

## 1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

<b>Número do Convênio:</b>	00063/2021
<b>Número do Processo:</b>	SES-PRC-2021/12499
<b>Conveniado:</b>	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CHAVANTES - CNPJ 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 - COVID-19_CSS
<b>Unidade Gestora:</b>	CGOF
<b>Município:</b>	Chavantes
<b>Natureza da Despesa:</b>	335043 - Subvenções Sociais (Custeio - 3º Setor)
<b>Fonte dos Recursos:</b>	Fundo Estadual de Saúde

## 2. OBJETO:

Gerenciamento, Operacionalização e execução de 10 (dez) leitos da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Sul.

## 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 2021

## 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 à 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:

Prestar solução em saúde, educação e assistência social, executando com excelência contratos de gestão, oferecendo equipe qualificada e de alta performance, proporcionando o cuidado holístico e serviços humanizados.

### VISÃO

Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde, responsabilidade social e sustentabilidade.

### VALORES

Ética, transparência, cidadania, valorização das pessoas, qualidade na gestão, inovação e responsabilidade social, pautando nossas ações dentro dos preceitos de legalidade, probidade e transparência, imputando aos partícipes uma conduta ética em todos os aspectos.

## 1. 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;

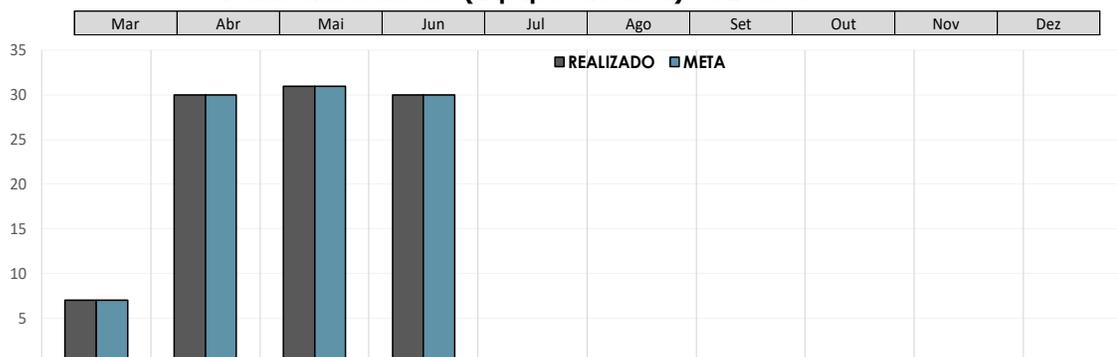
- ✓ Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;
- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração dos sistemas de informação nos níveis primário e secundário;
- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços 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 resulta.

A seguir, apresentamos através de gráficos, o quadro de Recursos Humanos atuante na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Sul, bem como Indicadores de Qualidade, Monitoramento e Desempenho.

## RECURSOS HUMANOS

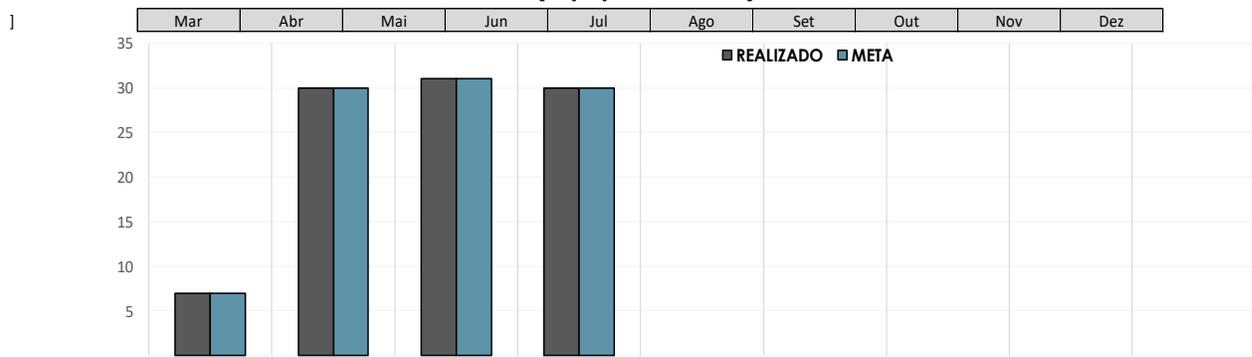
### 1. Equipe Médica – Plantonistas:

**Plantonista diurno (Equipe médica) - 12 horas**



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

**Plantonista noturno (Equipe médica) - 12 horas**



VISITAS	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							196

**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de médicos plantonistas na unidade.

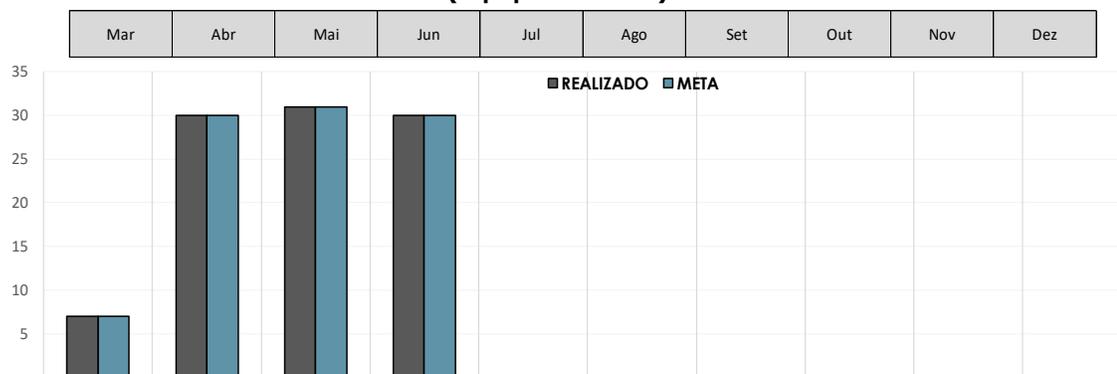
## 2. Equipe Médica – Diaristas:

### Diarista diurno (Equipe médica) - 12 horas



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

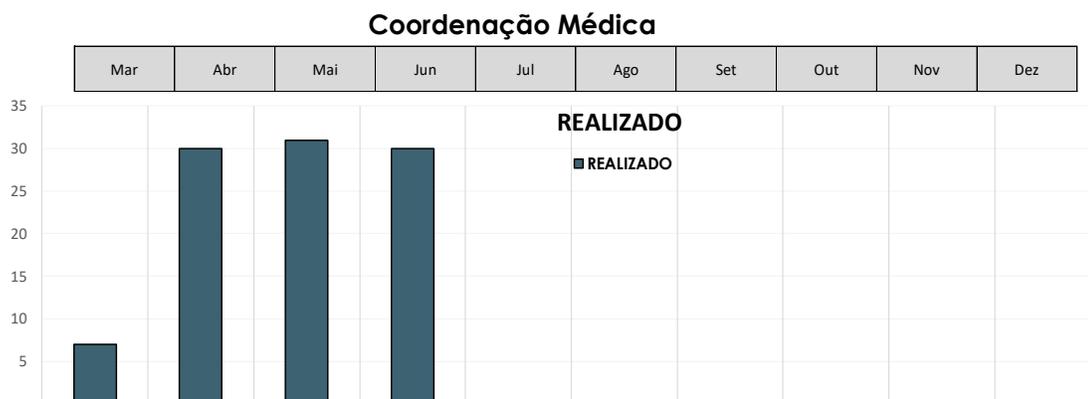
### Diarista Noturno (Equipe médica) - 12 horas



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

**Análise Crítica:** Nos o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de médicos diaristas na unidade.

### 3. Equipe Médica – Coordenação

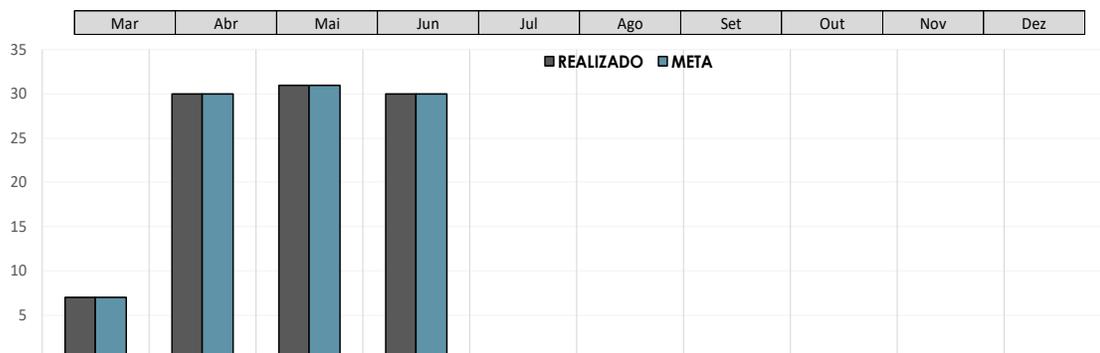


PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos a presença e acompanhamento técnico da Coordenação Médica na unidade.

