
**RELATÓRIO AASISTENCIAL DE QUALIDADE E DESEMPENHO DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA - UTI**

HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO – HGVP

SÃO PAULO / SP

JUNHO / 2022

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

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

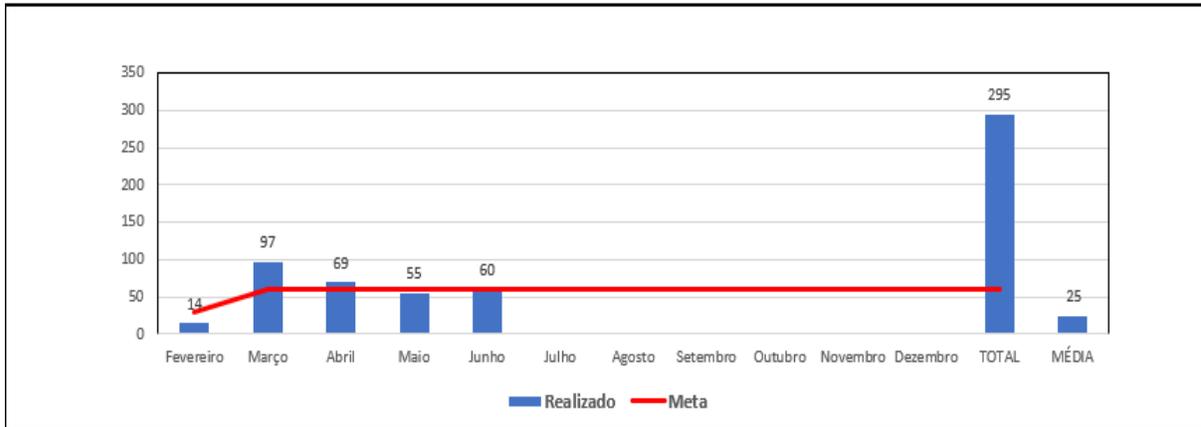
1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

Nº 01

Indicador: Saídas

	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	14	97	69	55	60							295	25
Meta	30	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
Perc.	47%	162%	115%	92%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	492%	#DIV/0!



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: No período compreendido obtivemos um total de 60 saídas, atingindo 100% da meta estipulada, com o compromisso de melhorar cada vez mais nossos indicadores e consequentemente a qualidade assistencial.

Observamos que as altas represadas por falta de vagas nas enfermarias e as condições gerais dos pacientes, muitos sem prognósticos e pacientes paliativos no momento da admissão na unidade vem impactando diretamente em outros indicadores de qualidade, como taxa de mortalidade e média de permanência, reflexo da demanda geral da instituição. Porém nosso compromisso em atingir níveis mais alto de excelência no cuidado com o paciente permanece.

Plano de Ação

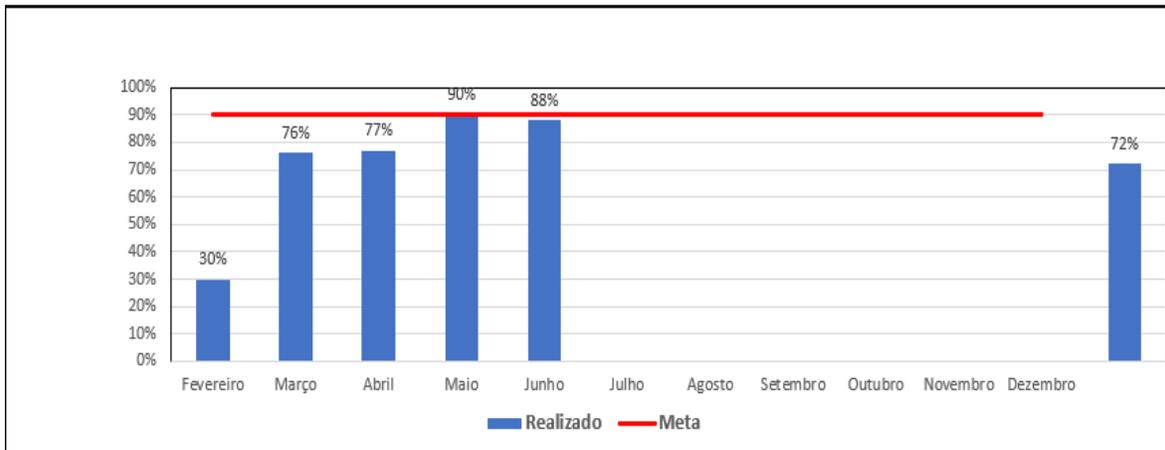
- Otimizamos as atividades com as informações coletadas e nos fornecidas pelos diaristas logo após a visita multiprofissional e repassamos aos nossos enfermeiros e reforçando nas 24h seguintes a cobrança sobre as possíveis vagas nos andares.
- No início do plantão verificamos as vagas disponíveis através dos censos das unidades e reservamos possíveis vagas.
- Melhoramos a comunicação com supervisão da clínica médica e cirúrgica, a fim de otimizarmos a logística das altas.
- Avaliarmos 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.
- Em vias de concretização, a abertura de uma ala do hospital que estava em reforma e terceirização da unidade do pronto socorro, contribuirá para todos no hospital, visto que os funcionários do pronto socorro, serão realocados para os andares e teremos mais vagas e mais efetivo para cuidar dos pacientes provenientes de alta da UTI.

1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Nº 01

Indicador: Taxa de ocupação

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	30%	76%	77%	90%	88%							72%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: No período compreendido atingimos 88 % de taxa de ocupação, finalizamos o mês de junho 2022 com total de 528 pacientes/dia.

Estamos em pleno funcionamento operacional, ajustando constantemente rotinas e nos adequando a melhor maneira de otimizar as admissões na unidade.

