

2019

RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 0409/2019



COMPLEXO
HOSPITALAR
REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

Setembro de 2019

**RELATÓRIO GERENCIAL DO CONTRATO DE
GESTÃO Nº 0409/2019
Setembro de 2019**

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO, MENSAL: 01 A 30 DE SETEMBRO DE 2019. O período referente ao Contrato de Gestão nº 0409/2018, COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO,

1. INTRODUÇÃO	8
2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	8
3. GESTÃO E LIDERANÇA	9
• 3.1 Direção Geral	9
• 3.2 Direção Administrativa	13
• 3.3 Direção Assistencial	16
4. HOSPITAL DO BEM.....	23
5. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	25
6. CENTRO DE APOIO, DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA	28
7. COMISSÕES OBRIGATÓRIAS.....	29
8. INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DO CONTRATO DE GESTÃO	29
9. INDICADORES QUALITATIVOS DO CONTRATO DE GESTÃO	33
10. OUTROS INDICADORES	38
11. PERFIL NOSOLÓGICO.....	40
• 11.1 Perfil de atendimento	40
• 11.2 Perfil do Usuário	41
• 11.3 Perfil por motivo de atendimento	43
• 11.4 Perfil do acolhimento com classificação de risco por especialidade médica	44
• 11.5 Perfil do usuário por município	45
• 11.6 Meio de transporte usado pelos usuários	46
• 11.7 Local de origem	46
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Volumetria de profissionais de enfermagem por categoria

Tabela 2: Clínica Médica - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

Tabela 3: Clínica Cirúrgica/Ortopedia - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

Tabela 4: AVC - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

Tabela 5: Volumetria cirúrgica

Tabela 6: Hospital do Bem: Consultas Ofertadas X Agendadas

Tabela 7: Hospital do Bem: Consultas Realizadas

Tabela 8: Estratificação das regulações feitas pelo NIR com solicitação de vaga/atendimento de pacientes de outras unidades de saúde para o CHRDJC

Tabela 9: Motivos de solicitação de vagas do NIR do CHRDJC para outras unidades de saúde

Tabela 10: Taxa de Ocupação

Tabela 11: Volumetria de exames realizados internos e externos

Tabela 12: Indicadores de Produção Assistencial

Tabela 13: Indicadores Qualitativos

Tabela 14: Principais motivos dos atendimentos

Tabela 15: Distribuição das consultas ambulatoriais

Tabela 16: Quantidade de pacientes atendidos na U&E, segundo classificação de risco e especialidade médica

Tabela 17: Distribuição percentual de internação segundo a especialidade médica

Tabela 18: Pacientes atendidos no CHRDJC, segundo município de origem

Tabela 19: Veículo usado para acesso dos pacientes ao CHRDJC

Tabela 20: Atividades de Educação Permanente

Tabela 21 Indicadores de produção não constantes no contrato de gestão

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1: Total de atendimentos

Gráfico 2: Total de atendimentos na U&E

Gráfico 3: Total de internações

Gráfico 4: Total de atendimentos ambulatoriais

Gráfico 5: Faixa Etária/ atendimentos na U&E

Gráfico 6: Faixa Etária/Internações

Gráfico 7: Faixa Etária / atendimentos ambulatoriais

Gráfico 8: Percentual de pacientes que procuraram atendimento na U&E, segundo período de funcionamento

Gráfico 9: Percentual de pacientes segundo município de origem

ANEXOS

ANEXO I – Protocolo de remessa – AIH - SISAIH01

ANEXO II – Indicadores Hospitalares de Internação

ANEXO III – Escalas de Plantão

ANEXO IV – Relatórios Setoriais

ANEXO V – Atas das Comissões

ANEXO VI – PGRSS

ANEXO VII – Plano de Limpeza e Higienização

ANEXO VIII – Plano de Segurança do Paciente

ANEXO IX – Proposta para a Organização da Hemodiálise e Hemoterapia

ANEXO X – Planilha de Contratos

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

1. INTRODUÇÃO

Este relatório tem, como objetivo apresentar as ações de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas pelo Complexo Hospitalar Deputado Janduhy Carneiro no período de 01 a 30 de setembro de 2019 do corrente ano.

2. COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

O Serviço de Oncologia do Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro (CHDJC) em Patos/Paraíba, possui Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Hospital do Bem - Unidade de Oncologia do Sertão), com atendimento oncológico clínico e cirúrgico. Realiza diagnóstico diferencial, cirurgia e quimioterapia dos cânceres mais incidentes (Próstata, Mama, Colo de Útero e Pele) para usuários dos 68 municípios que compõem a 3ª macrorregião de saúde atendendo, assim, aproximadamente 942.372 habitantes. Oferta ainda, acompanhamento ambulatorial onde se realiza consultas médicas e não médicas.

A Equipe do Hospital do Bem é composta por profissionais médicos com experiência na área oncológica nas seguintes especialidades: Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica, Mastologia, Urologia, Cirurgia Plástica e, além disto, conta com enfermeiros oncológicos, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, assistente social e técnicos de enfermagem preparados para o atendimento dos pacientes atendidos

3. GESTÃO E LIDERANÇA

3.1 Direção Geral

Atividades Desenvolvidas

No mês de referência as seguintes atividades foram desenvolvidas:

- Análise das escalas médicas e demais categorias dos profissionais efetivos junto com o setor de RH para envio de folha de produtividade do mês de agosto para a Secretaria de Estado da Saúde para fins de pagamento;
- Avaliação de processos de contratos e fornecimento de insumos para pagamento;
- Reuniões frequentes ao longo do mês entre a diretoria da unidade e equipe da OSS ISCB para alinhamento dos processos de trabalho, avaliações funcionais, avaliações das prestações de serviços por terceiros, discussão de organograma funcional, resolução de pendências, organização documental entre outros assuntos;
- Reunião com supervisor médico e o coordenador administrativo – ambos da empresa DIMPI, a qual fornece os serviços de imagem ao CHRDJC – para discussão dos serviços oferecidos e cobrança, por parte da Direção Geral, sobre o cumprimento dos exames pactuados em contrato;
- Reunião com sindicato dos médicos – SIMED. Data: 03/09/2019. Local: auditório da 6ªGRS. Presentes: direção geral do CHRDJC, direção técnica, assessoria de comunicação, membros do SIMED (advogado e gerente administrativo) e parte da equipe médica do CHRDJC. Pauta: atraso de salários dos meses de julho e agosto dos médicos e demais funcionários do CHRDJC, vínculo funcional da equipe médica;
- Participação no Curso LEAN nas emergências promovido pelo Hospital Sírio-Libanês e realizado no Hospital de Emergência e Trauma de Campina

Grande. Presentes: direção geral, direção assistencial, coordenação de enfermagem da urgência e CDI e enfermeira do NIR. Data: 04 e 05/09/19. Local: auditório do Hospital de Trauma de Campina Grande;

- Reunião com o promotor Dr. Uirassu Melo. Data: 04/09/19. Hora: 20h. Local: sala da promotoria na sede do Ministério Público Estadual em Patos. Pauta: empresa de fornecimento de alimentação Nutrymax e suas pendências junto a AGEVISA;
- Concessão de entrevista à rádio Espinharas debatendo sobre a questão do atraso dos salários e a possível resolução. Data: 05/09/19;
- Reunião em 06/09/19 com equipe gestora do CHRDJC para *feedback* da operação *Saulus* onde vários órgãos de fiscalização visitaram serviços de saúde do município de Patos, dentre eles o CHRDJC na data de 04/09/2019;
- Elaboração e envio da relação de funcionários celetistas e médicos para a Justiça do Trabalho com as remunerações para pagamento;
- Reunião em 09/09/19 para montagem e organização das atividades a serem desenvolvidas em alusão ao aniversário de 1 ano do Hospital do Bem e as campanhas do outubro Rosa e novembro Azul. Presentes: direção geral, direção administrativa, coordenação de enfermagem do Hospital do Bem, representantes da OSS ISCB, oncologista clínica e coordenação administrativa da Oncoradium;
- Cerimônia de toca do sino da cura para pacientes do HB em 10 e 19/09/19;
- Reunião em 10/09/19 do colegiado gestor para discussão de organograma e dimensionamento. Presentes: direção geral, direção assistencial, direção administrativa e representantes da OSS ISCB;
- Realização de ronda de visita e fiscalização no serviço de urgência e CDI em 12/09/19;

