
RELATÓRIO DE QUALIDADE E DESEMPENHO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HOSPITAL GERAL VILA PENTEADO- HGVP

SÃO PAULO / SP

OUTUBRO / 2022

1. INFORMAÇÕES DO CONTRATO

Número do Convênio:	00011/2022
Número do Processo:	SES-PRC-2021/37796
Conveniada:	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: outubro de 2022.

HISTÓRIA

A **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes – SCMC** é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada no ano de 1923. Possui unidade própria, o Hospital da Santa Casa de Chavantes, que funciona ininterruptamente há mais de 90 anos, atendendo a população da cidade de Chavantes e região do Departamento Regional de Saúde – DRS de Marília.

Em 2020, com a experiência de seus diretores e conselheiros, que atuam há mais de 15 anos em Gestão de Equipamentos de saúde, tornou-se uma Organização Social de Saúde – OSS, estando capacitada a formalizar contratos de gestão com os mais diversos entes governamentais.

O corpo diretivo da SCMC é composto por profissionais das mais distintas categorias, que objetivam a união de esforços e seus conhecimentos para atingir com excelência a qualidade de serviços.

Dito isto, considerando que a **Santa Casa de Misericórdia de Chavantes**, a qual possui vasto know-how e expertise no gerenciamento de serviços de saúde e capacidade para contribuir na gestão a Saúde, com o objetivo de garantir atendimento em saúde oportuno e qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática organizacional, bem como os recursos humanos necessários à operação e funcionamento das Unidades e serviços contratados, visando o atendimento, a integralidade e a multidisciplinaridade da atenção de acordo com os padrões, diretrizes e protocolos assistenciais, buscando atingir os objetivos, a seguir:

MISSÃO:

Promover Saúde Pública com a eficiência do setor privado.

VISÃO

Ser modelo e referência em gestão de serviços de saúde no terceiro setor

VALORES

Transparência

Resolutividade

Lealdade

Integridade

Compromisso

Ética

5. OBJETIVO

- ✓ Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor, com equipe técnica qualificada para atuação no atendimento de usuários do SUS, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações;
- ✓ Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;
- ✓ Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos e cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Estabelecer rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais;
- ✓ Atender os pressupostos e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização, serão observados, assim como, os princípios da acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, responsabilização e humanização;
- ✓ Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Contrato de Referência;

- ✓ Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, através da integração dos sistemas de informação nos níveis primário e secundário;
- ✓ Eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- ✓ Maior agilidade para operacionalização dos serviços;
- ✓ Dotação de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para melhoria do gerenciamento dos serviços;
- ✓ Utilização dos recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- ✓ Priorização da avaliação por resultado.

A seguir, apresentamos através de gráficos de Indicadores de Qualidade, Monitoramento e Desempenho.

6. DESCRIÇÃO

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

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

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

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

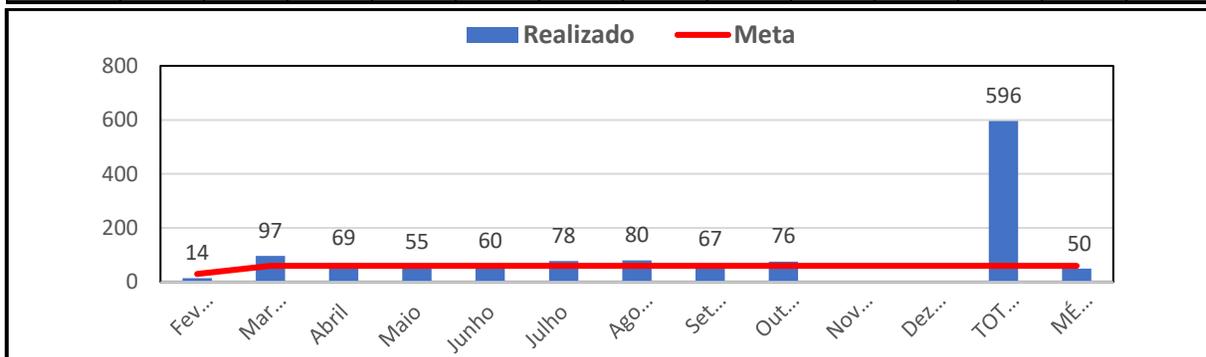
1. INDICADOR DE QUALIDADE E DESEMPENHO

INDICADOR DE REMUNERAÇÃO FIXA

Nº01

Indicador: Saídas

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	14	97	69	55	60	78	80	67	76			596	50
Meta	30	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Perc.	47%	162%	115%	92%	100%	130%	133%	112%	127%	0%	0%	993%	83%



Fonte: Planilha de monitoramento diário e sistema epimed

Análise Crítica: Analisando a série histórica podemos observar um aumento gradativo nas saídas hospitalares, atingindo assim a meta contratual, reflexo do comprometimento da equipe multiprofissional em parceria com os gestores da unidade e instituição.

Prezamos pela comunicação efetiva entre as equipes e setores de apoio, o que nos respalda para continuarmos a atingir níveis elevados na assistência.

Plano de Ação

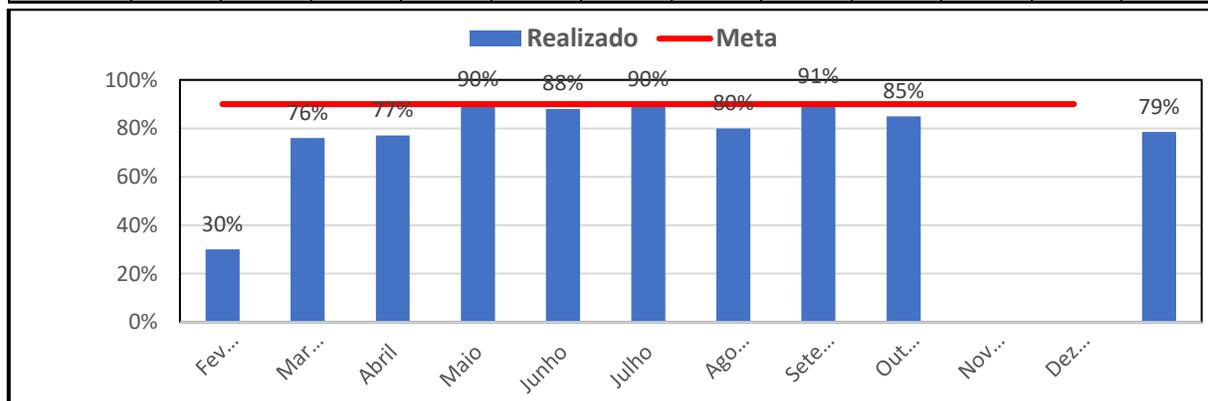
- Manter a comunicação efetiva entre equipes, otimizando informações;
- Aprimorar as visitas multidisciplinar a beira leito;
- Realizar troca de informações com a equipe multidisciplinar;