Com maior adequação das rotinas, amadurecimento da equipe multiprofissional e conhecimento de outras áreas e setores do hospital, conseguimos atingir esse indicador já no primeiro trimestre, o que nos deixou bastante otimistas, visto que estamos em uma tendência de alta desde a implantação da unidade.

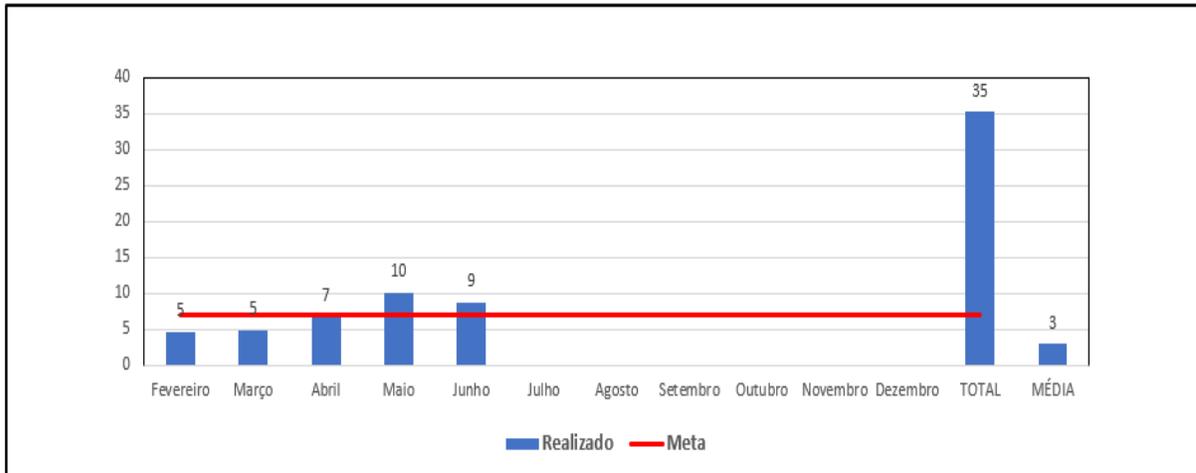
Plano de Ação

- No período da manhã 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 de preenchimento dessas vagas, disponibilizamos vagas ao CROSS via contato com NIR.
- 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	10	9							35	3
Meta	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: A unidade administrou no período 528 pacientes/dia, com média de permanência de 09 dias de internação.

Nosso proposito como equipe multidisciplinar é contribuir para que seja dado alta hospitalar de forma eficiente com o objetivo de desospitalização segura; No entanto o perfil dos pacientes que admitimos são de alta e média complexidade o que necessita tempo de internação prolongado, outro fator importante são as altas represadas pela ausência nos leitos disponíveis nas enfermarias para ofertar continuidade ao tratamento e necessitando assim que este paciente permaneça na UTI, Impactando negativamente os indicadores.

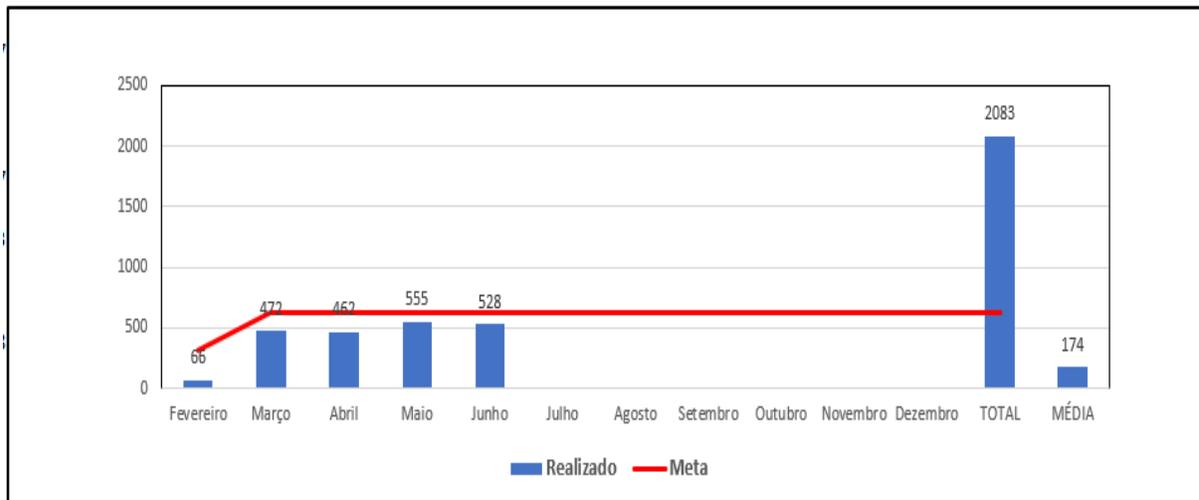
Plano de Ação

- Pacientes crônicos com prognóstico sem condições de melhora, é conversado com familiares para mantermos medidas de conforto, sendo positiva a resposta, adequamos um plano terapêutico viável e solicitamos alta para enfermaria com o paciente estável, para que ele possa estar acompanhado de familiares, visto que a melhora da condição clínica na UTI não será possível, devido seu estado crônico.
- Ofertar 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 breve possível.
- Otimizar o cuidado multiprofissional com foco na recuperação precoce.
- Liberação das unidades em reforma para melhor alocarmos nossas altas retidas.

Nº 03

Indicador: Paciente-dia

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	66	472	462	555	528							2083	174
Meta	310	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620	620	



Fonte: Planilha de monitoramento diário e Epimed

Análise Crítica: A unidade gerenciou no período 528 pacientes/dia, ou seja, 88% da capacidade operacional total estimada, que é de 620 pacientes/dia.

No período, algumas vagas que ficaram à disposição do HGVP e sistema CROSS e não foram solicitadas por falta de demanda momentânea, sendo realizado busca ativa diariamente pelo diarista.

