



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



2019 /
2020

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 0409/2019



COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

Trimestre 2019/2020

Dezembro
Janeiro
Fevereiro

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 0409/2019

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO, TRIMESTRAL, compreendendo os meses de
DEZEMBRO 2019, JANEIRO e FEVEREIRO (até dia 22) DE 2020. O período
referente ao Contrato de Gestão nº 0409/2018, COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO,**

1. SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ABORDAGEM DO OBJETO	6
3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR	7
4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	8
5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO	16
6. EVOLUÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE	26
6.2 Descrição das atividades e/ou resultados da atuação das Comissões de Apoio e Qualificação da Atenção Hospitalar.	27
7. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	36
8. INSERÇÃO E INTEGRAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS LOCOREGIONAIS	37
9. MONITORAMENTO DAS METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORE DE QUALIDADE DE DESEMPENHO	40
10. INDICADORES QUALITATIVOS	44
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: CAPACIDADE INSTALADA POR ESPECIALIDADE	07
Tabela 2: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL	17
Tabela 3: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
Tabela 4: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA E NA UTI.....	19
Tabela 5: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO.....	20
Tabela 6: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	20
Tabela 7: DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS ENTERAIS PELO SETOR DE ATENDIMENTO DO PACIENTE	22
Tabela 8: NÚMERO DE EXAMES DE RAIOS X REALIZADOS	23
Tabela 9: NÚMERO DE COLETAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR.....	24
Tabela 10: DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES.....	25
Tabela 11: NÚMERO DE OCORRÊNCIAS HEPÁTICAS POR TIPO.....	25
Tabela 12: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DAS COMISSÕES.....	28
Tabela 13: INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.....	41
Tabela 14: INDICADORES QUALITATIVOS.....	44

ANEXOS

ANEXO I – Demonstrativo de produção ambulatorial segundo modelo SIASUS, apresentado e aprovado

ANEXO II – Demonstrativo da Produção Hospitalar, contendo relatório de síntese de rejeição

ANEXO III – Comprovação de cadastro do CNES

ANEXO IV – Espelhos de AIH, BPA, BPA-I e relatórios de APAC

ANEXO V – Escalas de Plantão e Cópias dos pontos

ANEXO VI – Atas das Comissões Obrigatórias

ANEXO VII – Relatório dos Serviços de Nutrição e Dietética, Farmácia, Unidade Processadora de Roupas, Central de Material e Esterilização, Centro Diagnóstico por Imagem e Engenharia

ANEXO VIII – Parque tecnológico atual

ANEXO IX - Ciclos de Controle de esterilização

ANEXO X – POPs atualizados, Formulário de Requisição de Antibióticos

1. INTRODUÇÃO

O Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro - CHRDJC é um hospital de urgência e emergência que dispõe de atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana, atendendo aos usuários em condições agudas que requeiram atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar em traumatologia-ortopedia, clínica geral, cirurgia geral, cirurgia buco-maxilo-facial, oncologia e terapia intensiva. Possui em sua estrutura um total de 130 leitos de internação.

A Organização Social de Saúde Irmandade Santa Casa de Birigui – OSS ISCB, administra o CHRDJC no modelo de gestão compartilhada com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba através do contrato N° 0409/2019 desde 26 de agosto de 2019.

O presente relatório tem como objetivo descrever as ações realizadas no primeiro trimestre da prestação de serviço compreendendo a competência de dezembro de 2019, janeiro 2020 e fevereiro de 2020, até dia 22, data de encerramento do contrato. Para a construção deste documento, foi utilizado o modelo de prestação de contas assistencial enviado pela CAFA por meio da Circular No 008/2019/CAFA/SES.

Esse trimestre foi marcado pelo período de transição Organização Social – Administração Direta, onde toda a equipe colegiada de gestão esteve imbuída no propósito de manter o funcionamento do serviço sem interrupções e turbulências.

2. ABORDAGEM DO OBJETO

A Organização Social de Saúde Irmandade Santa Casa de Birigui buscou otimizar os processos gerenciais através da clareza do funcionamento da unidade, atuação dos colaboradores e equipe líder, prestação de serviços terceirizados, além da missão da própria instituição. Algumas iniciativas e ações foram desenvolvidas, dentre elas:

1. Criação do Colegiado de Gestão composto pelos membros da Organização Social de Saúde Irmandade Santa Casa de Birigui designados para atuação na

Paraíba, membros da diretoria do serviço e o gestor de contrato. Este colegiado reúne-se semanalmente para discutir e deliberar situações da unidade;

2. Readequação do quadro organizacional com instituição da direção assistencial, gerência assistencial e de enfermagem, manutenção da direção administrativa e criação das gerências de apoio e administrativa;

3. Instituição do organograma funcional com a representação das relações funcionais entre os membros do Colegiado de Gestão, equipe de coordenação e os setores de apoio da unidade. O organograma estabelece as relações e viabiliza clareza no fluxo e na maneira que se relacionam os setores entre si;

4. Contratação de direção técnica;

5. Contratação de responsável técnico pela farmácia hospitalar;

6. Fortalecimento do Núcleo de Gestão dos Indicadores atrelado ao Núcleo de Educação Permanente e Estudos – NEPE e ao Núcleo Interno de Regulação – NIR, otimizando o fluxo da informação e discussão dos indicadores hospitalares;

7. Incentivo à participação da equipe de direção e coordenação em eventos de qualificação e discussão da rede de saúde;

8. Instituição e apoio às comissões hospitalares.

3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR

Como apresentado na tabela 1, o CHRDJ possui 143 leitos cadastrados no CNES, conforme as especialidades mencionadas, divergindo em quatro leitos em relação à capacidade real. A devida atualização está sendo providenciada para o próximo mês.

TABELA 1:CAPACIDADE INSTALADA POR ESPECIALIDADE

DESCRIÇÃO	CAPACIDADE CNES	CAPACIDADE REAL
TOTAL COMPLEMENTAR	6	6
UTI ADULTO – TIPO II	6	6
TOTAL ESPEC - CIRURGICO	52	54
CIRURGIA GERAL	16	16
ONCOLOGIA	8	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	28	30
TOTAL ESPEC - CLÍNICO	81	75

CARDIOLOGIA	12	12
CLÍNICA GERAL	46	40
NEUROLOGIA	6	6
ONCOLOGIA	17	17
TOTAL PEDIATRA	4	4
PEDIATRIA CIRÚRGICA	4	4
TOTAL GERAL	143	139

No que se refere à quantidade de profissionais, foram feitas algumas atualizações no CNES nos últimos meses, mas ainda carece de outras mais. A relação dos 351 profissionais, que segue no anexo III, foi impressa para que o Departamento Pessoal possa identificar as inconsistências e solicitar as exclusões e inclusões necessárias. No mesmo anexo segue os ofícios pelos quais foram solicitadas as inclusões de profissionais no referido cadastro, bem com o email de confirmação de recebimento pelo responsável.

A relação dos itens que compõe o parque tecnológico do CHRDJ segue anexo VIII, sendo que em fevereiro foi adquirido um novo equipamento de ar condicionado e o elevador para o Hospital do Bem, porém a Unidade ainda aguarda a instalação prevista para 120 dias após compra.

Nesse período foi iniciada a reforma do estacionamento para otimizar o fluxo de veículos que transportam pacientes e garantir o melhor uso do mesmo.

4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

O CHRDJ empreende suas ações no sentido de implantar um modelo assistencial centrado no paciente buscando a integralidade e equidade proposta pelo SUS, com a máxima efetividade. Diante disso, desenvolveu as atividades voltadas para cada grupo de atenção conforme descritas:

4.1 Urgência e Emergência

O Serviço de Urgência e Emergência deste Complexo é um serviço de porta aberta que funciona 24h por dia, todos os dias da semana e atende pacientes na condição aguda de adoecimento que requeiram atendimentos de média e alta complexidade.

O atendimento pelo serviço é organizado por meio do protocolo de classificação de risco do Ministério da Saúde, fazendo valer a Política Nacional de Humanização.

Tem como meta, que a decisão clínica (internamento, alta ou transferência) acerca do desfecho para a condição de saúde do paciente seja realizada em até 24h após sua admissão. Para isso utilizada a ferramenta do Kanban como monitoramento do tempo de espera para essa decisão.

Consta de área verde, que funciona como área de observação e decisão clínica; área amarela (12 leitos) que funciona como unidade de observação e de internação provisória até que se tenha vaga com o perfil do paciente e área vermelha (4 leitos) que consiste de uma área de estabilização e internação de pacientes críticos.

Ações Realizadas

Durante estes três meses tivemos muitas ações realizadas, seguindo abaixo a descrição:

- Implantação das pulseiras de Classificação de risco no mês de dezembro;
- Participação da gerência de enfermagem e da coordenação do Serviço de Urgência e Emergência, nas campanhas de prevenção de acidentes de trânsito, junto com vários órgãos municipais, estaduais e federais;
- Reunião com o NEPE e as coordenações de enfermagem para alinhamento da quantidade de estagiários em cada setor;
- Realizadas rodas de conversa com os profissionais de enfermagem plantonistas pelas coordenadoras de enfermagem abordando temas como: o uso do carimbo; o preenchimento correto das fichas e prontuário; sobre a importância da passagem de plantão; o cumprimento das normas e rotinas;

- Participação de todas as coordenações de enfermagem ligadas a esta gerência na reunião de apresentação dos indicadores de Gestão mensal, que ocorreu no mês de dezembro, na sala de reunião do Hospital do Bem;
- Realizada reunião para readequação do fluxo da urgência com a participação da gerência de enfermagem, das direções administrativa e assistencial e responsável pela engenharia clínica;
- Realizada reforma do sofá da recepção do centro cirúrgico;
- Durante os três meses foi realizado o controle de exames anatomopatológicos, para endoscopias, colposcopia, próstata, pele, Imunohistoquímicos entre outros pela coordenadora de enfermagem do centro cirúrgico;
- Elaborado relatório anual sobre as transferências de pacientes realizados em 2019 e encaminhado a Direção Administrativa;
- Participação em vídeo conferência com a Vigilância Epidemiológica do Estado, no intuito de apresentar o plano de contingência do Estado da Paraíba para o COVID- 19;
- Participação da qualificação de profissionais de saúde sobre a doença pelo Coronavírus (COVID- 19), na UFPB em João Pessoa.
- Implantação de formulário de requisição para dispensação de antibióticos (Segue no anexo X), gerando uma redução de 30% no uso dos antibióticos.