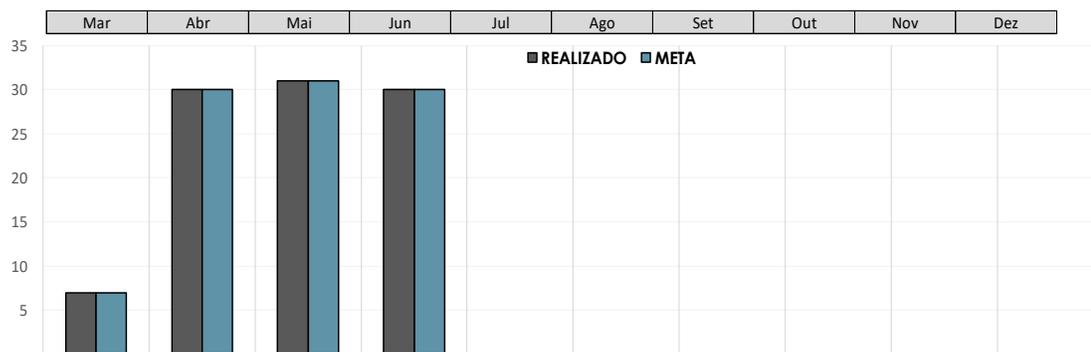
#### 4. Equipe Assistencial – Enfermeiros

##### Enfermeiro diurno - 12 horas



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							

##### Enfermeiro noturno - 12 horas

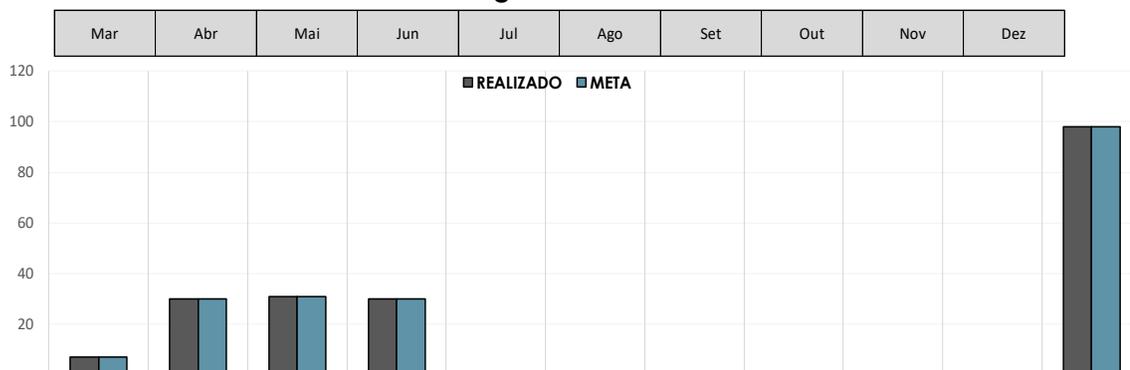


VISITAS	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							196

**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de enfermeiros (diurno e noturno) na unidade.

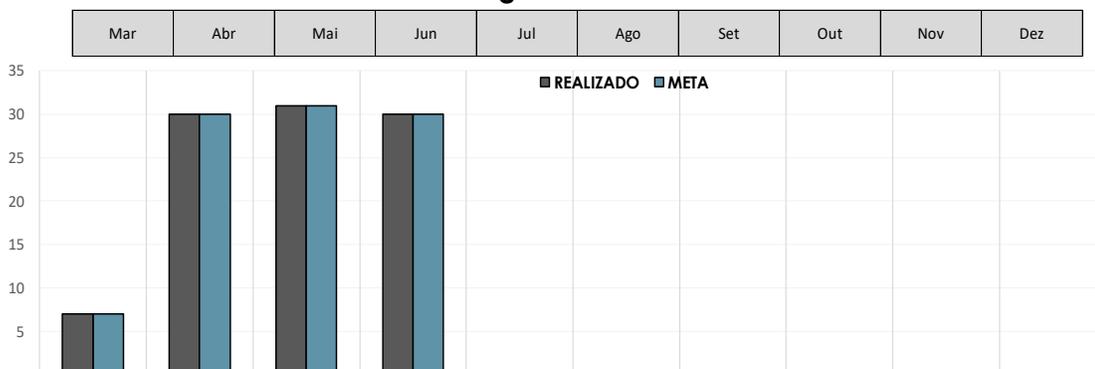
## 5. Equipe Assistencial – Técnicos de Enfermagem

### Técnicos de enfermagem diurno - 12 horas



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

### Técnicos de enfermagem noturno - 12 horas

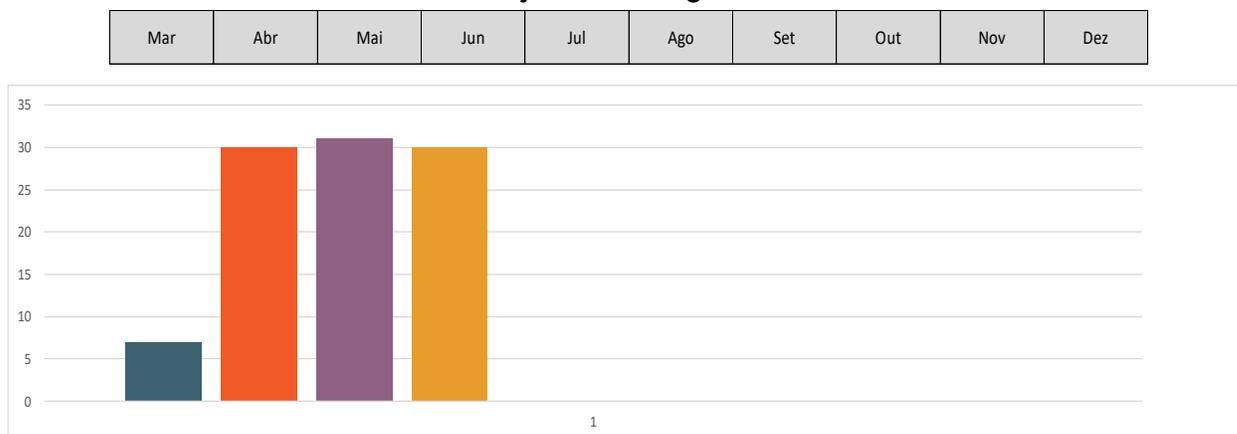


PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de técnicos de enfermagem (diurno e noturno) na unidade.

## 6. Equipe Assistencial – Coordenação de Enfermagem

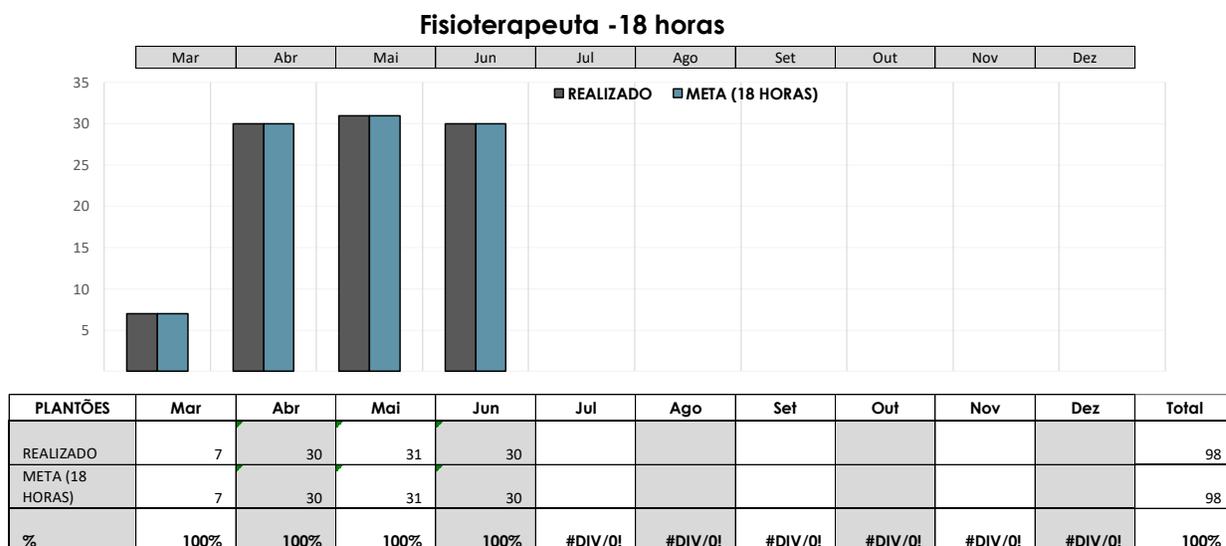
### Coordenação Enfermagem



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

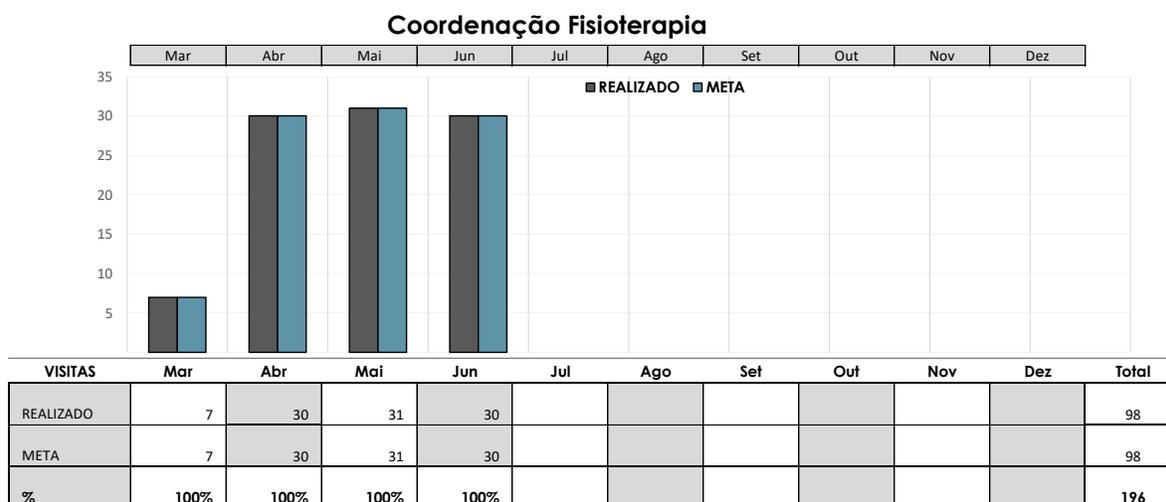
**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos a presença e acompanhamento técnico da Coordenação de Enfermagem na unidade.