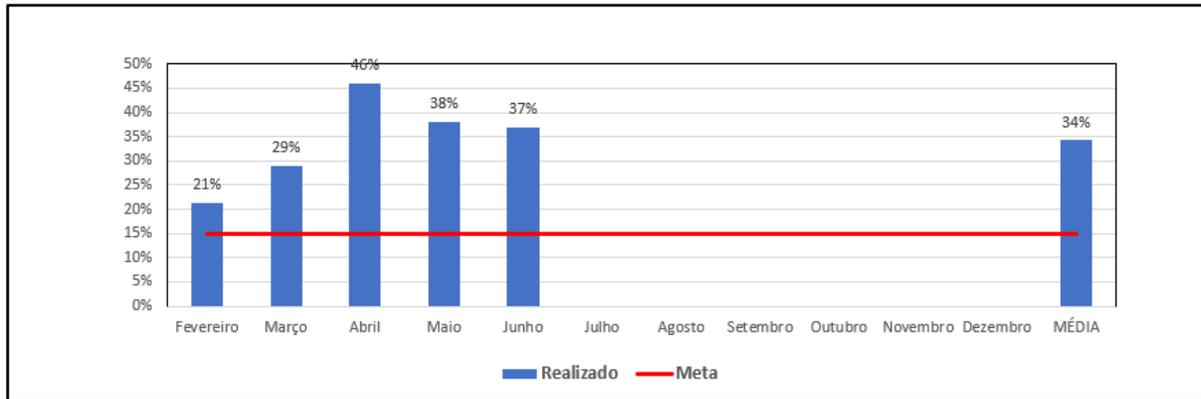
Plano de Ação

- Está sendo disponibilizado 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, com a finalidade de avaliar as alternativas e optar a mais adequada para o tratamento
- 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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	21%	29%	46%	38%	37%							34%
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 fazer uma Análise crítica dos óbitos do mês de junho observamos que a UTI vem em constante evolução e em melhora, devido aos esforços da equipe multidisciplinar. o escore que utilizamos foi o SAPS3 que é o sistema prognóstico (Simplified Acute Physiology Score 3) é composto de 20 variáveis, representadas por escore fisiológico agudo e avaliação do estado prévio, visando estabelecer índice preditivo de mortalidade para pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI).

Dos dados analisados uma média de 37% da mortalidade no mês de junho o que totaliza 22 óbitos no geral; 06 evoluíram nas primeiras 24 horas de internação e 04 pacientes diagnosticados paliativos o que demonstra que 54% dos pacientes que evoluíram a óbitos na Unidade de Terapia Intensiva já chegam com preditores de mortalidade alto, insuficiência respiratória e instabilidade hemodinâmica, quadro de evolução desfavorável, mesmo aplicando toda terapêutica necessária.

O SAPS 3 médio da nossa UTI ficou em 65 pontos e com mortalidade prevista de 46%, isso significa que mesmo com mortalidade prevista alta conseguimos reduzir esses valores, significando um trabalho de qualidade e excelência.

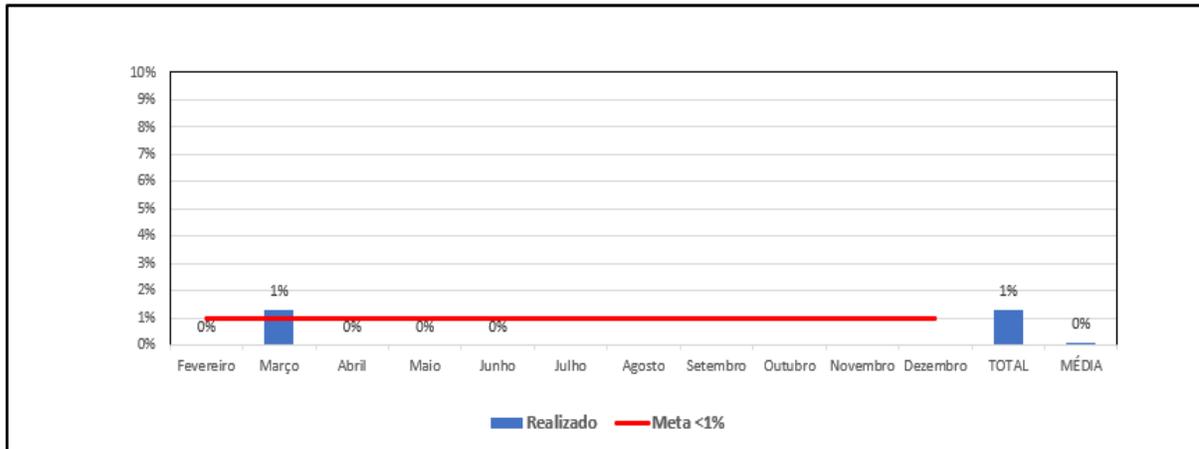
Plano de Ação

- 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 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.
- Melhorarmos urgentemente a vazão das altas da UTI, que somente isso sendo otimizado, nossos números seriam melhores diluídos e estaríamos muito mais próximos em atingir a meta do contrato.

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%	0%	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 528 pacientes/dia, sendo 60 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.