- Reunião em 13/09/19 com o gestor de contrato, diretoria da unidade e gerência de compras para entendimento e alinhamento da atuação do gestor de contrato na unidade;
- Oficina de indicadores projeto Desenvolvimento Gerencial do HCor – introdução à plataforma Geslead. Data: 16/09/19. Local: ESPEP em João Pessoa. Presentes: direção geral, gerência de enfermagem e enfermeira do NIR;
- Participação em 17/09/19 na reunião da Comissão Intergestores Regional da 6ªGRS;
- Audiência em 17/09/19 no Ministério Público Estadual em Patos com o promotor Dr. Leonardo e SUDEMA. Pauta: licença ambiental do CHRDJC. Presentes: direção geral, direção administrativa, representante da OSS ISCB e o inspetor da SUDEMA. Apresentou-se a licença ambiental expedida e vigente ao promotor e o processo foi dado como encerrado;
- Filmagem do vídeo institucional para a SES sobre o funcionamento do Hospital do Bem. Data: 18 e 19/09/19;
- Reunião em 18/09/19 para discussão de processo de trabalho e integração entre o centro cirúrgico e empresa que fornece OPME ao CHRDJC, a Chromus. Presentes: direção geral, direção assistencial, coordenação da CME e centro cirúrgico, coordenação da CCIH e epidemiologia e representante da Chromus;
- Reunião em 19/09/19 entre diretoria, OSS ISCB e CAFA SES/PB. Alguns pontos de discussão: organização do serviço da porta de entrada para dentro, necessidade de adequações estruturais, retorno do guarda-volumes, inserção das informações no portal da transparência, instalação pela OSS da contabilidade e assessoria jurídica em Patos, relatórios precisam ser técnicos e também analíticos;

- Reunião em 20/09/19 com bioquímicos e técnicos de laboratório efetivos que atuavam no laboratório. Pauta: terceirização do laboratório e remanejamento dos profissionais para outros setores do complexo. Presentes: direção geral, direção administrativa;
- Reunião com fisioterapeutas efetivos em 23/09/19 para discussão de processo de trabalho e alinhamento das trocas e dias dos plantões. Presentes: direção geral e direção assistencial;
- Articulação com a UNIFIP para realização de atividades temáticas da oncologia para qualificação de profissionais do complexo nos meses de Outubro e Novembro;
- Participação na reunião em 26/09/19 com líderes setoriais para repasse de normas e rotinas de gestão e gente;
- Conversa em 26/09/19 e convite para as funções de gerência de enfermagem e assistencial para duas lideranças da enfermagem. Convites aceitos;
- Reunião em 26/09/19 com equipe participante do HCor para análise das ações já executadas, do plano de ação e pendências;
- Comemoração dos aniversariantes do mês de setembro em 27/09/19;
- Reunião em 27/09/19 na Justiça Federal com o juiz Cláudio Girão. Pauta: judicialização de medicamentos oncológicos;
- Reunião em 30/09/19 para definição e ajustes da programação do aniversário do HB. Presentes: direção geral, direção administrativa, gerente assistencial e Oncoradium;
- Reunião em 30/09/19 da equipe OSS ISCB com coordenações médicas. Presentes: diretoria, OSS ISCB, coordenadores médicos da urgência e clínica médica, cirurgia geral, buco-maxilo e ortopedia.

3.2. Direção Administrativa

Atividades Desenvolvidas

- Conferência dos processos de pagamento, com atesto das notas fiscais, realizado conferência das mesmas, juntada as certidões necessárias e encaminhando ao financeiro do Complexo;
- Solicitação, por meio de memorando ao setor de compras, de Aquisição de material médico, medicamentos, químicos, dietas de todo o Complexo, para suprir as demandas dos setores garantindo sempre uma assistência ao paciente;
- Solicitação de toda a demanda de almoxarifado, junto ao setor de compras, como material de expediente, descartáveis, de utilidade, impressos, higiene e limpeza, buscando estar sempre abastecido e atender as necessidades de todo o Complexo;
- Encaminhamento para o Financeiro das faturas de água e telefone do Complexo, devidamente atestadas e conferidas;
- Reunião junto ao Departamento Pessoal, onde foi repassado toda as Normas e Rotinas de Gente e Gestão com intuito de ser multiplicado para os coordenadores e líderes de setores;
- Apresentação das Normas e rotinas de Gente e Gestão junto a Gerência administrativa aos coordenadores e líderes de setores;
- Reunião com a Organização Social sobre o dimensionamento do Complexo, apresentação do Organograma e apresentação das descrições dos cargos de Gerência;

- Reunião junto a Direção Assistencial e Gerentes para levantamento de enxoval para necessidade do Complexo;
- Reunião com equipe de Nutrição de produção e diretoria sobre o novo gerenciamento de alimentação para funcionários e acompanhantes com relação as assinaturas e entrega de fichas para ter acesso as refeições;
- Realizado junto ao setor de farmácia o inventário de todo o estoque;
- Realizado logística para atendimento junto ao médico do Trabalho para realização dos Exames admissionais de todos os colaboradores do Complexo;
- Realizado junto ao Departamento Pessoal recebimento de toda a documentação dos funcionários e cadastro para contratação;
- Realizado levantamento de todo patrimônio do Complexo e da empresa de nutrição terceirizada;
- Participação de Reunião com Diretoria sobre o Procedimento Operacional Padrão do Departamento de compras (POP) com setor de compras, farmácia e almoxarifado, a fim de normatizar o fluxo de compras e contratações para esta unidade hospitalar;
- Participação de reunião com a CAFA (Comissão de Acompanhamento e Fiscalização) e a nova Organização Social sobre os contratos da unidade, seleção dos terceiros, habilitação do Hospital do Bem, avaliação da manutenção e avaliação da Organização Social;
- Reunião junto à Engenharia Clínica, sobre a distribuição de energia do Complexo, o aumento do transformador e toda parte elétrica;
- Reunião com o setor de Engenharia para discutir a Estratificação realizada com um intuito de responder às notificações da AGEVISA;
- Contratação de empresas terceirizadas para prestação de serviço no Complexo Hospitalar;

- Reunião com a Comissão de Infecção Hospitalar do Complexo;
- Participação em reunião da Comissão de OPME;
- Acompanhamento das manutenções de toda a parte de refrigeração de ar do Complexo;
- Levantamento do quantitativo e tipo de fardamento necessário para suprir a necessidade de todos os funcionários com o devido encaminhamento o para compra e aquisição dos mesmos;
- Participação na reunião Núcleo de Segurança do Paciente;
- Participação na reunião mensal da CCIH;
- Conferência nas escalas administrativas e consolidados;
- Conferência e assinatura na frequência de trabalho dos estatutários;
- Assinaturas de férias e licença dos estatutários;
- Organização na logística e encaminhamento das peças de biópsia para análise dos Exames anato citopatológico, desde o embalo, conferência e etiquetas a organização do transporte;
- Realizado junto ao departamento pessoal a contratação e cadastro de todos os funcionários que foram absorvidos para o setor da cozinha;
- Realizado desligamento de alguns funcionários que estavam contratados de forma irregular;

Melhorias alcançadas

- Aprimoramento nos processos de trabalho e melhor distribuição de atividades;
- Contratação de Empresa para dar seguimento ao cronograma de dedetização da Unidade;

- Realização de reuniões específicas e intensivas com os colaboradores para discussão das normas e rotinas dos setores;
- Suporte a todos os setores do Complexo no que se refere a ajustes de escalas, orientações profissionais, mudanças de setores;
- Departamento Pessoal acessível, atuante com as demandas apresentadas pela equipe gestora, facilitando contratação, desligamentos quando necessário e que hoje estão firmadas todas as normas e rotinas;
- Contratação de um profissional médico do trabalho, para a realização todos os exames admissionais (ASO) e dimensionais dos funcionários;
- Realização do cadastro de todos os funcionários para contratação;
- Adequação realizada na Área de Diluição dos Saneantes, já atendendo uma notificação feita pela AGEVISA;
- Realizado manutenção preventiva e corretiva em equipamentos que estavam sem funcionar há algum tempo;
- Abastecimento efetivo em toda a Unidade, tanto de farmácia e almoxarifado;
- As contratações de empresas terceirizadas para o andamento do serviço;
- Efetividade e apoio dados pelo Administrativo da Santa Casa de Birigui em todo o processo de transição da gestão.