## 7. Equipe Assistencial – Fisioterapia



**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de fisioterapeutas (18 horas diária) na unidade.

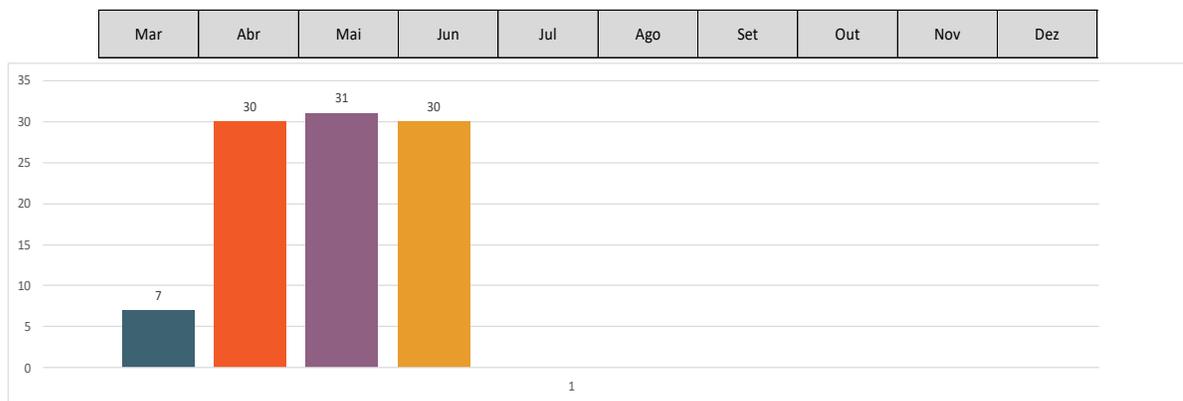
## 8. Equipe Assistencial – Coordenação de Fisioterapia



**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos a presença e acompanhamento técnico da Coordenação de Fisioterapia na unidade.

## 9. Equipe Assistencial – Equipe Administrativa

**Administrativo - 12 horas**



PLANTÕES	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
REALIZADO	7	30	31	30							98
META	7	30	31	30							98
%	100%	100%	100%	100%							100%

**Análise Crítica:** Durante o mês de junho 2021, mantivemos o quadro completo de Auxiliar Administrativo na unidade.

## 10. INDICADOR DE MONITORAMENTO

### INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

#### **Nº01**

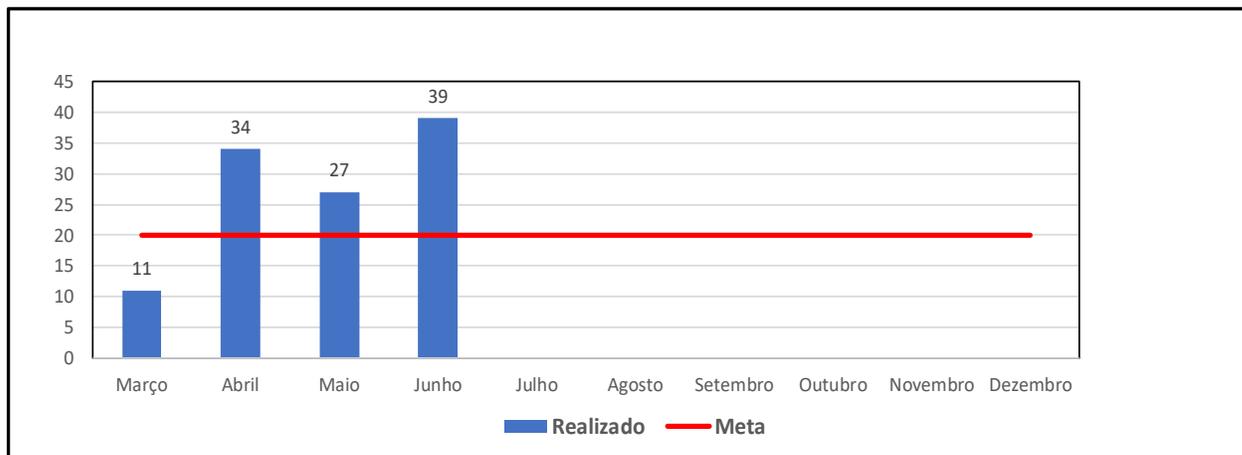
#### **Indicador: Saídas**

**Descrição:** É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), transferência externa, interna ou óbito.

**Fórmula:** nº pacientes dia/média de permanência)

#### SAÍDA -UTI

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	11	34	27	39						
Meta	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Perc.	55%	170%	135%	195%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



**ANÁLISE CRÍTICA:** No mês de junho 2021, superamos a meta com 39 saídas, sendo 23 óbitos e 16 transferências internas.

## 11. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

### REMUNERAÇÃO VARIÁVEL

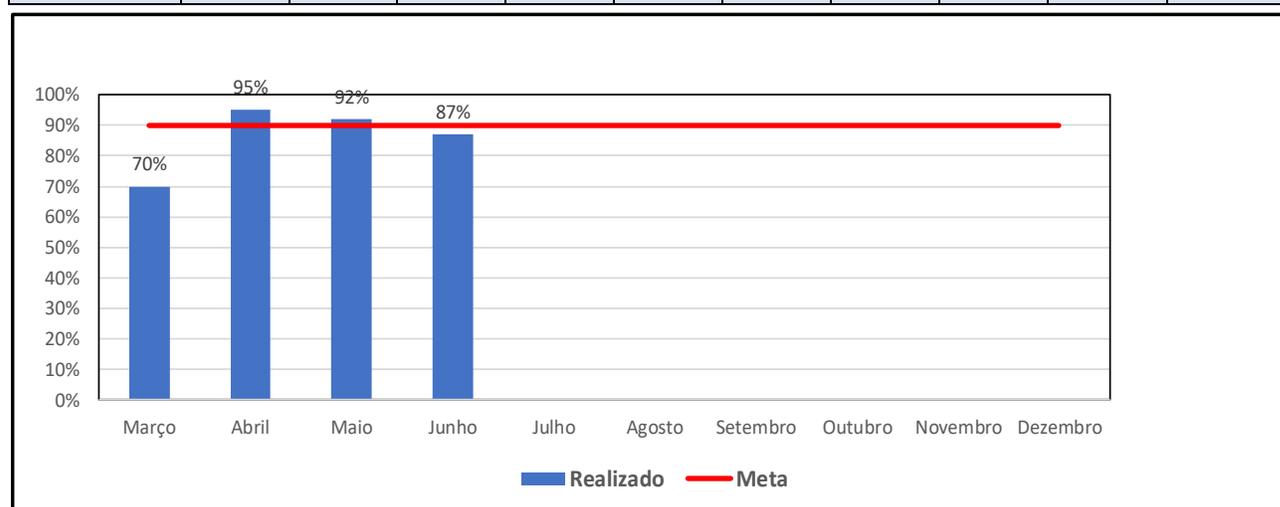
#### Nº02

#### Indicador: Taxa de Ocupação

**Descrição:** É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados.

#### TAXA DE OCUPAÇÃO - UTI

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	70%	95%	92%	87%						
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, mantivemos a taxa de ocupação da unidade em 87% que equivale a 254 pacientes dia. Ressaltamos que a consequência do não cumprimento da meta se deve a fatores, sendo eles:

1. Necessidade de bloqueio de 01 leito por aproximadamente 07 dias, devido manutenção no bico da rede de O<sup>2</sup>;
2. Leitos cedidos e reservados para pacientes externos via CROSS, através do setor de Nucleo Interno de Regulação (N.I.R), porém, sem a devida ocupação (paciente não transferido para UTI por motivos de óbitos ou cancelamentos tardios da origem).

**Nº03**

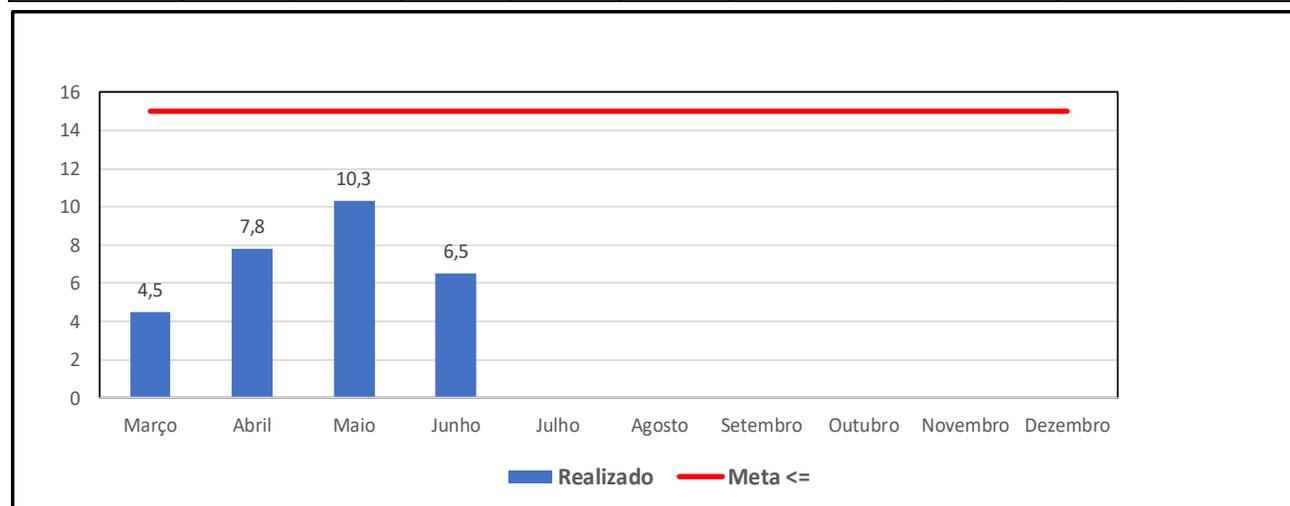
**Indicador: Média de Permanência**

**Descrição:** É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de saídas. total de leitos-dia, incluindo os leitos-dia extras e excluindo os leitos-dia bloqueados).

**Fórmula:** mede o tempo médio que o paciente permanece internado em uma determinada clínica ou na instituição e o resultado é expresso em dias.

**Média de permanência - UTI**

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	4,5	7,8	10,3	6,5						
Meta <=	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15



**ANÁLISE CRÍTICA:** Meta realizada, considerando a média de permanência menor ou igual a 15 dias, em relação ao nº de pacientes dia / saídos.

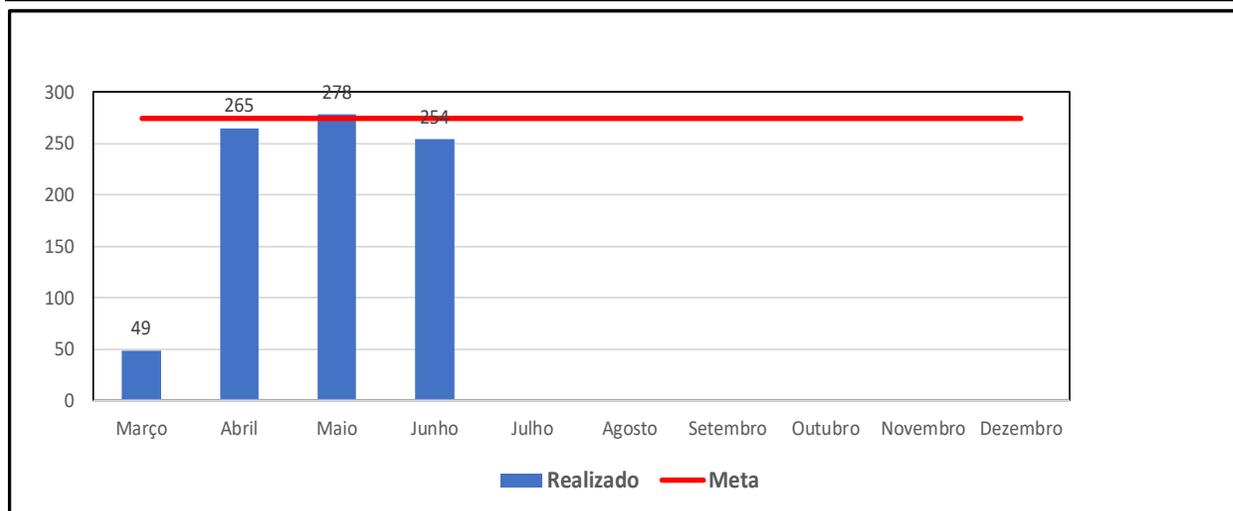
**Nº04**

**Indicador: Paciente-Dia**

**Descrição:** unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

**PACIENTE DIA -UTI**

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	49	265	278	254						
Meta	274	274	274	274	274	274	274	274	274	274
Perc.										



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, mantivemos a média de 08 pacientes dia na unidade com reflexo na taxa de ocupação de 87% que equivale ao total de 254 pacientes dia. Ressaltamos que a consequência do não cumprimento da meta se deve a dois fatores, sendo eles:

1. Necessidade de bloqueio de 01 leito por aproximadamente 07 dias, devido manutenção no bico da rede de O<sup>2</sup>;
2. Leitos cedidos e reservados para pacientes externos via CROSS, através do setor de Núcleo Interno de Regulação (N.I.R), porém, sem a devida ocupação (paciente não transferido para UTI por motivos de óbitos ou cancelamentos tardios da origem).

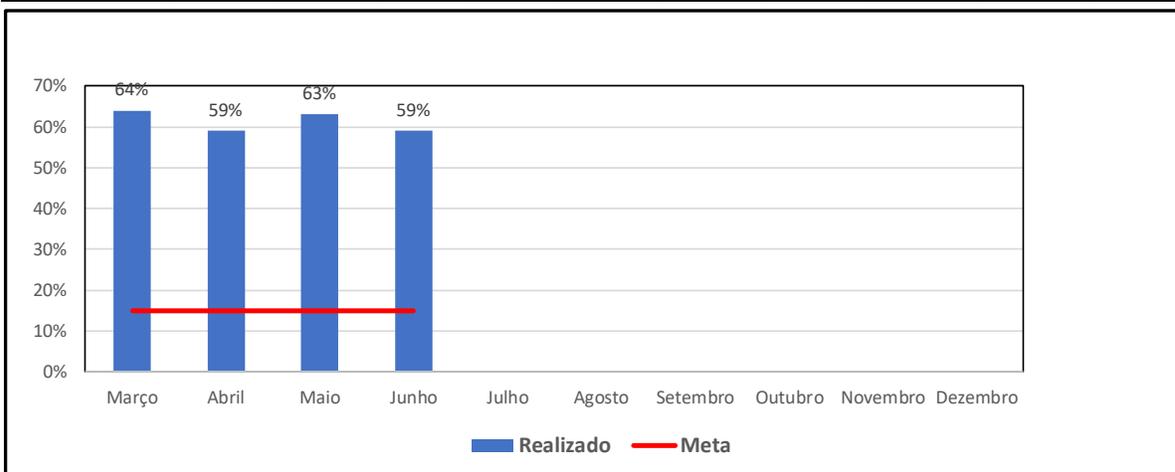
## Nº05

### Indicador: Taxa de Mortalidade

**Descrição:** razão entre o número total de óbitos de pacientes internados na UTI e o número total de altas da UTI.

**Taxa de mortalidade em UTI**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	64%	59%	63%	59%						
Meta	15%	15%	15%	15%						



#### ANÁLISE CRÍTICA:

Referente a taxa de mortalidade na UTI, finalizamos o mês com índice de 59% de mortalidade. Em análise e reflexão sobre tal dado, destacamos que 100% dos pacientes que evoluíram a óbito estavam em ventilação mecânica.

Em consulta ao site <http://www.utisbrasileiras.com.br/sari-covid-19/benchmarking-covid-19>, foi demonstrado através de estudo da AMIB - Associação Brasileira de Medicina Intensiva, o número de internações de pacientes com Covid-19 nos Hospitais públicos e privados e várias análises foram feitas a partir disto.

A mortalidade de todos os pacientes com Covid-19 ficou em 55,4%% na rede pública e 31,5% na rede privada, sendo que os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica a mortalidade subiu para 62,1% na rede privada e 74,7% na rede pública.

Diante disso ficamos com uma taxa de mortalidade abaixo de 74,7% que foi a média de óbitos dos pacientes em ventilação mecânica nas UTIs da rede pública. Atingimos 59% em Junho, melhorando o percentual de mortalidade em comparativo à maio com 63% de mortalidade.

Outro fator que justifica o não atingimento da meta de 15% de mortalidade na UTI, foi a média do SAPs (sistema de prognóstico, que determina através de escore fisiológico agudo e avaliação do estado prévio, visando estabelecer índice preditivo de mortalidade para pacientes admitidos na UTI) e consequente a previsibilidade da morte.

O SAPs foi calculado nas primeiras 24h de admissão do paciente em UTI. Em junho a média do SAPs ficou acima de 67 pontos de escore, reflexo da gravidade e complexidade que vivemos na pandemia. Outro dado interessante que justifica o aumento da mortalidade, é a medição da letalidade da covid, em média é de 2,8% para mulheres e 4,1% para homens, mas comparando a letalidade por idade aumenta para 9,5% de 60 a 69 anos, para 18,6% com idade entre 70 e 79 anos, aumenta para 30,5% com idade entre 80 e 89 anos e 38,4% para acima de 90 anos (fonte:

<https://www.seade.gov.br/coronavirus/#>).

Então além dos pacientes chegarem com SAPs elevados, a maioria dos pacientes possuíam comorbidades e idade maior que 50 anos, justificado o não cumprimento da taxa de mortalidade em junho.

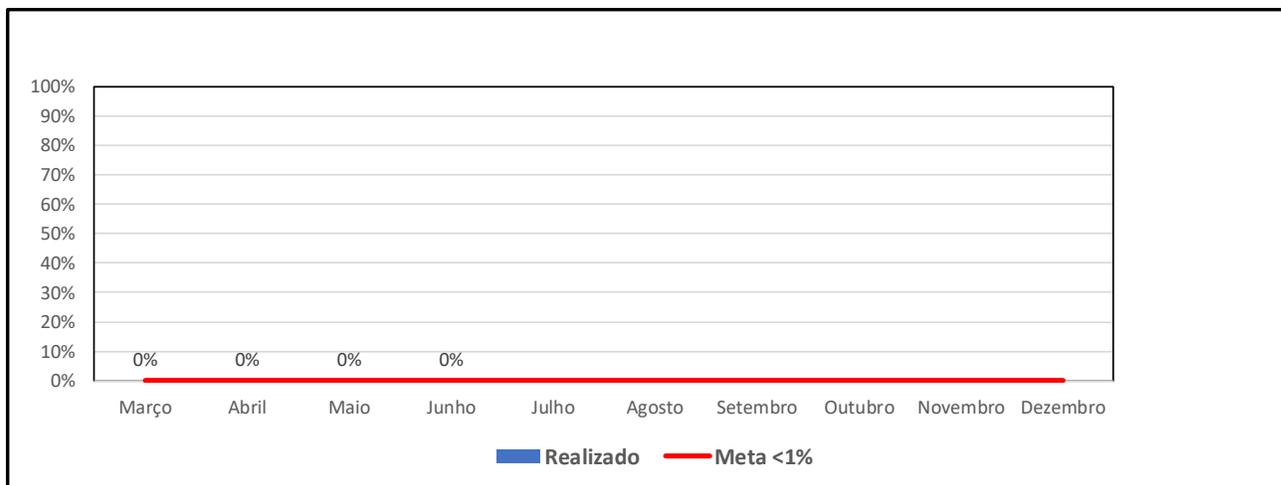
**Nº06**

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

**Descrição:** é a relação percentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa ou causas associadas em até 24 horas após a alta da UTI.

