
RELATÓRIO DE QUALIDADE E DESEMPENHO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO- HGVP

SÃO PAULO / SP

JULHO / 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: julho 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

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.

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 a boa assistência seja prestada aos nossos pacientes.

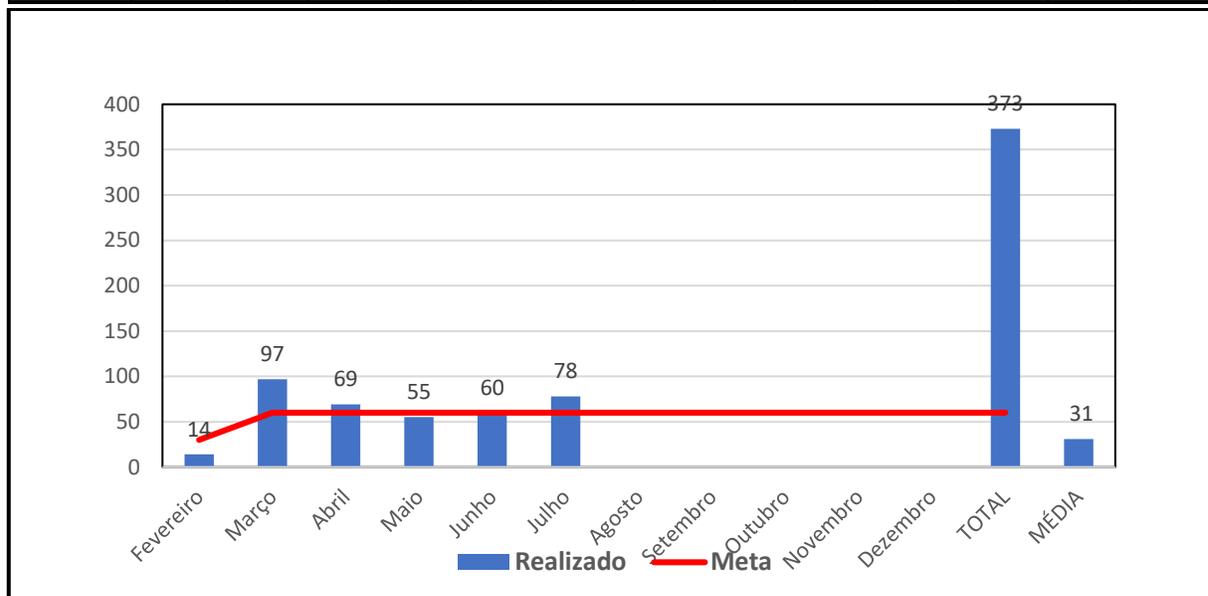
1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

Nº01

Indicador: Saídas

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	14	97	69	55	60	78						373	31
Meta	30	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Perc.	47%	162%	115%	92%	100%	130%	0%	0%	0%	0%	0%	622%	#DIV/0!



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: No período compreendido apresentamos 78 saídas, superando a meta estipulada pelo contrato.

Analisando a série histórica podemos observar um aumento progressivo nas saídas da unidade, reflexo da implantação de grupo de regulação de vagas, iniciativa em conjunto com os gestores das unidades e instituição, onde postamos e atualizamos diariamente nossas vagas e transferências o que demonstra nosso compromisso em melhorar cada vez mais nossos indicadores e consequentemente a qualidade assistencial.

O fato de mantermos as internações dos pacientes em cuidados paliativos nas UTIs impactam diretamente em outros indicadores como média de permanência e taxa de mortalidade, situação que resolveríamos com melhora no fluxo de transferências desses pacientes para a enfermaria ou até mesmo implantação de leitos de retaguarda para pacientes em cuidados paliativos o que seria o cenário ideal para os pacientes e instituição que tem como objetivo promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Plano de Ação

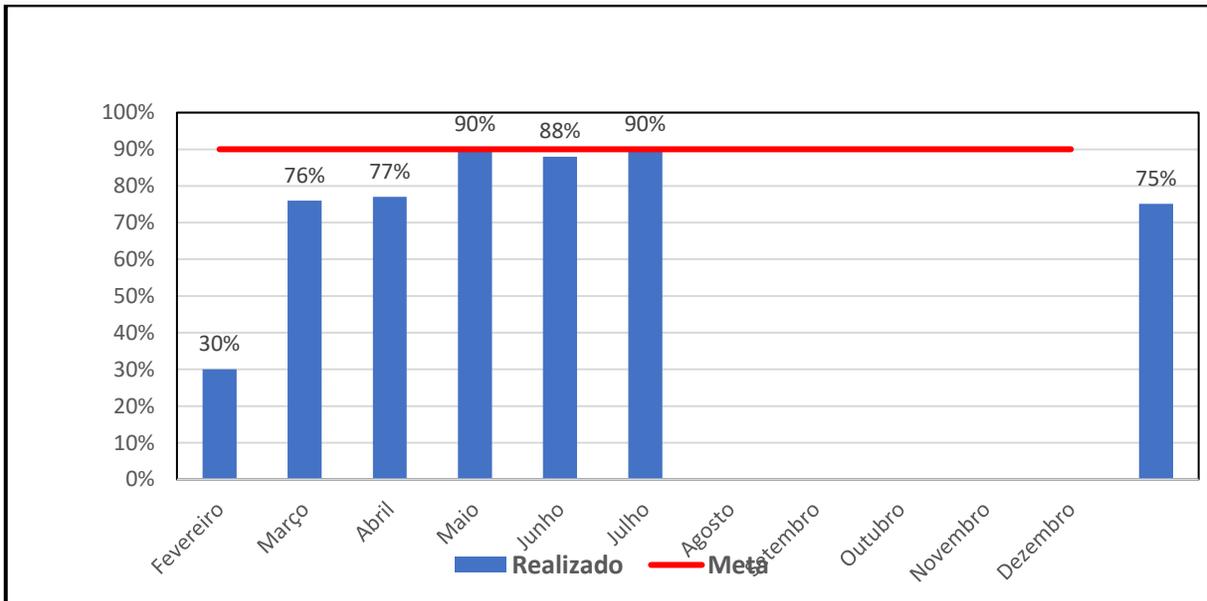
- Implantação do protocolo de cuidados paliativos;
- Verificar a possibilidade de implantação do setor de retaguarda;
- Otimizamos as atividades com as informações coletadas após a visita multiprofissional.

1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Nº01

Indicador: Taxa de ocupação

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	30%	76%	77%	90%	88%	90%						75%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: No período compreendido atingimos a meta contratual em 90 % de taxa de ocupação, realizando busca ativa nos setores operacionais e no sistema CROSS, além da implantação do grupo de regulação de vagas que teve um papel importante para atingirmos este indicador e atuação constantes e efetiva dos participantes;

Estamos em pleno funcionamento operacional, ajustando constantemente rotinas e nos adequando as mudanças realizadas para otimizar os fluxos nas 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, o que nos deixa bastante otimistas, visto que estamos em uma tendência de alta desde a implantação da unidade.

