
RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO

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

ARAUCÁRIA/PR
JANEIRO/2022

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:.....	20
C) Indicador: Monitoramento da permanência	27
D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:.....	28
E) Indicador: Taxa de cesárea	29
F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade.....	35
G) Indicador: Taxa de acolhimento com classificação de risco (indicadores G.22 ao G.29):....	40
H) Indicador: Notificação de Agravos.....	47
COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE.....	48
I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:.....	48
J) Indicador: Incidência de queda do paciente:	53
K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:.....	54
L) Indicador: Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura:	55
M) Indicador: Taxa de adesão aos protocolos do eixo crítico:	56
N) Indicador: Ação interna com funcionários, visando a segurança do paciente.....	57
COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE.....	58
O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos:.....	58
P) Indicador: Regulação do Serviço de apoio diagnóstico terapêutico:.....	59
Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas:	60
R) Indicador: Informação dos censos da UTI:.....	61
S) Indicador: Informação dos censos do Pronto Socorro:.....	62
T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:.....	63

Figura 47. Apresentar o número de pacientes classificados com Risco	65
COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL.....	66
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar:	66
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:.....	68
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:.....	70
X) Indicador: CNES atualizado.	72
Y) Indicador: Prontuário Eletrônico/Digital preenchido e completo.	73
Z) Indicador: Educação permanente.	74
METAS QUANTITATIVAS	76
A) Indicador: Equipe Médica do HMA	76
B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA.....	77
C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA.....	78
D) Indicador: Ambulatório - HMA.....	79
E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA	81
F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA.....	82

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:

Janeiro 2022

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.

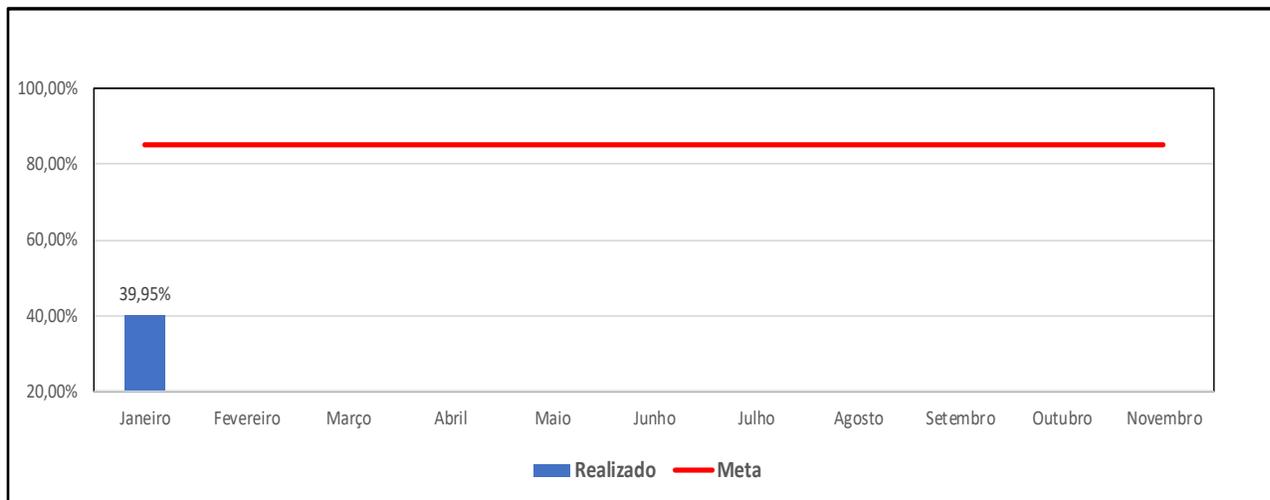
Seguem os anexos em mídia digital (cada relatório contém a quebra por setor de ocupação):

- ✓ Anexo 1 ao 31 Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363);
- ✓ C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência

Figura 01. Taxa de ocupação da Pediatria ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - PEDIATRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	39,95%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	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: 161/403 x 100 = 39,95%

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, também houveram necessidade de transferência de 06 pacientes para especialidades as quais não possuímos no serviço, além das internações com indicação de isolamento por quadro pandêmico na clínica pediátrica. A cada 03 leitos existe uma perda de 06 leitos, não sendo possível absorver todas as indicações de internamento. Processo em desenvolvimento para o controle e demonstração dos leitos bloqueados. Sendo assim, não tivemos a oportunidade de internação de 40 pacientes dia. Tomando como numerador 201 paciente/dia teríamos uma ocupação de 49,9%.

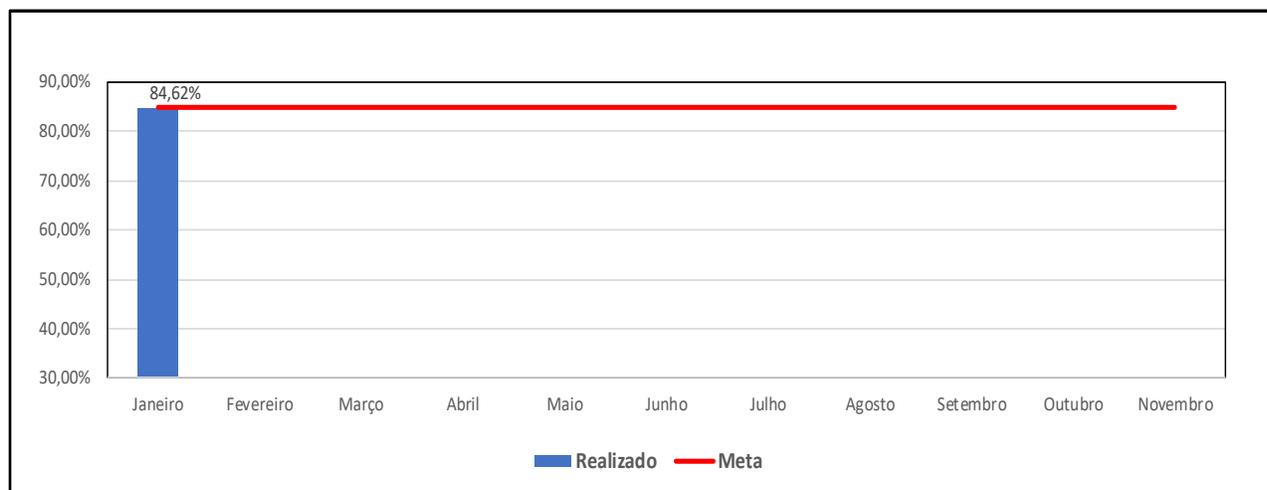
O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente. Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

Figura 02. Taxa de ocupação da Cirurgia ≥ 85%

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - CLÍNICA CIRÚRGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	84,62%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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

Cálculo realizado: 342/403 x 100 = 84,86%

Meta realizada como consequência do aumento do número de cirurgias eletivas.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

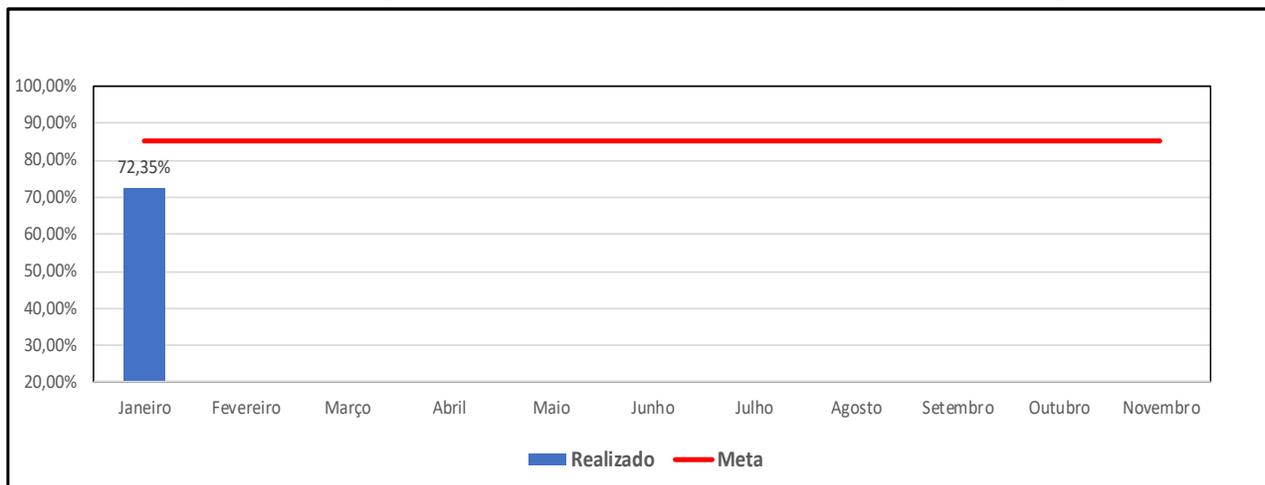
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - INTERNAÇÃO GERAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Realizado	72,35%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	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: $1884/2604 \times 100 = 72,39\%$

O total de 1884 paciente/dia corresponde a soma dos pacientes/dia de cada unidade de internação.

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, também houveram necessidade de transferência de 22 pacientes para especialidades as quais não possuímos no serviço, além dos bloqueios da clinica pediatrica, internamentos de RN na maternidade e o pré parto ser considerado como unidade de internação, tivemos uma diferença significativa na não realização da meta de ocupação geral.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

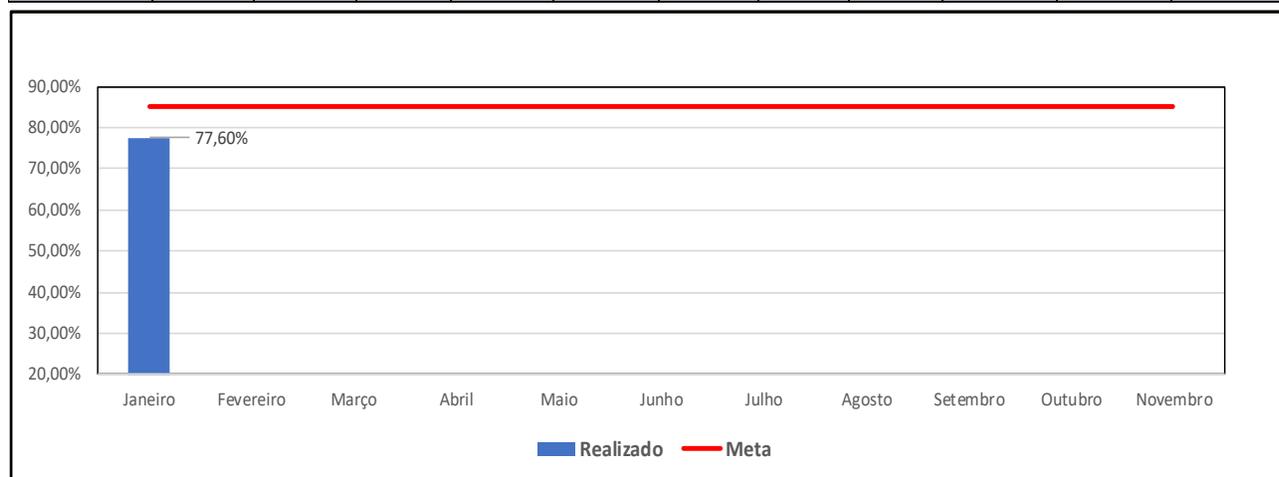
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Realizado	77,60%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	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: 433/558 x 100 = 77,60%

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.

A SCMC dispõe de equipe técnica e infraestrutura para atendimento a demanda espontânea do município de Araucária.

O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

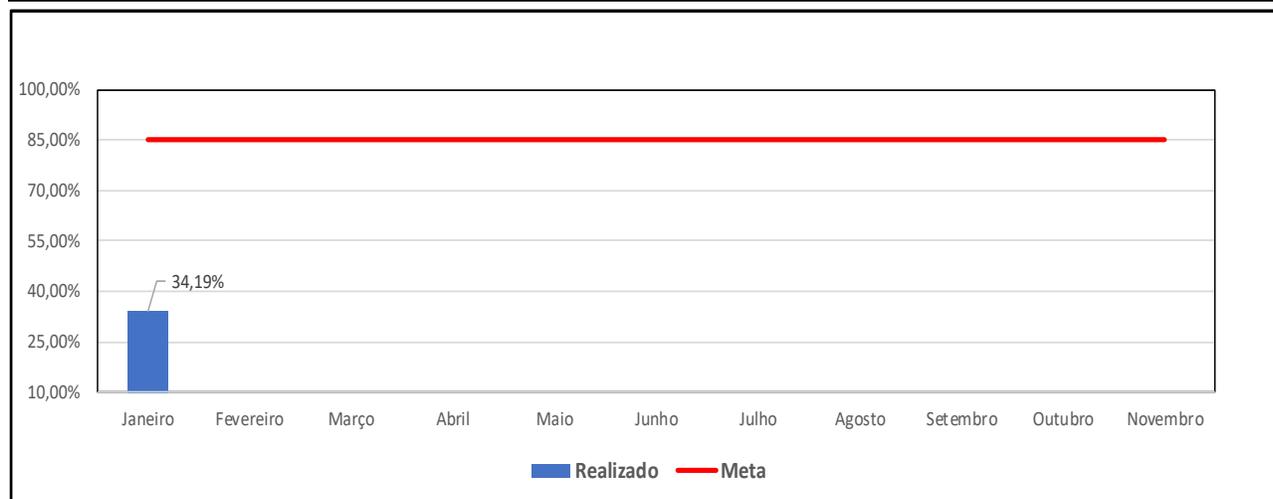
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - PRÉ PARTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	34,19%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não prevista no contrato de gestão nº 103/2021

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

Cálculo realizado: 53/155 x 100 = 34,19%

Para o cálculo da taxa de ocupação dos leitos de pré-parto, utilizou-se o percentual mínimo previsto para a ocupação da Ginecologia e Obstetrícia, que é de 85%.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

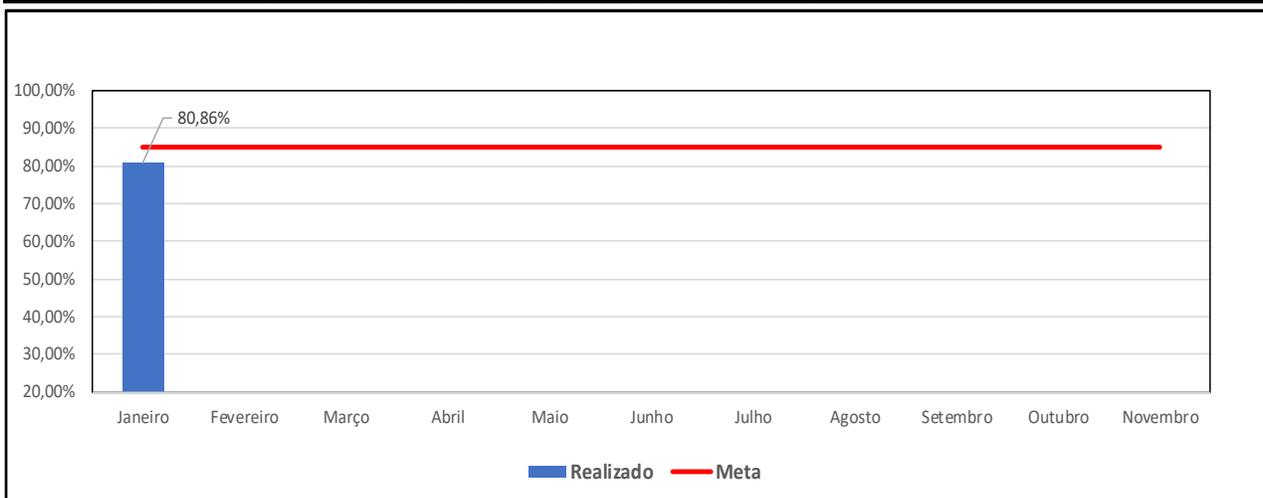
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Realizado	80,86%										
Meta	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	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: $376/465 \times 100 = 80,86$

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, também houveram necessidade de transferência de 10 pacientes para especialidades as quais não possuímos no serviço.

Plano de ação:

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

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

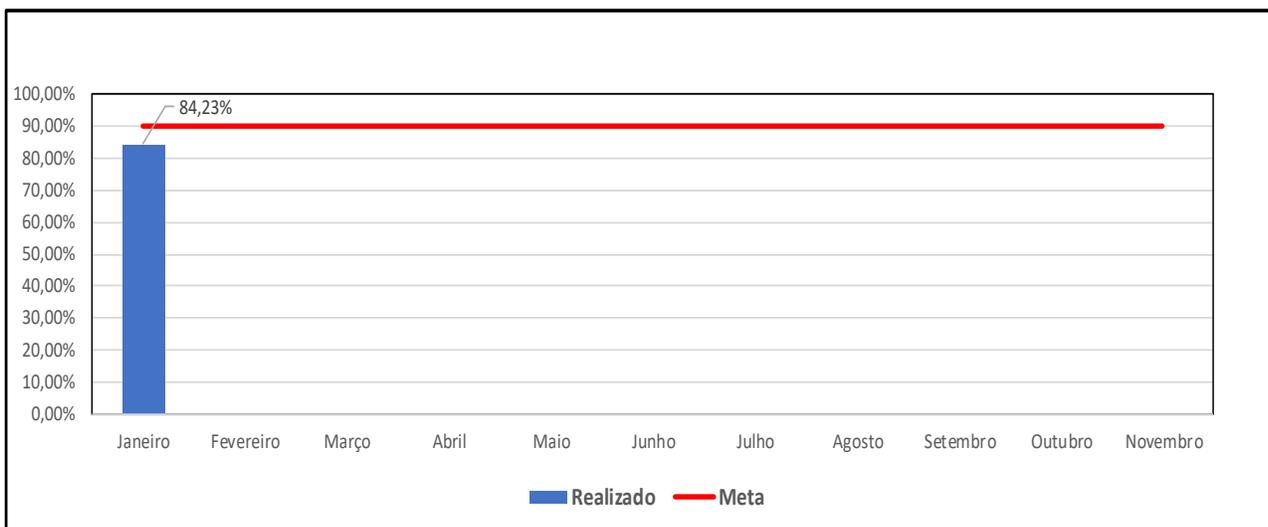
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI ADULTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Realizado	84,23%										
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	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: 235/279 x 100 = 84,23%

Meta não realizada apesar de atendermos toda a demanda solicitada pelo Município, também houve necessidade de transferência de 01 paciente para especialidade ao qual não possuímos no serviço.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

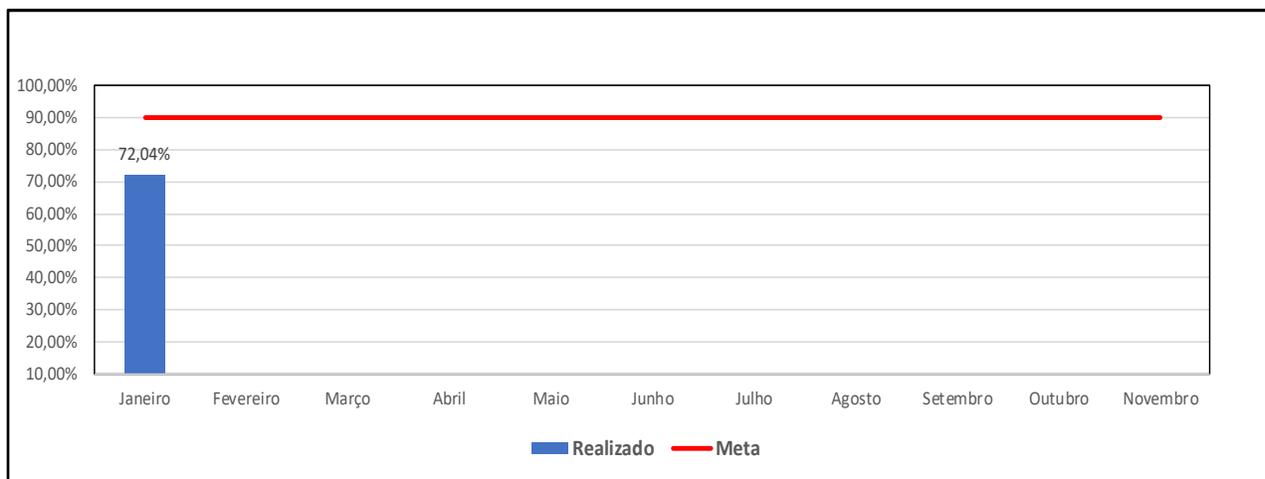
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	72,04%										
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	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: 67/93 x 100 = 72,04%

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_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

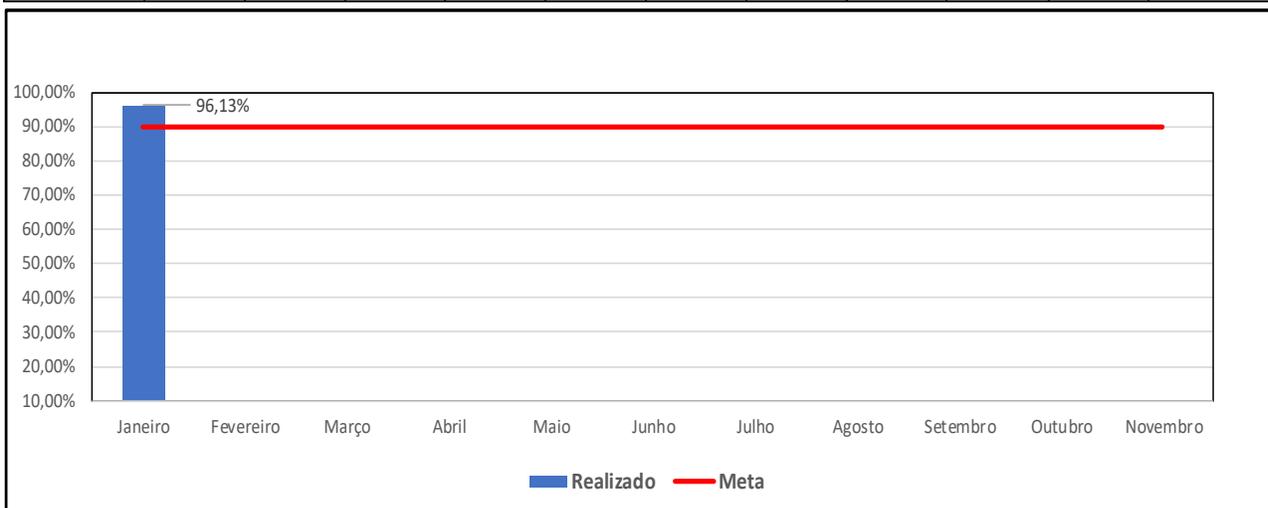
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	96,13%										
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

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

Cálculo realizado: 149/155 x 100 = 96,13%

Meta realizada após revisão de fluxo.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

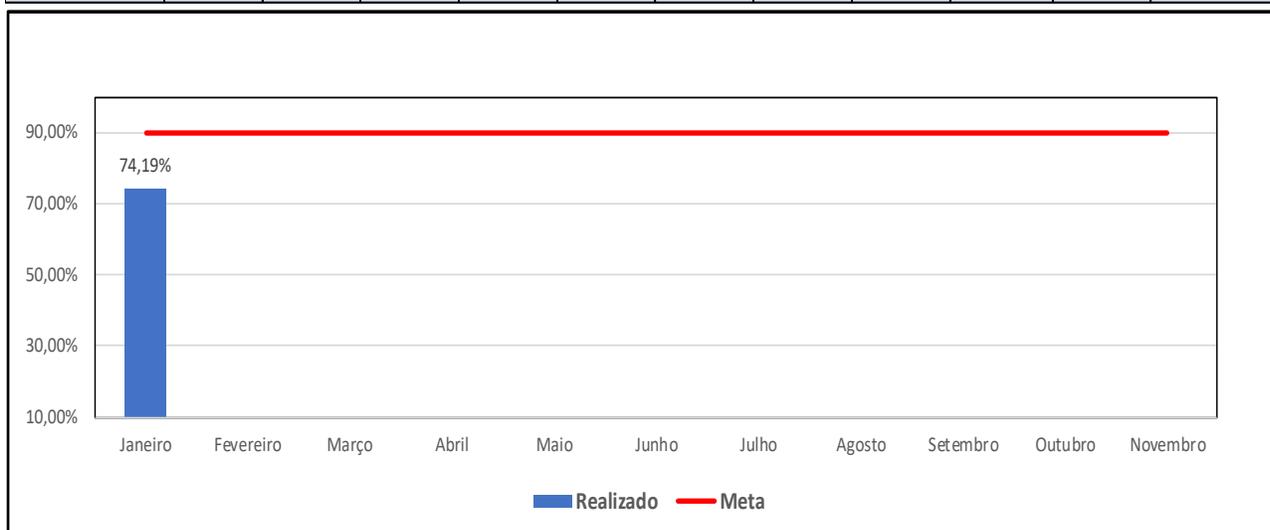
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE OCUPAÇÃO - UCIn NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº DE LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	74,19%										
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não prevista no contrato de gestão nº 103/2021

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

Cálculo realizado: 69/93 x 100 = 74,19%

Para o cálculo da taxa de ocupação dos leitos de UCI, utilizou-se o percentual mínimo previsto para a ocupação da UTI Neonatal, que é de 90%.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

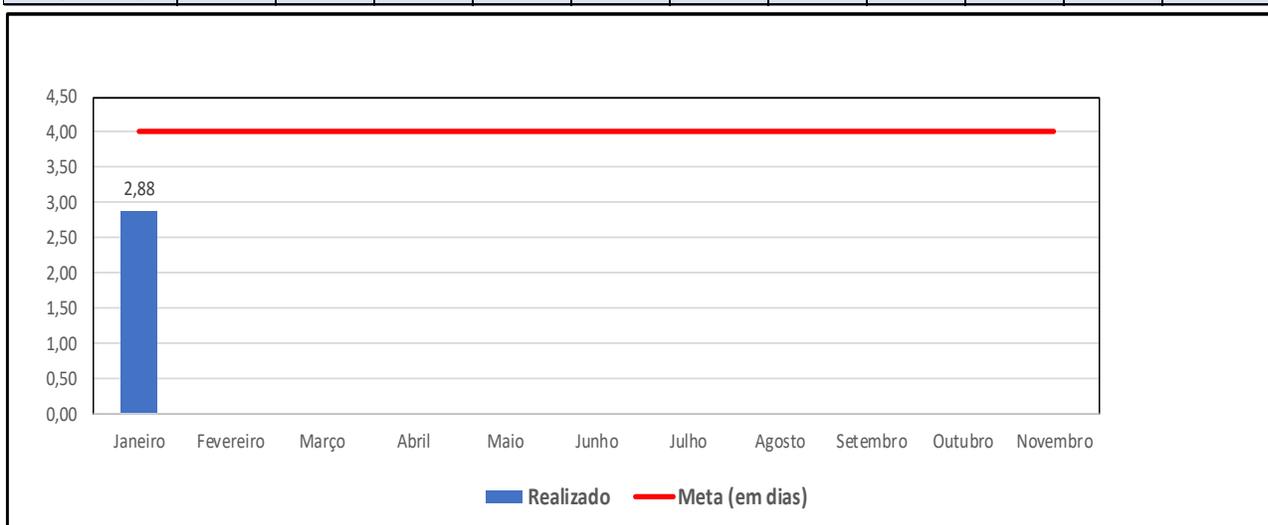
FONTE: - Relatório de controle do NIR, realizado diariamente através do censo nos setores.

B) Indicador: Média de Permanência:

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - PEDIATRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	2,88										
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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

Cálculo realizado: $161/56 = 2,88$

Na pediatria ficamos com 2,88 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

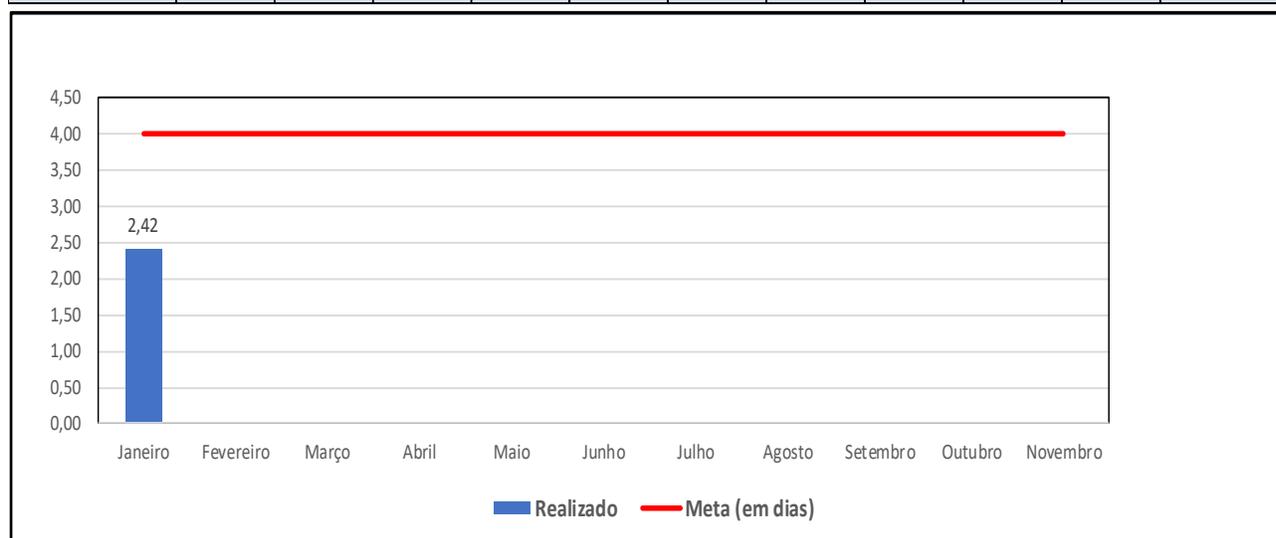
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLÍNICA CIRÚRGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
Realizado	2,42										
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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

Cálculo realizado: $341/141 = 2,42$

Na UI cirúrgica ficamos com 2,42 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

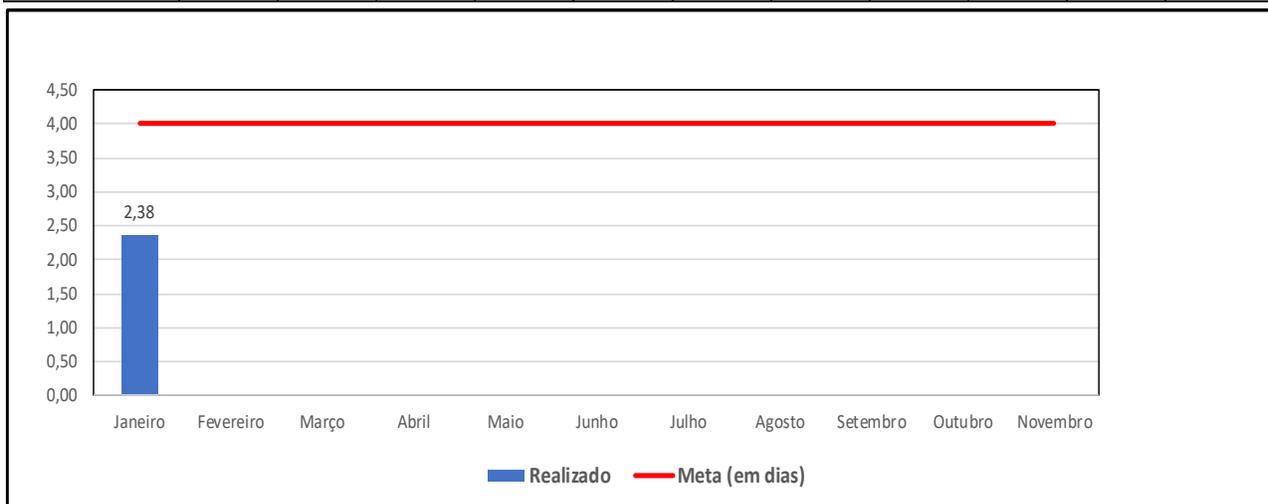
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - GINECOLOGIA & OBSTETRÍCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
Realizado	2,38										
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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

Cálculo realizado: $433/182 = 2,38$

Na UI obstétrica ficamos com 2,38 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 32_Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

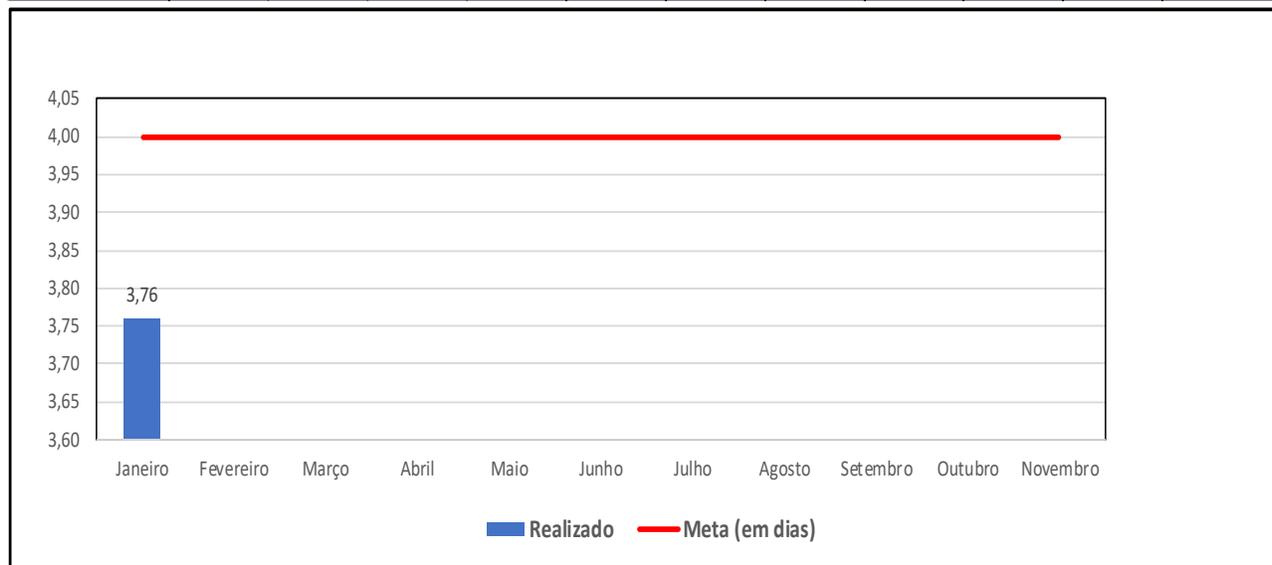
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - CLÍNICA MÉDICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Realizado	3,76										
Meta (em dias)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

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

Cálculo realizado: $376/100= 3,76$

Na UI clínica médica ficamos com 3,76 dias de permanência, abaixo da meta de 04 dias de permanência.

O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

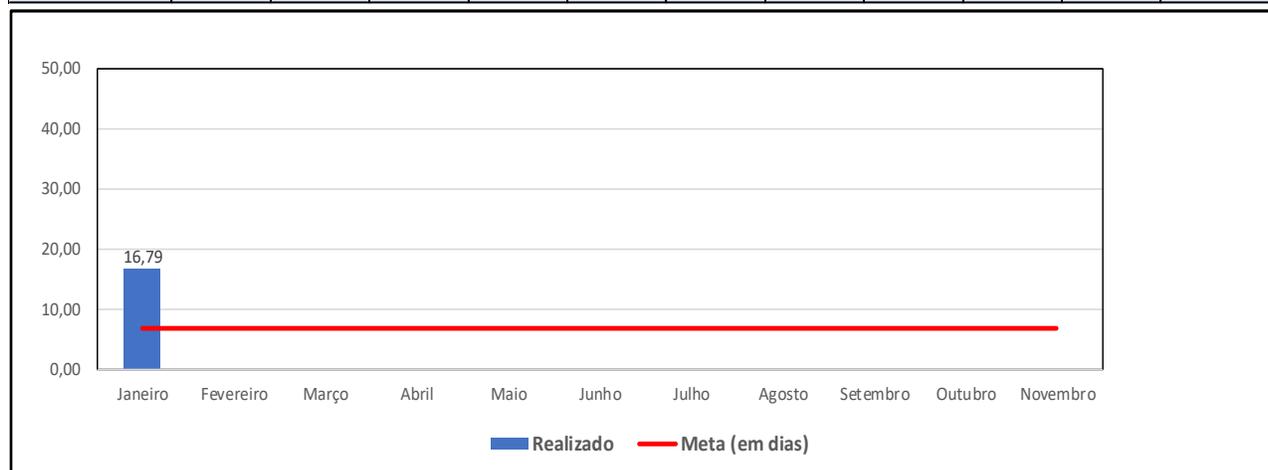
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI ADULTO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Realizado	16,79										
Meta (em dias)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

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

Cálculo realizado: $235/14 = 16,79$

Na UTI adulto ficamos com 16,79 dias de permanência, acima da meta de 07 dias de permanência.

A média de permanência dos pacientes internados no período anterior foi de 23,7. Após implementarmos o Kanban, percebemos uma melhora na média de permanência, porém, não realizamos a meta proposta e daremos seguimento ao plano de ação.

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 às diálises / UTI.

O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363). Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

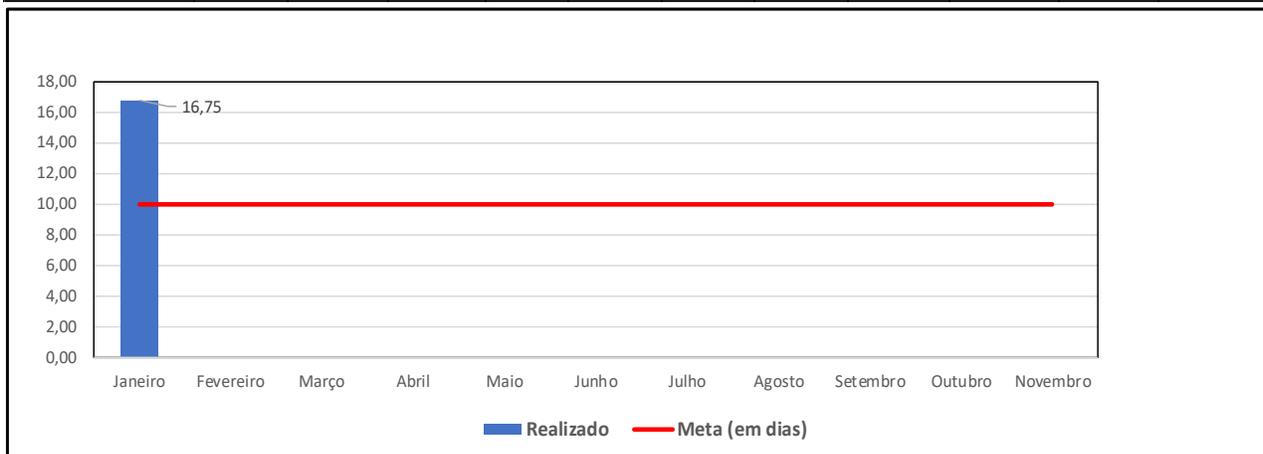
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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 CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - UTI PEDIÁTRICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Realizado	16,75										
Meta (em dias)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

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

Cálculo realizado: 67/4 = 16,75

Na UTI pediátrica ficamos com 16,75 dias de permanência, acima da meta de 10 dias de permanência.

Rn GB A.M.P. 33sem+4, at: 1127986, RNPT MODERADO (33+4) + PIG + BAIXO PESO + RISCO SOCIAL + PI (PN NEGLIGENTE) + MÃE DHEG + TTRN;

Rn M.S. at: 1129804 RNPT (37 SEMANAS) + GIG (4000 G) + CST POR DMG DESCOMPENSADA + INNP + TTRN;

Rn M.A.P. at: 1133859 DX: RNT / PIG - CST POR CENTRALIZAÇÃO + RCIU + ITERATIVIDADE ,HIPOGLICEMIA ASSINTOMÁTICA,ICTERICIA NEONATAL PRECOCE ,PLAQUETOPENIA PELA RCIU?

O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

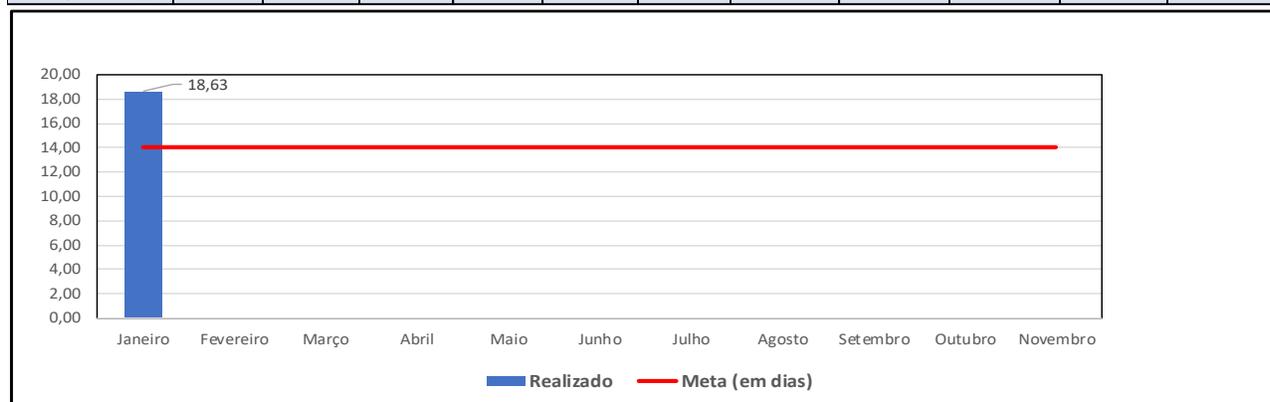
Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

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 CLÍNICA
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - NEONATAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
LEITOS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Realizado	18,63										
Meta (em dias)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada.

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

Cálculo realizado: $149/8 = 18,63$

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 T.R.O.B. - ATD: 1124152, intern: 31 dias -34 SEM.
- 02) RN GB DE A.M.P. - ATD: 1127986, intern: 12 dias - 33 SEM. + 4 D
- 03) RN S.L.N. - ATD:1129321, intern: 31 dias - 34 SEM + 6 D
- 04) RN G.F.S. - ATD: 1138700, intern: 16 dias - Termo
- 05)RN J.P.S.-ATD: 1140710, intern: 19 dias - 28 SEM+ 1D

O Anexo C_Anexo 32_ Planilha de média de Ocupação e Permanência, corresponde a informações transcritas do relatório emitido via sistema tasy diariamente, conforme demonstra-se do Anexo 1 ao Anexo 31 - Taxa de ocupação Geral, Relatório de Ocupação por horário (CATE00363).

Estamos encaminhando uma planilha de controle diário realizada pela equipe do NIR, e informamos que os relatórios diários do Tasy do dia 1º ao dia 11 ao serem extraídos estão apresentando uma diferença por não ter sido retirados no próprio dia, informamos que os relatórios do dia 12 ao dia 31 conferem com a planilha porque foram extraídos do sistema Tasy diariamente.

Solicitamos a equipe da GHR para verificar esta falha.

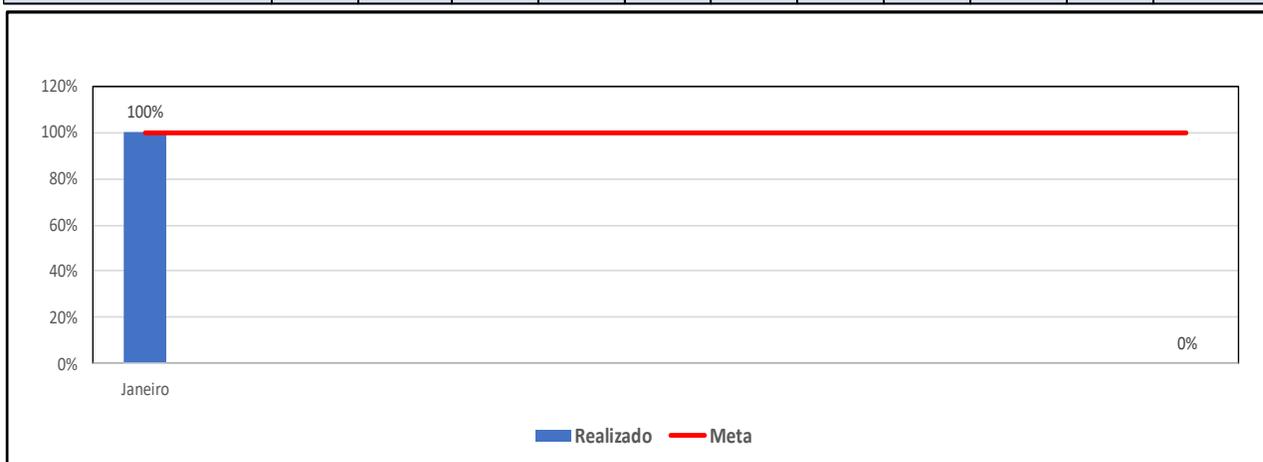
FONTE: Sistema Tasy e kanban realizado diariamente e discutido em visita multidisciplinar.

C) Indicador: Monitoramento da permanência

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
MONITORAMENTO DE PERMANÊNCIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº Internações (enf. e P.A)											
Kanban	918										
Nº Internações realizadas	918										
Realizado	100%										#DIV/0!
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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.