**TAXA DE REINTERNAÇÃO EM 24 HS**

	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0%	0%	0%	0%						
<b>Meta &lt;1%</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, não tivemos reinternação de pacientes em período menor ou igual a 24 horas.

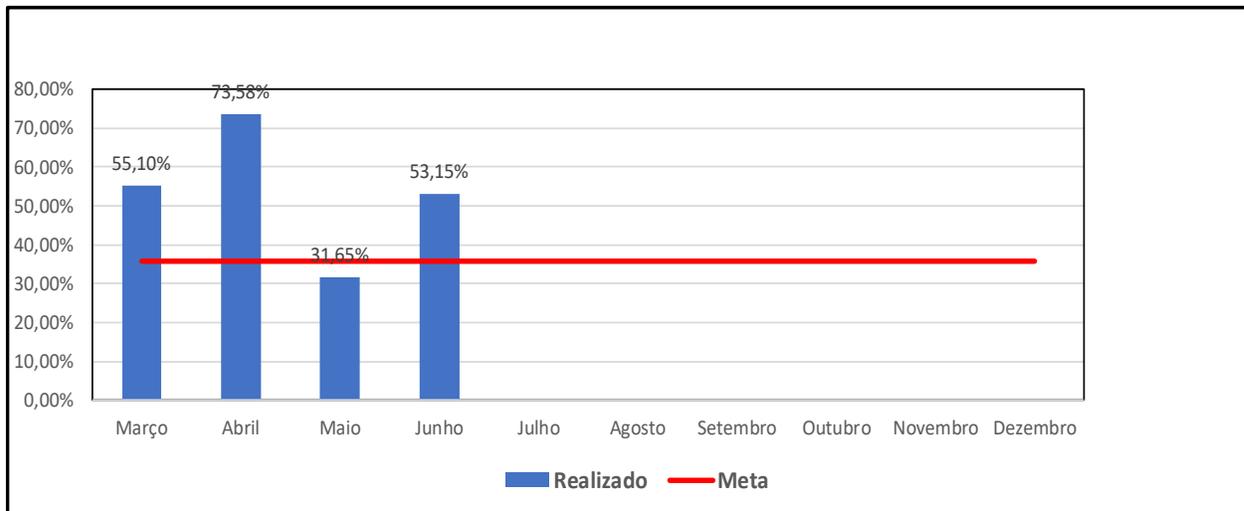
**Nº07**

**Indicador: Taxa de utilização de ventilação mecânica**

**Descrição:** razão entre o número de dia de VM sob total de paciente/dia.

**Taxa de utilização de Ventilação mecânica**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	55,10%	73,58%	31,65%	53,15%						
<b>Meta</b>	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%	35,83%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Meta não realizada. Durante o mês de junho a taxa de Ventilação Mecânica foi de 53,15%, relação entre o número de utilização de VM (135) e o número de pacientes dia (254), resultado acima da meta estabelecida de 35,83%.

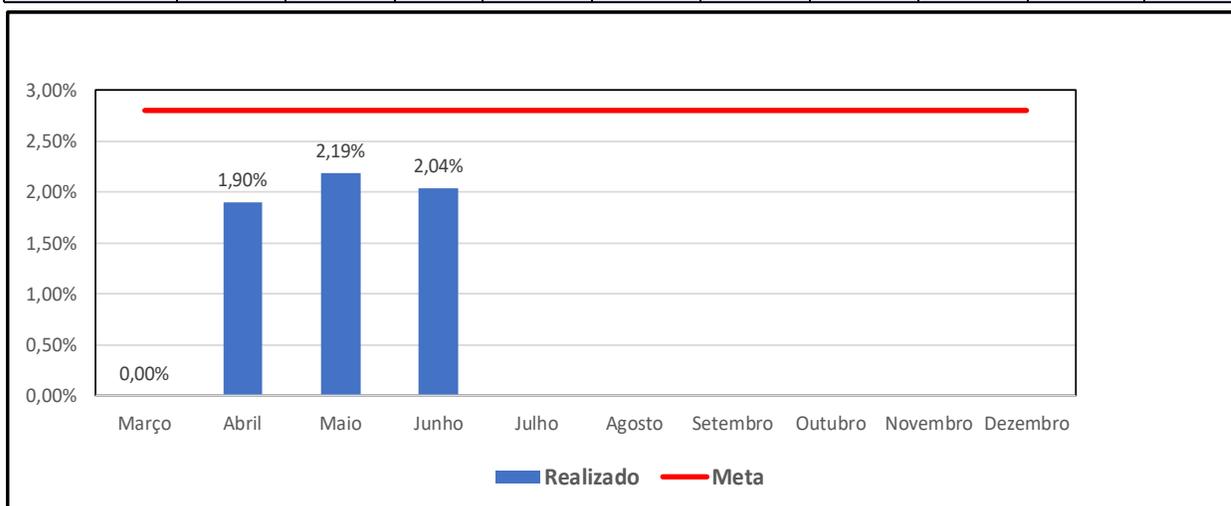
**Nº08**

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

**Descrição:** razão entre os casos novos de IPCS no período e número de pacientes com CVC/dia no período, multiplicado por 1000.

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

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0,00%	1,90%	2,19%	2,04%						
<b>Meta</b>	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%	2,80%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho os índices de infecção de Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) ficaram abaixo da meta prevista.

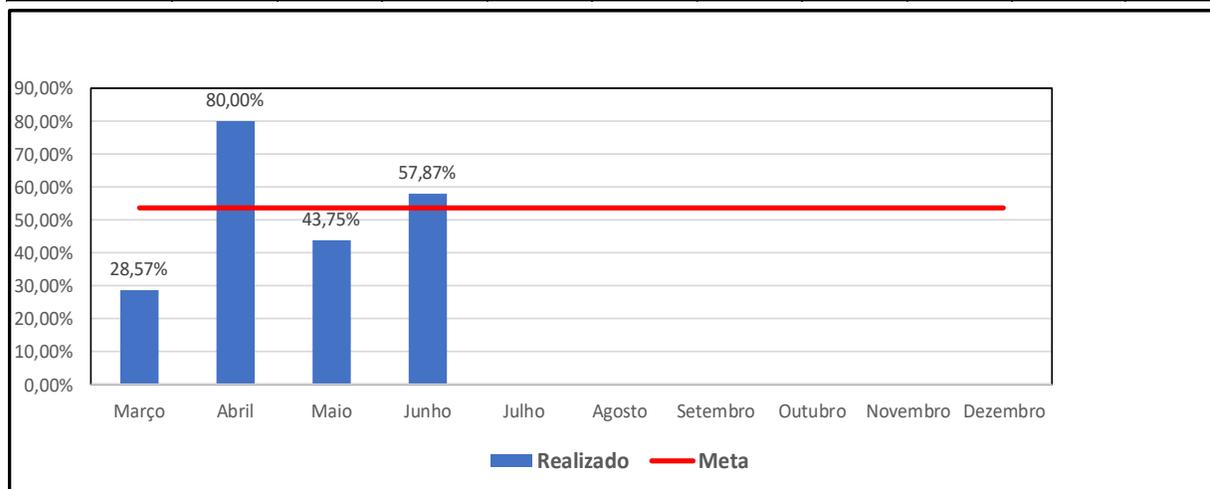
**Nº09**

**Indicador: Taxa de Utilização de cateter venoso central (CVC)**

**Descrição:** razão entre os número de dia de CVC sob total de paciente/dia.

**Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) meta UTI <=53,64%**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	28,57%	80,00%	43,75%	57,87%						
<b>Meta</b>	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%	53,64%



**ANÁLISE CRÍTICA:** : Durante o mês de junho o índice de utilização de CVC ficou acima da meta prevista. A utilização se elevou em face da gravidades dos pacientes haja visto o grande numero de pacientes em IOT, recebendo drogas vasoativas consequentemente havendo a necessidade do cateter central.

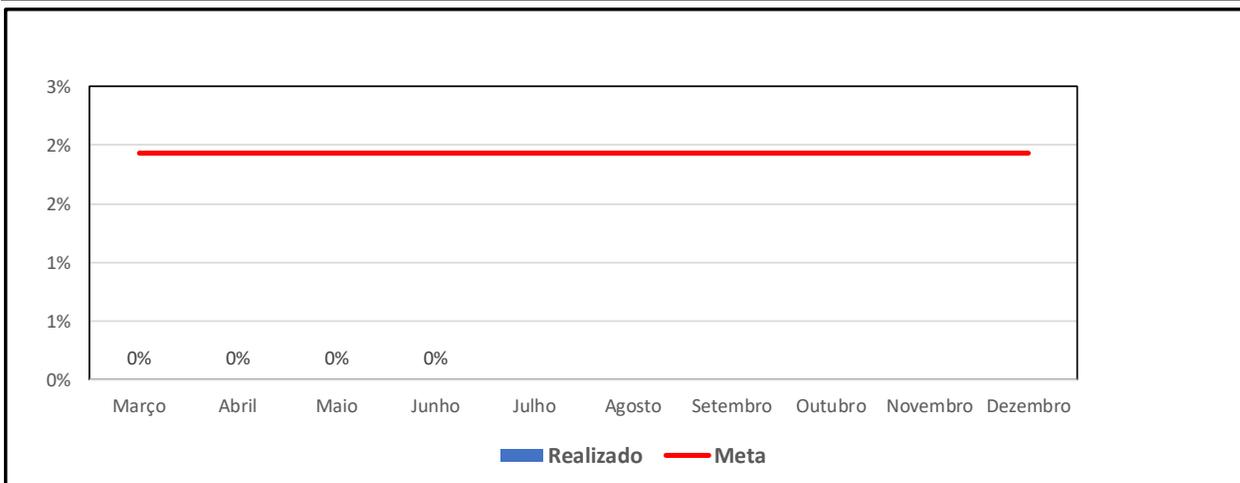
**Nº10**

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

**Descrição:** razão entre casos novos de UTI no período e número de pacientes com SVD no período, multiplicando por 1.000.

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

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



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, não tivemos incidências de Infecção do Trato Urinário.

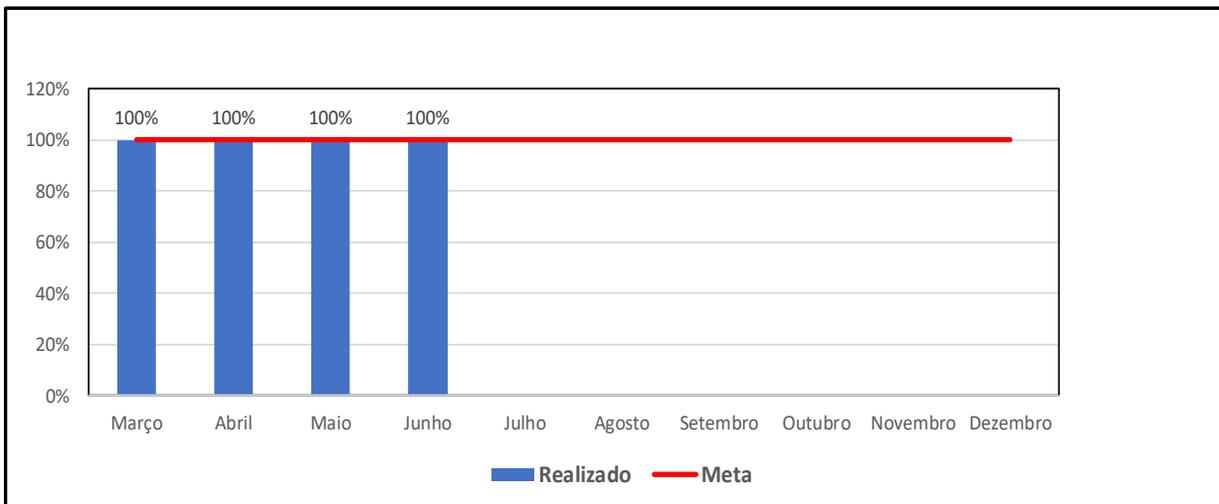
**Nº11**

**Indicador: Prontuários Evoluídos**

**Descrição:** preencher de forma integral e completa todos os prontuários dos pacientes.

**PRONTUÁRIOS EVOLUÍDOS UTI**

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



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, todos os pacientes internados na unidade foram devidamente evoluídos em sistema informatizado.

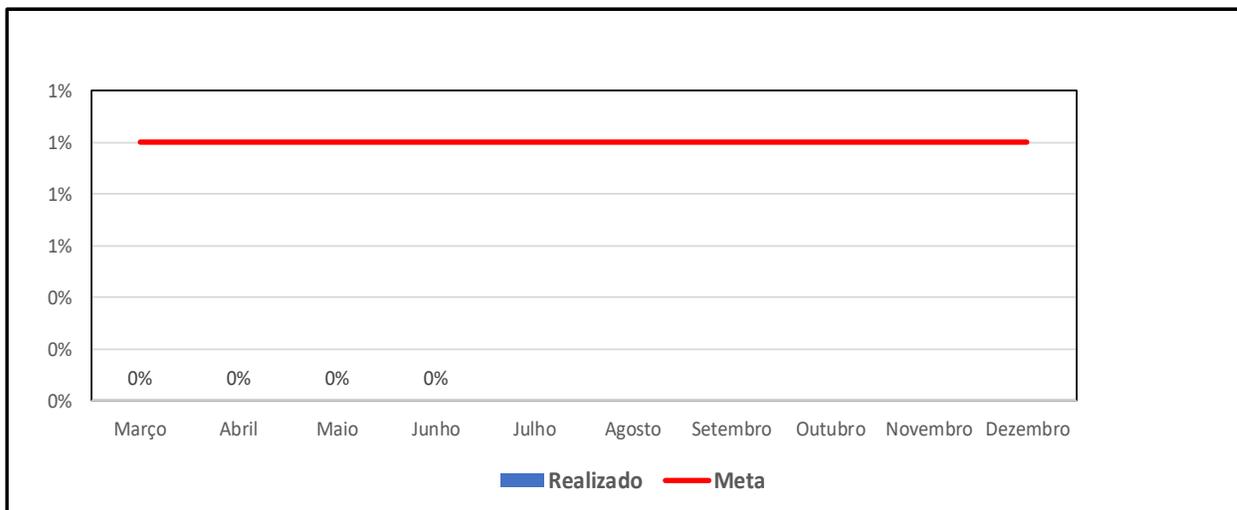
**Nº12**

**Indicador: Reclamação na ouvidoria em número**

**Descrição:** número de pacientes/mês dividido pelo número de ouvidoria registrada/mês.

**RECLAMAÇÃO OUVIDORIA - UTI**

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0%	0%	0%	0%						
<b>Meta</b>	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho, não tivemos reclamações no setor de ouvidoria da unidade.

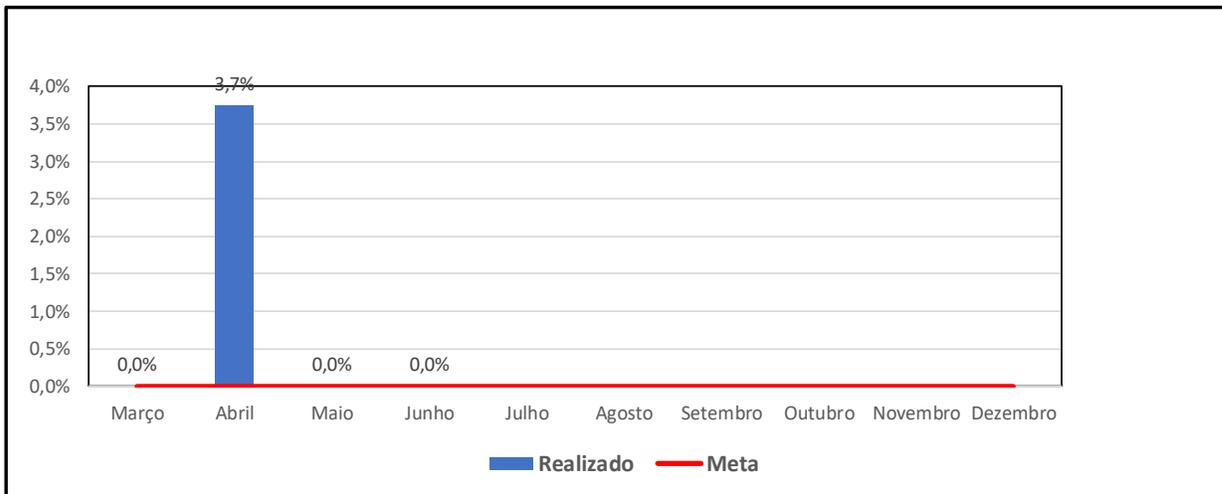
**Nº13**

**Indicador: Incidência de queda de paciente**

**Descrição:** relação entre o número de quedas e o número de paciente/dia, multiplicado por 1.000

**INCIDÊNCIA DE QUEDA - UTI**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%						
<b>Meta</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho não tivemos evento de queda na unidade.

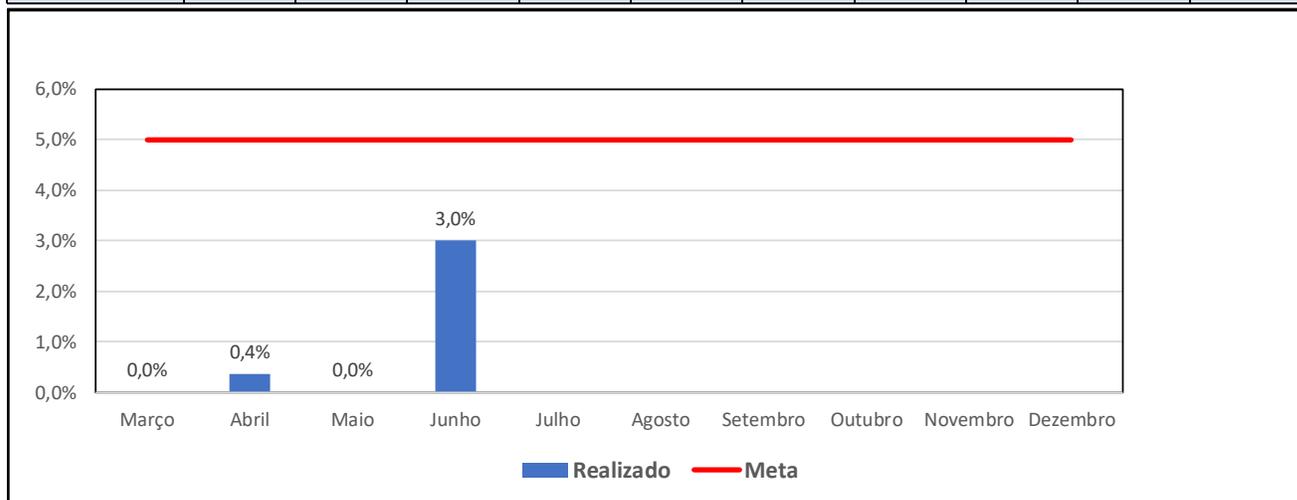
**Nº14**

**Indicador: Índice de lesão por pressão**

**Descrição:** relação entre o número de casos novos de pacientes com úlcera por pressão em determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão no período, multiplicado por 1.000

**INDICE DE LESÃO POR PRESSÃO - UTI**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	0,0%	0,4%	0,0%	3,0%						
Meta	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Durante o mês de junho a meta de índice de lesão por pressão na unidade ficou abaixo da meta prevista.