3.3. Direção Assistencial

Atividades Desenvolvidas

- Diagnóstico Situacional de todos os serviços pelas coordenações setoriais e encaminhado a Direção de Assistencial;

- Reunião, no dia 18/09/2019, da coordenação do Centro Cirúrgico com o corpo diretivo, CCIH e responsável pelo fornecimento de OPME do Complexo, para alinharmos fluxos e demandas do serviço;
- Reunião, dia 04/09/2019, para discussão sobre o manuseio adequado dos circuitos do ventilador de transporte da UTI MÓVEL com a participação da Coordenação de Enfermagem da UTI, Enfermeiros da Ambulância e equipe da CME;
- Reunião, dia 26/09/2019, para discutir as normas e rotinas do Departamento Pessoal junto às coordenações de Enfermagem;
- Manutenção preventiva nos ventiladores mecânicos da marca maquet, modelo servo “S” em 02/09/2019;
- Registro de reação transfusional no NOTIFISA através do Núcleo de Segurança do Paciente;
- Orientação sobre o preenchimento de formulários e mapas de passagem de plantão da forma correta;
- Orientação sobre a importância da realização do FLUSHING após as medicações, evitando desperdício de medicação, evitando flebite e troca de acesso precoce;
- Acompanhamento, pelo coordenador do Hospital do Bem, de consultas ambulatoriais com especialidades médicas e de agendamento cirúrgico para pacientes oncológicos;
- Articulação pelo Comitê Transfusional para distribuição de plaquetas e hemácias desleucocitadas, prescritas;
- Orientação prestada às equipes de enfermagem sobre a importância do preenchimento de todos os campos do checklist de entrega do paciente no setor (Transferências Internas);

- Discussão, junto à diretoria, a respeito do redirecionamento do Fluxo do Serviço de Urgência e Emergência (SUE);
- 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;
- Orientação sobre a passagem do plantão no Centro Cirúrgico para que seja feita em cada sala cirúrgica, pelos técnicos de enfermagem, com conferência e checagem de materiais e equipamentos entre outros, sempre deixando o seu colega ciente das situações, assim como também deixar registrado em livro;
- Orientação quanto a importância do preenchimento do livro de registro de cirurgias e admissão dos pacientes as equipes do Centro Cirúrgico, para que não haja inconsistências nas informações, ressaltando que o preenchimento do livro é de responsabilidade do técnico em enfermagem circulante da sala cirúrgica;
- Encaminhamento e controle de exames anatomopatológicos, para endoscopias, colposcopia, próstata, pele entre outros;
- Demonstração aos enfermeiros do Centro Cirúrgico sobre a importância do controle e conferência do uso dos psicotrópicos durante o plantão;
- Orientação às equipes também quanto à importância das evoluções de enfermagem, bem como a realização da SAE (Sistematização da Assistência em Enfermagem) pelos profissionais;
- Realizado diariamente a lista dos pacientes pré-operatório da ortopedia e bucomaxilo e distribuída para os setores envolvidos pela coordenadora de enfermagem da Clínica Cirúrgica e Ortopedia;
- Supervisão das equipes do plantão diurno quanto ao recebimento das medicações da farmácia conferindo na presença do dispensador todas as medicações para as 24 horas e assinando protocolo, evitando

constrangimentos para as equipes noturnas, garantindo que não haverá falta de nenhuma medicação, realizando assim uma dupla checagem nas medicações;

- Orientação quanto ao uso obrigatório do carimbo por todos os profissionais de enfermagem;
- 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;
- Revisão diária da atualização do quadro de identificação dos pacientes em cada enfermaria, assim como a identificação dos soros e cateteres, evitando assim qualquer risco de erro de identificação de pacientes;
- Supervisão do serviço da equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas atividades, em loco, com o intuito de construirmos uma assistência de excelência;
- Supervisão dos livros de ordem e ocorrências dos setores;
- Participação na reunião da Comissão de Revisão de Prontuário, das coordenações de Enfermagem, além da revisão dos prontuários;
- Participação na reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- Realizado consolidado de faltas e atestados, assim como Escalas de Serviço de Enfermagem por todos os coordenadores de Enfermagem sob supervisão direta da Direção de Enfermagem;
- Mantido reuniões diárias com as coordenações de enfermagem setoriais, afim de discutir ações e estratégias para melhor conduzir as atividades de enfermagem, facilitando a interação dos profissionais de enfermagem e a gestão;

- Atualização do Plano de Segurança do Paciente em consonância com RDC/ANVISA N-36 de 25 de julho de 2013. (Estratificação do Contrato de Gestão) – vide anexo VIII;
- Apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde em consonância com RDC/Anvisa N- 306. (Estratificação do Contrato de Gestão) – vide anexo VI;
- Elaboração do Plano de Limpeza e Higienização Hospitalar pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar SCIH. (Estratificação do Contrato de Gestão) – vide anexo VII;
- Elaboração de Proposta para organização gerencial dos Serviços de Hemoterapia e Hemodiálise com planejamento estratégico. (Estratificação do Contrato de Gestão) – vide anexo IX;

Melhorias alcançadas

- Conserto e reparo de Bisturi Elétrico Portátil, que se encontrava com defeito na manutenção;
- Conserto do Negatoscópio e tomada elétrica da sala de estar e sala da URPA que se encontrava com defeito;
- Reparo das portas de correr das salas cirúrgicas, pois as mesmas não estavam fechando – todas se encontravam emperradas.
- Substituição da fechadura da porta de saída de materiais contaminados.
- Realização dos exames de gasometria, durante todo o mês de setembro, para todos os pacientes internos no serviço, onde o Enfermeiro da UTI coletava as amostras e encaminhava à Maternidade pela equipe da ambulância do CHRDJC;
- Manutenções nos equipamentos, realizadas de maneira regular e com agilidade;

- Substituição de lâmpadas nas enfermarias do Maria José e São José, proporcionando conforto e agilidade na realização de procedimentos pelos profissionais;
- Aquisição de dois circuitos completos para o ventilador de transporte da marca “draguer” modelo oxylog;
- Todos os profissionais de Enfermagem do Hospital do Bem foram inseridos temporariamente em outros setores do Complexo (devido à interdição dos leitos do referido local, que aguarda a instalação do elevador) reduzindo significativamente as ausências nas escalas de serviço;
- Identificação do aumento na satisfação dos pacientes quanto ao atendimento da equipe de enfermagem, durante visitas às enfermarias e conversa com os pacientes e acompanhantes;
- Permanência da melhora significativa nos postos de enfermagem, após implantação da escala de atividades diária, com objetivo de manter os setores limpos e organizados;
- Avanços importantes quanto ao uso do carimbo dos profissionais em seus registros, visto que havia muita resistência quanto ao seu uso;
- Melhoria dos registros de enfermagem nos prontuários (redução de rasuras e aumento nas descrições de atividades).

Indicadores de Enfermagem

Quadro de pessoal

Permanece o número de Técnicos em Enfermagem e de Enfermeiros no quadro de profissionais de enfermagem em relação ao mês anterior, de acordo com informações do RH.

Tabela 1: Volumetria de profissionais de enfermagem por categoria

	Enfermeiros	Técnicos em Enfermagem	Total
Nº de Profissionais	104	195	299

Fonte: Relatório – IV 03

Grau de Dependência de Paciente em relação à enfermagem

A Classificação do grau de dependência é um importante instrumento para a gestão de enfermagem uma vez que possibilita o dimensionamento da equipe de acordo com o tipo de cuidado requerido pelo paciente o que possibilita a qualificação do cuidado ofertado.

No Complexo Hospitalar, utiliza-se a Escala de Fugulin com Sistema de Classificação de Paciente sendo os dados apresentados nas tabelas abaixo:

Tabela 2: Clínica Médica - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO	Nº TOTAL DE PACIENTES	Nº DE MÉDIO DE PACIENTES/ DIA
Cuidados mínimos	970	31,29
Cuidados intermediários	299	9,64
Cuidados de alta dependência	227	7,32
Cuidados semi intensivos	12	0,38

Fonte: Relatório – Anexo IV 03

Tabela 3: Clínica Cirúrgica/Ortopedia - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO	Nº TOTAL DE PACIENTES NO MÊS	Nº DE MÉDIO DE PACIENTES / DIA
Cuidados mínimos	637	20,54
Cuidados intermediários	414	13,35
Cuidados de alta dependência	173	5,58

Fonte: Relatório – Anexo IV 03

Tabela 4: AVC - Nº Médio de pacientes por tipo de classificação

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO	Nº TOTAL DE PACIENTES NO MÊS	Nº DE MÉDIO DE PACIENTES / DIA
Cuidados mínimos	05	0,16
Cuidados intermediários	07	0,22
Cuidados de alta dependência	133	4,29
Cuidados semi intensivos	13	4,41

Fonte: Relatório – Anexo IV 03

Observa-se nas tabelas 2 e 3, que o maior volume de pacientes/dia foi classificado como cuidados mínimos de enfermagem; já na tabela 4 (unidade de AVC) os pacientes com alta dependência foram predominantes.