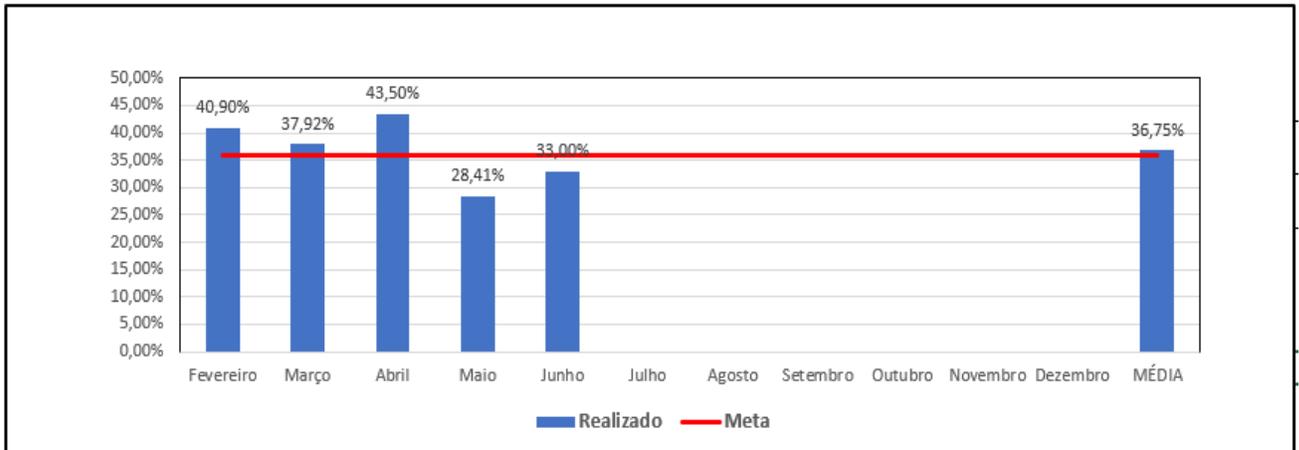
Plano de Ação

- Manter e melhorar a comunicação nas visitas multidisciplinares, a fim de uniformizar condutas garantindo uma alta segura diminuído as reinternações.
- 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%	28,41%	33,00%							36,75%
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: Registro de Altas, indicadores da fisioterapia e sistema de coleta de dados HGVP.

Análise Crítica: No período compreendido tivemos um total de 528 pacientes/dia, sendo que 172 pacientes/dia, utilizaram ventilação mecânica, obtendo uma taxa de 33%, devido a gravidade dos pacientes admitidos na UTI. Estamos dentro da faixa aceitável, segundo o valor de referência do contrato, que é de $\leq 35,83\%$, porém em constante atualização e crescimento.

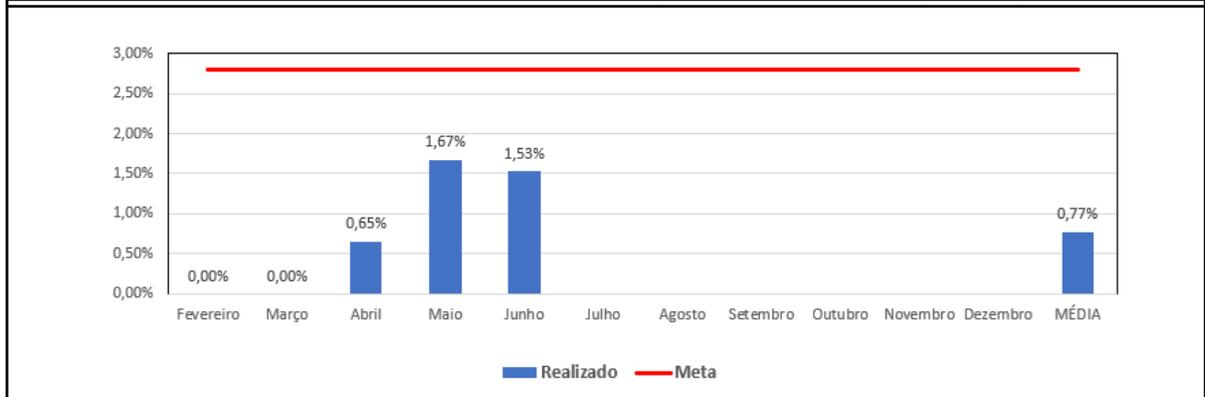
Plano de Ação

- Discussão com equipe médica sobre traqueostomia precoce em casos de sequelas neurológicas extensas.
- Implantação do protocolo de bronco aspiração, programada para julho.
- Implantação de protocolo de PAV.

Nº 07

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

	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%	0,65%	1,67%	1,53%							0,77%
Meta	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%



Fonte: Registro de Altas e controle SCIH HGVP

Análise Crítica: Monitoramos o uso em 261 pacientes/dia que utilizaram CVC no período, ou seja, 49% dos pacientes necessitaram de dispositivo venoso central para sua sobrevivência devido ao uso de drogas exclusivas em via central.

Foram apresentadas pela CCIH 04 (Quatro) casos de IPCS dos seguintes pacientes:

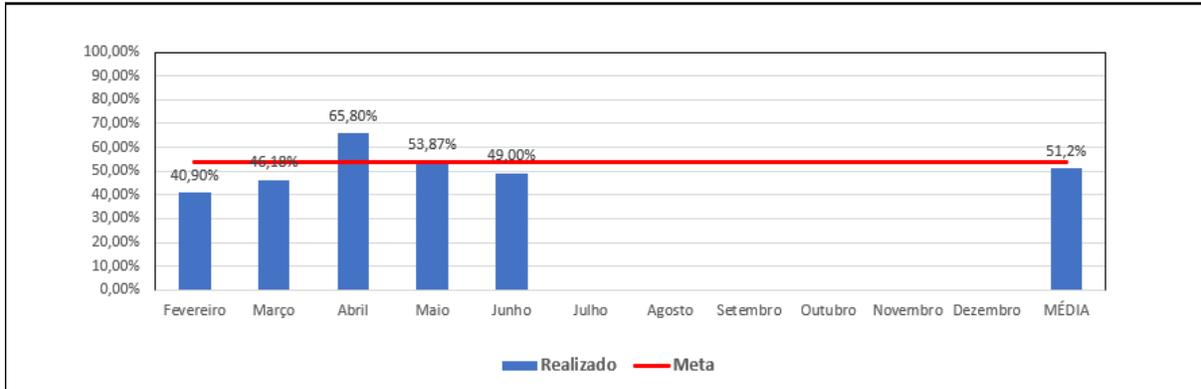
NOME	TIPO	UTI DE REFERÊNCIA
A.L.P.S	IPCS	UTI A
J.A.F.L	IPCS	UTI A
G. S.A.	IPCS	UTI B
R.P.S	IPCS	UTI B

Plano de Ação

- Disponibilizar dispensers de álcool para as mesas de apoio beira leito.
- Reforçando e auditando diariamente a necessidade de higienização das mãos.
- Educação permanente, para prevenção de IPCS.
- Tentar disponibilizar armário para as visitas, não adentrarem com seus pertences na UTI
- Tentaremos disponibilizar um armário em lugar apropriado, fora das dependências e faremos mais uma barreira na prevenção de infecção.
- a vigilância e realizaremos um trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar / CCIH, onde enfatizaremos a importância da antissepsia com Swab's 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 IPCS em nossa unidade.

