

---

**RELATÓRIO ASSISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO**

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**  
**HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO – HGVP**

**SÃO PAULO / SP**  
**ABRIL / 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: abril 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 Pentead (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 Pentead (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 a boa assistência seja prestada aos nossos pacientes.

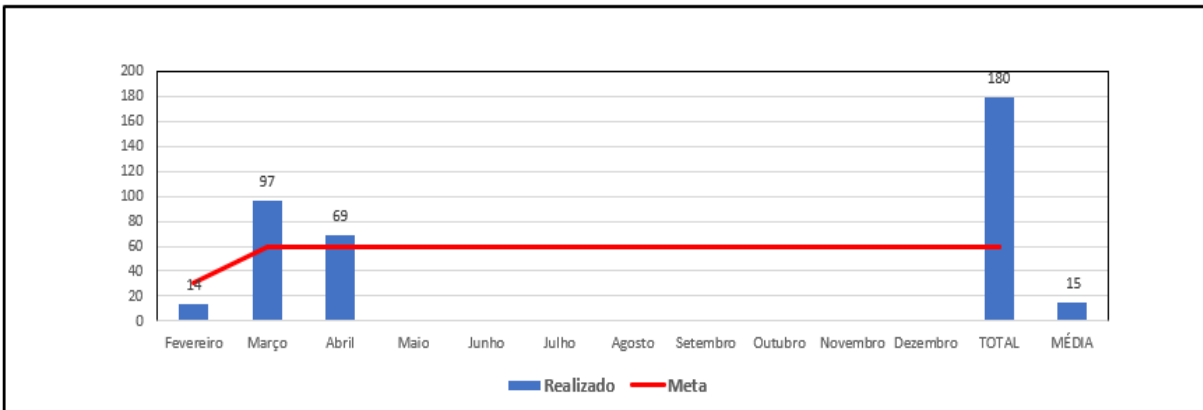
## 1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

### INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

#### Nº 01

#### Indicador: Saídas

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	14	97	69									180	15
Meta	30	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Perc.	47%	162%	115%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	300%	#DIV/0!



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica:** Tivemos no período, um total de 69 saídas, atingindo a meta estipulada pelo contrato, entretanto, não foi melhor, devido o tempo de permanência da unidade ter aumentado em média 35%, ou seja, de 05 (cinco) dias no mês de março, para 07 (sete) dias nesse mês.

Também o que influenciou negativamente as saídas, foram as admissões de pacientes moribundos, sem prognósticos e paliativos proveniente da sala de emergência e unidades de internação.

Com isso não favoreceu para uma melhor rotatividade de leitos na unidade. Essa falta de rotatividade, nos desfavorece em vários outros indicadores, pois estão atrelados diretamente a esse quantitativo, visto que, quanto mais saídas tivermos no período, mais positivo serão nossos números gerais.

#### 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.
- Melhoramos a comunicação com supervisão da clínica médica e cirúrgica, a fim de otimizarmos a logística das altas.
- Avaliaremos a possibilidade de não contabilizarmos esses pacientes que não tem condições de recuperação e já são admitidos na unidade sem prognóstico de alta, visto que o óbito é certo para a maioria desses casos.

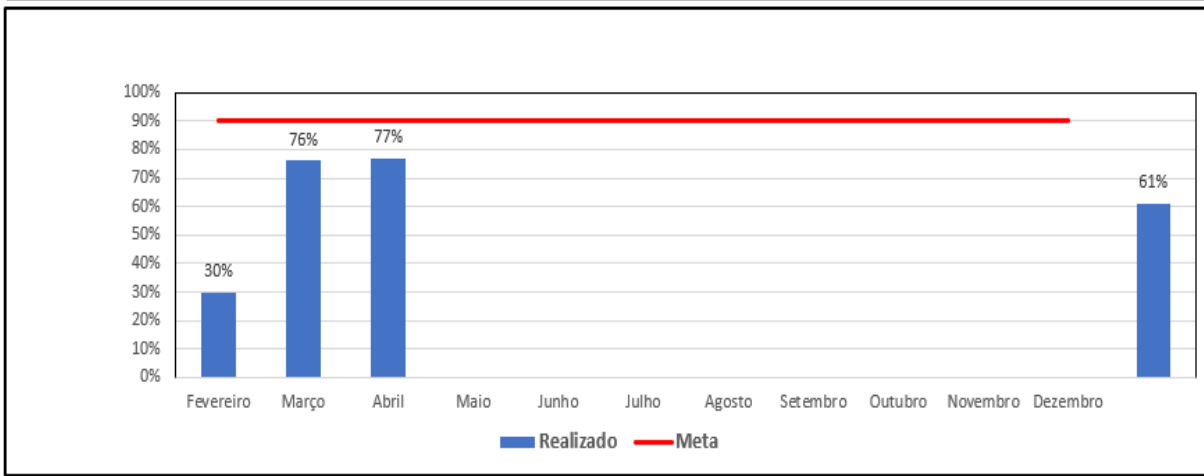
## 1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

### REMUNERAÇÃO VARIÁVEL

#### Nº 01

**Indicador:** Taxa de ocupação

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	30%	76%	77%									61%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica:** A unidade conseguiu ultrapassar os 85% de taxa de ocupação em vários dias no período, pois estamos em pleno funcionamento operacional, ajustando constantemente rotinas e nos adequando a melhor maneira de otimizar as admissões na unidade.

Tivemos um quantitativo elevado de mortalidade de pacientes que não sobreviveram às primeiras 24h, admissão de pacientes sem condições de recuperação e índice de mortalidade alto e tais fatores, corroboraram para que essa taxa de ocupação não fosse atingida, entretanto, estamos em uma tendência de alta e com a observação desse período, estratégias estão sendo traçadas para melhorar esse indicador e conseqüentemente, atingirmos a meta de 90% de taxa de ocupação.