Cirurgias Realizadas

Foram realizados 267 procedimentos cirúrgicos no mês de referência conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5: Volumetria cirúrgica- setembro/2019

NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS	
Ortopédica	127
Cirurgia Geral	57
Bucomaxilar	17
Cirurgia Vascular	21
Oncológica	37
Urológica	03
Otorrino	05
Cirurgia Plástica	00
TOTAL	267

Fonte: Relatório – Anexo IV 05

Observa-se que o maior volume de procedimentos cirúrgicos foram os ortopédicos correspondendo a 48% das cirurgias realizadas. Dentre as 127 cirurgias ortopédicas, 22% (28 cirurgias) foram realizadas em pacientes de 0 a 14 anos de idade.

4. HOSPITAL DO BEM

No mês de setembro foram ofertadas um total de 460 consultas, para as quais houve agendamento em proporção de 88% (404). Avaliando a relação entre ofertadas e agendadas verifica-se há um déficit de agendamentos na razão de 12% conforme apresentado na tabela 7. A maioria dessas ausências devem-se às dificuldades relacionadas à disponibilização de transporte dos outros municípios que utilizam o serviço. Será feita uma análise crítica desse indicador para se levar à CIR e discutir com os municípios esse dado. Porém destaca-se que houve uma redução nas ausências, da ordem de 10% em relação ao mês anterior, o que indica que aos poucos o serviço tem conseguido fidelizar os usuários.

Tabela 6: Hospital do Bem: Consultas Ofertadas X Agendadas - Setembro/2019

CONSULTAS	Ofertado	Agendado	Tx de agendamento
Oncologia Clínica	220	206	94%
Oncologia Cirúrgica	20	5	25%
Colo de Útero	40	39	98%
Mastologia	60	72	120%
Urologia	60	35	58%
Plástica/Pele	60	47	78%
TOTAL	460	404	88%

Fonte: Planilha – Anexo IV 10

As consultas realizadas apresentadas na tabela 7 referem-se às primeiras consultas, retorno e pós-operatórios e o que justifica a realização de um volume maior do que as agendadas, mostradas na tabela 7.

Tabela 7: Hospital do Bem: Consultas Realizadas - Setembro/2019

CONSULTAS	Realizado
Oncologia Clínica	256
Oncologia Cirúrgica	5
Colo de Útero	56
Mastologia	81
Urologia	49
Plástica/Pele	57
TOTAL	504

Fonte: Planilha – Anexo IV 10

5. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DO COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

O Núcleo Interno de Regulação – NIR – funciona 24 horas, desempenhando as seguintes atividades:

- Regulação de leitos para a internação de pacientes, segundo diagnóstico;
- Realização de transferências internas;
- Regulação de pacientes internos para realização de consultas e procedimentos externos;
- Regulação de transferência de pacientes internos para outros estabelecimentos de saúde;
- Registro da saída dos pacientes atendidos em nível ambulatorial e de internação;
- Mediação de regulação de pacientes de outras instituições de saúde para atendimento médico e/ou internação no CHRDJC;
- Realização do censo diário, leito a leito, duas vezes ao dia;
- Registro das atividades do plantão nos formulários e planilhas digitais e físicas padronizadas;
- Regulação para realização de exames (tomografia, colposcopia, colonoscopia e endoscopia) de pacientes internados em hospitais regionais ou em estabelecimentos de saúde da 6ª Região de Saúde;
- Regulação para realização de exames agendados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

No mês de referência foram feitas 436 regulações de vagas/atendimento para pacientes de 29 municípios diferentes incluindo Patos, conforme tabela 8.

Tabela 8: Estratificação das regulações feitas pelo NIR com solicitação de vaga/atendimento de pacientes de outras unidades de saúde para o CHRDJC - Setembro/2019

MUNICIPIOS	ITAPORANGA	61	14%
	PIANCÓ	50	11%
	SANTA LUZIA	43	10%
	PRINCESA ISABEL	35	8%
	PATOS	34	8%
	SÃO BENTO	30	7%
	CONCEIÇÃO	24	6%
	ÁGUA BRANCA	23	5%
	COREMAS	18	4%
	CATOLÉ DO ROCHA	15	3%
	IMACULADA	14	3%
	TAVARES	13	3%
	BREJO DO CRUZ	12	3%
	JURU	12	3%
	SÃO MAMEDE	11	3%
	OUTROS	14	3%
	PROVENIÊNCIA	HOSP. REG.	383
UPA		46	11%
OUTRA		7	1%
ESPECIALIDADE	P/ ORTOPEDIA	162	37%
	P/ CLÍN. MÉDICA	158	36%
	P/ CIR. GERAL	86	20%
	P/ BUCO MAXILO	22	5%
	P/ VASCULAR	5	1%
	S/ IDENTIFICAÇÃO	3	1%
VAGA CONCEDIDA?	SIM	320	73%
	NÃO	116	27%
MOTIVOS DE NÃO CONCESSÃO DA VAGA	SEM VAGA ¹	40	35%
	NÃO É REFERÊNCIA	22	19%
	NÃO RETORNOU A LIGAÇÃO	21	18%

	VAZIO	14	12%
	SEM ESPECIALISTA ²	12	10%
	OUTROS	7	6%

Fonte: Planilha do NIR – Anexo IV 30 ¹ Para o perfil do paciente; ² específico para avaliação indicada

Quanto às regulações de vaga para os pacientes do Complexo em outras unidades, foram realizadas 19, tendo conseguido atendimento para 14 delas. Os motivos pelos quais as vagas foram requeridas, seguem expostos na tabela 9.

Tabela 9: Motivos de solicitação de vagas do NIR do CHRDJC para outras unidades de saúde - Setembro/2019

ATENDIMENTO PELO NEUROCIRURGIÃO	6
REALIZAR CATETERISMO	2
REALIZAR ENDOSCOPIA	2
REALIZAR BIÓPSIA	2
ATENDIMENTO PELO GASTRO	1
ATENDIMENTO PELO OFTALMOLOGISTA	1
REALIZAR HEMODIÁLISE	1
REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA	1
(vazio)	1
ATENDIMENTO PELO CIRURGIÃO VASCULAR	1
REALIZAR COLANGIORRESSONÂNCIA	1

Fonte: Planilha do NIR – Anexo IV, 30

No mês de referência o CHRDJC alcançou uma taxa de ocupação nas Clínicas e no setor de Urgência e Emergência de 90%, já o Hospital do Bem alcançou ficou interditado para internações, tendo em vista a indisponibilidade temporária de elevador no prédio, dificultando assim a permanência dos pacientes na unidade, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10: Taxa de Ocupação - 2019

	jan	fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
CLÍNICAS E URGÊNCIA	79%	92%	98%	95%	98%	86%	82%	89%	90%
HOSPITAL DO	36%	45%	50%	46%	33%	25%	21%	25%	interditado

BEM									
CUSTODIA	18%	21%	0%	4%	47%	22%	4%	0%	21%

Fonte: Relatório Wareline – Anexo II

6. CENTRO DE DIAGNÓSTICO

O Centro de Diagnóstico do Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro, obteve avanços na perspectiva da atenção à saúde qualificando o cuidado no que se refere as suas atribuições. O CHRDJC com o objetivo de esclarecer o diagnóstico e realizar condutas terapêuticas específicas, oferece exames de Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Cintilografia, Radiologia Convencional, Ecocardiografia, Ultrassonografia, Endoscopia, Colposcopia, Colonoscopia e Broncoscopia.

O serviço de imagem é totalmente digitalizado e assim a revelação química de Raio X, danosa ao meio ambiente, não é mais realizada, diante disso, há uma melhora significativa na qualidade da imagem o que favorece a sua análise e reduz o risco de falha de interpretação do exame e, conseqüentemente, na tomada de decisão quanto à melhor conduta a ser tomada.