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	46,18%	65,80%	53,87%	49,00%							51,2%
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: Registro de Altas / Planilha de Monitoramento diário, Sistema S4, SAPS3

Análise Crítica: Tivemos um quantitativo de 528 pacientes/dia no período, desses, 261 pacientes (49%) utilizaram CVC durante o período de internação, podemos observar uma diminuição gradativa do uso deste dispositivo, embora gravidade dos pacientes evidenciada pelo preenchimento do SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score 3) fica evidente.

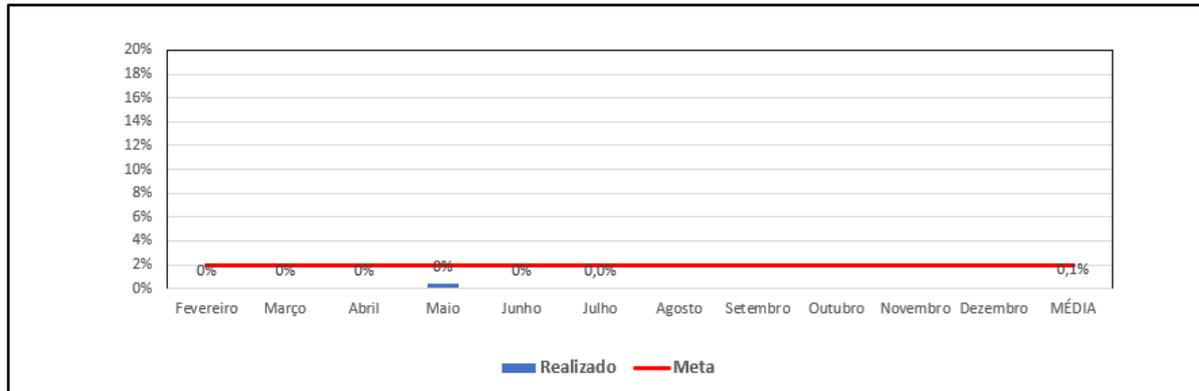
Diante dessa média elevada de SAPS, foram necessários que todos os recursos disponíveis para manutenção da vida dos pacientes fossem utilizados, em sua maioria a utilização de DVA, sedação e nutrição parenteral é o que faz a sobrevida de paciente aumentar, o que corrobora para que a taxa dos indicadores de utilização acesso venoso central do período fosse de 49%, uma redução de 4 % em relação ao mês de maio e com isso atingimos a meta do estipulada pelo contrato.

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.

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%	0%	0,0%						0,1%
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: Registro de Altas e controle SCIH HGVP

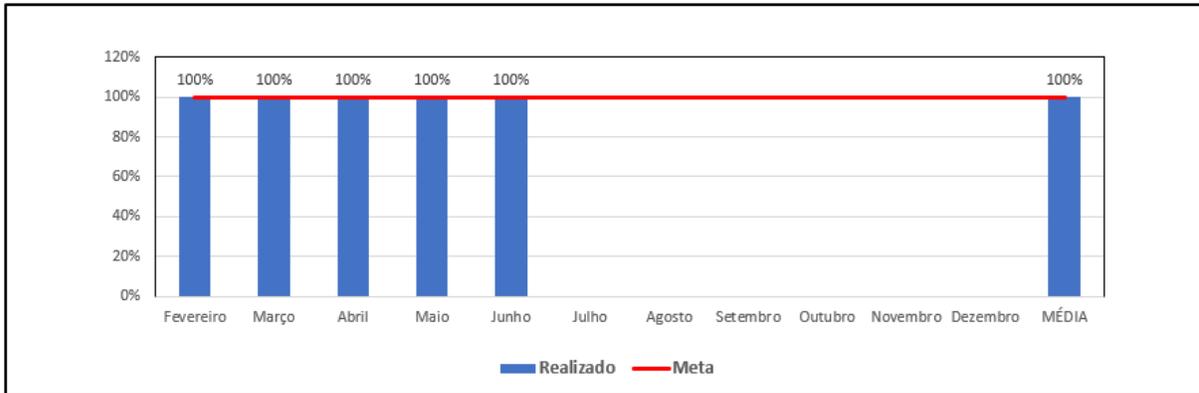
Análise Crítica: Tivemos um total de 528 pacientes/dia, 260 pacientes (49,24%) utilizaram SVD durante o período de internação, não houve Infecção do Trato Urinário, dado satisfatório diante do cenário de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Plano de Ação

- Melhorar a adesão a higiene íntima de qualidade.
- Avaliação na visita multidisciplinar para desinvadir o mais precocemente os dispositivos urinários.
- Troca dos dispositivos proveniente de outra unidade por mais de 48 horas.
- Realizar higiene íntima antes da passagem de SVA e/ou SVD.