1.0 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%	80%	91%	85%			79%
Meta	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



Fonte: Planilha de monitoramento diário

Análise Crítica: No período analisado atingimos 85 % de taxa de ocupação, trabalhamos com demanda da instituição e transferências via CROSS, estamos em pleno funcionamento operacional, mantendo comunicação efetiva com setores assistenciais, realizando busca ativa no pronto atendimento, com a finalidade de mantermos a porta sempre disponíveis para outras demandas e a Unidade de Terapia Intensiva para pacientes elegíveis, assim garantimos a qualidade assistencial em sua totalidade.

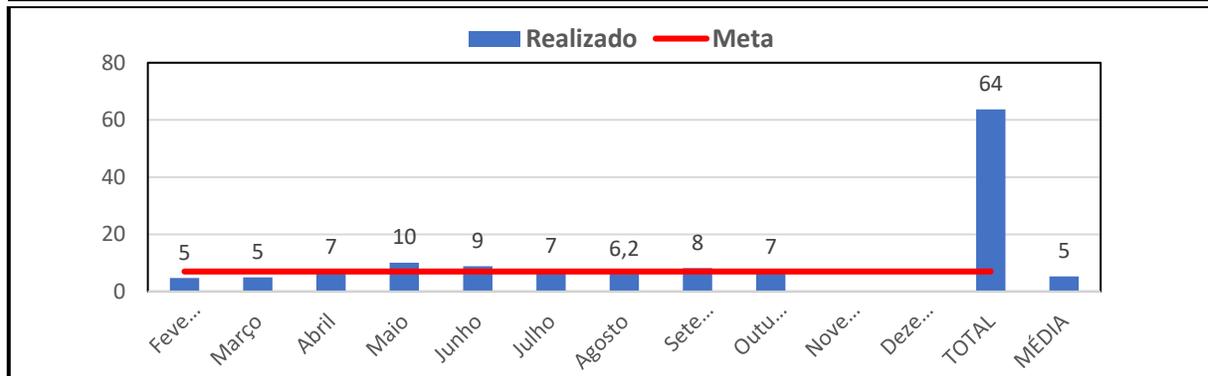
Plano de Ação

- Estamos realizando o Controle dos indicadores e eficiência do uso dos leitos operacionais;
- Diariamente no período da manhã, disponibilizando e recebemos no grupo da regulação de vagas os leitos disponíveis de todos os setores da instituição, assim conseguimos acompanhar e girar leito conforme a necessidade institucional;
- Manter a comunicação efetiva com os setores 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 e externo através do sistema CROSS;
- Organizamos os fluxos de entrada dos pacientes cirúrgicos eletivos.

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	6,2	8	7			64	5
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 525 pacientes/dia, com média de permanência de 7 dias de internação sendo assim a meta foi atingida conforme prevista em contrato.

Estamos aprimorando a linha de cuidado, com o objetivo de mantermos o paciente internado somente o tempo necessário em que as condições clínicas exigem.

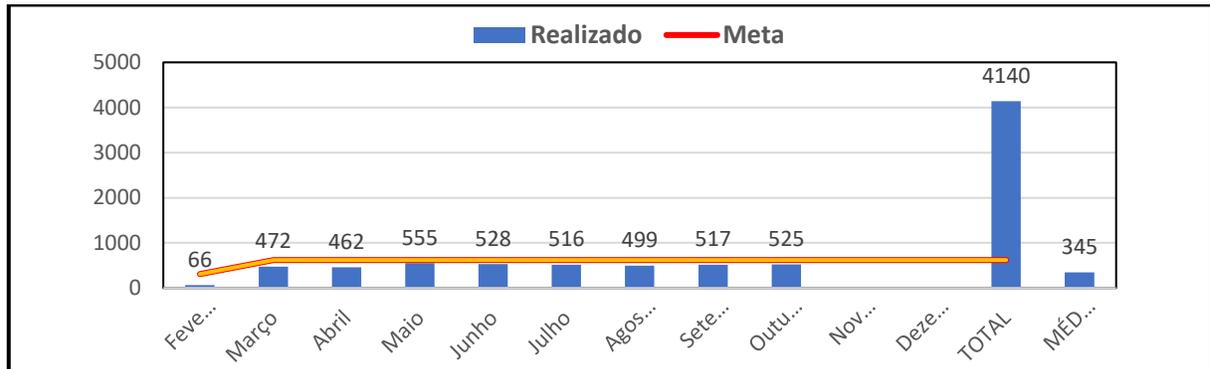
Plano de Ação

- Otimizar a retirada de dispositivos invasivos sempre que possível;
- Manter a equipe multiprofissional motivada e orientada quanto a importância de uma assistência segura e humanizada;
- Ofertar recursos e facilitar o trabalho da equipe multiprofissional, para que os processos sejam realizados de maneira 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	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	TOTAL	MÉDIA
Realizado	66	472	462	555	528	516	499	517	525			4140	345
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 525 pacientes/dia, ou seja, 85% da capacidade operacional total estimada, estamos a cada dia aumentando nossas taxas de internações e diminuindo o tempo de permanência, onde nosso principal objetivo é prestar assistência com qualidade e humanização