Tabela 11: Volumetria de exames realizados internos e externos - setembro/2019

TIPO	DEMANDANTE/ EXAME	TC	RX	ENDOS.	COLPOS.	USG+ECO	RNM	TOTAL	%
DEMANDA INTERNA	U&E	802	2035	8	0	228	0	3073	82%
	INTERNAÇÃO	150	370	18	0	97	1	636	17%
	HOSP. BEM	19	0	0	0	4	0	23	1%
	SUBTOTAL	971	2405	26	0	329	1	3732	84%
DEMANDA EXTERNA	HOSP. INFANTIL	61	51	0	0	90	0	202	28%
	EXTERNOS	375	0	18	24	106	0	523	72%
	SUBTOTAL	436	51	18	24	196	0	725	16%
TOTAL GERAL		1407	2456	44	24	525	1	4457	

Fonte: Relatórios – Anexo IV 29

Conforme demonstra a tabela acima, no mês de referência foram realizados 3.732 exames internos sendo que a maioria (64%) se refere a exames de raio x, os quais são realizados mediante demanda espontânea; quanto aos exames externos, foram feitos 725, sendo a maioria tomografia (60%).

7. COMISSÕES PERMANENTES

O CHRDJC conta com cinco comissões permanentes que se reúnem ordinariamente uma vez ao mês. São elas:

1. Comissão de Revisão de Óbito - CRO
2. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar -CCIH
3. Núcleo de Segurança do Paciente – NSP
4. Comissão de Gestão de Órteses, Próteses e Materiais Hospitalares – CG
OPME
5. Comissão de Revisão de Prontuário - CRP

As atas das reuniões realizadas em setembro constam no anexo. V

8. INDICADORES DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

Segue a apresentação da porcentagem de atingimento das metas dos indicadores de produção no referido mês, salientando 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: **1.3, 2.1, 2.4, 3.1, 3.3, 3.10, 4.1, 5.2, 5.11, 5.13 e 5.14.**

Por outro lado, o indicador **4.2** ultrapassa a meta em mais de 200% tanto na série histórica de 2018, como de 2019. Para a média de 3.967 atendimentos/mês em 2019 tivemos 549 internações e, portanto, 3.418 pacientes que permaneceram em observação de até 24h.

Os indicadores de Produção Assistencial SADT de número **5.3 ao 5.8 e 5.10** expõe taxas muito baixas de atendimento da meta. A gestão pactuada está analisando os dados para tratar devidamente esse déficit com a empresa responsável.

O não atingimento da meta de muitos dos indicadores relacionados à assistência oncológica (**1.4, 1.5, 2.5, 3.4, 3.5 e 3.9.**) está relacionada ao processo de maturação paulatina desse serviço que pode ser considerado ainda como recente (fez uma ano de funcionamento há pouco) e da fidelização dos usuários por ter iniciado suas atividades há pouco mais de um ano.

Tabela 12– Indicadores de Produção Assistencial – Setembro/2019

Indicadores de Produção Assistencial		Meta Mensal	Set.	Cumprimento
1. Produção Assistencial Hospitalar Internação	1. N° de internações em Clínica médica	200	210	105%
	2. N° de diárias de UTI*	180	155	86%
	3. N° de internações em Ortopedia	300	148	49%
	4. N° de Diárias de Cuidados Paliativos**	150	0	0%
	5. N° de internações em Oncologia Clínica	60	0	0%
2. Produção Assistencial Hospitalar Cirurgias	1. N° de cirurgias de Ortopedia Adulto	170	99	58%
	2. N° de cirurgias de Ortopedia Pediátrica	30	28	93%
	3. N° de procedimentos de Cirurgia Geral	50	57	114%
	4. N° de cirurgias de Bucomaxilo	30	17	57%
	5. N° de cirurgias de Oncologia	50	37	74%
3. Produção Assistencial Hospitalar Ambulatorial	1. N° de atendimentos no ambulatório de Ortopedia	1.100	552	50%
	2. N° de atendimentos no ambulatório de Oncologia	500	514	103%
	3. N° de atendimentos no ambulatório de Bucomaxilo	150	18	12%
	4. N° de punções aspirativa de mama	15	2	13%

	por agulha fina			
	5. Nº de Punções de mama por agulha grossa	40	5	15%
	6. Nº de Exereses da Zona de transformação do colo uterino	7	0	0%
	7. Nº de Biópsias de Colo Uterino	9	9	100%
	8. Nº de Biópsias de Prostática	10	14	140%
	9. Nº de Biópsias / Exéreses de nódulo de Mama	9	6	67%
	10. Quimioterapia	440	165	38%
4. Produção Assistencial Urgência e Emergência	1. Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco	4.500	3.278	73%
	2. Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas	900	2.870	319%
5. Produção Assistencial SADT	1. Raio- X	1.500	2.456	164%
	2. Eletrocardiograma	1.200	441	37%
	3. Endoscopia	220	44	20%
	4. Broncoscopia	20	0	0%
	5. Colposcopia	70	24	34%
	6. Colonoscopia/Rectosigmoidoscopia	240	0	0%
	7. Ressonância magnética	20	1	5%
	8. Cintilografia Óssea	5	0	0%
	9. Tomografia Computadorizada	1.000	1.407	141%
	10. Ultrassonografia e Ecocardiograma	700	525	75%
	11. Diagnóstico em Laboratório Clínico	8.530	4.389	51%
	12. Biologia Molecular	8	0	0%
	13. Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatologia	200	79	40%
	14. Imunohistoquímica	100	0	0%

Fonte: Sistema Wareline e Relatórios Setoriais – Anexos IV

3.4 Observações

1.1. A clínica Médica é a especialidade mais demandada do Complexo, respondendo por aproximadamente 52% dos atendimentos de urgência e emergência e 40% das internações. Daí ter acumulado em 2018 uma média em torno de 40% a mais da meta e 25% até o momento de 2019.

1.2. A ocupação dos leitos da UTI ainda está condicionada à avaliação e indicação dos médicos assistenciais que nem sempre ocupam todos os leitos. Já foi elaborado um protocolo de admissão no setor, faltando a validação e implantação por parte da

Direção Técnica para que o NIR passe a gerenciar esses leitos como já faz em todos os outros setores. Acredita-se que dessa forma será possível atingir a meta.

2.1. Observou-se uma pequena diminuição na realização das cirurgias ortopédicas em relação ao mês anterior, tendo como fatores responsáveis, problemas com os carros de Anestesia, com o bisturi elétrico, com os perfuradores (STRYKER) e falta de alguns insumos.

2.3. A média da série histórica 2018 e 2019 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.

3.2. Desde do início do seu funcionamento, o ambulatório de oncologia não havia alcançado a meta de atendimentos até o presente mês, quando a ultrapassou em três pontos percentuais. O acompanhamento do desempenho desse indicador mostra que o aumento da demanda desse serviço tem sido progressivo, tendo em vista que o mesmo ainda pode ser considerado recentemente oferecido.

3.6. Segundo o Cirurgião Oncológico do Complexo, o procedimento que ele tem utilizado para coleta de material é a conização, a qual, no mês em questão foi realizada em 3 pacientes.

3.8. O acompanhamento desse indicador no ano de 2019 mostra uma média de 7 biópsias prostáticas/mês, tendo atingido a meta em fevereiro e voltado a cair até o mês passado; apenas nesse mês a ultrapassou.

5.1. Os exames de raio x são realizados apenas para demanda interna do Complexo. Esse indicador tem estado sempre acima da meta (média de 14% a mais em 2018 e 40% a mais em 2019) e 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.

5.9. A abertura de agendamento para realização de tomografia para pacientes externos, tem elevado esse indicador para em torno de 25% 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.