Indicador: Prontuários Evoluídos

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



Fonte: Sistema de Informação S4

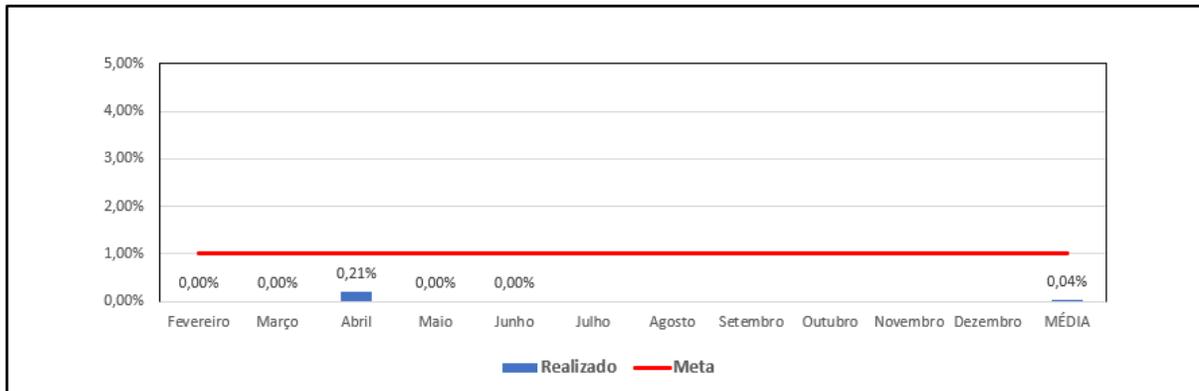
Análise Crítica: Equipe médica tem o acesso individual ao sistema S4 para realização de evolução e prescrição médica no sistema em 100% dos prontuários e em alguns casos, excepcionalmente é feito manualmente com o impresso institucional padronizado e organizado posteriormente em prontuário pela equipe 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.
- Implantado na tarefa diária dos auxiliares administrativos um caderno para passagem de plantão para que as pendências que retornam do SAME sejam resolvidas em 24h após a entrega.
- Solicitamos que as evoluções sejam preenchidas a cada 12h, para que contemplem o período da manhã e noite.

Indicador: Reclamação ouvidoria

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%	0,21%	0,00%	0,00%							0,04%
Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1,00%



Fonte: Ouvidoria HGVP

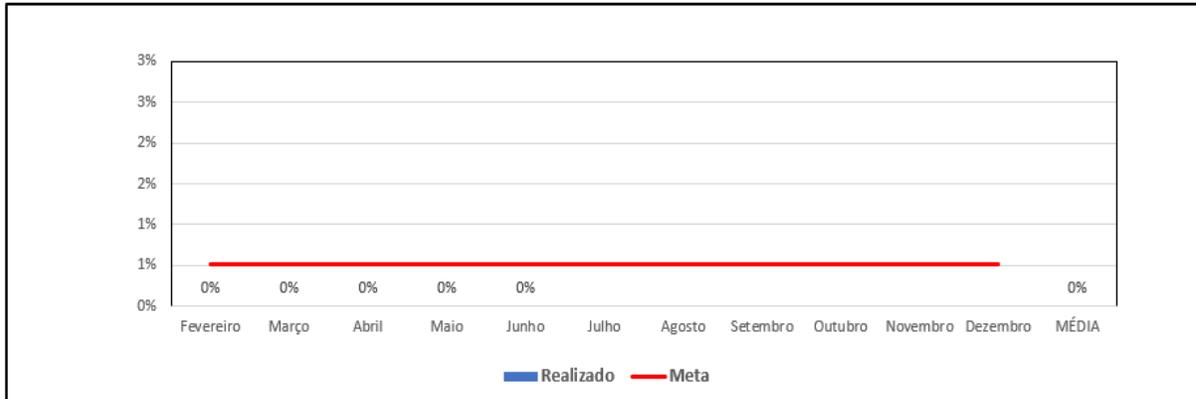
Análise Crítica: Não tivemos nenhum caso formalizado pelo serviço de ouvidoria, problemas pontuais, são conversados durante o horário de visita e tem sido efetivo para resolução de possíveis problemas.

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.

Indicador: Incidência de queda

	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	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: Planilha de coleta de dados, Registro de Altas

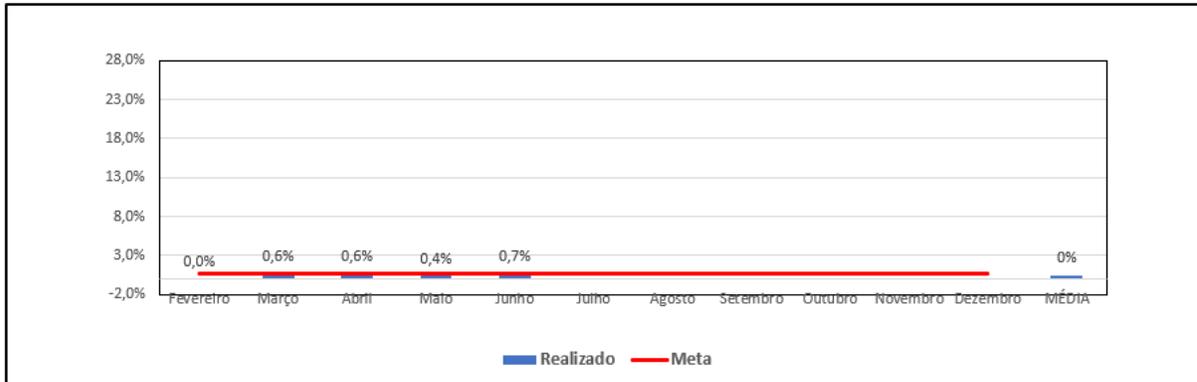
Análise Crítica: Não houve nenhum caso de queda, sendo que gerenciamos 528 pacientes/dia no período.

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

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%	0,4%	0,7%							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: Planilha de coleta de dados- 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, 528 pacientes.

Tivemos com isso um denominador de 0,67% de índice de UPP no período, ficando abaixo da meta do contrato que é de 0,71%.

