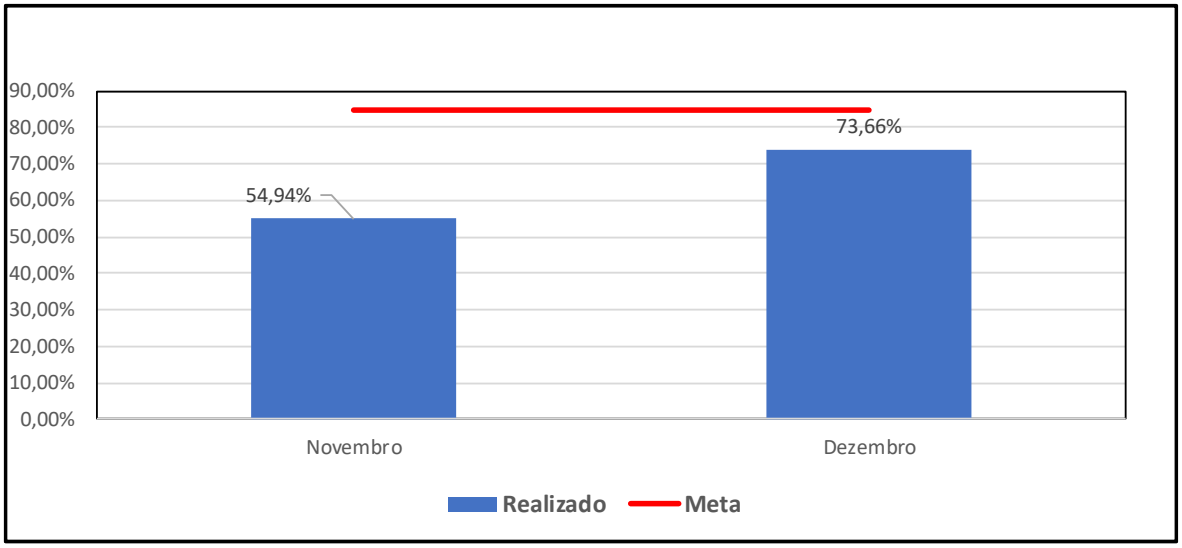
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 04. Taxa de ocupação da Ginecologia & Obstetrícia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	18	18
Realizado	54,94%	73,66%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 411/558 x 100 = 73,66%

Embora tenhamos estabelecido um novo fluxo 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 encontra 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 foi reavaliado pela gestão, e mesmo fazendo as alteraçoes necessárias não houve demanda de internamento nos setores de alojamento conjunto e sala de pré parto.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

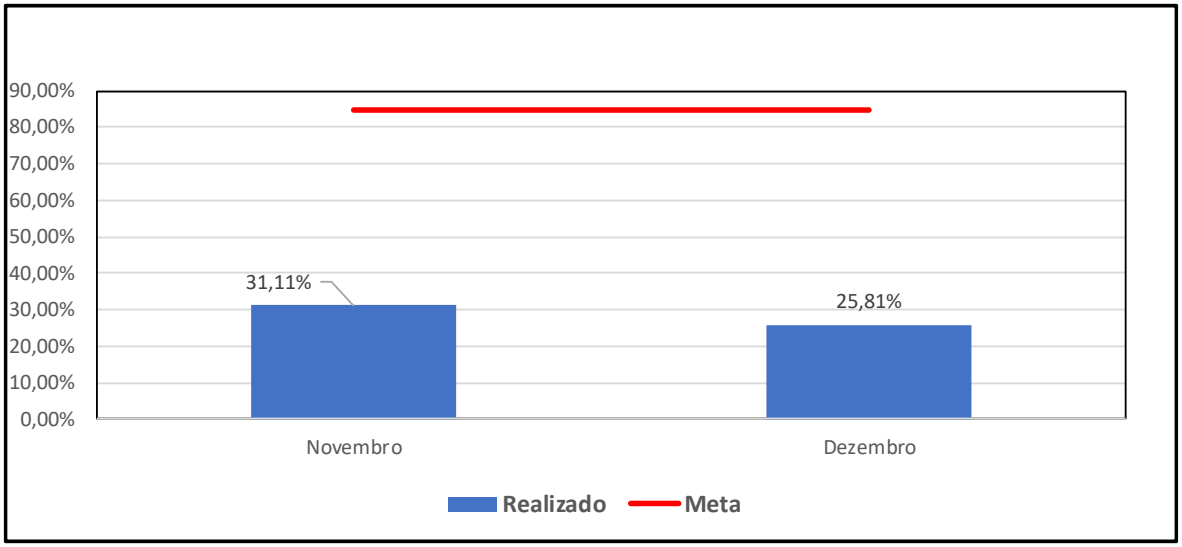
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 05. Taxa de ocupação do Pré-parto ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - PRÉ PARTO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	5	5
Realizado	31,11%	25,81%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 48/155 x 100 = 25,81%

Após os fluxos serem revisados, e fazendo as alterações necessárias não houve demanda de internamento nos setores de alojamento conjunto e sala de pré parto.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

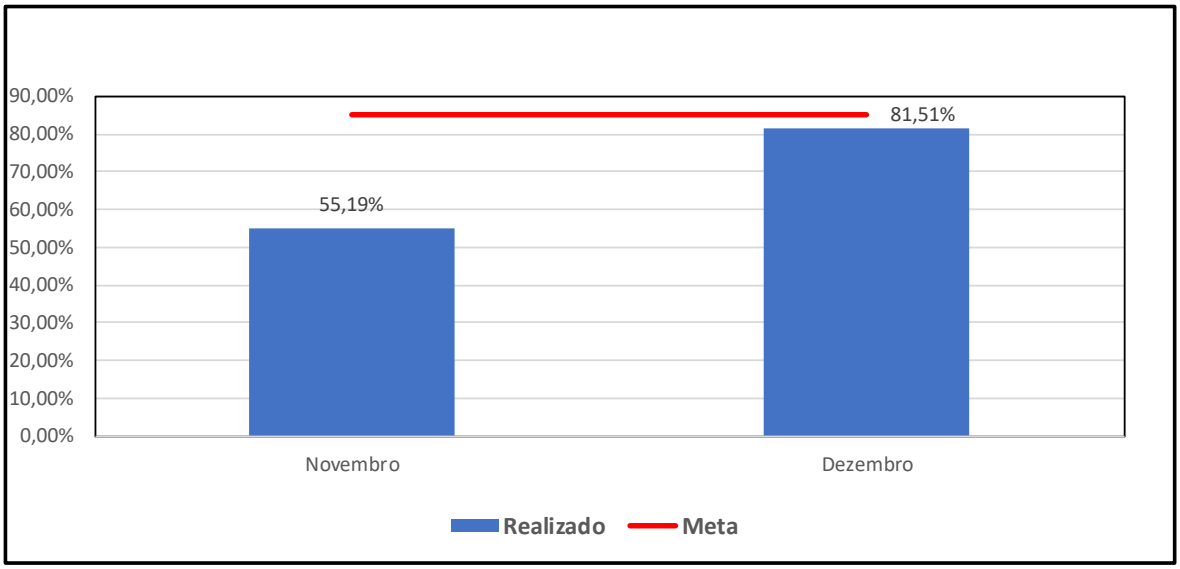
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 06. Taxa de ocupação da Internação da Clínica Médica ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - CLINICA MÉDICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	15	15
Realizado	55,19%	81,51%
Meta	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 379/465 x 100 = 81,51%

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

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

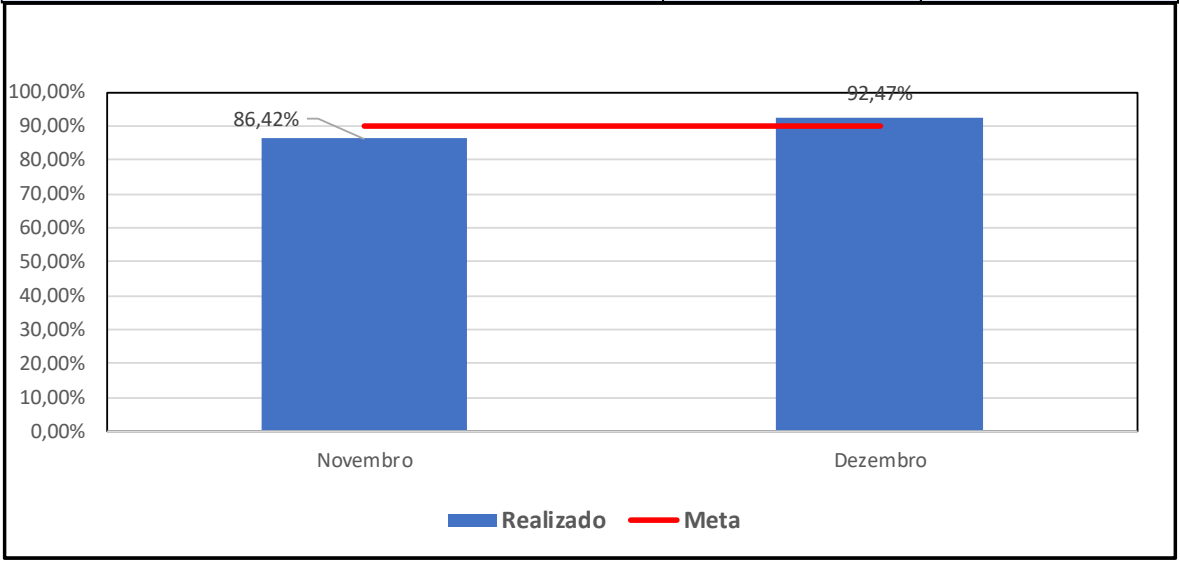
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 07. Taxa de ocupação da UTI Adulto ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI ADULTO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	9	9
Realizado	86,42%	92,47%
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 248/279 x 100 = 92,47%

Meta realizada em cumprimento ao plano de ação de acompanhamento da regulação dos pacientes com apoio da Diretoria Técnica.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

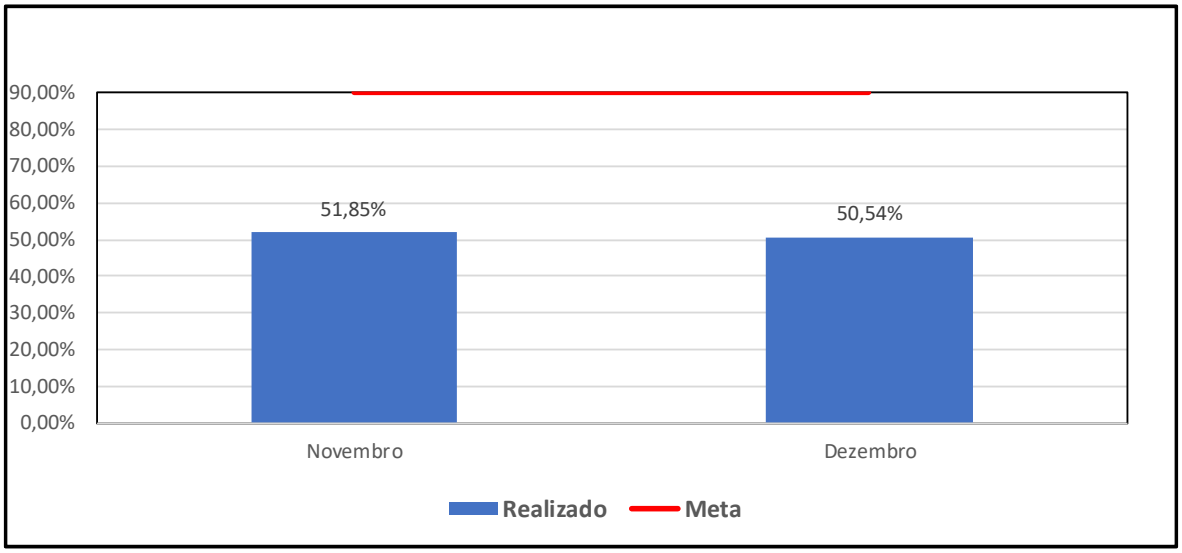
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 08. Taxa de ocupação da UTI Pediátrica ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	3	3
Realizado	51,85%	50,54%
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 47/93 x 100 = 50,54%

Embora o setor de pediatria seja considerado "portas abertas" e o P.A.I. sendo referência no município de Araucária para atendimento e internação de casos clínicos, não houve demanda de internamento nos setores de Pediatria e UTI Pediátrica.

O **Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência**, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

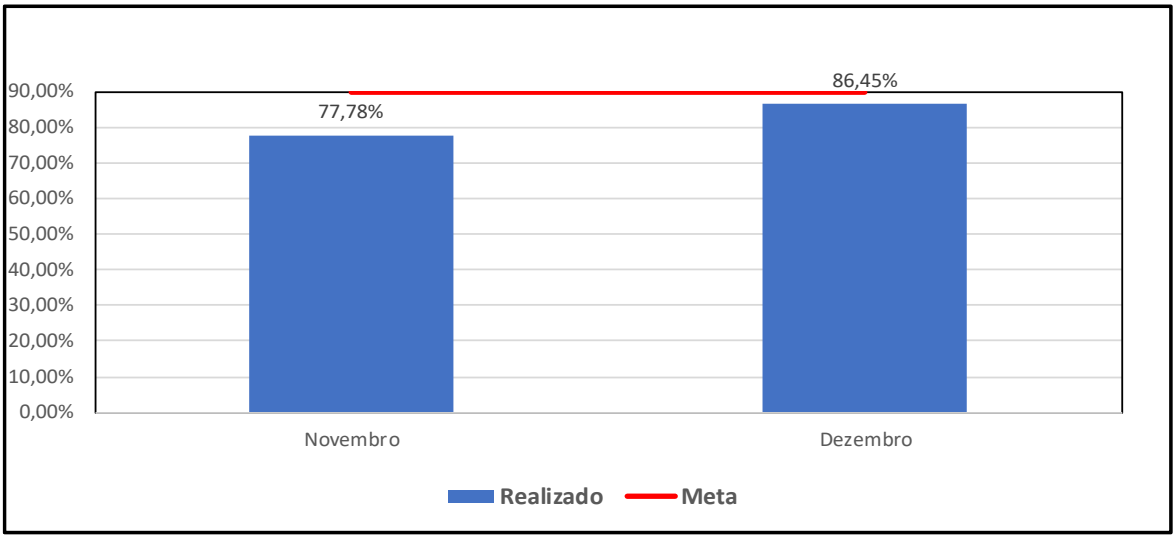
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 09. Taxa de ocupação da Unidade Neonatal ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI NEONATAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	5	5
Realizado	77,78%	86,45%
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100

Cálculo realizado: 134/155 x 100 = 86,45%

Estiveram internados na UTI Neonatal o total de 12 pacientes, sendo 05 com média de permanência superior a 14 dias.

Justifica-se devido aos RN's (02 gemelares - gestação de alto-risco), prematuridade extrema, baixo peso e casos de recém nascidos sem acompanhamento pré-natal.

01) RN GA DE A.M.P - ATD: 1127987, **intern: 20 dias -**33 SEM. + 4 D

02) RN GB DE D. A. S. - ATD:1127986, **intern: 20 dias** - 33 SEM. + 4 D

03) RN S.L.N. - ATD:1129321, **intern: 17 dias** - 34 SEM + 6 D

04) RN M.S. - ATD:1129804, **intern: 16 dias -** 37 SEM

05)RN T.R.O.B.-ATD: 1124152, **intern: 30 dias** - 29 SEM+ 6D

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.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

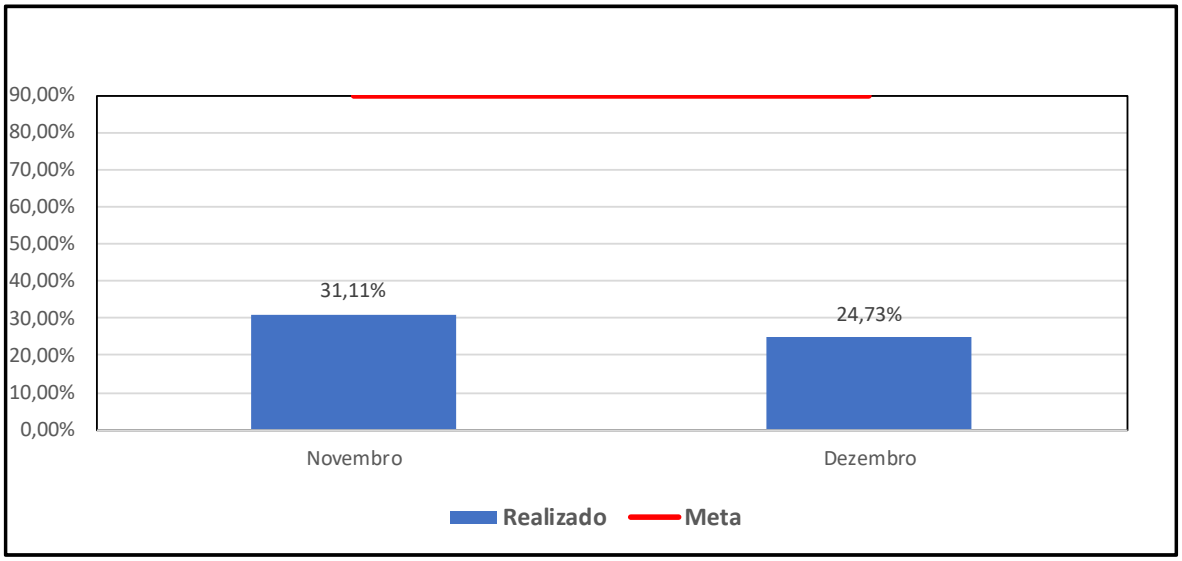
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 10. Taxa de ocupação da UCIN–Unidade de Cuidados Intermediários Neo/Ped ≥ 90%

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE OCUPAÇÃO - UCIN

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº DE LEITOS	3	3
Realizado	31,11%	24,73%
Meta	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /número de leitos-dia) x 100
Cálculo realizado: 23/93 x 100 = 24,73%

Embora o setor de pediatria seja considerado "portas abertas" e o P.A.I. sendo referência no município de Araucária para atendimento e internação de casos clínicos, não houve demanda de internamento nos setores de Pediatria.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se d**o Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

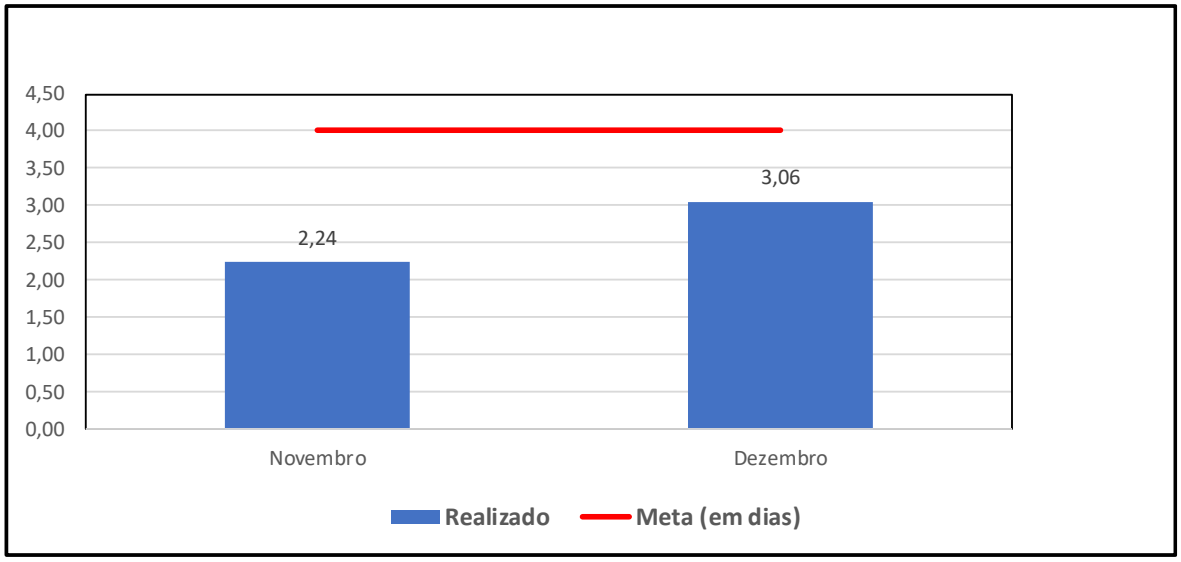
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente através do censo nos setores.