9. INDICADORES QUALITATIVOS

Tabela 13: Indicadores Qualitativos– setembro/2019

A	INDICADORES DA ÁREA DE GESTÃO			
A.1	INDICADORES DIREÇÃO		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
A.1.1	Percentual de Gestores do hospital com especialização e/ou capacitação em gestão hospitalar	N.º Gestores com título em Gestão Hospitalar no Período x 100/ N.º Total de Gestores do Hospital.	≥ 40%	73%*
A.2	INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
A.2.1	Índice de Atividades de Educação Permanente	N.º de Atividades Realizadas x 100/ N.º de atividades previstas no plano de educação permanente para o período	90%	100%*
A.2.2	Taxa de rotatividade de pessoal (Turn Over)	(Número de admissões + desligamentos ÷ 2 x 100/ N.º de funcionários ativos no cadastro do hospital	≤ 2,5%	2,7%*
A.2.3	Taxa de Absenteísmo	N.º de horas/homem ausentes x 100/ N.º de horas/homem trabalhadas	≤ 4,5%	3,8%
A.2.4	N.º de Funcionários Técnico Assistencial com Especialização	N.º de funcionários Técnicos Assistencial (nível superior) com especialização em saúde x 100/ N.º Total de funcionários Técnico Assistencial (nível superior)	≥ 50%	55%
A.2.5	Taxa de Acidentes de Trabalho	N.º de acidentes de trabalho x 100/ N.º funcionários ativos no cadastro do hospital	≤ 0,5%	0%

A.3	INDICADORES ADMINISTRATIVO-FINANCEIROS		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
A.3.1	Taxa de glosas sobre o faturamento dos serviços habilitados apresentado para cobrança ao SUS, de responsabilidade da gestão do CHRDJC	Total de AIH glosadas para serviços habilitados X 100/ Total de AIH referentes aos serviços habilitados apresentadas ao SUS	≤ 10%	0%*
B	INDICADORES DE PROCESSO			
B.1	INDICADORES ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
B.1.1	Taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento	Total de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento x 100/ Total de atendimentos	100%	13%*
B.1.2	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito X 100/ Total de prontuários de usuários que vieram a óbito)	100%	100%*
B.1.3	Taxa de Revisão de Prontuários de pacientes com infecção, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	Total de prontuários de usuários com infecção revisados pela CCIH X 100/ Total de prontuários de usuários com infecção	100%	*
B.2	EFICIÊNCIA/PRODUTIVIDADE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
B.2.1	Relação Pessoal/ leito	Nº. de funcionários contratados e de terceiros ativos/ Nº. de leitos ativos	≥ 5,54	5,81
B.2.2	Relação Enfermagem/ leito	Nº. de enfermeiros x 100/ Nº. de leitos	≥ 2,2	2,2*
B.2.3	Índice de rotatividade do leito	Total de saídas (Altas e Óbitos, Transferência) /Nº. de leitos mesmo período	≥ 1,9 e ≤ 4,15 Pacientes/Leito o	3,92
B.2.4	Tempo médio de permanência geral	Nº. de pacientes – dia /Total de saídas - dia	≤ 7 dias	7dias
B.2.5	Tempo médio de permanência – UTI	Nº. de pacientes – dia/ Total de saídas (Altas, Óbitos, Transferência)	≤ 10 dias	7dias

B.2.6	Taxa de ocupação Hospitalar	Nº. de pacientes - dia em um mesmo período x 100/ Nº de leitos – dia em um mesmo período	≥ 85%	86%*
C	INDICADORES DA ÁREA DE RESULTADOS			
C.1	EFETIVIDADE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.1.1	Taxa de mortalidade institucional	Nº. de óbitos após 24 horas de internação (no período analisado) x 100/ Total de saídas (Nº. de altas no período analisado)	≤ 7%	7%
C.1.2	Taxa de mortalidade cirúrgica	Nº. de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período x 100/ Total de atos cirúrgicos no mesmo período	≤ 5%	0%
C.1.3	Taxa de Suspensão de cirurgias Eletivas	Número de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes x 100/ Número de cirurgias agendadas	≤ 10%	9%*
C.1.4	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico	Tempo (dias) entre a primeira consulta em oncologia e o diagnóstico conclusivo/ Número de pacientes com diagnóstico conclusivo em oncologia	≤ 30	*
C.1.5	Tempo (dias) entre o diagnóstico em oncologia e o início do tratamento	Tempo (dias) entre o diagnóstico conclusivo em oncologia e o início do tratamento/ Número de pacientes de oncologia com tratamento iniciado no período	≤ 30	*
C.2	SEGURANÇA DO PACIENTE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.2.1	Densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em UTI	Nº total de casos novos de IPCSSL no período X 1000/ Número de CVCs-dia no período	≤ 10	*
C.2.2	Taxa de Incidência de Infecção em Sítio Cirúrgico	Número ISC relacionadas ao procedimento cirúrgico sob x100/ Número total de procedimentos cirúrgicos sob avaliação, realizadas no período	≤ 5%	*
C.3	INDICADORES RELACIONADOS AO ACESSO AO USUÁRIO		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.3.1	Atendimento de pacientes acolhidos na Urgência e Emergência com classificação	Nº. de pacientes classificados por risco x 100/ N.º de pacientes	100%	99%

	de risco	admitidos na Urgência e Emergência no período		
C.4	INDICADORES RELACIONADOS A QUALIDADE		META MENSAL	RESULTADO DO INDICADOR
C.4.1	Indicador Satisfação do Usuário	Nº. de Questionário c/ Resposta afirmativa à Pergunta – Padrão x 100/ Nº. de Questionários Respondido	≥ 90%	90%*
C.4.2	Resolubilidade da Ouvidoria	Total de manifestações resolvidas X 100/ total de reclamações, solicitações e denúncias feitas à ouvidoria	≥ 80%	67%*

Fonte: Sistema Wareline e Relatórios Setoriais – anexos I, II e IV

3.5* Observações

A.1.1. Todos os 4 diretores possuem especialização em Gestão e 4 dos 7 coordenadores também.

A.2.1. Tabela 20 Atividades de Educação Permanente

Setor	Programada	Realizada	Obs
Comitê transfusional	01	01	Reunião sobre alinhamento processo de trabalho, da equipe de transfusão
NEPE	01	01	Reunião implantação de projetos de extensão, no Hospital do Bem, com coordenadores dos cursos superiores da UNIFIP
OPME	01	01	Reunião para alinhamento de processo de trabalho
CCIH, BC e Direção	01	01	Reunião sobre fluxo de serviços e demandas do bloco cirúrgico
CME	01	01	Reunião de alinhamento sobre os cuidados, com o circuito do ventilador de transporte da UTI móvel
NSP	01	01	Reunião sobre a importância das notificações
CDI	01	01	III Reunião Técnica da Diretoria Técnica de Ciência, Tecnologia Médica e Correlatos (DTCTMC)

Fonte: Relatório Setorial – Anexo IV 24

A.2.2. A taxa de rotatividade de pessoal teve uma média de 0,4% de janeiro a agosto; com a chegada da nova OSS essa taxa elevou-se em decorrência das admissões e demissões próprias desse período de transição

A.3.1. Esse dado diz respeito ao faturamento de agosto porque o do mês de setembro ainda não está disponível.

B.1.1. Foram revisados 68 prontuários, representando 13% do total de internações do período. 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 como portaria interna destinada aos médicos, sensibilização periódica junto aos profissionais, supervisão constante das coordenações de enfermagem ao longo desses quase dois anos da Comissão, 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.

B.2.2. 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, excetuando-se os leitos de apoio do serviço de urgência e emergência.

B.2.6. Há leitos para pacientes com perfis específicos, como custodiados, crianças e pacientes infectados cuja demanda é baixa, mas dos quais o hospital não pode prescindir, o que impacta na taxa de ocupação, em que pese o NIR estar utilizando destinando esses leitos para pacientes fora do perfil com o objetivo de não superlotar o setor de urgência. Essa taxa leva em conta a ocupação dos leitos de apoio da Urgência e Emergência.

C.1.1. Foram revisados os prontuários dos 58 pacientes que chegaram a óbito no mês de setembro.

C.1.3. Foram canceladas 25 cirurgias, sendo 8 sem justificativa, 6 por falta de sala no bloco, 6 por falta de roupa cirúrgica e 5 porque chegou urgência. Já foi estabelecido com o bloco cirúrgico que todas as suspensões deverão ter sua justificativa registradas.

C.1.4. e C.1.5. Esse indicador não estava sendo apresentado devido a dificuldades com o resultado dos exames de biópsias. Acredita-se que no próximo mês já se terá condições de apresentá-lo.

C.2.1. e C.2.2. O laboratório do CHRDJC estava fazendo a coleta, porém não estava entregando o resultado das culturas há vários meses. Foi feita busca ativa em 70 prontuários onde detectou-se em apenas 40 o registro de infecção, mas sem comprovação por meio de exames, como exigido na fórmula desses indicadores, desconhecendo assim o número exato de pacientes com infecção.