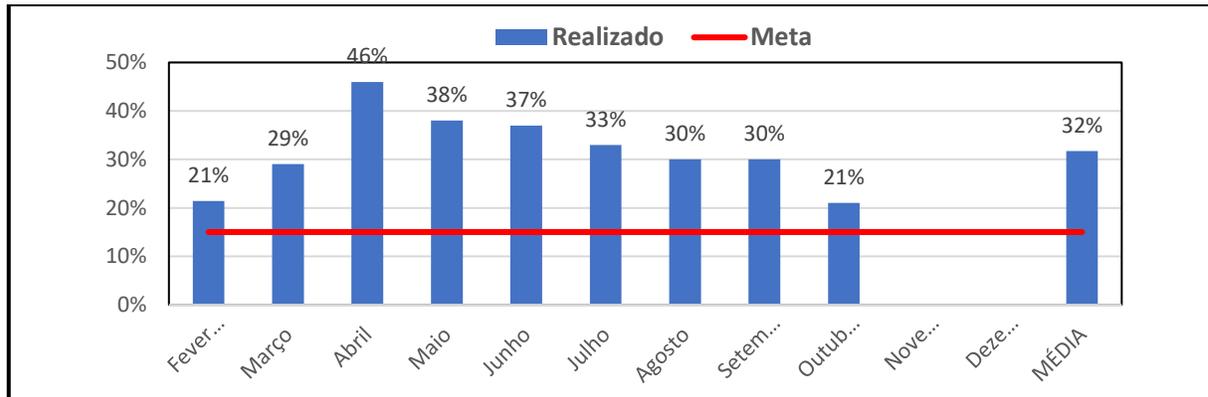
Plano de Ação

- Dar continuidade em nossas estratégias operacionais.
- 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	Novembrd	Dezembro	MÉDIA
Realizado	21%	29%	46%	38%	37%	33%	30%	30%	21%			32%
Meta	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%



Fonte: Planilha de monitoramento diário e Epimed

Análise Crítica: Ao observar os dados podemos concluir que gradativamente estamos alcançando nosso objetivo como equipe multiprofissional, nosso principal foco é diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

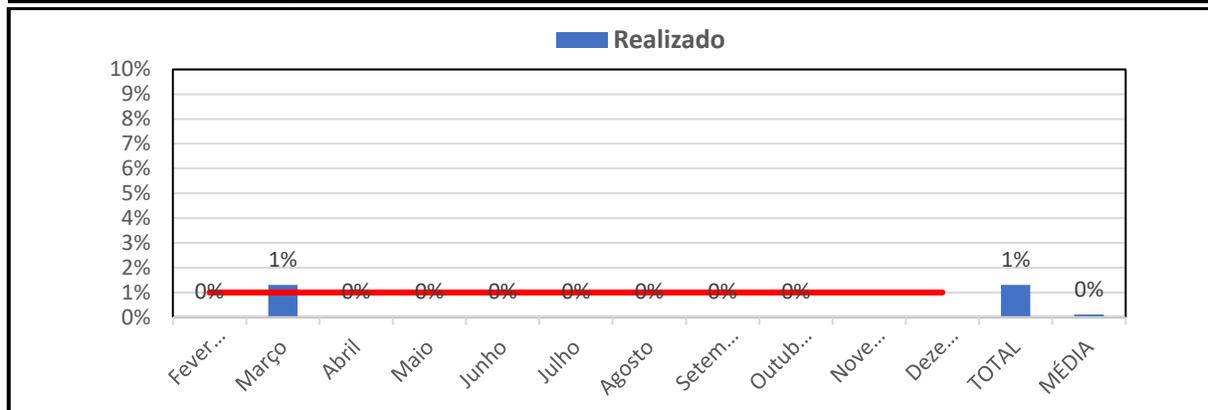
O SAPS 3 da Unidade de Terapia Intensiva permanece elevado, devido à complexidade dos pacientes elegíveis de internação em UTI e ainda temos um agravante de mantermos pacientes em cuidados paliativos internados nas UTIs, onde poderiam estar em uma unidade adequada com o conforto e tranquilidade necessária.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento da gravidade através da SAPS III, mostrando a mortalidade esperada x mortalidade obtida, com a finalidade de traçarmos o tratamento adequado e individualizado; • Capacitação das equipes com treinamentos, in loco, com temas diversos, focando nas fragilidades identificadas diariamente; • Medidas de prevenção de IPCS, ITU e PAV, para minimizar os agravantes e o risco para aumento da mortalidade; • Divulgação de dados estatísticos para conhecimento de todos e busca da melhoria contínua;

Nº05

Indicador: Taxa de reinternação em 24 horas

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembró	Dezembró	TOTAL	MÉDIA
Realizado	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,13%			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: Indicador dentro da meta contratual, no período compreendido apresentamos 01 reinternação em 24 horas:

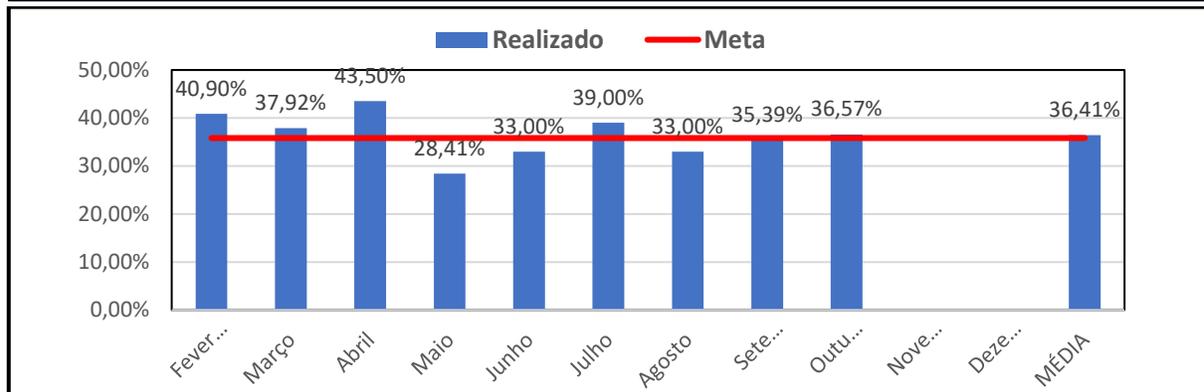
Paciente M.L.S, 84 anos com HD: HDA, choque hemorrágico, sepse de foco pulmonar, internada a nove dias apresentando melhora no quadro clínico com tratamento adequado, transferida para a enfermaria dia 27/10/2022, para acompanhamento do quadro clínico, no dia 28/10/2022 novo episódio de hemorragia, sendo transferida para a Unidade de Terapia Intensiva.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado pela equipe médica auditoria dos casos de reinternação, a fim de avaliar se houve alta precoce, neste caso mediante auditoria, ficou evidenciado conduta adequada dos profissionais envolvidos • Manter 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	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	40,90%	37,92%	43,50%	28,41%	33,00%	39,00%	33,00%	35,39%	35,80%			36,32%
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: Indicador dentro da meta pactuada, devido à complexidade dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva, utilizamos os recursos disponíveis, terapêuticas respiratórias, evitando que evoluam para intubação.

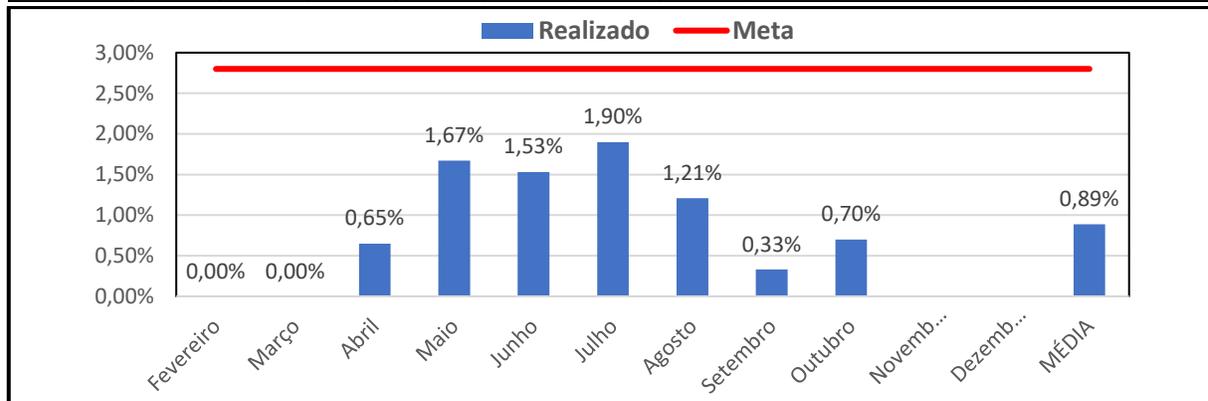
Plano de Ação

- Estimular o uso de ventilação não invasiva;
- Discussão com equipe médica sobre traqueostomia precoce em casos de sequelas neurológicas extensas;
- Implantação do protocolo de broncoaspiração;
- 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%	1,21%	0,33%	0,70%			0,89%
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 pacientes 282/dia que utilizaram CVC no período analisado, ou seja 53,70%, dos pacientes necessitaram de dispositivo venoso central para sua sobrevivência devido uso de drogas exclusivas em via central.

Foi apresentado pela CCIH 02 casos de IPCS dos seguintes pacientes:

NOME	RH	TIPO	UTI DE REFERÊNCIA
C.E.M	302985 C	IPCS	UTI A
A.I.R.J	303708 E	IPCS	UTI B

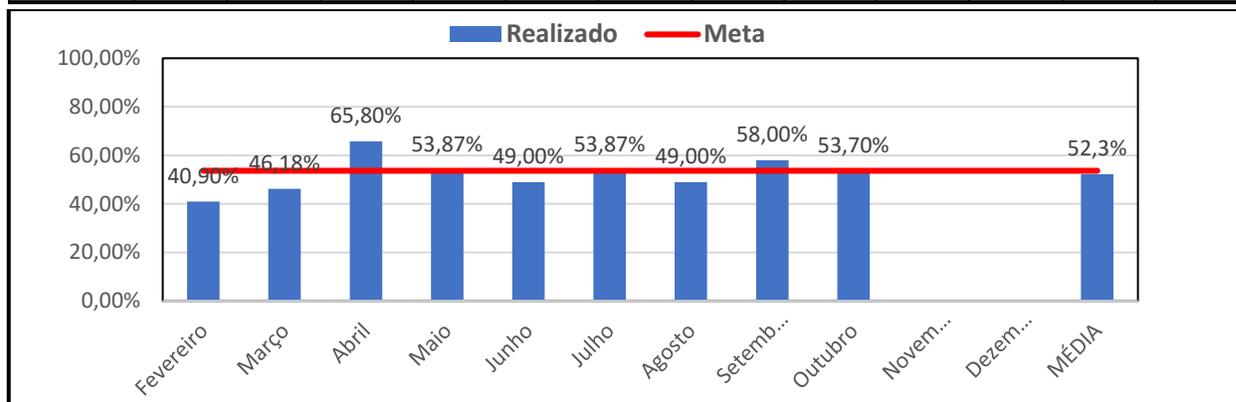
Plano de Ação

- 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;
- Confecção para programação de implantação do protocolo de CVC.

Nº08

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembró	Dezembró	MÉDIA
Realizado	40,90%	46,18%	65,80%	53,87%	49,00%	53,87%	49,00%	58,00%	53,70%			52,3%
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: No período analisado 282 pacientes utilizaram este dispositivo, durante o período de internação, apresentando uma taxa de utilização de CVC de 53,70% devido à complexidade dos pacientes, são necessários a utilização de DVA, sedação e nutrição parenteral o que justifica a taxa de utilização do dispositivo.

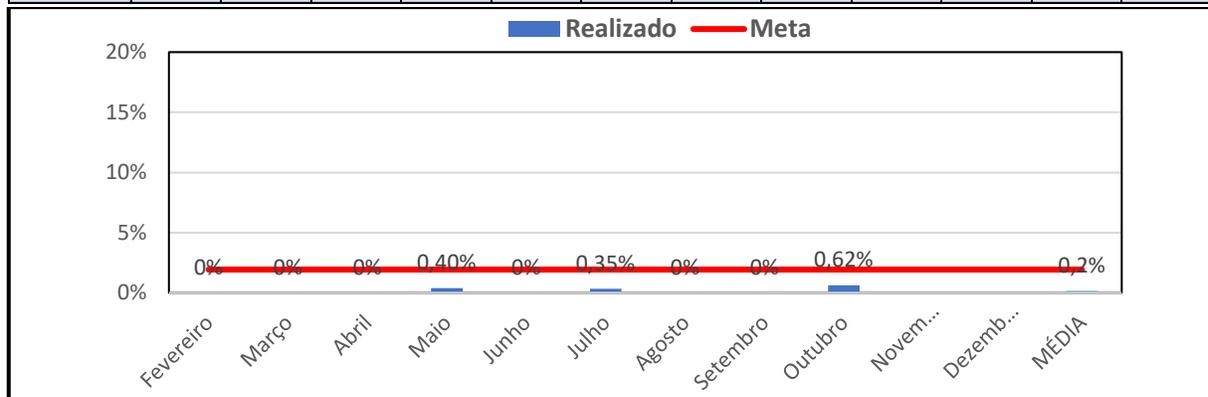
Plano de Ação

- Mas uma vez em Reunião com setor de compras foi 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 apresenta se instável, 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	Novembrd	Dezembrd	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0%	0,40%	0%	0,35%	0%	0%	0,62%			0,2%
Meta	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%	1,93%