B) Indicador: Média de Permanência:

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - PEDIATRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	13	13
Realizado	2,24	3,06
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 153/50 x 100 = 3,06
Na UTI pediatrica ficamos com 3,06 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.
O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

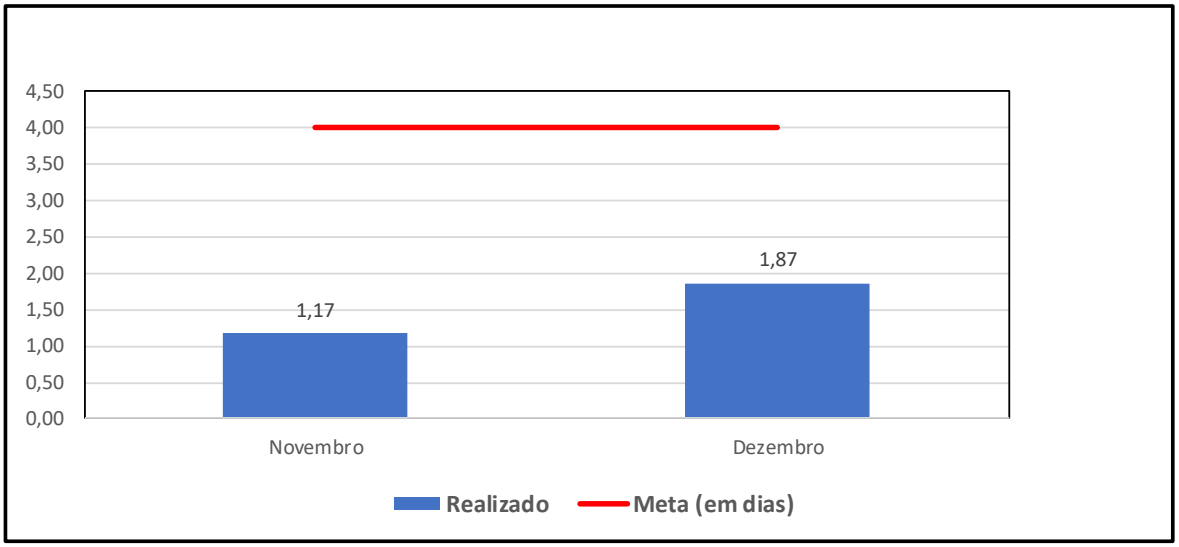
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 12. Manter a Média de Permanência da Cirurgia ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLINICA CIRÚRGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	13	13
Realizado	1,17	1,87
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 351/188 x 100 = 1,87
Na UI cirurgica ficamos com 1,87 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.
O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

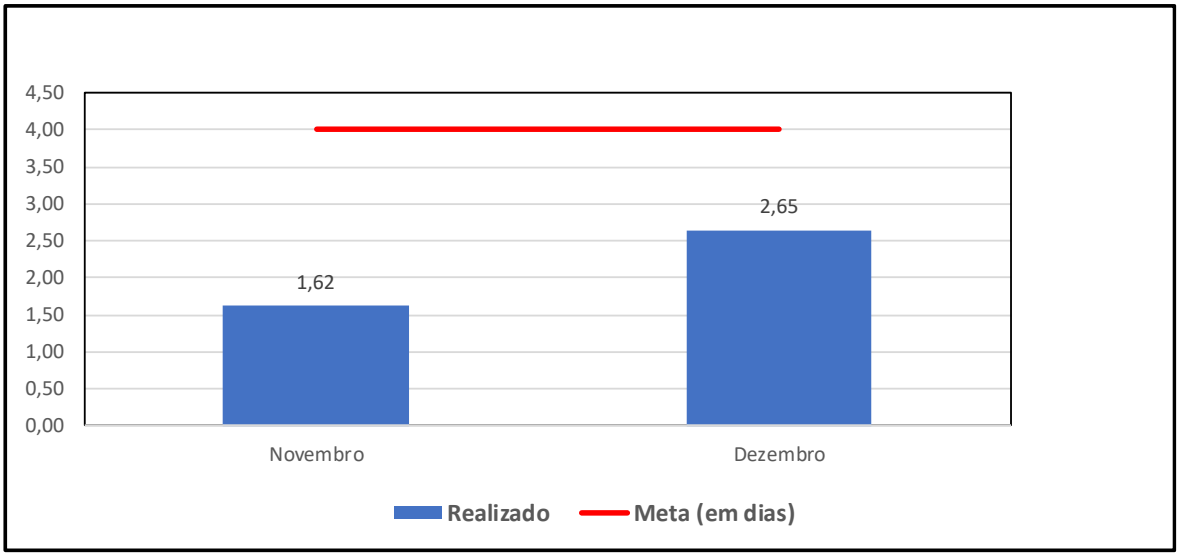
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

Figura 13. Manter a Média de Permanência da Ginecologia e Obstetrícia ≤ 04 dias

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	18	18
Realizado	1,62	2,65
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 411/155 x 100 = 2,65
Na UI obstétrica ficamos com 2,65 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.
O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

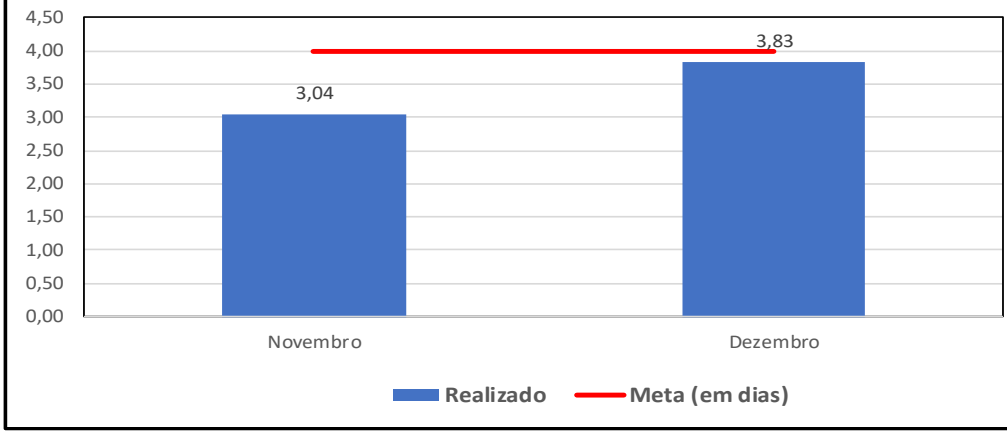
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA+B1:O31

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLINICA MÉDICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	15	15
Realizado	3,04	3,83
Meta (em dias)	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100

Cálculo realizado: 379/99 x 100 = 3,83

Na UI clínica médica ficamos com 3,83 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência. Identificou-se que no período tivemos 20 pacientes com média de permanência superior a 4 dias, impactando no aumento do tempo de permanência de novembro para dezembro, demonstrado abaixo:

J.S. at: 1121436, intern: 10 dias, ICC +Broncoaspiração;
M.C.W. at: 1123089, intern: 12 dias, CA mama+Meta Hepática;
D.S.M. at: 1123536, intern: 7 dias, PO Gastroplastia;
L.S.B. at: 1123552, intern: 9 dias, Retocolite ulcerativa;
P.C.D. at: 1123637, intern: 5 dias, HAS+Hipercolesterolemia;
J.S.C. at: 1123951, intern: 7 dias, Epilepsia;
A.R.S. at: 1123987, intern: 10 dias, DPOC Exacerbado;
M.K.D.M. at: 1124052, intern: 12 dias, CA de Colon de Útero;
C.T. at: 1124615, intern: 9 dias, HAS+DM+ Artrite reumatóide;
V.W. at: 1124721, intern: 10 dias, HAS+ ICC;
V.P.S. at: 1125121, intern: 7 dias, HAS+DM+Vasculopatia;
M.P.S. at: 1125159, intern: 6 dias, HAS+DM+ICC
J.C.P.S. at: 1125247, intern: 5 dias,Epilepsia;
B.A.B. at: 1125350, intern: 7 dias, HDB;
L.P.P. at: 1127726, intern: 5 dias, Enterectomia;
M.J.M.M. at: 1128458,intern: 17 dias, BPM Aspirativa;
P.M.W. at: 1129859, intern: 14 dias, ICC+Edema Agudo;
B.M. at: 1129892, intern: 16 dias, BPM Aspirativa;
M.H.J.L. at: 1130394, intern: 6 dias, Hiporexia+Ascite+ Cisto hepático;
R.G.O at: 1131686, intern: 11 dias, DPOC;
V.C. at: 1132974, intern: 6 dias, DPOC Exarcebado.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

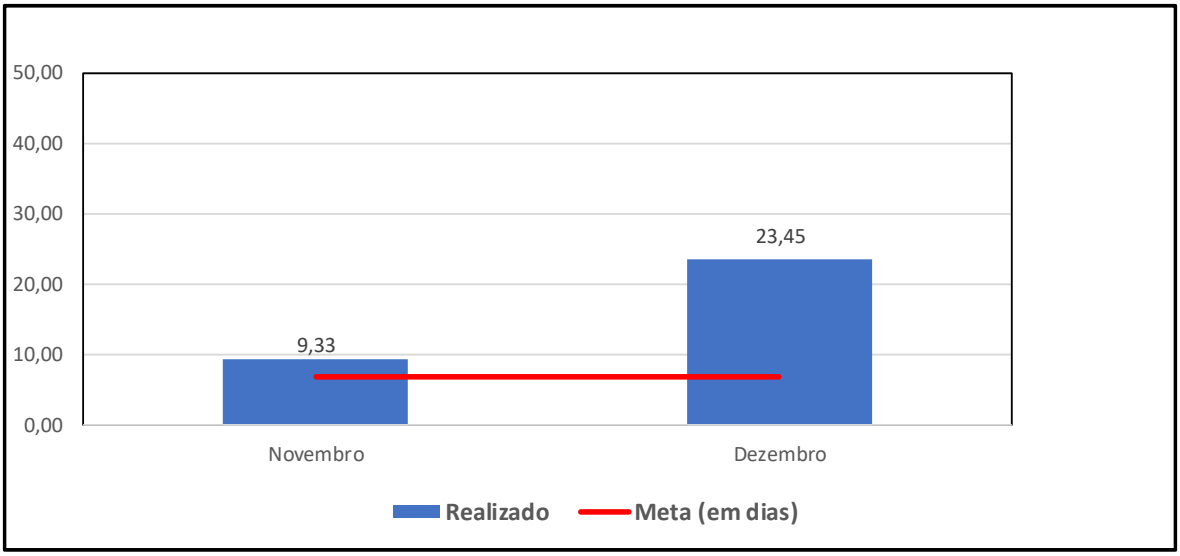
FONTE: - Relatório de controle do NIR , realizado diariamente atraves do censo nos setores.

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI ADULTO

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	9	9
Realizado	9,33	23,45
Meta (em dias)	7	7



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 258/11 x 100 = 23,45
Na UTI adulto ficamos com 23,45 dias de permanência, acima da meta de 07 dias de permanência.
A média de permanência dos pacientes internados no período analisado foi de 23,7, dá-se devido aos 08 casos internamentos de longa permanência por complicações clínicas dos pacientes:
1) I.V.S. 72a, at: 1119920, intern: 31 dias, DPOC Exacerbado + Sepse Pulmonar;
2) J.S. 77a, at: 1121436 intern: 21 dias, HAS+ ICC+ DM 2;
3) J.L. 70a, at: 1125726, intern: 23 dias, AVE;
4) M.T.R. 57a, at:1127096,intern: 15 dias, DPOC + HAS;
5) A.D.N.A. 29a, at: 1127459, inter: 11 dias, Meningite+HIV;
6) L.P.P. 33a, at: 1127726, intern: 12 dias, FAF;
7) M.L.O. 71a, at: 1129397, intern: 13 dias, IRC dialíco + Artroplastia de Quadril;
8) J.B. 63a, at: 1130017, intern: 14 dias, Convulsão+AVC+ Sepse Pulmonar.
Plano de ação:
1. Revisão dos fluxos de admissão e alta;
2. Revisão do protocolo clínico e assistencial de cuidados paliativos;
3. Revisão dos fluxos relacionados ás diálises / UTI.
O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

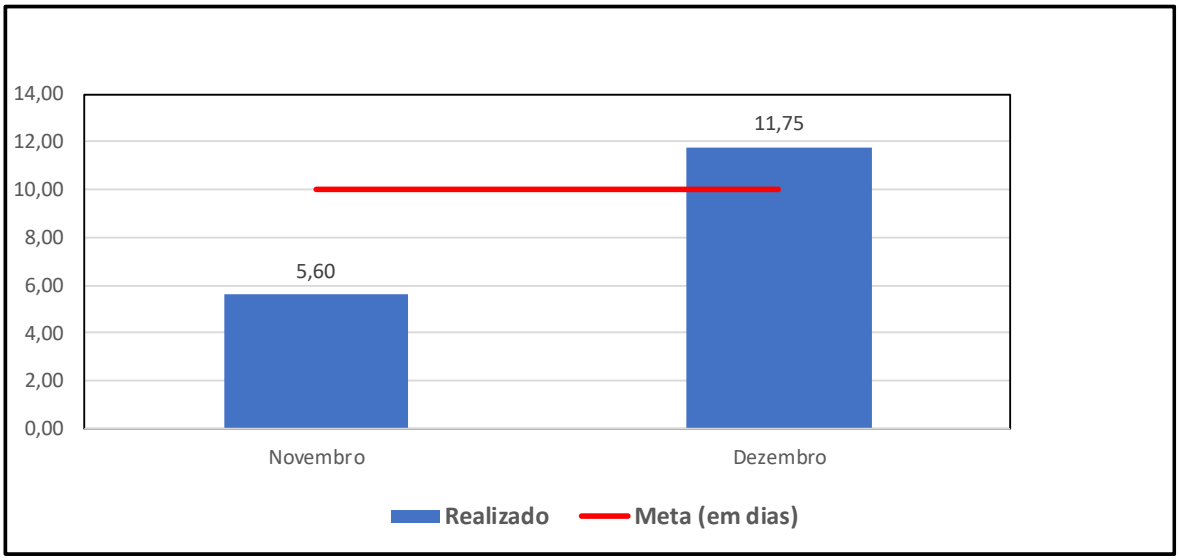
FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	3	3
Realizado	5,60	11,75
Meta (em dias)	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 47/4 x 100 = 11,75

Na UTI pediátrica ficamos com 11,75 dias de permanência, acima da meta de 10 dias de permanência.

Rn de F.A. J. At. 1118359 **intern: 21 dias** RNPT (34+5 SEMANAS) + PIG (1708 G) + CST PREMATURA POR PRE ECLAMPSIA

Plano de ação:
1. Revisão dos fluxos de admissão e alta.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

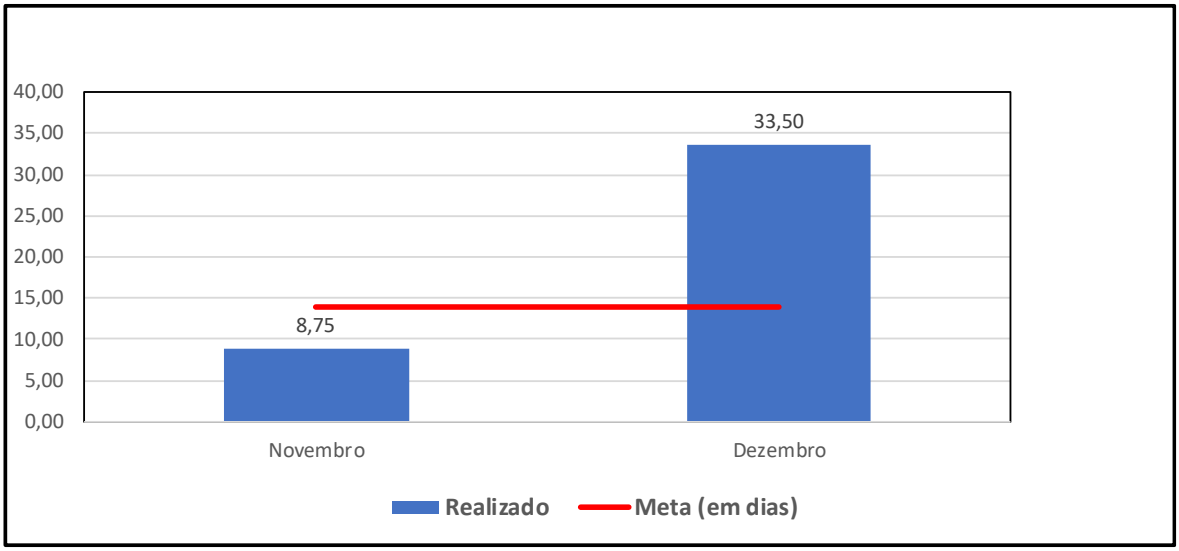
FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - NEONATAL

MÊS	Novembro	Dezembro
LEITOS	5	5
Realizado	8,75	33,50
Meta (em dias)	14	14



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: (número de paciente-dia /total de saídas) x 100
Cálculo realizado: 134/4 x 100 = 33,50
Na UTI neonatal ficamos com 33,50 dias de permanência, acima da meta de 14 dias de permanência, devido aos RN's (02 gemelares - gestação de alto-risco), prematuridade extrema, baixo peso e casos de recém nascidos sem acompanhamento pré-natal.
01) RN GA DE A.M.P - ATD: 1127987, intern: 20 dias -33 SEM. + 4 D
02) RN GB DE D. A. S. - ATD:1127986, intern: 20 dias - 33 SEM. + 4 D
03) RN S.L.N. - ATD:1129321, intern: 17 dias - 34 SEM + 6 D
04) RN M.S. - ATD:1129804, intern: 16 dias - 37 SEM
05)RN T.R.O.B.-ATD: 1124152, intern: 30 dias - 29 SEM+ 6D

Plano de ação:
1. Revisão dos fluxos de admissão e alta.

O Anexo C - A_B - Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do **Anexo I ao Anexo XXXI - Taxa de ocupação Geral**

FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

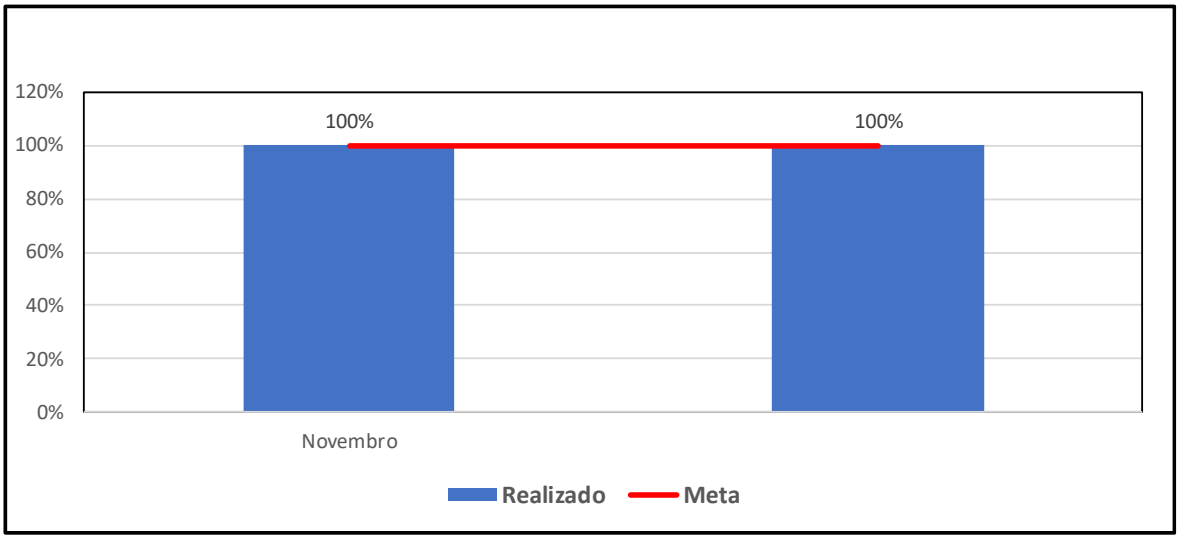
C) Indicador: Monitoramento da permanência

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

MONITORAMENTO DE PERMANÊNCIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº Internações (enf. e P.A) Kanban	292	862
Nº Internações realizadas	292	862
Realizado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

Plano de ação: A reclassificação utilizando o Protocolo é realizada a cada 24 horas, pelos enfermeiros do serviço, conforme a rotina já instituída.

O Censo da Enfermagem tem a identificação por cores e estão a disposição nos postos. Onde é salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, vislumbrando brevemente a informatização completa desse processo.

Anexo planilha aberta em Excel na pasta **C - QUADRO DE INDICADORES QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS** arquivos **Anexo XXXII KANBAN ADULTO e Anexo XXXIII KANBAN NEO-PEDIATRIA.**

FONTE: Sistema Tasy - Estatística Enfermagem

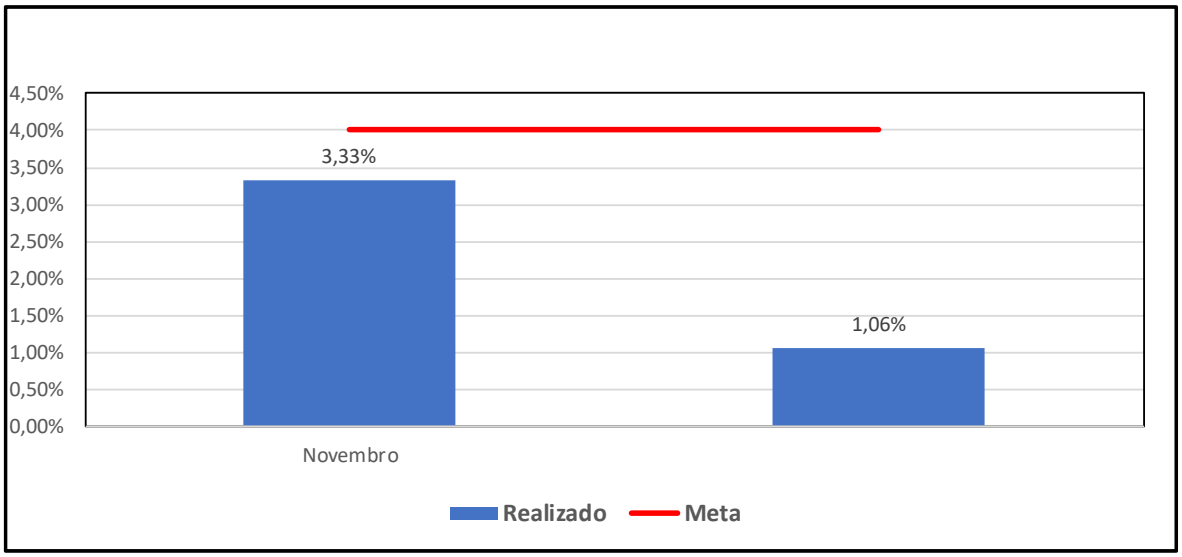
D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de cirurgias programadas	60	94
Nº de cirurgias suspensas	2	1
Realizado	3,33%	1,06%
Meta	4,00%	4,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Foi cancelada 01 Cirurgia Adulto eletiva, pois após nova avaliação médica houve a necessidade de solicitar mais exames complementares ao paciente.

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

FONTE: Sistema Tasy / prontuário médico

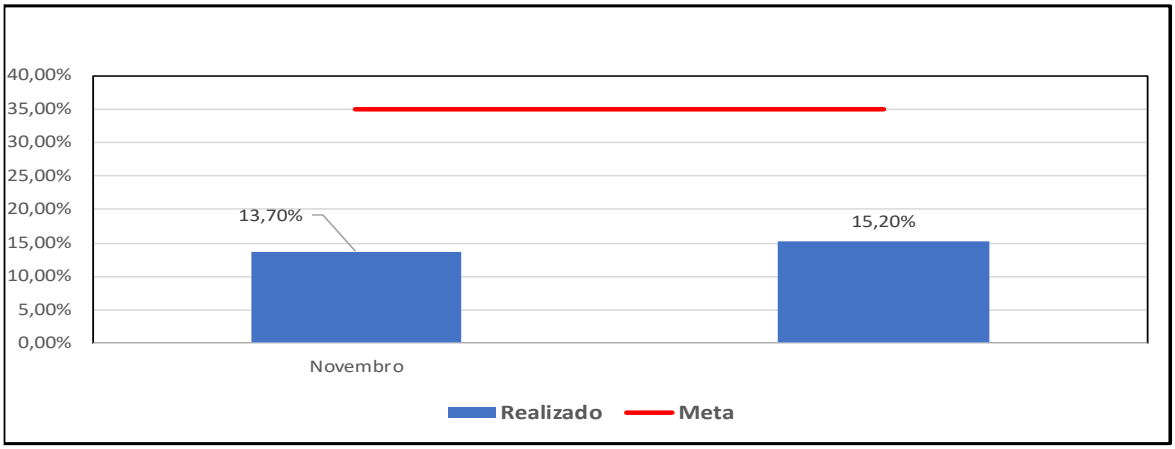
E) Indicador: Taxa de cesárea

Figura 20. Apresentar Taxa de cesárea ≤ 35%.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE CESÁRIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de cesárias indicação clínica/médica	27	50
Nº de cesárias por Legislação	10	19
Nº total partos realizados	73	125
Realizado	13,70%	15,20%
Meta	35,00%	35,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta 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, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação.

**Dos 125 partos totais, foram realizados 17 partos cesarianos a pedido da paciente, os quais foram embasados na Lei, perfazendo um total de 13,6%, e 2 procedimentos realizados a pedido da gestante, sem estar equadrada na Lei 20.127/2020, sendo esta 1,6% do total de cesáreas realizadas.*

Observamos que dos 50 partos cesarianos, 31 cesáreas foram realizadas devido a emergências obstétricas com risco iminente de morte ao binômio, perfazendo um total de 62%.
Dentro deste cenário há 1 parto cesareano que ocorreu conforme o Ministério da Saúde preconiza para pacientes com diagnóstico B24, sendo este procedimento 2%.
Outros 18 procedimentos, com fatores relacionados a doenças pré existentes, como diabetes gestacional, hipertensão arterial, com alterações que poderiam desencadear uma emergencia obstétrica, tais procedimentos perfazem 36%.
Na sequência demonstra-se a tabela descritiva dos casos.