4.2 Internação

As unidades de internação são divididas em clínica médica, clínica cirúrgica e ortopedia. Após decisão clínica pelo internamento, o paciente é admitido em uma das unidades de internação, por meio de vaga regulada pelo Núcleo Interno de Regulação. Os pacientes que necessitam de atendimento de maior complexidade, onde não há opção de fazê-lo no Complexo, são regulados para outros serviços e encaminhados para hospitais de referência.

Ações Realizadas

Durante estes três meses tivemos muitas ações realizadas, seguindo abaixo a descrição das mesmas:

- Visita diária durante o trimestre, aos leitos de ortopedia realizado pela coordenadora de enfermagem das unidades de internação juntamente com os ortopedistas, observando as condições clínicas de cada paciente para realização da cirurgia;
- Instalado o gasômetro na UTI, onde a equipe de enfermagem recebeu capacitação para manuseio da máquina.
- A gerência de enfermagem acompanhou a visita e um representante do Ministério Público do Estado ao paciente interno na UTI, com o intuito de que o paciente manifestasse sua vontade em permanecer internado ou receber alta do setor, visto que este paciente está no setor há quase 2 anos;
- Implantado no setor da UTI o Manual de critérios de admissão em UTI no mês de dezembro;
- Realizado diariamente durante o trimestre a lista dos pacientes pré-operatório, pela coordenadora das unidades de internação;
- Entregue no mês de janeiro na UTI um colchão pneumático;
- No mês de janeiro foi instalado o novo ar condicionado na UTI;
- Realizada, em fevereiro, reforma da poltrona do posto da clínica cirúrgica, de alguns colchões das unidades de internação, do banheiro da 3ª enfermaria do pavilhão Maria José e reformado a pia do posto de enfermagem da ortopedia
- Em fevereiro foi instalado no posto de enfermagem da ortopedia um ventilador de parede;
- Realizada ação de humanização na UTI em comum acordo com a Direção geral e os profissionais de enfermagem do setor, onde foi liberado a presença de um acompanhante para passar o turno da noite com uma paciente de 15 anos, visando promover um ambiente mais confortável para a paciente, amenizando suas angústias.

Ações em andamento:

- Elaborada diariamente lista dos pacientes pré-operatório pela coordenadora de enfermagem das unidades de internação;
- Atividades de educação permanente através de rodas de conversa em todos os setores sobre: POP's; sobre a passagem de plantão; sobre a conferência dos medicamentos psicotrópicos; sobre o cumprimento das normas e rotinas da instituição; sobre o uso do carimbo; sobre a importância do preenchimento correto das fichas e prontuários.
- Execução do quadro da programação de cirurgia como parte da implantação do Protocolo de Cirurgia Segura;
- Implantado na área vermelha, protocolo para devolução de pertences dos pacientes para o acompanhante e também para o serviço social;
- Implantação e orientações sobre o formulário de controle da prescrição de antimicrobianos bem como os de uso restrito em todos os setores assistenciais;
- Encaminhado memorando, no mês de dezembro para direção administrativa de solicitação de compra para 2 meses das pulseiras da classificação de risco;
- Aguardando Equipamentos de Proteção Individual específicos para os profissionais da CME, mediante solicitação, visando maior proteção para o trabalhador de acordo com a RDC 15/ANVISA;
- Execução do livro de checklist para passagem de plantão das salas Cirúrgicas;
- Solicitado memorando para aquisição de materiais de Intubação, jalecos e outros materiais necessários para andamento do serviço;
- Utilização do ácido peracético pela CME;
- Instalação do ventilador do posto de enfermagem Maria José.

Ações Previstas

- Aguardando no mês de janeiro a compra de ar condicionado para as enfermarias 10, 14, 15, 16 e área amarela;

- Previsto pintura e reparos das mesas de cabeceiras, dos suporte de soro e a manutenção preventiva dos leitos dos pacientes;
- Solicitado e previsto o conserto dos (02) focos cirúrgicos fixos e da célula de oxigênio do leito (04) da área vermelha;
- Prevista reforma das macas da área vermelha;
- Prevista pintura das mesas de cabeceiras e manutenção preventiva das camas motorizadas da área amarela;
- Previsto a implementação do Protocolo de Analgesia e Sedação para área vermelha;
- Previsto a implementação do MEWS na área vermelha;
- Previstas rodas de conversas para discursão dos POPS- 2020;
- Realização das manutenções preventivas mensais no mês de janeiro dos equipamentos, diminuindo assim os problemas enfrentados;
- Liberação da Autoclave da SERCON para uso, pois de acordo com o relato do técnico do serviço de Engenharia e Manutenção, existem problemas técnicos na rede elétrica;
- Aquisição de Perfuradores Ósseo Cirúrgico para o serviço de Ortopedia e Traumatologia.
- Execução do Plano de Otimização dos leitos de UTI no mês de janeiro
- Reorganização do fluxo da urgência.

Sugestões de Melhorias

- Necessidade de aquisição de Bombas de Infusão para melhor assistência ao paciente, em todos os setores, pois daria mais precisão na infusão dos medicamentos;
- Necessidade de aquisição de oxímetros de pulso, para um monitoramento adequado e preciso, podendo evitar graves problemas e antecipando de condutas terapêuticas que pode salvar vidas, nos setores da UTI, Unidades de Internação, Urgência e Centro Cirúrgico;
- Tornar regular a visita leito a leito, pelos médicos, aos pacientes das unidades de internações.

- Profissional responsável para acionar os médicos no repouso, pois não é atribuição da enfermagem;
- Aquisição de um armário para guardar os pertences dos profissionais, pois o quantitativo existente é insuficiente.
- Aquisição de um otoscópio e martelo neurológico para o setor da urgência;
- Necessidade de um fisioterapeuta diariamente nas unidades de internação, pois a ausência do profissional reflete na demora da recuperação e reabilitação dos pacientes.
- A instalação da película da janela da enfermaria 13 melhorará o ambiente para os pacientes, pois sem a película alguns pacientes estão ficando exposto ao sol;
- Aquisição de mais um aparelho de ECG para as unidades de internação, pois melhorará o tempo resposta da realização desse exame;
- Implantação de um ponto de água e um ponto de esgoto para um dos leitos da UTI, o que melhorará o funcionamento dos equipamentos de hemodiálise, garantindo assim um procedimento seguro ao paciente;
- Agilidade do laboratório na entrega dos resultados dos exames de cultura como também de outros exames como, sódio e potássio, garantindo assim uma conduta em tempo hábil;
- Solicitado que os enfermeiros da UTI recebam atualização sobre coleta de material para exames de cultura;
- Aumentar o quantitativo de testes biológicos, integradores químicos e liberadores de cargas suficientes para a nossa demanda;
- Instalação de uma campainha para a área suja/ expurgo e área de distribuição de materiais, com o intuito de facilitar e agilizar o serviço;
- Readequação da área suja/ expurgo da CME, buscando otimizar o serviço e garantir agilidade e segurança nas atividades realizadas;
- Aquisição ou locação de dois carros de anestesia para as salas de cirurgia do Centro Cirúrgico;
- Aquisição ou locação de um monitor multiparâmetro para o Centro Cirúrgico, pois há apenas três para quatro salas e uma unidade de recuperação pós

anestésica.

- Aquisição de um Bisturi Elétrico para que seja possível disponibilizar um para cada sala de cirurgia. No momento tem-se dois bisturis próprios, um emprestado e quatro salas cirúrgicas;
- Reorganização e aquisição dos carros de parada das unidades de internação. Atualmente há apenas um carro de parada, uma lâmina e um cabo de laringoscópio para intubação. Foram solicitados cinco carros de parada, cinco desfibriladores e seis kits de intubação;
- Adquirir dois monitores multiparâmetros, uma mesa cirúrgica, um desfibrilador e um bisturi para reativar a sala do bloco cirúrgico que está inativada;
- Melhor iluminação do Hall do centro cirúrgico, bem como reparos no banheiro e reforma da Unidade de Recuperação Pós Anestésica.
- Melhorar iluminação do foco fixo da sala 2, promovendo a substituição da lâmpada;
- Melhorar adesão dos Médicos na campanha do Adorno Zero;
- Que seja resolvido a contratação de enfermeiro e técnicos de enfermagem, pois estamos com escalas descobertas, devido a transferências de profissionais efetivos, bem como entrega de escalas de profissionais em regime de CLT;
- Os ventiladores da UTI, dos leitos 01 e 04 apresentaram ultimamente problemas de funcionamento, por esse motivo necessitamos de ventiladores mecânicos funcionando adequadamente como também suporte de peças para qualquer eventualidade, visando uma melhor assistência.

4.3 Ambulatório

O serviço de ambulatório da Unidade de Oncologia do Sertão funciona de segunda a sexta feira. O atendimento é realizado em duas salas climatizadas, com dimensões aproximadas de 4m x 4m, disponibilizando computador e mesa para exame, bem como banheiro individual.

Atualmente o serviço oferece atendimento de ambulatório com Oncologista Clínico, Mastologista, Urologista, Cirurgião Plástico e Cirurgião Oncológico. Para acesso ao serviço, o usuário deve procurar a Secretaria Municipal de Saúde com encaminhamento médico (SUS ou particular), especificando a especialidade com necessidade de avaliação de investigação. Os critérios incluídos nesse agendamento são para usuários previamente avaliados por profissionais médicos, de pacientes que tenham suspeitas de câncer de pele, mama, próstata e colo de útero. Os exames disponibilizados são anexados ao encaminhamento médico para avaliação da regulação estadual que realizam agendamento conforme clínica apresentada nas documentações

A regulação do município solicita este agendamento para a especialidade via e-mail com a regulação estadual, que repassa a data e horário da consulta a esta Secretaria, a qual está incumbida de informar ao paciente. Após entrada do paciente no serviço, este usuário passa a ter agendamento de retornos ou novas avaliações pela própria unidade, onde a comunicação deste, passa a ser direta com o serviço especializado.

O serviço ambulatorial oncológico manteve o mesmo padrão de atendimento que vinha apresentando, conforme tabela de indicadores com metas quantitativas, considerando a quantidade de dias reduzidas do mês de fevereiro.

Quanto ao ambulatório de egressos, esse serviço atende a pacientes que passaram por procedimento cirúrgico e para os quais são marcados retornos pelas especialidades de ortopedia e bucomaxilofacial. Funciona de segunda a sexta-feira, na recepção da urgência e conta com um consultório.

5. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO

5.1 Serviço Social

O serviço tem uma sala climatizada (4.65m x 1.90m) de apoio, localizada frente a recepção de acolhimento, com uma mesa e dois armários. A escala de serviço consta

com 06 (seis) assistentes sociais, sendo 3 (três) profissionais com vínculo efetivo e 3 (três) profissionais celetistas. Conta com uma assistente social para atender todas as demandas do complexo hospitalar durante as 24 horas ininterruptas. Estas profissionais desenvolvem atividades no serviço visando ampliar o cuidado com os pacientes em vulnerabilidade social.

Ações Realizadas:

- Elaboração de escala de serviço;
- Atualização de planilha de produtividade;
- Inclusão do psicólogo junto ao assistente social na abordagem aos visitantes nos horários de visita, finalização dos protocolos operacionais padrão da categoria profissional;
- Elaboração de folder e adesivos com orientações aos acompanhantes a serem afixadas nas enfermarias;
- Alteração e implantação de planilha de produtividade;
- Realizada educação permanente aos visitantes e acompanhantes quanto ao não uso de adornos;
- Folder adesivo em produção na gráfica com normas e rotinas aos acompanhantes a serem afixadas nas enfermarias e locais de acesso dos acompanhantes.

Ações Previstas:

Realizar educação permanente aos visitantes e acompanhantes quanto ao não uso de adornos.

Produção:

TABELA 2: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL

DESCRIÇÃO ATIVIDADES	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Visita ao Leito	2860	2851	1693	7404
Emissão de Autorização ao Acompanhante	448	432	276	1156

Atendimento ao público no setor	777	772	527	2076
Mediação via telefone	154	141	120	415
Orientação a visitantes	458	509	327	1294
Orientação em caso de óbitos	50	75	41	166
Interconsultas	71	67	54	192
Emissão de declaração	97	77	84	258
TOTAL	4915	4924	3122	12961

5.2 Psicologia

O serviço disponibiliza de uma sala (3.9m x 2.00m)) climatizada de atendimento localizada em frente a recepção de acolhimento. O quadro de pessoal conta com sete psicólogos, sendo destes: seis efetivos, (estando uma em licença sem vencimento) e uma celetista. Disponibiliza de um psicólogo no plantão de 24 horas ininterruptas que assiste todo o Complexo Hospitalar realizando atendimentos pacientes e familiares.

Ações realizadas

- Atualização de planilha de produtividade;
- Inclusão do psicólogo na abordagem aos visitantes nos horários de visita;
- Finalização dos protocolos operacionais padrão da categoria profissional;
- Acompanhamento de planilha de produtividade;
- Inicialização de avaliação e acompanhamento de funcionários do serviço com necessidades do serviço de psicologia.
- Remanejada a psicóloga diarista do Hospital do Bem para cobrir escala descoberta no setor, uma vez que passamos a ter 2 dias semanais sem profissional no serviço

Produção

TABELA 3: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CONDUTAS	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Avaliação Psicológica	39	19	54	112
Acompanhamento psicológico	33	38	47	118
Atendimento familiar	96	106	73	275
CONDUTAS	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Atendimento paciente recém diagnosticado	12	1	0	13
Atividade de grupo	0	0	0	0
Terapêutica individual ao profissional do serviço	0	9	2	11
Agendamento de consulta subsequente	0	0	0	0
Visita no leito das unidades de internação	101	119	73	293
Acompanhamento paciente oncológico	96	106	56	258
TOTAL	209	235	131	575

TABELA 4: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA E NA UTI

5.3 Fisioterapia

O serviço funciona sem sala de apoio, ficando o profissional disponível nas unidades de internação. O quadro de pessoal conta com doze fisioterapeutas, sendo sete com vínculo efetivo e cinco celetistas. Atualmente é disponibilizado um profissional fisioterapeuta por 24 horas na Unidade de Terapia Intensiva e um profissional fisioterapeuta nas unidades de internação por 12 horas, sendo estes aptos a definir o quadro clínico do paciente para a tomada de decisão adequada.

Ações Realizadas

- Aprovado instrumento de avaliação e evolução para pacientes e enviado para gráfica do serviço;
- Elaborados os procedimentos operacionais padrão e solicitada a Comissão de Padronização de procedimentos Assistenciais a avaliação para posterior ação de educação;
- Instituídos novos instrumentos de avaliação e evolução para pacientes;
- Realizadas discussões do processo de trabalho junto a equipe, visando contemplar assistência nos setores onde não há plantonista, uma vez que existe uma grande lacuna na assistência de fisioterapia no Complexo;

TABELA 5: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

CONDUTAS	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Fisioterapia Respiratória	92	227	125	444
Fisioterapia Motora	142	219	135	496
Avaliação	20	23	15	58
Procedimentos Suspensos	15	0	2	17
Procedimentos não realizados devido alta demanda	3	1	0	4
TOTAL	272	470	277	1019

TABELA 6: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CONDUTAS	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Avaliação	783	171	126	1080
Desmame	26	10	13	49
Extubação	7	7	3	17
Fisioterapia Respiratória	333	342	193	868
Fisioterapia Motora	139	133	79	351
Ajuste de Ventilação Mecânica Invasiva	97	77	111	285
Ventilação Mecânica Não Invasiva	8	3	0	11
TOTAL	1393	743	525	2661

5.4 Nutrição Clínica

O serviço funciona em sala localizado nas dependências do refeitório do complexo, em sala de apoio (3.90m x 2.00m). A escala de serviço dispõe de 5 (cinco) nutricionistas, sendo quatro efetivas e uma celetista. Conta com duas nutricionistas plantonistas ao dia, sendo uma diarista e uma plantonista, que variam em plantões de 12 e 24 horas. Os profissionais prestam assistência dietética e promovem educação nutricional a indivíduos ou enfermos, em nível hospitalar, ambulatorial e em consultórios de nutrição e dietética, visando á promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Ações Realizadas

- Iniciado processo de elaboração de instrumento para registro de evoluções e consultas clínicas, visando adoção inicial nas unidades de AVC e UTI;
- Facilitado o processo de trabalho do setor com a instituição de controle de estoque de nutrições enterais no próprio setor, onde o profissional plantonista irá realizar pedido de estoque a farmácia a cada 15 dias. Estamos em processo de elaboração de instrumento para registro de evoluções para adoção inicial nas unidades de AVC e UTI

Ações em andamento

- Início da elaboração de instrumento para registro de evoluções para adoção inicial nas unidades de AVC e UTI.

Ações previstas/planejadas

- Implantação de registros do acompanhamento nutricional dos pacientes das unidades de internação.

TABELA 7: – DISTRIBUIÇÃO DE DIETAS ENTERAIS POR SETOR DE ATENDIMENTO

Setor de Atendimento	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Unidades de Internação	1305	705	140	2150
Urgência	663	425	210	1298
AVC	733	573	125	1431
UTI	327	299	301	927
TOTAL	3028	2002	776	5806

5.6 Serviço técnico em radiologia

O serviço funciona em sala (6.00 cm x 3.90cm) no Centro de Diagnóstico por Imagem do pronto socorro, com equipamento de RX. Conta com 12 profissionais, sendo seis efetivos e seis celetistas. No pronto socorro, em geral, há um plantonista por 24 horas; em alguns dias da semana fica um segundo plantonista no diurno devido alta demanda de retornos ortopédicos. No Centro cirúrgico, de segunda a sexta-feira, no período diurno é escalado um técnico em radiologia para o manuseio do arco cirúrgico.

Ações Realizadas

- Adoção da rotina de registro em livros de ocorrência e produção com supervisão diária dos registros da equipe;
- Distribuídos jalecos a equipe de técnicos de radiologia;
- Realizado rodízio de profissionais entre urgência e centro cirúrgico visando minimizar alguns vícios encontrados na equipe do centro cirúrgico;
- Supervisão diária da manutenção de higienização dos equipamentos;
- Implantação da manutenção de higienização dos equipamentos pelos profissionais do setor do centro cirúrgico;
- Realizada notificação dos profissionais para os quais a fiscalização do Conselho Regional de Radiologia constatou inadimplência;
- Instituição de manutenção preventiva nos arcos cirúrgicos do setor do Centro Cirúrgico e aparelho móvel do RX, visando redução de problemas no serviço;

TABELA 8: – NÚMERO DE EXAMES DE RAIOS X REALIZADOS NO PERÍODO

Atividade Desenvolvida	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Exames em arco cirúrgico	67	62	53	182

5.7 Serviço Técnico em Laboratório

Funciona em sala (2.92 m x 2.83m) climatizada, localizada lateralmente a enfermaria 15, juntamente a equipe de transfusão e dispõe de ramal. A equipe é composta por quatro técnicos de laboratório efetivos, ficando no plantão de 24 horas um profissional em dias alternados na semana, uma vez que a quantidade de profissionais do serviço não atende as demandas. Funciona para suporte de coleta de exames exclusivo do serviço de urgência e emergência.

Ações Realizadas

- Discussão com a equipe para implantação dos protocolos qualitativos no serviço;
- Implantação do registro de atividades do processo de trabalho da equipe e organização de demandas do serviço;
- Educação continuada para registros de atividades do processo de trabalho da equipe.

Ações em andamento

- Educação continuada para registros de atividades do processo de trabalho da equipe.

Ações previstas/planejadas

- Educação permanente com a equipe

TABELA 9: – NÚMERO DE COLETAS REALIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Setor	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Área Verde	*	247	156	403
Área Amarela	*	48	47	95
Área Vermelha	*	79	267	346
TOTAL		374	470	844

* A contabilização dos procedimentos só foi iniciada a partir do mês de Janeiro/2020

5.8 Serviço de Hemoterapia.

O serviço funciona 24 horas ininterruptas em sala (2.92 m x 2.83m) climatizada, localizada lateralmente a enfermaria 15, juntamente a equipe dos técnicos em laboratório e dispõe de ramal. A equipe é composta por quatro técnicos em hemoterapia/ enfermagem responsáveis por coletas e administração de hemocomponentes de todos os pacientes. Conta com um profissional de enfermagem plantonista a cada 24h.

Ações Realizadas

- Realizada discussão com a equipe sobre identificação de reações transfusionais e reforçadas orientações a familiares quanto a reposição de hemocomponentes diariamente;
- Discussão de normas e rotinas do serviço em reunião do Comitê Transfusional;
- Discussão com equipe do Protocolo Operacional Padrão

Ações em andamento

- Educação Permanente com a equipe

Ações previstas/planejadas

- Discussão do Protocolo Operacional Padrão.

Sugestões de Melhorias:

- Ter um médico como membro do Comitê Transfusional;
- Implantação de controle de reposição de hemocomponentes utilizados em todo o Complexo Hospitalar, uma vez que o técnico da transfusão assiste a todo o hospital não demandando disponibilidade para controle rigoroso de reposição de hemocomponentes ao hemonúcleo Patos.
- Necessidade de transporte para atender as necessidades de solicitação de plaquetas que tem aumentado consideravelmente a demanda nos últimos

meses e este requer deslocamento de um profissional motorista do plantão para realizá-lo.

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS DE HEMOCOMPONENTES

Setor de atendimento	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
São José	20	30	34	84
Cardiologia	1	2	2	5
Maria José	32	27	26	85
Dic	0	0	0	0
Custódia	0	0	0	0
Avc	7	8	0	15
Clínica Cirúrgica	32	20	18	70
Vascular	0	0	0	0
Ortopedia	7	9	5	21
Uti	13	18	18	49
Hospital Do Bem	0	0	0	0
Centro Cirúrgico	10	7	8	25
Urgência/ Emergência	32	44	32	108
TOTAL	154	165	143	462

TABELA 11: – NÚMERO DE OCORRÊNCIAS HEMOTERÁPICAS POR TIPO

Tipo de Ocorrência	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	TOTAL
Sangria	04	01	03	08
Reações Transfusionais	02	01	01	04
TOTAL	06	02	04	12

Os relatórios dos Serviços de Nutrição e Dietética (Produção), Farmácia, Unidade Processadora de Roupas, Central de Material e Esterilização, Centro Diagnóstico por Imagem e Engenharia e Manutenção seguem no anexo VII devido extensão.

6. EVOLUÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE

- Implantação da Apresentação dos Indicadores de Gestão para todos os gestores e lideranças do CHRDJC, onde os indicadores são apresentados a equipe, com discussão das metas pactuadas e desempenho de cada um ao longo dos meses, com o objetivo de avaliar nosso serviço e traçar as melhores condutas no processo de trabalho. Apresentação realizada pela Direção Assistencial junto com toda a diretoria e gestão de indicadores;
- Iniciado a implantação do Plano de Otimização da UTI com o objetivo de melhorar, com segurança, os processos relacionados a serviços de saúde em terapia Intensiva, propondo ações voltadas para um bom funcionamento técnico e humanizado, como a implantação e implementação dos critérios de admissão de paciente em UTI, execução da visita multidisciplinar diária (VMD) à beira do leito, implantação de protocolos clínicos, assim como implantação da ferramenta SBAR, são exemplos de ações que estão sendo inseridas no serviço;
- Aquisição de todo o fardamento para a equipe do serviço administrativo do CHRDJC;
- Implantação dos Indicadores de Monitoramento dos tempos no Serviço de Urgência e Emergência buscando reduzir o tempo de atendimento e de espera, garantir a qualidade do serviço e dos procedimentos de avaliação e intervenção em emergências e urgências, além de reduzir os custos do atendimento;
- Contratação de fisioterapeuta para atuar como responsável técnica;
- Disponibilidade de fardamento para equipe de Higienização e coleta de lixo, além da equipe assistencial;
- Iniciado processo de implantação do Protocolo de Cirurgia Segura no Centro Cirúrgico com a inserção do quadro para registro dos pacientes que irão realizar procedimentos cirúrgicos previamente, onde o enfermeiro realiza o registro e ao longo do plantão alimenta as informações, buscando reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos, além da mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos;

Realizada a revisão e atualização dos POP's dos seguintes serviços (Anexo X)

- Hemotransfusão
- Psicologia
- Serviço Social

6.2 Descrição das atividades e/ou resultados da atuação das Comissões de Apoio e Qualificação da Atenção Hospitalar.

No mês de novembro, não houve reunião da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos porque seus membros se reúnem bimestralmente, conforme regimentado. Em relação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, não houve reunião devido à mudança de seus componentes.

TABELA 12: – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DAS COMISSÕES

Comissão: DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE - CPTLP **Data de implantação:** 10/12/2019

Atividades

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido sobre os objetivos a serem alcançados pela comissão;
- Leitura e definição das atribuições da Comissão;
- Sugerido levantamento sobre caracterização das Unidades de Internação, informações sobre as práticas dos enfermeiros relacionado as lesões de pele, assim como traçar perfil das lesões;
- Definido presidente da comissão;
- Definido cronograma das reuniões;
- Implantação do Protocolo de acompanhamento dos pareceres solicitados;
- Discussão do fluxo de pareceres solicitados e forma de acompanhamento pelos membros;
- Solicitação de inclusão de produtos biológicos para uso exclusivo da comissão;
- Discussão de avaliação de continuidade de condutas indicadas pela CPTLP;
- Implantação do Termo de Consentimento da CPTLP;
- As avaliações serão acompanhadas via Whatsapp por toda a comissão;

- Discutida forma de como está sendo realizado a processo de parecer nos setores e solicitado aos membros desta comissão para realizarem acompanhamento da evolução das lesões cutâneas avaliadas;
- Apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para registro fotográfico das lesões quando avaliadas.

Comissão: PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Data de implantação: 20/12/2019

Atividades

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido sobre os objetivos a serem alcançados pela comissão;
- Leitura e definição das atribuições da Comissão;
- A comissão será apresentada ao conselho de radiologia;
- Definido presidente da comissão;
- Solicitado que tenha um Engenheiro Clínico na comissão;
- Leitura da proposta do Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica com discussão dos tópicos;
- Relatado que os laudos da leitura dos dosímetros do mês de dezembro ainda não foram disponibilizados pela empresa responsável;
- Sugestão para inclusão de um membro representante do setor administrativo e mais um técnico em radiologia plantonista do serviço;
- Será realizado uma revisão dos EPIs existentes no serviço pelo presidente da comissão

Comissão: PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS (COPAME)

Data da Implantação: 12/12/2018

Atividades

- Elaboração de Notificação para COPAME;
- Proposto momento de Educação Permanente com os profissionais para divulgação do modelo de notificação;
- Discussão da lista de todos os materiais, medicamentos e equipamentos padronizados pelo CHRDJC;
- Proposta para próxima reunião, elaboração de fluxograma para notificações;
- Elaboração e discussão do Regimento Interno para próxima reunião;
- Definido cronograma de reuniões;
- Discussão, leitura e aprovação do Regimento Interno após algumas alterações;

- Elaboração de fichas para melhor andamento das ações da COPAME: Formulário de Notificação de inconformidade de produtos relacionados à saúde; Formulário de solicitação de alteração na padronização de material e equipamentos médico do CHRDJC; Formulário de solicitação de alteração na padronização de medicamentos do CHRDJC; Formulário de solicitação de compra de produto não padronizado no CHRDJC;
- Apresentação do fluxo de notificação direcionadas a COPAME;
- Discussão com justificativas para inserção de alguns materiais e medicamentos na padronização.

Comissão: GERENCIAMENTO DE RISCOS E BIOSSEGURANÇA

Data da Implantação: 30/10/2019

Atividades

- Realizada apresentação de algumas definições de Biossegurança pelo presidente da comissão;
- Realizado planejamento de ações anuais quanto a Lavagens das Mãos;
- Discutida segregação de lixo e ações voltadas para a abordagem do assunto;
- Sugerido a participação de um representante da lavanderia na comissão para a próxima reunião;
- Datas propostas para as atividades de lavagens das mãos em janeiro: 06, 14, 22 e 30 de janeiro;
- Discussão sobre a eleição do novo presidente da comissão que será Clécia Maria (Gerente Administrativa), a Vice Presidente Luanna Cibely (Enfermeira Assistencialista) e a Secretária Séfora Cândida (Gerente de Enfermagem)
- Leitura e discussão sobre o Programa de Gerenciamento de Riscos do CHRDJC;
- Sugerido a elaboração de um material educativo, tipo folder, para dar subsídio a atividade de sensibilização de todos os profissionais do serviço quanto a importância do gerenciamento de riscos e biossegurança;
- Sugerida elaboração de uma ficha específica para notificação de eventos adversos, bem como o fluxo para o registro dessas notificações.

Comissão: ÉTICA EM ENFERMAGEM

Data da Implantação: 22/11/2018

Atividades

- Realizada primeira reunião da comissão sob orientação do /coordenador de Processo Ético do COREN-PB, Dr. Júnior Gomes;

- Discussão sobre a aplicação de penalidades a profissionais de enfermagem do CHRDJC, provocada pela Gerente de Enfermagem;
- Elaboração de Relatório de Atividades da Comissão do mês de dezembro;
- Elaboração de comunicações referente a sind. N° 02/2020, definido data para oitiva;
- Instaurada sindicância abordagem e coleta da denúncia de acompanhante;
- Realizada reunião educativa com a direção assistencial e coordenadoras de enfermagem do CHRDJC;
- Realizada escuta de profissionais devido situações de trabalho;
- Planejamento de cronograma anual para as atividades da comissão,
- Elaborado relatório anual das atividades da comissão e encaminhado para o COREN-PB.

Comissão: ÉTICA MÉDICA

- Está sendo elaborado, pelo Diretor Técnico, cronograma para o início do processo eleitoral.

Comissão: FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Atividades

- Aprovação do Regimento Interno;
- Apresentação de problemas relacionado a implantação do uso racional de antimicrobianos;
- Solicitação de elaboração de protocolos clínicos pelas equipes clínicas;
- Apresentação de dados qualitativos e quantitativos de prescrição de antimicrobianos;
- Apresentação na próxima reunião da avaliação dos impactos (econômicos e farmacoterapêuticos) decorrentes do sistema de controle de prescrição e uso de antimicrobianos;
- Apresentação da economia com a implantação e uso da ficha de controle de antimicrobianos;
- Demonstração do quantitativo de fichas suspensas em janeiro/2020 e do relatório de economia gerado no Sistema de Gestão Hospitalar;
- Apresentação da Planilha de Padronização de Medicamentos sugerida pela SES/PB;
- Encaminhamento a respeito da falta de água destilada na apresentação de 10ml;
- Disparado a elaboração dos Protocolos Clínicos do CHRDJC;
- Apresentação da proposta de tabela de diluição de medicação em soro fisiológico;

- Decorrido sobre o desabastecimento da Clindamicina que ocorreu por três dias, não houve interrupção do tratamento para os pacientes que estavam em uso. Houve comunicação para a equipe médica a respeito do uso de outros medicamentos durante esse período;
- Será elaborado o guia de diluição de medicamento com base em outros modelos de guias, onde o definitivo será elaborado e mediante revisão pelos farmacêuticos e aprovação desta comissão será implantado.

Comissão: NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Atividades

- Realizado Busca Ativa nos prontuários e foram registradas as seguintes notificações compulsórias no mês de dezembro: Antirrábica: 36; Animais Peçonhentos: 06; Violências: 02; Acidente de Trânsito: 280; Acidente Material Biológico: 02; Tuberculose: 01. Total de 327 notificações;
- Monitoramento das 68 (sessenta e oito) Declarações de óbitos no mês de dezembro;
- Realizado Busca Ativa nos prontuários e foram registradas as seguintes notificações compulsórias no mês de janeiro: Antirrábica: 37; Animais Peçonhentos: 14; Violências: 02; Acidente de Trânsito: 290; Acidente Material Biológico: 04; Tuberculose: 00. Total de 348 notificações;
- Monitoramento das 54 (setenta e quatro) Declarações de óbitos no mês de janeiro;
- Tivemos 06(seis) pacientes com exposição à relação sexual desprotegida (com indicação para PEP), estamos com 06(seis) no mês de janeiro. KITS disponíveis para profilaxia;
- Realizado Busca Ativa nos prontuários e foram registradas as seguintes notificações compulsórias no mês de fevereiro: Antirrábica: 48; Animais Peçonhentos: 16; Violências: 23; Acidente de Trânsito: 300; Acidente Material Biológico: 04; Tuberculose: 00. Total de 391 notificações;
- Monitoramento das 74 (setenta e quatro) Declarações de óbitos no mês de fevereiro;
- Monitoramento nos testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C;
- Realizado registro nos Sistemas específicos para cada agravo.

Comissão: CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Atividades

- Discussão sobre as dificuldades encontradas na implantação da padronização e uso racional dos antimicrobianos em parceria com o serviço de Farmácia e Terapêutica, as fichas ainda não estão sendo preenchidas de forma correta, assim

como a falta de aderência de alguns profissionais. Encaminhada demanda para o Diretor Técnico;

- Concluído e aprovado o Protocolo de Sepsis, elaborado pelo SCIH;
- Realizada busca ativa no Centro Cirúrgico e CME para presença de microorganismos em bancadas e equipamentos, como resultado tivemos negatividade de microorganismos, de acordo com swab realizado;
- Devido a problemas relacionados aos ares condicionados com defeito, estão sendo liberados ventiladores para as Unidades de Internação o que ocasiona riscos para o serviço;
- Discussão para implantação do Bundle de monitoramento de Acesso Venoso Central;
- Discussão sobre a implantação do Protocolo para realização de Culturas, Uroculturas e Hemoculturas em todos os pacientes admitidos na UTI;
- Apresentado pela enfermeira executora do SCIH, proposta para de implantação da padronização de permanência dos dispositivos em setores fechados, para diminuir o risco de infecção hospitalar nos pacientes internos por tempo prolongado;
- Discussão sobre a necessidade de se modificar a localização física da enfermaria DIC (Doenças Infectocontagiosa) que se encontra hoje localizada numa área muito central, sendo rota para todo o fluxo de visitantes, acompanhantes, assim como pacientes de outras enfermarias, gerando risco para todos;
- Realizado no mês de janeiro 06 (seis) exames de cultura, urocultura e hemocultura com resultado de presença de micro-organismos, sendo um multirresistente. Houve orientações para as equipes plantonistas quanto as medidas de precaução padrão;
- Realizada videoconferência com o SCIH e NHVE da SES/PB e os responsáveis pelos demais serviços, onde foi discutido as ações diante de um possível suspeito de Infecção Humana pelo Coronavírus.

Comissão: PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Atividades

- Realizada substituição de membros na comissão: Exclusão de Victor Ferreira, Joselma de Queiroz e Fiama Rodrigues Medeiros. Inclusão de Robson de Araújo (Engenharia), Rebecca Ricarte (Nutrição) e Elineide Simões (Lavanderia);
- Discussão sobre os descartes dos resíduos sólidos pelos profissionais;
- Solicitação do serviço de Engenharia para avaliação das condições do abrigo de resíduos sólidos de saúde do CHRDJC;
- Levantamento da necessidade de identificação das lixeiras do CHRDJC;
- Discussão sobre o cronograma da coleta das roupas sujas elaborado pelo serviço de lavanderia (SERVBRASIL);
- Solicitação para o Serviço de Engenharia do CHRDJC para avaliação e proposta para reforma da sala de abrigo dos resíduos sólidos de saúde;

- Repasse de informações da responsável pela SERVBRASIL, sobre quantitativo elevado de objetos encontrados nas roupas sujas recolhidas do CHRDJC;
- Discussão da importância de sensibilizar os colaboradores do Complexo, sobre o descarte apropriado dos resíduos de saúde;
- Solicitar apoio dos coordenadores de enfermagem de todos os setores para montar uma campanha com o tema: Conscientização do descarte apropriado dos Resíduos Sólidos de Saúde, agendado para o próximo mês, com orientações aos colaboradores durante o horário de refeição;
- Solicitado a responsável pelo serviço de lavanderia da SERVBRASIL, planilha contendo data, hora e setor que foi encontrado objetos dentro das roupas sujas coletadas;
- Repassado protocolo de recolhimento dos resíduos e higienização dos baldes para os profissionais responsáveis;
- Discussão sobre a importância da continuidade do plantão para que não haja pendências na entrega do plantão.

Comissão: REVISÃO DE ÓBITO

Atividades

- Discussão sobre o quantitativo de óbitos e as principais causas;
- Realizado a distribuição dos óbitos por unidades, onde a área vermelha obteve o maior número: 40(quarenta) no mês de dezembro,
- Monitoramento das Declarações de óbitos, conferência do diagnóstico clínico com a causa da morte, além da contabilidade dos prontuários;
- Detectada falha, nas planilhas de registro dos óbitos nas unidades, dificultando a identificação no mês de dezembro;
- Principais causas de óbito no serviço: Neoplasia, Septicemia, ICC, Insuficiência Respiratória Aguda, Pneumonia e AVC;
- Discussão sobre as melhores estratégias para melhorar a assistência e o tempo de internação dos pacientes idosos que ainda é muito prolongado;
- Revisados prontuários semanalmente pela comissão;
- Revisado semanalmente os prontuários dos pacientes que foram a óbito;
- Realizado a distribuição dos óbitos por unidades, onde a área vermelha obteve o maior número: 54 (Cinquenta e quatro) no mês de janeiro;
- Realizado a distribuição dos óbitos por unidades, onde a área vermelha obteve o maior número: 74 (Setenta e quatro) no mês de fevereiro.