Plano de Ação

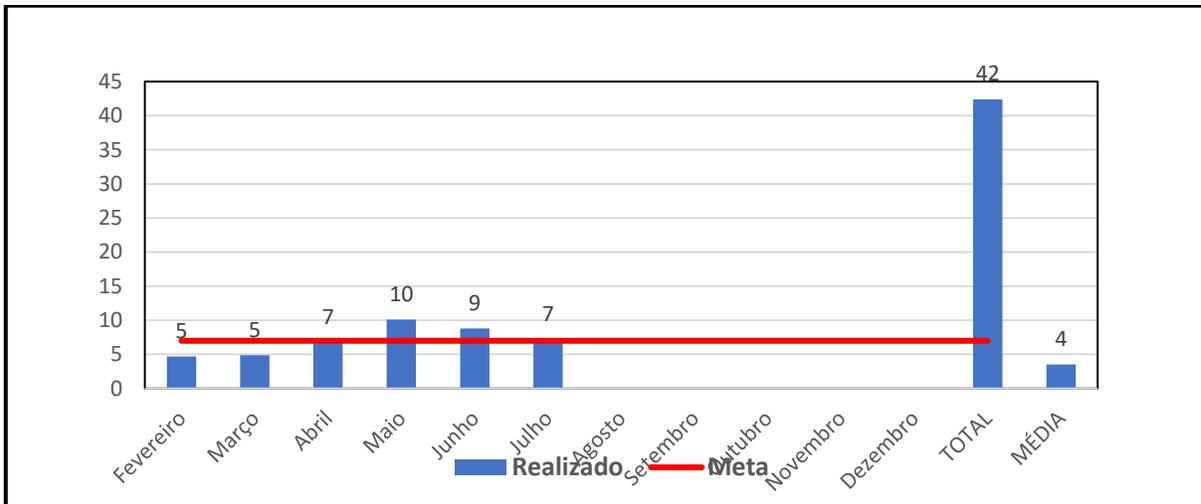
- No período da manhã disponibilizando o censo atualizado para os coordenadores médicos e grupo de regulação, a fim de otimizar as vagas para o pronto socorro, centro cirúrgico, unidades de internação e na falta de preenchimento dessas vagas, disponibilizamos vagas ao CROSS via contato com NIR.

- 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.

Nº02

Indicador: Média de Permanência (Dias)

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	5	5	7	10	9	7						42	4
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 516 pacientes/dia, com média de permanência de 07 dias de internação atingindo assim a meta contratual,

Nosso proposito como equipe multidisciplinar é contribuir para que seja dado alta hospitalar de forma eficiente com o objetivo de desospitalização segura.

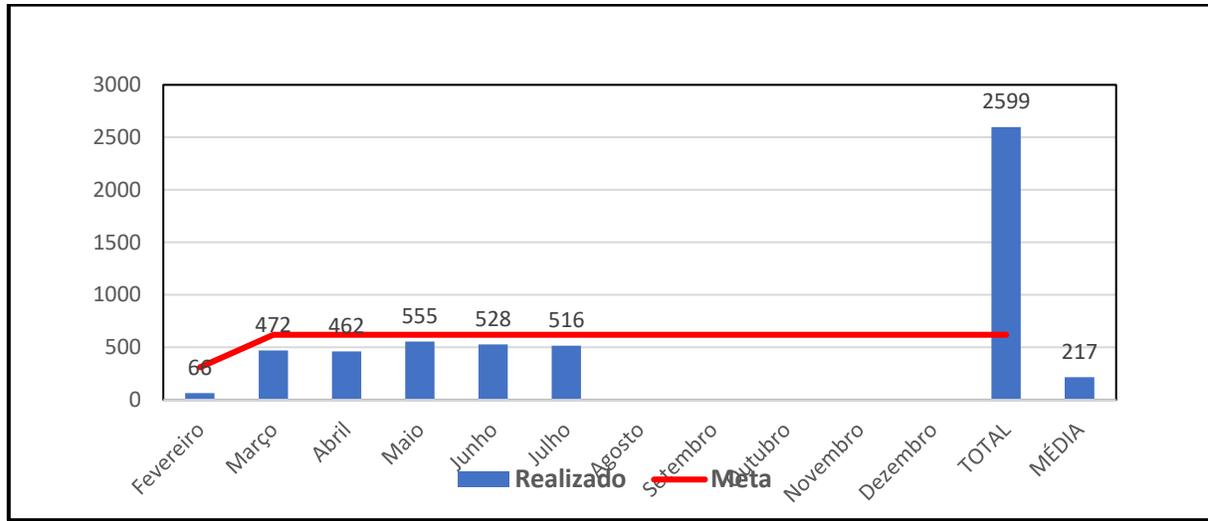
Plano de Ação

- 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, ainda encontramos dificuldade em aceitação dos casos nos setores de transferências, esforço diário com melhora lenta e progressiva;
- Ofertar recursos e facilitar o trabalho da equipe multiprofissional, 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.

Nº03

Indicador: Paciente-dia

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	66	472	462	555	528	516						2599	217
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 516 pacientes/dia, ou seja, 90% da capacidade operacional total estimada, que é de 620 pacientes/dia;

No período, algumas vagas que ficaram à disposição da instituição e sistema CROSS não foram solicitadas por falta de demanda, sendo realizado busca ativa diariamente.