C.4.1. A Ouvidoria aplicou um total de 164 questionários, sendo 118 no ambulatório e 46 na internação. Os seis quesitos do questionário do ambulatório demonstraram taxas individuais de satisfação acima dos 90%; em relação aos 15 quesitos do questionário da internação, o único que não atingiu taxa superior a 90% (alcançou 24% apenas) diz respeito à dificuldade de repousar por causa do barulho. Os questionários seguem em anexo.

C.4.1. Foram registradas apenas 3 reclamações no mês de setembro, estando duas pendentes de resolução (uma de competência da enfermagem e outra do administrativo).

10. Outros Indicadores

Tabela 21- Indicadores de produção não constantes no contrato de gestão

	Produção	Quantidade	Descrição
SAME	Cópia de documento hospitalar	104 cópias	Os documentos dizem respeito a Prontuários e FAA
Lavanderia	Processamento de roupa hospitalar	13.400kg	
Engenharia Biomédica	Manutenção preventiva	54	Elétrica 5; Hidrossanitário 12; Refrigeração 14; Eng. Clínica 39; Serviço Geral/Infra

	Manutenção Corretiva	49	Estrutura 33
Ambulância	Transporte para exames	122	53 TC, 25 ECO, 24 consultas especializadas, 13 USG, 6 RX e 1 Ressonância
	Transferências	34	Destino: 19 Campina Grande e 15 João Pessoa.
CME	Dispensação de material esterilizado	17.248	Foram esterilizados e distribuídos 92 tipos de material para 14 serviços/setores, sendo que os maiores demandantes foram o centro cirúrgico (35%), a clínica cirúrgica (12%) , a UTI (11%) área verde e amarela (9% cada) M ^a José (75) e São José (6%); Os produtos mais consumidos foram: gazes (35%) , compressas (18%), Ataduras (10%), nebulização (9%) e látex (4%)
Recepção	Preenchimento e emissão de FAA usuário	4.394	
	Preenchimento e emissão de Ficha de Internação	504	
	Preenchimento e emissão de Ficha de atendimento externo	490	
	Controle de acesso de visitantes	2921	
	Registro de óbitos	58	
Fisioterapia	Atendimentos	695	
Psicologia	Atendimentos	390	
Nutrição	Preparação e fornecimento de refeições para pacientes	15.110 (1 ^a a 20/09) + 8.177 (21 a 31/9) = 23.287	6 refeições diárias: desjejum, colação, almoço, lanche, jantar e ceia
	Preparação e fornecimento de refeições de Funcionários	5.656 (1 ^a a 20/09) + 4.545 (21 a 31/9) = 1021	5 refeições diárias: desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia

	Preparação e fornecimento de refeições para acompanhantes	5.708 (1ª a 20/09) + 3.064 (21 a 31/9) = 7.132	3 refeições diárias: desjejum, almoço e jantar
	Nutrição Parenteral	05	
Comitê Transfusional	Transusão de hemocomponentes	154	Urgência e emergência (43 - 28%), M ^a Jose (27 - 18%), São José (26 -17%), UTI (23 - 15%), Clínica cirúrgica (14 - 9%) Bloco (9-6%), Cardiologia (6 - 4%) Ortopedia (4 - 3%) e Avc (2 - 1%))
	Monitoramento de reações adversas	154	Apenas 1 apresentou reação
	Sangrias terapêuticas	4	
Epidemiologia	Notificações compulsórias	274	Foram notificados acidentes de trânsito (215 - 78%), antirrábica (37 - 14%), violências (16 - 6%), animais peçonhentos (5 - 2%) intoxicação (1 - 0%)
NEPE	Instituições Parceiras	5	Ensino Superior: FIP e; Ensino Técnico: ECISA, Santo Expedito, ITEC, Residência Saúde e Vera Cruz
	Atividades de Estágio	1548	Cursos: Enfermagem, Medicina, Radiologia, Psicologia, Odontologia, Internato de Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Técnico de Enfermagem, Técnico Radiologia, Farmácia, Técnico em Farmácia, Nutrição e Visita Técnica

Fonte: Relatórios Setoriais – Anexos IV

11. PERFIL NOSOLÓGICO MENSAL

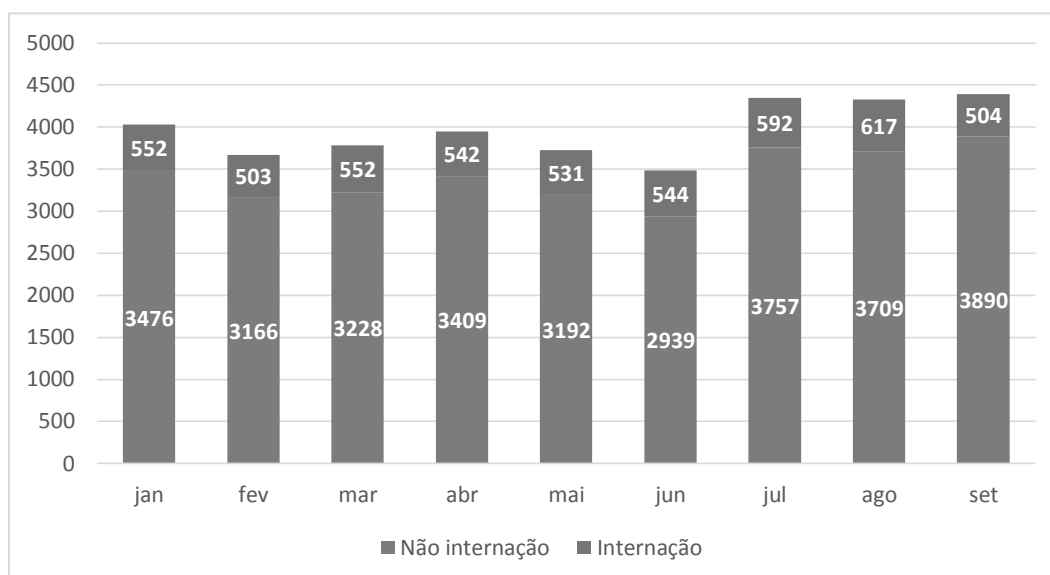
11.1 Perfil dos atendimentos

O Complexo Hospitalar Regional Dep. Janduhy Carneiro realizou **4.394** atendimentos sendo, **3.306** de urgência e emergência (U&E) e **1088**

ambulatoriais, dos quais 12% reverteram em internação. Afora isso foram feitas 491 fichas de atendimentos externos.

Os atendimentos ambulatoriais perfizeram 25% do total de atendimentos enquanto os atendimentos de urgência e emergência com 75% dos atendimentos totais. Dos 1088 atendimentos ambulatoriais, 47% corresponderam ao Hospital do Bem.

Gráfico 1: CHRDJ - Total de atendimentos, Setembro /2019



Fonte: Sistema Wareline

Quadro 1: Estratificação dos atendimentos – setembro/2019

4.394 atendimentos			
3.306 Urgência & Emergência		1088 Ambulatorial	
2.830 Sem internação	476 Com internação.	28 Com internação	1060 Sem internação
504 Internações			

Fonte: Sistema Wareline

11.2 Perfil dos usuários

Ao analisar os atendimentos por sexo, observou-se que o sexo feminino foi predominante nos atendimentos de urgência e emergência (51%) e nos atendimentos ambulatoriais (54%), mas na internação, o sexo masculino foi predominante (56%)

Gráfico 2: CHRDJ - Total de atendimentos na U&E- Setembro/19

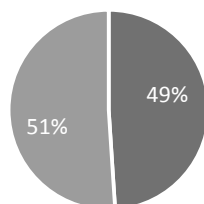


Gráfico 3: CHRDJ - Total de internações- Setembro/19

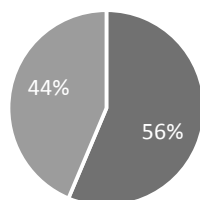
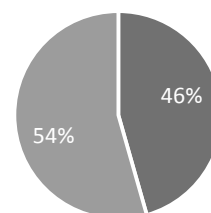


Gráfico 4: CHRDJ - Total de atendimentos ambulatoriais- Setembro/19



■ Masculino ■ Feminino

Fonte: Sistema Wareline

A faixa etária predominante, exceto na internação, foi a de 30 a 59 anos. A segunda faixa etária com maior número de atendimentos foi a partir dos 60 anos, sendo que na internação ela foi mais recorrente com 44% dos atendimentos.