Comissão: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Atividades

- Implantação das pulseiras para pacientes de urgência e emergência de acordo com a classificação de risco por cores, como uma das estratégias para implantação do Protocolo de Identificação do Paciente;

- Aguardando as pulseiras de identificação para pacientes internos;
- Implantação de quadro de Identificação e Controle de pacientes em pré-operatório no Centro Cirúrgico, de acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura;
- Programado para janeiro a implantação do Checklist de Cirurgia Segura em Centro Cirúrgico;
- Discutido com a comissão sobre a participação da presidente no Seminário Estadual de Segurança do Paciente na Prevenção e Controle das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde;
- Elaborada ficha de notificação de padronização do CHRDJC para as seguintes notificações:
 - Acidentes do paciente, Broncoscopia, Evasão do paciente, Extubação endotraqueal acidental, Falhas durante assistência à saúde, Falhas nas atividades administrativas, Falhas durante procedimento cirúrgico, Falhas na administração de dietas, Falhas na identificação do paciente, Falha na documentação, Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia, Falhas envolvendo cateter venoso, Falhas envolvendo sondas, Falha na administração de O2, Falhas no cuidado/proteção do paciente, Falhas na assistência radiológica, Queda do paciente, Queimadura do paciente, Tromboembolismo venoso (TVE), Lesão por pressão – Grau 1, 2, 3, 4.
- Solicitado a gerente administrativa que todo paciente que assinar o termo de alta, deve comunicar ao NSP para notificar a evasão do paciente;
- Elaborado cronograma para atividade de educação permanente sobre a importância das Notificações nos setores da UTI, Unidades de Internação, Serviço de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico, nos dias: 6, 7, 10, 11, 12, 13 e 14 de fevereiro.

Comissão: ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Atividades

- Impossibilidade do RX de controle dos pacientes ortopédicos serem realizados ainda no centro cirúrgico, devido ao arco cirúrgico não está autorizado a ser retirado para todas as salas devido problemas na rede elétrica;
- Ainda pendente o engajamento dos profissionais médico quanto a solicitação do RX de controle pelos ortopedistas após procedimento cirúrgico;
- Houve duas solicitações de material NÃO SUS no mês de dezembro no CHRDJC;
- Realizada substituição de membros da comissão: Exclusão de Dr. José Carletti e Inclusão de Wostenildo Crispim;

- Alteração do fluxo para solicitação de material não SUS. A solicitação deverá passar por mais uma análise médica, tornando a conduta mais coerente;
- Solicitação de mais perfuradores ortopédicos ao setor de compras;
- Acompanhamento diário das pré-faturas da empresa que fornece OPME, CROMUS;
- Houve duas solicitações de materiais não SUS.

Comissão: NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

Data da Implantação: 13/11/2019

Atividades

- Discussão de todos os artigos do Regimento Interno com sugestões de alterações/inclusão de conteúdo;
- Discussão sobre as suspensões de terapias enterais de sistema fechado pela enfermagem devido paciente apresentar diarreia, sem consentimento médico, nem do Serviço de Nutrição;
- Debatido sobre a quantidade insuficiente de bombas de dietas enterais no serviço, dificultando o controle ideal do volume de dieta infundido, além do risco de contaminação;
- Falta de Protocolo de Nutrição Parenteral para equipe médica;
- Necessidade de uma sala específica para o armazenamento e controle de estoque das dietas enterais de forma eficiente pelo nutricionista.

Comissão: REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Data da reunião: 26/12/2019

Atividades

- Revisão de prontuários;
- Análise de não conformidades para discussão com os profissionais;
- Adotar avaliação do consolidado das revisões do mês anterior para desenvolver melhorias;
- Solicitados computadores para o Hospital do Bem e Centro cirúrgico;
- Constatação de falta de carimbo do médico na admissão dos prontuários;
- Não preenchimento dos Bucomaxilofacial na ficha de internação dos prontuários;
- Encontradas prescrições médicas sem data do clínico Francisco Carvalho;
- Evolução de Enfermagem incompleta e sem carimbo;
- Inclusão na planilha da Comissão de Revisão de Prontuário, de mais uma coluna para análise do Controle de Antibióticos;

- Diretor Técnico realizará conversa com os médicos sobre o preenchimento adequado do prontuário.

Comissão: INTRA HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

Atividades

- Informado a comissão quanto as perspectivas para inclusão de um médico na equipe;
- Reforçadas condutas quando ocorrência de reação transfusional;
- Realizar cumprimento do Regimento Interno;
- Informado a necessidade de higienização das caixas térmicas e frigobar;
- Realizar controle de reservas sanguíneas para da baixa no sistema do hemonúcleo.

Comissão: INTRA HOSPITALAR DE DOAÇÃO ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE.

- Não se aplica, pois não possuímos esse serviço.

Comissão: INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES (CIPA)

- Iniciado Processo Eleitoral.

Comissão: RESIDÊNCIA MÉDICA

- Não se aplica, pois não possuímos esse serviço.

7. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

- Comemorado mensalmente os “Aniversariantes do Mês”, com acolhimento no refeitório de todos os profissionais aniversariantes do CHRDJC, onde foram ofertados um lanche especial e sorteio de brindes, fugindo do cotidiano do serviço;
- Mantido Projeto SINO DA CURA no Hospital do Bem para pacientes que concluem o tratamento oncológico, onde o objetivo é que os pacientes compartilhem o momento de alegria pela despedida do tratamento e por terem vencido todas as dificuldades. Além disso é uma forma de incentivar aqueles que ainda estão lutando contra a doença a vencer todas as dificuldades do tratamento, para um dia tocarem o Sino;

- Observando a necessidade do apoio familiar no momento do tratamento oncológico, todos os pacientes em quimioterapia no Hospital do Bem contam com a presença de um acompanhante durante as sessões;
- Realizado a “Noite Italiana” um momento especial onde foi ofertado, pela serviço de alimentação, um jantar inspirado na gastronomia italiana, onde os profissionais desfrutaram de uma refeição saborosa, que trouxe satisfação para aos presentes;
- Em comemoração ao carnaval, em um momento de descontração, tivemos a participação de um grupo musical que divertiu os pacientes e acompanhantes de todo o complexo, com músicas carnavalescas e muita animação;
- Parceria firmada entre o Hospital do Bem e o grupo de Apoio Viva a Vida, acarretou benefícios ao nosso serviço, uma vez que o grupo realiza acolhimento as pacientes oncológicas e familiares, além de auxiliarem no processo de doença e tratamento, fornecendo suporte emocional e social;
- Acompanhantes passaram a realizar todas as refeições diárias dentro da própria unidade, de maneira que os mesmos não precisam se deslocar do serviço para se alimentarem em outras dependências, muitas vezes deixando seus familiares sem acompanhantes ocasionando desconforto para os envolvidos;
- Realizado Musicoterapia para os pacientes do CHRDJC, com a participação dos cantores locais, onde se trabalhou a música para promover saúde, reabilitação e qualidade de vida para os pacientes hospitalizados. Uma experiência renovadora para o serviço.

8. INSERÇÃO E INTEGRAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS LOCOREGIONAIS

O componente hospitalar deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

Um setor essencial para a articulação entre os serviços da rede de saúde é o Núcleo Interno de Regulação – NIR. Este núcleo promove a ação regulatória interna e entre a gestão e os vários serviços de saúde, realizando a operação, monitoramento e avaliação das solicitações. Funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. O NIR integra o CHRDJC aos diversos serviços de saúde e aos municípios, estabelecendo uma comunicação efetiva e resolutiva.

Além da regulação de leitos e vagas para serviços de referência, o NIR também possui um setor de regulação local no Hospital do Bem, interligado ao Complexo Regulador Estadual através do SISREG, responsável pelo agendamento de consultas especializadas para o setor de oncologia, bem como procedimentos e exames de imagem.

Os exames de imagem realizados no Centro de Diagnóstico por Imagem – CDI configuram-se em um importante recurso ofertado não só para a rede hospitalar estadual, mas também para os municípios da 3ª macrorregião de saúde do estado, dando acesso rápido e de qualidade aos usuários do SUS. No CDI são ofertados exames de tomografia, ultrassonografia, endoscopia, colposcopia, colonoscopia e ecocardiografia.

A 6ª região de saúde, onde está localizado o município de Patos, é composta por 24 municípios e realiza mensalmente a reunião do Colegiado Intergestores Regional – CIR. Participam da CIR os gestores municipais de saúde, gerência regional de saúde e técnicos das áreas correlatas. Nestas reuniões são discutidas as políticas públicas de saúde, articulação entre os municípios, regiões e estado, entraves do sistema e outros assuntos pertinentes. O CHRDJC mensalmente se faz presente nestas reuniões participando das discussões, esclarecendo e discutindo assuntos que envolvam o Complexo Hospitalar, aproximando-se assim da gestão municipal e reafirmando o papel do serviço para a rede de saúde.

Outro espaço importante de participação se dá através de audiências públicas convocadas para discussão de temáticas referentes ao setor de saúde. No decorrer do trimestre, a direção geral se fez presente em diversas audiências públicas realizadas na Câmara de Vereadores do Município de Patos, informando e alertando membros do legislativo, executivo e população acerca do funcionamento do serviço

e do seu papel na rede assistencial de saúde. Audiências com temas relacionados à saúde do idoso, a profissão de fisioterapia, de enfermagem e sobre a situação de saúde do município de Patos foram alguns destes momentos.

Além da participação em audiências públicas, foram concedidas entrevistas em rádios e programas locais de televisão pois são meios de comunicação importantes para o esclarecimento da população e difusão dos serviços prestados.

A 3ª Macrorregião polarizada pelos municípios de Patos e Sousa, tem 89 municípios e os serviços de saúde estão distribuídos ao longo deste território, sendo a Atenção Primária a Saúde, através da estratégia de Saúde da Família – ESF, a única presente em todos eles, ressaltando a importância que este componente apresenta na longitudinalidade do cuidado.

Os serviços caracterizados como de urgência e emergência presentes na região são Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Unidade de Pronto-Atendimento – UPA e Hospitais Gerais.

É fato que os serviços de emergência têm sofrido com um cenário de congestão ao longo dos anos e no CHRDJC não é diferente. O município de Patos tem sofrido instabilidade política refletindo na prestação de serviços de saúde. Por ser um polo de saúde, esta precariedade gera efeito em cascata prejudicando não apenas o município, mas toda a região que é dependente da oferta de saúde de Patos. Isto acarreta uma maior procura pelo serviço hospitalar, tanto para acesso a consultas e exames de imagem que não vem sendo ofertados, bem como pelos problemas que acabam urgenciando diante da falta de assistência básica e secundária. Em janeiro de 2020, os três Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS do município foram fechados, além de parte das unidades de saúde da família, o laboratório municipal que passou mais de 1 mês sem funcionar, o que sobrecarrega o serviço hospitalar.

Uma demanda recorrente no serviço é de pacientes vítimas de acidentes, infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico. O CHRDJC não possui serviço de neurocirurgia nem hemodinâmica, gerando um volume considerável de solicitações de avaliação e vaga para transferência nos hospitais de referência. Um ponto crítico é a demanda por cateterismos onde os pacientes internados no Complexo têm sofrido espera de semanas até conseguir o procedimento.

Outras especialidades que apresentam dificuldades para regulação são a cirurgia vascular e oncologia, tendo em vista o CHRDJC ter perfil de atendimento para quatro tipos de cânceres – mama, pele, próstata e colo do útero e não possui estrutura para procedimentos vasculares de maior complexidade.

Durante o mês de fevereiro, o corpo diretivo e lideranças do CHRDJC participaram de várias reuniões internas e na SES para discussão da transição da gestão compartilhada por OSS para a gestão direta, fato que aconteceu efetivamente em 23/02/2020. As reuniões foram importantes para o alinhamento das ações, finalização de algumas atividades e início de outras inerentes a cada modelo de gestão.

9. MONITORAMENTO DAS METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORE DE QUALIDADE DE DESEMPENHO

Segue a apresentação da porcentagem de atingimento das metas dos indicadores de produção no período, salientando que os com meta quantitativa foram bastante prejudicados na sua porcentagem de atingimento, tendo em vista o fato de ter sido contabilizados os dados apenas até o dia 22 no mês de fevereiro, devido termino do contrato de gestão.

Reforça-se ainda que muitas dessas metas foram estabelecidas sem prévio conhecimento da série histórica do indicador, e dessa forma, se tornam inatingíveis para a realidade da instituição.

São exemplos de indicadores com metas superdimensionadas: número de internações em Ortopedia, número de cirurgias de Ortopedia Adulto, número de cirurgias de Bucomaxilofacial, número de atendimentos no ambulatório de Ortopedia, número de atendimentos no ambulatório de Bucomaxilofacial, Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco, Eletrocardiograma, Diagnóstico em Laboratório Clínico, Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia, Broncospia, Imunohistoquímica, Endoscopia, Colonoscopia e Rectosigmoidoscopia, Ressonância magnética, Ultrassonografia, Biologia Molecular e Cintilografia Óssea.

Por outro lado, o indicador Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas tem ultrapassado a meta em mais de 300%.

No que diz respeito a alguns dos indicadores relacionados à assistência oncológica (punção aspirativa de mama por agulha fina, punção de mama por agulha grossa, biópsia de colo uterino, biópsia /exérese de nódulo de mama e biópsia prostática), o não atingimento da meta pode ser atribuído tanto ao superdimensionamento, quanto ao fato de que o serviço, apesar de já estabelecido e obtendo a cada mês um aumento no seu volume de atendimento, carece de fidelização de parte dos usuários que ainda tem como referência o Hospital Napoleão Laureano do quais já eram pacientes anteriormente.

TABELA 13 - INDICADORES QUANTITATIVOS – DEZEMBRO/2019, JANEIRO/2020 E FEVEREIRO(ATÉ 22)/2020

SERVIÇOS	AÇÃO	META TRIM.	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV/2 020	TOTAL TRIM	META ATINGIDA EM
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO	Clínica médica	600	268	272	189	729	122%
	Diárias de UTI*	540	158	173	122	453	84%
	Ortopedia	900	159	147	92	398	44%
	Diárias de Cuidados Paliativos*	450	0	0	0	0	0%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM CIRURGIAS	Oncologia Clínica	180	0	0	0	0	0%
	Ortopedia Adulto	510	118	130	94	342	67%
	Ortopedia Pediátrica	90	24	25	14	63	70%
	Cirurgia Geral	150	73	74	32	179	119%
	Bucomaxilo	90	23	13	7	43	48%
	Oncologia	150	67	64	68	199	133%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL	Ortopedia	3300	456	551	396	1403	43%
	Oncologia	1500	469	559	422	1450	97%
	Bucomaxilo	450	18	27	6	51	11%
	Punção aspirativa de mama por agulha fina	45	8	0	0	8	18%
	Punção de mama por agulha grossa	120	14	9	10	33	28%
	Exérese da Zona de transformação do colo uterino	21	0	0	0	0	0%
	Biópsia de Colo Uterino	27	3	4	0	7	26%
	Biópsia Prostática	30	12	11	12	35	117%
	Biópsia /Exérese de nódulo de Mama	27	6	7	8	21	78%
	Quimioterapia	1320	143	220	122	485	37%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	13.500	3.659	3.623	2822	10104	75%

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas	2.700	3.075	3.074	2431	8580	318%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	Raio- X	4500	2.340	2.170	1628	6138	136%
	Eletrocardiograma	3600	465	446	337	1248	35%
	Endoscopia	660	38	18	11	67	10%
	Broncoscopia	60	0	0	0	0	0%
	Colposcopia	210	37	59	12	108	51%
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	720	4	8	3	15	2%
	Ressonância magnética	60	3	1	0	4	7%
	Cintilografia Óssea	15	2	4	2	8	53%
	Tomografia Computadorizada	3000	1.473	1.148	1029	3650	122%
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	2100	533	635	370	1538	73%
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	25590	3.443	4.615	3193	11251	44%
	Biologia Molecular	24	0	0	0	0	0%
	Diagnóstico por Anatomia Patológica e citopatologia	600	111	102	88	301	50%
Imuno-histoquímica	300	6	6	5	17	6%	

Diária de UTI: Em especial no mês de fevereiro, por poder contabilizar apenas até o dia 22 foi impossível atingir a meta que é referente a 30 dias. Outros fatores que interferiram em menor escala está a demora na avaliação dos pacientes para a admissão na UTI e a ausência do responsável técnico médico pela UTI.

Diárias de cuidados paliativos / Internação em oncologia clínica: A transferência dos pacientes oncológicos para as instalações do Hospital Regional Deputado Jandhuy Carneiro, devido ao aguardo pela instalação do elevador do prédio da Unidade Oncológica, inviabilizou a coleta desses dados de forma fidedigna. Após regularização do elevador o fluxo será normalizado e os dados serão apresentados.

Internações pela Clínica Médica: esta é a especialidade mais demandada do Complexo, respondendo por mais da metade dos atendimentos de urgência e emergência e pouco menos da metade nas internações.

Nº de cirurgias de Ortopedia Adulto: problemas com os carrinhos de anestesia como vazamento e não funcionamento e com o Arco Cirúrgico, com o material para Intubação, a falta de equipamentos (monitor multiparâmetro, mesa de cirúrgica bisturi e desfibrilador) de uma das quatro salas cirúrgicas e a falta da programação cirúrgica prévia foram os principais impedimentos para o alcance da meta nesse indicador. Contribuiu também escalas noturnas de técnicos em radiologia que atuam do centro cirúrgico descobertas, pela falta de autorização de contratação desse profissional. Como a demanda desse tipo de cirurgia é a maior do Complexo, ela também é a mais prejudicada. Está sendo estudada uma solução para os problemas.

Nº de procedimentos de Cirurgia Geral: devido às festividades do final do ano e carnaval, com o uso exacerbado de bebidas alcoólicas, ocasionando mais ferimentos por armas de fogo e branca, bem como os acidentes de trânsito.

Nº de atendimentos no ambulatório de Oncologia: No último mês de 2019 a meta foi ultrapassada e nos dois últimos meses de 2020 manteve essa tendência, em decorrência da ampliação do número de vagas para procedimentos oncológicos.

Nº de Exéreses da Zona de transformação do colo uterino: Segundo o Cirurgião Oncológico do Complexo, o procedimento que ele tem utilizado para coleta de material é a conização, a qual, no trimestre em questão foi realizada em 9 pacientes.

Nº de Biópsias de Prostática: O acompanhamento desse indicador mostra uma média de 9 biópsias (abaixo da meta) prostáticas/mês, no trimestre anterior, mas com o aumento da demanda, no presente trimestre, a meta acabou ultrapassada em 17 pontos percentuais.