#### Plano de Ação

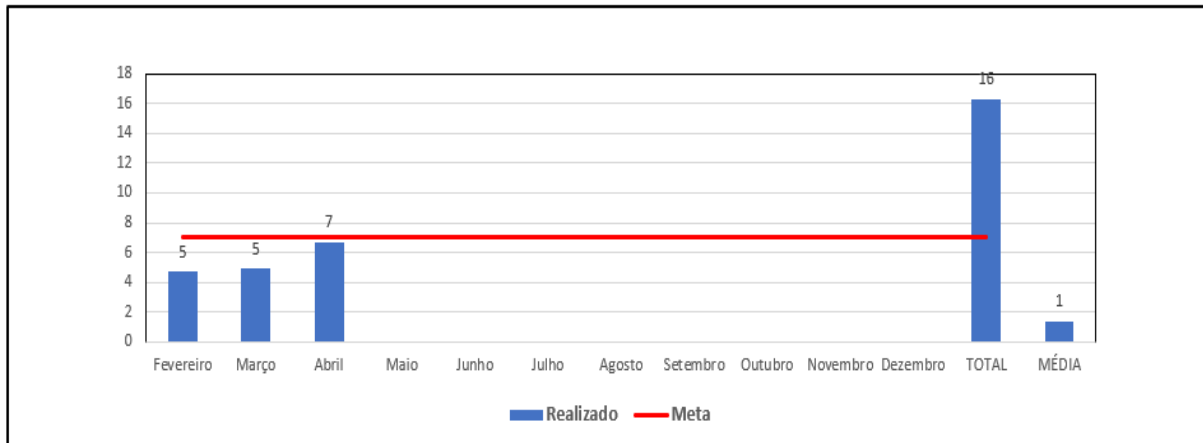
- Pela manhã estamos disponibilizando o censo atualizado para os coordenadores médicos, a fim de otimizarmos as vagas para o pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de internação e na falta, abriremos vaga para o CROSS.
- Manter relação estreita com todos os parceiros internos, para que os recursos, manutenção, insumos e equipamentos estejam em pleno funcionamento, para que a unidade possa disponibilizar em tempo integral 100% da nossa capacidade operacional.
- 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.
- Envolver a equipe de higiene para realização de terminais dos leitos serem mais rápidas e que possamos liberar vagas mais rapidamente.



## Nº 02

### Indicador: Média de Permanência (Dias)

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	5	5	7									16	1
Meta	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

**Análise Crítica:** A unidade administrou no período, 462 pacientes/dia, com média de 07 (sete) dias de internação, ou seja, um aumento de 35% em relação ao mesmo período do mês passado, onde tivemos uma média de 05 (cinco) dias de internação.

Nosso objetivo como equipe multidisciplinar é contribuir para que seja dado alta hospitalar o mais precocemente possível, para que esse paciente possa ser desospitalizado o mais brevemente. No entanto, com o perfil de pacientes que recebemos nesse período, contribuiu bastante para atingirmos esse indicador.

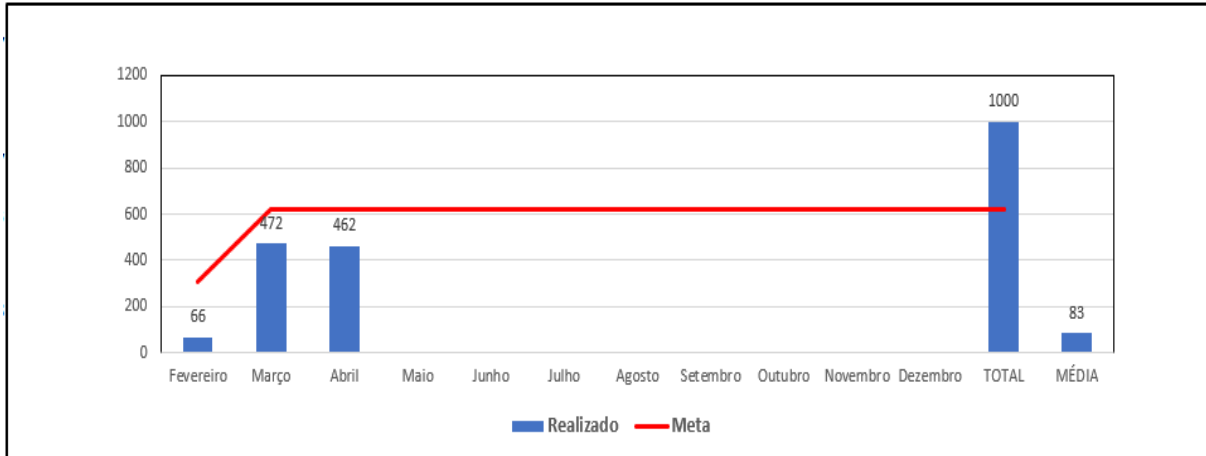
### Plano de Ação

- 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 organizada, 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	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	66	472	462									1000	83
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 462 pacientes/dia, ou seja, 74,51% da capacidade operacional total estimada, que é de 620 pacientes/dia.

No período, tivemos algumas vagas que ficaram à disposição do HGVP e que não foram solicitadas por falta de demanda mesmo. Alguns pacientes da emergência e unidade de internação não necessitavam de vaga de unidade de terapia intensiva e com isso contribuiu para que não atingíssemos a meta do contrato nesse mês.