Fonte: Registro de Altas e controle SCIH HGVP

Análise Crítica: Indicador dentro da meta pactuada, no período analisado 320 pacientes/dia utilizaram CVD como parte do tratamento, foi apresentado pela CCIH 02 casos de ITU relacionada a cateter vesical.

NOME	RH	TIPO	UTI DE REFERÊNCIA
P.P.R	302867 K	ITU	UTI B
P.V.R	303388 H	ITU	UTI B

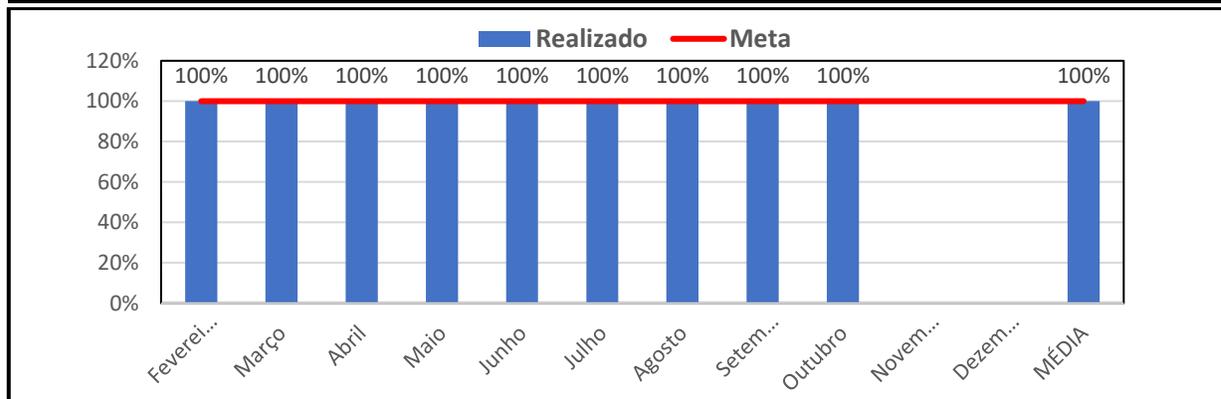
Plano de Ação

- Supervisionar o preenchimento e manutenção do bundle do CVD, dar continuidade as auditorias no momento da inserção e manutenção diária;
- 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;
- Realizar a troca dos dispositivos provenientes de outra instituição, que apresentam alterações visíveis;
- 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%	100%	100%	100%	100%	100%
Meta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Fonte: Sistema de Informação S4

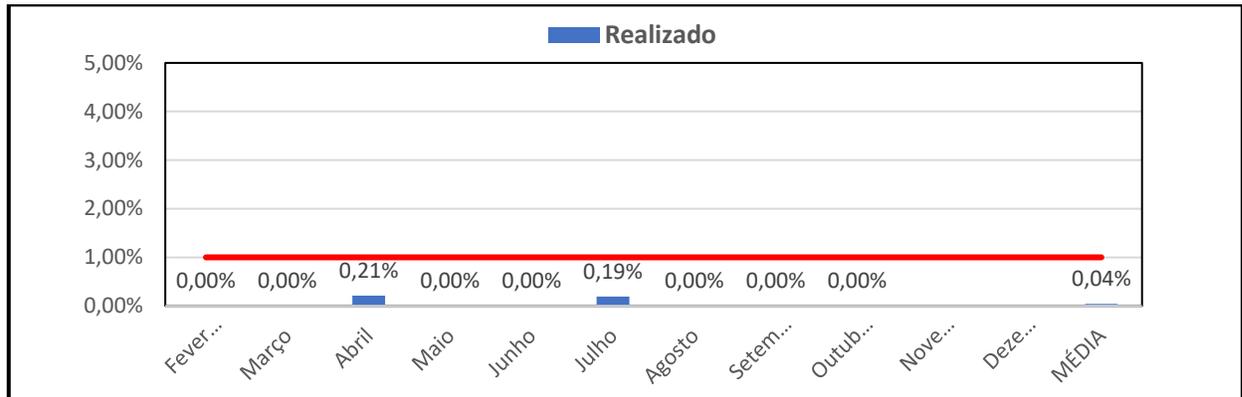
Análise Crítica: Meta contratual atingida, a unidade utiliza o sistema de prontuário eletrônico, aonde a equipe multiprofissional tem acesso para realização de evolução e prescrição que são impressos e arquivados no prontuário físico de cada paciente, organizados diariamente pelos auxiliares administrativos, que realizam o check list na saída do paciente para a conferência e organização padrão da instituição.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Dar continuidade nas auditorias e organização de prontuários pela equipe administrativa; • Implantado o 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; • Conferência e organização diária dos prontuários dos pacientes internados.

Nº11

Indicador: Reclamação ouvidoria

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,00%	0,00%	0,21%	0,00%	0,00%	0,19%	0,00%	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: Indicador dentro da meta estipulado no plano de trabalho, no período compreendido não recebemos nenhuma reclamação via ouvidoria.

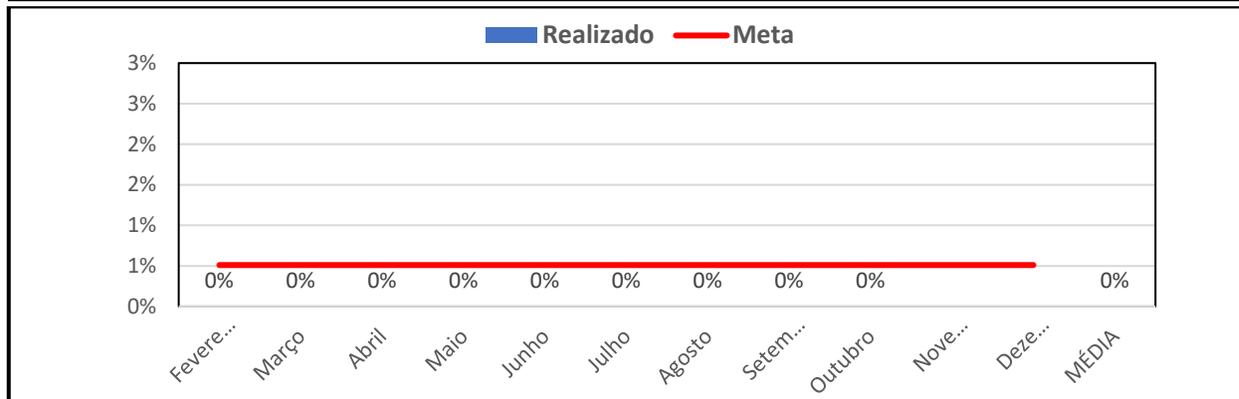
Diariamente as equipes vem se empenhando para que as dúvidas e anseios dos pacientes e familiares não se tornem descontentamento e angústia, estamos trabalhando com olhar humanizado, resolvendo questões pontuais.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Durante as visitas familiares, apresentamos escuta ativa, com a finalidade de sanarmos as dúvidas de forma efetiva, encontrando soluções imediatas, evitando o desconforto e possíveis descontentamento; • Atendimento ágil e organizado refletindo na recuperação do paciente; • Comunicação efetiva com os pacientes e acompanhantes.

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%	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%	0,51%



Fonte: Planilha de coleta de dados, Registro de Altas

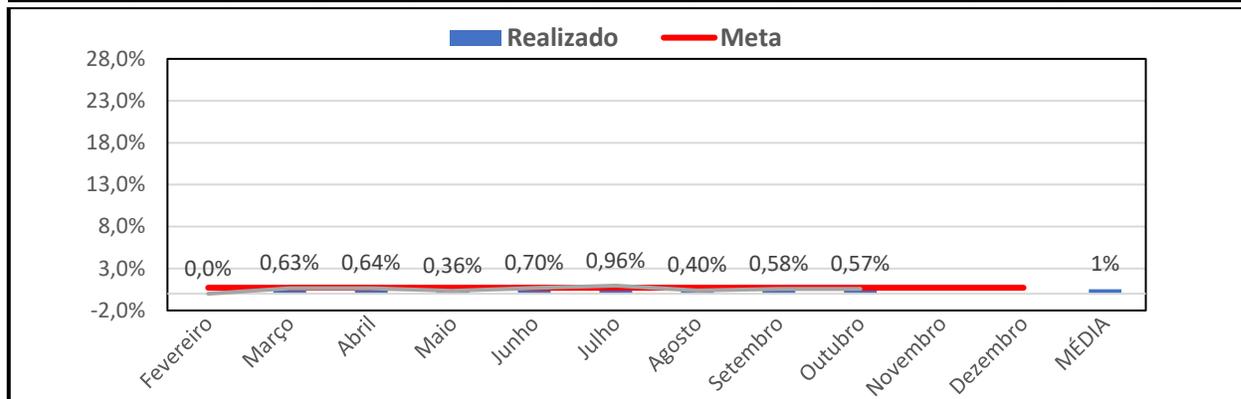
Análise Crítica: Meta contratual atingida, atualmente realizamos o preenchimento da escala de Morse, identificamos com mais acurácia os pacientes que apresentam maior risco de queda, com agitação psicomotoras, despertar diário, uso de sedativos, pós extubação e pós cirúrgicos que demandam maior atenção da equipe multiprofissional, fazemos uso de contenção mecânica e química para maior segurança do paciente.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Manter os cuidados e medidas de segurança necessárias, com objetivo de evitar possíveis quedas acidentais; • Realizado treinamento de práticas de contenção física e mecânica; • Dar continuidade na prevenção de queda; • Implantar pulseiras de identificação para risco de queda; • Identificar os casos de maior risco de queda, segundo a 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	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0,0%	0,63%	0,64%	0,36%	0,70%	0,96%	0,40%	0,58%	0,57%			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 e indicador de qualidade

Análise Crítica: Indicador dentro da meta contratual, todos os pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva, são avaliados na admissão pelo enfermeiro conforme a escala de Braden, intensificando os cuidados aos que apresentam maior risco de LPP segundo a ferramenta utilizada.

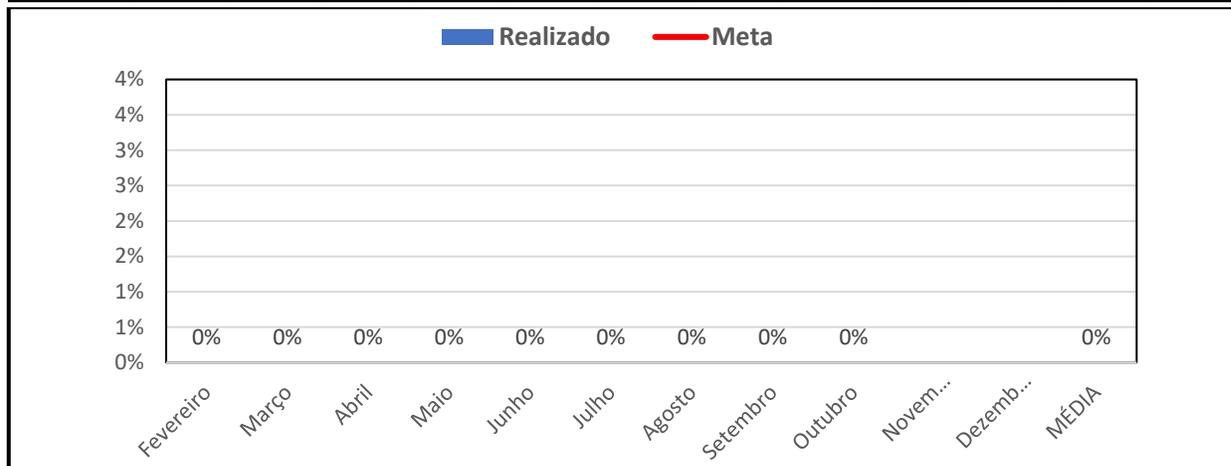
Plano de Ação

- Supervisionar e auditar o preenchimento da escala de Braden com a finalidade de identificar os casos precocemente e aplicar a prevenção necessária;
- 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 estomatoterapia sempre que necessário, para a liberação dos materiais disponíveis na instituição e orientação do uso;
- Utilizar o colchão piramidal em todos os pacientes acamados.

Nº14

Indicador: Incidência de erro de medicação

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembr	Dezembr	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0%	0%	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.

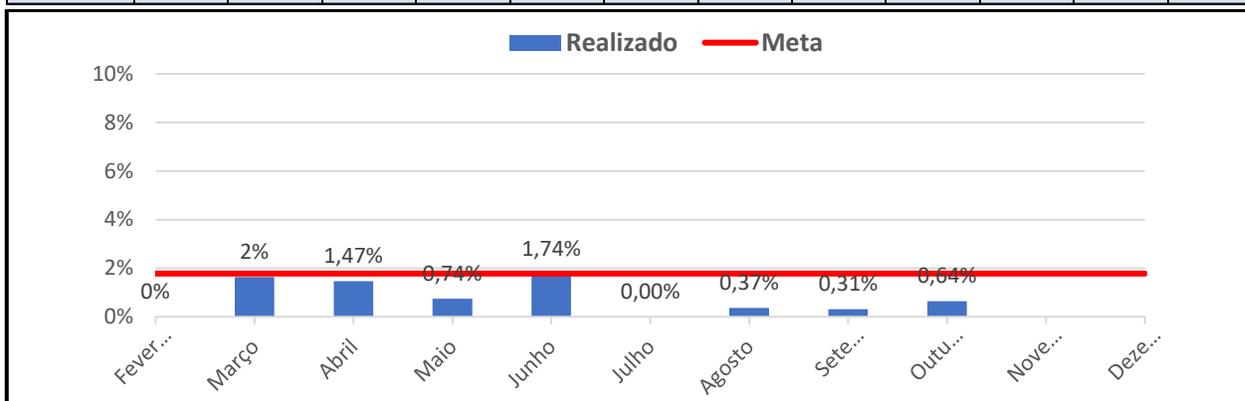
Análise Crítica: Nenhum evento notificado no período, indicador dentro da meta, realizamos diariamente a conferência em tempo real das tiras de medicamentos distribuídas pela farmácia.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a equipe a relatar os quase erros ao superior imediato, com a finalidade de melhorarmos os processos refletindo na assistência; • Realizado treinamento quanto ao preparo e manuseio dos medicamentos; • Aprimorar a conferência das tiras de medicamentos confeccionados 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	Novembrq	Dezembrq	MÉDIA
Realizado	0%	2%	1,47%	0,74%	1,74%	0,00%	0,37%	0,31%	0,64%			0,77%
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

Análise Crítica: Indicador dentro da meta contratual, no período compreendido tivemos 02 eventos adversos, referente a saída de sonda não planejada, pacientes que apresentaram agitação psicomotora e alucinação devido ao uso prolongado de medicações, não temos na instituição o material adequado de fixação deste dispositivo, diante deste cenário estamos adaptando outro tipo de material e reforçando a atenção.

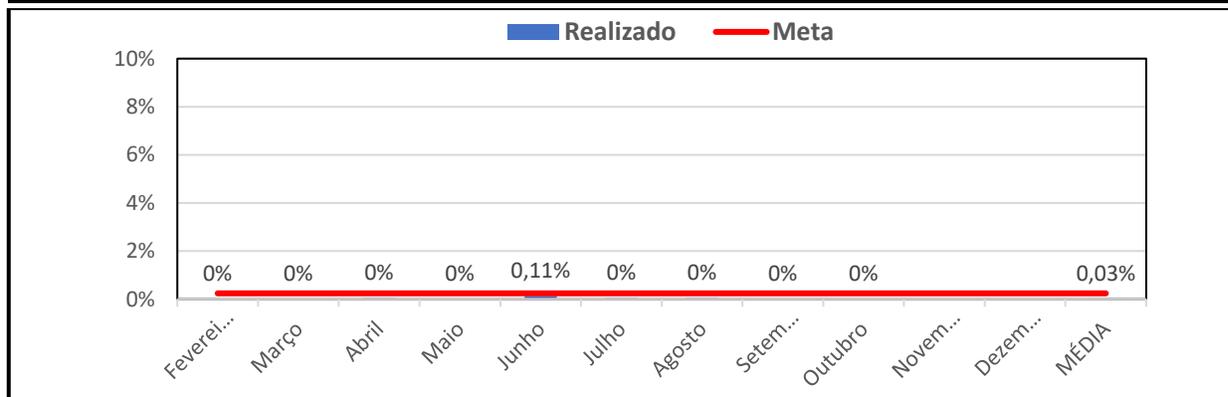
Plano de Ação

- Redobrar os cuidados com os pacientes que apresentam agitação psicomotora, e despertar diário, para que não haja a perda do dispositivo;
- Realizado treinamento de contenção;
- 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 e manutenção adequada.

Nº16

Indicador: Incidência de flebite

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0%	0%	0,11%	0%	0%	0%	0%			0,03%
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