Segue planilha na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos **C_Anexo 33_KANBAN UTI GERAL JANEIRO2022** e **C_Anexo 34_KANBAN UTINEO PEDIATRICA - JANEIRO2022**

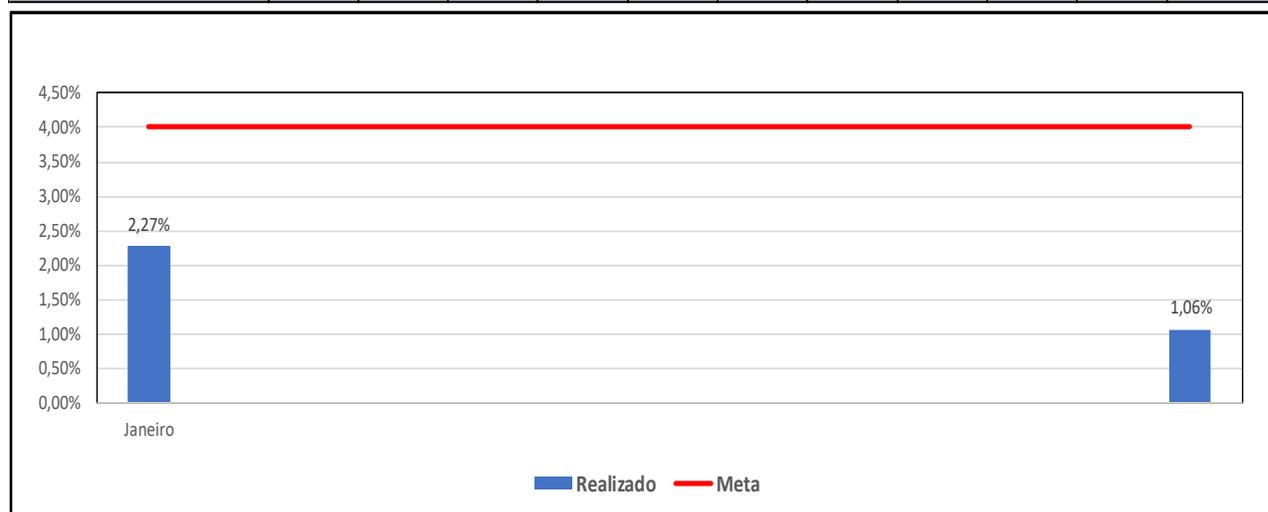
FONTE: Sistema Tasy

D) Indicador: Taxa de suspensão de cirurgias:

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de cirurgias programadas	88										94
Nº de cirurgias suspensas	2										1
Realizado	2,27%										1,06%
Meta	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%	4,00%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Foi cancelada 02 Cirurgias eletivas, pois após reavaliação médica houve a necessidade de solicitar mais exames complementares ao paciente. Segue relatório nominal na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 35_Faturamento_Fechamento Nominais Janeiro 2022

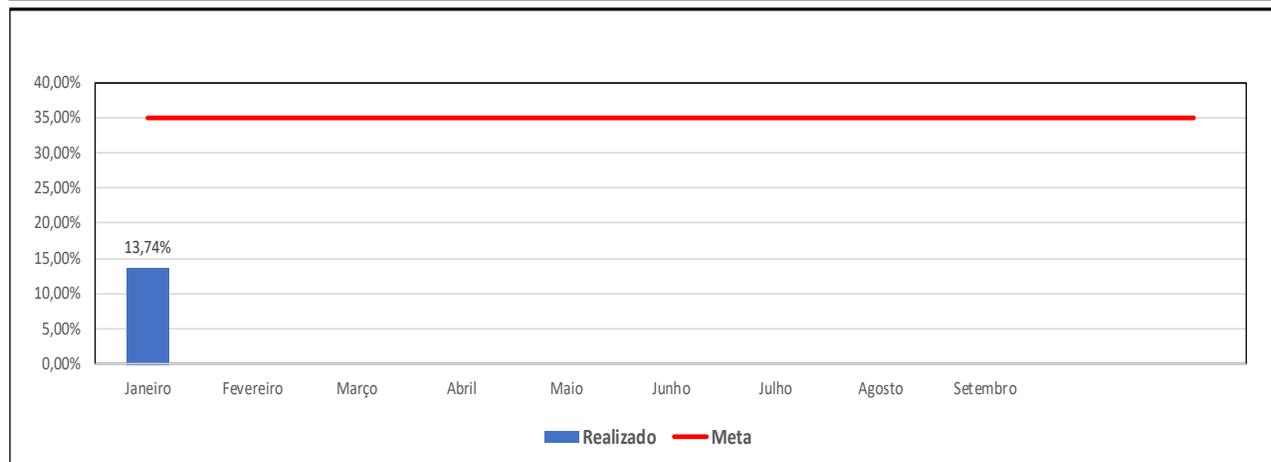
FONTE: Sistema Tasy / prontuário médico

E) Indicador: Taxa de cesárea
Figura 20. Apresentar Taxa de cesárea \leq 35%.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA

TAXA DE CESÁRIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de cesárias indicação clínica/médica	38										
Nº de cesárias por Legislação / Desejo materno	18										
Nº total partos realizados	131										
Realizado	13,74%										
Meta	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	35,00%	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.

Podemos observar que foram realizados

- 17 partos cesarianos a pedido da paciente os quais foram embasados na Lei, perfazendo um total de 30,36% do total de 56 partos cesáreos realizados;
- 01 parto cesariano a pedido da paciente (desejo materno), porém a idade gestacional não a enquadrava na Lei, perfazendo um total de 1,79% do total de 56 partos cesarianos realizados;
- 38 cesáreas foram realizadas devido a emergências obstétricas com risco iminente de morte ao binômio, perfazendo um total de 67,86% do total de 56 partos cesarianos realizados no mês de competência.

Na sequencia demonstra-se tabela descritiva dos casos

Manutenção do plano de ação:

1. Realizar ações juntamente com a SMSA, para conscientização 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 à equipe da obstetria

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

FONTE: Sistema Tasy / Estatística Enfermagem

Figura 20.1; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO	IG	CRITERIO
1135468	38+4	Desejo materno
1135469	38+5	Iteratividade
1135550	39+2	Falha de indução+ DM
1135697	40+6	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1135703	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1136108	39+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1136124	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2021
1136461	38+3	DM mau controle
1136655	37+4	Iteratividade + HAS
1137152	40+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1137165	39+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1137711	38+6	CST anterior rescente
1137764	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1137840	38+6	Por parada secundária da descida
1139369	39	Iteratividade+ DM
1139798	41+1	Falha de indução
1140299	39+4	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1140515	40+1	CTG não tranquilizadora
1141187	38	CST anterior rescente 07/03/2021
1141259	37+1	COVID positivo+ suspeita RCIU+Placenta circunvalada+ inserção velamentosa do cordão
1141269	39	Iteratividade
1142019	38+5	Bolsa rota+ CST anterior+ Colo desfavorável
1142156	38+3	CTG não tranquilizadora taquicardia fetal
1142348	38	DM com necessidade de uso de insulina
1142596	39+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1142829	40+2	Distócia de progressão
1143131	39+4	Bolsa rota+ LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1143321	40	Falha de indução

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

Figura 20.2; Relatório detalhado de indicação dos partos cesarianos.

DETALHAMENTO INDICAÇÃO CESÁREA POR ATENDIMENTO		
ATENDIMENTO	IG	CRITERIO
1143440	39+6	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1143529	37+2	Iteratividade+Colestase
1143721	39	MEC 2+/4+ DIP 1
1143728	37+5	Distócia de progressão
1144172	38+3	Pré- eclâmpsia+DM sem tratamento+ atraso intelectual da paciente
1144660	40+3	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1144663	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020+ iteratividade
1144968	39+1	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1145216	39+6	Parada de progressão+ sofrimento fetal agudo
1145310	41	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1145507	40	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1146222	37+3	Alteração renal importante
1146381	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020
1146660	39	DMG-ID+ Colo desfavorável
1146717	40	DMG sem controle+ Suspeita de macrossomia fetal
1146794	37+5	Amniorrexe prolongada
1146881	37+2	DMG-ID+ desejo materno
1146914	39	LEI Nº 20127 DE 15/01/2020+ DMG D
1147019	36+1	Feto em posição fixa transversa
1147388	37	DMG-ID+ Iteratividade
1147391	39+1	Intervalo interpartal de 18 meses
1147648	34+2	DPP+ Bradicardia sustentada
1147713	40+2	Distócia de progressão
1147727	39	Iteratividade+ DMG sem controle+ CX bariátrica há 3 anos
1147435	40	Distócia de progressão
1148217	35+6	TPP+ Iteratividade
1148260	38+6	DMG+ Iteratividade+ Desejo materno
1148134	40+1	Parada secundária da dilatação durante o trabalho de parto

Fonte: Sistema Tasy / Estatística de Enfermagem

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

Rótulos de Linha	Contagem de CRITÉRIO
Alteração renal importante	1
Amniorrexe prolongada	1
Bolsa rota+ CST anterior+ Colo desfavorável	1
Bolsa rota+ LEI Nº 20127 DE 15/01/2020	1
COVID positivo+ suspeita RCIU+Placenta circunvalada+ inserção velamentosa do cordão	1
CST anterior rescente	1
CST anterior rescente 07/03/2021	1
CTG não tranquilizadora	1
CTG não tranquilizadora taquicardia fetal	1
Desejo materno	1
Distócia de progressão	4
DM com necessidade de uso de insulina	1
DM mau controle	1
DMG sem controle+ Suspeita de macrosomia fetal	1
DMG+ Iteratividade+ Desejo materno	1
DMG-ID+ Colo desfavorável	1
DMG-ID+ desejo materno	1
DMG-ID+ Iteratividade	1
DPP+ Bradicardia sustentada	1
Falha de indução	2
Falha de indução+ DM	1
Feto em posição fixa transversa	1
Intervalo interpartal de 18 meses	1
Iteratividade	2
Iteratividade + HAS	1
Iteratividade+ DM	1
Iteratividade+ DMG sem controle+ CX bariátrica há 3 anos	1
Iteratividade+ Colestase	1
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020	14
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020+ DMG D	1
LEI Nº 20127 DE 15/01/2020+ iteratividade	1
LEI Nº 20127 DE 15/01/2021	1
MEC 2+/4+ DIP 1	1
Parada de progressão+ sofrimento fetal agudo	1
Parada secundária da dilatação durante o trabalho de parto	1
Por parada secundária da descida	1
Pré- eclâmpsia+DM sem tratamento+ atraso intelectual da paciente	1
TPP+ Iteratividade	1
(vazio)	
Total Geral	56

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

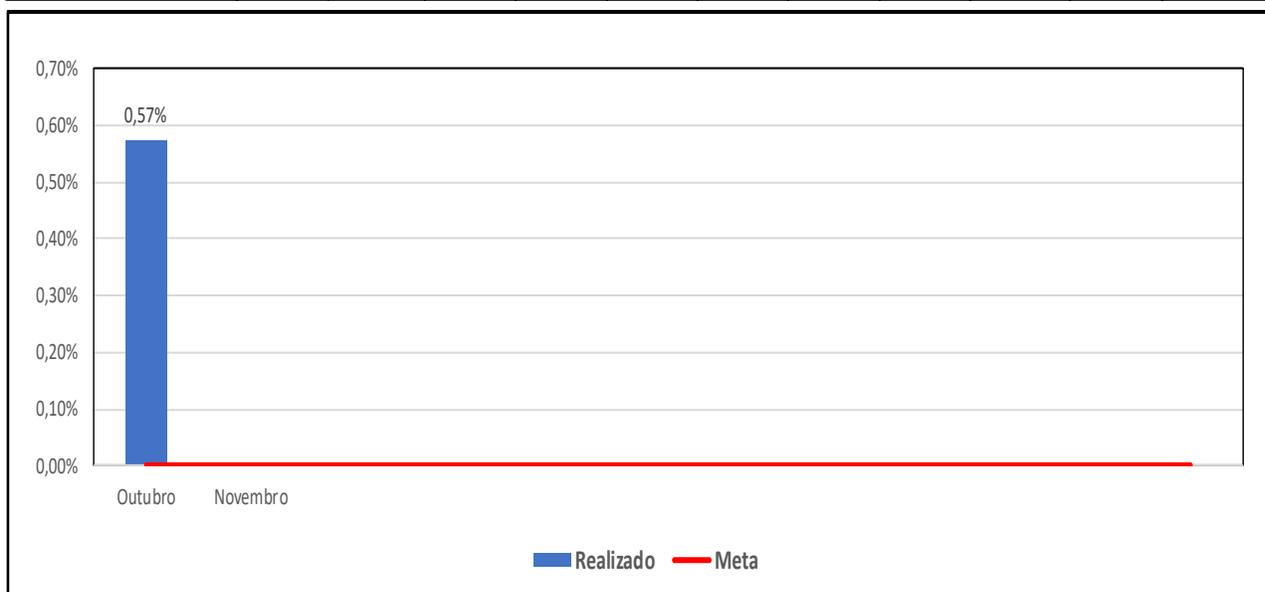
F) Indicador: Acompanhamento das taxas de mortalidade

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 CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE NÃO INSTITUCIONAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos (< 24 horas)	3										
Nº total de saídas	523										
Realizado	0,57%										
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Realizada análise

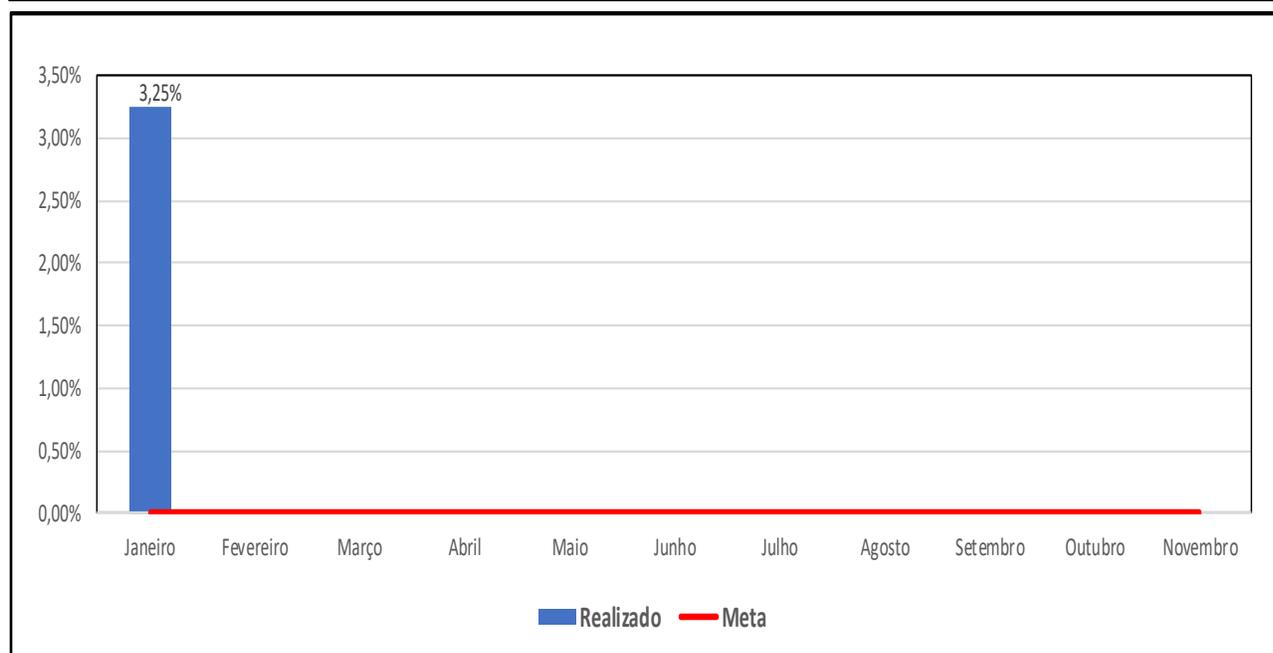
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta **C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS**, Anexo **C_W_3.Comissão Revisão de Óbito**

FONTES: Sistema Tasy

Figura 21.1; Taxa de Mortalidade Institucional;

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos (> 24 horas)	17										
Nº total de saídas	523										
Realizado	3,25%										
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

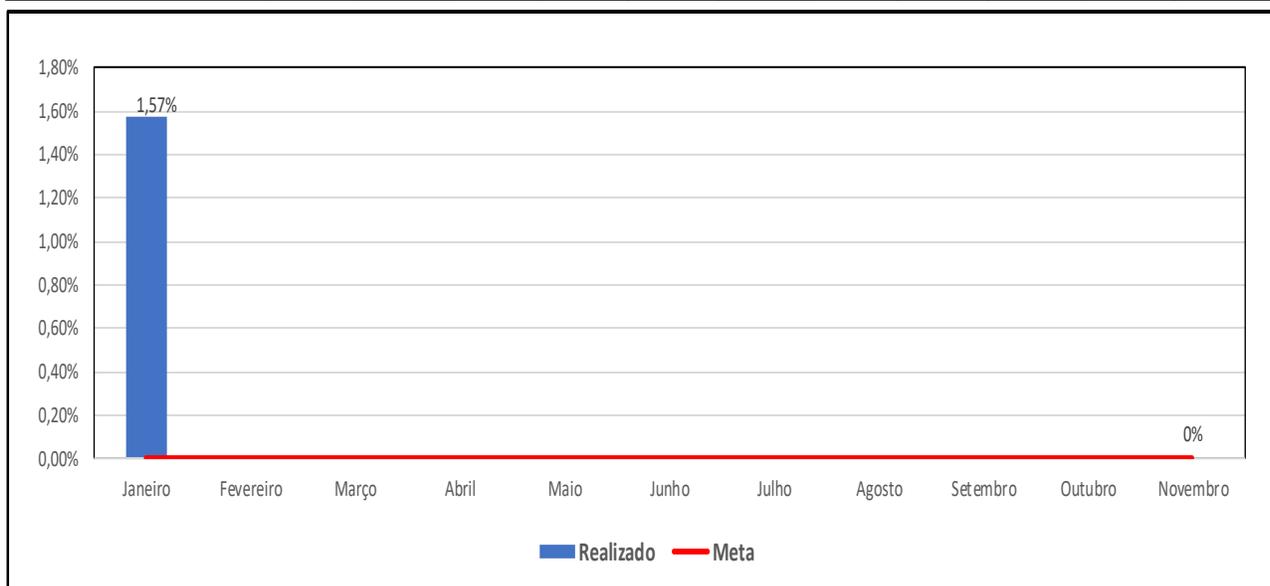
Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta C - Indicadores qualitativos e quantitativos, subpasta C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS, Anexo C_W_3.Comissão Revisão de Óbito

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.2; Taxa de Mortalidade Cirúrgica.

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE CIRURGICA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos cirúrgicos	3										0
Nº total de cirurgias realizadas	191										
Realizado	1,57%										#DIV/0!
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Realizada análise.

Segue anexo em mídia digital o relatório da Comissão de Óbito na pasta **C - Indicadores qualitativos e quantitativos**, subpasta **C - W - ATIVIDADE DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS E NÃO OBRIGATÓRIAS**, Anexo **C_W_3.Comissão Revisão de Óbito**

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

FONTE: Sistema Tasy

Figura 21.3; Relatório das análises realizadas pela comissão;

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

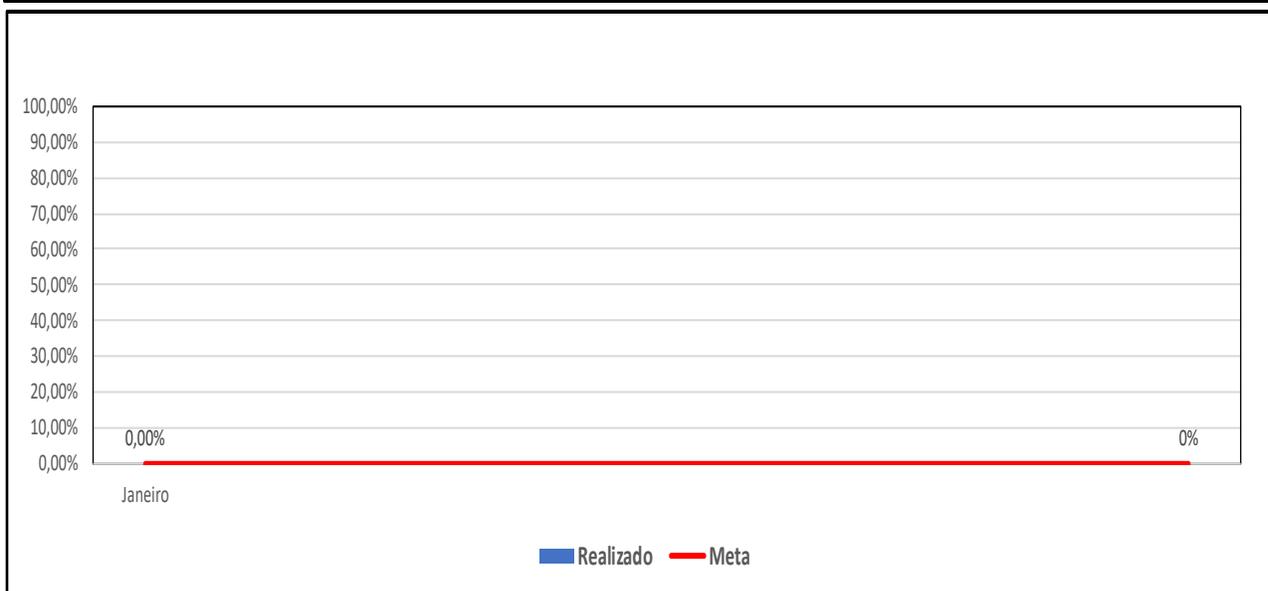
<p>1. Relação dos participantes: *Lista de presença em anexo.</p>
<p>2. Data Reunião: 02/02/2022 e 03/02/2022</p>
<p>3. A Reunião Foram realizadas 20 análises de óbitos ocorridos no mês de janeiro de 2022, sendo 03 deles não institucionais. Separadas por:</p> <p>Faixa etária:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 25,00% dos pacientes com idade entre 37 a 57 anos; ➤ 55,00% dos pacientes com idade entre 66 a 78 anos; ➤ 20,00% dos pacientes com idade entre 82 a 88 anos. <p>Tempo médio geral de permanência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 03 pacientes com permanência de menos de 24 horas; ➤ 08 pacientes com média de permanência entre 01 e 10 dias; ➤ 06 pacientes com média de permanência entre 11 e 19 dias; ➤ 03 pacientes com média de permanência entre 27 a 48 dias. <p>Tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 17 internados para tratamento clínico; ➤ 03 internado para tratamento cirúrgico. <p>Identificação dos pontos de atenção e transferência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 12 pacientes encaminhados da UPA ARAUCÁRIA; ➤ 02 pacientes encaminhados via SAMU; ➤ 05 pacientes por Procura Direta; ➤ 01 paciente encaminhado da UPA Lapa; <p>Obs.: Todos via NIR – Núcleo Interno de Regulação HMA.</p> <p>Evitáveis, Não evitáveis ou Paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 05 Óbitos de pacientes em CUIDADOS PALIATIVOS; ➤ 15 Óbitos NÃO EVITÁVEIS; <p>Foram analisados 17 óbitos institucionais ocorridos no mês de janeiro de 2022, e 03 não institucionais, dos quais 25,00% do total representam os ocorridos em pacientes em estado paliativos e 75,00% os classificados como não evitáveis.</p> <p>Houve a Demora 1, a identificação/reconhecimento do problema pela família ao buscar tratamento domiciliar correto.</p> <p>Demora 2, Acesso à atenção. Um paciente permaneceu 24 horas na UPA de Araucária por indisponibilidade de vagas na UTI.</p>

Fonte: Comissão de revisão de Óbitos

Figura 21.4; Taxa de Mortalidade Materna;

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de óbitos maternos (até 7 dias após proc. Cirurgico)	0										
Nº partos e cesáreas realizadas	131										
Realizado	0,00%										#DIV/0!
Meta	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Não ocorreram óbitos maternos em Janeiro do ano de 2022.