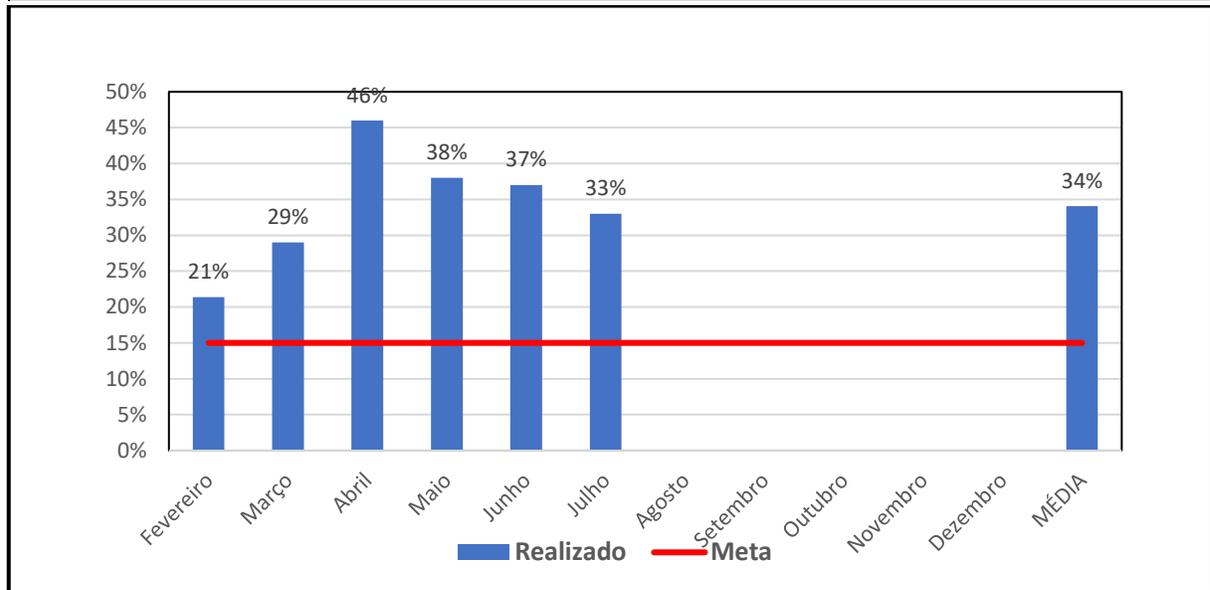
Plano de Ação

- Disponibilizado o censo diariamente atualizado com as vagas para os coordenadores das unidades e núcleo de regulação de vagas com o objetivo de atingirmos a meta de 620 pacientes/dia no mês, tanto para pacientes internos e externos via CROSS;
- Alinhamento entre equipes replicando as informações sobre a assistência e continuidade das condutas aplicadas;
- Estimular na visita multiprofissional o envolvimento de todos os participantes, com a finalidade de avaliar as alternativas e optarmos para o tratamento mais adequado;
- Girar e adequar a logística das vagas disponíveis, evitando o bloqueio temporário de leito para reserva de vaga;
- Para casos de reserva cirúrgica, realizar apenas com 24h de antecedência e confirmação diária, evitando assim o bloqueio de leito.

Nº04

Indicador: Taxa de mortalidade em UTI

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	21%	29%	46%	38%	37%	33%						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: A unidade de terapia intensiva é basicamente sinônimo de gravidade e esse mês nossa taxa de mortalidade ficou em 33%. Com o aperfeiçoamento das nossas técnicas de trabalho, o paciente pode ser mantido por longo período nessa unidade, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para todos os envolvidos. O objetivo dessa nossa análise por tanto foi avaliar os fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado na unidade de terapia intensiva.

Um dos principais fatores associados a essa mortalidade de 33%, seriam os 07 casos de óbitos < 24 horas e os 04 casos de pacientes em cuidados paliativos, totalizando assim 11 pacientes que devido à alta gravidade na admissão imediata e os pacientes paliativos que não conseguimos vasão na enfermaria, fazendo que aumente o tempo de permanência e consequentemente o aumento de taxa de mortalidade, outro fator que os pacientes tem um SAPS 3 médio de 75 com mortalidade de 65%, e os pacientes que evoluíram a óbito com SAPS 3 médio de 87 com mortalidade prevista de 82% dos casos.

Um cenário adequado por exemplo se tivéssemos uma retaguarda para os paliados e um suporte prévio para os pacientes gravíssimos que vem a óbito com menos de 24 horas de internação, evitaríamos esses 11 óbitos e nossa mortalidades seria de 19%, dessa forma estamos a cada dia reduzindo nossa taxa de mortalidade desde que assumimos a UTI em fevereiro, o trabalho e empenho das equipes estamos conseguindo atingir nosso objetivo que é melhorar a cada dia a qualidade assistencial.

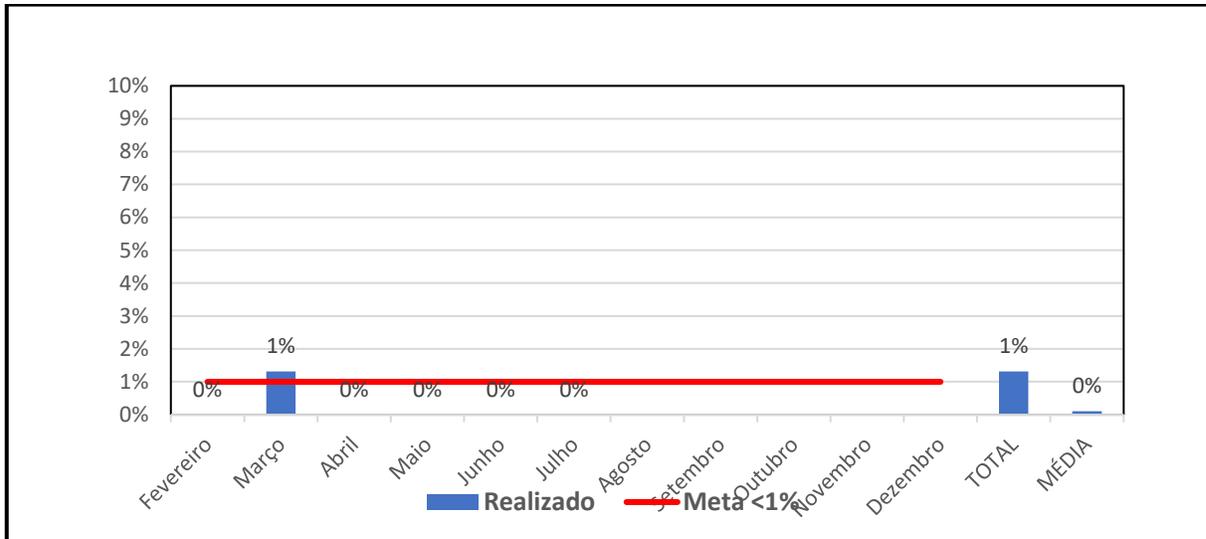
Plano de Ação

- 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.

Nº05

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%	0%						1%	0%
Meta <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 516 pacientes/dia, sendo 78 saídas e nenhuma reinternação em menos de 24 horas, mais um indicador atingindo com excelência, estamos satisfeitos com o resultado apresentado, reflexo do desempenho e atuação constante da equipe multiprofissional.