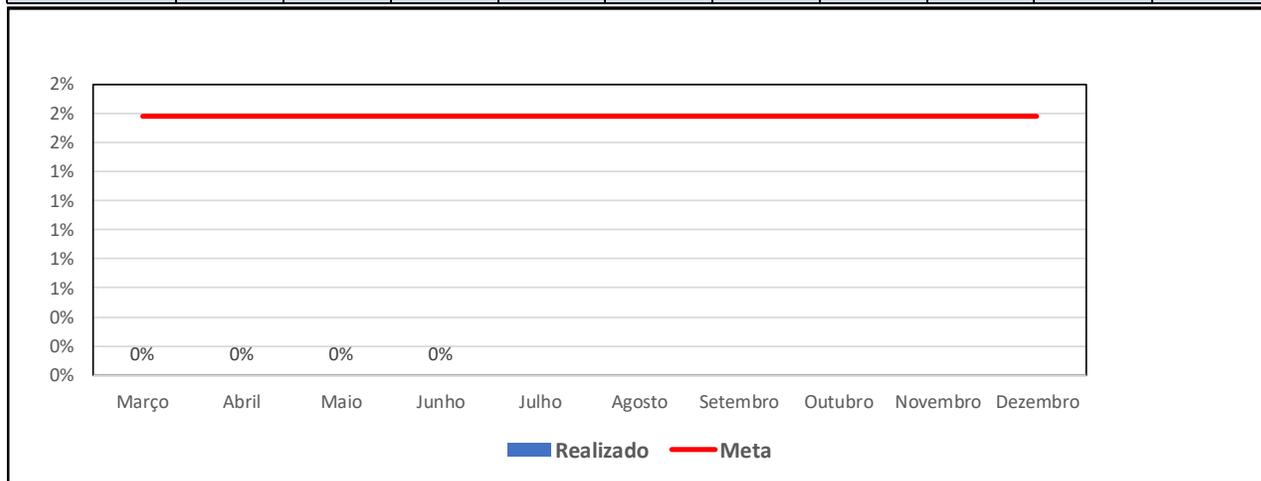
**Nº15**

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

**Descrição:** relação entre o número de saídas não planejadas de sonda oro/nasogastroenteral e o número de pacientes com sonda oro/nasogastroenteral/dia, multiplicado por 1000

**Incidência de saída não planejada de sonda oro/ nasogastroenteral UTI**

	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	0%	0%	0%	0%						
Meta	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%	1,78%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Não houve no período, incidências de saída não planejada de sondas.

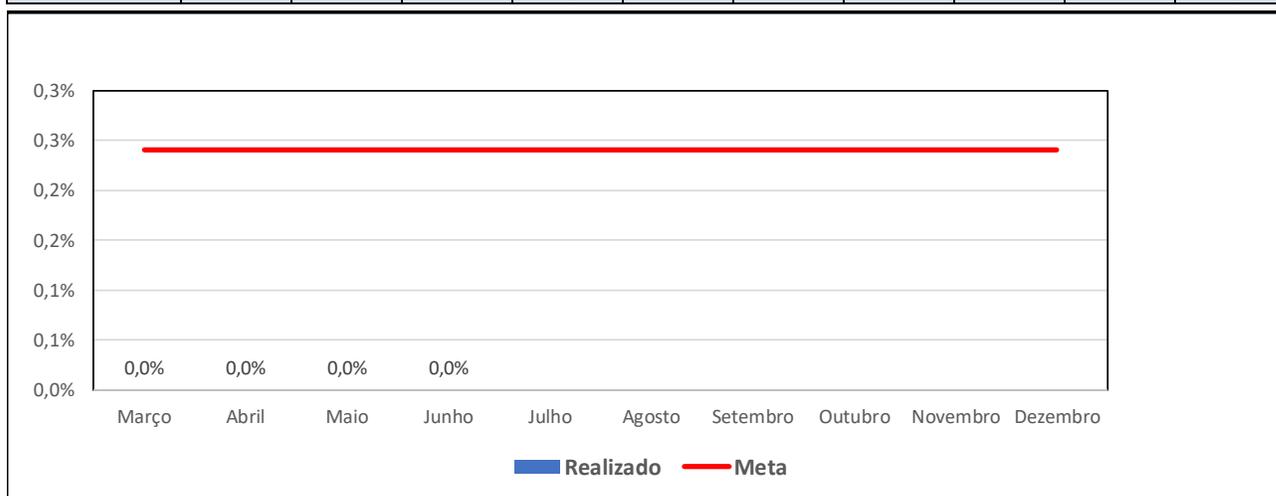
**Nº16**

**Indicador: Incidência de flebite**

**Descrição:** relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o numero de pacientes/dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100.

**Incidência de flebite - UTI**

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%						
<b>Meta</b>	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Não houve no período, incidências de flebite na unidade.

**Nº17**

**Indicador: Incidência de perda de cateter venoso central**

**Descrição:** relação entre o número de casos de perda de cateter venoso central e o número de pacientes com cateter venoso central, multiplicado por 100.

**Incidência de perda de cateter venoso central**

	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<b>Realizado</b>	0%	0%	0%	0%						
<b>Meta</b>	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Não houve no período, incidências de perda de CVC.

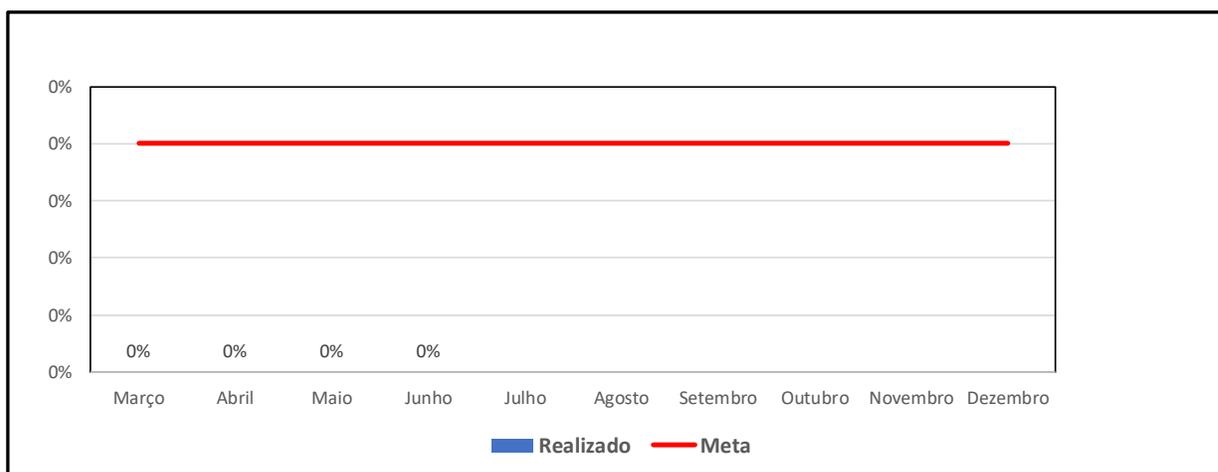
**Nº18**

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

**Descrição:** relação entre o número de perda de cateter central de inserção periférica (PICC), multiplicado por 100.

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

	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Realizado	0%	0%	0%	0%						
Meta	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Não houve no período, incidências de perda de catéter de inserção periférica (PICC).

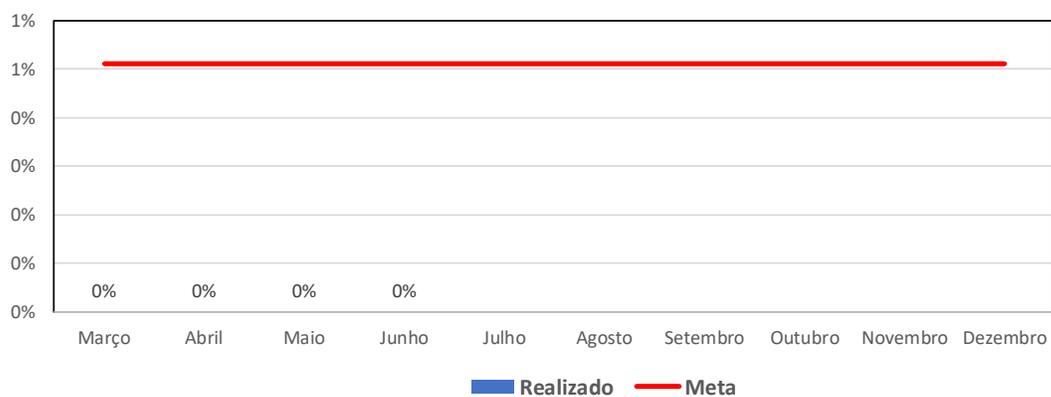
**Nº19**

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

**Descrição:** relação entre o número de extubação não planejada e o número de paciente intubado/dia, multiplicado por 100.

**Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal**

	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
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%



**ANÁLISE CRÍTICA:** Não houve no período, incidências de extubação acidental na unidade.

## 12. ANEXOS

### 12.1 PLANILHA DE MONITORAMENTO DIÁRIO – JUNHO 2021

DIA	INTERNADOS UTI	NÚMERO DE SAÍDOS UTI	MÉDIA PERMANENCIA UTI	SAÍDOS (ÓBITO)	TAXA DE OCUPAÇÃO	
1	10	1	10,0	1	100%	
2	9	2	4,5	1	90%	
3	8	2	4,0	2	80%	
4	9	3	3,0	1	90%	
5	8	3	2,7	1	80%	
6	8	1	8,0	0	80%	
7	9	3	3,0	1	90%	
8	7	0	#DIV/0!	0	70%	
9	9	2	4,5	1	90%	
10	8	0	#DIV/0!	0	80%	
11	10	1	10,0	0	100%	
12	9	3	3,0	1	90%	
13	5	1	5,0	1	50%	
14	5	0	#DIV/0!	0	50%	
15	7	0	#DIV/0!	0	70%	
16	10	1	10,0	0	100%	
17	10	1	10,0	1	100%	
18	10	3	3,3	2	100%	
19	9	3	3,0	3	90%	
20	9	1	9,0	1	90%	
21	8	1	8,0	1	80%	
22	9	0	#DIV/0!	0	90%	
23	9	1	9,0	1	90%	
24	9	0	#DIV/0!	0	100%	
25	9	0	#DIV/0!	0	100%	
26	9	0	#DIV/0!	0	100%	
27	9	1	9,0	1	100%	
28	8	1	8,0	1	89%	
29	7	2	3,5	1	78%	
30	8	2	4,0	1	89%	
<b>TOTAL</b>	<b>254</b>	<b>39</b>	<b>6,5</b>	<b>23</b>	<b>87%</b>	

01 LEITO  
BLOQUEADO.  
MANUTENÇÃO  
NO BICO DE O<sup>2</sup>

**12.2 -OFÍCIOS JUNHO 2021**

**Ofício nº 183.2021**

São Paulo/SP, 07 de junho de 2021

À

**Diretora Municipal de Saúde**

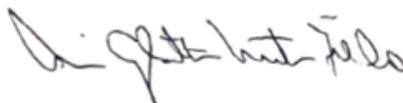
**Ilmo Sra. Daniela da Silva Barros**

**Prefeitura Municipal Taquarivaí, Estado de São Paulo**

**Assunto: Relógio de Ponto Eletrônico**

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópico, CNPJ nº 73.027.690/0001-46, com sede social na Rua Maria Ferreira, nº 22, Município de Chavantes, Estado de São Paulo, CEP 18970-000, representado na forma dos seus atos constitutivos, neste ato por intermédio do seu Presidente Anis Ghattás Mitri Filho, brasileiro, casado, médico, CPF nº 330.693.348-14 e RG nº 36.142.201-5 SSP/SP, com endereço à Rua Dep João Sussumu Hirata, 940 - cj 44 Morumbi – São Paulo – SP – CEP – 05715-010, vem respeitosamente, **solicitar autorização para instalação de relógio de ponto eletrônico nas dependências do Pronto Atendimento de Taquarivaí.**

Aproveita-se o ensejo para renovar os votos de elevada estima e distinta consideração.



**Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**  
**Anis Ghattás Mitri Filho**  
**Presidente**

**Ofício nº 195.2021**

São Paulo/SP, 14 de junho de 2021

À

Diretoria do Hospital Regional Sul

**Sra. Denise Ribeiro dos Santos Cruz**

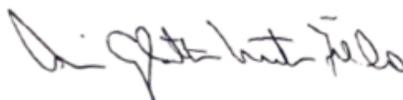
**Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo**

**Assunto: Prestação de Contas – Hospital Regional Sul – Competência maio de 2021**

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, filantrópico, CNPJ nº 73.027.690/0001-46, com sede social na Rua Maria Ferreira, nº 22, Município de Chavantes, Estado de São Paulo, CEP 18970-000, representado na forma dos seus atos constitutivos, neste ato por intermédio do seu Presidente Anis Ghattás Mitri Filho, brasileiro, casado, médico, CPF nº 330.693.348-14 e RG nº 36.142.201-5 SSP/SP, com endereço à Rua Dep João Sussumu Hirata, 940 - cj 44 Morumbi – São Paulo – SP – CEP – 05714-010, vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, requerer a juntada das Prestações de Contas, referente ao Gerenciamento e Operacionalização de 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Regional Sul, referente ao mês de maio 2021, através do link abaixo e por e-mail em 15/06/2021 às 14h47.

<https://we.tl/t-Bplvolq14u>

Aproveita-se o ensejo para renovar os votos de elevada estima e distinta consideração.



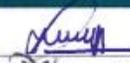
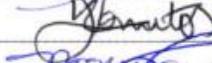
**Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**  
**Anis Ghattás Mitri Filho**  
**Presidente**

### 12.3 ATA DE REUNIÃO – JUNHO 2021

<b>ATA REUNIÃO</b>	<b>PROJETO: HRSUL</b>
--------------------	-----------------------

<b>Data:</b>	22/06/2021	<b>Hora de início:</b>	11H00	<b>Hora do término:</b>	12H00
--------------	------------	------------------------	-------	-------------------------	-------

**VISÃO SCMC:** Ser reconhecido como instituição de excelência na gestão de saúde, responsabilidade social e sustentabilidade.

Nº	Participantes	Função/Município	Assinatura/Presenças
1.	Dely D.S. Mary	Dir. Sp.	
2.	Denise R. Steh Cruz	DTS II - Apoio	
3.	Conceição	DTS II GTG#	
4.	Ana Carolina Coelho	Coord. Médica	
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Nº	Apontamentos	Ações Propostas	Responsável
01.	<b>Exames Gasometria</b>	Solicitado registro da realização e emissão e laudo pelo laboratório.  <u>Resposta:</u> exames de urgência devem ser validados pela equipe médica e registrado em prontuário (respaldo CRM). Verificar com laboratório inserção no exame também na rotina com laudo.	Dra. Ana Carolina Denise Norimar
02.	<b>Exames de Rotina</b>	Horário de coleta de exames de rotina (atualmente estão coletando as 23h00), quando deveria ser as 04h00.  <u>Resposta:</u> irão verificar com responsável pelo laboratório.	Denise Norimar
03.	<b>Retirada de Exames</b>	Demora para retirar exames na unidade para análise.  <u>Resposta:</u> irão verificar com responsável pelo laboratório.	Denise Norimar
04.	<b>Admissão de pacientes</b>	Pacientes estão sendo admitidos na unidade com exames antigos.  <u>Resposta:</u> irão verificar com setor de N.I.R e reforçar a obrigatoriedade do paciente ser admitido na unidade com exames recentes.	Denise Norimar
05.	<b>CME</b>	Solicitada agilidade na disponibilização de materiais para uso na unidade.  <u>Resposta:</u> irão verificar com responsável do CME.	Denise Norimar
06.	<b>Rede de Oxigênio</b>	Sugerido a avaliação de teste de estanqueidade, data da última manutenção preventiva e troca de célula de oxigênio, considerando possível instabilidade na rede.	Darly Dra. Ana Carolina Denise Norimar
07.	<b>Transferências Internas</b>	Solicitada agilidade no processo de transferência interna, considerando meta do indicador de paciente/dia. Demonstrada preocupação no impacto negativo no setor de farmácia, devido horário de fechamento.  <u>Resposta:</u> Referente a prescrições médicas, informam a disponibilidade 24 horas dos supervisores de enfermagem para exceções no setor de farmácia e plantão administrativo. Relatam morosidade na liberação de leitos pela enfª Cleide (coordenadoras de enfª Marina e Iara clientes).	Darly Dra. Ana Carolina Denise Norimar
08.	<b>Processo de Alta</b>	Solicitado que todas as altas médicas da UTI sejam realizadas como transferência interna (proibido alta domiciliar). Caso ocorra demora na disponibilização de leitos, acionar PTA ou Diretoria.  <u>Resposta:</u> Dra. Ana irá orientar toda equipe médica.	Dra. Ana Carolina Denise Norimar

09.	<b>Gestor do Contrato</b>	Denise relata possível alteração de gestor, considerando já possuir vínculo com o hospital.	Denise
10.	<b>Ponto Eletrônico</b>	Todos informados sobre a instalação de ponto eletrônico no setor. Solicitada utilização de rede de internet (autorizado por Denise e Norimar).  <u>Resposta:</u> Irão informar Sr. Guilherme da área de T.I.	Darly Denise Norimar
11.	<b>Circulação de funcionários</b>	Relatam ocorrência de circulação de funcionários com roupas privativas nas dependências do hospital.  <u>Resposta:</u> Todos os funcionários serão orientados a respeito.	Denise Norimar
12.	<b>Indicadores Prestação de Contas</b>	Não houve apontamentos negativos referente ao processo. Informado que Sra. Natália (financeiro), solicitou envio do R.A separado da P.C.	Darly Denise Norimar
13.	<b>Reunião Mensal</b>	Alinhado a realização de reunião mensal para avaliação de contrato, acompanhamento de resultados e interação de processos.	Darly Dra. Ana Carolina Denise Norimar