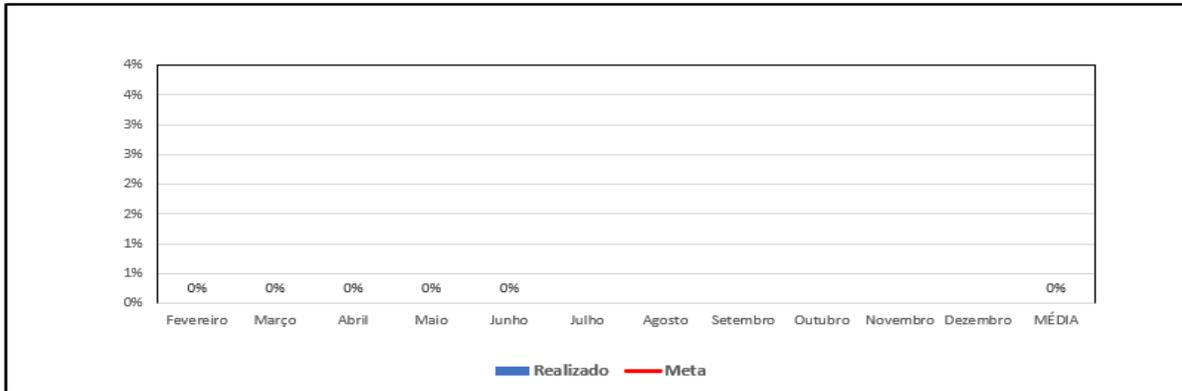
Estamos com deficiência devido falta momentânea de insumos, como placa protetora e AGE.

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 Enf. 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.

Indicador: Incidência de erro de medicação

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



Fonte: Planilha de indicador de qualidade – Registro de Altas 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.

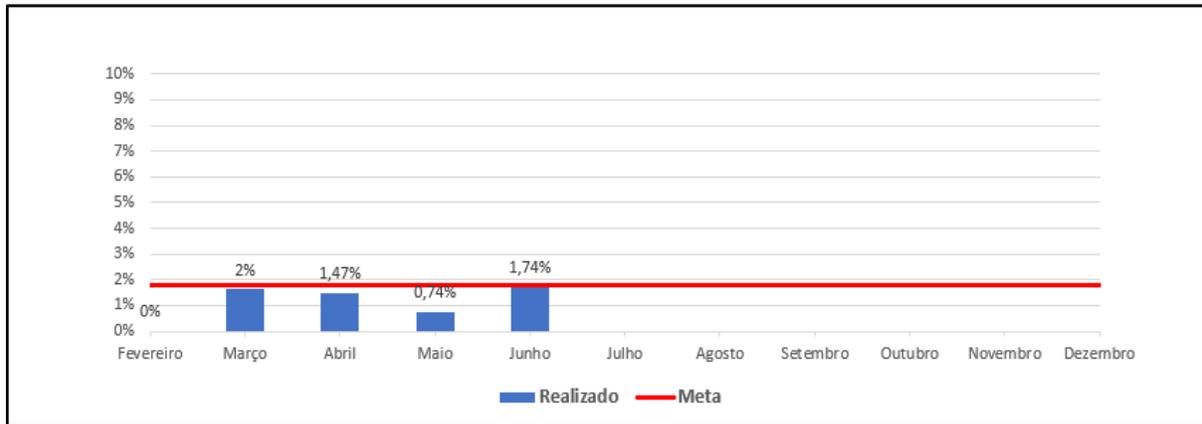
Devido esse motivo, período nenhum caso foi notificado.

Plano de Ação

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

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	2%	1,47%	0,74%	1,74%							1,12%
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: Planilha de indicador de qualidade – Registro de Altas

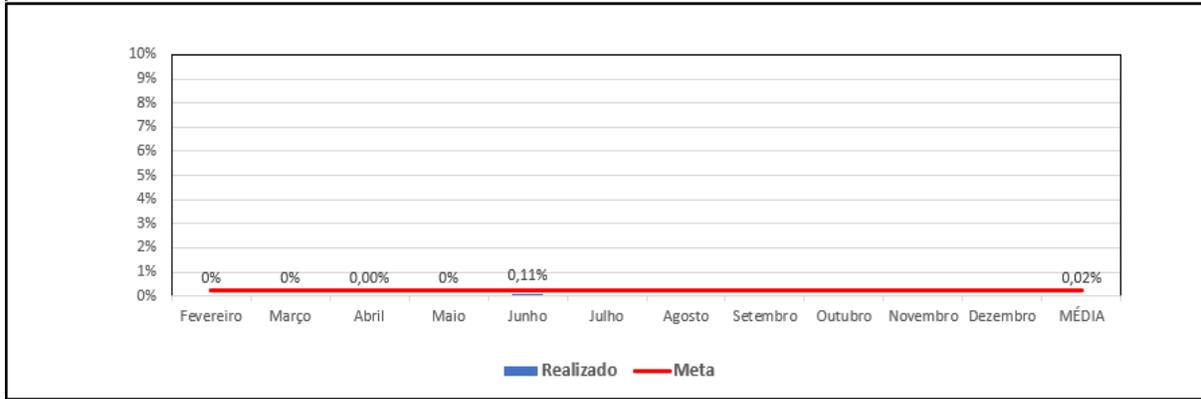
Análise Crítica: Tivemos 287 pacientes com uso de sonda oro/nasogastroenteral e tivemos no período 05 pacientes que perderam a sonda oro/nasogastroenteral, o que corresponde a 1,74% e estamos dentro da meta estipulada pelo contrato.

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.
- Temos disponível no setor o restritor adequado para a contenção correta dos pacientes agitados.

Indicador: Incidência de flebite

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,00%	0%	0,11%							0,02%
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: Fonte: Planilha de indicador de qualidade – Registro de Altas

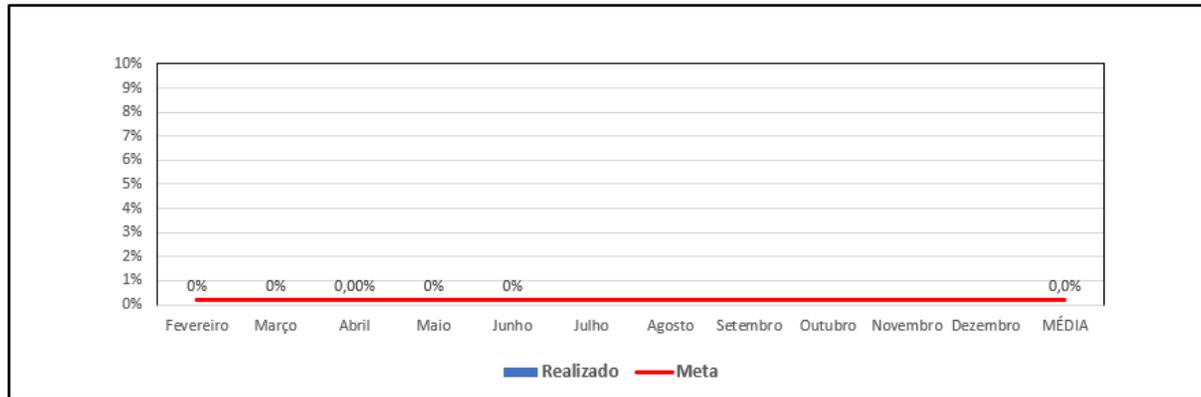
Análise Crítica: No período tivemos 255 pacientes dia, em uso de acesso venoso periférico e 261 pacientes dia em uso de acesso venoso central para terapia medicamentosa, com 03 episódios de flebitis totalizando 0,11%, não ultrapassando a meta contratual.

Plano de Ação

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

Indicador: Incidência de perda de cateter central (CVC)

	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,00%	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: Instrumento de coleta de dados /Epimed e planilhas gerencias da unidade

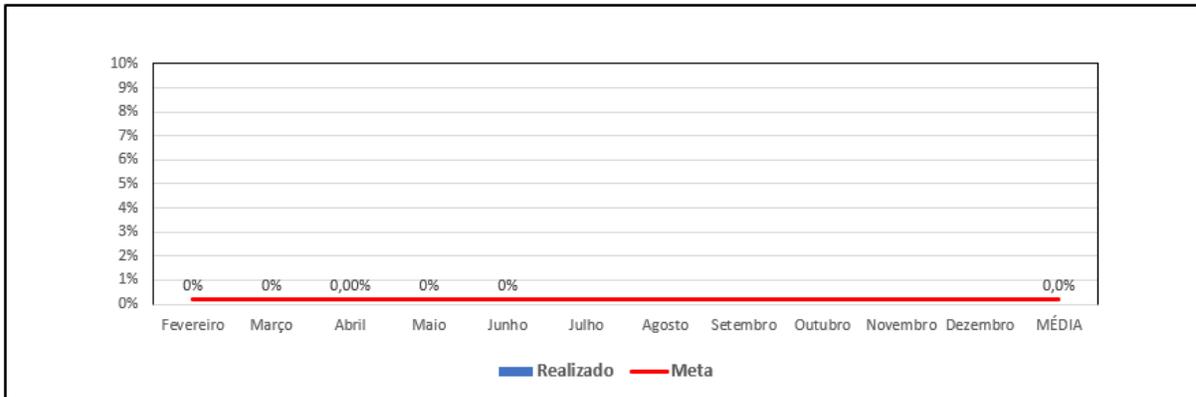
Análise Crítica: Não tivemos nenhum caso de perda em nossa unidade e foram 528 pacientes dia, sendo que, 261 pacientes (49%) utilizaram o CVC.

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.
- Intensificar os cuidados com o curativo de inserção e manutenção.
- Organização do leito e atenção ao paciente com agitação psicomotora.

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%							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: Planilha de gerenciamento da unidade – Registro de Altas

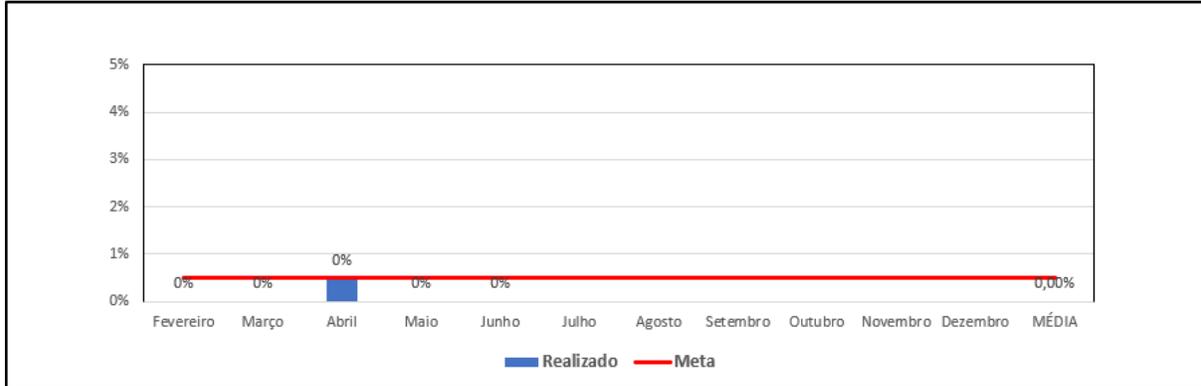
Análise Crítica: Esse dispositivo não está em utilização na instituição, portanto sem dados para nosso relatório.

Plano de Ação

- Não se aplica.

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%	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: Planilha de gerenciamento da unidade – Registro de Altas

Análise Crítica: Tivemos um total 528 pacientes/dia, sendo que 172 pacientes/dia utilizaram ventilação mecânica no período, obtendo uma taxa de 33% 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 nenhum caso de extubação acidental, o que nos mostra que estamos no caminho correto.

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.