Os jovens foram a terceira maior faixa etária de pessoas atendidas. As crianças (faixa etária de 0 a 11 anos) tiveram um número maior de atendimentos ambulatoriais (6%).

Gráfico 5: CHRDJ - Faixa Etária/ atendimentos na U&E Setembro/19

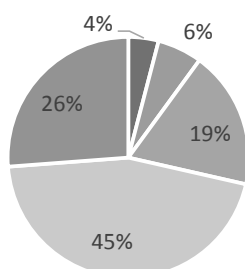


Gráfico 6: CHRDJ - Faixa Etária/Internações - Setembro/19

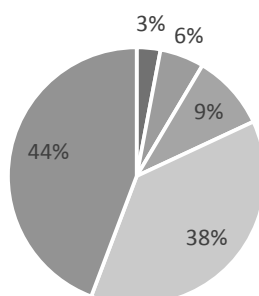
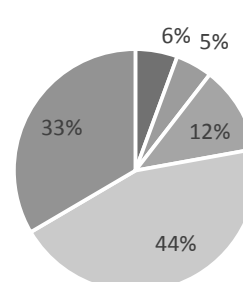


Gráfico 7: CHRDJ - Faixa Etária / atendimentos ambulatoriais - Setembro/19



■ 0 a 11 anos ■ 12 a 17 anos ■ 18 a 29 anos ■ 30 a 59 anos ■ ≥ 60 anos

Fonte: Sistema Wareline

11.3 Motivos dos atendimentos

Tabela 14: Principais motivos dos atendimentos- Setembro//2019

U&E			Internação		
DOR ABDOMINAL	378	11%	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTO	65	13%
QUEDA DA PROPRIA ALTURA	310	9%	DIFICULDADE DE RESPIRAR	63	13%
ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTO	291	9%	DOR ABDOMINAL	43	9%
CONTUSÃO DIVERSA PANCADA	187	6%	QUEDA DA PROPRIA ALTURA	39	8%
DOR NO PEITO	153	5%	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	37	7%
HIPERTENSÃO	151	5%	DOR NO PEITO	20	4%
DIFICULDADE DE RESPIRAR	143	4%	QUEDA DE NÍVEL	17	3%
DOR NA COLUNA	109	3%	DOR NA PERNA	17	3%
QUEDA DE NIVEL	101	3%	EDEMA	15	3%
DOR RENAL	94	3%	DORMENCIA/PARALISIA	13	3%

Fonte: Sistema Wareline

Observa-se na tabela acima que 50% dos motivos mais declarados pelos usuários na admissão ao serviço de urgência e emergência são os mesmos motivos das internações, sendo divergente apenas os motivos de internação para procedimento cirúrgicos de segundo tempo e eletivos, dor na perna, dormência/paralisia e edema.

No que se refere aos atendimentos ambulatoriais pouco mais de 50% foram das consultas de retorno médico dos egressos da ortopedia e 47% do Hospital do Bem.

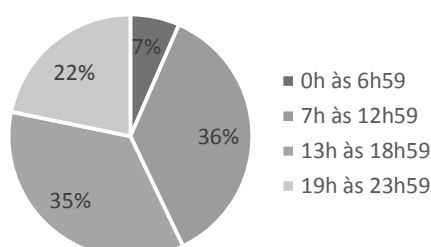
Tabela 15: Distribuição das consultas ambulatoriais, setembro/2019

ORTOPEDIA/TRAUMATO	552	51%
--------------------	-----	-----

ONCOLOGIA	514	47%
BUCO-MAXILO-FACIAL	18	2%

Fonte: Sistema Wareline

Gráfico 8: Percentual de pacientes que procuraram atendimento na U&E, segundo período de funcionamento, setembro/19



Fonte: Sistema Wareline

11.4 Perfil do Acolhimento com Classificação de Risco e atendimentos por Especialidade Médica

Do total de pacientes que procuraram o hospital, 71% procuraram no período diurno (das 7h às 19h) e 29% no período noturno (19h às 7h). No ambulatório os atendimentos foram diurnos, com maior volume (73%) pela manhã.

Em relação à classificação de risco, 66% dos pacientes foram classificados como urgência menor, onde a Clínica Médica, a Ortopedia e a Cirurgia Geral corresponderam 95% dos atendimentos.

Tabela 16: Quantidade de pacientes atendidos na U&E, segundo classificação de risco e especialidade médica, setembro/2019

ESPECIALIDADE	EMERG	URG MAIOR	URG	URG. MENOR	NÃO URG	NÃO REG.	Total Geral	
CLÍN. MÉD	35	96	492	1183	65	20	1891	57%
ORTOPEDIA	1	4	89	560	1	12	667	20%

CIR. GERAL	27	24	233	333	1	5	623	19%
BUCOMAXILO		2	8	41			51	2%
OUTROS		1	16	55	2		74	2%
TOTAL	63	127	838	2172	69	37	3306	
	2%	4%	25%	66%	2%	1%		

Fonte: Sistema Wareline

A clínica médica foi responsável por 42% dos pacientes no primeiro atendimento, a ortopedia 29% e a cirurgia geral por 9%.

Tabela 17: Distribuição percentual de internação segundo a especialidade médica, setembro/2019.

Especialidade	Número	% de interação.
CLIN. MÉD	210	42%
ORTOPEDIA	148	29%
CIR. GERAL	43	9%
NEUROLOGIA	22	4%
BUCOMAXILO	18	4%
OUTROS	63	13%

Fonte: Sistema Wareline

11.5 Perfil do Usuário por Município de Residência

Dos 4.394 pacientes atendidos no mês de setembro 1.946 foram oriundos do município de Patos e o restante, de 80 diferentes municípios da Paraíba e 10 de municípios de outros estados. Os pacientes residentes em outros municípios, representaram a maioria dos atendimentos totalizando 56%.

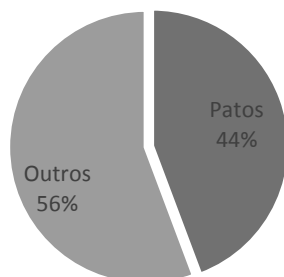
Abaixo os 10 municípios que mais acessaram o serviço, com porcentagem relativa ao universo dos 90 outros municípios fora Patos.

Gráfico 9: Percentual de pacientes segundo município de origem, setembro/19

Município	Nº de	% em relação ao
-----------	-------	-----------------

Tabela 18: Pacientes atendidos no CHRDJC, segundo município de origem, setembro/19

Fonte: Sistema Wareline



	pac.	total de outros municípios
TEIXEIRA	152	79%
MALTA	111	6%
SANTA TERESINHA	97	5%
CONDADO	96	4%
CATINGUEIRA	91	4%
SAO JOSE DO BONFIM	89	4%
SAO JOSE DE ESPINHARAS	89	4%
OLHO DAGUA	89	4%
SANTA LUZIA	82	4%
SAO BENTO	80	3%

11.6 Meio de Transporte

O meio mais utilizado pelos pacientes para chegar ao CHRDJC foi veículo próprio (26%) seguido pela “ambulância branca” – nomenclatura atribuída às ambulâncias dos municípios o com 24%, SAMU com 15%, transporte (não pago) oferecido por terceiros 12%, algum tipo de transporte pago com 9% e 7% usaram outro tipo de transporte (diferente de ambulância) oferecido pelos municípios. Ainda, 5% não utilizaram nenhum tipo de transporte.

Os transportes considerados como Outros, incluem Corpo de Bombeiros, Veículo Penitenciário, Viaturas da PM e PRF.

Tabela 19: Veículo usado para acesso dos pacientes ao CHRDJC, setembro/2019

VEÍCULO PRÓPRIO	847	26%
AMBULÂNCIA BRANCA	796	24%
SAMU	502	15%
TRANSP. DE TERCEIROS	404	12%
TRANSPORTE PAGO	304	9%
TRANSP. DE OUTROS ÓRGÃOS PÚBLICOS	235	7%
S/ TRANSP-DEAMBULANDO	155	5%
OUTROS	62	2%

Fonte: Sistema Wareline

11.7 Local de origem e regulação

Os locais de origem mais observados nos atendimentos de urgência e emergência foram própria residência com 76%, a via pública 6% e outra instituição de saúde (16%), sendo que o Hospital Infantil Noaldo Leite respondeu por quase 26% dessa demanda. Os demais, foram oriundos do local de trabalho e estabelecimento prisional e escolar e acolhimento institucional.

12. 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 período de 01 a 30 de setembro, 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.

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui