

OFÍCIO Nº 135/2019  
DIREÇÃO GERAL- CHRDJC

Patos, 19 de dezembro de 2019

À Sra. Lívia Borralho  
Comissão de Acompanhamento, Fiscalização e Avaliação  
Secretaria estadual de Saúde – SES/PB

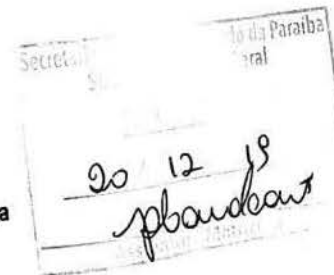
**Assunto: Entrega do Relatório de Gestão Hospitalar Trimestral Assistencial  
referente ao mês de setembro, outubro e novembro/2019**

Encaminho para análise os Relatórios de Gestão Hospitalar Trimestral Assistencial, referente às competências de setembro, outubro e novembro/2019 do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandury Carneiro, Patos/PB.  
Conforme combinado os mesmos seguem em mídia (CD).

Atenciosamente,

  
Liliâne Abrantes de Sena  
Diretora Geral  
CHRDJC

\_\_\_\_\_  
Liliâne Abrantes de Sena  
Diretora Geral  
CHRDJC



# 2019

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 0409/2019



**Trimestre 2019**

Setembro  
Outubro  
Novembro

# **RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 0409/2019 4º Trimestre de 2019**

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO, TRIMESTRAL, compreendendo os meses de SETEMBRO, OUTUBRO e NOVEMBRO DE 2019. 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 .....	7
3. Caracterização da Unidade Hospitalar .....	7
4. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	9
5. descrição dos serviços de apoio.....	13
6. EVOLUÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE .....	18
6.1 Nos serviços administrativos foram implantados ou implementados os seguintes POP's .....	20
6.2 Descrição das atividades e/ou resultados da atuação das Comissões de Apoio e Qualificação da Atenção Hospitalar. ....	20
7. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO.....	24
8. inserção e integração com a Rede de Serviços locoregionais.....	25
9. mONITORAMENTO DAS METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORE DE QUALIDADE DE DESEMPENHO.....	27
10. INDICADORES QUALITATIVOS .....	31
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: CAPACIDADE INSTALADA POR ESPECIALIDADE.....	08
Tabela 2: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL.....	14
Tabela 3: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA .....	15
Tabela 4: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO.....	16
Tabela 5: DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	16
Tabela 6: AÇÕES REALIZADAS PELO NIR .....	17
Tabela 7: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DAS COMISSÕES.....	20
Tabela 8: INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL.....	28
Tabela 9: INDICADORES QUALITATIVOS.....	31

## **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 alteração no 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 - POP's elaborados e/ou implementados nos serviços no período.

ANEXO X – Ciclos de Controle de esterilização

**RELATÓRIO DE GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS  
AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP.  
JANDUHY CARNEIRO / CHRDJC.**

**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 139 leitos de internação.

A Organização Social de Saúde Irmandade Santa Casa de Birigui, 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 do corrente ano.

O presente relatório tem como objetivo descrever as ações realizadas no primeiro trimestre da prestação de serviço compreendendo o final da competência e as competências de setembro, outubro e novembro de 2019. Para a construção deste documento, foi utilizado o modelo de prestação de contas assistencial enviado pela CAFA por meio da Circular N° 008/2019/CAFA/SES.

O trimestre inicial foi marcado pelo período de transição onde toda a equipe colegiada de gestão esteve imbuída no propósito de manter o funcionamento do serviço sem interrupções e turbulências.

Apesar de todos os esforços, o período de transição trouxe consigo alguns fatores que dificultaram o alcance de metas como a mudança de algumas empresas prestadoras de serviços. Estas mudanças, em grande parte impulsionadas por déficit na prestação do serviço que ora vinha sendo desempenhado e por notificações dos órgãos de controle e fiscalização, interferiram no processo de trabalho e dificultaram o andamento regular da oferta da unidade.



Liliane Abrantes de Sena – Diretora Geral

Liliane Abrantes de Sena  
Diretora Geral  
CHRDJC

## **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
<b>TOTAL COMPLEMENTAR</b>	6	6
UTI ADULTO – TIPO II	6	6
<b>TOTAL ESPEC - CIRURGICO</b>	52	54
CIRURGIA GERAL	16	16
ONCOLOGIA	8	8
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	28	30
<b>TOTAL ESPEC - CLÍNICO</b>	81	75
CARDIOLOGIA	12	12
CLÍNICA GERAL	46	40
NEUROLOGIA	6	6
ONCOLOGIA	17	17
<b>TOTAL PEDIATRA</b>	4	4
PEDIATRIA CIRÚRGICA	4	4
<b>TOTAL GERAL</b>	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 381 profissionais, que segue no anexo IX, foi impressa para que o Departamento Pessoal possa identificar as inconsistências e solicitar as exclusões e inclusões necessárias.

O parque tecnológico do CHRDJ é composto por 150 itens conforme anexo VIII.

Durante o período em questão, o hospital recebeu como contrapartida de serviços prestados pela empresa terceirizada responsável pelo Centro de Diagnóstico por Imagem que atuou no Complexos até xxx de novembro de 2019, os seguintes equipamentos:

Foram realizadas reformas na cozinha e na sala de fracionamento de saneantes.

#### **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.

- Alinhamento das Boas Práticas em Esterilização no CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem), objetivando qualidade nos procedimentos e garantindo a segurança dos usuários que fazem uso do serviço;
- Discussão de mudanças no Fluxo de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência (SUE), buscando atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas aos trabalhadores e aos usuários;
- Atribuição da realização das coletas sanguíneas para exames laboratoriais no SUE, aos técnicos de laboratório, assegurando agilidade do serviço, ocasionando desopressão para equipe de Enfermagem que realizava a coleta anteriormente;
- Reforço sobre a importância das evoluções de enfermagem, bem como a realização da SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem) pelos profissionais das áreas amarela e vermelha;
- Monitoramento dos tempos de permanência dos pacientes no Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar por meio da implantação do Kanban;
- Reuniões diárias com as coordenações de enfermagem e gerentes, a fim de discutir ações e estratégias para melhor conduzir as atividades assistenciais, facilitando a interação dos profissionais e a gestão;
- Diagnóstico Situacional dos serviços assistenciais, identificando necessidades do serviço e desenvolvendo ações a fim de minimizar as dificuldades;
- Padronização do conteúdo e quantidade de materiais e medicamentos dos carrinhos de Emergência nas diferentes unidades, buscando agilizar o atendimento de emergência e reduzir desperdícios, sendo utilizado de maneira sistêmica por todos os profissionais.
  - Visita noturna da gerência e da coordenação respectiva de enfermagem às equipes do SUE;
  - Supervisão da organização do setor e o do cumprimento das normas e rotinas;

## 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.

- Supervisão dos registros de enfermagem nos prontuários, seguindo sempre como referência o Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente do COFEN, que se encontra disponível em todos os postos de enfermagem, reforçando o atendimento humanizado e a boa qualidade na assistência ao paciente;
- Acompanhamento da assistência de enfermagem pelos coordenadores setoriais através da abordagem direta ao paciente a beira do leito, com questionamentos quanto a qualidade da assistência;
- Regularização na entrega e no quantitativo do enxoval para pacientes e acompanhantes, trouxeram melhorias também para o serviço de enfermagem, visto que os profissionais aguardam a entrega desses enxovais para dar início as atividades de higienização e conforto aos pacientes que estão restritos ao leito, assim como a realização dos curativos;
- Elaboração do cronograma para visitas noturnas dos coordenadores setoriais e gerentes as equipes plantonistas, buscando elucidar dúvidas e sanar situações conflitantes;
- Supervisão do serviço da equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas atividades, em loco, com o intuito de construirmos uma assistência de excelência;
- Manutenção das reuniões diárias com as coordenações de enfermagem setoriais e gerentes, a fim de discutir ações e estratégias para melhor conduzir as atividades assistenciais, facilitando a interação dos profissionais e gestão;

- Implantação o Serviço de Dupla Checagem de Medicamentos com apoio da Equipe de enfermagem e Equipe da farmácia, onde durante o recebimento das medicações da farmácia nos postos de Enfermagem, o técnico de enfermagem responsável pela enfermagem confere na presença do dispensador da farmácia, todas as medicações para as 24 horas assinando protocolo de checagem, garantindo que não haverá falta de nenhuma medicação para o paciente realizando assim, uma dupla checagem nas medicações;
- Reforço sobre a importância das evoluções de enfermagem, bem como a realização da SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem) pelos profissionais das Unidades de Internação;
- Implantação nos postos de enfermagem das Unidades de Internação a escala de atividades diárias, com o objetivo de manter o setor limpo e organizado;
- Reforço com as equipes de enfermagem a respeito de manter o prontuário do paciente sempre organizado, observando se a ficha de internamento está preenchida antes de levar o paciente para o setor regulado pelo NIR.
- Correção da numeração dos leitos de internação no sistema, uma vez que a maioria estava com a numeração errada.

### **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.

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.

### Melhorias:

6. A sala de apoio onde funciona o serviço recebeu climatização proporcionando melhores condições de atendimento ao usuário bem como ao profissional plantonista;
7. Maior frequência de acompanhamento médico junto ao serviço social durante as visitas da área vermelha;
8. A implantação de guarda volume para atender a demanda dos usuários do serviço corroborou uma melhor assistência da classe profissional;
9. Aumento significativo da regulamentação da permanência de acompanhantes de paciente do Complexo Hospitalar, o que ocorreu devido à implantação do cartão refeição do acompanhante para acesso ao refeitório;
10. Atualização do Manual de Normas e Rotinas e Protocolo Operacional padrão.

### Ações Previstas:

1. Instalação da rede telefônica na sala do serviço social para facilidade de comunicação intersetorial e externa, uma vez que o setor trabalha diretamente com comunicação entre serviços;
2. Adequação estrutural da sala de apoio.

### Produção:

TABELA 2: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL

DESCRIÇÃO ATIVIDADES	
Visita ao Leito	2.797
Emissão de Autorização ao Acompanhante	434
Atendimento ao público no setor	774
Mediação via telefone	119
Orientação a visitantes	382
Orientação em caso de óbitos	63
Interconsultas	49
Emissão de declaração	125
<b>TOTAL MÊS</b>	<b>4.743</b>

## 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.

### Melhorias:

1. Cumprimento de carga horária integral dos profissionais da classe, uma vez que devido à falta de supervisão direta do setor anteriormente, existiam ausências durante o plantão sem permissão da gestão do serviço;
2. Atualização do Manual de Normas e Rotinas e Protocolo Operacional padrão.

### Produção

TABELA 3: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

CONDUTAS	TOTAL ATENDIMENTOS
Avaliação Psicológica	31
Acompanhamento psicológico	230
Atendimento familiar	118
Aconselhamento Teste HIV	13
Encaminhamento para rede de apoio	0
Avaliação/encaminhamento para visita infantil	2
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>

## 5.3 Fisioterapia

O serviço funciona sem sala de apoio, ficando o profissional disponível nas unidades de internação. O quadro de pessoal conta com onze fisioterapeutas, sendo seis 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.

## Melhoria

Criação de instrumento de avaliação e evolução para uso dos profissionais o que levará a otimização de tempo dispensado em registros de atividades desenvolvidas, uma vez que o anterior utilizava registros em texto corrente. Aguarda a implantação nos próximos 2 meses.

## Ação Prevista

Adequação do quadro profissional para atender à demanda de pacientes da urgência e emergência, especificamente na área vermelha, nos períodos diurnos, o que acarreta a dificuldade de extubação de pacientes em VMI no setor.

## Produção

TABELA 4: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

CONDUTAS	TOTAL ATENDIMENTOS
Fisioterapia Respiratória	62
Fisioterapia Motora	57
Avaliação	12
Auriculoterapia	10
Procedimentos Suspensos	21
<b>TOTAL MÊS</b>	<b>162</b>

TABELA 5: – DISTRIBUIÇÃO ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CONDUTAS	TOTAL ATENDIMENTOS
Avaliação	154
Desmame	27
Extubação	2
Fisioterapia Respiratória	247
Fisioterapia Motora	193
Ajuste de Ventilação Mecânica Invasiva	139

Ventilação Mecânica Não Invasiva	13
<b>TOTAL MÊS</b>	<b>775</b>

#### 10.4 Núcleo Interno de Regulação – NIR

##### Estrutura física

O NIR funciona 24 horas e divide com o Serviço de Requerimento, uma sala climatizada de aproximadamente 5m x 2,5m, com banheiro próprio, na Recepção do Balcão de Acolhimento. Possui uma mesa de aproximadamente 2m, uma estante de aço, duas cadeiras, dois computadores com acesso à internet, impressora multifuncional, dois aparelhos telefônicos (um sem fio com linha telefônica para chamadas externas e um fixo com ramal).

##### Recursos Humanos

Conta com uma enfermeira (reguladora) e uma psicóloga (gestão de indicadores) diaristas e seis auxiliares administrativos plantonistas (12hx36h).

##### Ação Prevista

Mudança para uma sala exclusiva e mais reservada, facilitando o silêncio necessário para a realização das regulações por telefone

##### Produção

TABELA 6: – AÇÕES REALIZADAS PELO NIR

AÇÕES	TOTAL ATENDIMENTOS
Regulação de leitos para a internação	535
Regulação de transferências internas	488
Regulação para realização de consultas e procedimentos externos	22
Regulação de transferência de pacientes para outros estabelecimentos de saúde	17

Registro da saída dos pacientes atendidos em nível ambulatorial e de internação	550
Regulação de outras instituições de saúde para atendimento médico e/ou internação	377
Regulação para realização de exames de pacientes externos	156
<b>TOTAL</b>	<b>2.145</b>

Os relatórios dos Serviços de Nutrição e Dietética, Farmácia, Unidade Processadora de Roupas, Central de Material e Esterilização, Centro Diagnóstico por Imagem (até o dia 23 de novembro, quando mudou a empresa responsável) e Engenharia seguem no anexo VII.

## 6. EVOLUÇÃO DA GESTÃO NA UNIDADE

- Implantação do Kanban no SUE, com uma proposta de otimizar, inicialmente, o atendimento aos pacientes da área verde do CHRDJC, visando a agilidade na tomada de decisão e conseqüente diminuição do tempo de permanência do paciente no setor; posteriormente foi ampliado para a área amarela. o Kanban consiste em estratificar o tempo de permanência do paciente na área verde em três grupos de tempo: 1 – até 6h; 2 – 6 a 12h; 3 – acima de 12h, já na amarela os tempos são divididos nos seguintes grupos: 4, 5, 6. A cada momento de troca de grupo do horário, obrigatoriamente a equipe necessita discutir quais as pendências do caso e buscar meios de resolvê-las. Com isso houve a melhora na rotatividade dos pacientes com diminuição do congestionamento no setor, uma maior preocupação da equipe na resolução das pendências como resultados de exames, resposta a pareceres e tomada de decisão;
- Elaboração do Plano de Otimização da UTI com o objetivo de melhorar, com segurança, os processos relacionado 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;

- 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;
- Retorno das atividades do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) que junto com a equipe assistencial iniciou a Campanha ADORNO ZERO para todos os profissionais do CHRDJC, garantindo maior segurança para os usuários nas atividades desenvolvidas;
- Atualização dos leitos do CHRDJC no sistema de software de gestão hospitalar, garantindo melhor desempenho nas atividades do NIR e das Unidades de Internação, tornando a gestão de leitos mais humanizada, ágil e segura para os pacientes, uma vez que anteriormente ocasionava transtornos devido os leitos do sistema não estarem de acordo com os leitos reais;
- Criação do Projeto para implantação do Protocolo de Cirurgia Segura no Centro Cirúrgico com cronograma para as ações que serão realizadas, com a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos;

#### **Realizada a revisão e atualização dos POP's de Enfermagem dos setores:**

- Serviço de Urgência e Emergência
- Centro Cirúrgico
- CME
- UTI
- Oncologia
- Clínica Médica e Cirúrgica
- Transfusão
- Serviço de Remoção

## 6.1 Nos serviços administrativos foram implantados ou implementados os seguintes POP's

- Atribuição dos condutores
- SAME
- Auxiliar Administrativo
- Entrega de prontuário
- Portaria
- Condução de paciente no CHRDJC
- Entrada do Paciente no CHRDJC
- Entrada do SAMU

## 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 7: – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DAS COMISSÕES

<p><b>Comissão:</b> NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL</p> <p><b>Data de implantação:</b> 13/11/2019</p> <p><b>Atividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implantação da Comissão;</li><li>• Apresentação de todos os membros da comissão;</li><li>• Discutido sobre os objetivos a serem alcançados</li><li>• Leitura e definição das atribuições da Comissão</li></ul>
<p><b>Comissão:</b> PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS</p> <p><b>Data de implantação:</b> 23/10/2019</p>

### **Atividades**

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido sobre os objetivos a serem alcançados;
- Leitura e definição das atribuições da Comissão

### **Comissão: GERENCIAMENTO DE RISCOS E BIOSSEGURANÇA**

**Data de implantação:** 30/10/2019

### **Atividades**

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido objetivos e importância da Comissão;
- Elaborado Regimento Interno

### **Comissão: EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**Data de implantação:** 28/11/2019

### **Atividades**

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido objetivos e importância da Comissão;
- Leitura da proposta de Regimento Interno;
- Debatido junto com os membros a apresentação de propostas para institucionalizar a Educação Permanente.

### **Comissão: PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS**

**Data de implantação:** 11/11/2019

### **Atividades**

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido objetivos e importância da Comissão;
- Definido presidente da Comissão.

### **Comissão: ÉTICA EM ENFERMAGEM**

**Data de implantação:** 22/11/2018

### **Atividades**

- Planejamento de ações educativas a serem realizadas em conjunto com as coordenações e gerência de Enfermagem;
- Definido cronograma para realização de atividades educativas para os profissionais de enfermagem;
- Realizado distribuição para vários profissionais que estavam de plantão, livro de Legislação Básica para o Exercício da Profissão;
- Realizado visitas aos setores do hospital, abordando os profissionais de enfermagem para discussão da obrigatoriedade do porte da carteira profissional, assim como uso do carimbo;
- Realizado roda de conversa com os profissionais de enfermagem do CHRDJC com o tema: Importância sobre o Registro de Enfermagem;

**Comissão:** FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

**Data de implantação:** 18/11/2019

**Atividades**

- Implantação da Comissão;
- Apresentação de todos os membros da comissão;
- Discutido Implantação e Desenvolvimento de uma Política Racional do uso de antimicrobianos;
- Estabelecer um fluxograma que defina os aspectos e condições para o uso de antimicrobianos no hospital;
- Elaboração de circular informando a retirada dos antibióticos da farmácia satélite do pronto socorro;
- Iniciado elaboração de ficha de controle do uso de antimicrobianos.

**Comissão:** NÚCLEO HOSPITALAR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**Atividades**

- Monitoramento nos preenchimentos das Declarações de Óbitos;
- Monitoramento dos testes rápidos de Sífilis, HIV, Hepatite B e C;
- Fechamento dos sistemas de SINAN, SIM, SICLOM, SISLOGLAB e mapas de Soros e Vacinas.

**Comissão:** CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

**Atividades**

- Iniciado elaboração do protocolo de SEPSE;
- Plano de elaboração do uso de antimicrobianos;
- Definido fluxo de visitas, diminuir a quantidade de visitas por leito;

- Discutido localização e quantidade de leitos da enfermaria clínica de isolamento, uma vez que o local é inapropriado e a quantidade insuficiente de leitos;

**Comissão:** PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

**Atividades**

- Discutido e definido os descartes dos quimioterápicos;
- Programado treinamento para o descarte de quimioterápicos apropriado para os colaboradores responsáveis;
- Encaminhado elaboração de projeto para reforma do abrigo de resíduos sólidos para o Serviço de Engenharia e Manutenção

**Comissão:** REVISÃO DE ÓBITO

**Atividades**

- Realizado checagem e conferência das Declarações de Óbitos;
- Investigado causas mais frequentes dos óbitos do serviço;
- Revisado semanalmente os prontuários dos óbitos visando buscar estratégias para reduzir o número de óbitos hospitalar.

**Comissão:** NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

**Data de implantação:** 06/08/2019

**Atividades**

- Realizado primeira notificação de eventos adversos no sistema da vigilância Sanitária o NOTIVISA;
- Discutido sobre todos os eventos adversos possíveis de notificação no sistema;
- Monitoramento intensivo dos possíveis eventos adversos em todo o hospital, por membros dessa comissão;
- Iniciado construção de um plano de ação para administração de medicação. Com o intuito de trabalhar os 9 certos com as equipes de Enfermagem;
- Realizado levantamento das barras de segurança nos banheiros de todo o serviço;

**Comissão:** ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

**Data de implantação:** 10/10/2018



### **Atividades**

- Verificação de possíveis inconsistências nas notas da empresa que fornece OPME;
- Debatido viabilidade para realização dos exames radiológicos de controle dos pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos ortopédicos;
- Solicitação para montar uma equipe de técnicos em radiologia para o turno da noite, trazendo mais agilidade para o serviço de traumatologia e ortopedia;
- Atualizado o fluxo para solicitação de materiais especiais não SUS

### **Comissão: REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

#### **Atividades**

- Revisão de prontuários

## **7. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO**

- Implantado 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;
- 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;

- A regulação ambulatorial do serviço de oncologia passou a ser inserida no próprio Hospital do Bem, onde o paciente após a primeira consulta já sai com a data agendada para o próximo atendimento, assim como com exames solicitados já marcados, evitando assim vários deslocamentos desses pacientes, que por vezes necessitam de transportes dos municípios para se deslocarem;
- Realizado qualificações para os colaboradores de diversos setores sobre a temática de Humanização nos Serviços de Saúde, entendendo que com o atendimento humanizado contribuimos num processo de respeito e empatia junto aos usuários.

## **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 outubro de 2019 registramos o maior índice dos últimos anos com 4.139 atendimentos prestados.

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.

## **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, reforçando que muitas delas, 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 Bucomaxilo, número de atendimentos no ambulatório de Ortopedia, número de atendimentos no ambulatório de Bucomaxilo, 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 e Cintilografia Óssea.**

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

O não atingimento da meta de alguns dos indicadores relacionados à assistência oncológica (**Nº de Diárias de Cuidados Paliativos, Nº de internações em Oncologia Clínica, Nº de punções aspirativa de mama por agulha fina, e Nº de Punções de mama por agulha grossa e Quimioterapia**) está relacionada ao processo de maturação paulatina desse serviço que pode ser considerado ainda como recente e da fidelização dos usuários por ter iniciado suas atividades há pouco mais de um ano.

TABELA 8: INDICADORES QUANTITATIVOS – SETEMBRO, OUTUBRO E NOVEMBRO/2019.

SERVIÇOS	AÇÃO	META TRIM.	SET	OUT	NOV	TOTAL TRIM	META ATINGIDA EM
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM INTERNAÇÃO	Clínica médica	600	210	255	259	724	121%
	Diárias de UTI*	540	155	166	186	507	94%
	Ortopedia	900	148	131	117	396	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	99	115	117	331	65%
	Ortopedia Pediátrica	90	28	19	20	67	74%
	Cirurgia Geral	150	57	78	59	194	129%
	Bucomaxilo	90	17	16	16	49	54%
	Oncologia	150	37	40	45	122	81%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITALAR AMBULATORIAL	Ortopedia	3300	552	567	568	1687	51%
	Oncologia	1500	514	541	523	1578	105%
	Bucomaxilo	450	18	26	24	68	15%

	Punção aspirativa de mama por agulha fina	45	0	1	0	1	2%
	Punção de mama por agulha grossa	120	6	15	11	32	27%
	Exérese da Zona de transformação do colo uterino	21	0	0	0	0	0%
	Biópsia de Colo Uterino	27	9	5	2	16	59%
	Biópsia Prostática	30	14	7	5	26	87%
	Biópsia /Exérese de nódulo de Mama	27	6	9	6	21	78%
	Quimioterapia	1320	165	159	161	485	37%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	13.500	3071	3558	3497	10126	75%
	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas	2.700	2870	3023	4068	9961	369%
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	Raio- X	4500	2456	2503	2380	7339	163%
	Eletrocardiograma	3600	441	429	446	1316	37%
	Endoscopia	660	44	48	33	125	19%
	Broncoscopia	60	0	0	0	0	0%
	Colposcopia	210	24	60	25	109	52%
	Colonoscopia/Retossigmoidoscopia	720	0	5	2	7	1%
	Ressonância magnética	60	1	3	2	6	10%
	Cintilografia Óssea	15	0	1	2	3	20%
	Tomografia Computadorizada	3000	1467	1547	1519	4533	151%
	Ultrassonografia e Ecocardiograma	2100	525	631	574	1730	82%
	Diagnóstico em Laboratório Clínico	25590	4389	4074	4045	12508	49%
	Biologia Molecular	24	0	0	0	0	0%
	Diagnóstico por Anatomia Patológica e citopatologia	600	79	82	81	242	40%
Imuno-histoquímica	300	0	0	9	9	3%	

**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:** Observou-se um aumento de 18% no período, porém ainda 7% menos que no trimestre anterior. Os fatores responsáveis são problemas que persistiram – como os perfuradores (STRYKER) e falta de alguns insumos – em detrimento a outros que foram sanados.

**Nº de procedimentos de Cirurgia Geral:** A da série histórica desse indicador mostra que o quantitativo esteve sempre um pouco acima da meta, o que é compreensível quando se avalia o número de internações (novas e já remanescentes do mês anterior) e o número de atendimento propriamente dito.

**Nº de atendimentos no ambulatório de Oncologia:** Nesse semestre pela primeira vez a meta desse indicador foi atingida e até ultrapassada, a partir do fortalecimento do serviço na região e da redefinição de fluxo

**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 no ano de 2019 mostra uma média de 7 biópsias prostáticas/mês, tendo ultrapassado a meta em 40% em setembro e voltado a cair novamente nos meses subsequentes.

**Raio– X:** Os exames de raio x são realizados apenas para demanda interna do Complexo. Esse indicador tem estado sempre acima da meta, sendo que nesse último semestre esteve 23% a mais do que no último. Justifica-se 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 30% a mais da meta estabelecida. Em todos os meses deste ano a meta foi ultrapassada, exceto no mês de maio, quando o equipamento passou por manutenção corretiva.

## 10. INDICADORES QUALITATIVOS

TABELA 9: INDICADORES QUALITATIVOS – SETEMBRO, OUTUBRO E NOVEMBRO/2019.

A INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO						
A.1	INDICADORES DIREÇÃO	META MENSAL	SET	OUT	NOV	MÉDIA
A.1.1	Percentual de Gestores do hospital com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar	□ 40%	73%	73%	73%	73%
A.2	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	META MENSAL	SET	OUT	NOV	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%	2,8%	1,4%	0,72%	1,64%
A.2.3	Taxa de Absenteísmo	□ 4,5%	3,8%	2,0%	4,85%	3,55%
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%	0%	0%	0%
A.3	INDICADORES ADMINISTRATIVO-FINANCEIROS	META MENSAL	SET	OUT	NOV	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	SET	OUT	NOV	MÉDIA
B.1.1	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento	100%	13%	20%	10%	14%
B.1.2	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	100%	100%	100%	100%	100%



<b>B.1.3</b>	Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	100%		*		
<b>B.2</b>	<b>EFICIÊNCIA/PRODUTIVIDADE</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>MÉDIA</b>
<b>B.2.1</b>	Relação Pessoal/ leito	□ 5,54	<b>5,81</b>	<b>5,51</b>	<b>5,51</b>	<b>5,61</b>
<b>B.2.2</b>	Relação Enfermagem/ leito	□ 2,2	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>
<b>B.2.3</b>	Índice de rotatividade do leito	□ 1,9 e □ 4,15 Pac/Leito	<b>3,92</b>	<b>4,32</b>	<b>4,21</b>	<b>4,15</b>
<b>B.2.4</b>	Tempo médio de permanência geral	□ 7 dias	<b>6,6</b>	<b>6,2</b>	<b>6</b>	<b>6,3</b>
<b>B.2.5</b>	Tempo médio de permanência – UTI	□ 10 dias	<b>7</b>	<b>12,7</b>	<b>8,9</b>	<b>9,5</b>
<b>B.2.6</b>	Taxa de ocupação Hospitalar	□ 85%	<b>86%</b>	<b>87%</b>	<b>84%</b>	<b>86%</b>
<b>C</b>	<b>INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS</b>					
<b>C.1</b>	<b>EFETIVIDADE</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>MÉDIA</b>
<b>C.1.1</b>	Taxa de mortalidade institucional	□ 7%	<b>7,2%</b>	<b>8%*</b>	<b>8%</b>	<b>7,6%</b>
<b>C.1.2</b>	Taxa de mortalidade cirúrgica	□ 5%	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>C.1.3</b>	Taxa de Suspensão de cirurgias Eletivas	□ 10%	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>
<b>C.1.4</b>	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico	□ 30		<b>180</b>	<b>130</b>	<b>155</b>
<b>C.1.5</b>	Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento	□ 30		*		
<b>C.2</b>	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>MÉDIA</b>
<b>C.2.1</b>	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI	□ 10			<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>C.2.2</b>	Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico	□ 5%		*		
<b>C.3</b>	<b>INDICADORES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO</b>	<b>META MENSAL</b>	<b>SET</b>	<b>OUT</b>	<b>NOV</b>	<b>MÉDIA</b>
<b>C.3.1</b>	Atendimento de pacientes acolhidos na Urgência e	100%	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Emergência com classificação de risco						
C.4	INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE	META MENSAL	SET	OUT	NOV	MÉDIA
C.4.1	Indicador Satisfação do Usuário	□ 90%	90%	95%*	94%	92%
C.4.2	Resolubilidade da Ouvidoria	□ 80%	67%	50%	50%	56%

### 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, 10% 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. Acredita-se que a possibilidade de utilização de prontuário eletrônico contribuiria bastante para esse intento.

**Relação Enfermagem/ leito:** A meta desse indicador foi corrigida para 2,2 ao invés dos 22,2 por 100 leitos (constantes originalmente no contrato) que a tornava inviável. Constatou-se uma diferença de - 0,1% em relação à meta, devido aos afastamentos por licença médica de alguns técnicos de enfermagem.

**Taxa de ocupação Hospitalar:** A taxa de ocupação nesse último trimestre aumentou em 12% em relação ao anterior, propiciando assim o atingimento da meta. A redefinição do perfil de leitos, mas com a determinação de que o perfil estabelecido não fosse impedimento para a ocupação do leito, contribuiu para melhoria significativa desse indicador. Essa taxa leva em conta a ocupação dos leitos de apoio da Urgência e Emergência.

**Taxa de mortalidade institucional:** das 550 saídas hospitalares registradas, 44 foram por óbito após 24hs

**Taxa de Suspensão de cirurgias Eletivas:** Apenas no último mês do trimestre tivemos um aumento acima fora da meta sendo os principais motivos elencados a falta de sala e a chegada de urgências.

**Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico:** Pela primeira vez, desde o início dos atendimentos oncológicos, foi possível obter esse indicador, cujo desempenho constatado foi 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 em 50 dias de outubro e novembro.

**Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento:** Esse indicador não foi calculado porque não se conseguiu levantar a data do início do tratamento, o que já está sendo providenciado para o próximo trimestre.

**Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI:** O laboratório do CHRDJC estava fazendo a coleta, porém não estava entregando o resultado das culturas há vários meses. Em novembro, iniciou-se a entrega de resultados e não se constatou nenhum paciente com esse tipo de infecção.

**Resolubilidade da Ouvidoria:** Algumas demandas ficaram pendentes de resolução, e 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 primeiro semestre 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.