FONTE: Sistema Tasy

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 CLÍNICA
TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de espera para classificação (00:08)	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00	0:08:00
Total de atendimentos realizados	5517										
Tempo médio real de espera para classificação	19,32										
Meta (em minutos)	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada. O tempo de atendimento médio para a classificação ficou em 00:19:32, ficando acima da meta de 00:08:00.

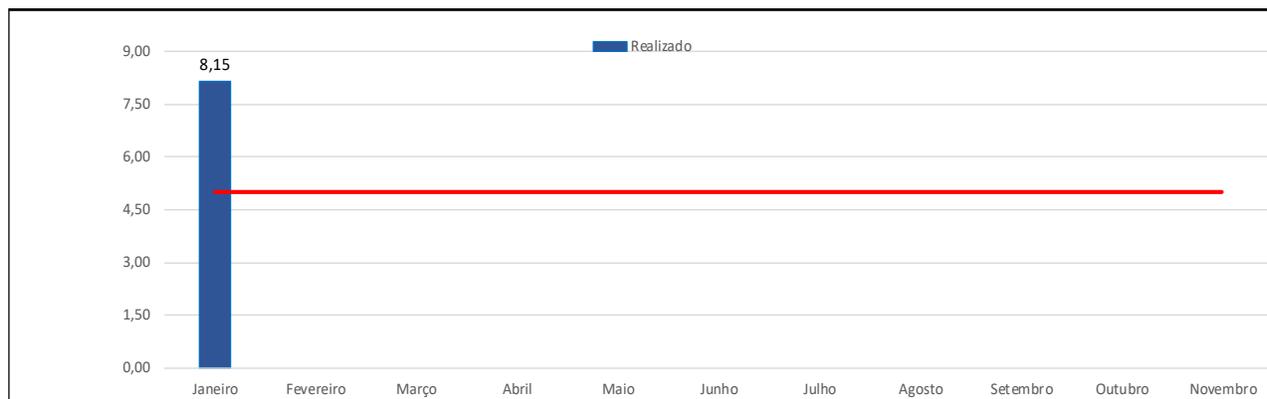
Como plano de ação foi disponibilizado um formulário e uma planilha de excel, os quais estão sendo preenchidos diariamente pelos enfermeiros dos setores. Nestes instrumentos contem os campos para preenchimento de todos os dados solicitados no contrato de gestão em relação aos tempos de classificação 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, alem do aumento dos casos suspeitos de covid -19, tendo que fazer algumas mudanças no fluxos e rotinas ja estabelecidas na instituição.

FONTE: Estatística de Enfermagem

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA
TEMPO MÉDIO DE DURAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:05)	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00	00:05:00
Total de atendimentos realizados	5517										
Realizado	8,15										
Meta (em minutos)	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não 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 correções necessarias. Informamos que os protocolos de triagem estão em fase de ajustes e melhorias, encaminha-se abaixo a figura com os detalhamentos das outras portas de entrada:

CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTD/CLASSIFIC	QTD/CLASSIFIC	ATE TRIAGEM	ATE TRIAGEM	ATE TRIAGEM	ATE TRIAGEM	ATE O ATD MEDICO	ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística 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 CLÍNICA+B1:S33B29B1:S34B1:S32B1:S33
TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (02:40)	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00	02:40:00
Nº de atendimentos realizados Azul Não Urgente (160 minutos)	1943										
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	120,00										
Meta (em minutos)	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de espera em 120 minutos para os pacientes classificados como Azul;

O Demonstrativo das classificações das outras porta de entrada esta demonstrado na sequência na figura;

CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTDDE/ classific	QTDDE/ classific	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE O ATD MEDICO	TEMPO ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística 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.



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Mantivemos uma média de espera em 76,6 minutos para os pacientes classificados como verde;

O Demonstrativo das classificações das outras porta de entrada esta demonstrado na sequência na figura :

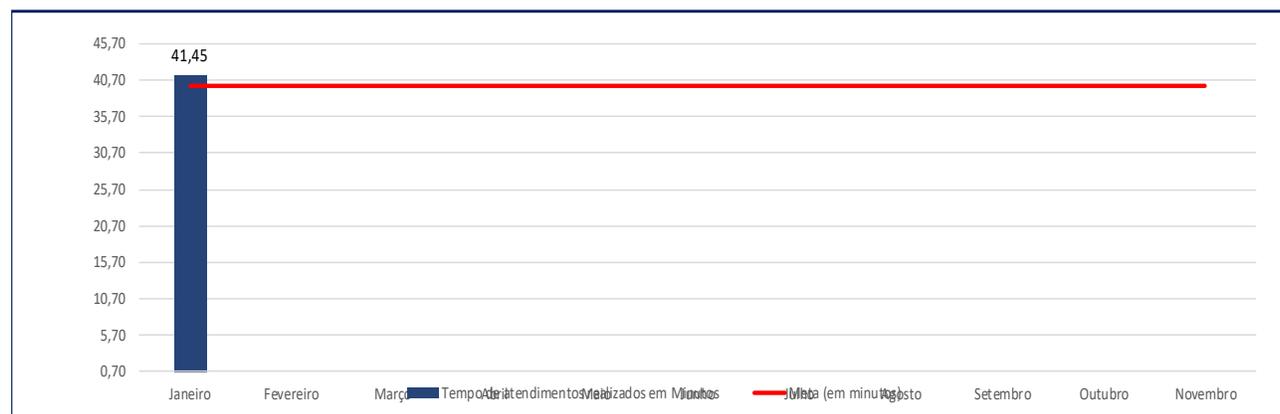
CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTDDE/ classific	QTDDE/ classific	TEMPO ATE O TRIAGEM	TEMPO ATE O TRIAGEM	TEMPO ATE O TRIAGEM	TEMPO ATE O TRIAGEM	TEMPO ATE O ATD MEDICO	TEMPO ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística 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 CLÍNICA
TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - P.A.I

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:40)	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00	00:40:00
Nº de atendimentos realizados Amarelo Urgente (40 minutos)	596										
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	41,45										
Meta (em minutos)	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta não realizada

Mantivemos uma média de espera em 41,45 minutos para os pacientes classificados como verde, tivemos mudanças em fluxos e rotinas devido o aumento na demanda de casos suspeitos e positivos para covid-19.

O Demonstrativo das classificações das outras porta de entrada esta demonstrado na sequência na figura 24.5;

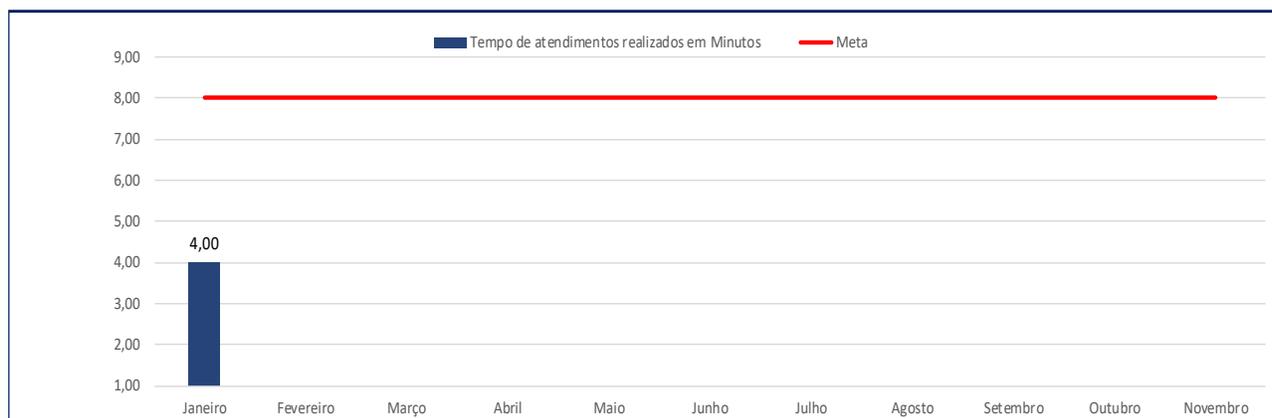
CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTD/ classific	QTD/ classific	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE O ATD MEDICO	TEMPO ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística 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 CLÍNICA
TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:08)	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00	00:08:00
Nº de atendimentos realizados Laranja muito urgente (08 minutos)	49										
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	4,00										
Meta	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificado como laranja são atendidos de imediato, porem na planilha é contabilizado os horarios de evolução no Tasy que ocorrem após o atendimento.

O Demonstrativo das classificações das outras porta de entrada esta demonstrado na sequência na figura ;

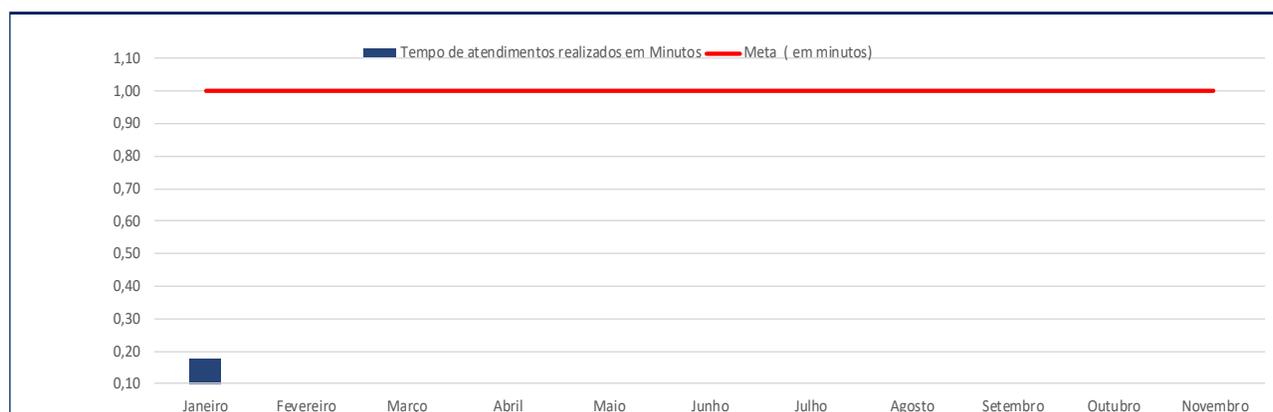
CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTDDE/ classific	QTDDE/ classific	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE O ATD MEDICO	TEMPO ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística 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 CLÍNICA
TAXA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Tempo médio previsto de classificação (00:01)	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00	00:01:00
Nº de atendimentos realizados Vermelho emergência (imediatos)	17										
Tempo de atendimentos realizados em Minutos	0,18										
Meta (em minutos)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Todos os atendimentos classificado como laraja são atendidos de imediato, porem na planilha é contabilizado os hoarios de evolução no Tasy que ocorrem após o atendimento.

O Demonstrativo das classificações das outras porta de entrada esta demonstrado na sequênci na figura;

CLASSIFICAÇÃO	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG	PSO	PSG
	QTDDE/ classific	QTDDE/ classific	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO ATE TRIAGEM	TEMPO TRIAGEM	TEMPO TRIAGEM	TEMPO ATE O ATD MEDICO	TEMPO ATE O ATD MEDICO
VERMELHA	3	2	00:00:02	00:00:30	00:03:40	00:01:00	00:01:30	00:04:00
LARANJA	0	0	00:02:00	00:00:00	00:02:00	00:00:00	00:17:00	00:00:00
AMARELA	25	52	00:06:14	03:28:00	00:03:43	04:55:00	00:12:27	00:30:13
VERDE	274	70	00:02:34	04:41:00	00:04:50	04:36:00	00:14:32	0:27:37
AZUL	621	177	00:28:39	04:42:00	00:09:26	07:10:00	1:21:02	0:24:44
TOTAL	923	301	0:12:29	0:12:29	0:05:00	0:05:00	0:37:23	0:37:23

FONTE: Estatística de Enfermagem

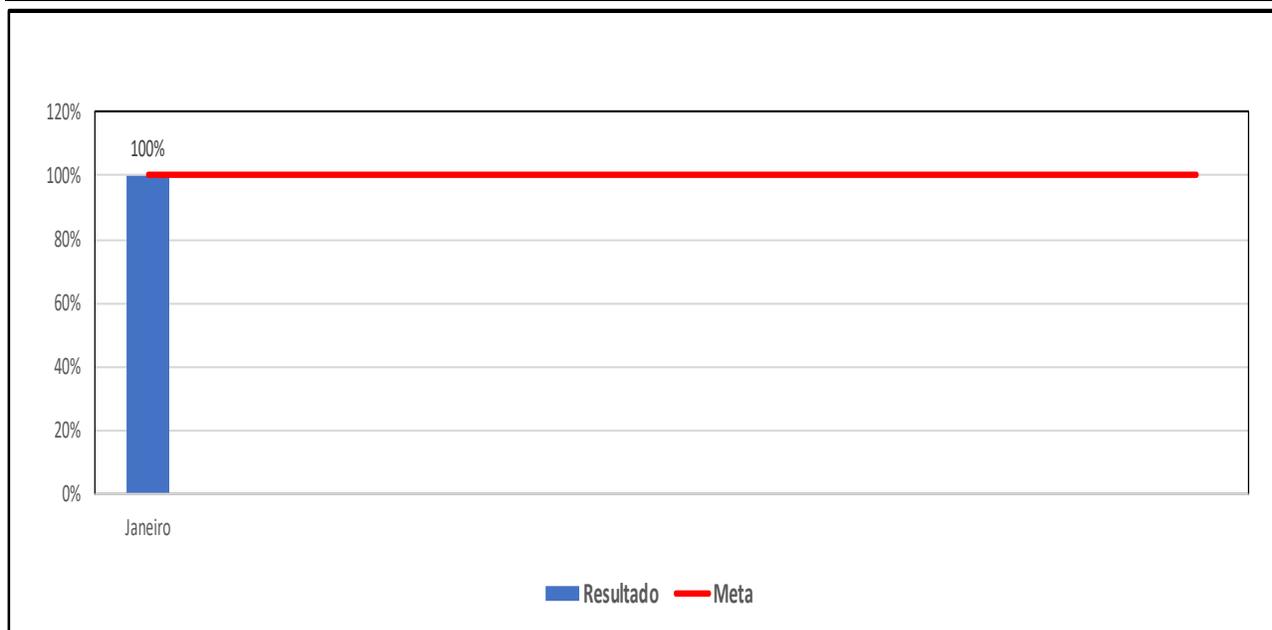
H) Indicador: Notificação de Agravos

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

COMPONENTE: GESTÃO CLÍNICA

NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de notificação emitidas	545										
Nº de notificação registradas - SINAN	545										
Resultado	100%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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

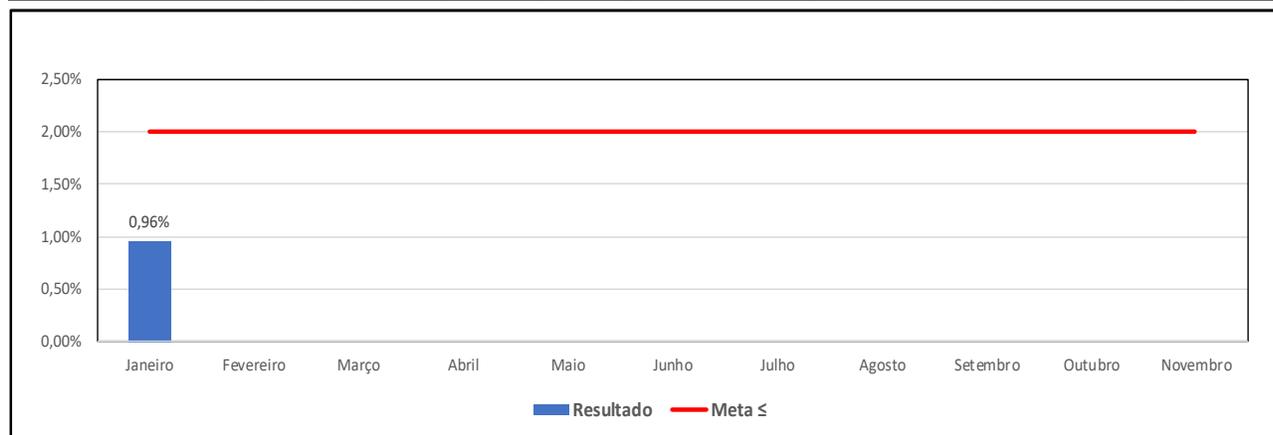
COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

I) Indicador: Taxa de infecção Hospitalar:

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR - GERAL

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de infecções hospitalares	5										
Nº total de saídas	521										
Resultado	0,96%										
Meta \leq	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada, ficando abaixo de 2%.

PACIENTE S. F - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Inguinal. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, sinais flogísticos, drenagem de secreção purulenta e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica. A cirurgia ocorreu em dezembro, porém as complicações ocorreram entre dezembro e janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de janeiro de 2022.

PACIENTE K. C. G. M - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Profunda (ISC-IP), decorrente de complicação de uma Cesárea. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data de realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor abdominal, drenagem purulenta com odor fétido, deiscência e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

PACIENTE V. L. S. P - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Profunda (ISC-IP), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Incisional Umbilical. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem de secreção purulenta, sinais flogísticos, dor e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

PACIENTE A. A. B. L - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma Herniorrafia Inguinal. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem em grande quantidade de secreção, deiscência e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

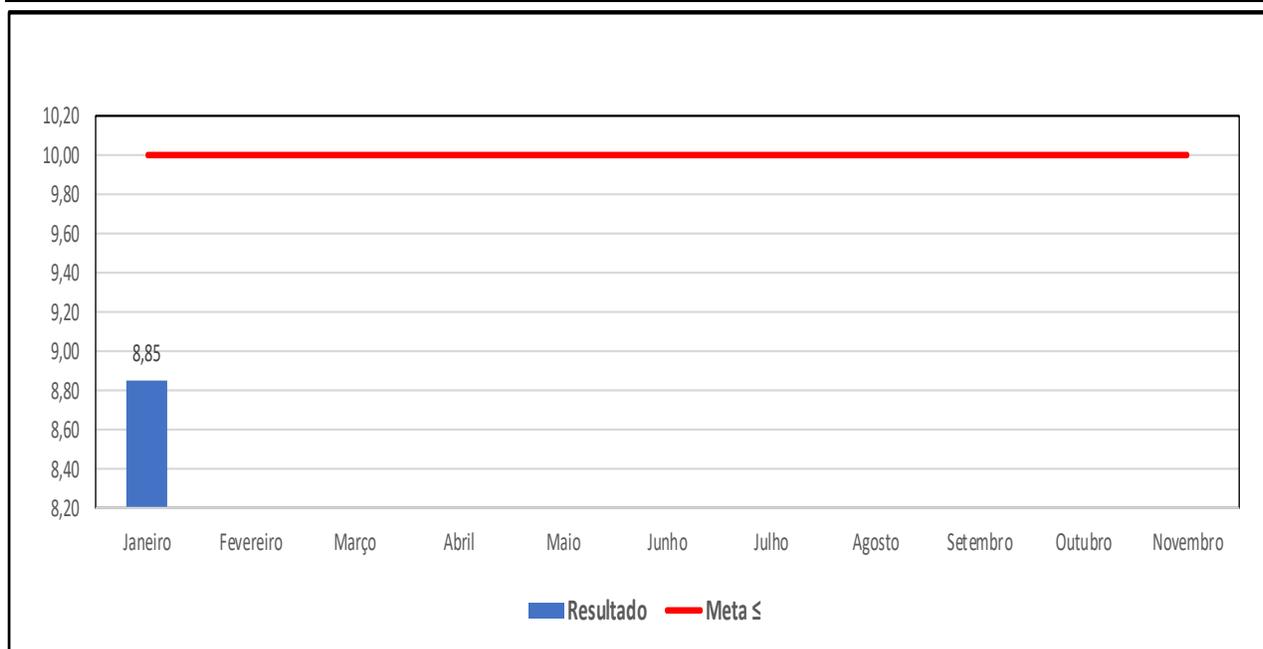
R. N. T. R. O – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que nasceu pré-termo, extremo baixo peso e já está internado na instituição há dois meses, devido seu quadro clínico. Na data de piora do quadro clínico estava mais de 48 horas entubado, apresentou opacificação em exame de imagem (raio-x), leucitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com PNM associado a VM	1										
Nº paciente dia em Vm	113										
Resultado	8,85										
Meta \leq	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica foi de 1 dentre os 113 pacientes que fizeram uso de ventilação mecânica, ficando abaixo da meta de 10.

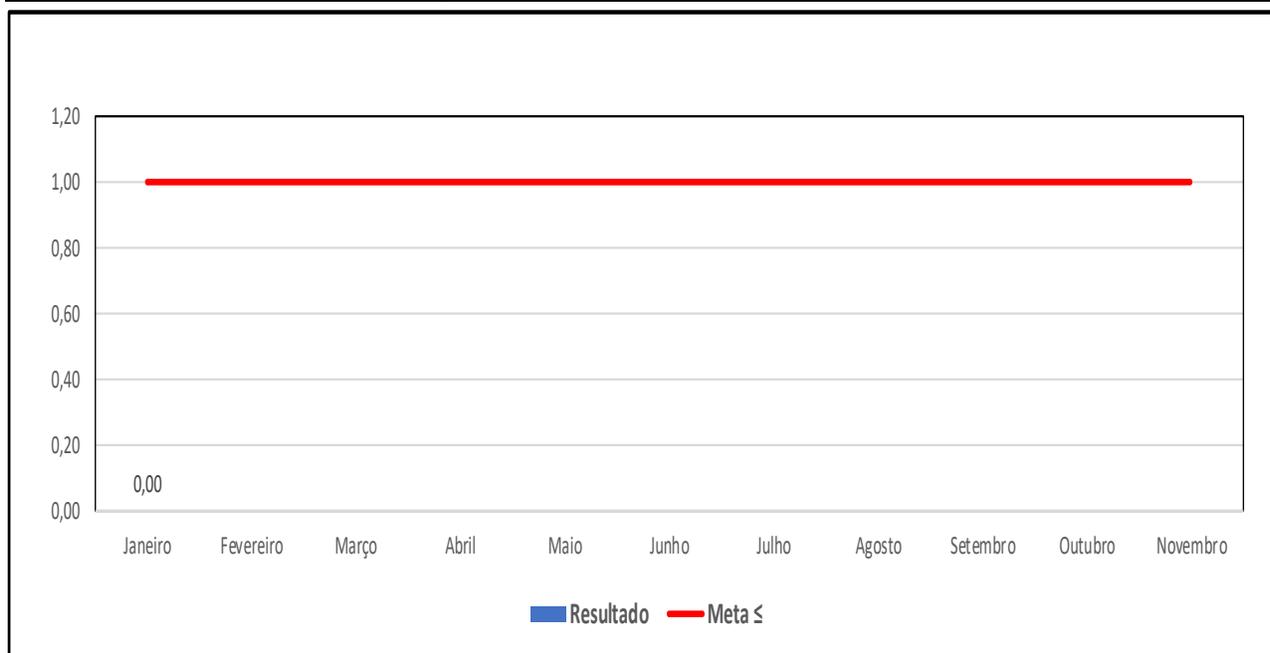
R. N. T. R. O – desenvolveu Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) definida clinicamente. É um paciente que nasceu pré-termo, extremo baixo peso e já está internado na instituição há dois meses, devido seu quadro clínico. Na data de piora do quadro clínico estava mais de 48 horas entubado, apresentou opacificação em exame de imagem (raio-x), leucitose, piora da troca gasosa, dispneia e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com ITU associado a CV	0										
Nº pacientes dia com CV	237										
Resultado	0,00										
Meta \leq	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O numero de Infecção do Trato Urinário (ITU) foi de zero dentre os 237 pacientes que fizeram uso do Cateter Vesical de Demora (CVD), ficando abaixo da meta de 1.

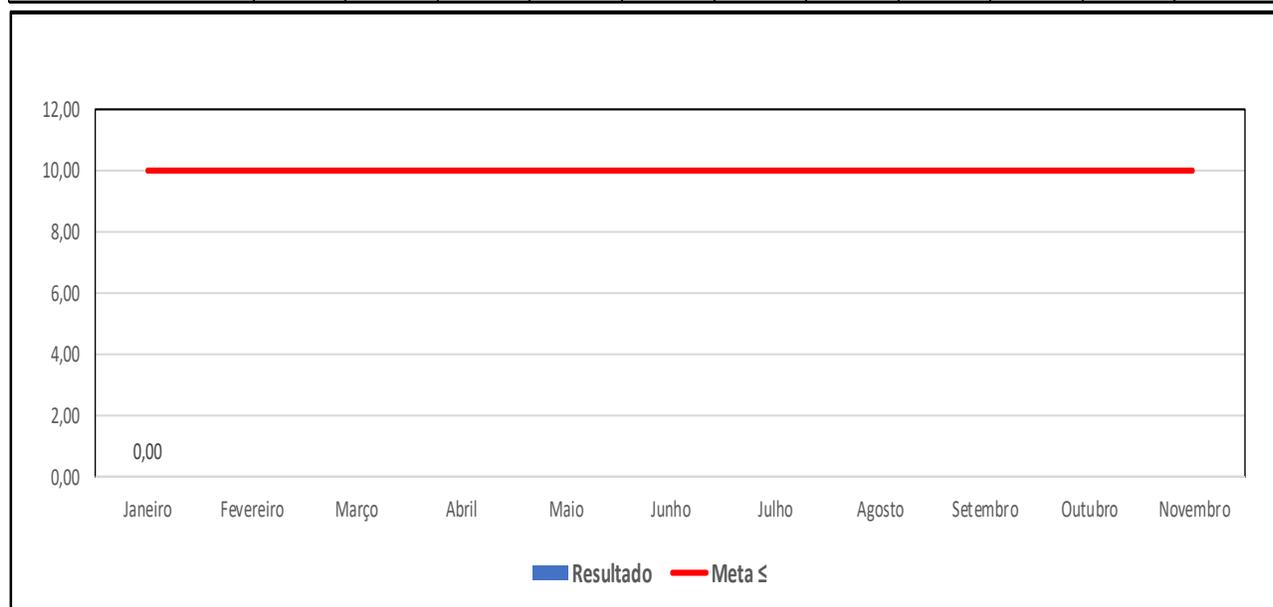
FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE ICS X CVC

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de pacientes com IPCS associado a CVC	0										
Nº pacientes dia com CVC	181										
Resultado	0,00										
Meta \leq	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



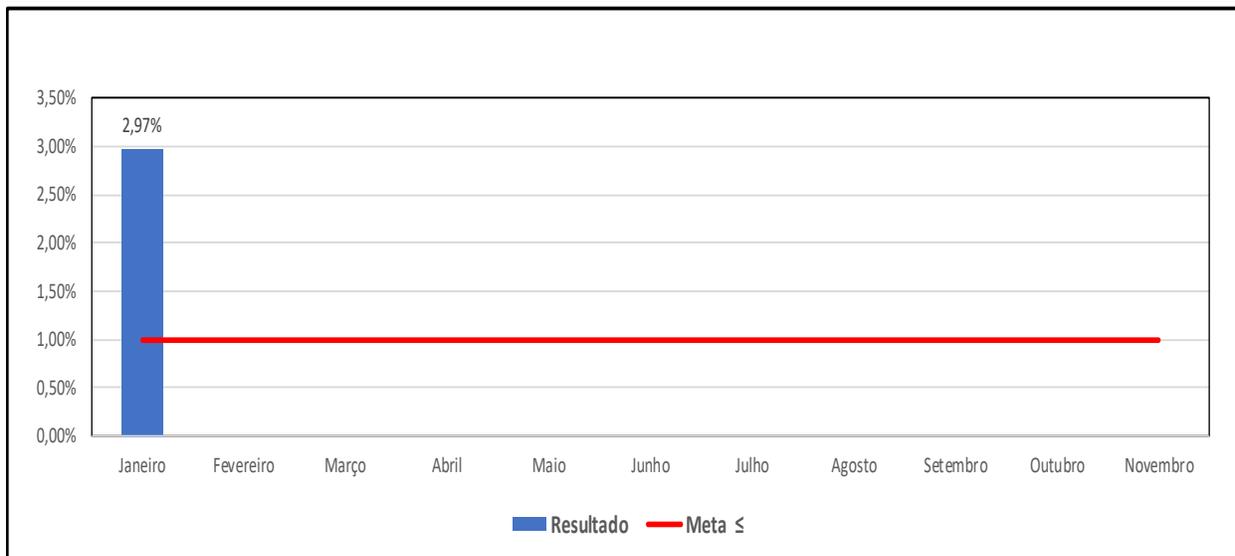
ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada. O número de Infecção Primária de Corrente Sanguínea (IPCS) foi de 0 dentre os 181 pacientes que fizeram uso de Cateter Venoso Central (CVC), ficando abaixo da meta de 10.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de ISC em cirurgias limpas	3										
Nº cirurgias limpas realizadas	101										
Resultado	2,97%										
Meta ≤	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Não Realizada. O número de Infecção do Sítio Cirúrgico em Cirurgias Limpas foi de 3 dentre as 101 cirurgias realizadas, as quais foram consideradas limpas, ficando acima da meta de 1%.

PACIENTE S. F - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Inguinal. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de dor, sinais flogísticos, drenagem de secreção purulenta e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica. A cirurgia ocorreu em dezembro, porém as complicações ocorreram entre dezembro e janeiro, entrando para os indicadores de infecção do mês de janeiro de 2022.

PACIENTE V. L. S. P - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Profunda (ISC-IP), decorrente de complicação de uma Hernioplastia Incisional Umbilical. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem de secreção purulenta, sinais flogísticos, dor e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

PACIENTE A. A. B. L - desenvolveu Infecção do Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), decorrente de complicação de uma Herniorrafia Inguinal. A ferida operatória apresentou sinais sugestivos de infecção em até 30 dias após a data da realização do procedimento cirúrgico, com presença de drenagem em grande quantidade de secreção, deiscência e uso de antibiótico de acordo com prescrição médica.

FONTE: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HMA

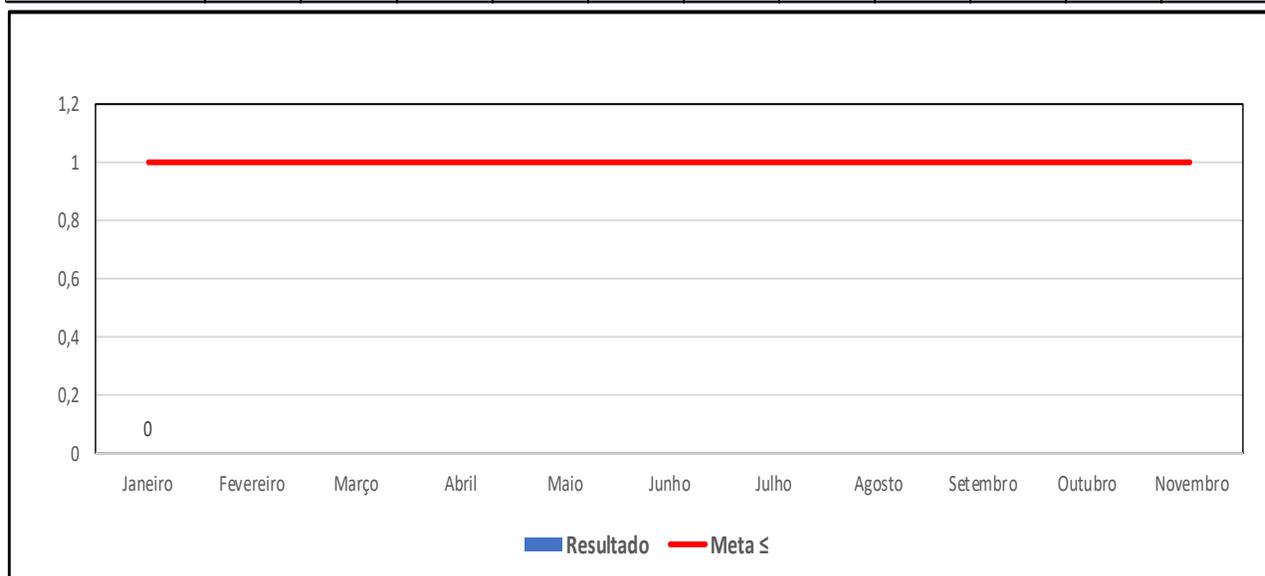
J) Indicador: Incidência de queda do paciente:

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE QUEDA DO PACIENTE

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº quedas	0										
Nº paciente dia	918										
Resultado	0										
Meta \leq	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

A taxa da Incidência de quedas foi de zero considerando que mensuramos toda comunidade hospitalar que foi de 918 pacientes/dia, ficando abaixo da meta de 1.

FONTE: Estatística de Enfermagem.

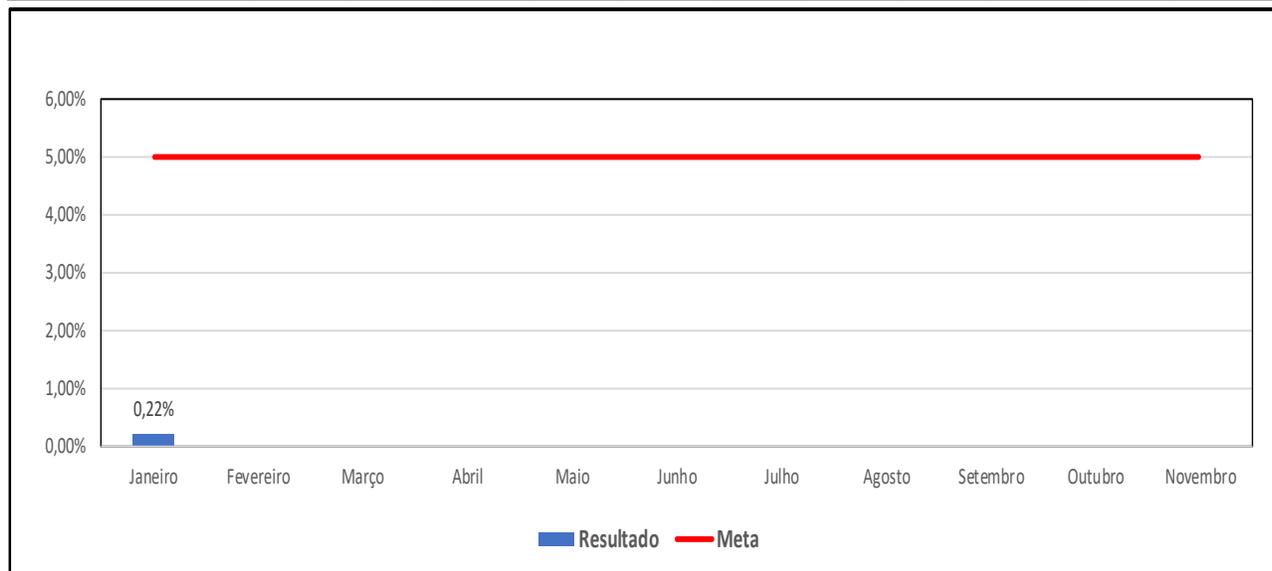
K) Indicador: Incidência de úlcera por pressão:

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

COMPONENTE: SEGURANÇA DO PACIENTE

INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº casos novos de pacientes com UPP	2										
Nº pacientes expostos ao risco de adquirir UPP	918										
Resultado	0,22%										
Meta	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

A taxa de LPP foi de 0,22% 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:

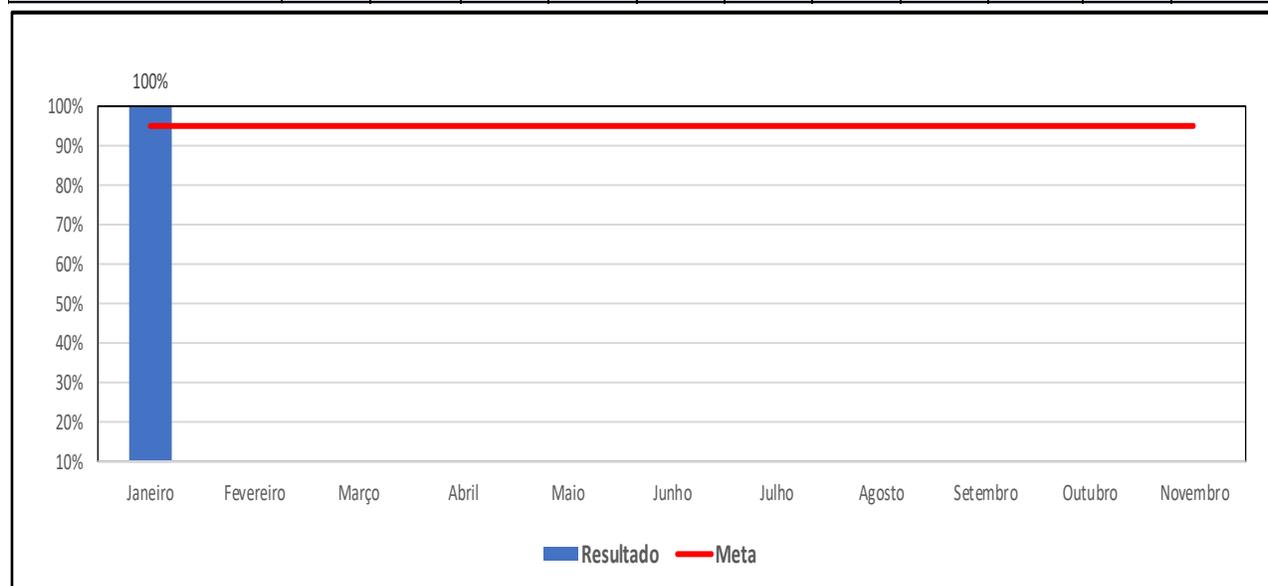
1. V.G/ AT 1.135.387/69 anos/ Paciente com internamentos anteriores recorrente/ DPOC exacerbado/ IOT no dia 04/01/2022 fio² 75% PEEP 7, emagrecido, quadro grave, LPP em região sacra de grau I, início da lesão registrada em 04/01/2022.
2. A.L/ AT 1.137.055/ 77 anos/ DM² IRC/ Caquexia pronunciada, internamentos prévio, PCR durante IOT e com prognóstico preservado/ LPP em região sacra de grau I+ trocanter esquerdo grau I, início da lesão registrada em 07/01/2022.

FONTE: Estatística de Enfermagem / prontuário médico

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

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

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº cirurgias realizadas conforme protocolo de cirurgia segura	233										
Nº total de cirurgias realizadas	233										
Resultado	100%										
Meta	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

A taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura foi de 100%, ficando acima da meta de 95%.

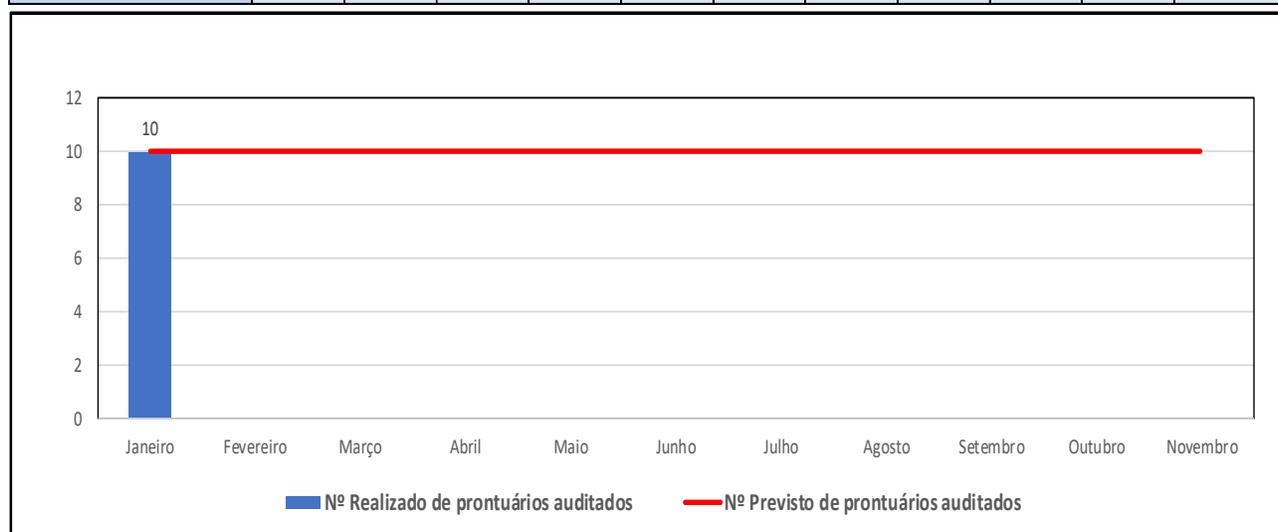
Verificação realizada em prontuário médico (físico).

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº saídas	70										
Nº Realizado de prontuários auditados	10										
Nº Previsto de prontuários auditados	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Foram atendidos o total de 70 pacientes e classificados como protocolo do Eixo Crítico, sendo analisados pela comissão de prontuários o total de 14,29%, ou seja, 10 atendimentos. Perfazendo 100%.

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.

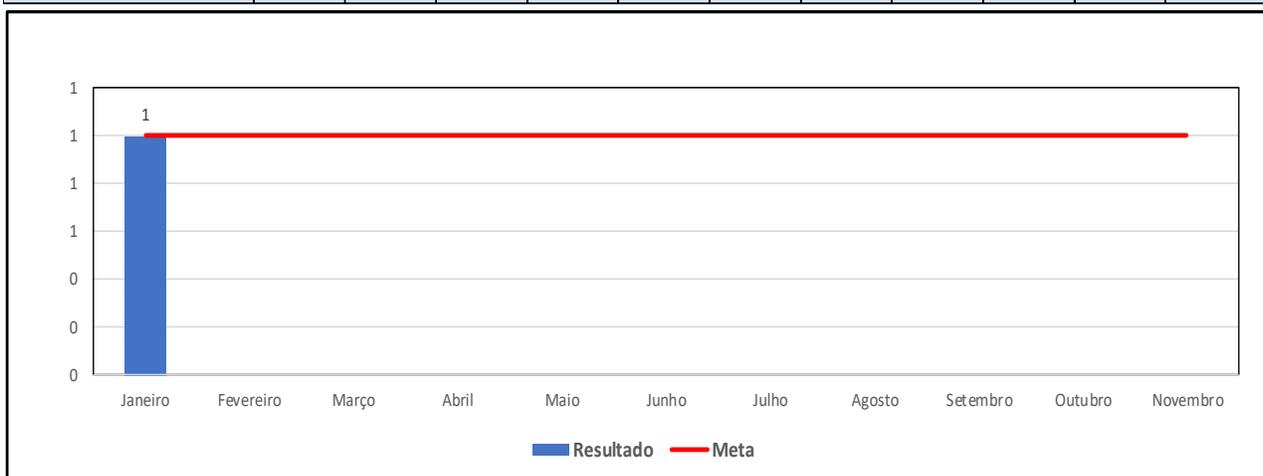
Segue relatório na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 36_Protocolo do Eixo Crítico**

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº treinamentos planejados	1										
Nº treinamentos realizados	1										
Resultado	1										
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Segue o Relatório anexo em mídia digital, na pasta C- Indicadores qualitativos e quantitativos, arquivo **C_Anexo 41_N - Orientação dietas janeiro**

FONTE: Estatística de Enfermagem.

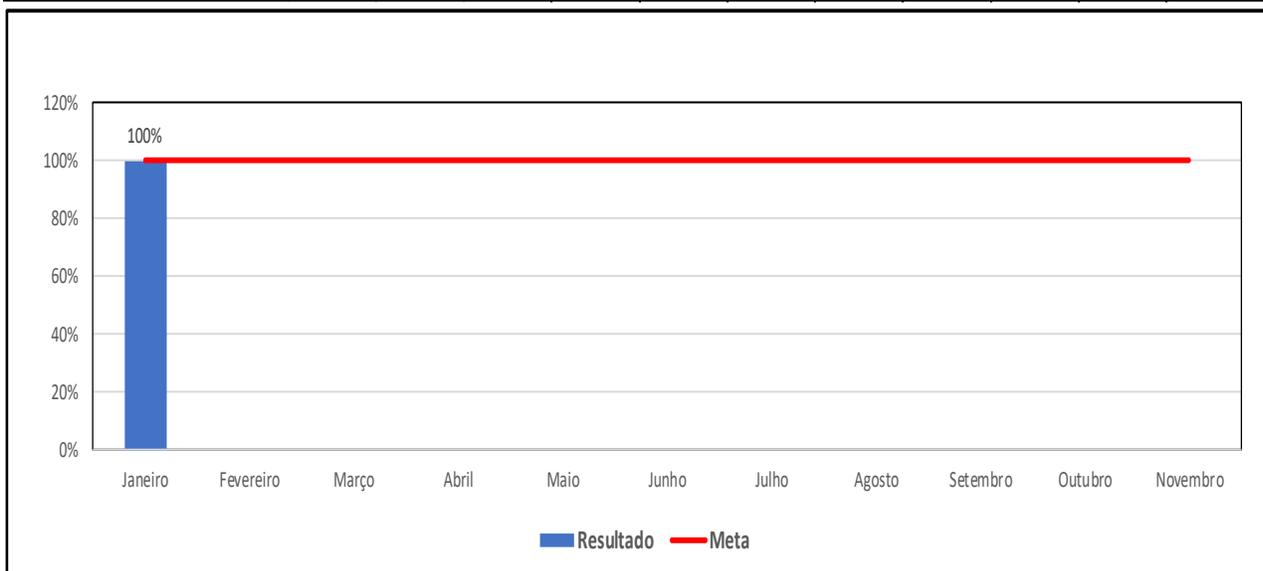
COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

O) Indicador: Regulação de leitos psiquiátricos:

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

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE REGULAÇÃO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de internações realizadas via Central de Regulação	0										
Nº total de internações psiquiátricas	0										
Resultado	100%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada.

Foi atendida no PSO uma paciente com necessidade de internamento psiquiátrico, porém a mesma não aguardou "abertura" de ficha e conseqüentemente o atendimento médico.

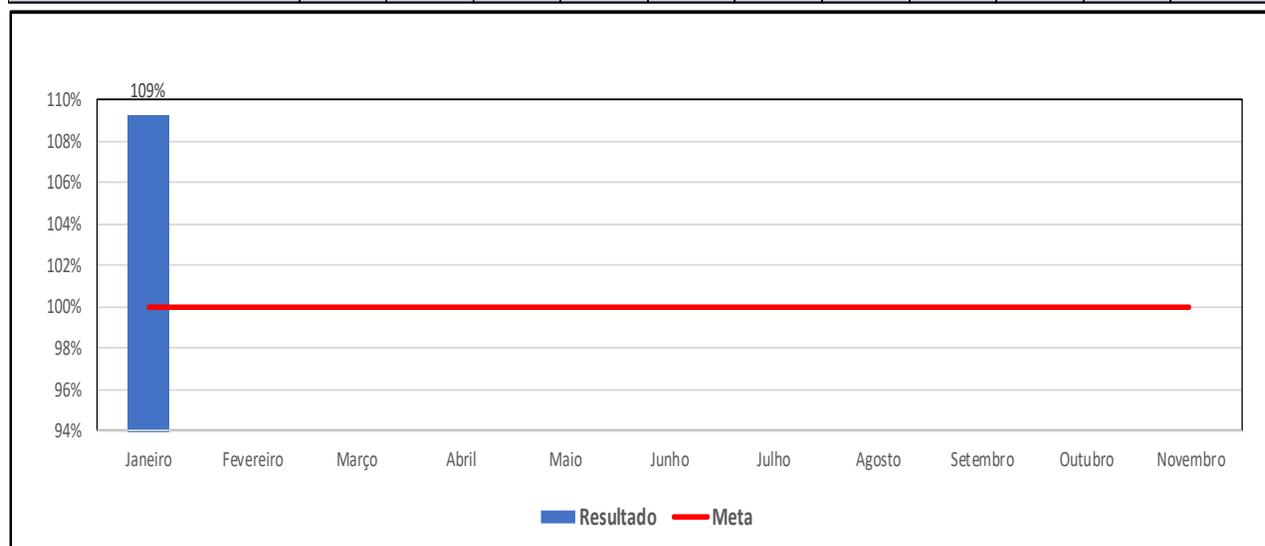
Não houveram solicitações para regulação de internamentos psiquiátricos no mês de janeiro.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de vagas de exames disponibilizados	3716										
Nº total de vagas de exames pactuados em Contrato de Gestão	3400										
Resultado	109%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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 janeiro de 2022, foram disponibilizadas 3716 vagas para a realização de exames SADT eletivos, o que equivale a 109% da meta prevista em contrato de gestão.

Segue planilha na pasta C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 37_Distribuição de Vagas_SADT_JANEIRO_22

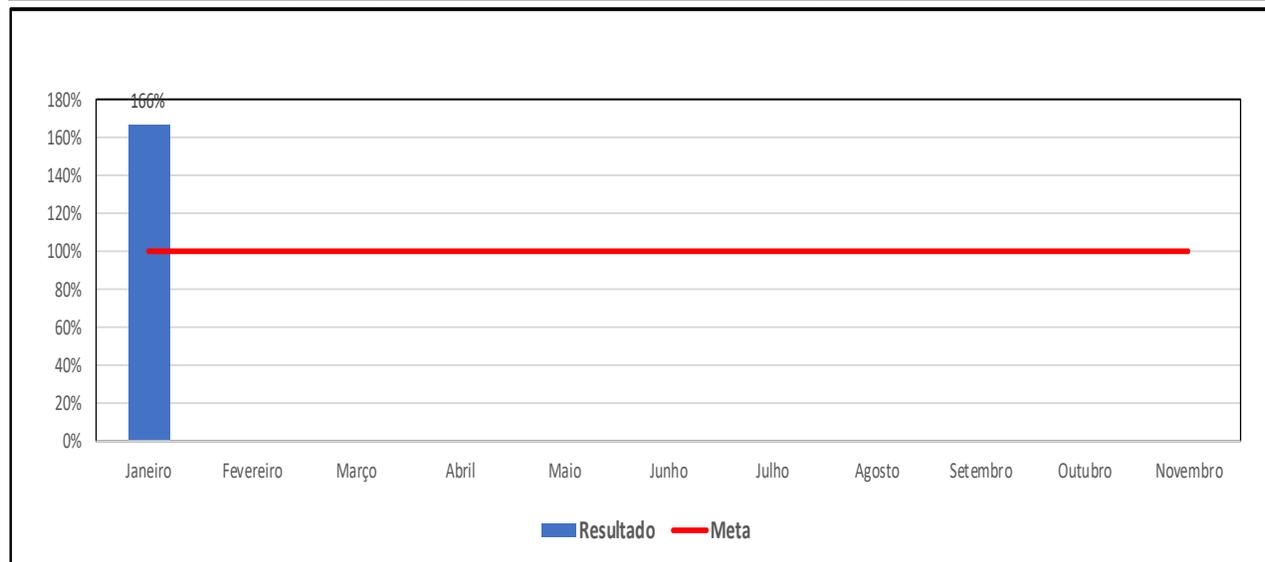
FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE JANEIRO/2022 E SISTEMA IPM

Q) Indicador: Regulação das primeiras consultas:

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

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

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de vagas de primeiras consultas disponibilizados	183										
Nº total de vagas de primeiras consultas pactuadas em Contrato de Gestão	110										
Resultado	166%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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 Janeiro de 2022, foram disponibilizadas 63 primeiras consultas de cardiologia e 120 consultas de Plano de Parto, totalizando 183 primeiras consultas, o que equivale a 166% da meta prevista em contrato de gestão.

Segue planilha na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 38_Distribuição de Vagas Ambulatório_JANEIRO_22**

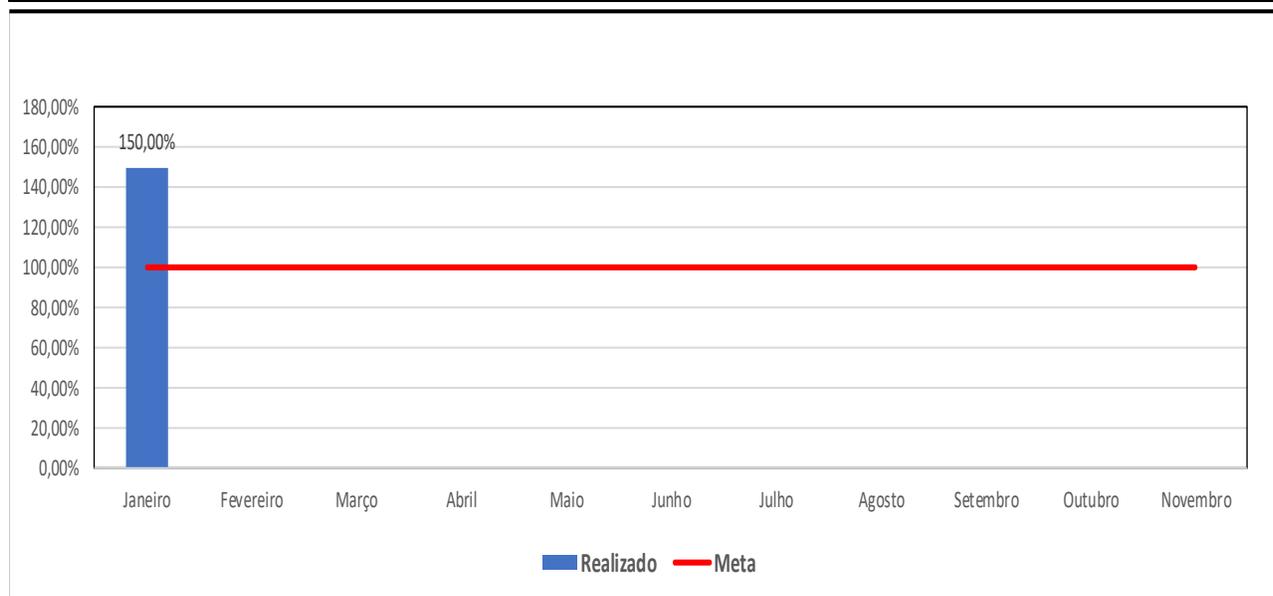
FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DE JANEIRO/2022 E SISTEMA IPM

R) Indicador: Informação dos censos da UTI:

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

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE
INFORMAÇÕES DE CENSOS DA UTI

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de atualizações diárias do censo da UTI	3										
Realizado	150,00%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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.

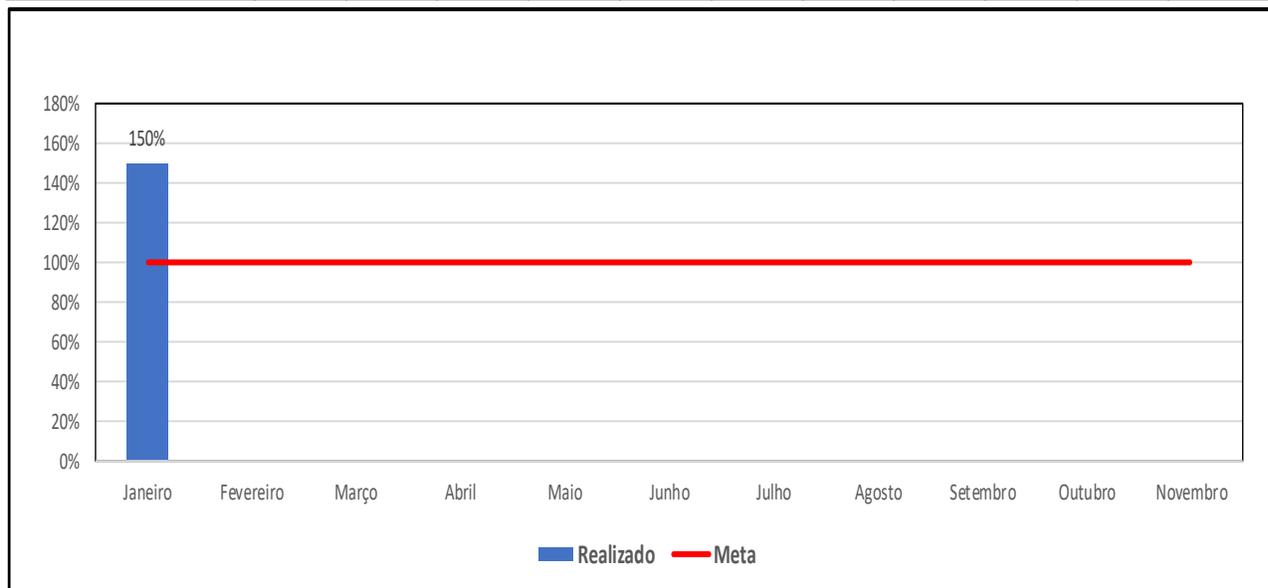
FONTE: NIR / censo diário

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de atualizações diárias do censo do Pronto Atendimento	3										
Realizado	150%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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: Estatística de Enfermagem

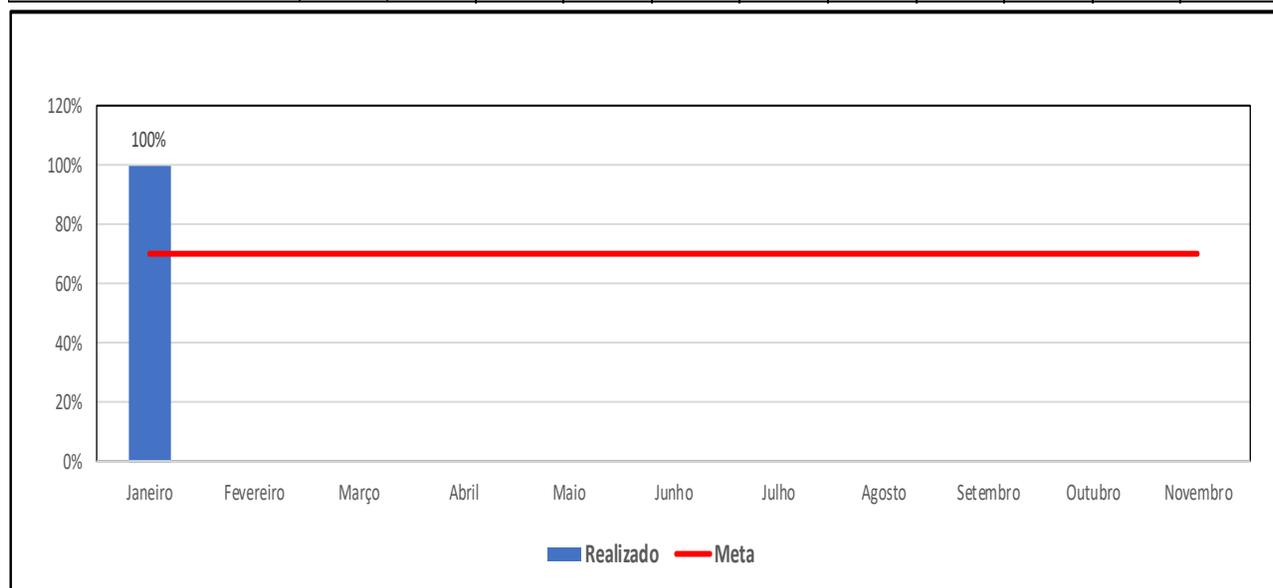
T) Indicador: Qualidade da alta hospitalar:

Figura 46. Realizar altas referenciadas com agendamento de, no mínimo, 70% (setenta por cento) dos pacientes egressos nas Unidades de Saúde.

COMPONENTE: RELAÇÃO COM A REDE

QUALIDADE DA ALTA HOSPITALAR

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de agendamentos de alta referenciada realizado para Unidades de Saúde	15										
Nº total de pacientes com necessidade de alta qualificada	15										
Realizado	100%										
Meta	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

No período de 01 à 31 de JANEIRO, todos os pacientes que necessitaram de continuidade de tratamento pelos demais serviços do município, 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.

Para os próximos meses 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.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

Figura 46.1 Lista de pacientes com Alta Referenciada.

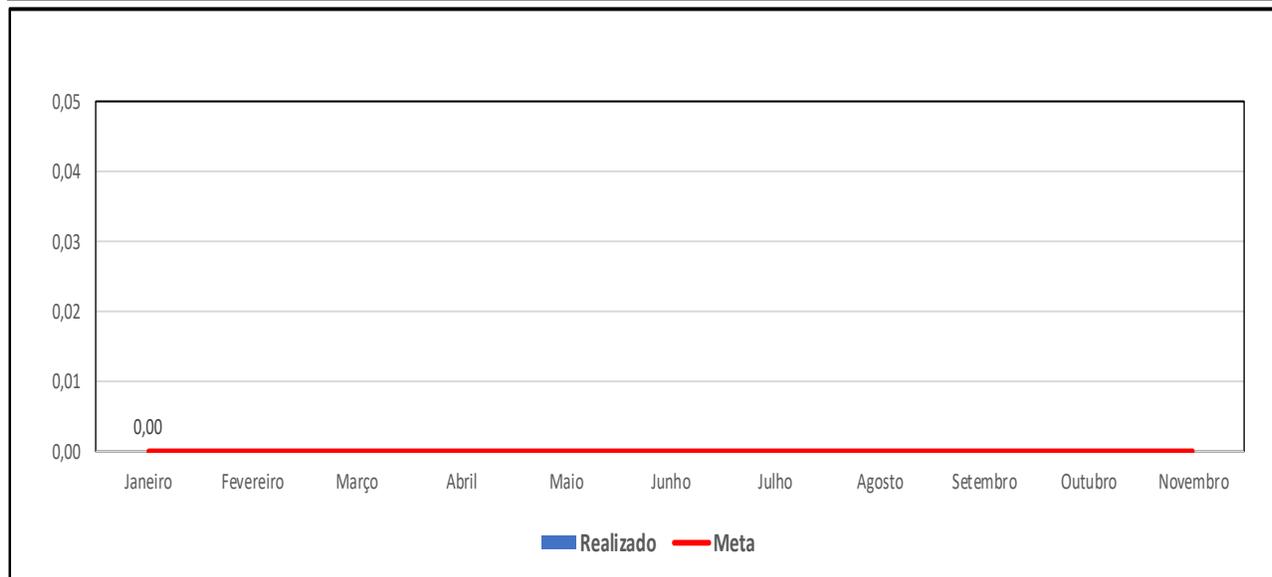
 Alta Referenciada - Pacientes Internados 					
Procedimentos Realizados					
Iniciais do paciente	Nascimento	Atendimento	Internação	Alta	Alta Referenciada / Continuidade de Tratamento / Encaminhamento
B.M	13/07/1940	1129892	16/12/2021	03/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLINICO
E.T	01/10/1982	1137064	04/01/2022	07/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLÍNICO
R.G.O	25/09/1957	1131686	21/12/2021	07/01/2022	ENCAMINHADA PARA CLÍNICO
N.F.G	04/10/1968	1132986	25/12/2021	04/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLÍNICO
S.L.S	03/05/1938	1137510	05/01/2022	07/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLÍNICO
V.C	15/08/1955	1134718	29/12/2021	02/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLÍNICO
V.P.F	26/06/1953	1135319	31/12/2021	02/01/2022	ENCAMINHADO PARA UROLOGIA
R.F.A	20/01/1950	1138659	08/01/2022	12/01/2022	NEUPLASIA ENCAMINHAMENTO VIA UBS PARA ONCOLOGIA
F.C.C	25/08/1982	1137944	06/01/2022	12/01/2022	ENCAMINHADO PARA INFECTOLOGIA
J.G	24/01/1951	1141523	14/01/2022	18/01/2022	ENCAMINHADO PARA ONCOLOGIA
V.P.R	04/08/2004	1140416	12/01/2022	19/01/2022	ENCAMINHADO PARA VASCULAR
A.K	06/07/1947	1139320	10/01/2022	19/01/2022	ENCAMINHADO PARA NEFROLOGIA
E.S.O	02/10/1986	1140413	12/01/2022	19/01/2022	ENCAMINHADO PARA CLÍNICO
R.C.M	30/07/1969	1141455	14/01/2022	21/01/2022	ENCAMINHADO PARA UBS
J.V.D	21/02/1963	1139547	10/01/2022	22/01/2022	ENCAMINHADO PARA UBS NEFROLOGISTA

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de readmissões de pacientes classificados com Risco vermelho/emergência	0										
Nº total de pacientes classificados com risco vermelho	17										
Realizado	0,00										
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	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.

Não houve nenhuma reinternação em até 48 horas de pacientes em risco vermelho.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

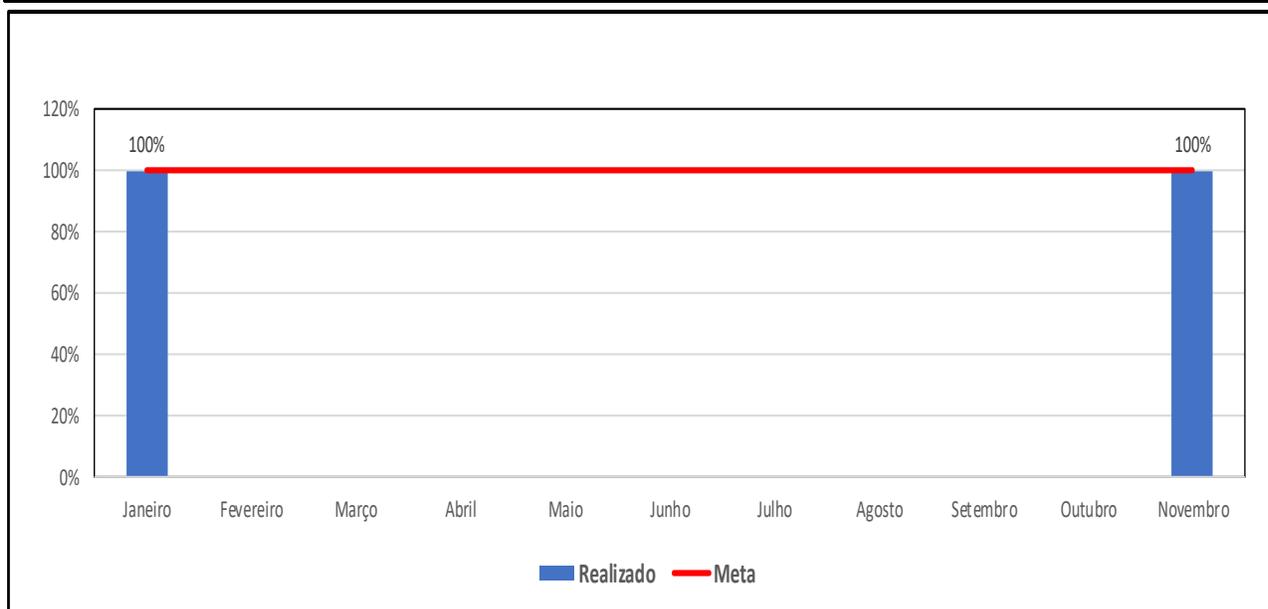
U) Indicador: Percentual de Registro Hospitalar:

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

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

PERCENTUAL DE REGISTRO HOSPITALAR

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de AIH's apresentadas	524										
Realizado	100%										100%
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foram apresentadas 524 AIHs, para 523 saídas hospitalares no mês de janeiro 2022.

Segue planilha nominal na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, Anexo XVII - C_Anexo 39_Faturamento Fechamento_AIH's JANEIRO 2022**

Na sequência apresenta-se o quadro contendo dados relacionados aos desdobramentos das AIHs no mês de janeiro.

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.	C.A.L.A	1148019	4122100038727
	D.F.S	1138885	4122100034173
	J.C.S	1142222	4122100034360
	J.C.S	1143978	4122100034360
	J.P.S	1140230	4122100033546
	J.S.A.F	1142016	4122100035163
	L.V.P	1138951	4122100033997
	M.V.S	1139611	4122100033360
	R.M.U.C	1136458	4122100032963
	T.N.O	1144517	4122100038804
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de permanência por mudança de procedimento	J.L	1125726	4122100035031
	L.K	1135819	4122100035647
Desdobramentos – Mais de uma conta para o mesmo paciente na mesma internação por motivo de permanência por re-operação.	C.B	1139182	4122100036274
	E.M.N	1132671	4122100036890
	L.B.H	1137253	4122100036758
	L.B.H	1137253	4122100036769
	M.S.A	1145907	4122100038001
Encerramento Administrativo - pacientes em longa permanência (30 dias).	RN GA A.M.P	1127987	4122100038793
	RN. T.R.O.B.N	1124152	4122100035053
	RN S.L.N	1129321	4122100036659

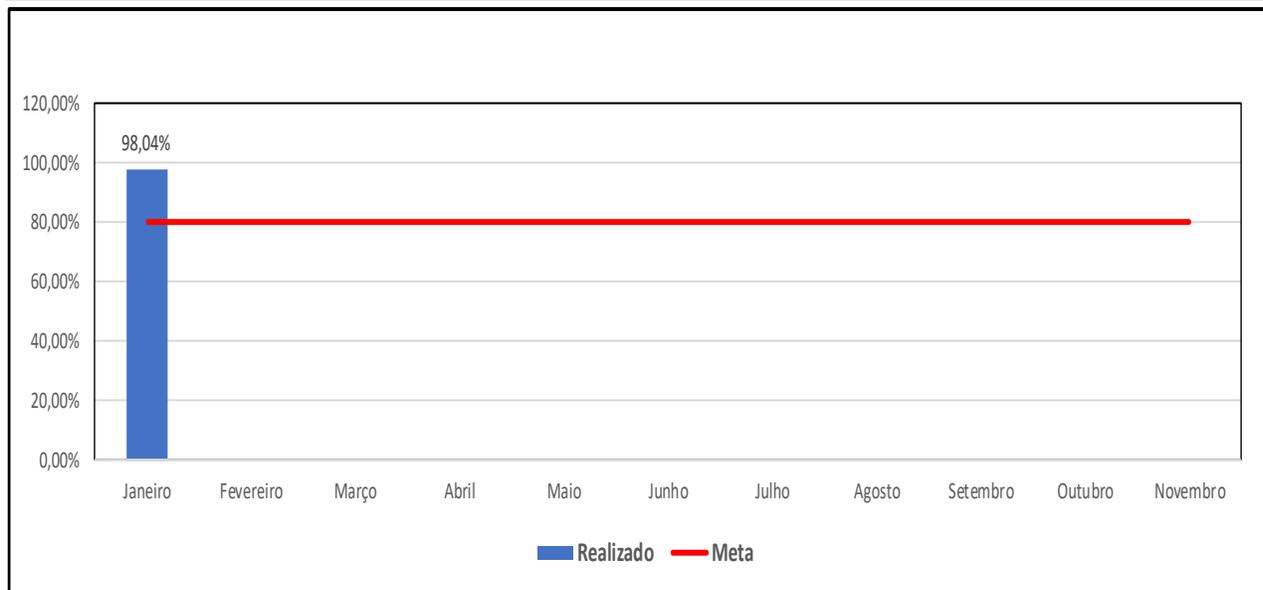
V) Indicador: Manifestações da Ouvidoria:

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de respostas dadas aos usuários	50										
Nº total de manifestações registradas no mês	51										
Realizado	98,04%										
Meta	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Ouvidoria presencial 18/01/22, já foi encaminhada e será respondida no mês subsequente conforme prazo estabelecido pela Lei Federal Nº12.527.

Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 40_Ouvidorias - SAU - Estatística - JANEIRO** e na pasta **Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário**.

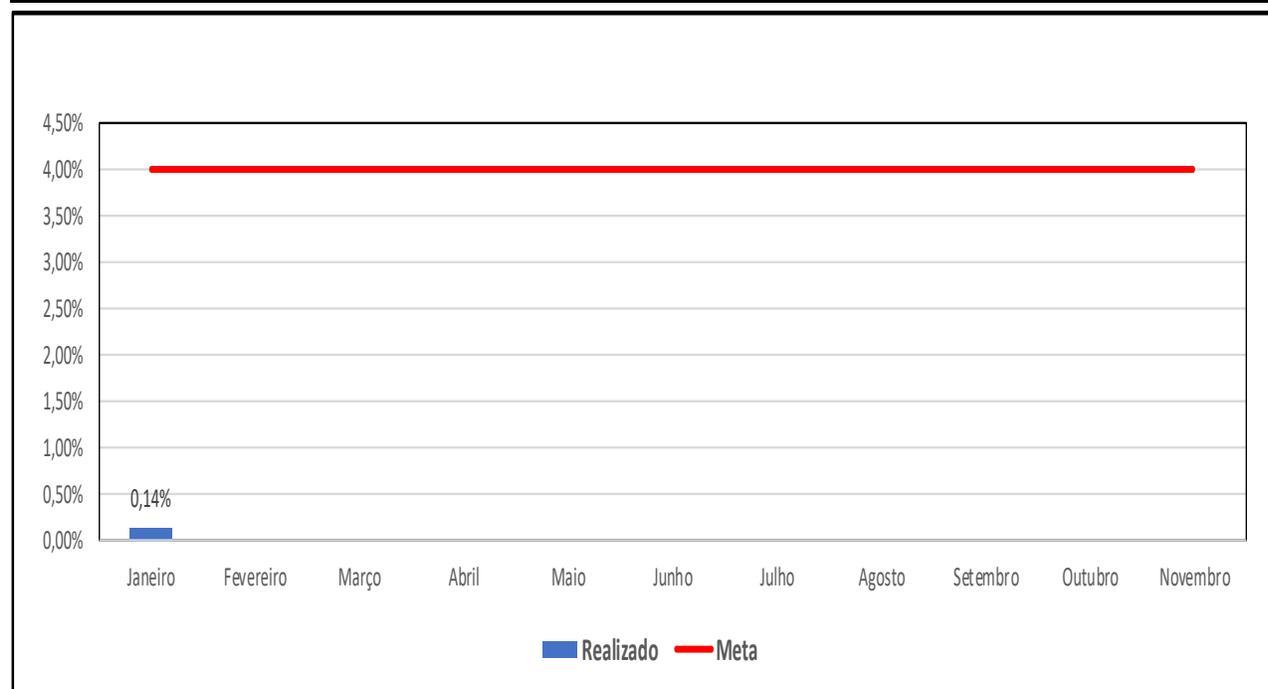
FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

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

COMPONENTE: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

MANIFESTAÇÕES DA OUVIDORIA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de manifestações registradas no mês	19										
Nº total de pacientes/dia	14053										
Realizado	0,14%										
Meta	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta atingida.

Relatório contendo dados analíticos encaminhado em mídia digital, anexo a pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 40_Ouvidorias SAU - Estatística - JANEIRO** e na pasta **Y - Relatório de eventuais queixas/elogios no Serviço de Atendimento ao Usuário**.

FONTE: Relatório de Ouvidoria e Tasy

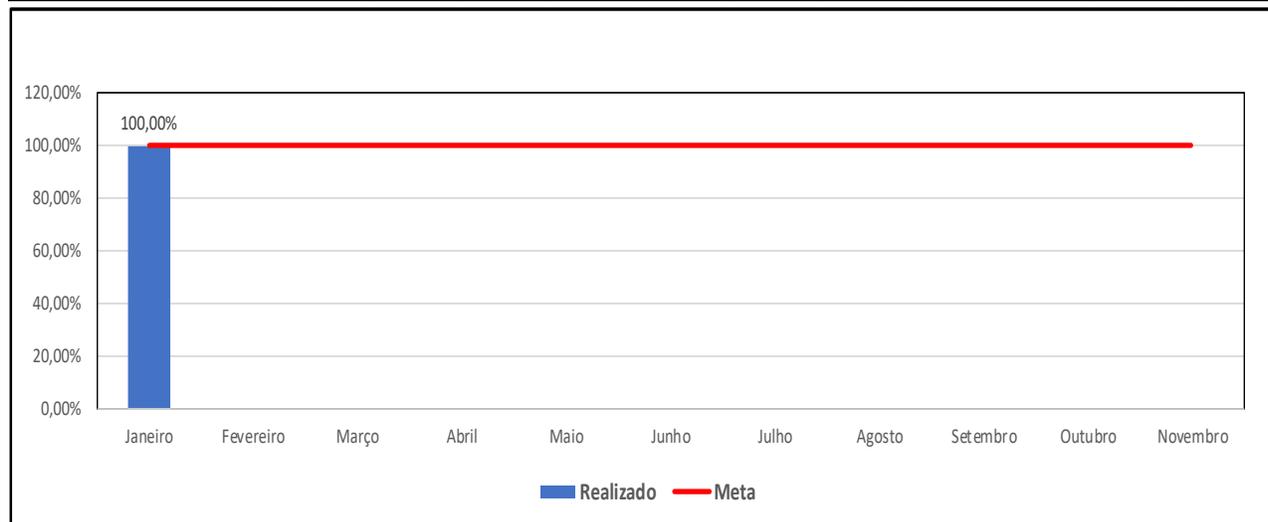
W) Indicador: Atividade das comissões obrigatórias:

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de reuniões de comissão	15										
Nº total de comissões	15										
Realizado	100,00%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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:

Comitês de Ética de Enfermagem:

Comitê de Ética de Enfermagem dará o início as atividades para a formação da nossa CEE, conforme documentos em anexo. Será lançado o Edital de convocação dos enfermeiros interessados a fazer parte desta comissão.

Comitê de Ética Médica:

Durante o mês de janeiro foi realizado o informe da diretoria Clínica no site do CRM/PJ, porém houve o indeferimento deste cadastro por falta do Regimento Interno do Corpo Clínico o qual será construído no mês de fevereiro para conclusão deste cadastro. O CRM encaminhou um retorno deste cadastro, solicitando a inserção desse documento referente ao Corpo Clínico e o cadastro do Diretor Clínico para posteriormente iniciar o processo de implantação do Comitê de Ética Médica.

FONTE: Estatística de Enfermagem. / Núcleo de Gestão de Qualidade

Figura 51.2; Demonstrativo das comissões e as datas das reuniões

	W)	Garantir a efetividade das comissões e comitês, em conformidades com a legislação vigente.	Data da Reunião	Ata	% Realizado da Meta
Atividades Comissões Obrigatórias pelo Contrato de Gestão.	51.	Avaliação de Prontuário do Paciente	28/01/2022		100%
		Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	27/01/2022		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Geral	02/02/2022		100%
		Avaliação de Revisão de Óbitos Materno, Fetal e Neonatal	07/01/2022		100%
		Gerenciamento de Resíduos	18/01/2022		100%
		Ética Médica e Enfermagem	Análise Crítica na tabela anterior		100%
		Comissão de Padronização de medicação e novas tecnologias	21/01/2022		100%
		Comissão de Cuidados Paliativos	26/01/2022		100%
		Comitê Transfusional	18/01/2022		100%
		Comissão de Proteção Radiológica	21/01/2022		100%
		Comissão de Humanização	14/01/2022		100%
		Núcleo Interno de Regulação de Acesso a qualidade Hospitalar	26/01/2022		100%
		Núcleo de segurança do paciente	16/01/2022		100%
		Núcleo de Educação Permanente	26/01/2022		100%
		Núcleo de Vigilância Epidemiológica	14/01/2022		100%
		Serviço de Atendimento do Usuário	14/01/2022		100%
Atividades comissões obrigatórias por legislação		Comissão de Equipe Multi e Terapia Nutricional	14/01/2022		100%
		Comissão de Controle Hospitalar - SCIH	14/01/2022		100%
		Comissão Hospital Amigo da Criança	06/01/2022		100%

FONTE: TASY/FATURAMENTO/NIR//NUCLEO QUALIDADE

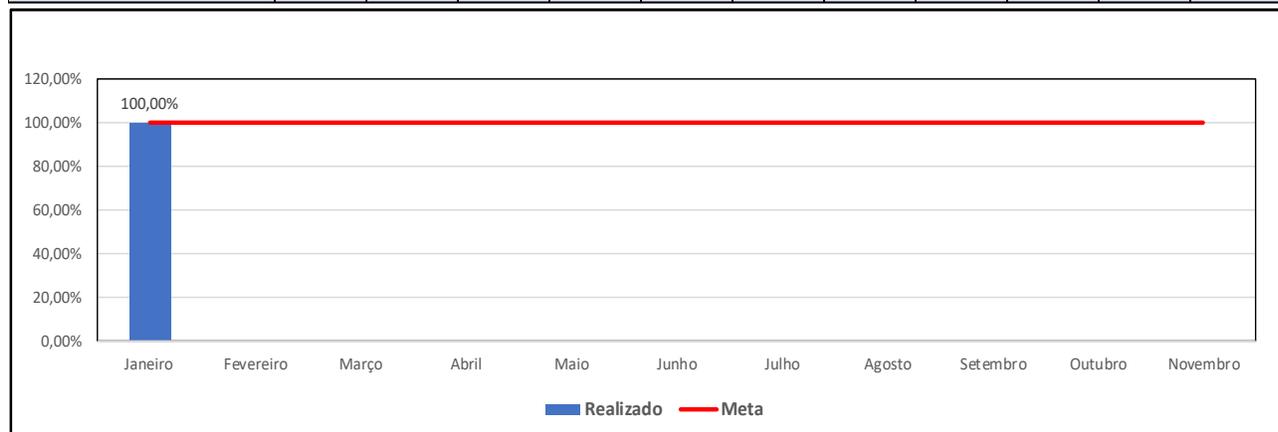
X) Indicador: CNES atualizado.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº total de profissionais HMA	655										
Nº total de profissionais HMA com registro no CNES	704										
Realizado	100,00%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Cosideramos 100% da meta atingida, pois o envio das informações para inserção, exclusão e correção (formulários), são encaminhados ao NISA semanalmente conforme atualizações necessárias. Informamos que no mês de Janeiro ocorreram 54 demissões de profissionais celetistas e inclusão de 05 profissionais autônomos (médicos), dos quais os ofícios ainda seguem em processo de elaboração, uma vez que precisamos encaminhar o fechamento das AIHs e BPA/APAC sem causar problemas no processamento das informações, ou seja, alguns profissionais ligados a assistência não puderam ser excluídos da base dentro da competência de janeiro devido aos lançamentos de gastos nas contas SUS.

Seguem os ofícios na pasta B - RELATÓRIO DA DIRETORIA, RELATÓRIO DE FATOS RELEVANTES, em mídia digital. Segue abaixo a relação dos ofícios encaminhados no mês de janeiro e início de fevereiro.

Ofício ARAU.07.2022- Atualização CNES 5995280 - HMA (Inclusão e exclusão)

Ofício ARAU.38.2022 CNES_-1

Ofício ARAU.49.2022 Atualização CNES -1

Ofício ARAU.50.2022 Atualização CNES -2

► 392 colaboradores celetistas na listagem de ativos do departamento pessoal, no CNES constam 406. Será realizado uma conferencia e os colaboradores desligados serão excluídos da base do CNES no mês subsequente.

Segue em mídia digital:

C_Anexo43_Listagem de Ativos CNES

C_Anexo 44_Lista de Profissionais Celetistas Ativos

► 263 profissionais autônomos registrados na base e no controle (planilha) do setor de escalas conforme anexo em mídia digital.

Planilha C_Anexo 42_Lista de Profissionais médicos ativos Janeiro 2022

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

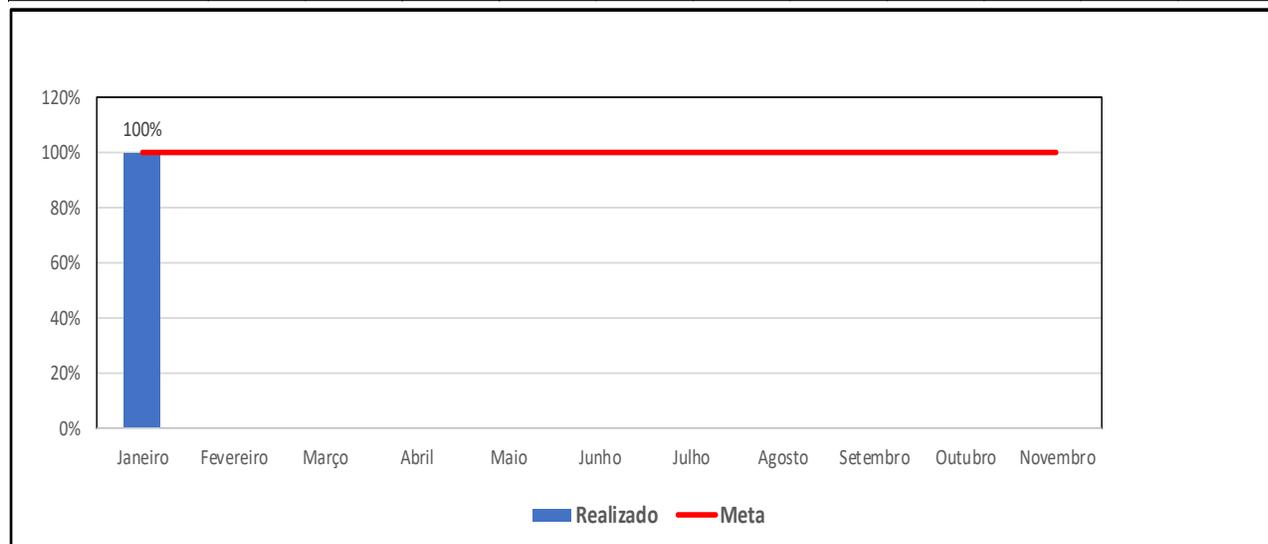
FONTE: RH / Setor de Escalas Médicas / CNES

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

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

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

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Realizado	100%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada

Foram abertos 12.360 atendimentos no sistema Tasy, segue relatório anexo em mídia digital na pasta **C - Indicadores Qualitativos e Quantitativos**, 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.

C_Anexo 45_Total de atendimentos mês_janeiro 2022

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

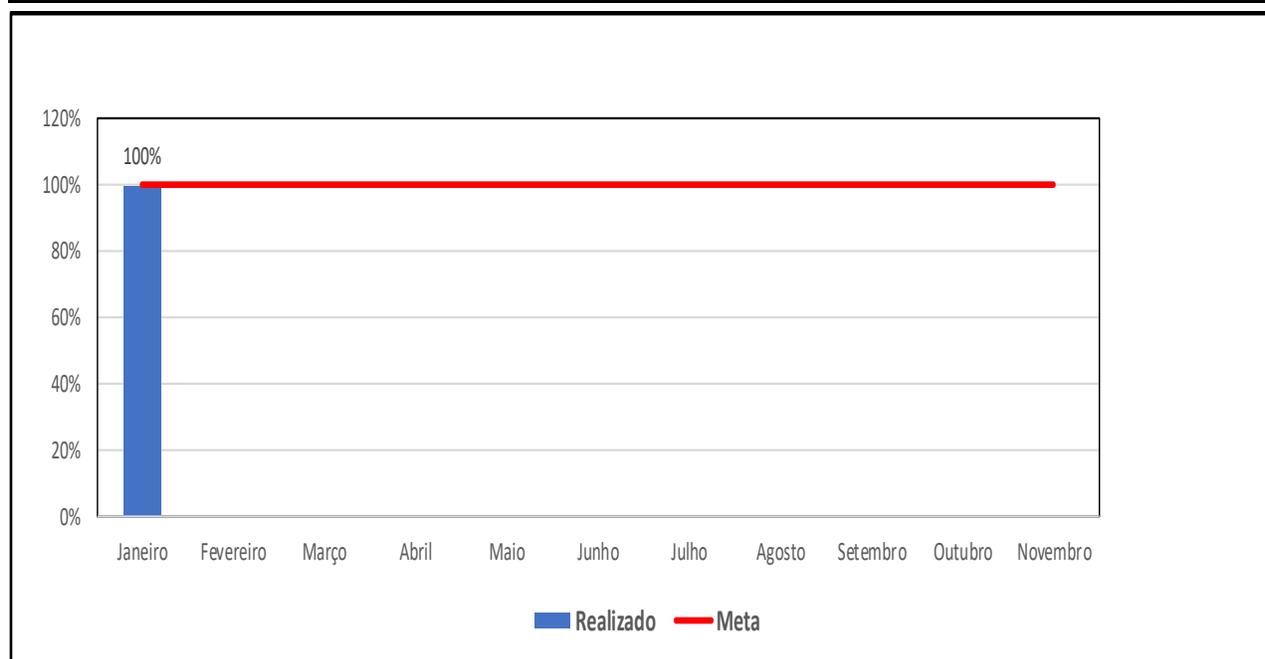
Z) Indicador: Educação permanente.

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	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Realizado	100%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



ANÁLISE CRÍTICA: Meta Realizada -

Realizado o total de 20 treinamentos, contabilizando o total de 8:50 horas, com envolvimento de 142 colaboradores.

Segue o Relatório dos Treinamentos no **anexo C - Z - Educação Permanente _ TREINAMENTOS**

FONTE: Núde de Gestão de Qualidade

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

TREINAMENTOS JANEIRO								
DATA	HORA ENTRADA	HORA SAÍDA	RESPONSÁVEL	ASSUNTO	CARGA HORÁRIA	CLASSIFICAÇÃO	Nº DE COLABORADORES	
03/jan	16:10	16:45	Marcelo Mannonci - Superintendente	Fluxo anestésicos - Formulários	00:35:00	Interna	5	
17/jan	11:40	12:40	Rose - Gerente assistencial	Fluxo PAI	01:00:00	Interna	4	
12/jan	13:00	14:00	Cida - Coordenadora equipe Multi	Fisioterapia	01:00:00	Interna	6	
20/jan	14:00	14:30	Adriana - Faturamento	Treinamento lançamentos biopsia de prostata/ cantoplastia	00:30:00	Treinamento	5	
21/jan	14:00	14:30	Adriana - Faturamento	Tabela siptop - SUS	00:30:00	treinamento	4	
04/jan	13:00	14:15	Cida - Coordenadora equipe Multi	Treinamento equipe multi profissional	01:15:00	Treinamento	8	
28/jan	9:00	9:30	Adriana - Faturamento	Fluxo OPME - recebimento prévia	00:30:00	Treinamento	4	
11/jan	9:00	11:00	Damaris - Tecnica de Segurança	Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde	02:00:00	Treinamento	2	
17/jan	9:00	11:00	Damaris - Tecnica de Segurança	Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde	02:00:00	Treinamento	2	
21/jan	14:00	16:00	Damaris - Tecnica de Segurança	Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde	02:00:00	Treinamento	2	
27/jan	9:00	11:00	Damaris - Tecnica de Segurança	Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde	02:00:00	Treinamento	2	
25/jan	10:00	10:30	Damaris - Tecnica de Segurança	Integração segurança NR32 e Rotinas	00:30:00	Treinamento	2	
17/jan	15:00	16:30	Damaris - Tecnica de Segurança	Discussão pautas Treinamento NR32	01:30:00	Treinamento	4	
18/jan	16:00	22:00	Jessica SCIH	Norma Regulamentadora 32 e normas institucionais	06:00:00	Treinamento	2	
19/jan	15:00	22:00	Jessica SCIH	Norma Regulamentadora 32 e normas institucionais	07:00:00	Treinamento	2	
19/jan	16:00	16:30	Filomena - Nutrição	Orientação tikets refeição - Prestadores terceirizados	00:30:00	Treinamento	20	
25/jan	16:00	16:30	Filomena - Nutrição	Orientações Reeitório	00:30:00	Treinamento	19	
24/jan	20:00	21:30	Jessica SCIH	Treinamento preenchimento de dispositivos	01:30:00	Treinamento	20	
18	12:15	12:55	Adriana - Farmacia	Treinamento Padronização de medicamentos	00:40:00	Treinamento	3	
25/jan	20:00	21:30	Jessica SCIH	Treinamento preenchimento de dispositivos	01:30:00	Treinamento	20	
					Total de horas	33:00:00	Total de Colaboradores	136

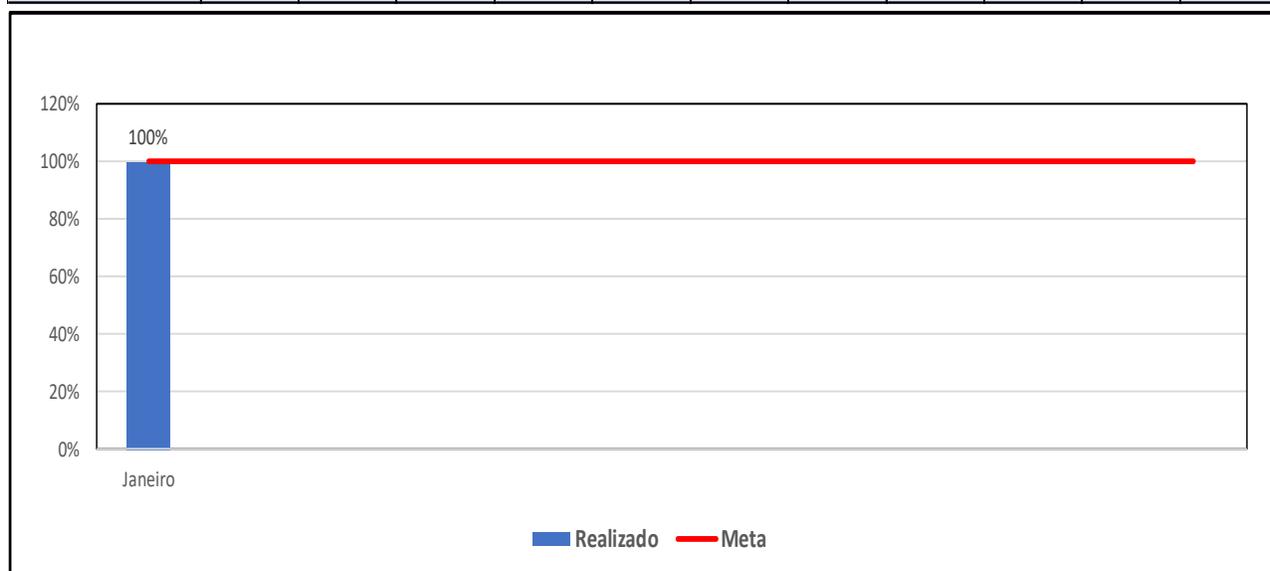
METAS QUANTITATIVAS

A) Indicador: Equipe Médica do HMA

Figura 55. Manter equipe Médica 24hrs no HMA

EQUIPE MÉDICA DO HMA

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Total de EQUIPE	100%										
Realizado	100%										
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	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.

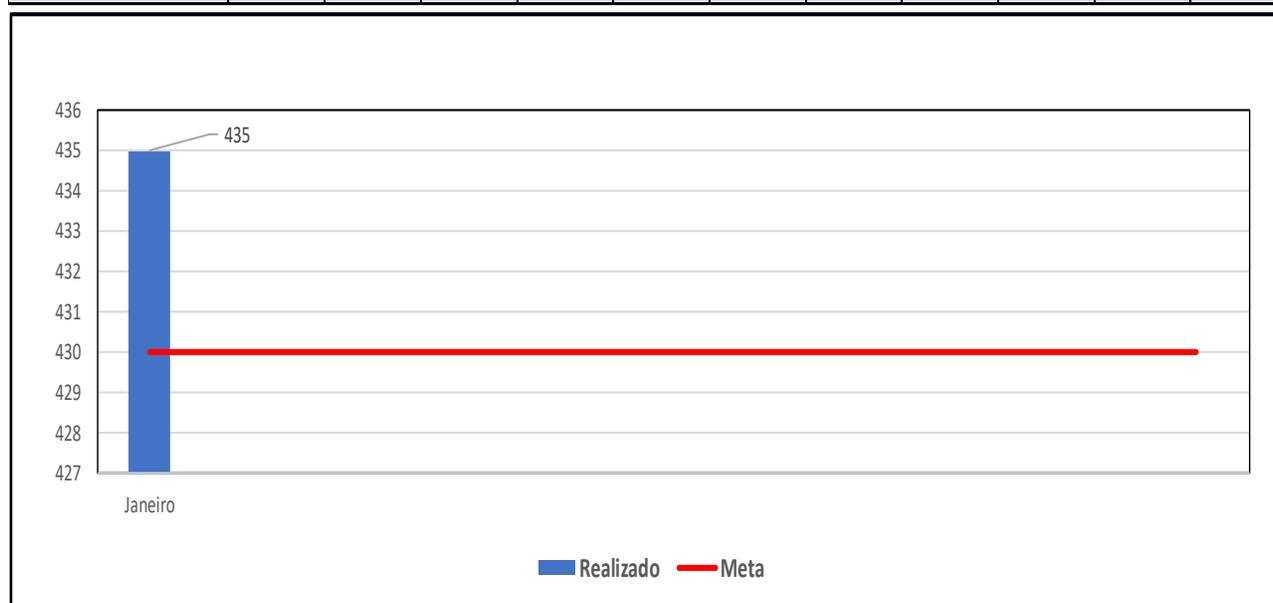
FONTE: Escalas médicas realizadas

B) Indicador: Internamento/Saídas Hospitalares - HMA

Figura 56. Realizar no mínimo 430 saídas hospitalares.

SÁIDAS (EXCETO TRANSFERÊNCIAS INTERNAS)

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Nº de saídas clínicas	280										
Nº de saídas cirúrgicas	155										
% Total de Saídas	101,16%										
Realizado	435										
Meta	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Durante o período analisado tivemos 280 saídas hospitalares de atendimentos clínicos (óbitos, alta melhorado, transferência externa, alta a pedido e/ou evasão) e 155 saídas de pacientes cirúrgicos, de urgência/emergência, perfazendo um total de 435 saídas hospitalares, ficando acima da meta de 430 saídas.

Plano de ação: Revisão dos fluxos de ocupação hospitalar.

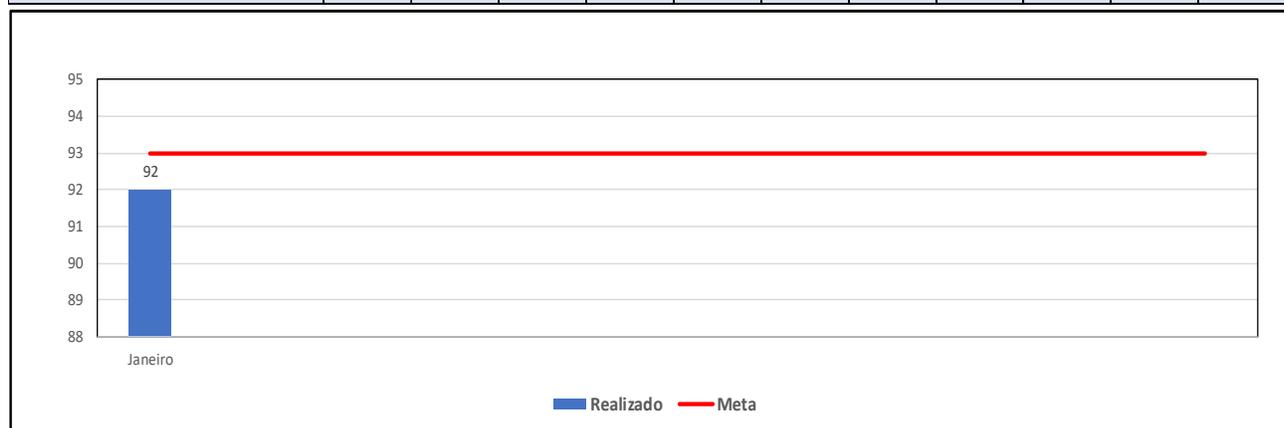
Segue anexo em mídia digital na pasta C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C_Anexo 39_Faturamento Fechamento_AIH's JANEIRO 2022

FONTE: Sistema Tasy / NIR / SISAIH

C) Indicador: Cirurgias Eletivas - HMA

Figura 57. Realizar no mínimo 93 Cirurgias eletivas.

CIRURGIAS ELETIVAS											
MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Cirurgia Geral	47										
Cirurgia Pediátrica	6										
Ginecologia&Obstetrícia	19										
Cirurgia Ortopédica (baixa/média complexidade)	14										
Cirurgia Ortopédica (alta complexidade)	0										
Laqueadura	6										
Cirurgia Vascular	0										
Realizado	92										
Meta	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

Foram realizados 92 procedimentos cirúrgicos em caráter eletivo, perfazendo um total de 98,92% da meta.

Para as especialidades de:

- Cirurgia pediátrica → +1
- Cirurgia Ortopédica de baixa, média e alta complexidade → +1
- Laqueadura → 6
- Cirurgia Vascular → -20

Ocorreu um déficit de 22 cirurgias, sendo parcialmente compensados por 21 cirurgias das especialidades de:

- Cirurgia Geral → +17
- Cirurgia Ginecológica → +4

Obs: Todos os pacientes receberam alta no período de 01 a 31 de janeiro de 2022.

Plano de ação: Disponibilizar vagas para consultas ambulatoriais nas especialidades que apresentaram déficit, a fim de dar vazão as demandas cirúrgicas do município.

Segue anexo em mídia digital na pasta **C - indicadores Qualitativos e Quantitativos, C - Faturamento_Fechamento Nominais Janeiro/2022**.

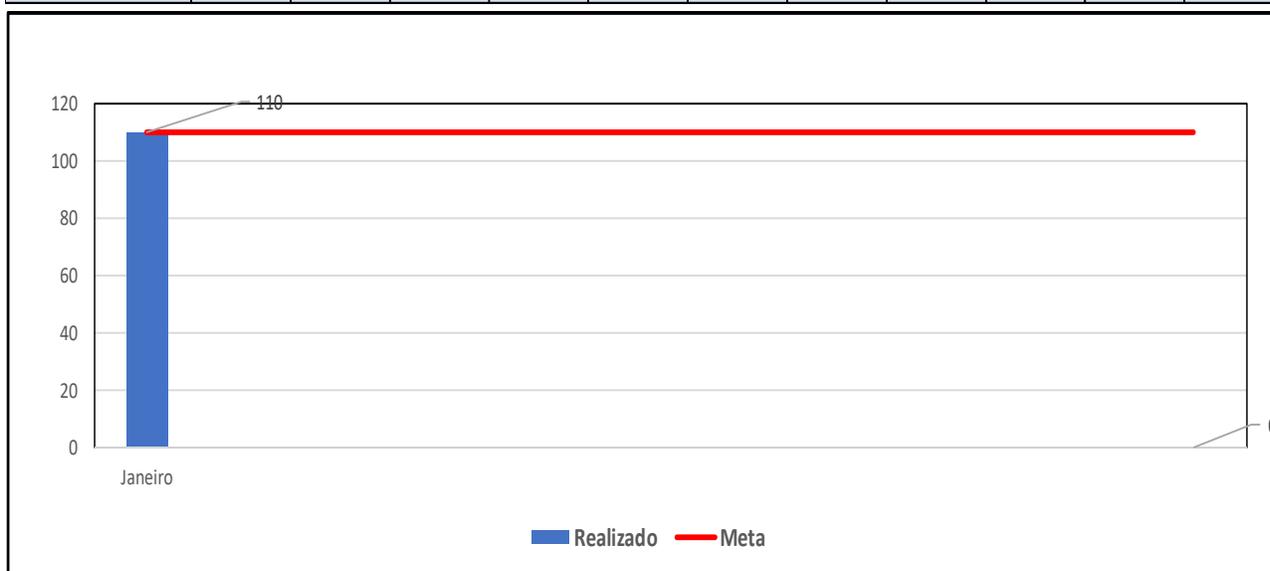
FONTE: Agendamento cirurgico / Sistema Tasy / SISAIH

D) Indicador: Ambulatório - HMA

Figura 58. Realizar no mínimo 110 consultas ambulatoriais.

CONSULTAS ELETIVAS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Cardiologia	36										
Plano de Parto	74										
Realizado	110										0
Meta	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

No período de 01 à 31 de janeiro de 2022, realizamos 36 consultas ambulatoriais de cardiologia e 74 planos de parto, totalizando 110 consultas, o que equivale a 100% da meta prevista em contrato de gestão.

FONTE: PLANILHA DE DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS - DEZEMBRO/2021

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

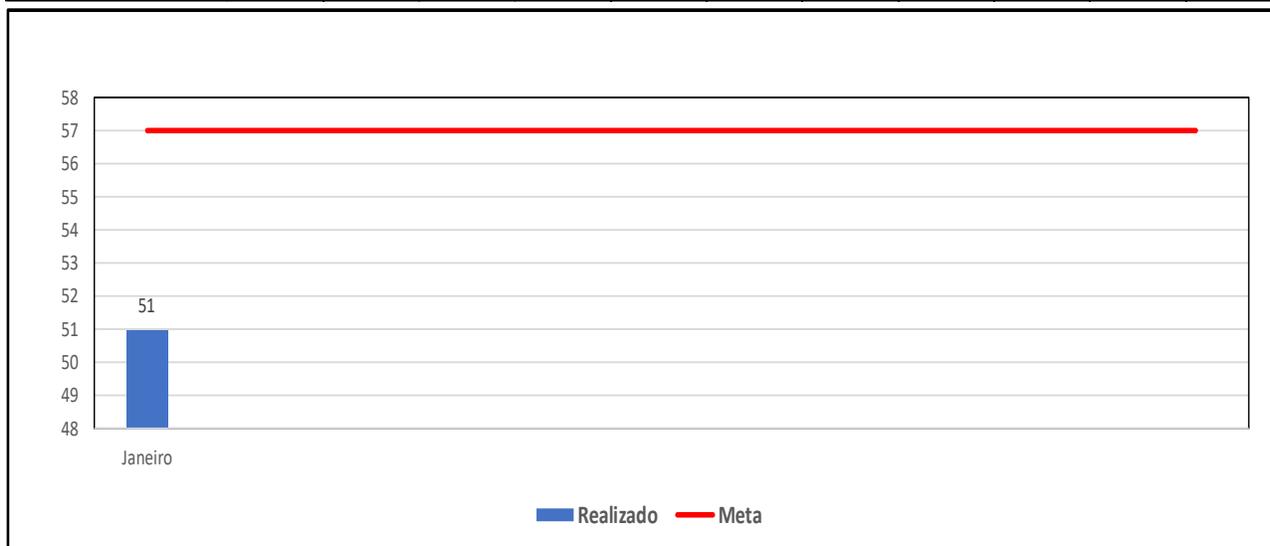
Previsto no Contrato de Gestão - 103/2021										Não Previsto em Contrato		
UNIDADE	1ª Consultas META	1ª Consultas OFERTADO	1ª Consultas AGENDADAS	Faltas Primárias	FALTANTES (1ª consulta)	Porcentagem de absenteísmo	1ª Consultas REALIZADAS	% REALIZADO META	% OFERTADO META	Retornos	Consultas Pós Cirurgicas	Total Consultas pós cirúrgicas + retornos REALIZADAS
CARDIOLOGIA	60	63	61	-2	29	48%	36	60%	100%	4	0	4
PLANO DE PARTO	50	120	109	-11	35	32%	74	148%	100%	0	0	0
TOTAL	110	183	170	-13	64	80%	110	100%	100%	4	0	4

E) Indicador: Cirurgias Ambulatoriais Eletivas - HMA

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

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

MÊS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Vasectomia	10										
Cirurgia Ambulatorial	41										
Realizado	51										
Meta	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

No período de 01 à 31 de janeiro, realizamos 10 Vasectomias e 41 Cirurgias Ambulatoriais, totalizando 51 procedimentos ambulatoriais, que correspondem a 89,47% da meta prevista em contrato. Plano de ação: Devido ao fato de haver pacientes que não eram elegíveis a realização do procedimento e alguns que já os realizaram no passado, foi solicitada a abertura de uma agenda excepcional para o atingimento da meta. Porém, mesmo com a agenda extra não foi possível atingir 100% da meta. Como plano de ação para o mês de fevereiro, aumentamos a oferta de vagas de pacientes para a realização do procedimento.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY

F) Indicador: SADT - Exames Eletivos - HMA

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

SADT

MÊS	Meta	Janeiro	%	Fevereiro	%	Março	%	Abril	%	Maiο	%	Junho	%
Mamografia	300	298	99%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Tomografia com Contraste	15	0	0%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Tomografia sem Contraste	120	157	131%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Radiodiagnóstico	1500	1112	74%		0%		0%		0%		0%		0,00%
USG	600	515	86%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Ecocardiograma Adulto/Infantil	250	221	88%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Teste Ergométrico	150	38	25%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Eletrocardiograma	200	143	72%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Biópsia de Próstata por PAAF	25	17	68%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Endoscopia	165	135	82%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Colonoscopia / retossigmoidoscopia	75	37	49%		0%		0%		0%		0%		0,00%
Realizado		2673	70,41%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Meta		3400		3400		3400		3400		3400		3400	



ANÁLISE CRÍTICA: Meta realizada.

No período de 01 à 31 de janeiro de 2022, foram realizados 2673 exames de SADT, que correspondem em média a 70,41% 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.

Teste Ergométrico: Foram ofertadas 171 vagas para a realização de Teste Ergométrico, porém, foram agendados apenas 51 pacientes devido a demanda do município, totalizando 120 perdas primárias. Se houvesse o agendamento integral das vagas ofertadas, seria possível o atingimento da meta.

Biópsia de Próstata: Devido a rescisão de contrato com o Laboratório de análises clínicas Vincenlab, não houve tempo hábil para a realização de uma agenda excepcional para a realização do procedimento de pacientes faltantes. Plano de ação: Realizamos a contratação do Laboratório Annalab, especializada na análise de anátomos deste tipo de procedimento.

Colonoscopia / Retossigmoidoscopia: Foram ofertadas 80 vagas de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia, porém, foram agendados apenas 61 pacientes devido a baixa demanda de Retossigmoidoscopias do município. Tivemos também 24 pacientes que faltaram na data da realização do procedimento. Planos de ação: Em contato com a Regulação do município, foi informado que atualmente há uma grande demanda de Colonoscopias e uma baixa demanda de Retossigmoidoscopias. Portanto, a partir de fevereiro, ofertaremos mais vagas para a realização de Colonoscopia e menos vagas de Retossigmoidoscopias.

FONTE: SISTEMA OPERACIONAL TASY.

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

 SMS 														
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%	61	19	4	65	33	4	37	24	36,92%	3	49,33%
ENDOSCOPIA	165	184	100,00%	176	0	4	180	131	4	135	45	25,00%	0	81,82%
MAMOGRAFIA	300	378	100,00%	364	14	8	372	294	8	298	60	16,13%	14	99,33%
TOMOGRAFIA S/ CONTRASTE	120	207	100,00%	152	55	5	157	152	5	157	15	9,55%	2	130,83%
TOMOGRAFIA C/ CONTRASTE	15	18	100,00%	17	1	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0,00%
RADIOLOGIA GÊNITO POR EXAME	1500	1530	100,00%	1483	47	1	1484	1111	1	1112	387	26,08%	9	74,13%
ULTRASSONOGRÁFIA (ABDOMINAL, PRÓSTATA, APARELHO URINÁRIO, OBSTÉTRICO E TRANSVAGINAL)	600	647	100,00%	657	0	41	698	474	41	515	121	17,34%	62	85,83%
ECOCARDIOGRAMA ADULTO E INFANTIL	250	252	100,00%	247	5	2	249	219	2	221	28	11,24%	0	88,40%
TESTE ERGOMÉTRICO	150	171	100,00%	51	120	1	52	37	1	38	12	23,08%	0	25,33%
ELETROCARDIOGRAMA	200	217	100,00%	197	20	1	198	142	1	143	50	25,25%	4	71,50%
BIÓPSIA DE PRÓSTATA POR PAAF	25	30	120,00%	26	4	0	26	17	0	17	9	34,62%	0	68,00%
TOTAL	3400	3684	100,00%	3405	285	67	3455	2593	67	2673	742	21,48%	94	70,41%