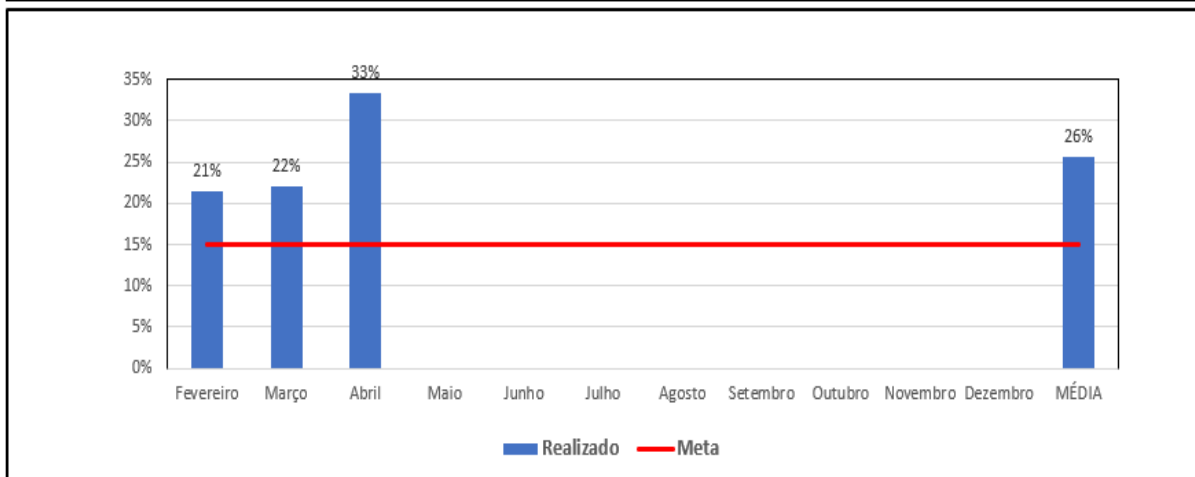
#### Plano de Ação

- Estamos disponibilizando o censo atualizado para os coordenadores médicos, a fim de otimizarmos as vagas para o pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de internação e na falta, abriremos vaga para o CROSS, com o objetivo de atingirmos a meta de 620 pacientes/dia no mês.
- 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;
- Rever meta com a Diretoria do HGVP, considerando nº de paciente/dia necessário para o cumprimento da meta ser superior ao nº de leitos pactuados.

## Nº 04

### Indicador: Taxa de mortalidade em UTI

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	21%	22%	33%									26%
Meta	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%



Fonte: Instrumento de coleta de dados, sistema de informação hospitalar S4, SAME e <http://www.utisbrasil.com.br/benchmarking>

**Análise Crítica:** Ao analisar os dados da nossa UTI, temos como principal observação os óbitos de abril. E observamos que grande parte dos pacientes ou seja 29.41% do total de óbito ou seja 10 pacientes, evoluíram nas primeiras 24 horas de internação na Uti, sendo assim essas respectivas cifras de mortalidade, nos tem mostrado que os paciente além da alta complexidade, os paciente já chegam com preditores de mortalidade altos, chegando a mais de 90% de mortalidade nas primeiras horas de admissão. Muitas vezes devido quadro de insuficiência respiratória e a instabilidade hemodinâmica que representaram os principais motivos de admissão, entre aqueles com instabilidade hemodinâmica uma porcentagem mais expressiva morreu, o que pode ser explicado pela gravidade desses pacientes, onde a maioria encontrava-se em choque (hipovolêmico ou séptico), condição aguda passível de rápido tratamento e recuperação ou morte precoce pela gravidade do quadro. As comorbidades estiveram associadas à maioria das admissões, a presença de comorbidades pode ser entendida como reflexo da idade elevada ou da maior susceptibilidade da população com tais doenças em desenvolver complicações graves. A categoria mais frequente de diagnósticos, relacionada às doenças do aparelho respiratório, o aparecimento de muitas doenças do aparelho digestivo pode ser explicado por se tratar de uma UTI de referência em casos clínicos e cirúrgicos inserida em um hospital com uma demanda acentuada de casos abdominais agudos. Uma taxa de mortalidade semelhante entre os pacientes com patologias respiratórias e digestivas refere-se provavelmente a alta demanda de afecções abdominais agudas já complicadas que são admitidas na UTI, muitas vezes como suporte terapêutico no pós-operatório imediato para as cirurgias de urgência, mais de 75% dos paciente também já apresentavam Insuficiência Renal Aguda (IRA) como uma das morbidades, sendo também fortemente relacionadas ao óbito. Além, portanto, dos óbitos em menos de 24 horas, tivemos mais 12 casos com escore SAPS 3 altos, indicando que esses pacientes já teriam chances de evolução desfavorável mesmo aplicando toda terapêutica necessária.

Com uma possível exclusão desses casos de mortalidade elevada, o que já era esperado, independente da unidade ou recursos empregados, iríamos ter uma taxa mortalidade real da unidade de mortalidade 15,94%, bem abaixo da média nacional de 23% segundo a fonte: <http://www.utisbrasil.com.br/sari-covid-19/benchmarking-covid-19/> e estaríamos bem próximo a meta do contrato que é de 15%.

Estamos a disposição para mostrar que nesse sistema Epimed, há uma classificação de gravidade/complexidade que varia entre 1 a 5, onde o paciente classificado como 5, corresponde a esses casos em que contribuíram para a alta taxa de mortalidade no período e, que mesmo com o emprego de todos os recursos e medidas adequadas o desfecho seria desfavorável.

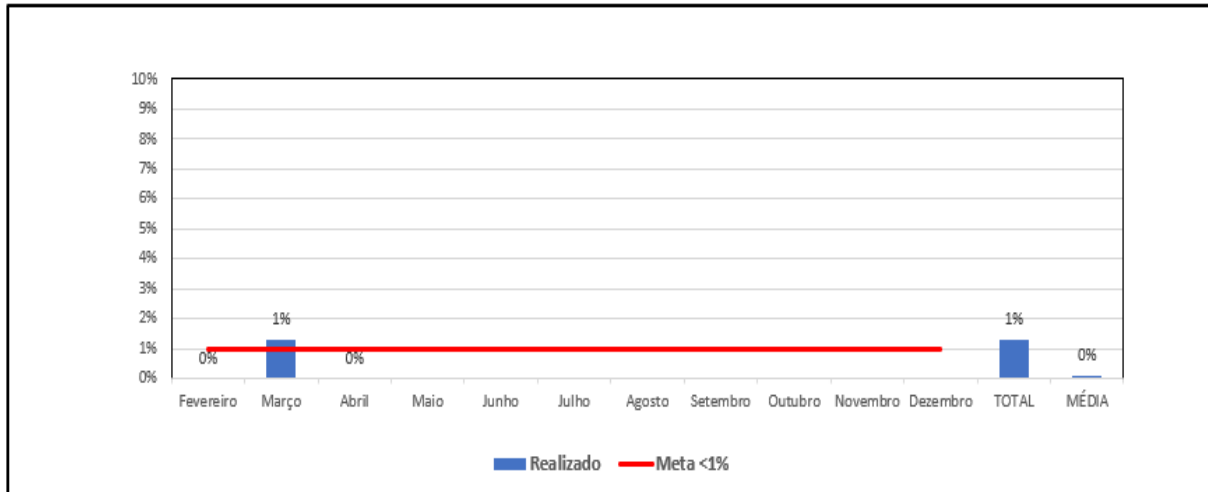
### **Plano de Ação**

- 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.
- Excluirmos dos indicadores esses casos que recebemos das unidades de internação onde a manutenção da vida é incompatível com os recursos empregados.

**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%	0%									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 Epimed e planilhas gerencias da unidade

**Análise Crítica:** No período, tivemos 462 pacientes/dia, sendo 69 saídas e nenhuma reinternação em menos de 24 horas.

Ficamos satisfeitos com esse resultado, visto que demonstra que as altas dadas na unidade, estão sendo realizadas com muito critério pela equipe multidisciplinar, o que refletiu positivamente no cuidado prestado internado em nossa UTI.

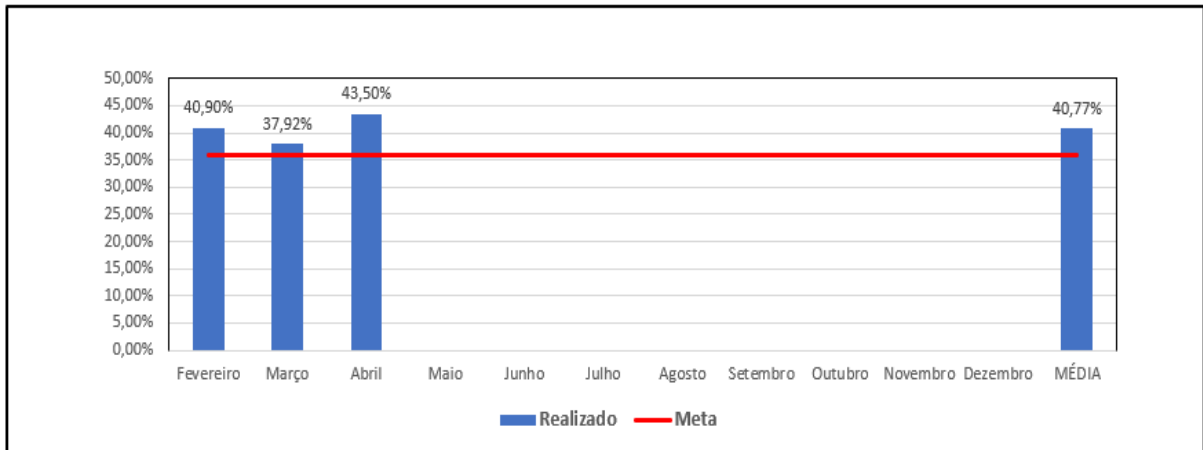
**Plano de Ação**

- 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%	43,50%									40,77%
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.

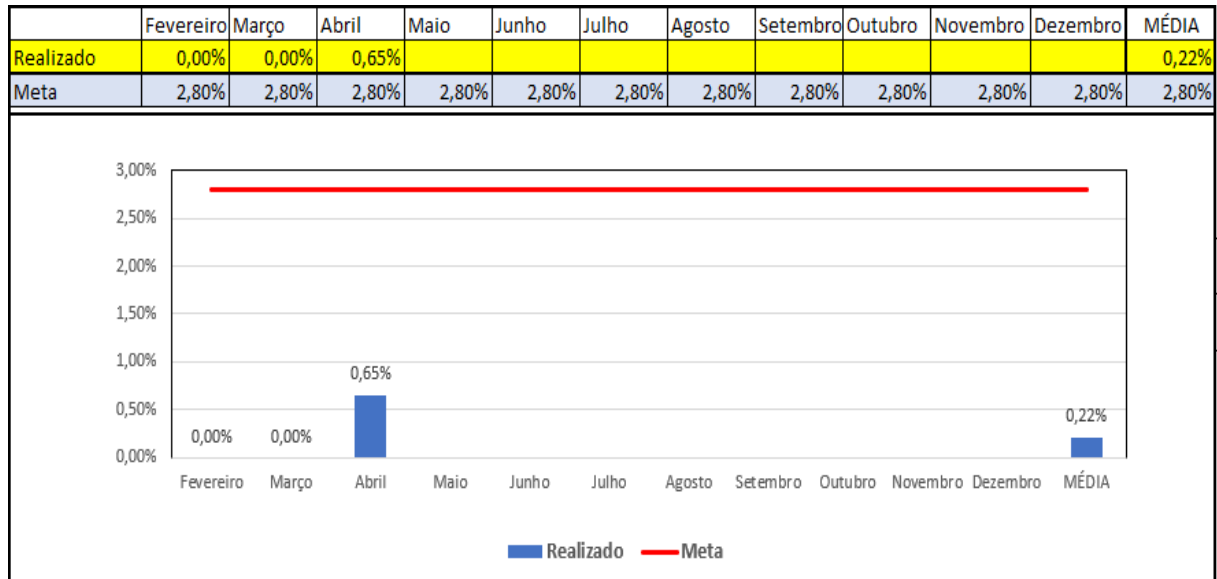
**Análise Crítica:** Tivemos um total 462 pacientes/dia, sendo que 201 pacientes/dia utilizaram ventilação mecânica no período, obtendo uma taxa de 43,50% de uso de ventilação mecânica. Ultrapassamos o valor de referência do contrato, que é de  $\leq 35,83\%$ , justifica-se admissões de pacientes crônicos, provenientes de outros serviços e unidades, média alta de SAPS3, permanência por um período maior de ventilação mecânica devido difícil desmame ventilatório, também sequelas neurológicas e o perfil do paciente que admitimos nesse período.

**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)**



**Análise Crítica:** Evidenciamos um total de 304 pacientes que utilizaram CVC no período, ou seja, 65,80% dos nos pacientes necessitaram de dispositivos venosos centrais.

Tivemos 02 (dois) casos de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) no período, esse número, representa uma taxa de 0,65%, o que nos deixa bastante otimistas com as medidas de combate as IPCS realizadas na unidade, como orientação diária para melhora na lavagem da mãos, preenchimento de bundles corretamente, dispenser de álcool gel à beira leito, mensuração mensal do consumo de álcool e clorexidina para lavagem das mãos e treinamento de lavagem das mãos.

Os dados foram fornecidos pela CCIH no dia 13.05.2022

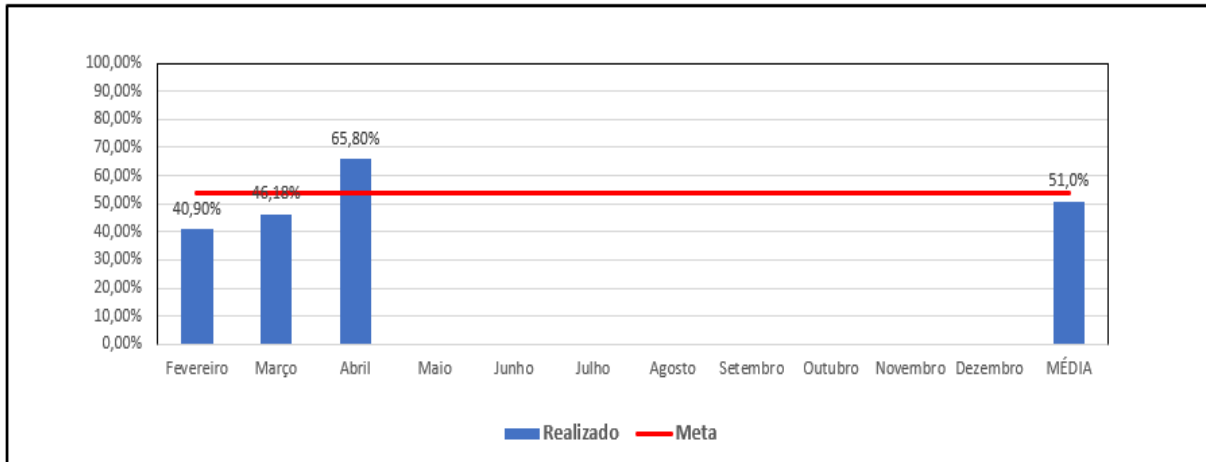
**Plano de Ação**

- Compramos dispensers de álcool e colocamos nas mesas de apoio beira leito para uso em livre demanda na unidade.
- Iremos mensurar o consumo mensal de álcool gel, detergente e clorexidina 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 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%	65,80%									51,0%
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 462 pacientes/dia no período, desses, 304 pacientes (65,80%) 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 75%.

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 sobrevida de paciente aumentar, o que corrobora para que a taxa dos indicadores de utilização acesso venoso central do período fosse de 65,80%.

### Plano de Ação

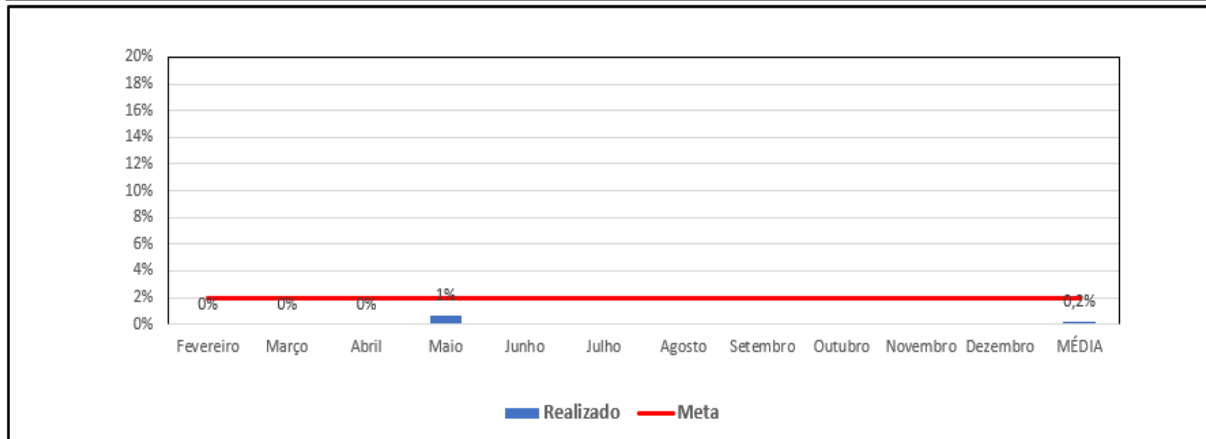
- Devido a gravidade e criticidade do paciente e a necessidade de utilização de DVA para a manutenção da vida, temos como única opção a inserção do CVC.
- Necessidade de melhor manejo do paciente no setor de origem, pois muitas vezes ao ser admitido em nossa unidade, observamos a que o paciente já está 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%	1%								0,2%
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 462 pacientes/dia no período, desses, 282 pacientes (61,3%) utilizaram SVD durante o período de internação.

Pelo SCIH foi evidenciado 02 (dois) casos de infecção do trato urinário (ITU), sendo um caso em cada unidade, o que nos dá uma taxa geral de 0,70%. Dado bastante satisfatório para a unidade, pois tivemos 282 pacientes com SVD.

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 73%. Diante dessa média elevada foram necessários que todos os recursos disponíveis para manutenção da vida dos pacientes fossem utilizados. O que justifica a monitorização rigorosa do débito urinário durante a internação com a inserção da SVD.

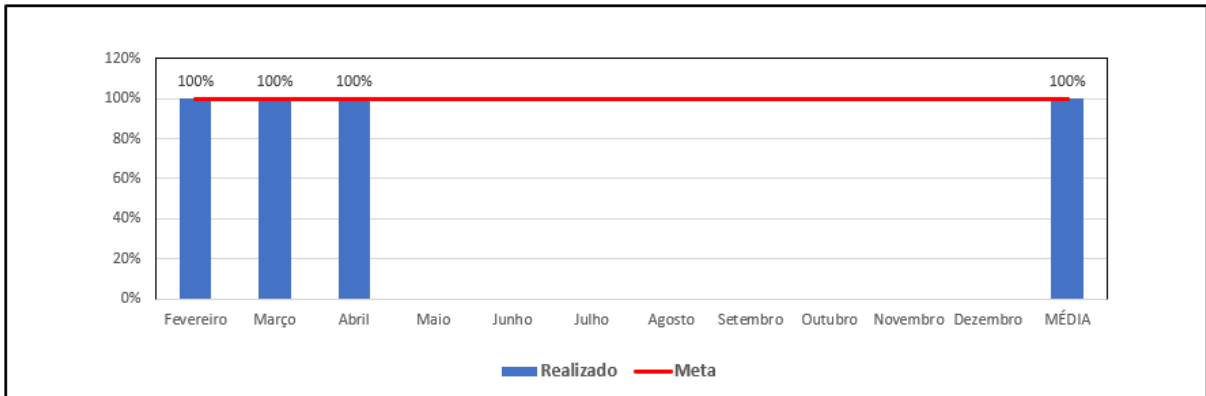
### Plano de Ação

- 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	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	100%	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.

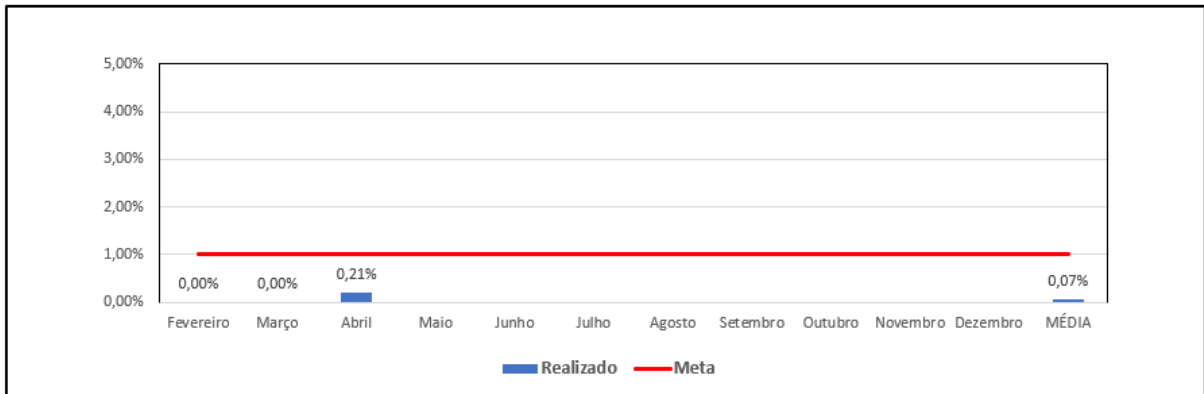
### Plano de Ação

- Exigimos que os prontuários desçam com evolução diária do enfermeiro, fisioterapeuta e médico.
- 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	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%	0,21%									0,07%
Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1,00%



Fonte: Ouvidoria HGVP

**Análise Crítica:** Tivemos um caso foi apresentado pelo setor de ouvidoria no período do paciente: P.R.M. relacionado a lesão por pressão e respondida em tempo hábil, o que nos deu uma taxa de 0,21% e atingimos a meta do contrato.

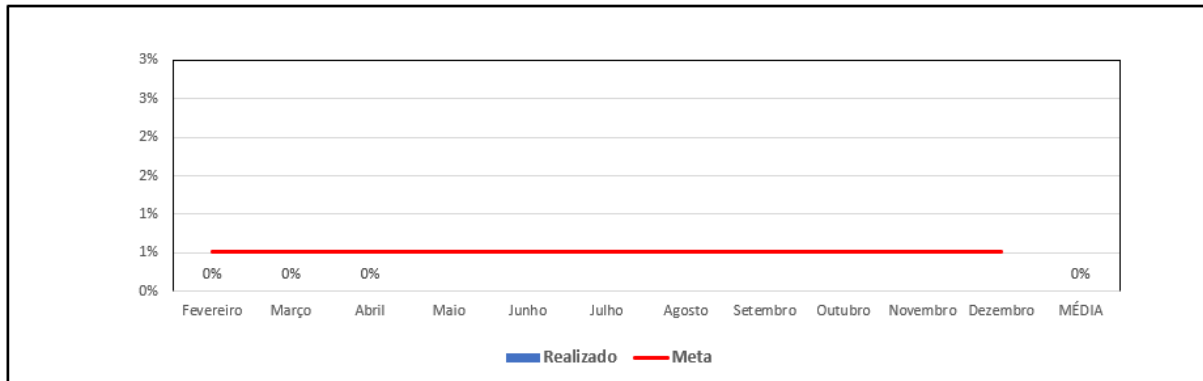
**Plano de Ação**

- 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	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	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 gerenciamos 462 pacientes dia no período.

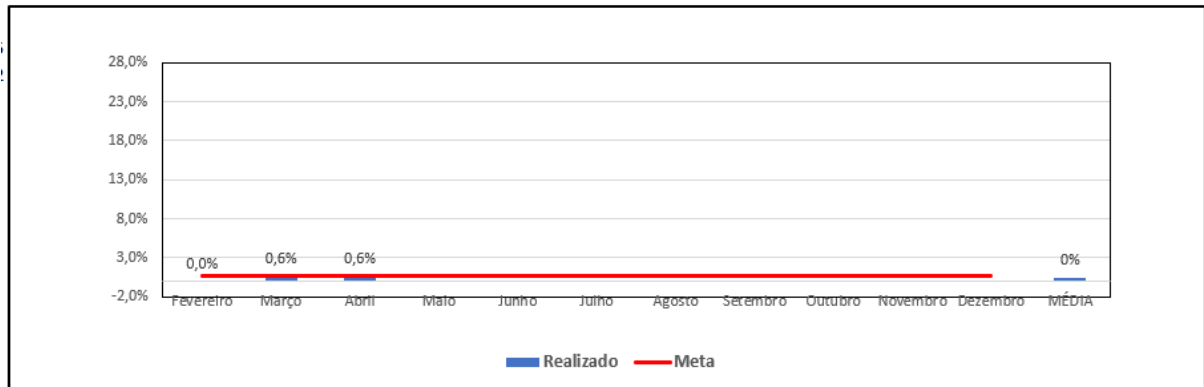
### Plano de Ação

- 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	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,0%	0,6%	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, 462 pacientes.

Tivemos com isso um denominador de 0,64% de índice de UPP no período, atingindo a meta do contrato que é de 0,71%. Tivemos um total de 10 avaliações da estomaterapeuta, devido vários pacientes que foram admitidos da unidade de internação com UPP e que estavam internados por longo período.

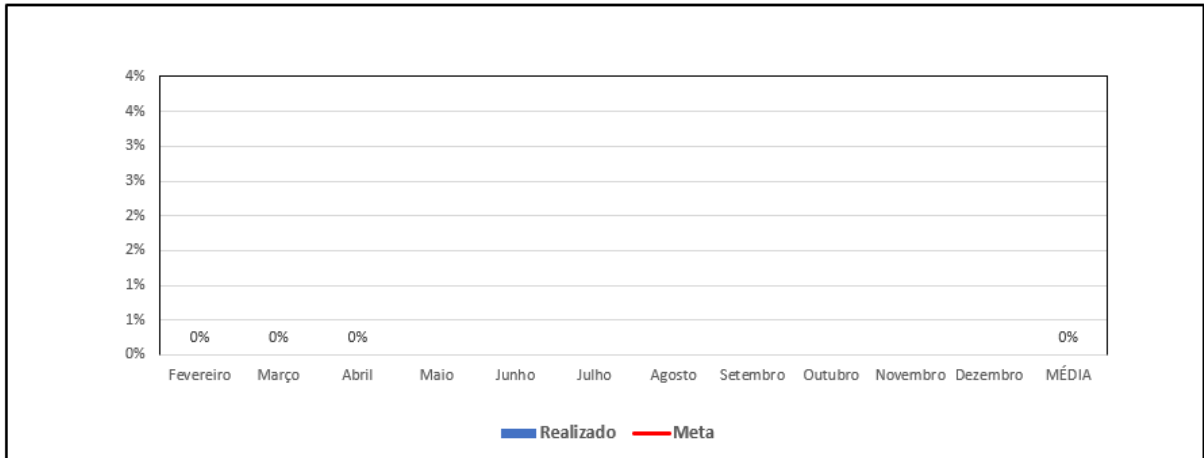
#### Plano de Ação

- 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 pela Enfª responsável, 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	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	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	



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.

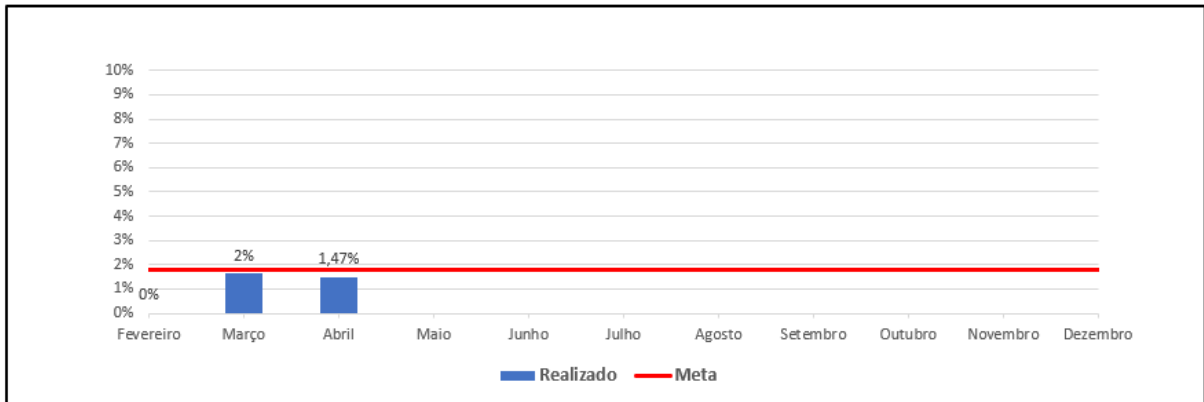
### Plano de Ação

- Estimular a equipe a relatar os quase erros ao superior imediato.
- Farmácia confeccionou tiras de medicações que ajudam muito a equipe a conferir e minimizar iatrogenias relacionadas ao preparo das medicações.

## Nº 15

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	2%	1,47%									1,03%
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 271 pacientes com uso de sonda oro/nasogastroenteral e tivemos no período 04 pacientes que perderam a sonda oro/nasogastroenteral, o que corresponde a 1,47% e estamos dentro da meta estipulada pelo contrato.

### 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.
- Estamos tendo disponível no setor o restritor adequado para a contenção correta dos pacientes agitados.

## Nº 16

### Indicador: Incidência de flebite

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,00%									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 462 pacientes dia, sendo que 158 deles (48,09%), utilizaram AVP e 304 pacientes (65,80%) utilizaram o acesso venoso central.

### Plano de Ação

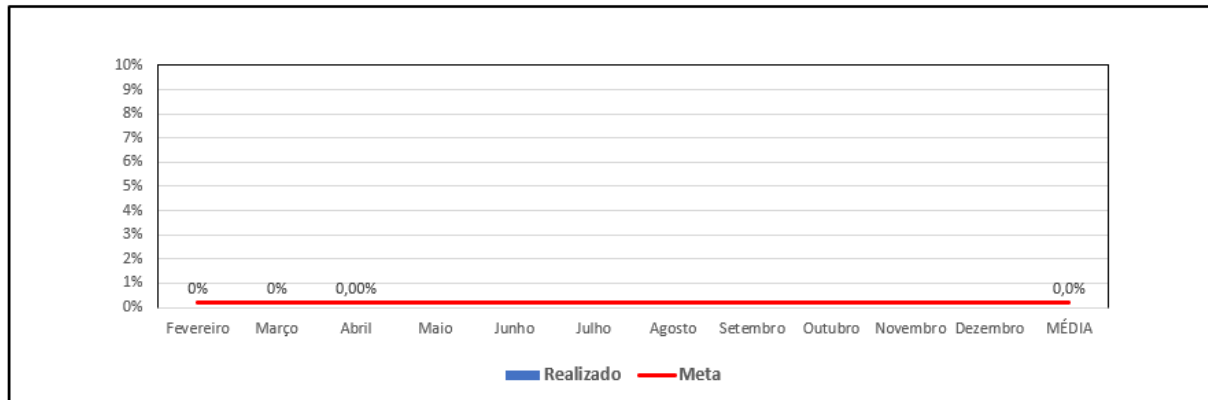
- Dar continuidade na prevenção de flebite.
- Utilizar os swabs de álcool 70% para realização de punção periférica.
- Cobrança da equipe médica para os cuidados quanto a assepsia e paramentação adequada na passagem de CVC.



## 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%	0,00%									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 462 pacientes dia, sendo que, 304 pacientes (65,80%) 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%	0,00%									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.

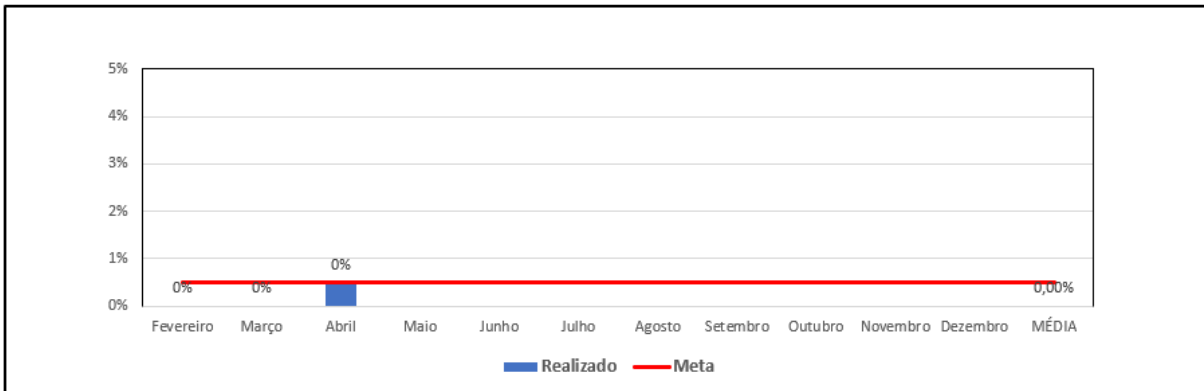
**Plano de Ação**

- Não se aplica.

## Nº 19

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	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 462 pacientes/dia, sendo que 201 pacientes/dia utilizaram ventilação mecânica no período, obtendo uma taxa de 43,50% 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, tivemos apenas 01 (caso) extubação acidental, o que nos mostra que estamos no caminho correto, porém necessitando de melhores ajustes, para que nenhum caso volte a ocorrer na unidade.

Enfatizamos o bom trabalho de nossa equipe de fisioterapia, bem como os profissionais da equipe multiprofissional que contribuem para que esses eventos não estejam acontecendo na unidade.

### 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.
- Estamos com restritores adequados na unidade o que favorece uma contenção adequada ao paciente.