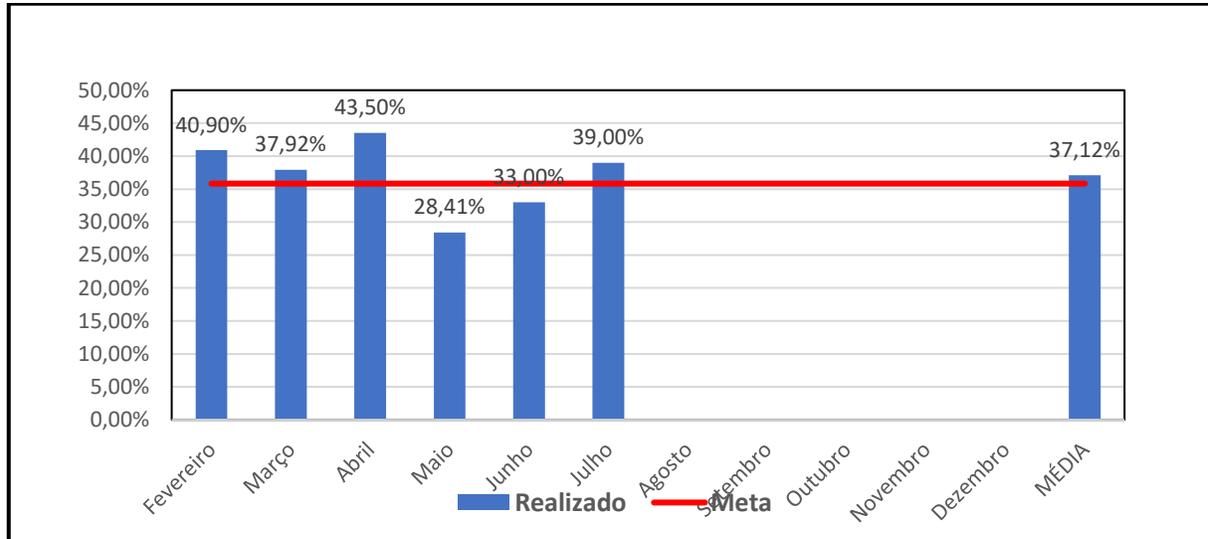
Plano de Ação

- Manter e melhorar a comunicação nas visitas multidisciplinares, a fim de uniformizar condutas garantindo alta segura, evitando as reinternações.
- Avaliar o nível geral de dependência do paciente para que a unidade de internação possa dar continuidade na assistência adequada e o paciente não precise retornar 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 efetiva.

Nº06

Indicador: Taxa de utilização de ventilação mecânica

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	37,92%	43,50%	28,41%	33,00%	39,00%						37,12%
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 516 pacientes/dia, sendo que 204 pacientes/dia, utilizaram ventilação mecânica, obtendo uma taxa de 39% ultrapassando a meta contratual, devido ao número significativo de pacientes com diagnóstico neurológico, impactando o desmame da ventilação mecânica.

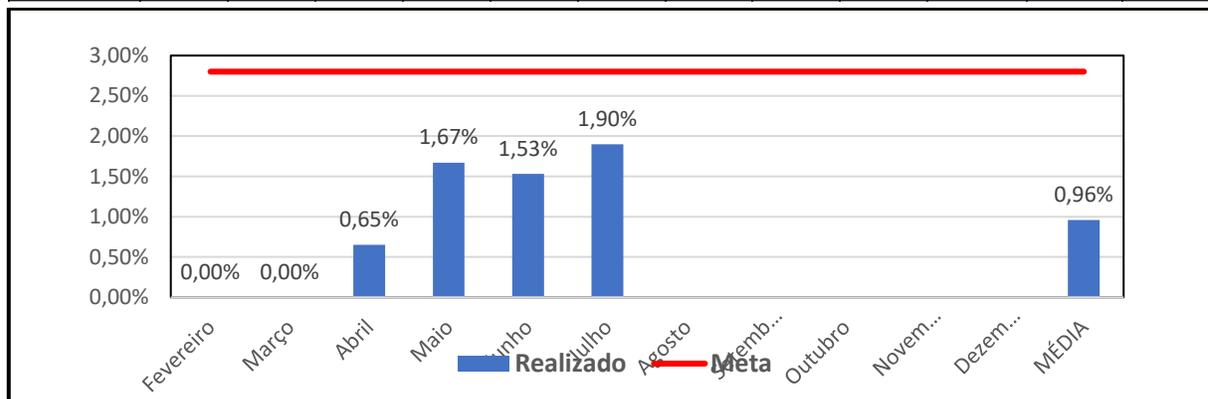
Plano de Ação

- Discussão com equipe médica sobre traqueostomia precoce em casos de sequelas neurológicas extensas;
- Implantação do protocolo de bronco aspiração, programada para agosto;
- Avaliar melhorias no protocolo de PAV.

Nº07

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%	0,65%	1,67%	1,53%	1,90%						0,96%
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 apresentados pela CCIH 05 (Cinco) casos de IPCS dos seguintes pacientes:

NOME	TIPO	UTI DE REFERÊNCIA
J.C.B	IPCS	UTI A
A.D.T	IPCS	UTI A
O.J.L	IPCS	UTI B
V.T.S	IPCS	UTI B
O.Q	IPCS	UTI B

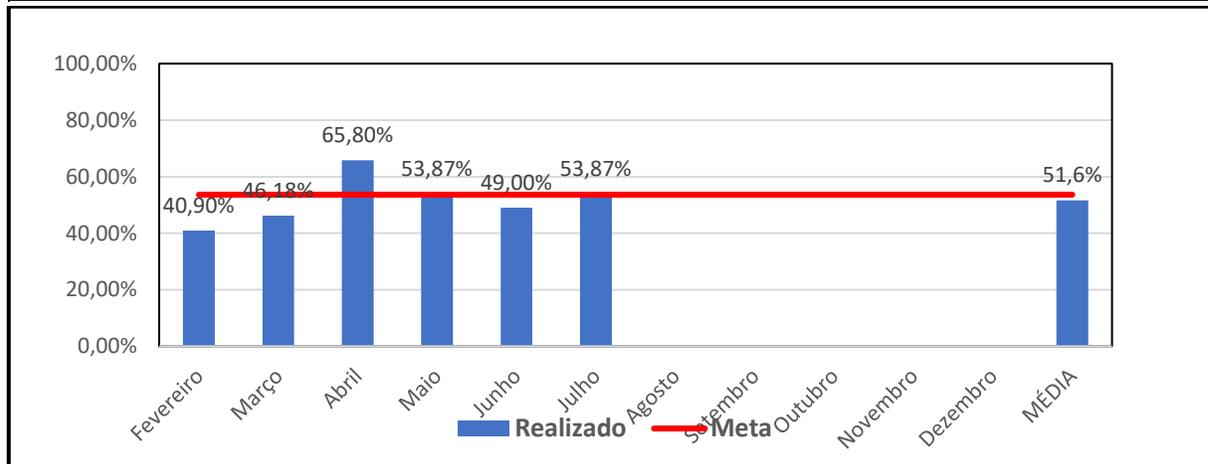
Plano de Ação

- Implantação do bundle de inserção e acompanhamento do bundle de manutenção de CVC;
- Educação permanente, para prevenção de IPCS com higienização das mãos, higienização dos conectores, manipulação correta dos dispositivos;
- Uso adequado dos EPIs;
- Implantação do protocolo adornos zero;

Nº08

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	46,18%	65,80%	53,87%	49,00%	53,87%						51,6%
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 516 pacientes/dia no período, desses, 278 pacientes/ dia (53,87%) utilizaram CVC durante o período de internação, devido a gravidade dos pacientes evidenciada pelo preenchimento do SAPS 3 (SimplifiedAcutePhysiology Score 3);

Diante dessa média elevada de SAPS, foram necessários que todos os recursos disponíveis na instituição 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 53,87%.

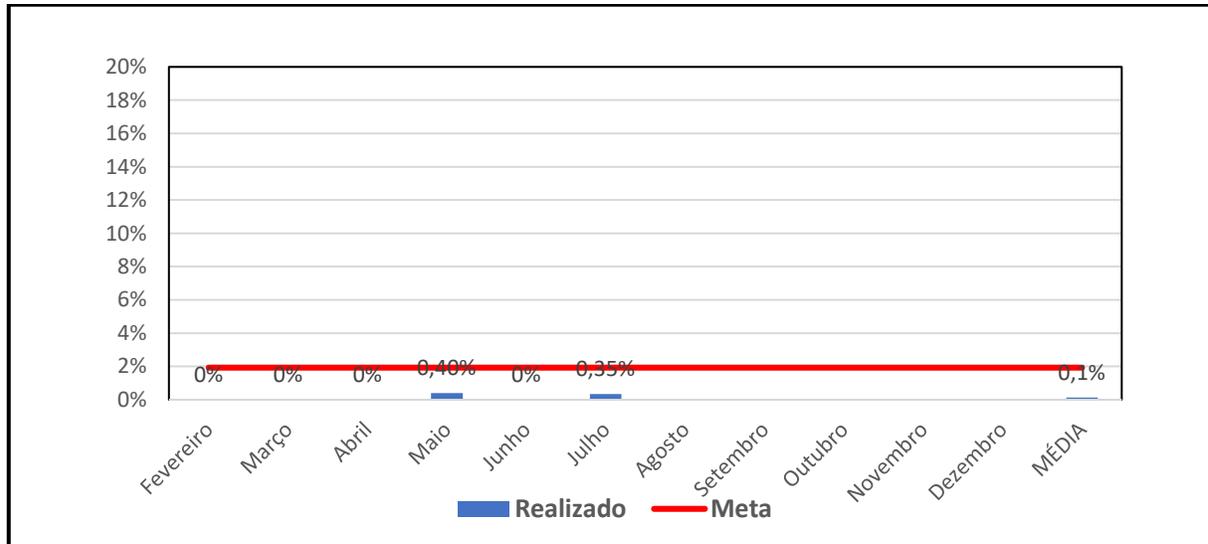
Plano de Ação

- Solicitado ao setor responsável pela padronização dos materiais institucionais a compra do cateter de PICC, assim teríamos uma opção menos invasiva para a infusão de drogas;
- 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.

Nº09

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%	0,40%	0%	0,35%						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: No período compreendido 280 pacientes\dia (54,36%) utilizaram este dispositivo como parte do tratamento na Unidade de Terapia Intensiva, apresentando 01 caso de infecção do Trato urinário, dado satisfatório para o cenário de UTI não ultrapassando a meta estipulada, porém nosso compromisso é zerar este indicador.

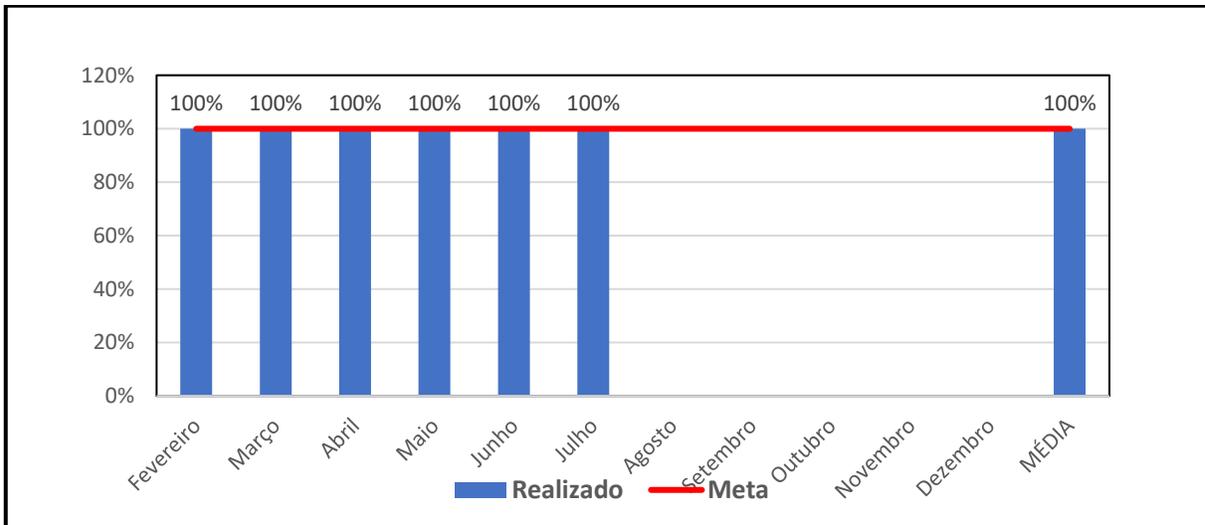
Plano de Ação

- Manter e aprimorar a adesão a higiene íntima;
- Avaliar diariamente no momento da visita multidisciplinar a retirada dos dispositivos invasivos sem prejudicar o tratamento estabelecido;
- Troca dos dispositivos proveniente de outra unidade superior a 48 horas.
- Realizar higiene íntima adequada, antes do procedimento de passagem de SVA e/ou SVD.

Nº10

Indicador: Prontuários Evoluídos

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	100%	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: A instituição conta com o sistema de prontuário eletrônico, aonde a equipe multiprofissional tem acesso para realização de evolução e prescrição que são impressos e arquivados no prontuário físico de cada paciente, organizados diariamente pelos auxiliares administrativos, que realizam o check list na saída do paciente para a conferência e organização padrão da instituição.