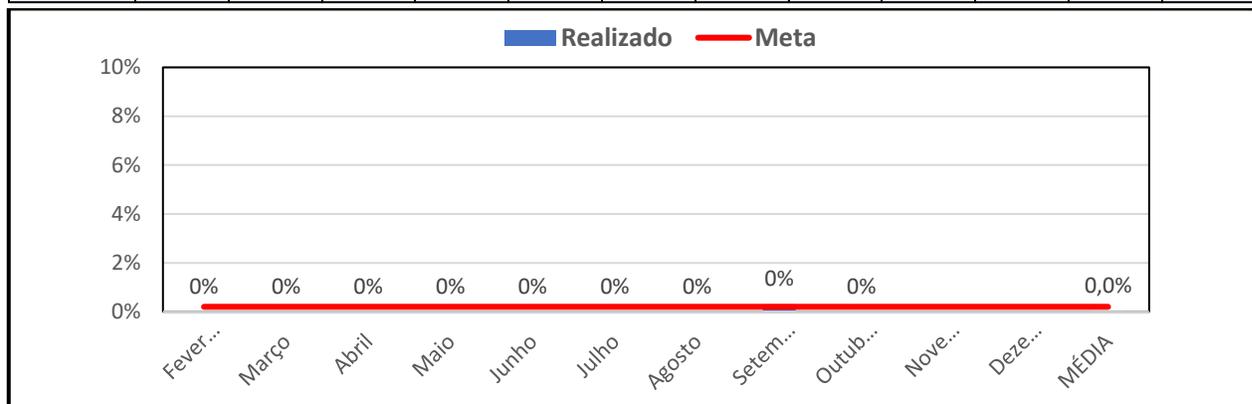
Análise Crítica: Meta contratual atingida, com maior atuação do enfermeiro responsável referente as orientações sobre a troca do dispositivo a cada 72 horas, higienização correta, fixação adequada e troca de equipos no período de validade, conseguimos obter um efeito positivo na prevenção de flebites.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Realizado orientações e treinamentos aos enfermeiros e técnico de enfermagem para melhorar o cuidado e minimizar as subnotificações; • Dar continuidade na prevenção de flebite; • Utilizar os swaps de álcool 70% para realização de punção periférica; • Solicitado material adequado ao setor responsável.

Nº17

Indicador: Incidência de perda de cateter central (CVC)

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

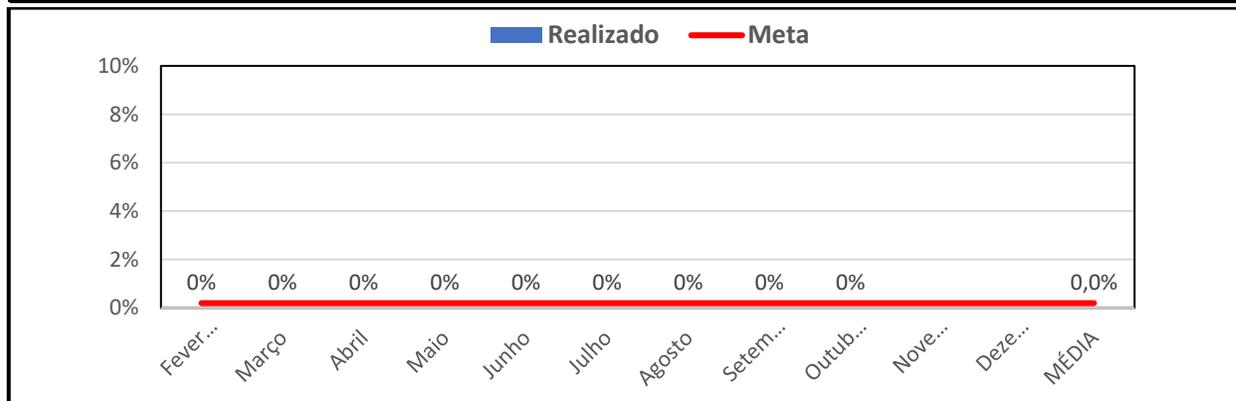
Análise Crítica: Indicador dentro da meta contratual, não houve nenhum caso registrado de perda de cateter venoso central na unidade.

Plano de Ação
<ul style="list-style-type: none"> • Redobrar os cuidados com os pacientes que apresentam agitação psicomotora; • Dar continuidade na prevenção de perda de CVC; • Ofertar material e insumos adequados para a equipe médica fixar de maneira correta; • Intensificar os cuidados com o curativo de inserção e manutenção; • Dar continuidade na organização do leito, a fim de facilitar a visualização dos profissionais.

Nº18

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

	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0%	0%	0%	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: Dispositivo indisponível na instituição, sem dados para este indicador.

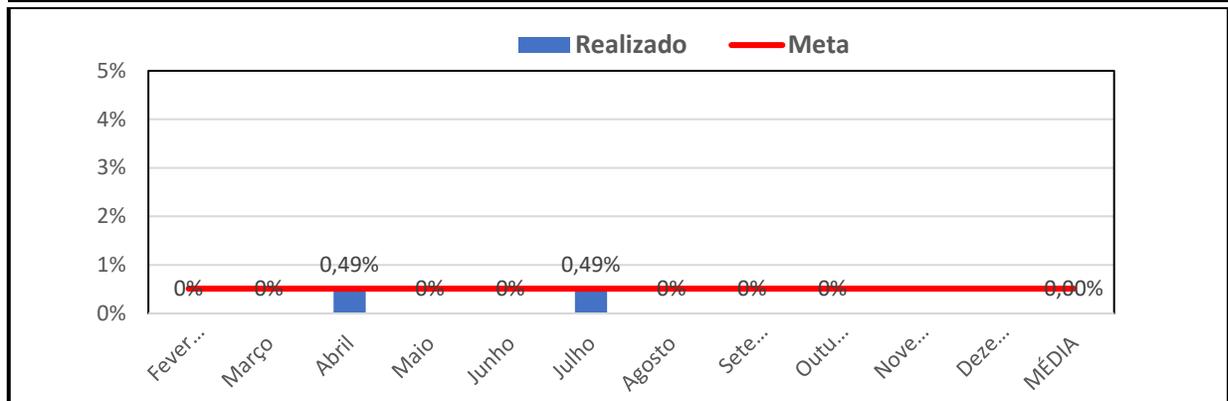
Plano de Ação

- Solicitada padronização do cateter central de inserção periférica (PICC) ao setor responsável, com a finalidade de diminuir 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	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	MÉDIA
Realizado	0%	0%	0,49%	0%	0%	0,49%	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: Indicador dentro da meta, foi computado um total 188 paciente/dia em uso ventilação mecânica invasiva no período, com os cuidados criteriosos da equipe multiprofissional e material adequado para fixação conseguimos manter a qualidade em nossos atendimentos, foi ministrado pela coordenação de fisioterapia orientações referentes a fixação de IOT e TQT, estamos satisfeitos com o resultado deste indicador.

Plano de Ação

- Avaliar e realizar a troca da fixação diariamente ou sempre que possível;
- Realizada 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, alinhado aos demais dispositivos em uso;
- Verificar diariamente a pressão do cuff.