Nº de Quimioterapia: Além do superdimensionamento da meta, o tempo de infusão dos protocolos administrados em nossa Unidade também é um condicionante de inviabilidade da meta estabelecida. Todavia, o número alcançado em janeiro de 2020 foi o maior desde o início das atividades do Hospital do Bem.

Raio- X: Os exames de raio x são realizados apenas para demanda interna do Complexo. Esse indicador tem estado sempre acima da meta o que se justifica pelo número de atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência realizados pela ortopedia, bem como as internações e cirurgias, considerando que em muitos casos um mesmo paciente pode se submeter a esse exame por mais de uma, duas ou até três vezes em um mesmo atendimento.

Tomografia Computadorizada: A abertura de agendamento para realização de tomografia para pacientes externos, elevou esse indicador para além da meta estabelecida. Mesmo o equipamento tendo ficado inoperante em muitos dias do mês de janeiro, ainda assim ficou 22% acima da meta.

10. INDICADORES QUALITATIVOS

TABELA 14: INDICADORES QUALITATIVOS – DEZEMBRO/2019, JANEIRO/2020 E FEVEREIRO(ATÉ 22)/2020

A						
INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO						
A.1	INDICADORES DIREÇÃO	META MENSAL	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	MÉDIA
A.1.1	Percentual de Gestores do hospital com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar	≥ 40%	73%	91%	91%	85%
A.2	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	META MENSAL	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	MÉDIA
A.2.1	Índice de Atividades de Educação Permanente	90%	100%	100%	100%	100%
A.2.2	Taxa de rotatividade de pessoal (Turn Over)	≤ 2,5%	0,72%	0,6%	1,2%	0,84%
A.2.3	Taxa de Absenteísmo	≤ 4,5%	3,8%	5,67%	3,57%	4,34%
A.2.4	N.º de Funcionários Técnico Assistencial com Especialização	≥ 50%	55%	55%	55%	55%
A.2.5	Taxa de Acidentes de Trabalho	≤ 0,5%	0,16%	0%	0%	0%
A.3	INDICADORES ADMINISTRATIVO-FINANCEIROS	META MENSAL	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	MÉDIA

A.3.1	Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS, de responsabilidade da gestão do CHRDJC	≤ 10%	0%	0%	0%	0%
B	INDICADORES DE PROCESSO					
B.1	INDICADORES ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV /2020	MÉDIA
B.1.1	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento	100%	11%	20%	20%	17%
B.1.2	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	100%	100%	100%	100%	100%
B.1.3	Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	100%				*
B.2	EFICIÊNCIA/PRODUTIVIDADE	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV/ 2020	MÉDIA
B.2.1	Relação Pessoal/ leito	≥ 5,54	4,96	4,38	4,04	4,45
B.2.2	Relação Enfermagem/ leito	≥ 2,2	2,1	2,2	2,0	2,1
B.2.3	Índice de rotatividade do leito	≥ 1,9 e ≤ 4,15 Pac/Leito	4,36	4,32	3,49	4,1
B.2.4	Tempo médio de permanência geral	≤ 7 dias	5,7	5,7	5,3	5,6
B.2.5	Tempo médio de permanência – UTI	≤ 10 dias	6,3	9,1	7,2	7,5
B.2.6	Taxa de ocupação Hospitalar	≥ 85%	80%	84%	84%	83%
C	INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS					
C.1	EFETIVIDADE	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV /2020	MÉDIA
C.1.1	Taxa de mortalidade institucional	≤ 7%	9,9%	9%	12,8%	10,6%
C.1.2	Taxa de mortalidade cirúrgica	≤ 5%	0,3%	0,2%	0%	0,2%
C.1.3	Taxa de Suspensão de cirurgias Eletivas	≤ 10%	9%	5%	3%	5,7%
C.1.4	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico	≤ 30	113	87	89	96
C.1.5	Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento	≤ 30	*	23	3	13
C.2	SEGURANÇA DO PACIENTE	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV/ 2020	MÉDIA

C.2.1	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI	≤ 10	22	9	0	10
C.2.2	Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico	≤ 5%	8%	6%	6%	7%
C.3	INDICADORES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV/ 2020	MÉDIA
C.3.1	Atendimento de pacientes acolhidos na Urgência e Emergência com classificação de risco	100%	100%	100%	100%	100%
C.4	INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE	META MENSAL	DEZ/ 2019	JAN/ 2020	FEV/ 2020	MÉDIA
C.4.1	Indicador Satisfação do Usuário	≥ 90%	*	*	*	*
C.4.2	Resolubilidade da Ouvidoria	≥ 80%	100%	100%	11%	70%

3.1 Observações

Taxa de glosas: Esse dado diz respeito aos faturamentos dos meses de anteriores aos em destaque porque o faturamento só é fechado pela SES no final do mês subsequente.

Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento: São revisados mensalmente em média, 8% dos prontuários da internação. A dificuldade em estabelecer uma cultura organizacional quanto à importância do registro adequado do prontuário tem sido um grande empecilho no alcance da meta. Algumas ações fizeram com que a taxa saísse da casa da unidade para a casa das dezenas, porém ainda muito longe da meta estabelecida. Avançou-se 3 pontos percentuais em relação ao trimestre passado. Acredita-se que a possibilidade de utilização de prontuário eletrônico contribuiria bastante para esse intento.

Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH: Ainda não é possível obter o dado de total de pacientes com infecção necessário ao cálculo desse indicador, devido à dificuldade de registros médicos e à demora de 10 a 20 dias para a entrega de resultados de

exames laboratoriais, comprobatórios da infecção. A Direção Médica está promovendo reuniões com os médicos para conscientizá-los da importância desses registros para a gestão dos casos de infecção no Hospital e a Direção Administrativa e Geral está avaliando o serviço oferecido pelo laboratório como um todo, para levar aos seus responsáveis as demandas que não sendo atendidas conforme o previsto.

Relação Pessoal/ leito e Relação Enfermagem/ leito: Com a previsão de encerramento do contrato de Gestão entre a Organização Social e o Governo do Estado para a administração do Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, aumentou o número de Servidores que deram entrada em Licença para Interesse Particular, Aposentadoria, exoneração á pedido e Transferência. Nesse trimestre 43 servidores pediram desligamento o que acabou gerando setores descobertos e aumento de escalas extras. A meta do último indicador foi corrigida para 2,2 ao invés dos 22,2 por 100 leitos (constantes originalmente no contrato) que a tornava inviável.

Taxa de Ocupação Hospitalar: Foi mudada a política de gestão de leitos para que se reduzisse ao máximo as restrições para ocupação dos mesmos mas ainda assim há leitos como os de doenças infectocontagiosas, para pacientes custodiados e infantis cuja a ocupação ainda é condicionada ao perfil para os quais nem sempre há pacientes.

Taxa de mortalidade institucional: os óbitos são relativos a três perfis de pacientes distintos que são bastante frequentes na instituição o que eleva a taxa de mortalidade: idosos cujos diagnósticos – AVC, PNEUMONIA, IAM, DPOC E SEPSE – acabam por ensejar uma internação prolongada com conseqüente declínio da sua condição clínica; adultos jovens com diagnóstico de neoplasias em fase terminal; pacientes com agravos à saúde oriundos de causas externas que já são admitidos em estado grave, culminando com o óbito logo após as 24h.

Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico: Esse indicador foi medido pela primeira vez no trimestre passado apresentando desempenho bem acima da meta de até 30 dias. Dois fatores interferem no desempenho desse indicador: o tempo médio entre a consulta e a realização da

cirurgia, principalmente de pele (para esta, passa de 90 dias por causa da cota de 15 cirurgias/mês ser menor que a demanda, que fica reprimida em pelo menos 10 pacientes que aguardam para fazer a cirurgia na cota do mês subsequente) e; a demora de mais 90 dias para a chegada do resultado. Ainda assim, percebeu-se uma diminuição de quase 60 dias em relação à média do período anterior.

Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento: A coleta de dados desse indicador só começou a ser realizada no segundo mês do referido trimestre e está permanecendo dentro da meta, considerando que muitos pacientes já chegam com seu diagnóstico fechado e já iniciam o tratamento.

Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico: Associa-se essa taxa fora da meta, a pacientes com longa permanência no pós-cirúrgico. Estuda-se implantação protocolo de alta programada com a utilização do *Kanban* (metodologia para identificar o tempo que o paciente está dentro do hospital em relação ao tempo previsto para sua permanência) para solucionar esse problema.

Indicador Satisfação do Usuário: Percebeu-se a necessidade de reelaboração do formulário utilizado anteriormente por ser bastante extenso. Buscou-se alguns modelos e ainda não foi possível concluir as adaptações necessárias para retomar a aplicação. A expectativa é que em abril seja retomada a aplicação.

Resolubilidade da Ouvidoria: Algumas demandas referentes a fevereiro ainda ficaram pendentes de resolução, mas a Direção já alertou para a necessidade dentro do tempo de resposta esperado de 48 horas.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Relatório de gestão apresenta o resultado dos serviços prestados pelo Complexo Hospitalar Regional Janduhy Carneiro com a demonstração do desempenho dos indicadores pactuados entre a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI e a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba no

segundo trimestre de atuação da OS na instituição, com o percentual de alcance das metas.

O monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde constituem etapas fundamentais para o acompanhamento e a análise dos resultados alcançados. Neste contexto, o acompanhamento e avaliação de desempenho são instrumentos essenciais para que a Contratada e a Contratante, possam se assegurar de que os serviços pactuados estão sendo alcançados.

Os resultados apresentados apontam o compromisso da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI na busca pelo cumprimento das pactuações firmadas no Contrato de Gestão, fazendo a análise crítica dos indicadores cujas metas ficaram aquém ou além do determinado e assim implementar as ações adequadas para os ajustes necessários.