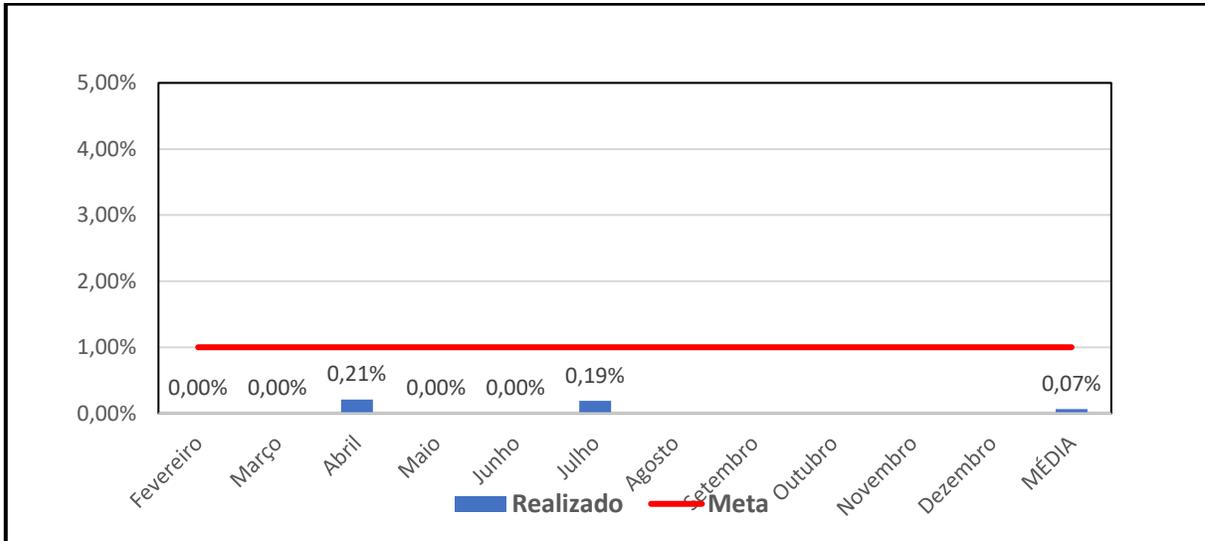
Plano de Ação

- Auditoria continua e aprimoramento com a equipe administrativa;
- Implantação do caderno de passagem de plantão para os administrativos 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 todo o período.

Nº11

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%	0,19%						0,07%
Meta	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1,00%



Fonte: Ouvidoria HGVP

Análise Crítica: Foi apresentado 01 caso de reclamação via ouvidoria, ele foi esclarecido e respondido imediatamente pela parte envolvida.

Dúvidas ou problemas pontuais, são esclarecidos durante a visita familiar e tem sido efetivo para resolução de possíveis problemas.

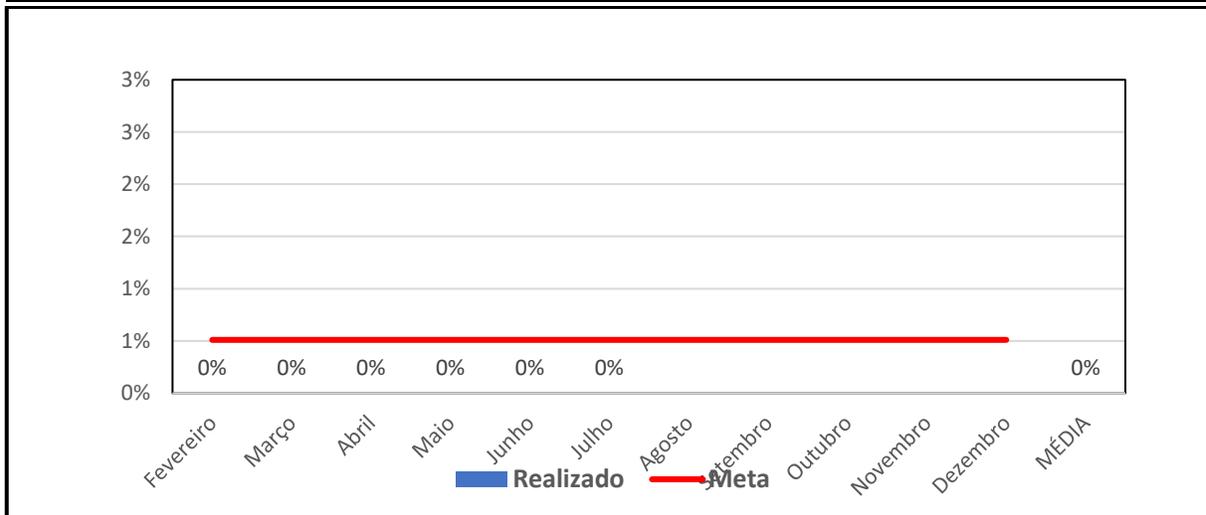
Plano de Ação

- Dar continuidade na atender e esclarecer dúvidas dos familiares no momento da visita;
- Instituir a visita humanizada, fundamental para o tratamento do paciente e das angústias familiares “momento entre família e o doente”

Nº12

Indicador: Incidência de queda

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	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 516 pacientes/dia no período.

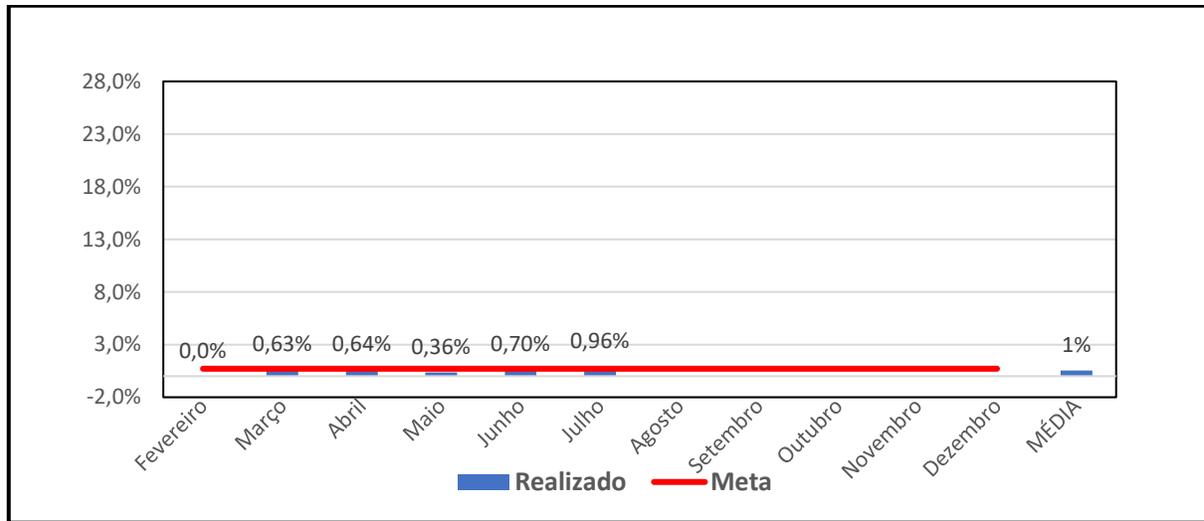
Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de queda;
- Identificar os casos com maior risco com a utilização da escala de Morse e realizar a contenção técnica e adequada caso seja necessário juntamente com outras ferramentas utilizadas.

Nº13

Indicador: Índice de úlcera por pressão

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,0%	0,63%	0,64%	0,36%	0,70%	0,96%						1%
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: No período foram apresentados 05 (cinco) casos novos de LPP, para 516 paciente /dia o que ultrapassa a meta estipulada, o perfil dos pacientes internados na unidade é de alta complexidade, o que facilita os fatores de risco para o aparecimento de LPP, como por exemplo pele sensível, mobilidade reduzida, idade avançada, deficiência nutricional, presença de dispositivos médicos como sondas e cateteres, entre outros, No período tivemos outro agravante importante a falta de insumos de prevenção como colchão piramidal, placa protetora.

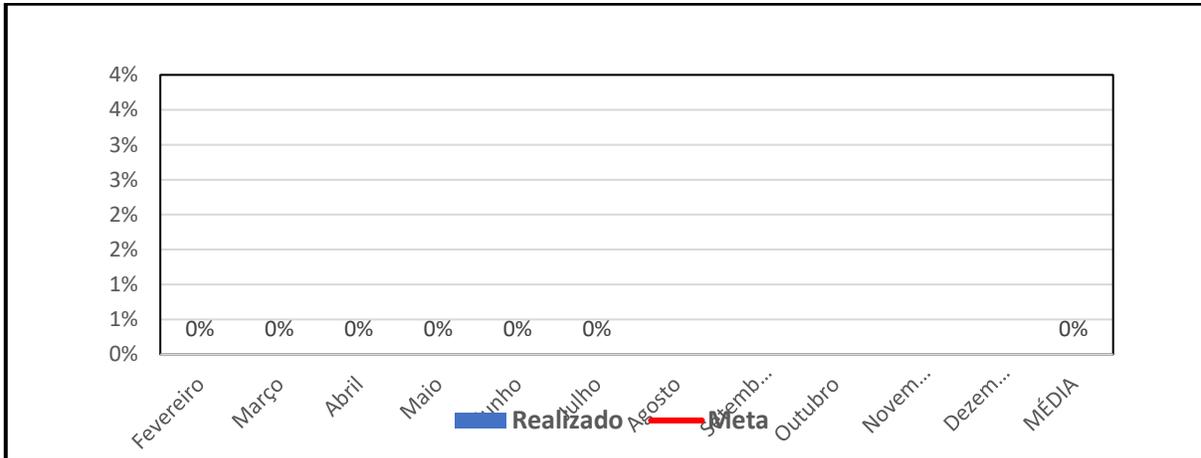
Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de LPP;
- Solicitado material para o setor responsável, como colchão piramidal;
- Implantação da escala de Braden com a finalidade de identificar os casos precocemente e aplicar a prevenção necessária (Solicitado a instituição);
- Intensificar a cobrança da equipe de enfermagem para a mudança de decúbito ou descompressão de proeminências a cada 02 horas;
- Solicitação de avaliação do grupo de estomaterapia sempre que necessário, para a liberação dos materiais disponíveis na instituição e orientação do uso;
- Otimizado o uso de colchão piramidal para casos que apresentam maior risco, quando disponível.

Nº14

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%	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: Nenhum caso notificado no período, este indicador pode estar sendo subnotificado, uma vez que são os próprios colaboradores que realizam o evento e o sistema não é integrado com a farmácia, porém iniciamos o sistema de conferência em tempo real de tiras distribuídas pela farmácia, iniciativa que pode contribuir muito para que este evento não aconteça.

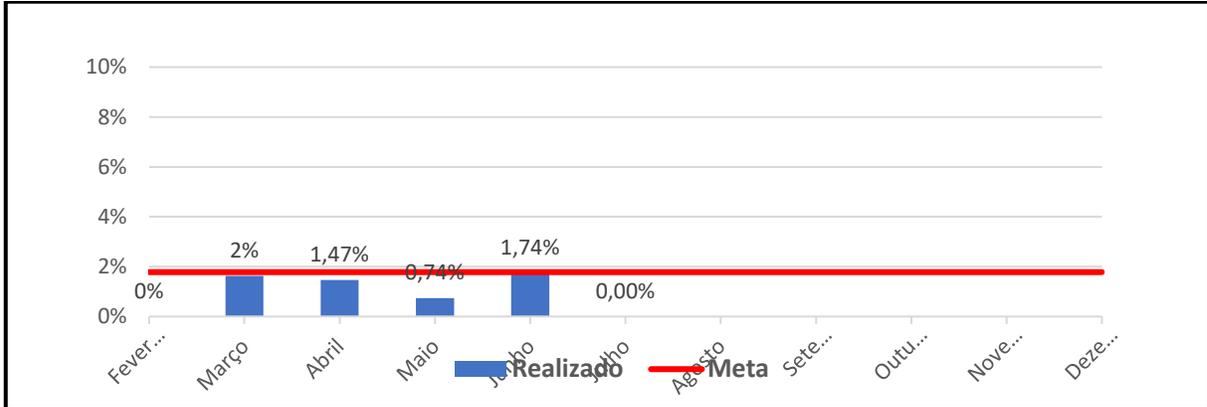
Plano de Ação

- Estimular a equipe a relatar os quase erros ao superior imediato, com a finalidade de melhorarmos os processos refletindo na assistência;
- Orientação quanto ao preparo e manuseio dos medicamentos;
- Aprimorar a conferência das tiras de medicamentos confeccionada pela farmácia, minimizando as chances de iatrogenia relacionadas ao preparo de medicações.

Nº15

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%	0,00%						0,93%
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 281 pacientes/dia com uso de sonda oro/nasogastroenteral e nenhum registro de saída não planejada do dispositivo, atingindo a meta resultado satisfatório.

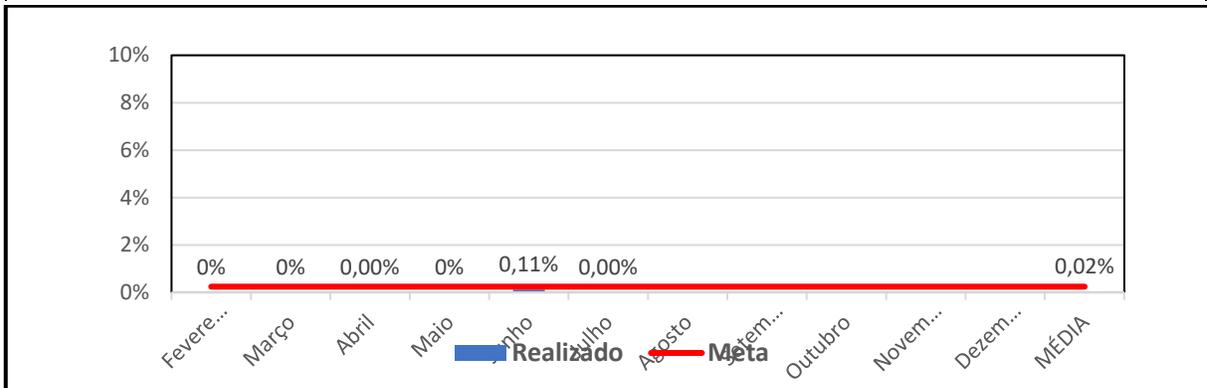
Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de saídas não planejadas de sondas;
- Identificar os casos de maior risco e conter de maneira segura e adequada;
- Aprimorar e estimular a fixação, manutenção adequada.

Nº16

Indicador: Incidência de flebite

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

Análise Crítica: No período 184 pacientes/dia, em uso de acesso venoso periférico para terapia medicamentosa, nenhum caso registrado de flebite, atingindo com sucesso este indicador.