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	CRITÉRIO
1130754	38	B24 COM CARGA VIRAL ALTA EM GESTAÇÃO A TERMO
1125330	25	BOLSA PROTUSA + TRABALHO DE PARTO PREMATURO + FETO PELVICO E DILATAÇÃO TOTAL
1133373	39	CARDIOTOCOGRAFIA NÃO TRANQUILIZADORA + GESTAÇÃO A TERMO + TRABALHO DE PARTO
1129781	40+2	CARDIOTOCOGRAFIA NÃO TRANQUILIZADORA + GESTAÇÃO PÓS DATA
1125828	40+5	CARDIOTOCOGRAFIA NÃO TRANQUILIZADORA + IDADE GESTACIONAL
1129094	32	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
1127339	38+6	DESEJO MATERNO
1134326	36+3	DESEJO MATERNO
1133318	40+1	DISTOCIA CERVICAL
1127972	37+6	DISTÓCIA DE COLO + CST ANTERIOR + RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
1131060	36+5	DISTOCIA DE PROGRESSÃO + BOLSA ROTA + TRABALHO DE PARTO
1124041	37+3	DMG - COM PROVÁVEL DESCOMPENSAÇÃO + TROMBOFILIA + MAU PASSADO OBSTETRICO
1132832	39	DMG COM MAU CONTROLE + FETO COM COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR (CARDIOPATIA)
1124309	38+1	DMG D + PICO PRESSÓRICO + GESTAÇÃO A TERMO
1130545	38+1	DMG DESCOMPENSADO
1129672	37+5	DMG INSULINODEPENDENTE + GESTAÇÃO A TERMO + HIPERTENSÃO ARTERIAL CRONICA
1124231	37	DMG INSULINODEPENDENTE COM MAU CONTROLE + GESTAÇÃO A TERMO
1135277	37+4	DMG SEM CONTROLE INDICAÇÃO DE INSULINIZAÇÃO + ITERATIVIDADE + GESTAÇÃO A TERMO
1133514	37+6	ECLAMPSIA
1123864	39	FALHA DE INDUÇÃO
1133343	39	FALHA DE INDUÇÃO
1135151	38+1	FALHA DE INDUÇÃO + GESTAÇÃO A TERMO + DMG
1124053	39+6	FETO PELVICO
1130064	39	FETO PELVICO
1132009	38+6	FETO PELVICO
1134883	40+3	GESTAÇÃO A TERMO + CST ANTERIOR RECENTE
1132258	38+1	GESTAÇÃO A TERMO + FETO GIG + COLO DESFAVORAVEL
1126631	36+1	GESTAÇÃO GEMELAR MONOCORIONICA - DIAMNIOTICA
1134892	41	GESTAÇÃO PÓS DATA + COLO DESFAVORÁVEL A INDUÇÃO POR CST ANTERIOR
1127881	41	GESTAÇÃO POS DATA E CESAREANA PRÉVIA
1134039	39	HIPERTENSÃO ARTERIAL CRONICA + COLO DESFAVORAVEL
1132069	38+1	ITERATIVIDADE + BOLSA ROTA + TRABALHO DE PARTO
1125176	39+6	SOFRIMENTO FETAL AGUDO
1134876	38+2	SOFRIMENTO FETAL AGUDO + GESTAÇÃO A TERMO

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.2; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO	IG	CRITÉRIO
1130245	38+2	ITERATIVIDADE + GESTAÇÃO A TERMO + FASE ATIVA DE TRABALHO DE PARTO
1134426	39	ITERATIVIDADE + HIPERTENSÃO ARTERIAL CRONICA
1127813	38+5	ITERATIVIDADE + TRABALHO DE PARTO
1124662	39+5	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1124714	40	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1125051	39+2	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1125890	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1126401	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1127766	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1129168	39+4	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1129646	41	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1130580	39+5	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1130729	41	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1130767	41	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1130806	39+6	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1131102	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1131486	39+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1133152	39+2	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1133350	40+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1134417	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1128200	39+4	LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL
1125529	38+4	LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL + GESTAÇÃO A TERMO + RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
1128373	38+1	LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL + SOFRIMENTO FETAL AGUDO
1124737	40+6	LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL FLUIDO + PARADA DE PROGRESSAO
1128993	37+3	OLIGODRAMNIO + CST ANTERIOR + COLO DESFAVORÁVEL
1125152	25+4	PLACENTA PREVIA CENTRO TOTAL + ATONIA UTERINA
1129250	34+1	PLACENTA PREVIA TOTAL
1130100	38+1	QUEDA DO PERCENTIL FETAL + GESTAÇÃO A TERMO + TABAGISMO
1135008	38+1	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO E BCF TENDENDO A BRADICARDIA FETAL
1126604	37+5	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO
1133693	38+1	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO + CENTRALIZAÇÃO FETAL
1127358	37+1	RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRA UTERINO + GESTAÇÃO A TERMO
1124141	34+5	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS + ITERATIVIDADE
1127919	31+4	SINDROME HELLP
1130755	35+5	SINDROME HELLP + PRÉ ECLAMPSIA SINTOMÁTICA

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.3; Relatório sintético, total de indicação dos partos cesarianos.

Rótulos de Linha	Contagem de CRITERIO
B24 COM CARGA VIRAL ALTA EM GESTAÇÃO A TERMO	1
BOLSA PROTUSA	1
CARDIOTOCOGRAFIA NÃO TRANQUILIZADORA	3
DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA	1
DESEJO MATERNO	2
DISTOCIA	3
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	7
ECLAMPSIA	1
FALHA DE INDUÇÃO	3
FETO PELVICO	3
GESTAÇÃO A TERMO + CST ANTERIOR RECENTE	1
GESTAÇÃO A TERMO + FETO GIG + COLO DESFAVORAVEL	1
GESTAÇÃO GEMELAR MONOCORIONICA - DIAMNIOTICA	1
GESTAÇÃO PÓS DATA	2
HIPERTENSÃO ARTERIAL CRONICA + COLO DESFAVORAVEL	1
ITERATIVIDADE	4
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020	17
LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL	4
OLIGODRAMNIO	1
PLACENTA PREVIA	2
QUEDA DO PERCENTIL FETAL	1
RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO	4
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1
SINDROME HELLP	2
SOFRIMENTO FETAL AGUDO	2
Total Geral	**69**

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

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

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 20.5; 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

F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade

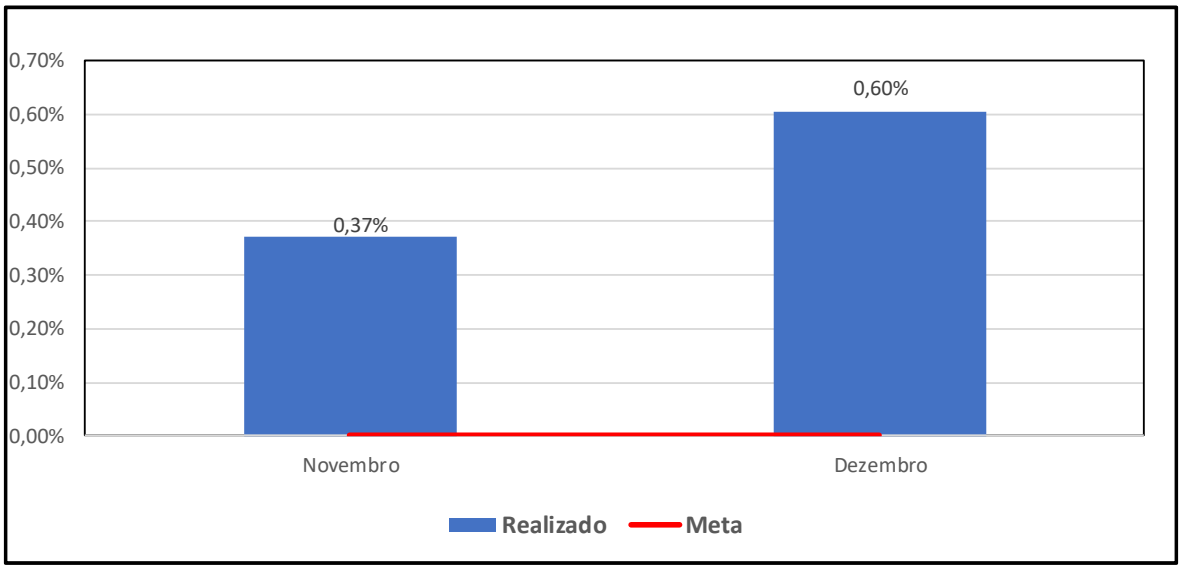
21. Disponibilizar até o 15º dia do mês subsequente, os indicadores de Mortalidade, análise da comissão de óbitos em 100% dos casos e plano de melhorias:

Figura 21. Índice de Mortalidade Não institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE NÃO INSTITUCIONAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos (< 24 horas)	1	3
Nº total de saídas	269	496
Realizado	0,37%	0,60%
Meta	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Analisado 100% dos casos de óbitos ocorridos no período de 01 a 31 de dezembro.

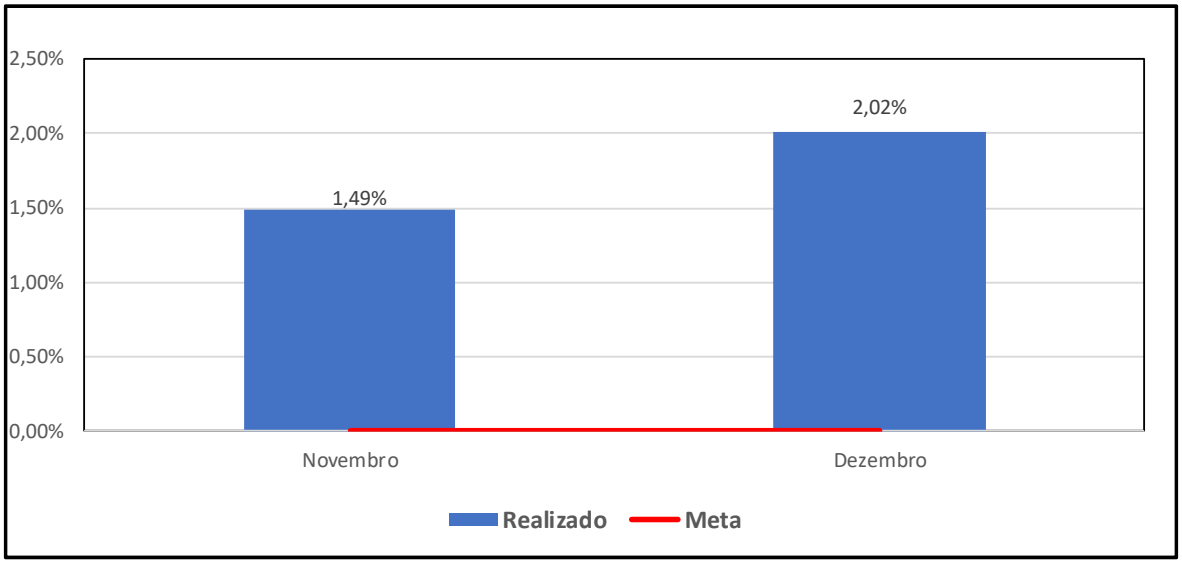
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.1; Taxa de Mortalidade Institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos (> 24 horas)	4	10
Nº total de saídas	269	496
Realizado	1,49%	2,02%
Meta	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Analisado 100% dos casos de óbitos ocorridos no período de 01 a 31 de dezembro.

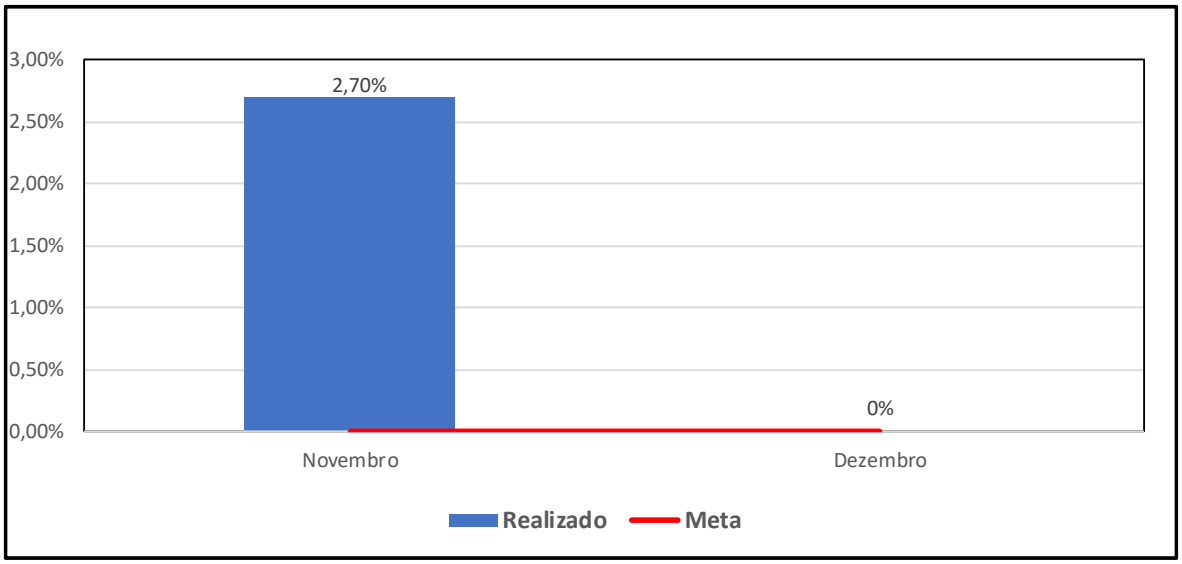
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS, Anexo

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.2; Taxa de Mortalidade Cirúrgica.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA
TAXA DE MORTALIDADE CIRURGICA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos cirúrgicos	2	0
Nº total de cirurgias realizadas	74	253
Realizado	2,70%	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.

O número total de cirurgias realizadas apresentado no gráfico está composto da seguinte forma:
69 partos cesarianos e 184 cirurgias das demais especialidades.

Na Sequência, apresenta-se na figura 21.3 Relatório das análises realizadas pela comissão.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.3; Relatório das análises realizadas pela comissão;

	Ata de Abertura		
HMA HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA	Comissão de Revisão de Óbitos		SANTA CASA de Misericórdia de Chavantes
	Código: ATA.HMA.COBT.001	Versão: 001	Página: 1 de 1

1. Relação dos participantes:

*Lista de presença em anexo.

2. Data Reunião:

05/01/2022

3. A Reunião

Foram realizadas 11 analises de óbitos ocorridos no mês de dezembro de 2021, sedo 03 deles não institucionais.
Separadas por:

Faixa etária:

- 18,19% dos pacientes com idade entre 29 a 49 anos;
- 36,36% dos pacientes com idade entre 52 a 63 anos;
- 45,45% dos pacientes com idade entre 78 a 84 anos.

Tempo médio geral de permanência:

- 03 pacientes com permanência de menos de 24 horas;
- 04 pacientes com média de permanência entre 03 e 06 dias;
- 03 pacientes com média de permanência entre 11 e 17 dias;
- 01 paciente com média de permanência de 30 dias.

Tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico):

- 11 internados para tratamento clínico;

Identificação dos pontos de atenção e transferência:

- 06 pacientes encaminhados da UPA ARAUCÁRIA;
- 04 pacientes encaminhados via SAMU;
- 01 paciente por Procura Direta.

  Obs.: Todos via NIR – Núcleo Interno de Regulação HMA.

Evitáveis, Não evitáveis ou Paliativos:

- 03 Óbitos de pacientes em CUIDADO PALIATIVO;
- 06 Óbitos NÃO EVITÁVEIS;
- 02 Óbitos Evitáveis.

Foram analisados 08 óbitos institucionais ocorridos no mês de dezembro de 2021, e 03 não institucionais, dos quais 27,28% do total representam os ocorridos em pacientes em estado paliativos, 54,54% os classificados como não evitáveis e 18,18% evitáveis.

Houve a **Demora 1, a identificação/reconhecimento do problema** pela família ao buscar tratamento domiciliar correto.

E outro paciente sem acompanhamento da doença de base.

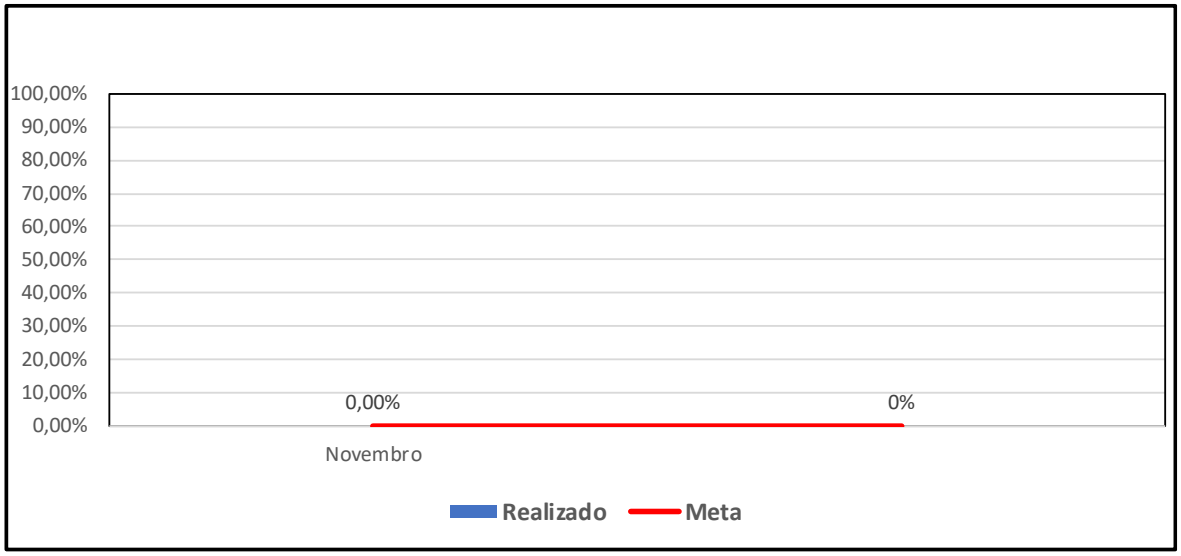
Fonte: Comissão de revisão de Óbitos

Figura 21.4; Taxa de Mortalidade Materna;

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de óbitos maternos (até 7 dias após proc. Cirurgico)	0	0
Nº partos e cesáreas realizadas	73	125
Realizado	0,00%	0%
Meta	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Realizada análise de dois óbitos infantis ocorridos no mês de Dezembro. 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 em Dezembro do ano de 2021.

Na Sequência, apresenta-se na figura 21.5 o relatório das análises realizadas pela comissão.

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.5; Relatório das análises realizadas pela comissão;

	Ata de Abertura		
	Comissão de Revisão de Óbitos		
	Código: ATA.HMA.COBT.001	Versão: 001	Página: 1 de 1

1. Relação dos participantes:

*Lista de presença em anexo.

2. Data Reunião:

07/01/2022

3. A Reunião:

Foram realizadas 02 analises de óbitos ocorridos em Dezembro de 2021, sendo os 02 institucionais.

Separadas por:

Faixa etária:

- 100,00% dos pacientes com idade abaixo de 10 dias.

Tempo médio geral de permanência:

- 02 pacientes com permanência de menos de 10 dias.

Tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico):

- 02 internados para tratamento clínico.

Identificação dos pontos de atenção e transferência:

- 02 pacientes procura direta da gestante.

Obs.: Ambos, prematuridade extrema, entrada via Pronto Socorro Obstétrico – PSO, por trabalho de parto prematuro (24 e 25 semanas de gestação).

Evitáveis, Não evitáveis ou Paliativos:

- 02 Óbitos de pacientes em UTI NEONATAL.

Foram analisados 02 óbitos institucionais ocorridos no mês de Dezembro de 2021, classificados como não evitáveis em 100,00% das análises.

Houve reconhecimento de **Demora 3, qualidade da Atenção**, para 1 dos pacientes, quanto espera do resultado de exames laboratoriais, bem como necessidade de Cirurgia pediátrica – CIPE.

Fonte: Comissão de revisão de Óbitos Materno/Infantil

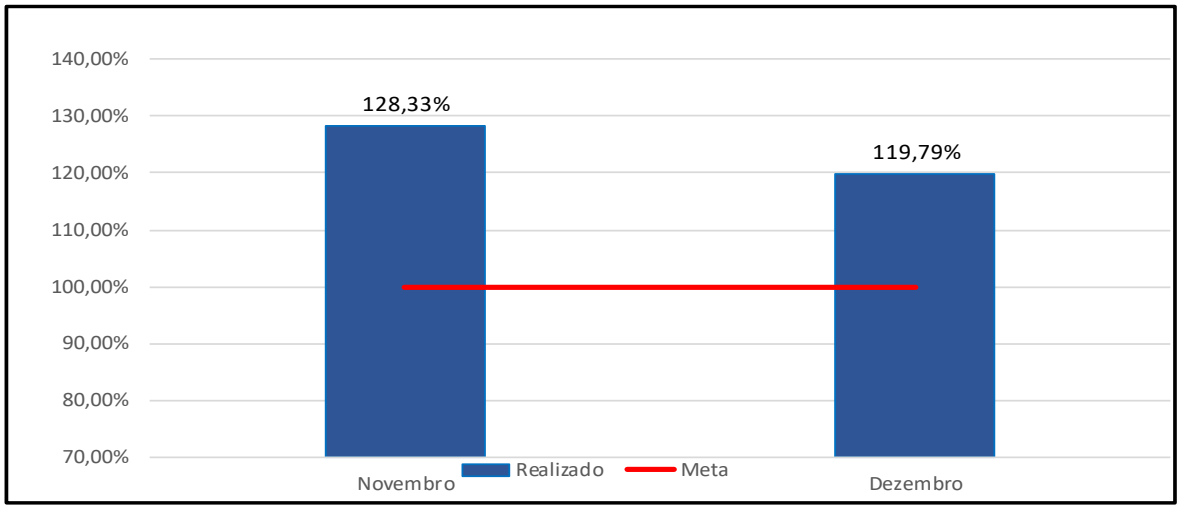
G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29):

Figura 22. 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 CLINICA

TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Tempo médio real de espera para classificação	0:10:16	00:09:35
Tempo médio previsto de espera para classificação (00:08	0:08:00	0:08:00
Total de atendimentos realizados	3980	**5338**
Realizado	128,33%	119,79%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: **Meta não realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:09:35, ficando acima da meta de 00:08:00.**

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 esta á disposição nos postos e o formulário, sendo salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, porem neste mes ainda tivemos alguns problemas com a informatização completa desse processo. Ja estamos fazendo as correçoes necessarias.

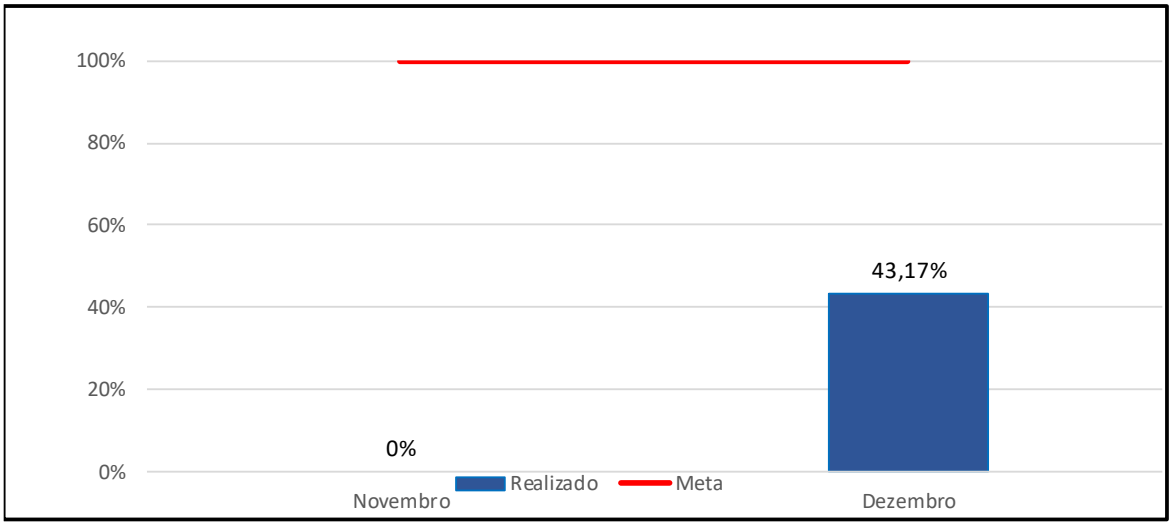
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 23. Manter em até 5 minutos o tempo médio de duração da classificação de risco.

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Tempo médio real de espera para classificação	0	00:02:09
Tempo médio previsto de classificação (00:05)	0	00:05:00
Total de atendimentos realizados	3980	**5338**
Realizado	0%	43,17%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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 esta á disposição nos postos e o formulário, sendo salvo nos computadores utilizados pelos enfermeiros em todas as salas de atendimento, porem neste mes ainda tivemos alguns problemas com a informatização completa desse processo. Ja estamos fazendo as correçoes necessarias.

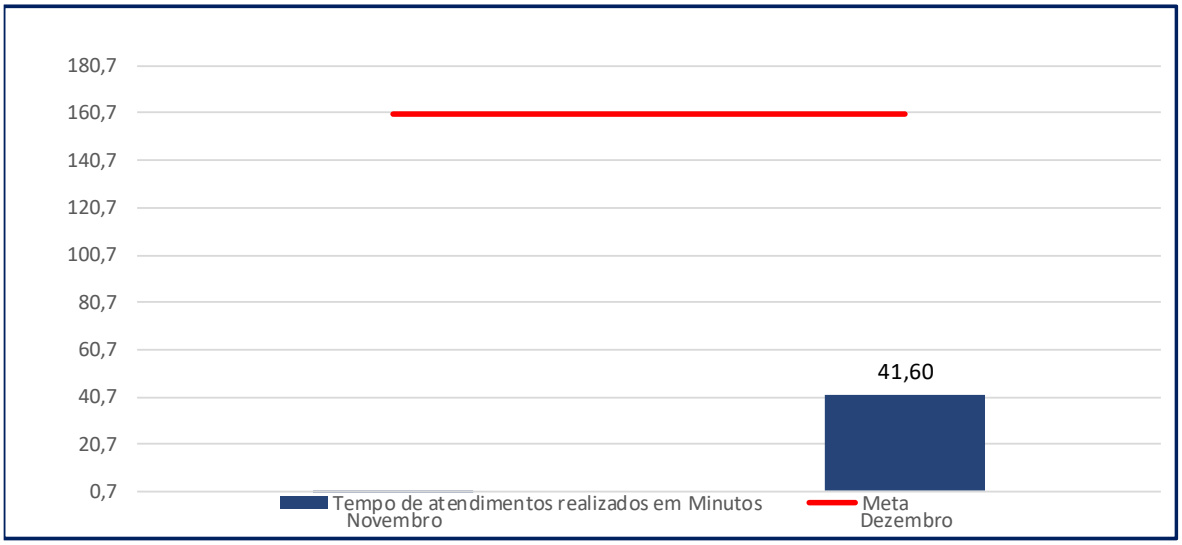
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24. 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 CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)	2026	2494
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0	41,60
Meta	160,00	160,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foi realizado a soma de todas as classificações por porta de entrada conforme demonstrado na sequência, figura 24.5.

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 á 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.

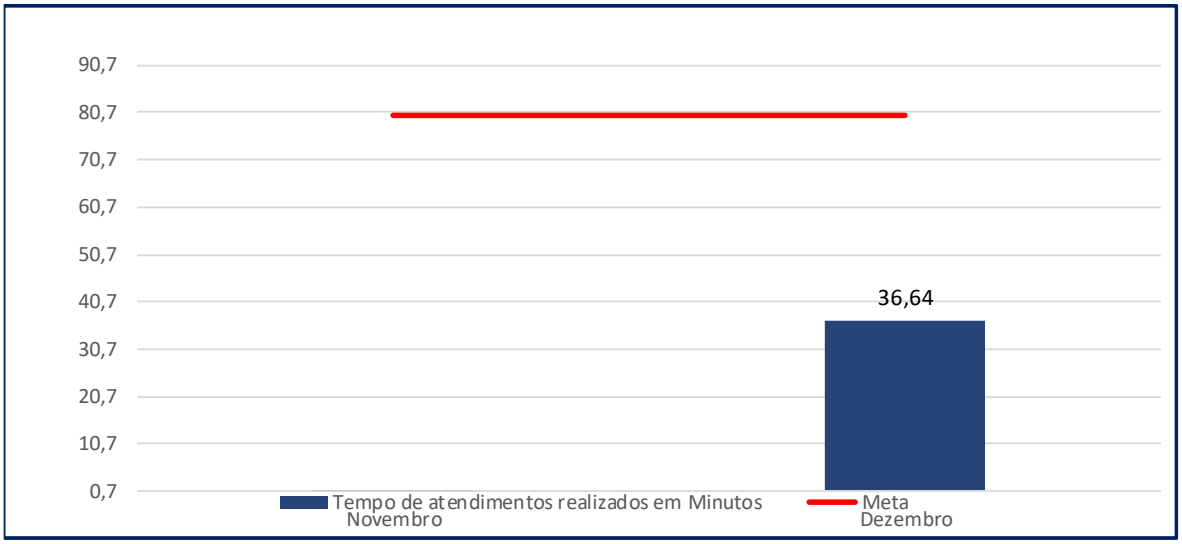
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.1 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 CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Verde Pouco Urgente (80 MINUTOS)	1589	2140
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0	36,64
Meta	80,00	80,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foi realizado a soma de todas as classificações por porta de entrada conforme demonstrado na sequência, figura 24.5.

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 á 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.

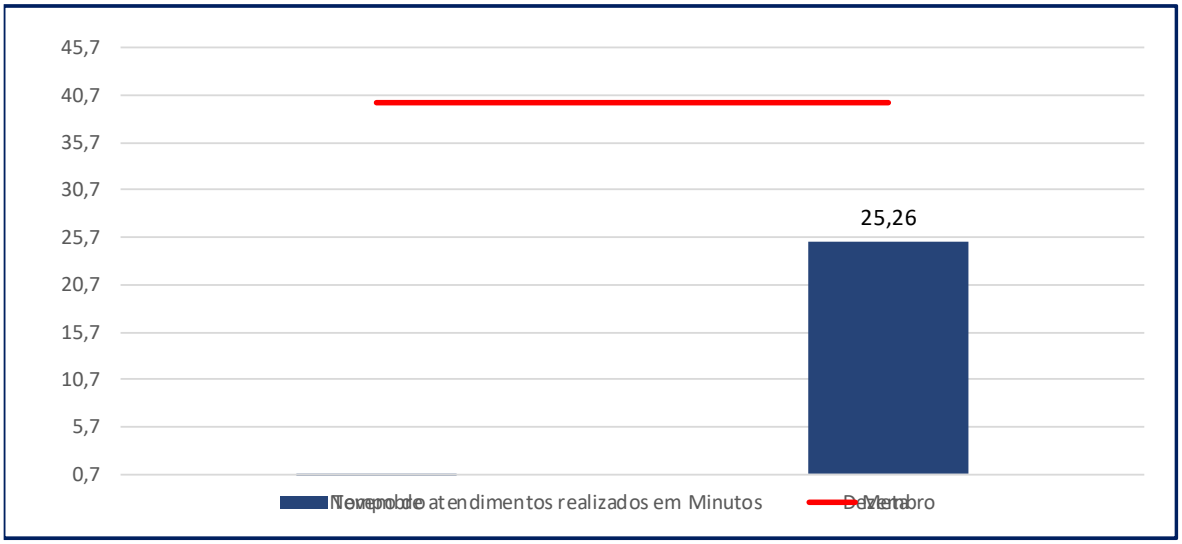
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.2 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 CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)	297	505
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0	25,26
Meta	40,00	40,00



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 á 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.

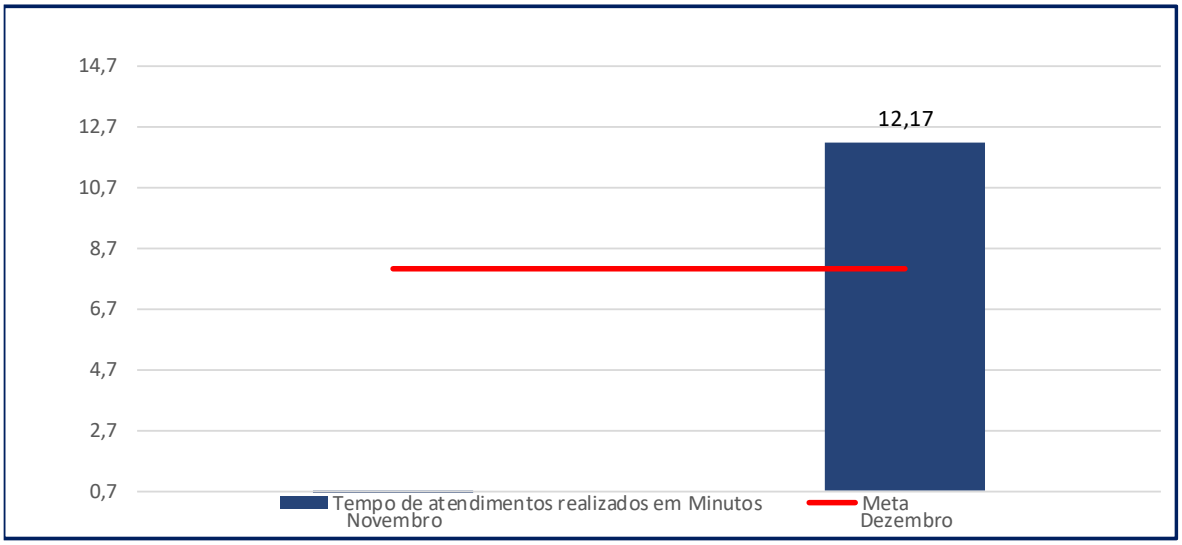
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.3 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 CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)	44	160
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0	12,17
Meta	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não 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 á 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.

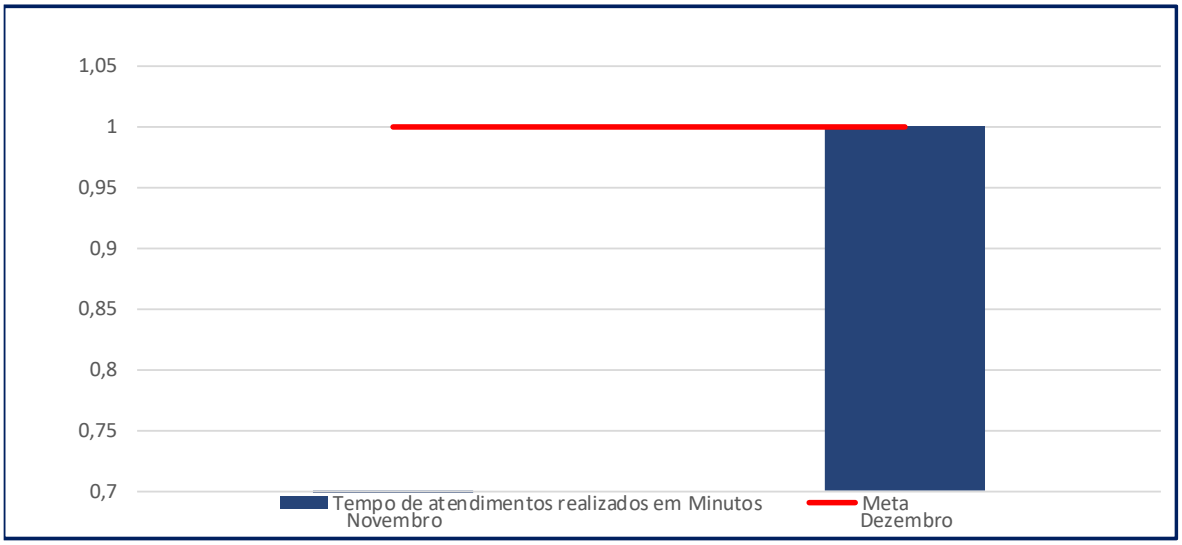
FONTE: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.4 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 CLINICA

TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de atendimentos realizados Vermelho emergência (imediato)	24	16
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0	1,00
Meta	1,00	1,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foi realizado a soma de todas as classificações por porta de entrada conforme demonstrado na sequência, figura 24.5.

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 á 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: Estatistica de Enfermagem

Figura 24.5; Classificação por Pronto Atendimento

PRONTO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
OUTROS	11	2,68%
Vermelho	4	0,98%
Laranja	93	22,68%
Amarelo	21	5,12%
Verde	119	29,02%
Azul	162	39,51%
TOTAL	410	100,00%

FONTE: Estatistica de Enfermagem

PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
OUTROS	12	0,27%
Vermelho	9	0,20%
Laranja	46	1,03%
Amarelo	484	10,89%
Verde	1830	41,17%
Azul	2076	46,70%
TOTAL	4445	100,27%

FONTE: Estatistica de Enfermagem

PRONTO ATENDIMENTO ADULTO

UNIDADE	REALIZADO	Percentual realizado
Vermelho	3	0,64%
Laranja	21	4,46%
Amarelo	0	0,00%
Verde	191	40,55%
Azul	256	54,35%
TOTAL	471	100,00%

FONTE: Estatistica de Enfermagem

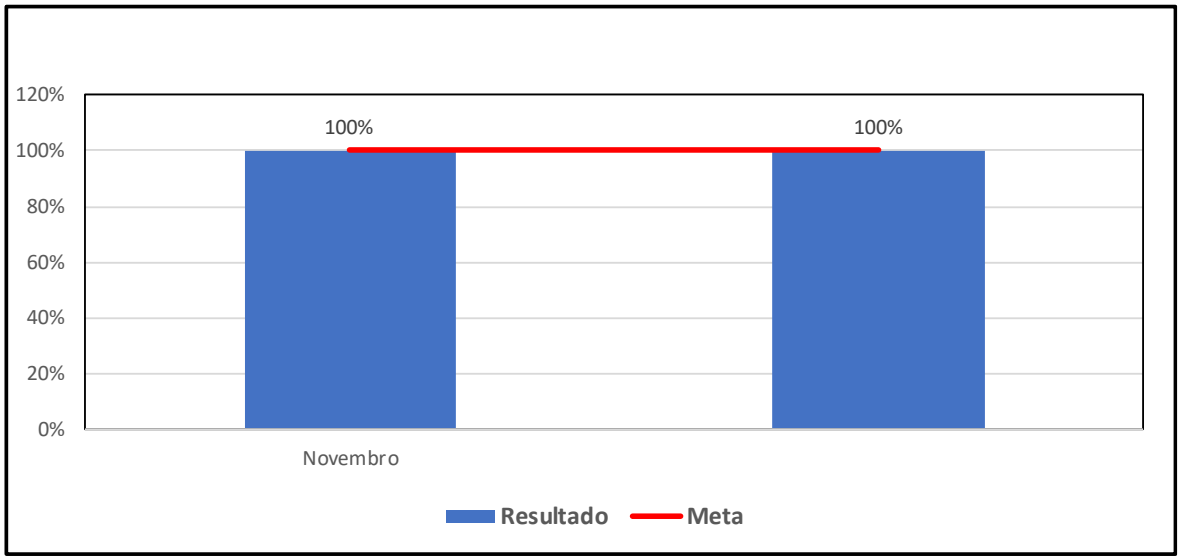
H) Indicador: Notificação de Agravos

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

COMPONENTE: GESTÃO CLINICA

NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de notificação emitidas	175	218
Nº de notificação registradas - SINAN	175	218
Resultado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada

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

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

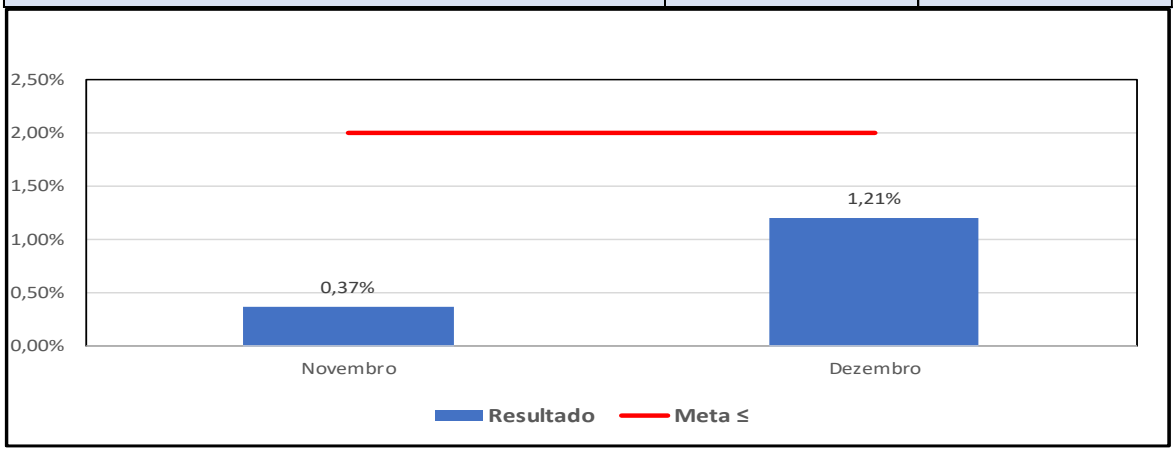
I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:

Figura 31. Apresentar Taxa Global de Infecção Hospitalar ≤ 2%

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - GERAL

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de infecções hospitalares	1	6
Nº total de saídas	273	496
Resultado	0,37%	1,21%
Meta ≤	2%	2%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Paciente: E. M. N, desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico - Incisional Profunda, decorrente de uma complicação de cirurgia de Apendicectomia (potencialmente contaminada), esta pertencente ao Centro Cirúrgico Geral. A ferida operatória apresentou drenagem espontânea purulenta da incisão profunda, hipertermia, dor abdominal e diagnóstico de infecção pelo médico.

Paciente: L. F. R, desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico - Incisional Profunda, decorrente de uma complicação de Cesárea (potencialmente contaminada), esta pertencente ao Centro Cirúrgico Geral. A ferida operatória apresentou drenagem espontânea purulenta de incisão profunda, deiscência de sutura, hipertermia e diagnóstico de infecção pelo médico.

Paciente: K. J. G, desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico - Incisional Profunda, decorrente de uma complicação de Cesárea (potencialmente contaminada), esta pertencente ao Cnetro Cirúrgico Obstétrico. A ferida operatória apresentou drenagem espontânea purulenta e fétida da incisão profunda, hipertermia e diagnóstico de infecção pelo médico.

Paciente: R. M. U. C, desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico – Incisional Profunda, decorrente de uma complicação de Cesárea (potencialmente contaminada), esta pertencente ao Centro Cirúrgico Geral. A ferida operatória apresentou deiscência espontânea profunda, hipertermia e dor localizada.

Paciente: R. N. G. B. D. A. S, desenvolveu Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada à Cateter Central Laboratorialmente Confirmada associada ao uso por tempo maior de 48 horas de PICC, este pertencente à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Paciente recém-nascido pré-termo, em internamento de longa permanência nesta instituição, apresentou hipertermia, no local de inserção do cateter hiperemia e leve endurecimento, e hemocultura positiva.

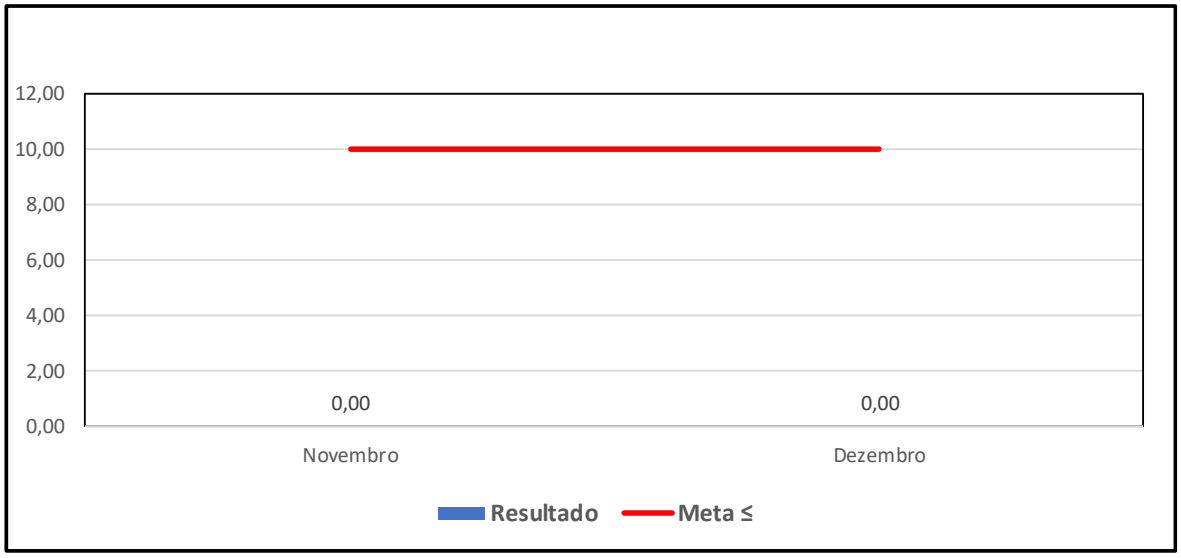
Paciente: S. S, desenvolveu Infecção Pulmonar, este pertencente a Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Paciente portador de DPOC, Insuficiência Cardíaca perfil C, já internou com quadro de exacerbação da DPOC, sendo entubado com necessidade de antibiótico, apresentando melhora clínica. Este sendo de difícil desmame do ventilador mecânico, sendo assim foi realizado traqueostomia, pelo tempo de tempo de tubo orotraqueal. Após tempo de internação prolongado, foi realizado coleta de secreção traqueal com resultado de cultura positiva, sendo característico de infecção hospitalar, porém não associado à assistência à saúde.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

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	0
Nº paciente dia em Vm	45	198
Resultado	0,00	0,00
Meta ≤	10	10



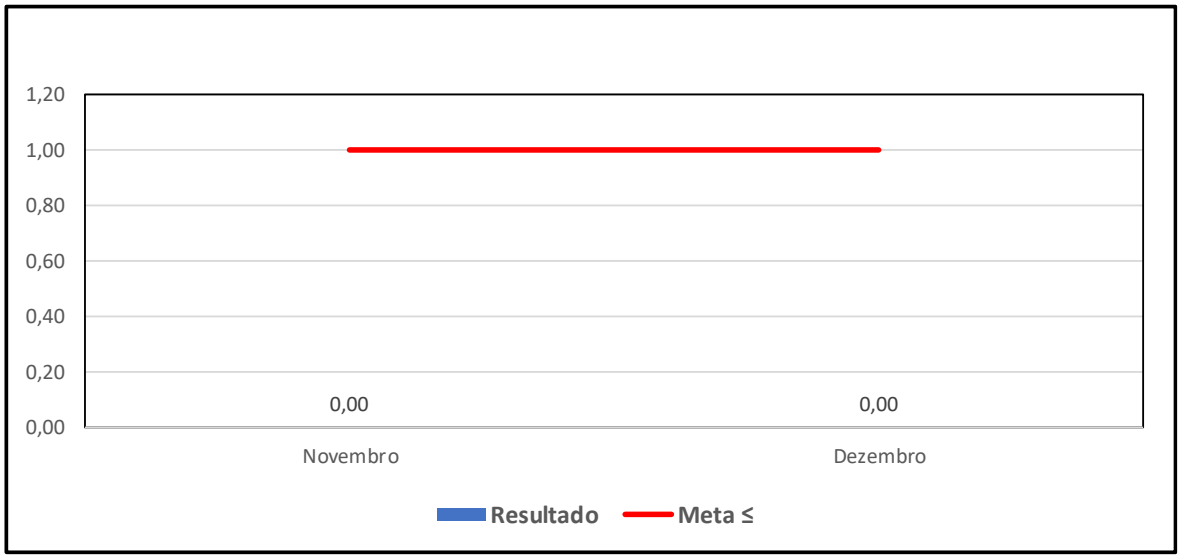
ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de PAV foi de zero dentre os 198 pacientes com ventilação mecânica, ficando abaixo da meta de 10.

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	0
Nº pacientes dia com CV	113	281
Resultado	0,00	0,00
Meta ≤	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O numero de Infecção do Trato Urinário foi de zero dentre os 281 pacientes com cateter vesical de demora, ficando abaixo da meta de 1.

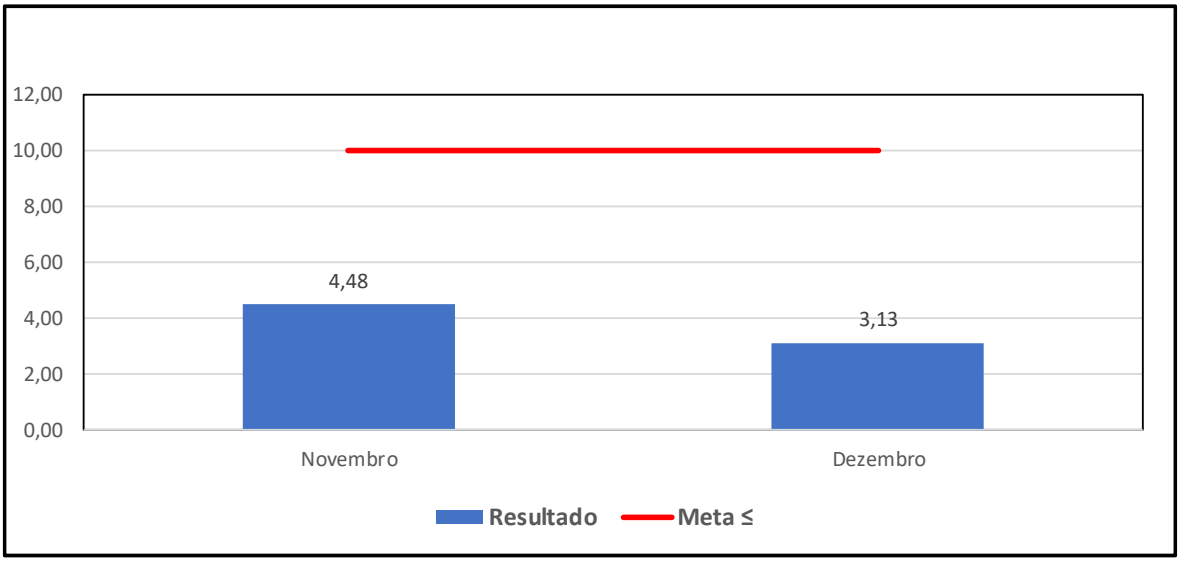
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE IPCS X CVC

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de pacientes com IPCS associado a CVC	1	1
Nº pacientes dia com CVC	223	319
Resultado	4,48	3,13
Meta ≤	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de IPCS foi de 01 dentre os 319 pacientes em uso de CVC, ficando abaixo da meta de 10.
Paciente: R. N. G. B. D. A. S, desenvolveu Infecção Primária de Corrente Sanguínea Associada à Cateter Central Laboratorialmente Confirmada associada ao uso por tempo maior de 48 horas de PICC, este pertencente à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Paciente recém-nascido pré-termo, em internamento de longa permanência nesta instituição, apresentou hipertermia, no local de inserção do cateter hiperemia e leve endurecimento, e hemocultura positiva.

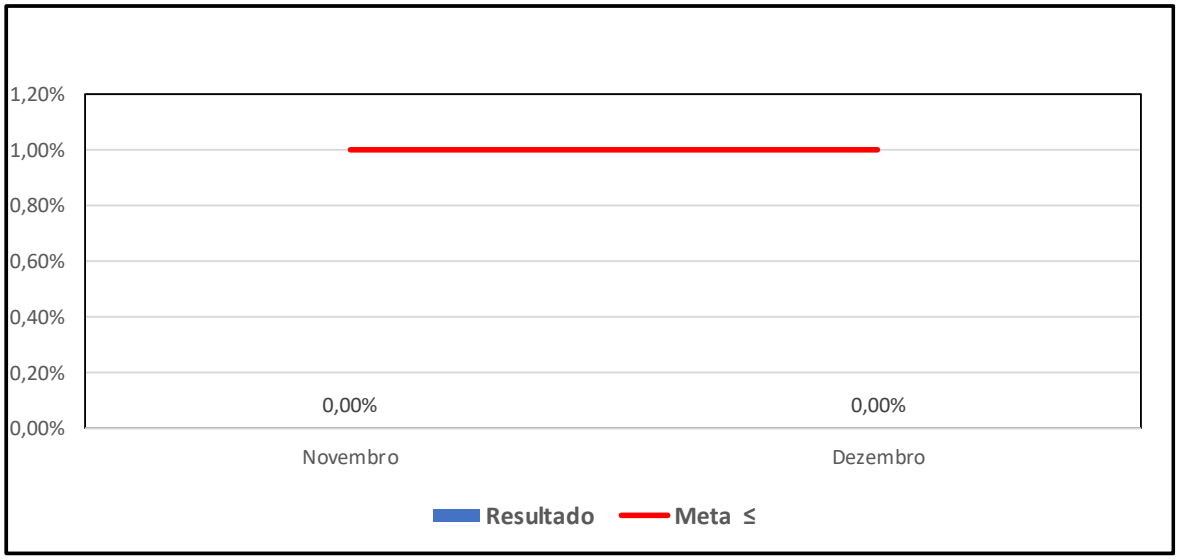
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

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	0
Nº cirurgias limpas realizadas	23	88
Resultado	0,00%	0,00%
Meta ≤	1%	1%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de ISC foi de zero dentre as 88 cirurgias limpas realizadas no mês de dezembro, conforme investigação realizada mensalmente, ficando abaixo da meta de 1%.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

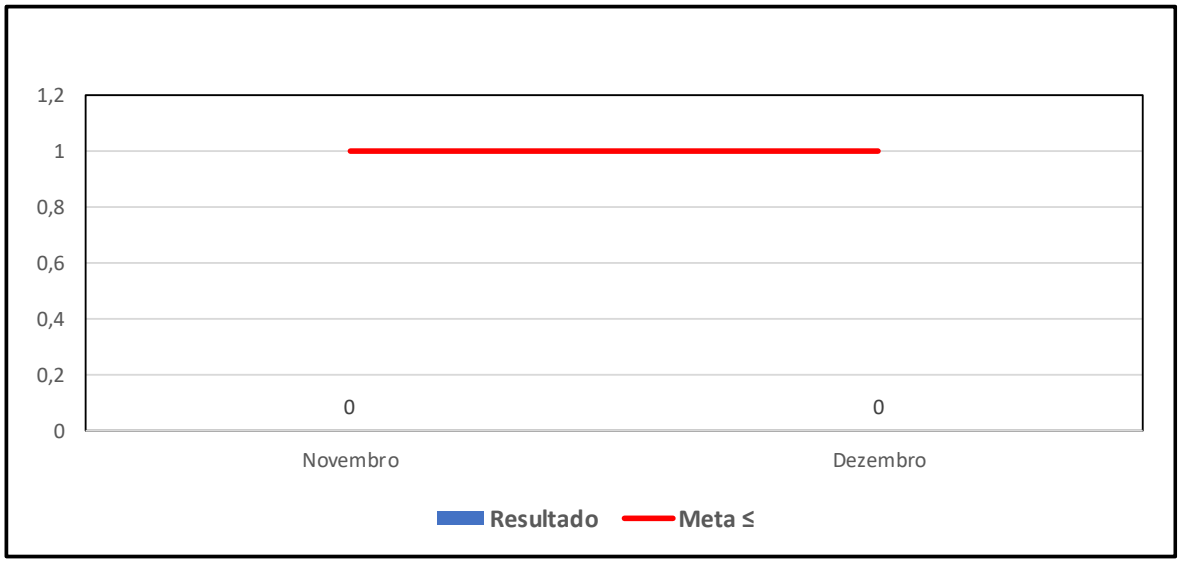
J) Indicador: Incidência de queda do paciente:

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	0
Nº paciente dia	749	862
Resultado	0	0
Meta ≤	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

A taxa da Incidência de quedas foi de zero considerando que mensuramos o total de 862 pacientes/dia, ficando abaixo da meta de 1.

FONTE: Estatistica de Enfermagem.

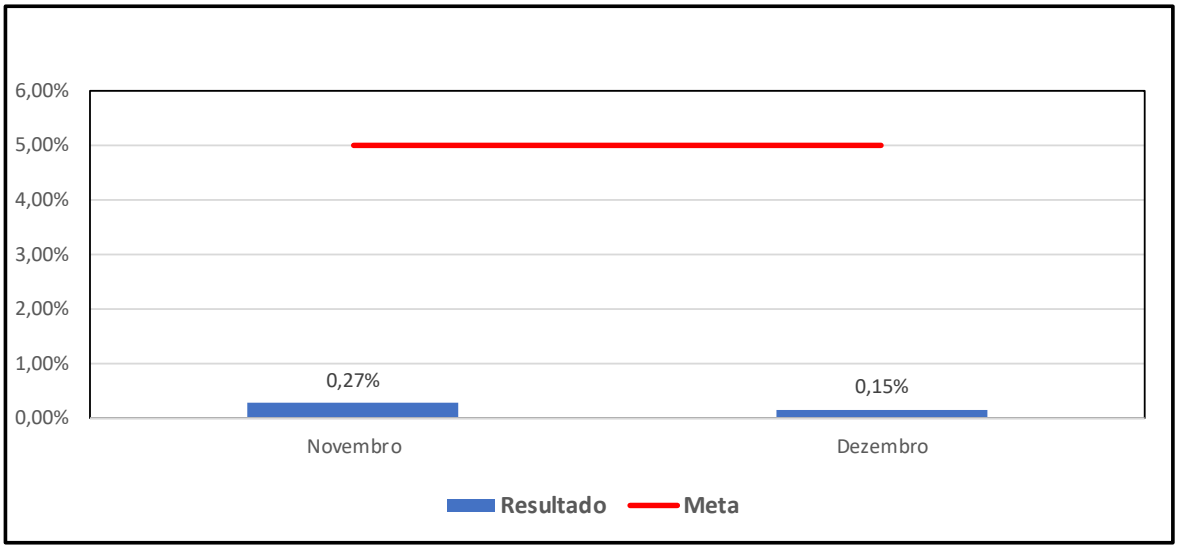
K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESÃO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº casos novos de pacientes com UPP	2	1
Nº pacientes expostos ao risco de adquirir UPP	749	646
Resultado	0,27%	0,15%
Meta	5%	5%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada. A taxa de LPP foi de 0,15% para os 646 pacientes/dia expostos ao risco, conforme escala de braden realizada na admissão do paciente, ficando abaixo da meta de 5%.

Os pacientes que apresentaram LPP foram:

1. A. Z / AT 1.125.726 / LPP em região sacra grau I / início da lesão registrada em 27/12/2021. Paciente de 78 anos, Cardiopata/ IC/ AVE em tálamo/ HAS/ DM. IOT no dia 22/12/2021 fio² 25% PEEP 9, com episódios de melena, prognóstico preservado.

FONTE: Estatistica de Enfermagem / prontuário médico

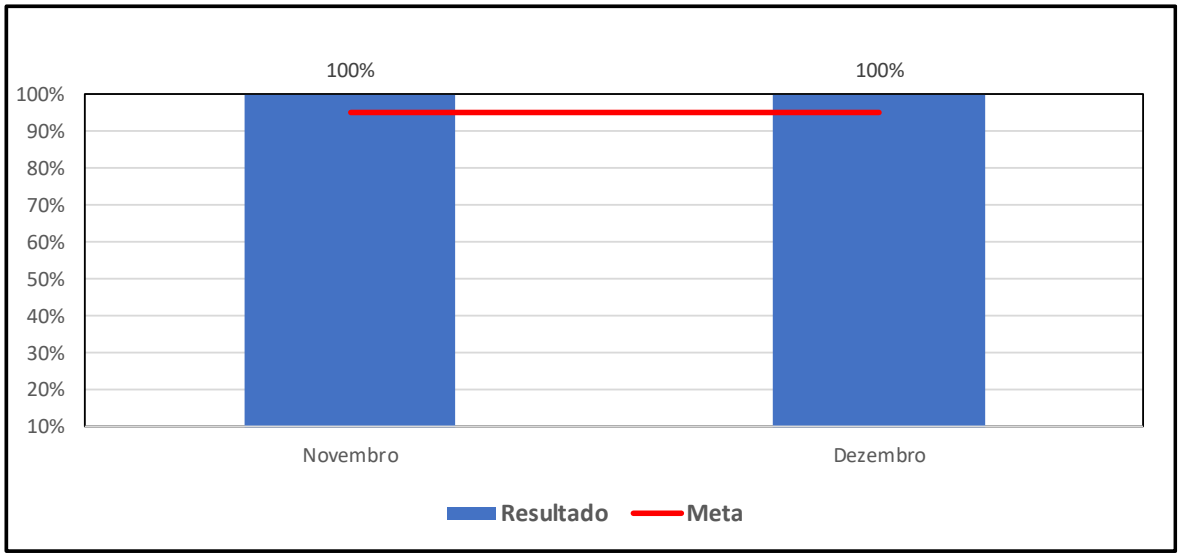
L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura:

Figura 38. Apresentar a Taxa de adesão ao Protocolo de cirurgia segura ≥ 95%

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

TAXA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº cirurgias realizadas conforme protocolo de cirurgia segura	74	184
Nº total de cirurgias realizadas	74	184
Resultado	100%	100%
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

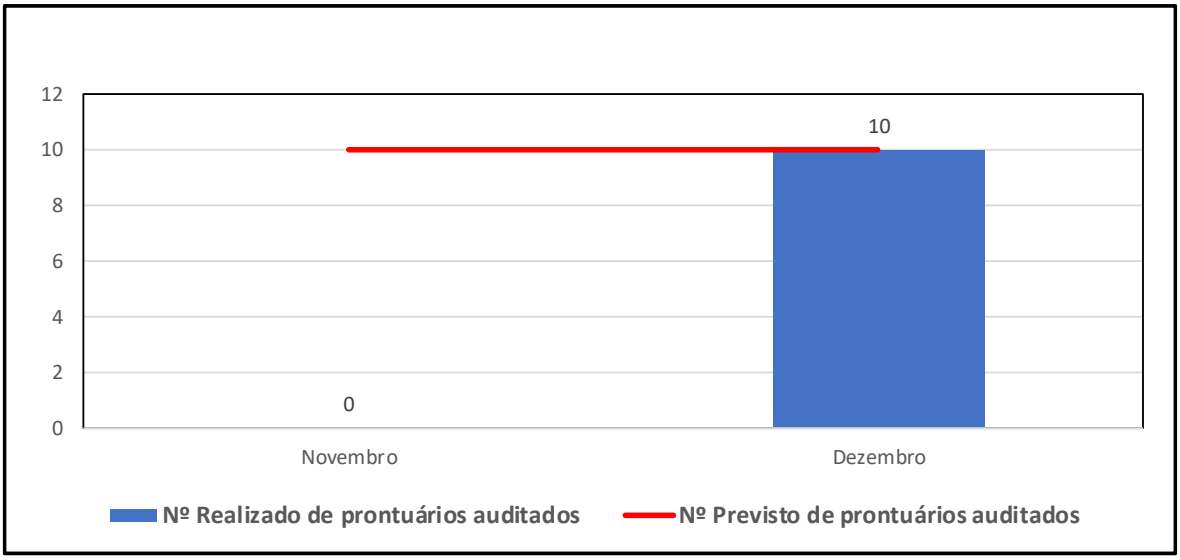
M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico:

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 ADESÃO AO PROTOCOLO DO EIXO CRITICO

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº saídas	4249	5338
Nº Realizado de prontuários auditados	0	10
Nº Previsto de prontuários auditados	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Para análise dos prontuários é extraído o relatório RelAte_R6, contemplando todas as saídas dos pronto atendimentos, posteriormente são selecionados 10 casos aleatórios para análise da comissão. Segue análise na pasta C - QUADRO DE INDICADORES QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS **Anexo XXXV - C - M PROTOCOLO DO EIXO CRÍTICO**

Plano de ação: Considerando a inclusão deste novo indicador nas atribuições da comissão de prontuários, informamos que foi elaborado um Checklist para verificação das informações relacionadas a esta meta, porém está em fase de validação podendo ser alterado caso haja necessidade de complementação.

FONTE: NIR / Prontuário médico

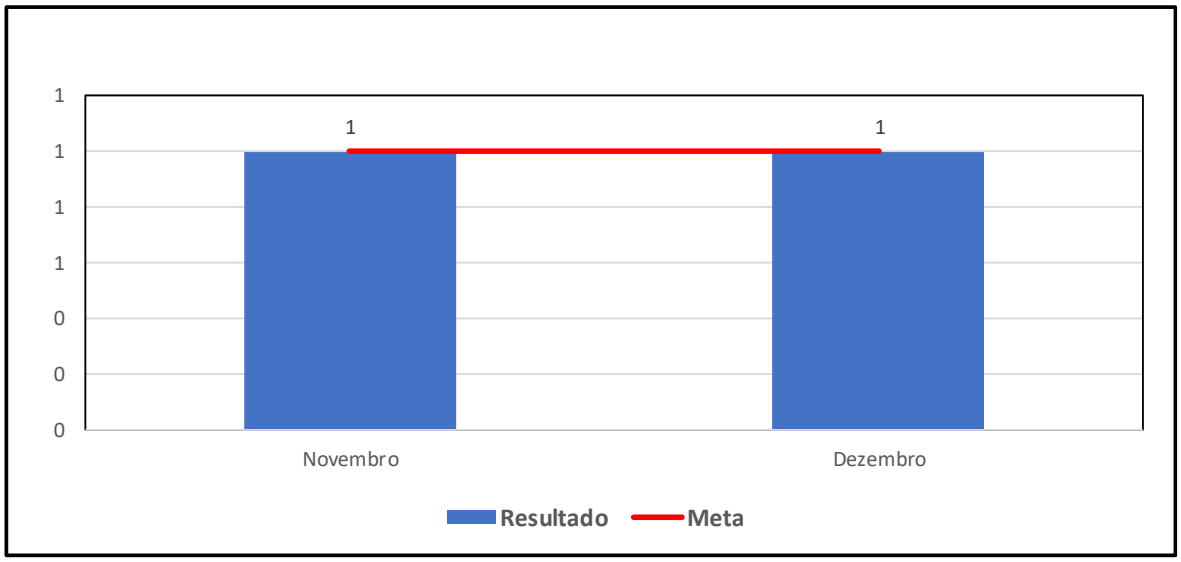
N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente

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	1
Nº treinamentos realizados	1	1
Resultado	1	1
Meta	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

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

FONTE: Estatistica de Enfermagem.

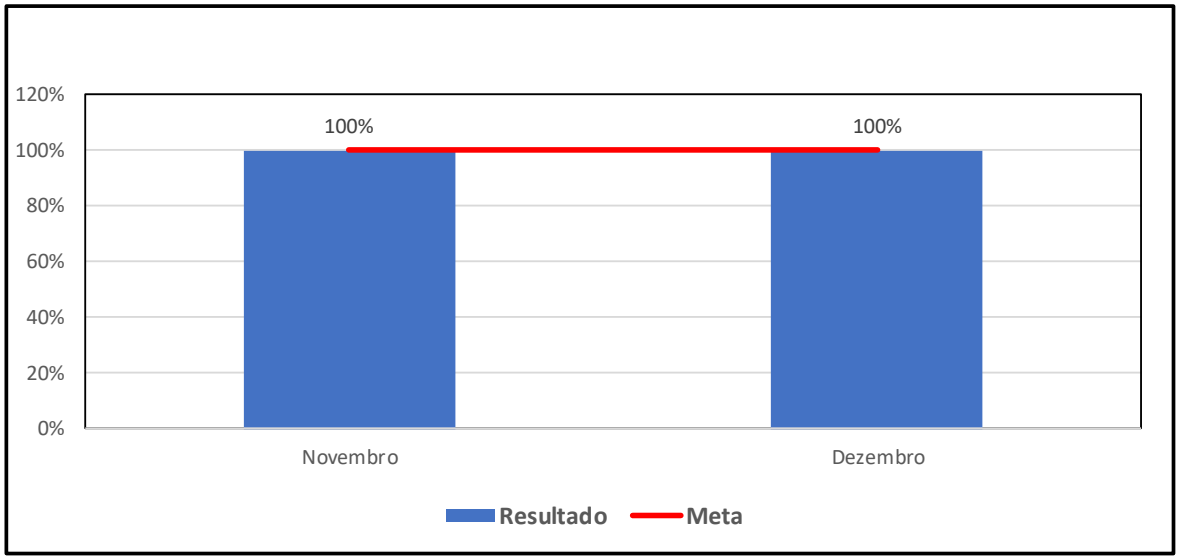
COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

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	0	3
Nº total de internações psiquiátricas	0	3
Resultado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.
No total foram recebidos 3 internações com indicações psiquiátrica:
M.F.S.M At: 1130779. Intoxicação exógena;
M.M.G.M At: 1134376. Intoxicação exógena;
P.M.A At: 1132181. internação compulsória.

FONTE: NIR / Prontuário médico

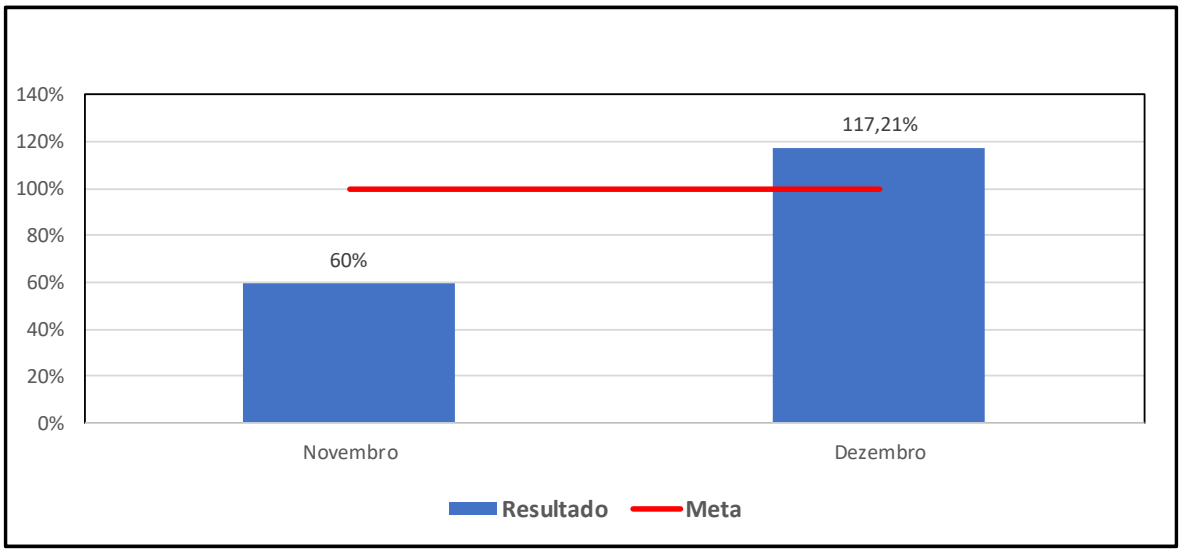
P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico:

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	3956
Nº total de vagas de exames pactuados em Contrato de Gestão	2040	3375
Resultado	60%	117,21%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: vagas disponibilizadas / total de vagas exames pactuados em contrato.

Na competência de 01 à 31 de dezembro de 2021, foram disponibilizadas 3956 vagas para a realização de exames SADT eletivos, o que equivale a 117,21% da meta prevista em contrato de gestão.

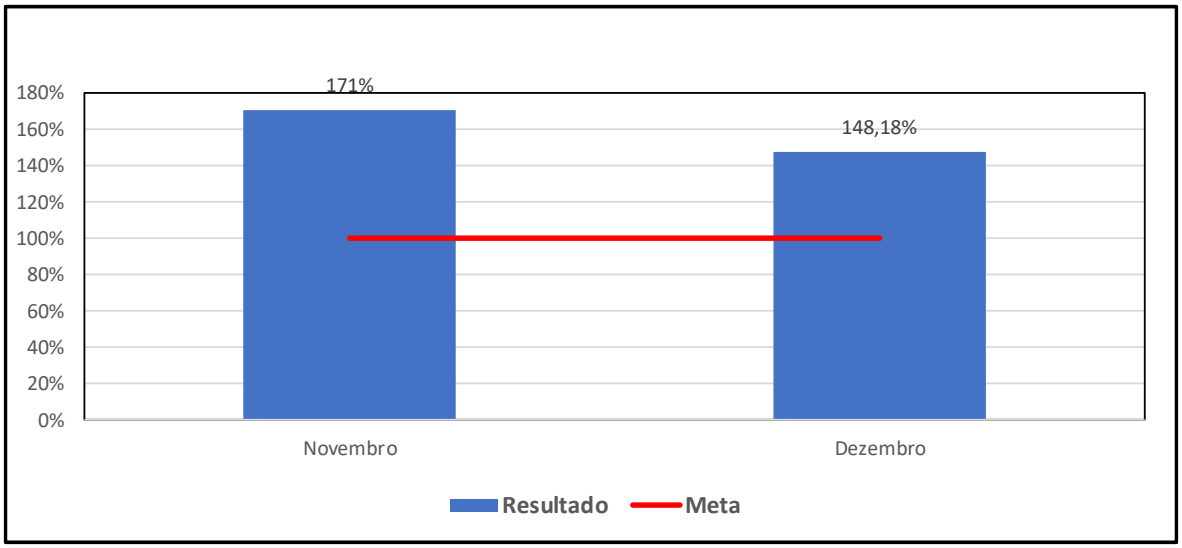
FONTE: Planilha de distribuição de vagas e IPM

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	163
Nº total de vagas de primeiras consultas pactuadas em Contrato de Gestão	66	110
Resultado	171%	148,18%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: Nº total de vagas de primeiras consultas disponibilizadas / Nº total de vagas de primeira consulta pactuadas em contrato
Na competência 01 à 31 de dezembro de 2021, foram disponibilizadas 63 primeiras consultas de cardiologia e 100 consultas de Plano de Parto, totalizando 163 primeiras consultas, o que equivale a 148% da meta prevista em contrato de gestão.

FONTE: Planilha de distribuição de vagas e IPM

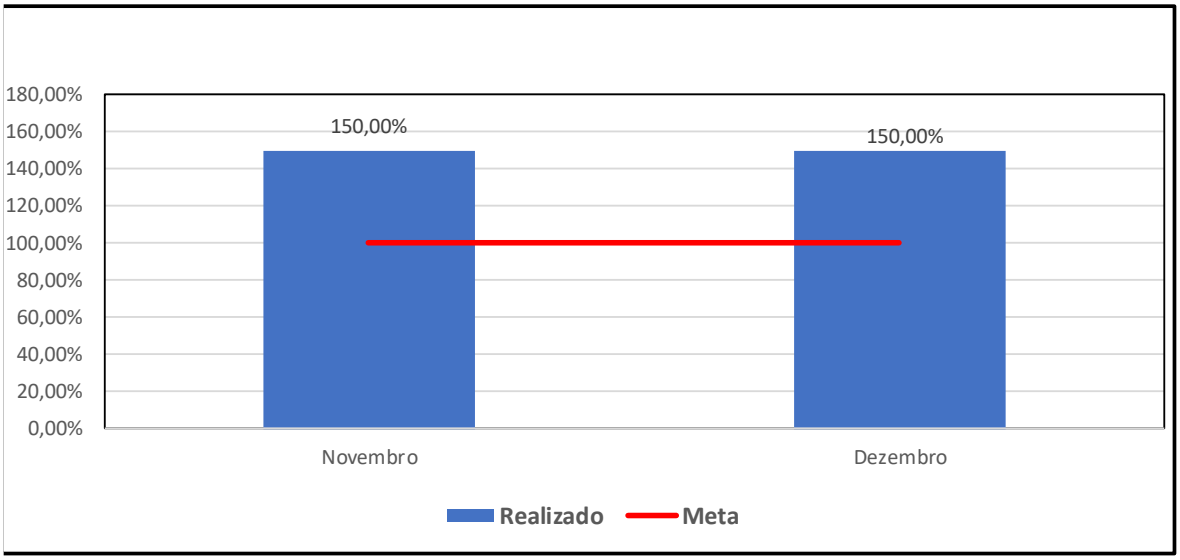
R) Indicador: Informação dos censos da UTI:

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	3
Realizado	150,00%	150,00%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de atualizações diárias do censo da UTI

Os censos são informados à SMSA 03 vezes ao dia, perfazendo 150%, ficando acima da meta.

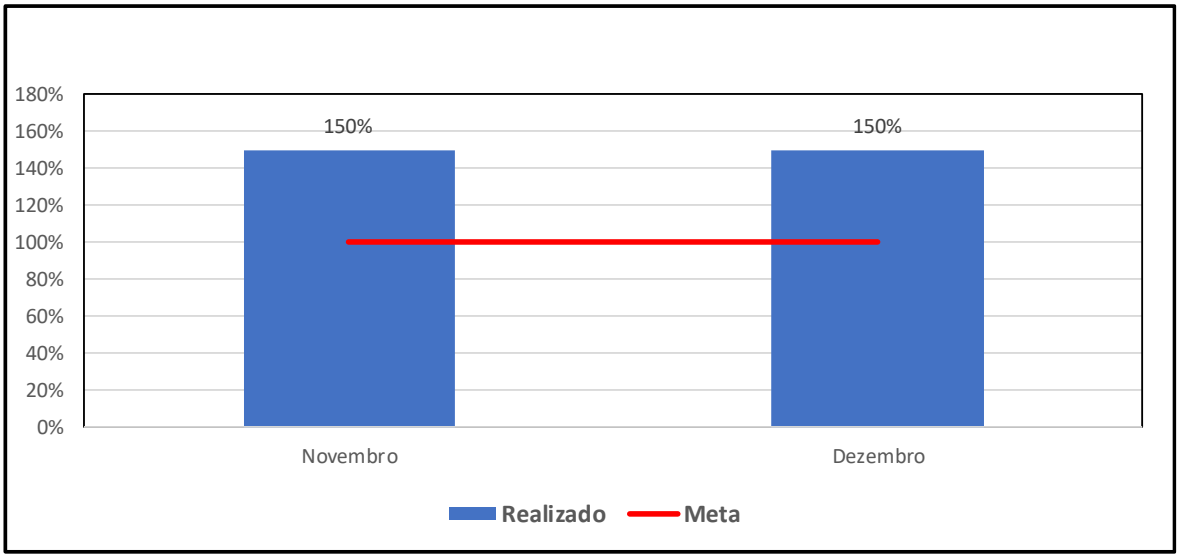
FONTE: NIR / censo diário

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	3
Realizado	150%	150%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de atualizações diárias do censo dos Pronto Atendimentos.
Os censos são informados à SMSA 03 vezes ao dia, perfazendo 150%, ficando acima da meta.

FONTE: Estatistica de Enfermagem

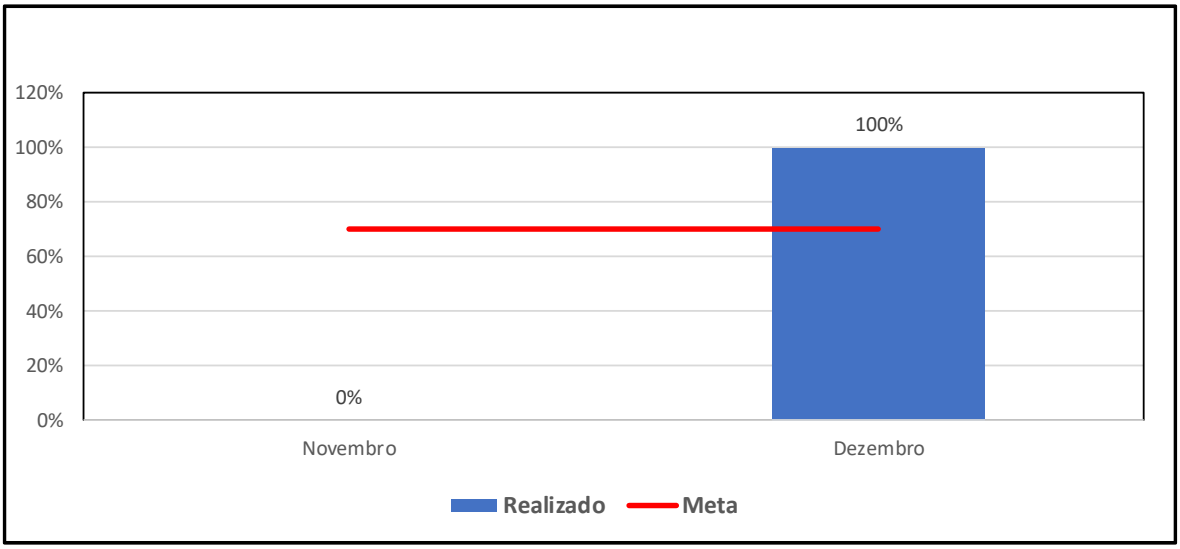
T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:

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	17
Nº total de pacientes com necessidade de alta qualificada	0	17
Realizado	#DIV/0!	100%
Meta	70%	70%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

No período de 01 à 31 de dezembro, todos os pacientes que necessitaram de continuidade de tratamento pelos demais serviços do munícipio, foram devidamente orientados e receberam os pedidos médicos com os direcionamentos para os respectivos serviços. A manutenção das agendas é realizada pela Central de Regulação do Município.

No mês de janeiro de 2022, será adotado o fluxo de envio diário da relação das altas que ocorreram no dia anterior ao e-mail da regulação, juntamente com o formulário de orientação de alta devidamente preenchido pelo médico que realizou a alta.

Segue abaixo, lista de pacientes com Alta Referenciada.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

Figura 46.1 Lista de pacientes com Alta Referenciada.

Alta Referenciada - Pacientes Internados

Procedimentos Realizados						
QTDE	Nome do paciente	Data de Nascimento	Nº de Atendimento	Data da Internação	Data da Alta	Alta Referenciada / Continuidade de Tratamento / Encaminhamento
1	A.S.S.B.	12/01/1999	1123868	01/12/2021	08/12/2021	Sim
2	A.R.D.S.	17/07/1942	1123987	01/12/2021	11/12/2021	sim, necessita de O2
3	E.L.B.	16/06/1973	1121000	23/11/2021	02/12/2021	sim, para cardiologia e nefrologia
4	J.H.L.	05/10/1968	1124454	02/12/2021	03/12/2021	sim, cirrose hepática
5	L.M.M.M.	18/01/1952	1124882	03/12/2021	07/12/2021	sim, necessita de cama hospitalar
6	L.S.B.	28/01/1957	1123552	30/11/2021	10/12/2021	sim, para proctologista
7	L.P.	17/03/1957	1128121	12/12/2021	14/12/2021	sim, para a vascular
8	M.F.D.S.M.	06/12/2001	1130804	19/12/2021	25/12/2021	sim, psicologia e serviço social
9	M.C.W.	20/03/1933	1123089	29/11/2021	13/12/2021	sim
10	M.A.D.S.	28/10/1984	1128123	12/12/2021	16/12/2021	sim, ascite
11	M.K. D. D.M.	04/04/1976	1123703	01/12/2021	01/12/2021	sim, para oncologia
12	P.M.W.	02/02/1933	1129859	16/12/2021	30/12/2021	sim, fisioterapia respiratória
13	R.M.D.O.P.	15/03/1954	1132370	23/12/2021	24/12/2021	sim, fisioterapia
14	S.V.	14/11/1966	1130896	19/12/2021	22/12/2021	sim
15	V.P.D.S.	26/03/1939	1125121	04/12/2021	11/12/2021	sim, vascular
16	V.W.	11/02/1956	1124721	03/12/2021	13/12/2021	sim, nutrição
17	V.R.S.	08/09/2004	1129188	15/122021	17/12/2021	sim, gastro

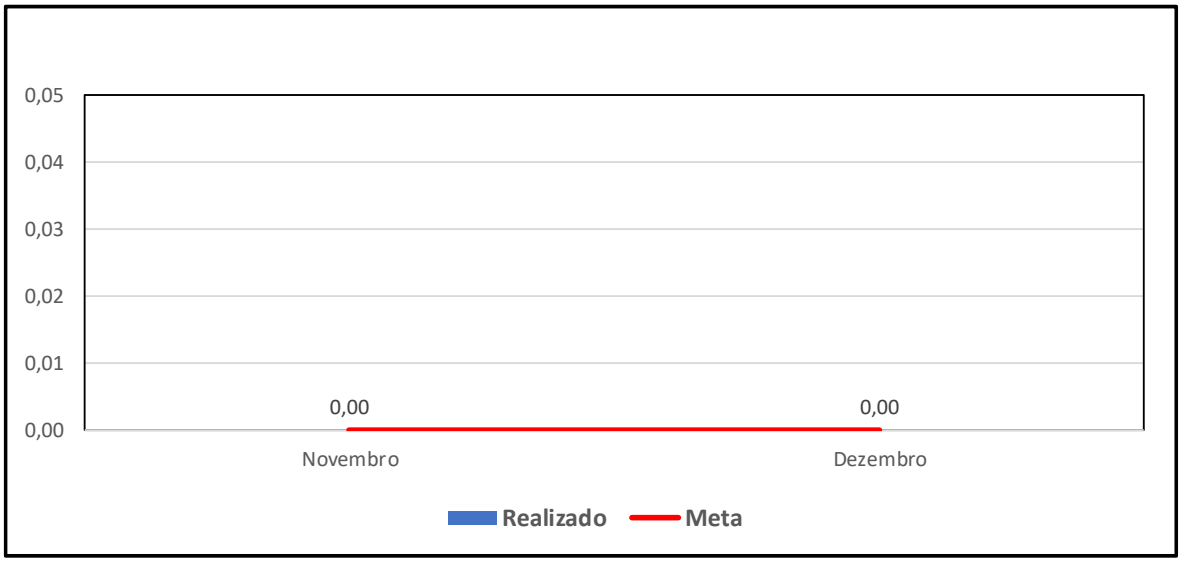
Fonte: Estatística de Enfermagem

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

READMISSÕES COM RISCO VERMELHO/ EMERGÊNCIA < 48 HORAS COM MESMO CID

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de readmissões de pacientes classificados com Risco vermelho/emergência	0	0
Nº total de pacientes classificados com risco vermelho	24	18
Realizado	0,00	0,00
Meta	0,00	0,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Método de cálculo Contrato de Gestão: Número de pacientes em retorno de até 48h com o mesmo CID em risco vermelho.

No mês de novembro e dezembro não houve nenhuma reinternação em até 48 horas de pacientes em risco vermelho.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

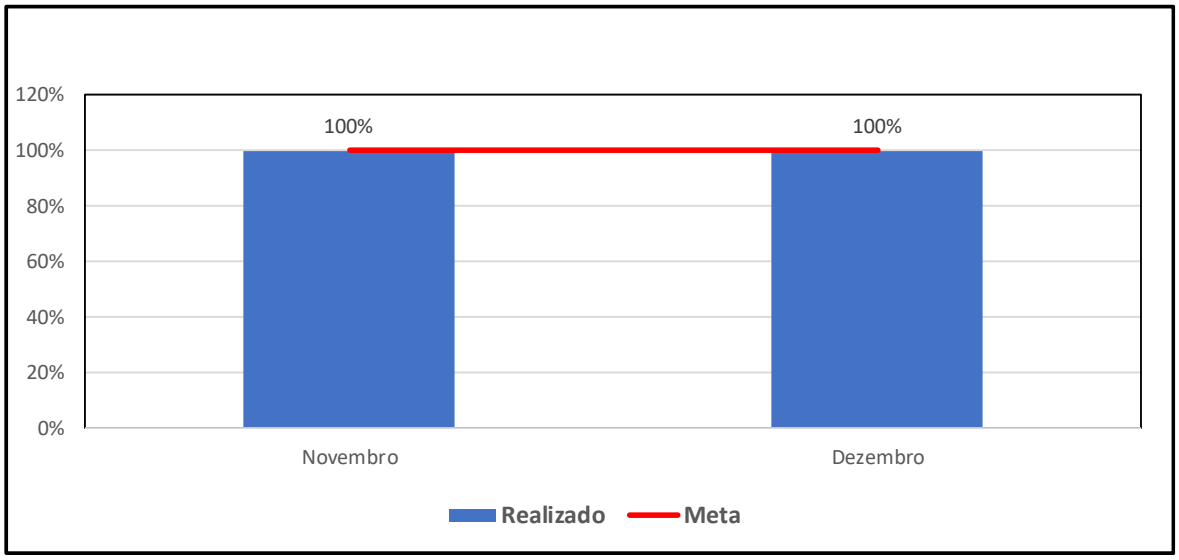
COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

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	500
Realizado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada
Foram apresentadas 500 AIHs, para 496 saídas hospitalares no mês de dezembro de 2021.
Segue planilha nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XXXVII - C - Faturamento Fechamento_AIHs_Dezembro**
Na sequência apresenta-se o quadro contendo dados relacionados aos desdobramentos das AIHs no mês de dezembro.

FONTE: Sistema Tasy / SISAIH

Figura 48.1; Observações sobre as AIH's apresentadas

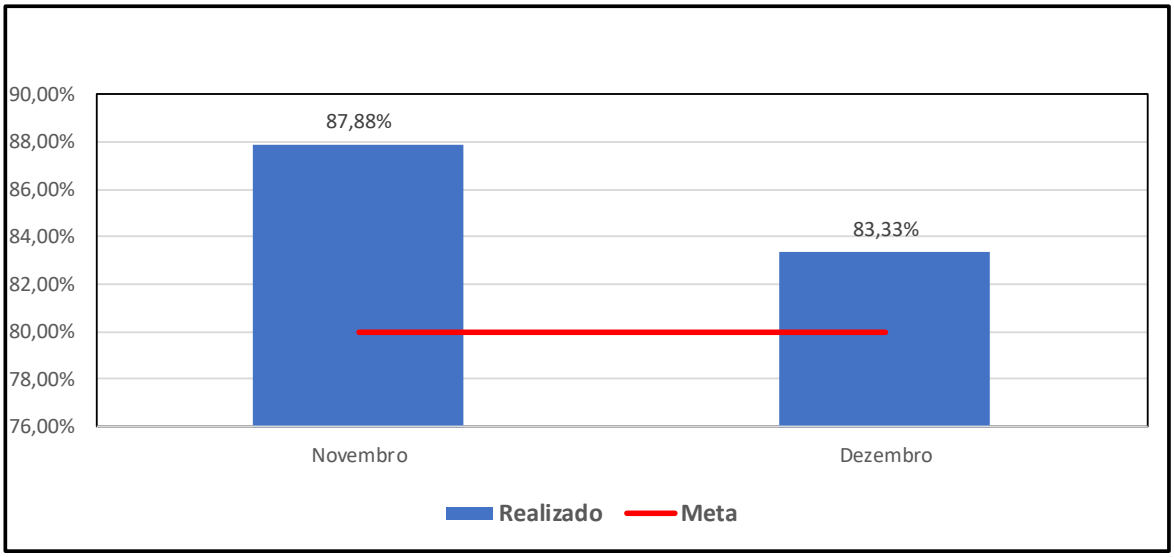
Informações Relacionadas as AIH's			
Observações	**Pacientes**	**Nº Atendimento**	**Nº AIH**
Re-Internações em menos de 72 h, com a mesma patologia.	A.A.S	1134723	4121100057646
	E.R.S.J	1128074	4121100048186
	J.C.S	1129405	4121100055655
	J.R.S	1131082	4121100056139
	K.J.G	1127453	4121100054566
	M.K.D.M	1130617	4121100055589
	M.K.D.M	1124052	4121100055589
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de **permanência por mudança de procedimento**	A.F.S	1129425	4121100052234
	D.S.M	1123536	4121100053048
	J.C.S	1096300	4121100055644
	V.W	1124721	4121100055699
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de **permanência por re-operação.**	J.R.A	1124500	4121100054412
	R.R.S	1124254	4121100056073
	R.R.S	1124254	4121100056062
	R.R.S	1124254	4121100056051
	N.A.M	1122449	4121100046558
Encerramento Adminstrativo - pacientes em longa permanência (30 dias).	J.S	1121436	4121100056458
	I.V.S	1119920	4121100056106

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	55
Nº total de manifestações registradas no mês	33	66
Realizado	87,88%	83,33%
Meta	80%	80%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.
Ouvidorias 4465796, 4475038, 4477801, 4482774, 4482915, 4486512, 4487434, 4492505, 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 Anexo XXXVIII C - V_ Manifestações da Ouvidoria e na pasta Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário.**

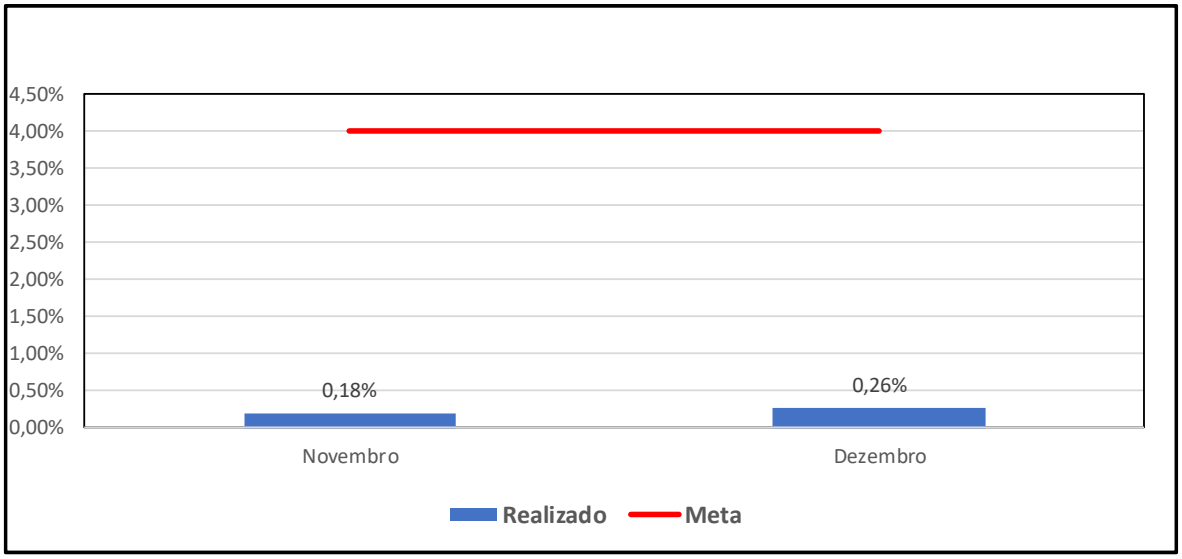
FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

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

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº total de manifestações registradas no mês	12	33
Nº total de pacientes/dia	6611	12785
Realizado	0,18%	0,26%
Meta	4%	4%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

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

FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

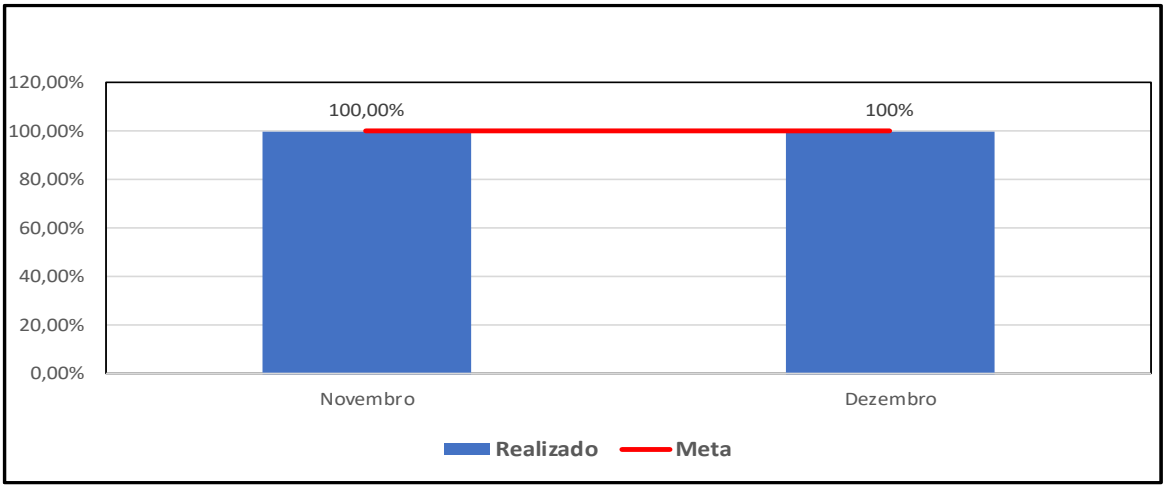
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:

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	15
Nº total de comissões	15	15
Realizado	100,00%	100%
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:

***Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional**

***Comissão Hospital Amigo da Criança**

Comissões am processo de implantação:

****Comissões de Ética Médica e Enfermagem**

Comitês de Ética de Enfermagem:

Comitê de Ética de Enfermagem está aguardando o retorno do COREN com a finalização do Cadastro de Responsabilidade Técnica, após o retorno será criado o comitê eleitoral para início da implantação do comitê.

Comitê de Ética Médica:

Durante este mês foi realizado a votação para Diretor Clínico, o processo está em andamento para a apuração dos votos. Após a conclusão dos resultados será inserido no sistema do CRM o Diretor que será o responsavel por criar o comitê de Ética. Segue em anexo na pasta ***C - indicadores qualitativos e quantitativos*** *subpasta* ***C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS***

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

O Processo de implantação da CIPA está concluído, segue ata de Instalação, posse e votação ***anexo em mídia digital na pasta C - indicadores qualitativos e quantitativos*** *subpasta* ***C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS***

FONTE:Núcle de Gestão de Qualidade

Figura 51.2; Demonstrativo das comissões e as datas das reuniões

Atividades Comissões Obrigatórias	W)	Garantir a efetividade das comissões e comitês, em conformidades com a legislação vigente.	Data da Reunião	Ata	% Realizado da Meta
	51.	Avaliação de Prontuário do Paciente	23/12/2021		100%
		Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	30/12/2021		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Geral	07/01/2022		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	07/01/2022		100%
		Gerenciamento de Resíduos	24/11/2021		100%
		Ética Médica e Enfermagem	Análise Crítica na tabela anterior		100%
		Comissão de Padronização de medicação e novas tecnologias	17/12/2021		100%
		Comissão de Cuidados Paliativos	07/12/2021		100%
		Comitê Transfusional	22/12/2021		100%
		Comissão de Proteção Radiológica	09/12/2021		100%
		Comissão de Humanização	10/12/2021		100%
		Núcleo Interno de Regulação de Acesso a qualidade Hospitalar	10/12/2021		100%
		Núcleo de segurança do paciente	16/12/2021		100%
		Núcleo de Educação Permanente	22/12/2021		100%
		Núcleo de Vigilância Epidemiológica	14/12/2021		100%
		Serviço de Atendimento do Usuário	15/12/2021		100%
		Serviço de Capelania	13/12/2021		100%
		Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional	14/12/2021		100%
		Comissão de Controle Hospitalar - SCIH	09/12/2021		100%
		Comissão Hospital Amigo da Criança	23/12/2021		100%

FONTE: TASY/FATURAMENTO/NIR//NUCLEO QUALIDADE

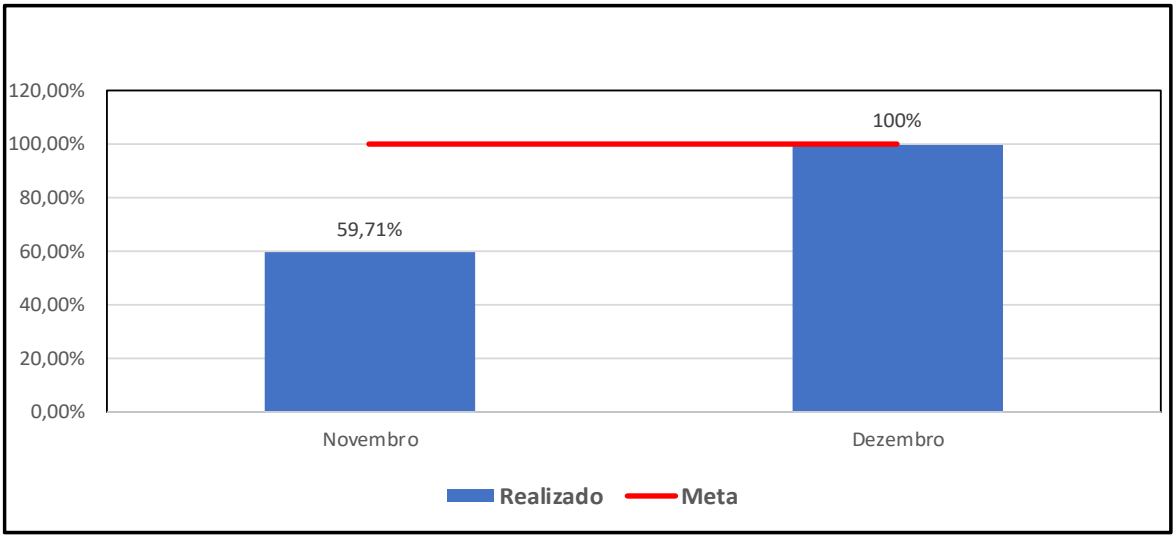
X) Indicador: CNES atualizado.

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	418	680
Nº total de profissionais HMA com regitro no CNES	700	681
Realizado	59,71%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

► 417 colaboradores celetistas na listagem de ativos do departamento pessoal, no CNES constam 418. A diferença está relacionada ao colaborador M.A.A que foi desligado na segunda quinzena de dezembro, o mesmo será excluido da base do CNES no mês subsequente.

Segue em mídia digital na pasta C - indicadores qualitativos e quantitativos:

Anexo XXXIX_C_X_ Lista de Profissionais Celetistas Ativos

Anexo XL _C_X_Listagem de Ativos CNES

► 263 profissionais autônomos registrados na base e no controle (planilha) do setor de escalas conforme **Anexo XLI_C_X_LISTA DE PROFISSIONAIS ATIVOS** na pasta **C - indicadores qualitativos e quantitativos** mídia digital**.**

A atualização da base do CNES é mensal, sendo possível a inserção de profissionais até o 10º dia de cada mês.

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.

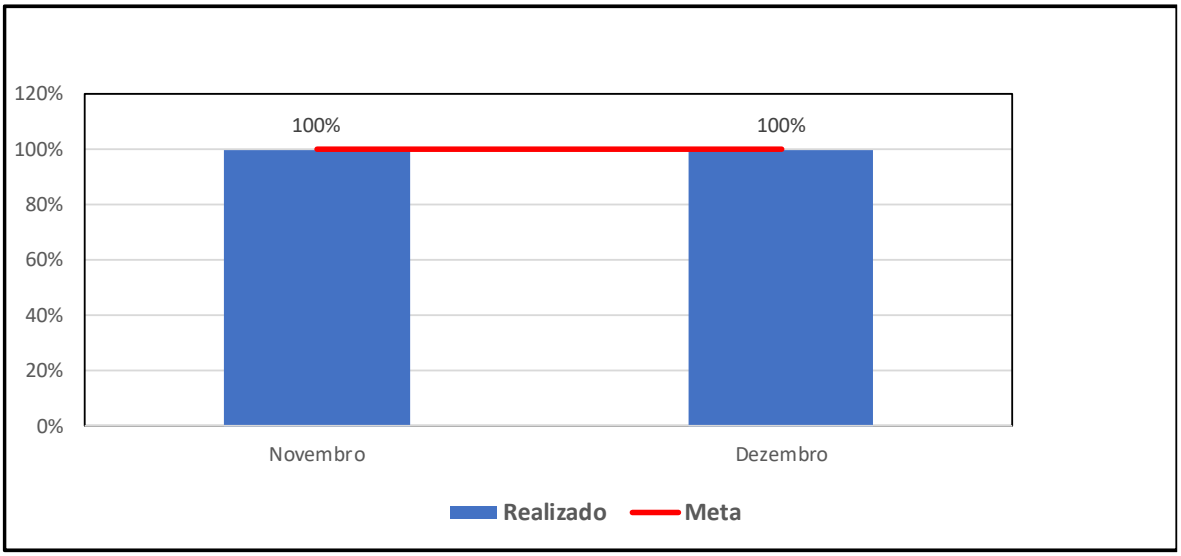
FONTE: RH / Setor de Escalas Médicas / CNES

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 INFORMAÇAO

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



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada
Foram abertos 10.989 atendimentos no sistema Tasy, segue relatório **anexo em mídia digital na pasta C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos, Anexo XLII _C_Y_Atendimentos Dezembro 2021** sendo registrados em tempo real 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-HMA

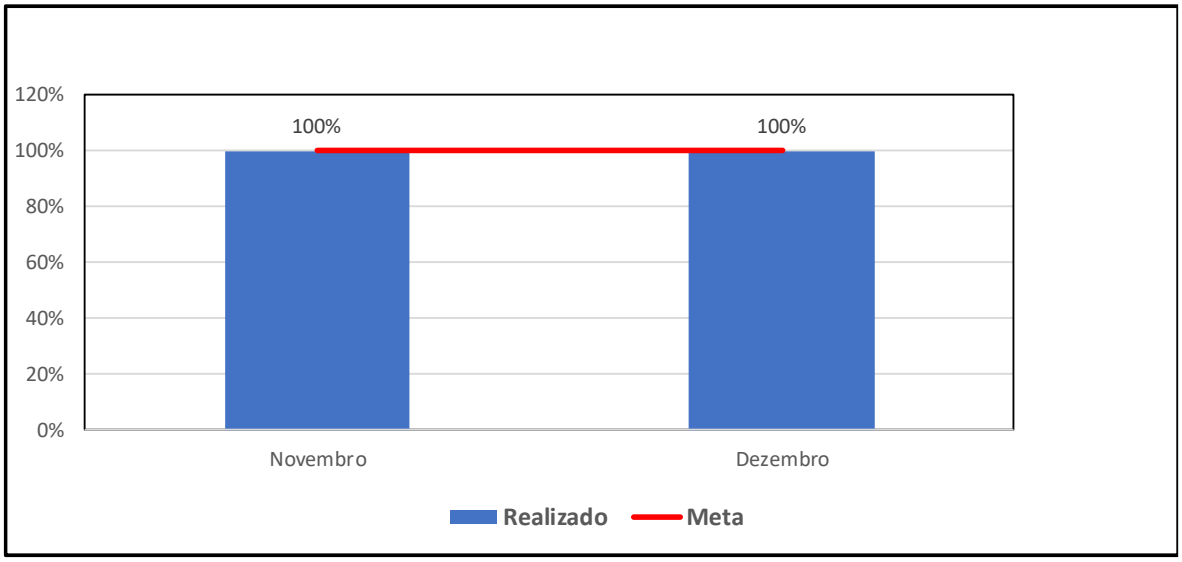
Z) Indicador: Educação permanente.

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 81 treinamentos , contabilizando o total de 76:39 horas, com envolvimento de 842 colaboradores.
Segue o Relatório dos Treinamentos anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos** subpasta **C - Z - Educação Permanente _ TREINAMENTOS**

FONTE:Núcle de Gestão de Qualidade

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

TREINAMENTOS DEZEMBRO								
	DATA	HORA ENTRADA	HORA SAÍDA	RESPONSÁVEL	ASSUNTO	CARGA HORÁRIA	CLASSIFICAÇÃO	N° DE COLABORADORES
1	03/dez	7:10	8:10	Keitiane - Sup. Enfermagem	Passagem de Plantão, Hierarquia e	1:00:00	Treinamentos e Orientações	12
2	09/dez	11:15	12:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Apontamentos centro obstetrico	0:45:00	Treinamentos e Orientações	4
3	09/dez	18:00	19:00	Miqueia - Enfermeira	Uso de mascara + como se portar perante o paciente	1:00:00	Treinamentos e Orientações	12
4	09/dez	19:50	20:50	Miqueia - Enfermeira	Uso de mascara + como se portar perante o paciente	1:00:00	Treinamentos e Orientações	12
5	10/dez	10:00	12:00	Felipe Monteiro - Diretor Técnico	Fluxo de atendimento de pacientes	2:00:00	Treinamentos e Orientações	7
6	10/dez	12:00	14:00	Felipe Monteiro - Diretor Técnico	Coordenação Pediatria	2:00:00	Treinamentos e Orientações	4
7	10/dez	15:40	16:00	Felipe Monteiro - Diretor Técnico	Fluxo anestésicos	0:20:00	Treinamentos e Orientações	3
8	10/dez	16:00	17:00	Felipe Monteiro - Diretor Técnico	Novo Fluxo NIR	1:00:00	Treinamentos e Orientações	3
9	13/dez	10:00	12:00	Miqueia - Enfermeira	Exposição a agente biológico	2:00:00	Treinamentos e Orientações	23
10	14/dez	22:00	22:30	Miqueia - Enfermeira	PA - CCO - CME	0:30:00	Treinamentos e Orientações	21
11	14/dez	20:00	22:00	Miqueia - Enfermeira	exposição a agente biológico	2:00:00	Treinamentos e Orientações	23
12	14/dez	15:00	17:00	Miqueia - Enfermeira	Exposição a agente biológico	2:00:00	Treinamentos e Orientações	22
13	14/dez	17:00	18:00	Roselia - Gerente Enfermagem	preenchimentos graficos	1:00:00	Treinamentos e Orientações	3
14	15/dez	8:00	8:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	NR 32	0:30:00	Treinamentos e Orientações	23
15	16/dez	14:45	15:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Manuseio esgotadeira/ Ordenha	0:15:00	Treinamentos e Orientações	8
16	16/jan	8:00	8:30	Roselia - Gerente Enfermagem	NR 32	0:30:00	Treinamentos e Orientações	33
17	16/dez	15:30	16:30	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:00:00	Treinamentos e Orientações	15
18	16/dez	14:20	15:20	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
19	17/dez	14:20	15:38	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:18:00	Treinamentos e Orientações	13
20	17/dez	16:00	17:00	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:00:00	Treinamentos e Orientações	12
21	18/dez	8:40	9:40	Miqueia - Enfermeira	Controle dos psicatrópicos	1:00:00	Treinamentos e Orientações	9
22	19/dez	10:00	11:20	Miqueia - Enfermeira	Controle dos psicatrópicos	1:20:00	Treinamentos e Orientações	9
23	21/dez	15:00	16:00	Roselia - Gerente Enfermagem	Plano de Parto	1:00:00	Treinamentos e Orientações	7
24	21/dez	16:00	17:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Atuação do TE no centro cirurgico Obst.	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5
25	21/dez	20:00	21:30	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:30:00	Treinamentos e Orientações	21
26	21/dez	20:00	21:00	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:00:00	Treinamentos e Orientações	4
27	21/dez	11:30	12:30	Miqueia - Enfermeira	Orientação em relação a dieta dos	1:00:00	Treinamentos e Orientações	9
28	21/dez	9:00	10:00	Miqueia - Enfermeira	Orientação em relação a dieta dos pacientes UTIG	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
29	21/dez	10:00	11:00	Miqueia - Enfermeira	Orientação em relação a dieta dos pacientes UTIG	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
30	22/dez	22:30	23:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	Fluxo de Atividades UTI NEO	1:00:00	Treinamentos e Orientações	4
31	22/jan	20:30	21:30	Miqueia - Enfermeira	Orientação em relação a dieta dos pacientes UTIG	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
32	22/dez	21:00	22:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Horário de descanço enfermeira determina de acordo com a demanda diária do setor	1:00:00	Treinamentos e Orientações	4
33	22/dez	20:00	21:00	Jéssica - Enfermeira	UTIG - Diurno ímpar e par Noturno	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
34	22/dez	20:30	21:30	Jéssica - Enfermeira	UTIG - Diurno ímpar e par Noturno	1:00:00	Treinamentos e Orientações	18
35	22/dez	20:00	21:00	Jéssica - Enfermeira	Manual de coleta	1:00:00	Treinamentos e Orientações	15
36	23/dez	11:45	12:45	Roselia - Gerente Enfermagem	Abastecimento CAF	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5
37	23/dez	8:38	9:38	Keitiane/ Miqueia - Coordenadora Enfermagem	Reunião Epidemiologia, fluxo antirrabica	1:00:00	Treinamentos e Orientações	3
38	23/dez	9:15	10:20	Keitiane/ Miqueia - Coordenadora Enfermagem	União do Centro Cirurgico e Centro	1:05:00	Treinamentos e Orientações	7
39	24/dez	11:40	12:40	Roselia - Gerente Enfermagem	Novo Fluxo CCg/ CO	1:00:00	Treinamentos e Orientações	7
40	28/dez	16:30	17:30	Miqueia - Enfermeira	Alteração dos banhos dos pacientes da	1:00:00	Treinamentos e Orientações	7
41	27/dez	16:00	17:00	Miqueia - Enfermeira	Kanban	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5

Figura 54.2; Demonstrativo de treinamentos por assunto e tempo de duração.

TREINAMENTOS DEZEMBRO								
	DATA	HORA ENTRADA	HORA SAÍDA	RESPONSÁVEL	ASSUNTO	CARGA HORÁRIA	CLASSIFICAÇÃO	Nº DE COLABORADORES
42	27/dez	9:43	10:44	Miqueia - Enfermeira	Cada plantão responsável pelo material	1:01:00	Treinamentos e Orientações	4
43	27/dez	20:00	21:30	Roselia - Gerente Enfermagem	Diluição e aplicação vacina antirrabica -	1:30:00	Treinamentos e Orientações	14
44	27/dez	14:30	16:30	Roselia - Gerente Enfermagem	Diluição e aplicação vacina antirrabica -	2:00:00	Treinamentos e Orientações	19
45	28/dez	14:30	16:00	Roselia - Gerente Enfermagem	Diluição e aplicação vacina antirrabica -	1:30:00	Treinamentos e Orientações	13
46	28/dez	6:45	7:15	Keitiane - Sup. Enfermagem	Fluxo de atendimento PAI	0:30:00	Treinamentos e Orientações	7
47	28/dez	20:00	22:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Diluição e aplicação vacina antirrabica -	2:00:00	Treinamentos e Orientações	10
48	28/dez	10:00	11:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Orientação em relação a dieta dos	1:00:00	Treinamentos e Orientações	29
49	28/dez	18:10	19:10	Miqueia - Enfermeira	Kanban	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5
50	28/dez	16:00	17:10	Miqueia - Enfermeira	Orientação em relação as dietas dos	1:10:00	Treinamentos e Orientações	6
51	28/dez	17:30	18:30	Miqueia - Enfermeira	Reposição de material CME, por cada	1:00:00	Treinamentos e Orientações	4
52	28/dez	19:30	20:30	Miqueia - Enfermeira	PSO - CO - alojamento CO- Controle dos	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5
53	29/dez	8:00	8:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle de temperatura de geladeira	0:30:00	Treinamentos e Orientações	17
54	29/dez	9:00	9:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	20
55	29/dez	10:20	11:30	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	1:10:00	Treinamentos e Orientações	5
56	29/dez	11:30	12:30	Miqueia - Enfermeira	Controle temperatura da geladeira	1:00:00	Treinamentos e Orientações	5
57	29/dez	16:00	16:40	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:40:00	Treinamentos e Orientações	6
58	29/dez	8:06	9:20	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	1:14:00	Treinamentos e Orientações	5
59	29/dez	10:30	11:30	Roselia - Gerente Enfermagem	visitas/ pacientes CAPS	1:00:00	Treinamentos e Orientações	2
60	29/dez	16:00	16:30	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	6
61	29/dez	16:00	16:30	Miqueia - Enfermeira	Fluxo almoxarifado	0:30:00	Treinamentos e Orientações	7
62	29/dez	12:00	12:30	Miqueia - Enfermeira	NR 32	0:30:00	Treinamentos e Orientações	7
63	29/dez	22:00	23:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Orientação Dietas dos Pacientes	1:00:00	Treinamentos e Orientações	21
64	29/dez	22:00	23:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle temperatura da geladeira	1:00:00	Treinamentos e Orientações	22
65	29/dez	22:00	23:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle de almotolias	1:00:00	Treinamentos e Orientações	22
66	30/dez	14:10	14:40	IZADORA - GERENTE ADM	Novo fluxo de estoque	0:30:00	Treinamentos e Orientações	6
67	30/dez	20:00	20:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	Orientação Dietas dos Pacientes	0:30:00	Treinamentos e Orientações	6
68	30/dez	20:30	21:00	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle temperatura da geladeira	0:30:00	Treinamentos e Orientações	15
69	30/dez	20:00	20:30	Keitiane - Sup. Enfermagem	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	17
70	30/dez	22:00	22:30	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	5
71	30/dez	20:00	20:30	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	4
72	30/dez	20:30	21:00	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	2
73	30/dez	20:00	20:30	Miqueia - Enfermeira	controle temperatura da geladeira	0:30:00	Treinamentos e Orientações	2
74	30/dez	22:30	23:00	Miqueia - Enfermeira	controle temperatura da geladeira	0:30:00	Treinamentos e Orientações	4
75	29/dez	23:00	23:30	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:30:00	Treinamentos e Orientações	6
76	29/dez	21:00	21:35	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:35:00	Treinamentos e Orientações	5
77	29/dez	20:00	20:37	Miqueia - Enfermeira	Controle de almotolias	0:37:00	Treinamentos e Orientações	7
78	29/dez	23:00	23:39	Miqueia - Enfermeira	Controle de temperatura de geladeira	0:39:00	Treinamentos e Orientações	6
79	29/dez	20:00	20:30	Miqueia - Enfermeira	controle de temperatura de geladeira	0:30:00	Treinamentos e Orientações	5
80	30/dez	20:30	21:00	Miqueia - Enfermeira	Orientação Dietas dos Pacientes	0:30:00	Treinamentos e Orientações	4
81	30/dez	23:00	23:30	Miqueia - Enfermeira	orientação dieta dos pacientes	0:30:00	Treinamentos e Orientações	5
					Total de horas	76:39:00		842

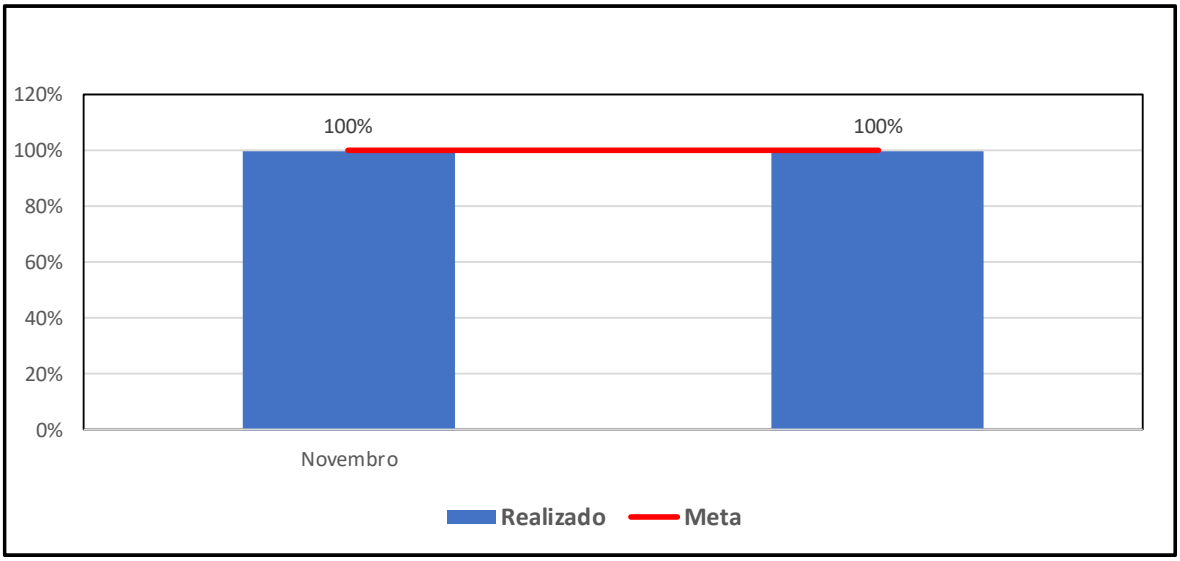
METAS QUANTITATIVAS

A) Indicador: Equipe Médica do HMA

Figura 55. Manter equipe Médica 24hrs no HMA

EQUIPE MÉDICA DO HMA

MÊS	Novembro	Dezembro
Total de EQUIPE	100%	100%
Realizado	100%	100%
Meta	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.
Considera-se meta atingida em 100%, 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 Quatitativos, subpasta C - Escalas Médicas.

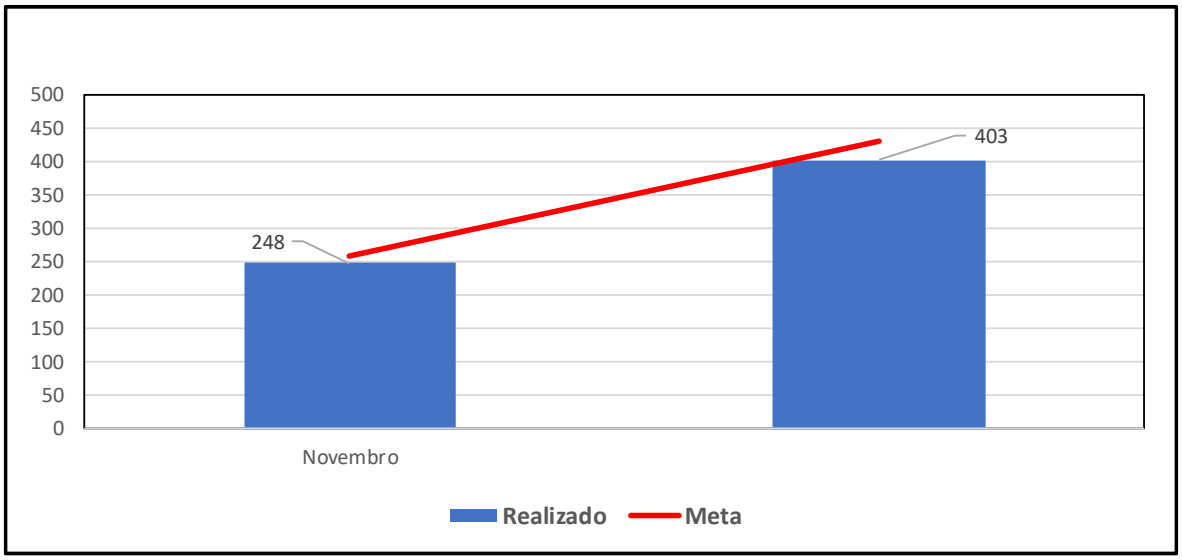
FONTE: Escalas médicas realizadas

B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA

Figura 56. Realizar no mínimo 430 saídas hospitalares.

SAÍDAS (EXCETO TRANSFERÊNCIAS INTERNAS)

MÊS	Novembro	Dezembro
Nº de saídas clinicas	165	260
Nº de saídas cirúrgicas	83	143
% Total de Saídos	96,12%	93,72%
Realizado	248	403
Meta	258	430



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
Durante o período analisado tivemos 260 saídas hospitalares (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 143 saídas de pacientes cirúrgicos, perfazendo um total de 403 saídas hospitalares, ficando abaixo dos 430 saídos.

Plano de ação: Revisão dos fluxos de ocupação hospitalar.
Segue anexo em mídia digital na pasta **C - indicadores Qualitativos e Quantitativos Anexo XXXVII_C_Faturamento Fechamento_AIHs_Dezembro**

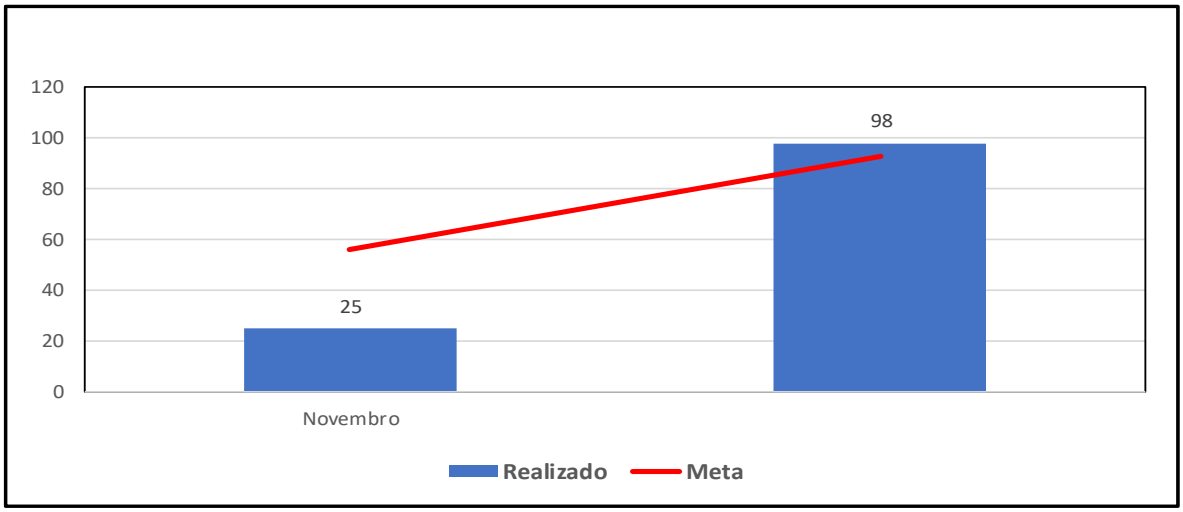
FONTE: Sistema Tasy / NIR / SISAIH

C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA

Figura 57. Realizar no mínimo 93 Cirurgias eletivas.

CIRURGIAS ELETIVAS

MÊS	Novembro	Dezembro
Cirurgia Geral	14	67
Cirurgia Pediátrica	0	0
Ginecologia&Obstetrícia	11	30
Cirurgia Ortopédica (baixa/média complexidade)	0	1
Cirurgia Ortoédica (alta complexidade)	0	0
Laqueadura	0	0
Cirurgia Vascular	0	0
Realizado	25	98
Meta	56	93



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
Foram realizados 98 procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo, perfazendo um total de 105,37%, acima da meta.
Ocorreu um déficit de 47 cirurgias, sendo compensados pelo superavit de 52 cirurgias das especialidades de: Geral 37 cirurgias acima da meta e Ginecologia e Obstetrícia 15 cirurgias acima da meta.

Obs: Todos os pacientes receberam alta no período de 01 a 31 de dezembro de 2021. .

Plano de ação: Disponibilizar vagas para consultas ambulatoriais nas especialidades que apresentaram déficit, a fim de dar vasão as demandas cirúrgicas do município.
Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Faturamento_Fechamento Nominais Dezembro/2021

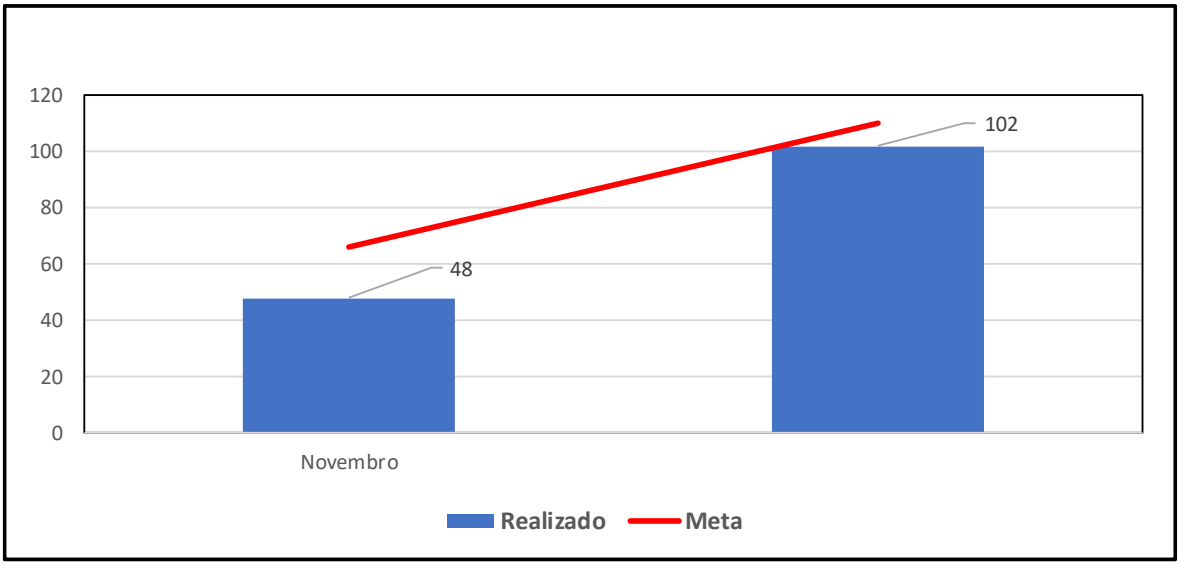
FONTE: Agendamento cirurgico / Sistema Tasy / SISAIH

D) Indicador: Ambulatório - HMA

Figura 58. Realizar no mínimo 110 consultas ambulatoriais.

CONSULTAS ELETIVAS

MÊS	Novembro	Dezembro
Cardiologia	27	46
Plano de Parto	21	56
Realizado	48	102
Meta	66	110



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
No período de 01 à 31 de dezembro de 2021, realizamos 46 consultas ambulatoriais de cardiologia e 56 planos de parto, totalizando 101 consultas, o que equivale a 92,70% da meta prevista em contrato de gestão.
Segue anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos, Anexo XLVIII _C_Consultas ambulatoriais**

FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS - DEZEMBRO/2021

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

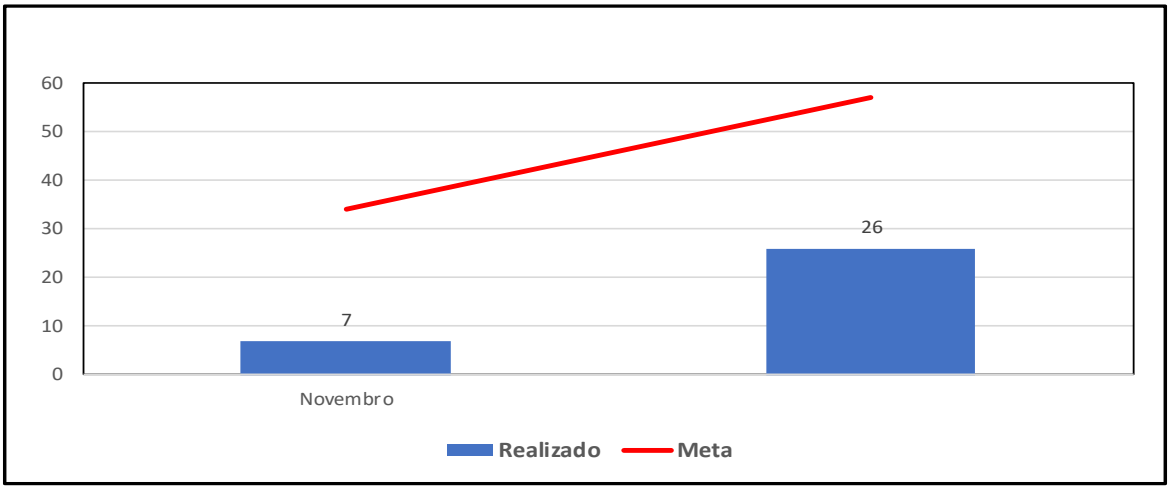
Previsto no Contrato de Gestão - 103/2021 REFERENTE AO MÊS DE DEZEMBRO										Não Previsto em Contrato		
UNIDADE	1ª Consultas META	1ª Consultas OFERTADO	1ª Consultas AGENDADAS	Faltas Primárias	FALTANTES (1ª consulta)	Porcentagem de absenteísmo	1ª Consultas REALIZADAS	% REALIZADO META	% OFERTADO META	Retornos	Consultas Pós Cirurgicas	Total Consultas pós cirúrgicas + retornos REALIZADAS
CARDIOLOGIA	60	63	60	-3	14	23%	46	77%	100%	0	0	0
PLANO DE PARTO	50	100	101	1	48	48%	56	112%	100%	0	0	0
TOTAL	110	163	161	-2	62	71%	102	189%	100%	0	0	0

E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA

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

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

MÊS	Novembro	Dezembro
Vasectomia	7	7
Cirurgia Ambulatorial	0	19
Realizado	7	26
Meta	34	57



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.
No período de 01 à 31 de dezembro, realizamos 7 Vasectomias (100% da meta prevista em contrato) e 19 cirurgias ambulatoriais (38% da meta prevista em contrato). Em média, os dois procedimentos ambulatoriais atingiram 46% da referida meta.
Referente aos demais pacientes agendados pela regulação para a realização de cirurgias ambulatoriais:
12 pacientes não necessitaram realizar o procedimento devido a conduta médica;
03 pacientes foram contra-referenciados para a Cirurgia Geral;
01 paciente foi contra-referenciado para a especialidade da Oftalmologia;
01 paciente foi contra-referenciado para a especilidade da Vascular
01 paciente já havia realizado o procedimento
01 paciente realizou um tratamento conservador e não necessita mais do procedimento;
01 paciente irá realizar o procedimento no Hospital Pequeno Príncipe (possui 8 anos de idade);
01 paciente optou por não realizar o procedimento;
Conforme elencado acima, 21 pacientes não estavam devidamente eletivos para a realização de cirurgias ambulatoriais.
Segue anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos**, **Anexo XLIII _C_Cirurgias Ambulatoriais**
Plano de ação: realizaremos um maior número de distribuição de vagas do procedimento para atingir a meta estipulada em contrato de gestão. Os pacientes faltantes (09 pacientes), serão reagendados para a realização do procedimento na competência de janeiro de 2022.

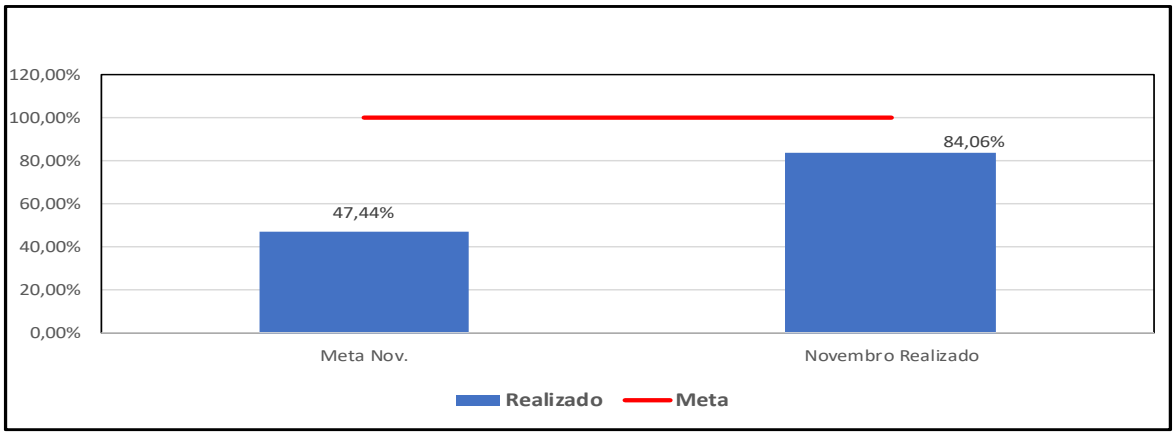
FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA

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

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

MÊS	Meta Nov.	Novembro Realizado	Realizado Percentual	Meta Dez.	Dezembro Realizado	Realizado Percentual
Mamografia	180	108	60,00%	300	357	119,00%
Tomografia com Contraste	9	0	0,00%	15	2	13,33%
Tomografia sem Contraste	72	65	90,28%	120	200	166,67%
Radiodiagnóstico	900	185	20,56%	1500	1065	71,00%
USG	360	313	86,94%	600	441	73,50%
Ecocardiograma Adulto/Infantil	150	169	112,67%	250	231	92,40%
Teste Ergométrico	90	45	50,00%	150	84	56,00%
Eletrocardiograma	120	112	93,33%	200	281	140,50%
Biópsia de Próstata por PAFF	15	0	0,00%	25	3	12,00%
Endoscopia	99	8	8,08%	165	152	92,12%
Colonoscopia / retossigmoidoscopia	45	0	0,00%	75	42	56,00%
Realizado		1005	47,44%		2858	84,06%
Meta		2058	100,00%		3400	100,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.
No período de 01 à 31 de dezembro de 2021, foram realizados 2858 exames de SADT, que correspondem em média a 81 % da meta proporcional. Sobre os exames que não atingiram a meta:
Tomografia com contraste: Os pacientes agendados para a realização de tomografia com contraste realizaram o exame sem contraste devido a conduta médica. *Solicita-se compensação por tomografia sem contraste (conforme previsto no contrato de gestão)*
Teste Ergométrico: Foram ofertados 180 vagas para a realização de Teste Ergométrico, porém, foram agendados apenas 123 devido a demanda do munícipio, totalizando 57 perdas primárias. Se houvesse os 57 pacientes agendados, seria possível o atingimento da meta.
Biópsia de Próstata: Devido a entrega posterior dos materiais necessários para a realização do procedimento, não houve tempo hábil para a realização do referido exame na competência de dezembro de 2021. Os materiais necessários já foram recebidos e os exames serão realizados na competência de janeiro de 2022.
Colonoscopia / Retossigmoidoscopia: Obtivemos um alto índice de absenteísmo em ambos os procedimentos. Plano de ação: Os pacientes faltantes de dezembro serão reagendados para a realização em janeiro.
Segue anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitiativos e Quatitativos, Anexo XLV _C_Exames de SADT**

FONTE: PLANILHA DE CONTROLE SADT E TASY.

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

EXAMES SADT														
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 ABSENTEÍSMO	PACIENTES CANCELADOS	% REALIZADO META
COLONOSCOPIA/ RETOSSIGMOIDE	75	80	100,00%	72	8	0	72	20	0	42	9	12,50%	16	56,00%
ENDOSCOPIA	165	207	100,00%	244	0	0	244	152	0	152	45	18,44%	47	92,12%
MAMOGRAFIA	300	462	100,00%	443	19	0	433	357	0	357	66	15,24%	20	119,00%
TOMOGRAFIA S/ CONTRASTE	120	210	100,00%	198	12	4	202	195	4	200	24	11,88%	3	166,67%
TOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	15	26	100,00%	26	0	0	26	2	0	2	2	7,69%	0	13,33%
RADIODIAGNÓSTICO POR EXAME	1500	1530	100,00%	1488	42	0	1488	1061	4	1065	419	28,16%	0	71,00%
ULTRASSONOGRAFIA (ABDOMINAL, PRÓSTATA, APARELHO URINÁRIO, OBSTÉTRICO E	600	658	100,00%	666	0	5	671	436	5	441	102	15,20%	98	73,50%
ECOCARDIOGRAMA ADULTO E INFANTIL	250	252	100,00%	246	6	15	261	216	15	231	30	11,49%	0	92,40%
TESTE ERGOMÉTRICO	150	180	100,00%	123	57	2	123	82	2	84	33	26,83%	8	56,00%
ELETROCARDIOGRAMA	200	399	100,00%	381	18	0	381	281	0	281	100	26,25%	0	140,50%
BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR PAAF	25	5	20,00%	5	0	0	5	5	0	3	2	40,00%	0	12,00%
TOTAL	3400	4004	100,00%	3887	162	26	3901	2802	30	2858	830	21,28%	192	84,06%

Figura 61; Lei Federal Nº 14.189, de julho de 2021;

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 29/07/2021 | Edição: 142 | Seção: 1 | Página: 1
Órgão: Atos do Poder Legislativo

LEI Nº 14.189, DE 28 DE JULHO DE 2021

Altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, para prorrogar a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, para prorrogar até 31 de dezembro de 2021 a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º Esta Lei prorroga até 31 de dezembro de 2021, a partir de 1º de janeiro de 2021, a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde de qualquer natureza no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Incluem-se nos prestadores de serviço de saúde referidos no **caput** deste artigo pessoas jurídicas de direito público e pessoas jurídicas de direito privado, com ou sem fins lucrativos." (NR)

"Art. 2º O pagamento dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) deve ser efetuado conforme produção aprovada pelos gestores estaduais, distrital e municipais de saúde, nos mesmos termos estabelecidos antes da vigência desta Lei." (NR)

"Art. 2º-A. Fica suspensa a obrigatoriedade da manutenção de metas quantitativas relativas à produção de serviço das organizações sociais de saúde."

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

Brasília, 28 de julho de 2021; 200 º da Independência e 133 º da República.

JAIR MESSIAS BOLSONARO
Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes