

---

**RELATÓRIO DE QUALIDADE E DESEMPENHO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO – HGVP**

**SÃO PAULO / SP**

**MARÇO / 2022**

---

## 1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

<b>Número do Convênio:</b>	00011/2022
<b>Número do Processo:</b>	SES-PRC-2021/37796
<b>Conveniado:</b>	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES
<b>CNPJ:</b>	73.027.690/0001-46
<b>Tipo Beneficiário:</b>	Entidade Filantrópica
<b>Interveniente:</b>	Sem interveniência
<b>Tipo de Convênio:</b>	(CSS) APOIO FINANCEIRO - CUSTEIO AÇÕES ESPECÍFICAS - ENTIDADES
<b>Programa:</b>	Apoio Financeiro - Assistência Hospitalar e Ambulatorial (Leitos e Exames de Diagnóstico) - (Custeio - Entidades) CSS
<b>Unidade Gestora:</b>	HOSPITAL VILA PENTEADO
<b>Município:</b>	Chavantes
<b>Natureza da Despesa:</b>	335043 - Subvenções Sociais (Custeio - 3º Setor)
<b>Fonte dos Recursos:</b>	TESOURO - FUNDES

## 2. OBJETO:

Prestação de serviços especializada no gerenciamento técnico e administrativo de 20 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI).

## 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: março de 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

## 5. 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 de Indicadores de Qualidade, Monitoramento e Desempenho.

## 6. DESCRIÇÃO

Trata-se de uma UTI geral para atendimento de pacientes de alta complexidade e nós como conveniada, iremos contribuir para a melhoria do atendimento médico-hospitalar prestado à população SUS, e considerando a necessidade de assegurar atendimento adequado aos nossos pacientes que necessitam de cuidados intensivos, propomos a prestação de serviços especializado no gerenciamento técnico e administrativo da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) da Instituição, Hospital Geral de Vila Penteadado (HGVP).

No presente Termo de Referência, temos por finalidade estabelecer as diretrizes para a Implantação e o Gerenciamento técnico/administrativo de 20 (vinte) leitos da UTI Adulto no Hospital Geral de Vila Penteadado (HGVP).

A presente prestação dos serviços oferecida pela conveniada, Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, obedecerá à normatização aplicável, de acordo com a RDC nº 07/2010, alterada pela RDC nº 26/2012, e Portaria GM/MS nº 895/2017, todas do Ministério de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB, e demais legislações pertinentes que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento do Setor.

Achamos válido ressaltar, que adequações estão sendo feitas para que metas de contratos sejam atingidas, que o relacionamento seja estreito, respeitoso e profissional, sempre em busca da melhoria contínua para que uma boa assistência seja prestada aos nossos pacientes.

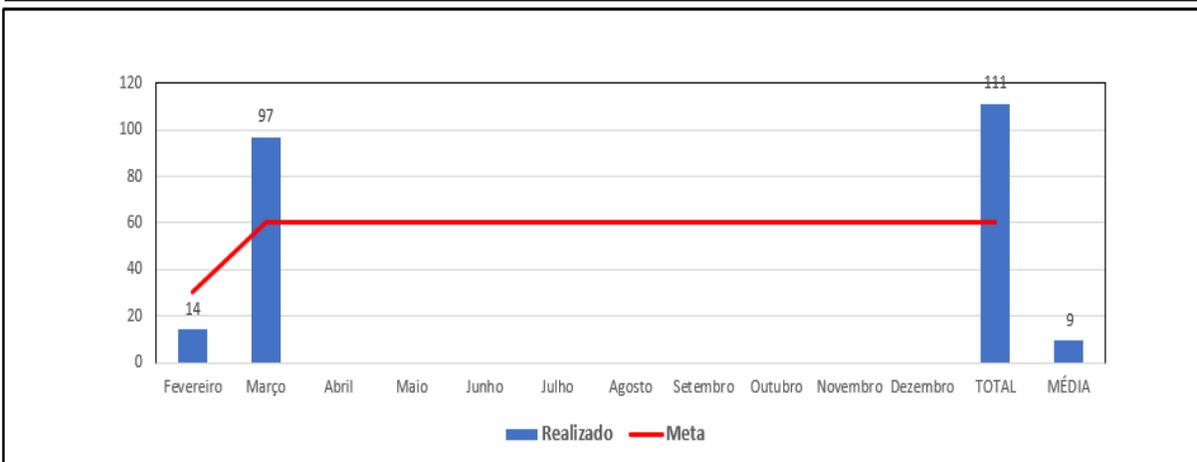
## 1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

### INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

#### Nº 01

#### Indicador: Saídas

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	14	97										111	9
Meta	30	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Perc.	47%	162%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	185%	#DIV/0!



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica: Meta realizada.** Tivemos no período, um total de 97 saídas, quantidade considerável, visto que nos 10 primeiros dias do mês, estávamos tendo uma comunicação pouco efetiva para obtenção da reserva do leito nas unidades de internação clínica e cirúrgica, e conseqüentemente a demora na saída desse paciente da UTI. Para melhorar esse cenário, incluímos algumas rotinas simples que surtiram efeito positivo para que a logística das altas fosse mais efetiva.

#### Plano de Ação

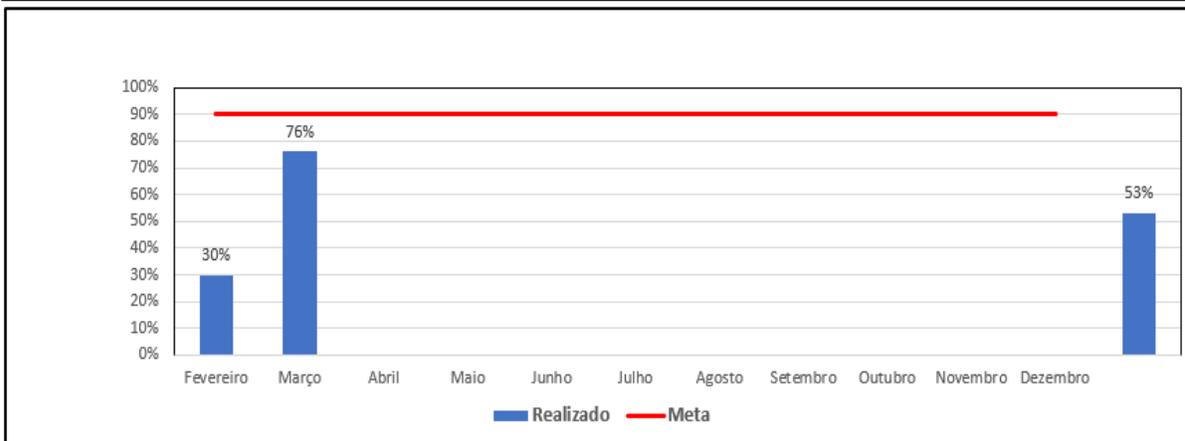
- Otimizamos as atividades com as informações coletadas e nos fornecidas pelos diaristas logo após a visita multiprofissional e repassamos aos nossos enfermeiros e reforçamos nas 24hs seguintes a cobrança sobre as possíveis vagas nos andares.
- No início do plantão verificamos as vagas disponíveis através dos censos das unidades no 2º e 5º e como temos conhecimentos dos pacientes que não tiveram alta no dia anterior, já utilizamos essas vagas logo pela manhã.
- Estimar no momento da internação na unidade, uma previsão provável de alta, para que todos da equipe procurem atingir esse referencial de prazo.
- Melhoramos a comunicação com supervisão da clínica médica e cirúrgica, a fim de otimizarmos a logística das altas.

## 2. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

### Nº 01

#### **Indicador: Taxa de ocupação**

	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembr	Dezembr	MÉDIA
Realizado	30%	76%										53%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica:** A unidade conseguiu ultrapassar os 70% de taxa de ocupação apenas do dia 07 de março, e seu pleno funcionamento operacional, somente na segunda quinzena, onde conseguimos ultrapassar 85% de taxa de ocupação em vários dias conforme a tabela de monitoramento diário anexado ao final deste relatório.

Com as ações realizadas para aumentar a saídas da unidade, tivemos uma maior rotatividade e consequentemente uma diminuição na taxa de ocupação. No entanto, para o primeiro mês completo de avaliação, os números foram animadores e certamente estaremos buscando melhorar para apresentarmos no próximo mês dados ainda melhores.

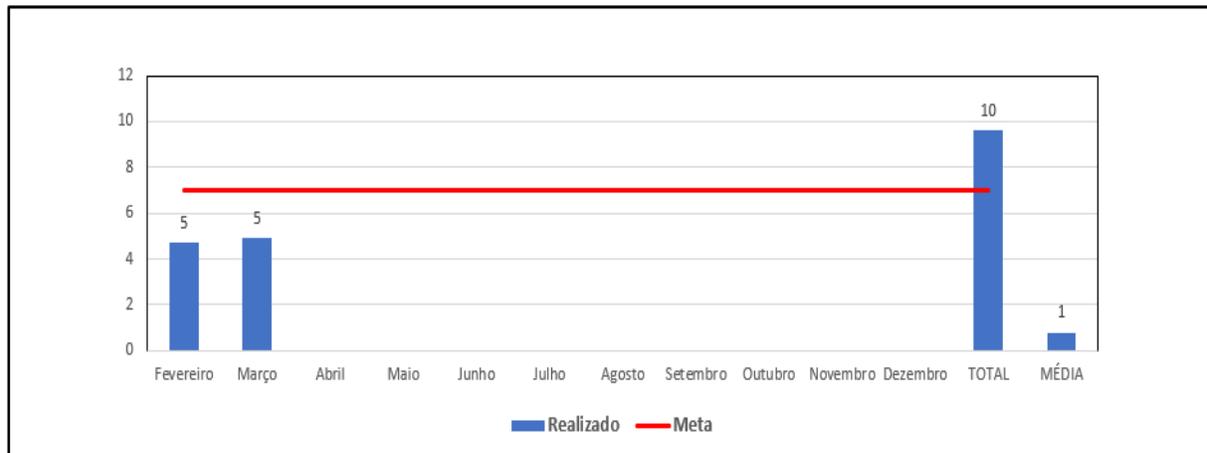
#### **Plano de Ação**

- Facilitar o acesso à informação de toda a equipe, a fim de, otimizar a entrada do paciente interno, externo e através do sistema CROSS a nossa unidade.
- Maior entrosamento entre o intensivistas e corpo clínico da emergência e unidades de internação, para que agilizemos as vagas solicitadas no menor tempo possível.
- Manter relação estreita com todos os parceiros internos, para que os recursos, manutenção, insumos e equipamentos estejam em pleno funcionamento, para que a unidade possa disponibilizar em tempo integral 100% da nossa capacidade operacional.
- Envolver a equipe de higiene para realização de terminais dos leitos serem mais rápidas e que possamos liberar vagas mais rapidamente.
- Dar recursos para a equipe médica se sentir segura em receber e ofertar vaga ao sistema CROSS e vagas internas.

## Nº 02

### Indicador: Média de Permanência (Dias)

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	5	5										10	1
Meta	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica: Meta realizada.** Gerenciamos na unidade 472 pacientes/dia com média de 05 dias de internação e 97 saídas.

Creemos, com o auxílio da equipe multidisciplinar ter como premissa, contribuir para que seja dado alta o mais precocemente ao nosso paciente para as enfermarias, para que o paciente possa estar acompanhado de seus familiares.

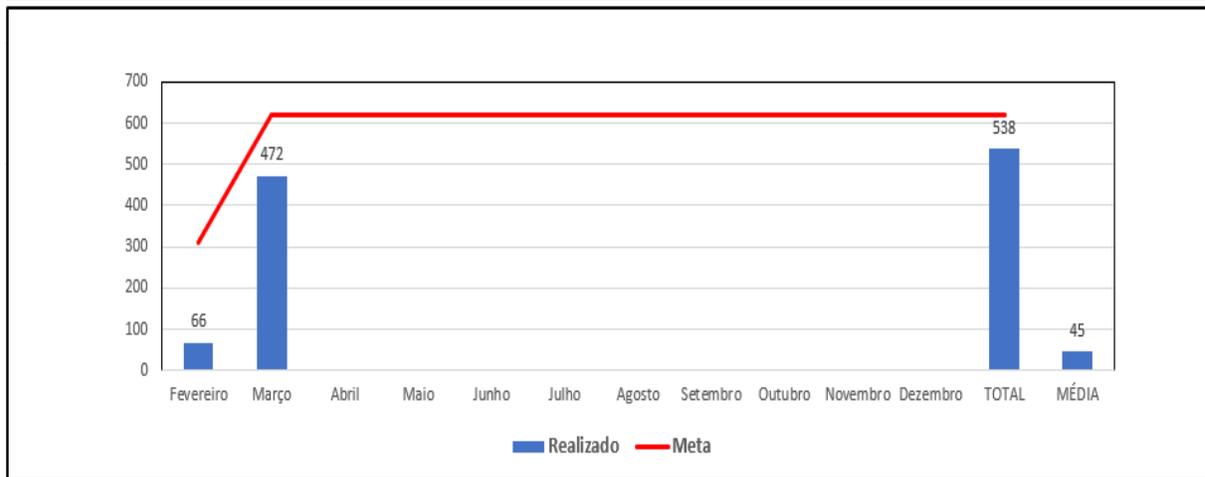
### Plano de Ação

- Pacientes crônicos, com prognóstico sem condições de melhora, é conversado com familiares para mantermos medidas de conforto, sendo positiva a resposta, solicitamos alta para enfermaria, com o paciente estável, para que ele possa estar acompanhado de seus familiares, visto que a melhora da condição clínica na uti não possível, devido seu estado crônico.
- Dar recursos e facilitar o trabalho da equipe médica para que os processos sejam realizados de forma organiza, a fim de, favorecer a alta segura e o mais precocemente possível.
- Estimar no momento da internação na unidade, uma previsão provável de alta, para que todos da equipe procurem atingir esse referencial de prazo.
- Criação/utilização de protocolos institucionais, para que façamos a unidade otimizar a oferta de seus leitos.

**Nº 03**

**Indicador: Paciente-dia**

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	66	472										538	45
Meta	310	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica:** A unidade gerenciou no período 472 pacientes/dia, ou seja, 76,12% da capacidade operacional total estimada que é de 620 pacientes/dia.

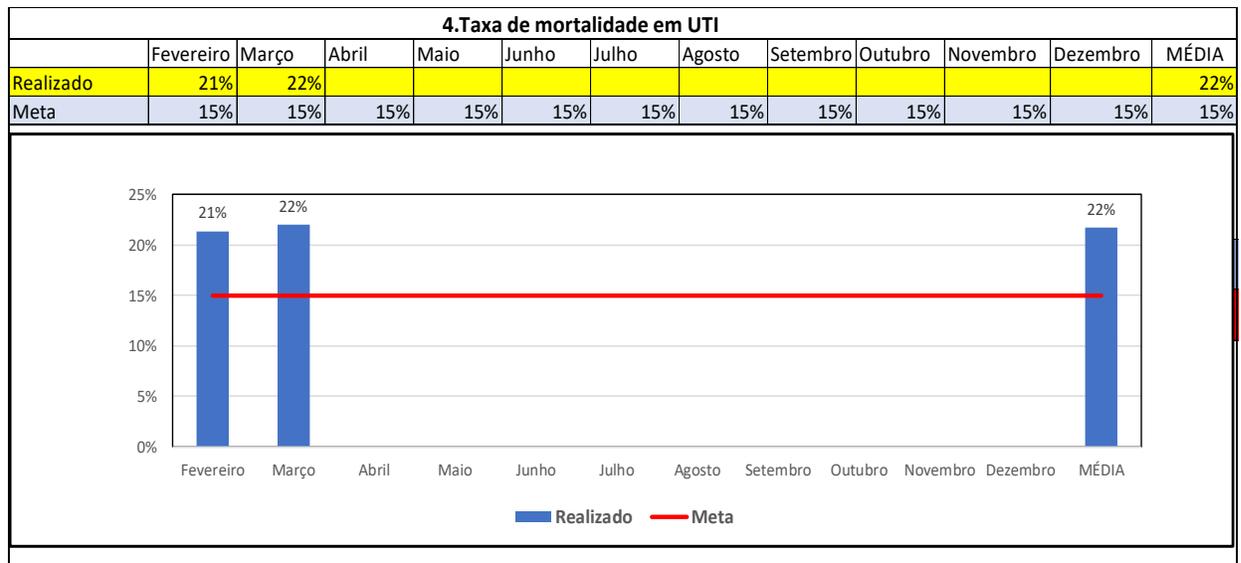
Tendo em vista a maturação e consolidação da equipe como time intensivista, conhecimento das rotinas e melhor adequação às necessidades da população atendidas pelo Hospital Geral de Vila Penteado (HGVP) os resultados positivos virão a curto e médio prazo.

**Plano de Ação**

- Otimizar as trocas de informações entre equipes sobre a assistência e continuidade das condutas entre os plantões.
- Estimular na visita multiprofissional o envolvimento de todos, a fim de, tomarem a melhor alternativa, com o objetivo de prestar um melhor cuidado ao paciente.
- Estimar no momento da internação na unidade, uma previsão provável de alta, para que todos da equipe procurem atingir esse referencial de prazo.
- Girar e melhorar a logística das vagas disponíveis, evitando com isso, bloqueio temporário de leito para reserva de vaga.
- Para casos de reserva cirúrgica, realizar apenas com 24h de antecedência e iremos confirmar no dia programado, se o procedimento ocorrerá, para que leitos não fiquem parados.

**Nº 04**

**Indicador: Taxa de mortalidade em UTI**



**Análise Crítica:** Analisando os óbitos do mês de março, observamos que dos 28 óbitos que tivemos na unidade, 7 óbitos ocorreram em menos de 24 horas da admissão na UTI, ou seja 21,64% de taxa de mortalidade após a exclusão desses 07 casos. Diante desse fato, buscamos a fundo as prováveis justificativas para tal ocorrido.

Dos dados analisados, esses 7 óbitos em menos de 24 horas, sendo que na admissão o escore médio de SAPS 3, atingiu o valor de 96% e a mortalidade em 89.1%.

Sabemos que a importância de uma análise epidemiológica quanto ao número de óbitos ocorridos em nossas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), destacando-se como objetivo a análise das ações de planejamento e organização de políticas e protocolos que ajudem todos os profissionais envolvidos abordarem os pacientes internados nesse setor e compreender as principais etiologias, disfunções e evolução quanto à idade, gênero e complicações desses pacientes. Para isso nos utilizamos alguns escores como SOFA e SAPS 3 e as medidas que devem ser adotadas em casos de alto risco de mortalidade.

Os pacientes que evoluíram a óbito foram pacientes clínico-cirúrgicos graves, de difícil manejo ventilatório, já com alterações de função renal e hemodinâmica, todos evoluíram rapidamente para a ventilação mecânica ou já estava na admissão e em uso de drogas vasoativas, associado a disfunção múltipla de órgãos.

Para finalizar, um comparativo geral com as UTIs do Brasil apresentado pelo site EPIMED, tivemos 22% de taxa de mortalidade geral nesse mês, sendo que em comparação dos dados obtidos da fonte EPIMED, a taxa de mortalidade nas UTIs brasileiras está em torno de 23%.

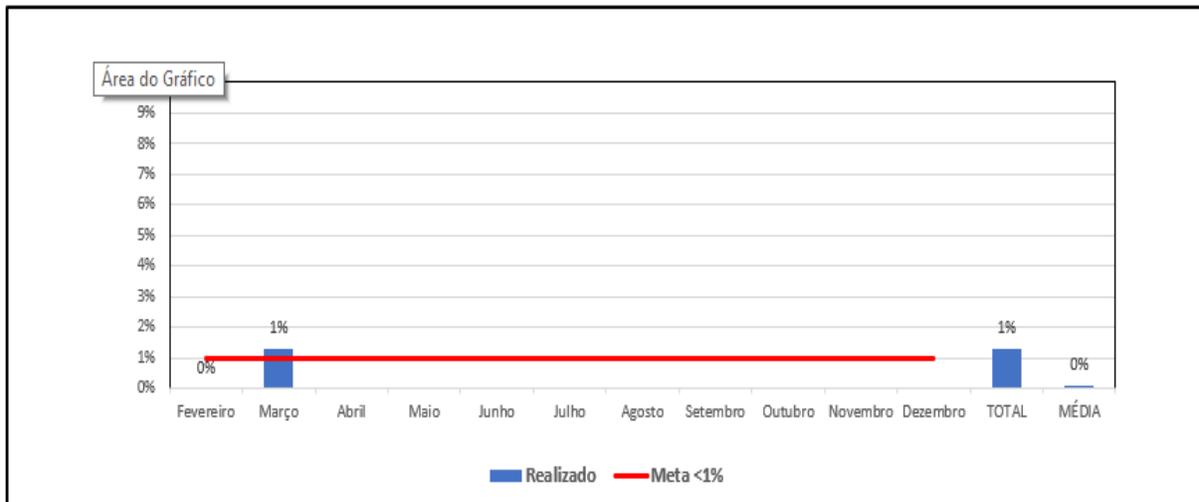
### **Plano de Ação**

- Levantamento da gravidade através da SAPS III, mostrando a mortalidade esperada x mortalidade obtida.
- Medidas de prevenção de IPCS, ITU e PAV, para minimizar os agravantes e risco para aumento da mortalidade.
- Divulgação de dados estatísticos para conhecimento de todos e busca da melhoria contínua.
- Obtenção dos recursos físicos, materiais e humanos para uma assistência de qualidade.
- Educação continuada para permanente, identificando as fragilidades que a equipe mostra diariamente e focando em treinamentos direcionados.

**Nº 05**

**Indicador: Taxa de reinternação em 24 horas**

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	0%	1%										1%	0%
Meta <1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%



Fonte: Sistema de Informação S4, controle com instrumento de coleta de dados FORMS e planilhas gerencias da unidade

**Análise Crítica:** No período, tivemos 472 pacientes/dia, sendo 76 saídas e 01 (uma) reinternação, o que corresponde a 1,3% de taxa de reinternação em 24 horas.

O caso foi da paciente: V.A.R, 85 anos, RH 261828-I com HD de EAP. Admitida na UTI B no dia 19/03/2022 às 12h30 e teve alta no dia 26/03/2022 à 01h00 com estado clínico melhorado e estável, nível de consciência com períodos de lucidez, mal de Parkinson, não contactante, controlado níveis pressóricos com medicação VO, exames sem sinais de infecção, sem desconforto no padrão respiratório e em ar ambiente.

Retornou no dia 27/03/2022 às 03h00 com, rebaixamento no nível de consciência, dificuldade no padrão respiratório e muito secretiva.

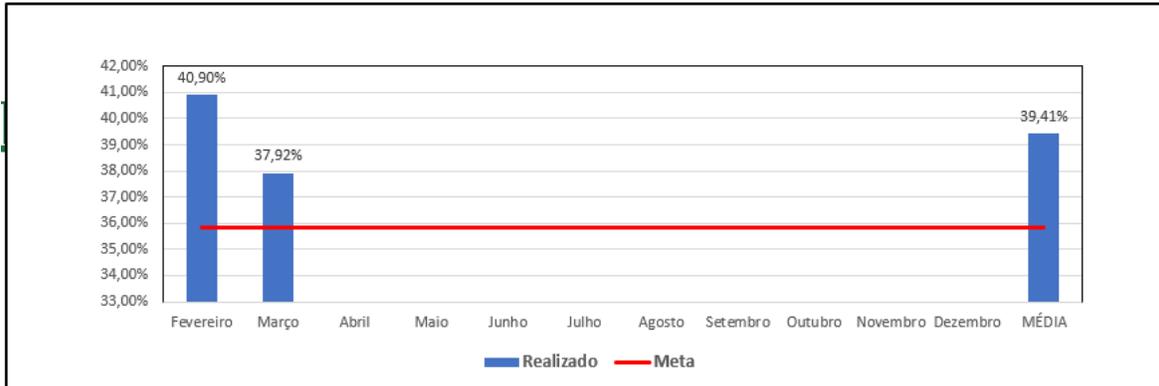
**Plano de Ação**

- Manter e melhorar a comunicação nas visitas multidisciplinares, a fim de uniformizar condutas e darmos altas com maior assertividade e com isso garantir que não reinternem em nossa unidade em menos de 24hs após alta.
- Avaliar o nível de dependência geral do paciente para que na unidade de internação haja continuidade da assistência adequada e o paciente não precise retornar a nossa unidade, por falha ou interrupção do cuidado programado na alta.
- Evolução de alta médica detalhada com as condutas, exames, antibióticos e intercorrências no período de internação na UTI, bem como uma passagem de plantão mais assertiva.

## Nº 06

### Indicador: Taxa de utilização de ventilação mecânica

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	37,92%										39,41%
Meta	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas, indicadores da fisioterapia e indicadores do HGVP.

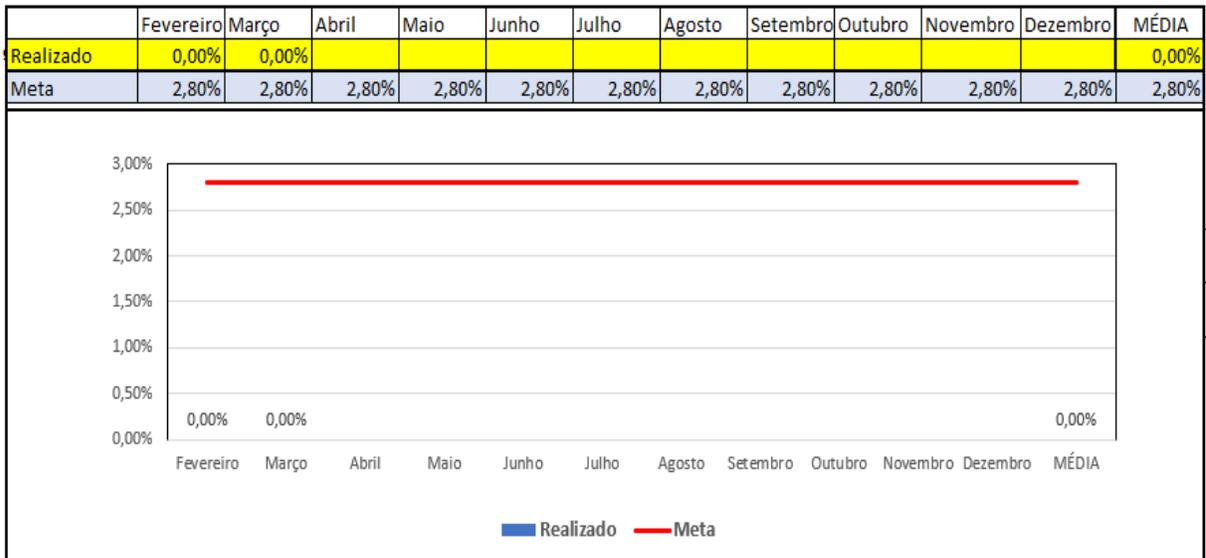
**Análise Crítica:** Tivemos um total 472 pacientes/dia, sendo que 179 pacientes/dia utilizaram ventilação mecânica no período, obtendo uma taxa de 37,92% de uso de ventilação mecânica, ultrapassamos o valor de referência do contrato, que é de  $\leq 35,83\%$ , justifica-se admissões de pacientes crônicos, provenientes de outros serviços e unidades, média alta de SAPS3, permanência por um período maior de ventilação mecânica devido difícil desmame ventilatório e também sequelas neurológicas.

### Plano de Ação

- Discussão com equipe médica sobre traqueostomia precoce em casos de sequelas neurológicas extensas.
- Implantação de protocolo de broncoaspiração.
- Implantação de protocolo de PAV.

## Nº 07

**Indicador: Densidade de incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central (CVC)**



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas e controle SCIH HGVP

**Análise Crítica:** Evidenciamos um total de 218 pacientes que utilizaram CVC no período, ou seja, 46,18% dos nos pacientes necessitaram de dispositivos venosos centrais.

Nenhum episódio de infecção primária de corrente sanguínea foi evidenciado no período.

Estamos aguardando o fechamento dos dados coletados pela CCIH para discussão e validação dos casos evidenciados pela CCIH caso exista.

E assim que tivermos os dados, atualizamos os indicadores.

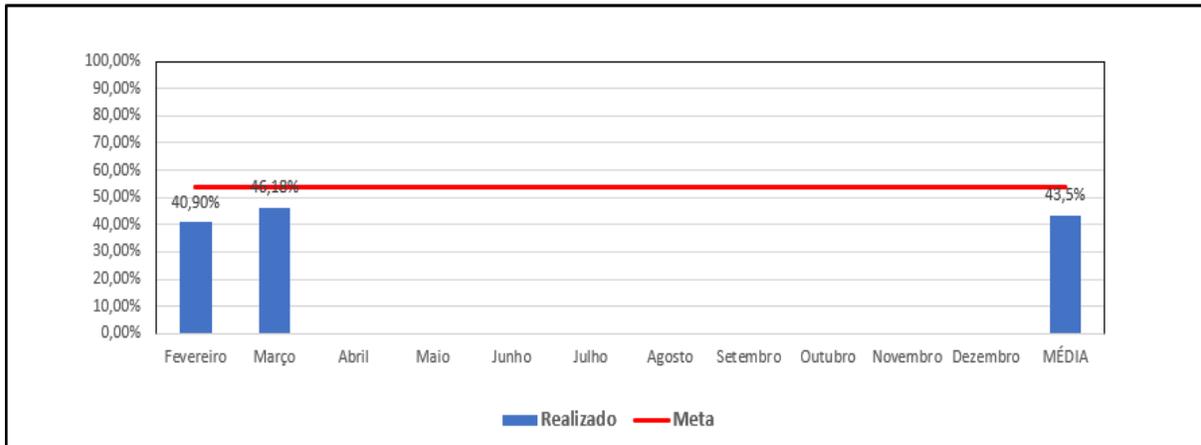
### Plano de Ação

- Iremos mensurar o consumo mensal de álcool gel, detergente e clorexidine degermante dos dispensers.
- Educação continuada e permanente com toda equipe para prevenção de IPCS.
- Tentaremos disponibilizar um armário em lugar apropriado, fora das dependências da UTI para que familiares deixem suas bolsas, mochilas, capacetes fora do ambiente crítico e com isso faremos mais uma barreira na prevenção de infecção.
- Programado com SCIH treinamento de lavagem de mãos para o mês de abril para toda a equipe.
- Aumentaremos a vigilância e realizaremos um trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar / CCIH, onde enfatizaremos a importância da antisepsia com swabs de álcool 70% antes de realizar cada medicação, manipulação de dispositivos de forma correta, adornos zero, touca na unidade e melhor preenchimento e acompanhamento dos bundles. Todas essas as ações serão tomadas com o objetivo de reduzir a taxa de ICS em nossa unidade.

## Nº 08

### Indicador: Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	46,18%										43,5%
Meta	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,6%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas / Planilha de Monitoramento diário, Sistema S4, SAPS3

**Análise Crítica:** Tivemos um número de 472 pacientes/dia no período, desses, 218 pacientes (46,18%) utilizaram CVC durante o período de internação.

Devido a gravidade de nossos pacientes evidenciada pelo preenchimento do SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score 3), visando estabelecer índice de mortalidade para pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) pela equipe médica na primeira hora de internação, tivemos um índice médio de gravidade de **69,5%**.

Diante dessa média elevada foram necessários que todos os recursos disponíveis para manutenção da vida dos pacientes fossem utilizados, em sua maioria a utilização de DVA/sedação é o que faz a sobrevivência de paciente aumentar, o que corrobora para a taxa dos indicadores de utilização acesso venoso central do período ser de 46,18%.

### Plano de Ação

- Devido a gravidade e criticidade do paciente e a necessidade de utilização de DVA para a manutenção da vida, temos como única opção a inserção do CVC.
- Necessidade de melhor manejo do paciente no setor de origem, pois muitas vezes ao ser admitido em nossa unidade, observamos a que o paciente já está muito instável e já recebendo DVA em altas concentrações, no entanto a passagem do CVC é realizada somente ao chegar em nossa unidade e/ou ele já adentra com o CVC e é acrescido aos nossos indicadores e com isso, eleva nossa taxa de utilização de CVC.

## Nº 09

### **Indicador:** Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0,0%
Meta	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Tivemos um número de 473 pacientes dia no período, desses, 218 pacientes (40,9%) utilizaram SVD durante o período de internação.

Devido a gravidade de nossos pacientes evidenciada pelo preenchimento do SAPS 3 pela equipe médica na primeira hora de internação, tivemos um índice médio de gravidade de **69,5%**. Diante dessa média elevada foram necessários que todos os recursos disponíveis para manutenção da vida dos pacientes fossem utiliza dos. O que justifica a monitorização rigorosa do débito urinário durante a internação com inserção da SVD.

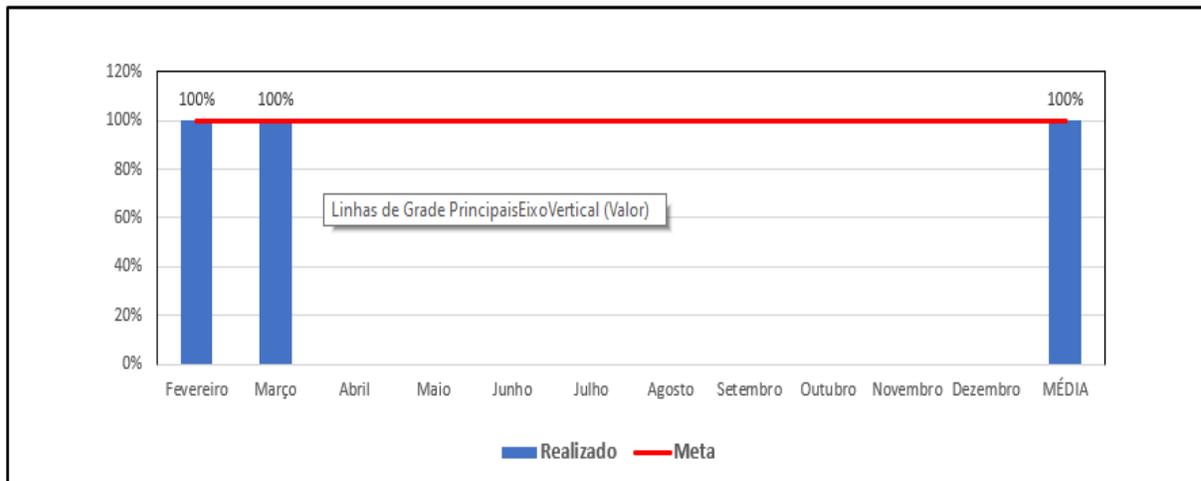
### **Plano de Ação**

- Melhorar a adesão a higiene íntima de qualidade, mesmo nos casos que não for dado o banho por completo.
- Avaliação na visita multidisciplinar para sacarmos o mais precocemente os dispositivos urinários.
- Troca dos dispositivos proveniente de outra unidade por mais de 48 horas

**Nº10**

**Indicador: Prontuários Evoluídos**

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	100%	100%										100%
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Fonte: Sistema de Informação S4

**Análise Crítica:** Equipe médica tem o acesso individual ao sistema S4 para realização de evolução e prescrição médica no sistema em 100% dos prontuários e em alguns casos, excepcionalmente é feito manualmente com o impresso institucional padronizado e organizado posteriormente em prontuário pela equipe de auxiliares administrativos.

**Plano de Ação**

- Dar continuidade nas auditorias e organização pelos auxiliares administrativos.
- Iremos inserir na tarefa diária dos auxiliares administrativos um caderno para passagem de plantão para que pendências que retornam do SAME seja resolvida em 24h após a entrega.
- Solicitaremos que as evoluções sejam preenchidas a cada 12h, para que contemplem o período da manhã e noite.

**Nº 11**

**Indicador: Reclamação ouvidoria**

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%										0,00%
Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1,00%



Fonte: Ouvidoria HGVP

**Análise Crítica:** Nenhum caso foi apresentado pelo setor de ouvidoria no período.

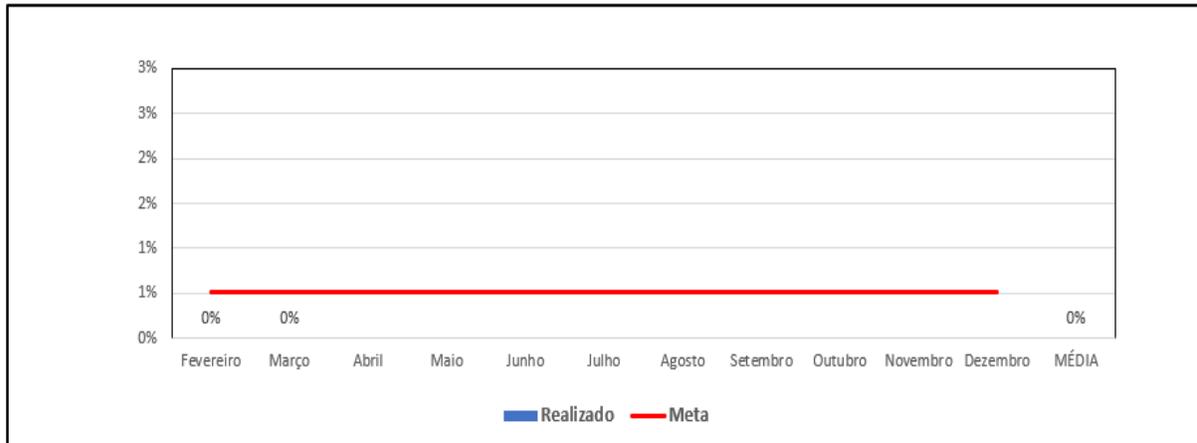
**Plano de Ação**

- Dar continuidade em atender e esclarecer dúvidas aos familiares no horário de visita;
- Como meta, queremos instituir que o médico converse com a família na sala de acolhimento antes do familiar adentrar a UTI, fazendo com um isso, uma visita de melhor qualidade, organizada, humanizada.

**Nº 12**

**Indicador: Incidência de queda**

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0%
Meta	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Não tivemos nenhum caso de queda, sendo que tivemos 472 pacientes dia no período.

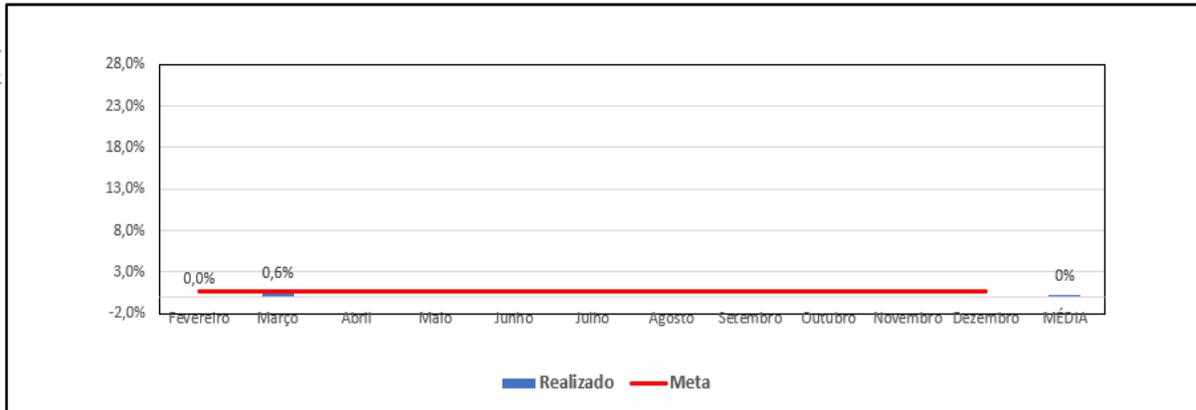
**Plano de Ação**

- Dar continuidade na prevenção de queda.
- Identificar os casos com maior risco com a implantação da escala de Morse.
- Conter de forma técnica e com contenção adequada

### **Nº 13**

#### **Indicador: Índice de úlcera por pressão**

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,0%	0,6%										0%
Meta	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	0,71%	



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Para a base cálculo utilizamos, o número de casos, 03 (três), multiplicamos pelo coeficiente 100 e dividimos pelo número total de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP, sendo assim, 472 pacientes.

Tivemos com isso um denominador de 0,63% de índice de UPP no período, atingindo a meta do contrato que é de 0,71%. Tivemos um total de 11 avaliações da estomaterapeuta, devido vários pacientes que estavam com tempo prolongado de internação no pronto socorro e foram admitidos em nossos leitos, também uma boa parcela dos pacientes admitidos via Cross, já chegaram com UPP.

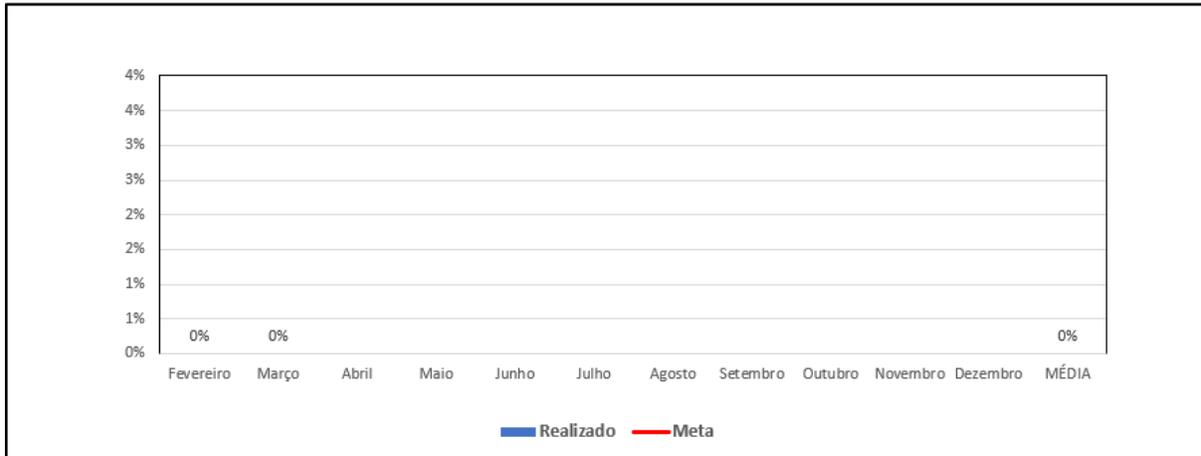
#### **Plano de Ação**

- Dar continuidade na prevenção de UPP.
- Identificar os casos com maior risco com a implantação de Braden,
- Cobrança da equipe de enfermagem para a mudança de decúbito ou descompressão de proeminências.
- Solicitação de avaliação do grupo de estomaterapia liderado ela Enfª Sidneia, onde ela disponibiliza o material adequado para cada caso, bem como as orientações pontuais sobre cuidados e coberturas para cada tipo de lesão.
- Otimizado o uso de colchão piramidal para casos que apresentam maior risco.

**Nº14**

**Indicador: Incidência de erro de medicação**

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0%
Meta	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas e Instrumento de coleta de dados e informativo farmacêutico.

**Análise Crítica:** Não temos como mensurar esse indicador de forma fidedigna, visto que se trata de uma ação que muitas das vezes é subnotificada e/ou não chega ao conhecimento da chefia imediata, o sistema não é integrado com a farmácia e a checagem é feita manualmente. Devido esse motivo, período nenhum caso foi notificado.

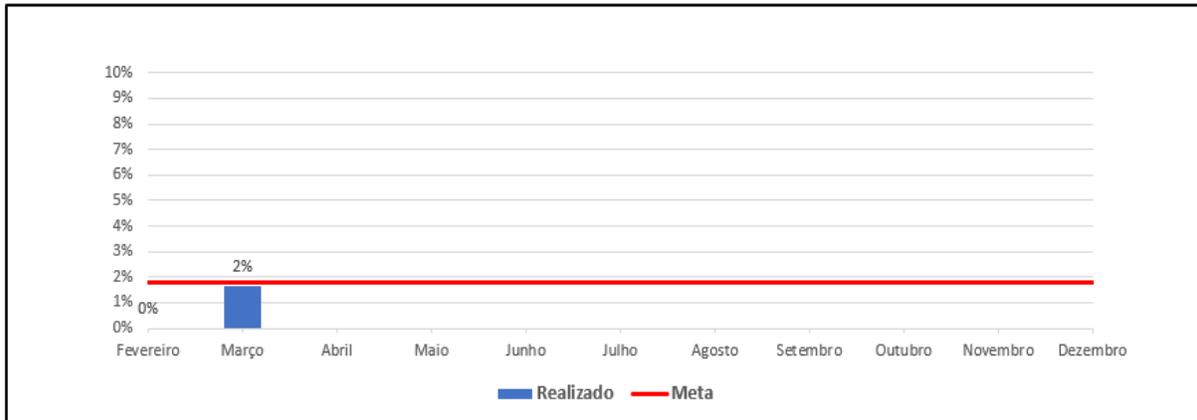
**Plano de Ação**

- Dar continuidade na prevenção de queda.
- Identificar os casos com maior risco com a implantação da escala de Morse.
- Conter de forma técnica e com contenção adequada

## Nº 15

### Indicador: Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	1,67%										0,84%
Meta	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Tivemos 184 pacientes com uso de sonda oro/nasogastroenteral e tivemos no período 03 pacientes que perderam a sonda oro/nasogastroenteral, o que corresponde a 1,67%.

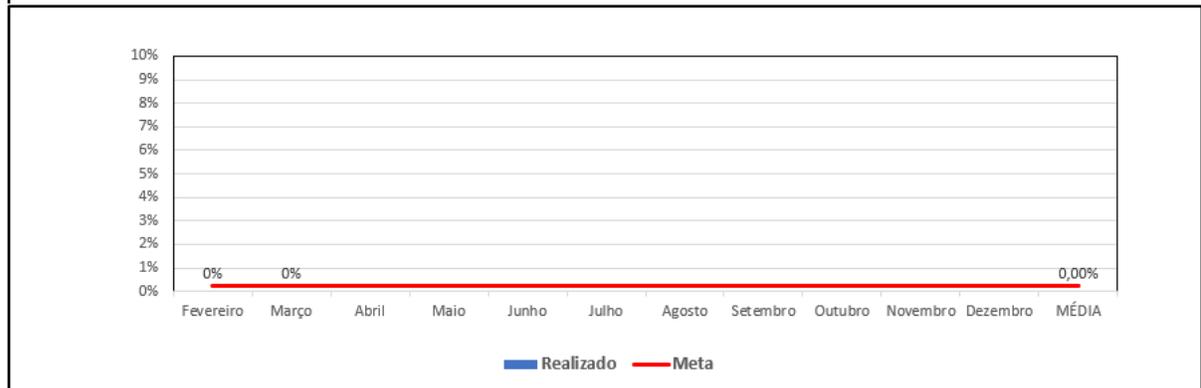
### Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de perda de sonda oro/nasogastroenteral.
- Identificar os casos com maior risco e conter de forma técnica e adequada.
- Fixação correta e organização efetiva do leito.
- Treinamento e educação continuada com a equipe de enfermagem.

## Nº 16

### Indicador: Incidência de flebite

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0,00%
Meta	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Não tivemos nenhum caso de flebite em nossa unidade e no período, foram 472 pacientes dia, sendo que 227 deles (48,09%), utilizaram AVP e 218 pacientes (46,18%) utilizaram o CVC.

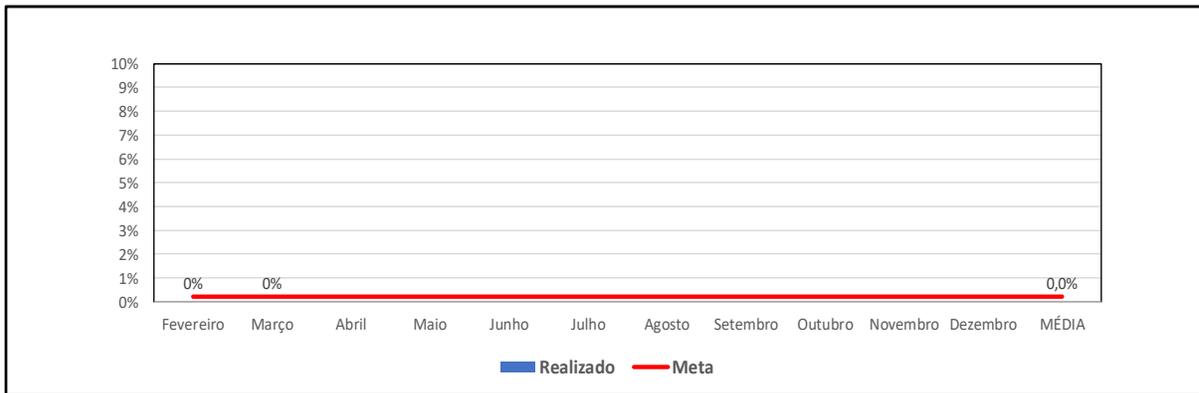
### Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de flebite.
- Utilizar os swabs de álcool 70% para realização de punção periférica.
- Cobrança da equipe médica para os cuidados quanto a assepsia e paramentação adequada na passagem de CVC.

## Nº 17

### Indicador: Incidência de perda de cateter central (CVC)

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0,0%
Meta	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Não tivemos nenhum caso de perda em nossa unidade e foram 472 pacientes dia, sendo que, 218 pacientes (46,18%) utilizaram o CVC.

### Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de perda de CVC.
- Ofertar material e insumos adequado para a equipe médica fixar de forma correta o CVC.
- Organização do leito e atenção ao paciente com agitação psicomotora.

**Nº 18**

**Indicador: Incidência de perda de cateter central de inserção periférica (PICC)**

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0,0%
Meta	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Esse dispositivo não é padrão no HGVP, portanto sem dados para nosso relatório.

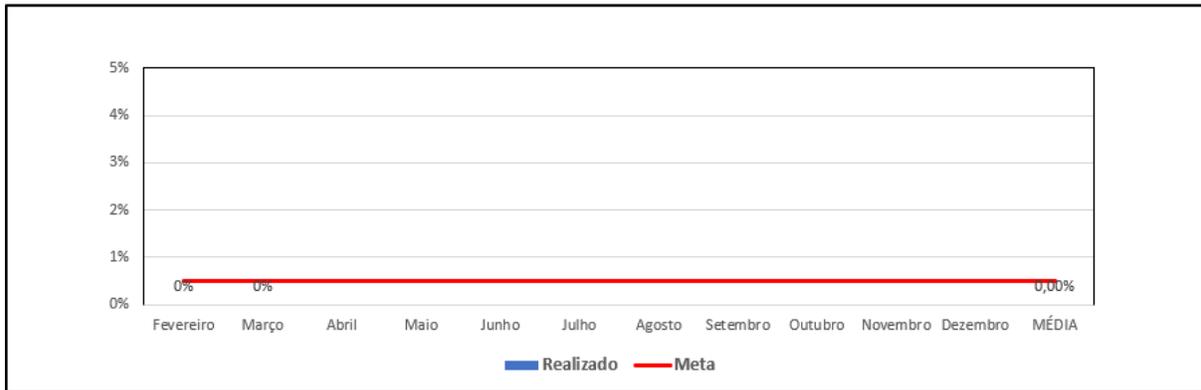
**Plano de Ação**

- Não se aplica.

## Nº 19

### Indicador: Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%										0,00%
Meta	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%



Fonte: Formulário Google Forms – Registro de Altas

**Análise Crítica:** Tivemos um total 472 pacientes/dia, sendo que 179 pacientes/dia utilizaram ventilação mecânica no período, obtendo uma taxa de 37,92% de uso de ventilação mecânica.

Mesmo diante de cenário de pacientes crônicos, provenientes de outros serviços e unidades, média alta de SAPS3 e necessitando de ventilação mecânica, não tivemos nenhuma extubação acidental, o que nos deixa bastante confiantes e nos mostra que estamos no caminho correto. Enfatizamos o bom trabalho de nossa equipe de fisioterapia, bem como os profissionais da equipe multiprofissional que contribuíram para esse ótimo desfecho no mês.

### Plano de Ação

- Orientações a equipe da Fisioterapia e Enfermagem sobre trocas de fixações de Cânula Orotraqueal ocorrer da forma adequada.
- Orientações para equipe da Fisioterapia e Enfermagem sobre o posicionamento correto do circuito do ventilador mecânico no suporte.
- Discussão com equipe médica ajustes de sedações e contenções mecânica.