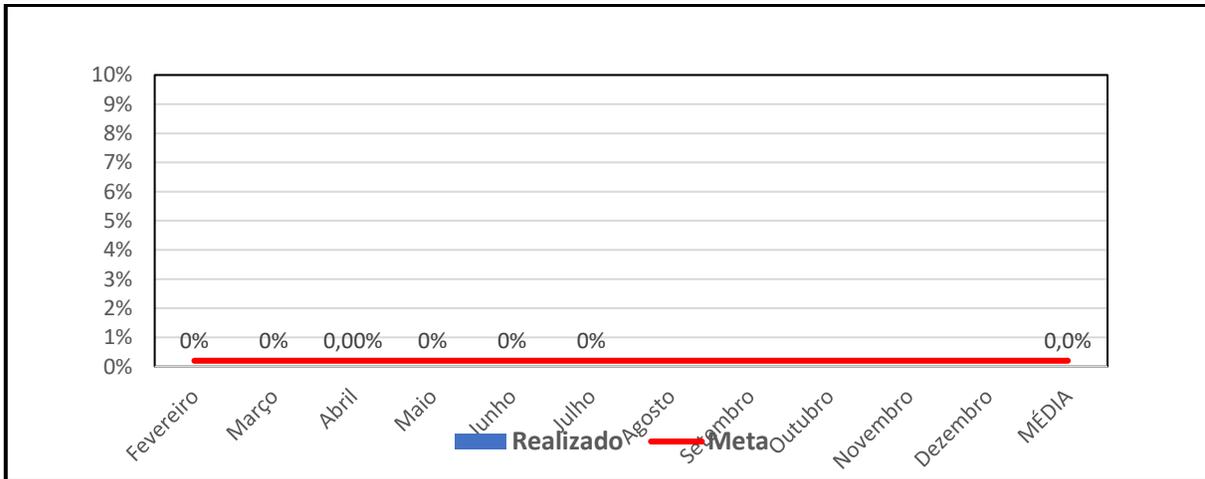
Plano de Ação

- Dar continuidade na prevenção de flebite;
- Utilizar os swabs de álcool 70% para realização de punção periférica;
- Intensificar e auditar as fixações corretas.

Nº17

Indicador: Incidência de perda de cateter central (CVC)

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,00%	0%	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 registrado de perda de cateter venoso central na unidade, atingindo a meta contratual.

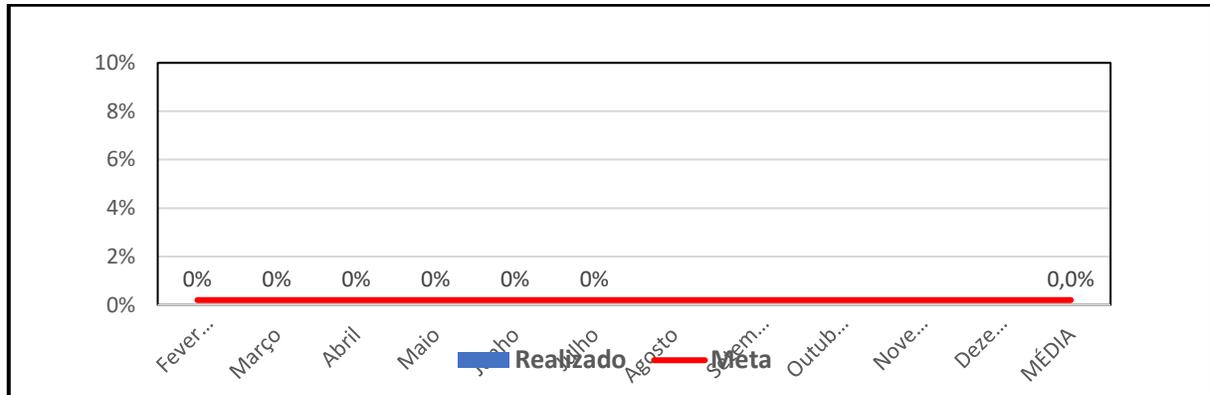
Plano de Ação

- 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.

Nº18

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0%	0%	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.

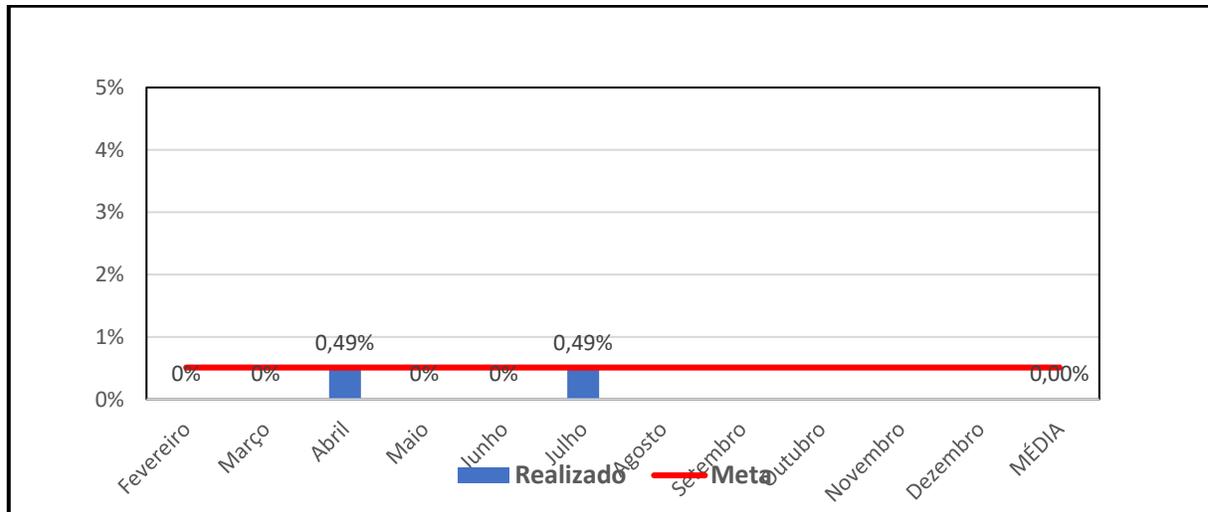
Plano de Ação

- Solicitado ao setor responsável a padronização do cateter de PICC, com a finalidade de diminuirmos o uso do CVC, por ser um dispositivo menos invasivo, com boa aceitação para o tratamento medicamentoso.

Nº19

Indicador: Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal

	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,49%	0%	0%	0,49%						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: No período compreendido tivemos 204 pacientes/dia (39%) em ventilação mecânica, sendo que desses 204 pacientes, 0,98% o que corresponde a 02 casos de extubação acidental no período, fato justificado pela rotina do despertar diário no qual o paciente apresenta agitação psicomotora

Plano de Ação

- Realizar educação continuada com a equipe multidisciplinar, referente ao manuseio e ajustes das fixações de tudo endotraqueal e traqueostomia;
- Orientações para as equipes sobre o posicionamento correto do circuito do ventilador mecânico;