

# HOSPITAL GETÚLIO VARGAS FILHO



Relatório de Gestão referente ao período de agosto de 2013 a dezembro de 2018, em cumprimento ao CONTRATO DE GESTÃO 001/2013, celebrado entre a Fundação Municipal de Saúde de Niterói e o Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social -IDEIAS.

**RELATÓRIO DE  
GESTÃO**

**CONTRATO  
01/2013**



**EQUIPE DE GESTÃO**

**DIREÇÃO EXECUTIVA**

Dr. Rodrigo Alves Torres de Oliveira

**DIREÇÃO TÉCNICA**

Dr<sup>a</sup> Anna Esther Araújo e Silva

**DIREÇÃO ADMINISTRATIVA**

Leonardo Adalto Lopes de Almeida

**DIREÇÃO DE ENFERMAGEM**

Lyana Ribeiro Guterres

**NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA**

Mônica Pinto do Carmo

Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Maria Angélica Duarte

Angela Carvalho

**SECRETÁRIA DA DIREÇÃO**

Eliane Moreira Mathias da Costa

## RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

### DADOS GERAIS

Dr<sup>a</sup> Maria Amália Mendes Coral - Coordenação do SAME  
Mônica Pinto do Carmo - Coordenação de Emergência e Qualidade

### SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dr<sup>a</sup> Maria Amália Mendes Coral - Coordenação do SAME  
Mônica Pinto do Carmo - Coordenação de Emergência e Qualidade

### SERVIÇO DE AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Shirlei Freire da Silva – Coordenação do Ambulatório

### SERVIÇO DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Dr<sup>a</sup> Juliënne Cruz Martins - Coordenação de Internação Clínica

### GESTÃO DA QUALIDADE

Dr<sup>a</sup> Ana Ester Araújo e Silva – Direção Técnica  
Mônica Pinto do Carmo – Coordenação de Emergência e Qualidade  
Dr<sup>a</sup> Sabrina Teresinha Alvim Barreiro – Médica CCIH  
Shirlei Freire da Silva- Serviço de Orientação ao Usuário - SOU

### UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dra Cláudia Márcia Celho Guimarães de Araújo - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva

### ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO

Mônica Pinto do Carmo – Coordenação de Emergência e Qualidade  
Angela Carvalho – Consultora Técnica  
Maria Angélica Duarte – Consultora Técnica  
Gabrielle Diogo Melo – Residente em Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO .....	5
INTRODUÇÃO .....	6
PARTE I .....	7
RESULTADOS DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS.....	7
PARTE II .....	15
DADOS GERAIS E PRODUÇÃO ASSISTENCIAL .....	15
1. DADOS GERAIS .....	16
PARTE III .....	24
INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO .....	24
2. INDICADORES DA EMERGÊNCIA .....	25
3. INDICADORES DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES.....	34
4. INDICADORES DA CLÍNICA MÉDICA .....	37
5. INDICADORES DA UTI.....	41
6. INDICADORES DE QUALIDADE .....	43
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	50

## APRESENTAÇÃO

Este relatório destina-se a apresentação das principais ações na execução do Contrato de Gestão 001/2013, celebrado entre o Instituto de Desenvolvimento Social e Ação Social – IDEIAS - e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói, tendo como objeto o planejamento, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Getúlio Vargas Filho. Aqui estão compreendidas as realizações institucionais contratualizadas para o período de agosto de 2013 a dezembro de 2018. Os resultados alcançados no período foram integrados com foco na prestação de serviços assistenciais à população e no desempenho técnico-operacional.

Abaixo serão apresentados os resultados de cada indicador referente às metas pactuadas na Avaliação de Desempenho do Contrato resumidos no quadro "**Resultados dos Indicadores de Acompanhamento, Avaliação e Metas**", ressaltando que ao longo dos 60 meses do contrato, foram feitas algumas alterações no que diz respeito aos indicadores contratuais e metas.

## INTRODUÇÃO

O Instituto de Desenvolvimento Social e Ação Social – IDEIAS - é uma instituição privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social no município de Niterói, onde atua em parceria com a administração pública, visando contribuir para consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8.080/90.

Em 2013, foi celebrado o Contrato de Gestão nº 01/2013 entre o IDEIAS e a Fundação Municipal de Saúde de Niterói tendo como objeto o planejamento, gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde no Hospital Getúlio Vargas Filho, estando amparado no âmbito da administração pública pela Lei Federal nº 9.637/98 e pela Lei Municipal nº 2.884, de 29 de dezembro de 2011.

A prorrogação do Contrato de Gestão nº 01/2013, mediante celebração do Termo Aditivo celebrado em 2016, prevista na Cláusula Décima Sétima (DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO), baseou-se nos preceitos dispostos no art. 8º, VII, do Decreto nº 11.101/2012, justificou-se pelos resultados gerenciais alcançados nos 30 meses de vigência do Contrato. Com a finalidade de dar continuidade aos serviços assistenciais prestados à população, foram adequados os objetivos e metas de produção, assim como os recursos financeiros, visando garantir a efetiva implantação de serviços e ampliação do perfil tecnológico e assistencial do Hospital Getulio Vargas Filho.

No 2º Termo Aditivo, todas as metas foram revistas e pactuadas com o gestor municipal, referentes ao Plano de Ações e resultados com vistas a garantir o desenvolvimento da unidade de saúde no que diz respeito à oferta de serviços e o atendimento às necessidades locais.

Para o alcance dos objetivos propostos no Termo Aditivo foram planejadas três etapas:

Etapa I	<p><b>Objetivo:</b> Atualizar ferramentas de avaliação de desempenho e estruturar o projeto para o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato de Gestão.</p> <p><b>Período:</b> 01 de fevereiro de 2013 a 31 de maio de 2016.</p> <p><b>Condições:</b> Garantia do pleno funcionamento das atividades da unidade, incluindo a manutenção do perfil de produção assistencial, considerando, contudo, a estrutura física então vigente.</p>
Etapa II	<p><b>Objetivo:</b> Adequar as atividades da unidade ao novo perfil tecnológico assistencial, ampliação e adequação física da Emergência, abertura de Centro Cirúrgico e da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, além da ampliação de leitos de Clínica Cirúrgica em regime de Hospital-Dia.</p> <p><b>Período:</b> 01 de junho de 2016 a 31 de julho de 2017.</p> <p><b>Condições:</b> Aumento das metas de atendimento e dos recursos humanos e consequentemente o aumento do custo de manutenção do hospital, bem como, inovações e desenvolvimento de processos de Governança para qualificação e otimização dos serviços prestados.</p>
Etapa III	<p><b>Objetivo:</b> Dar continuidade aos serviços assistenciais prestados.</p> <p><b>Período:</b> A partir de 01 de agosto de 2017</p> <p><b>Condições:</b> Qualificação e consolidação do novo perfil assistencial do hospital.</p>

Neste documento estão reunidas informações relativas à produção assistencial e aos indicadores de desempenho pactuados, apresentando uma visão geral da atividade hospitalar, em termos de volume de produção, perfil de complexidade e o desempenho hospitalar. Ainda serão disponibilizados aqui elementos de análise que contextualizam o grau de alcance das metas e o gerenciamento dos objetivos definidos.

Os resultados aqui apresentados devem ser analisados à luz do dinamismo imposto pelas mudanças estruturais da unidade de saúde, considerando os impactos gerados pela incorporação de novas tecnologias e equipes técnicas. Neste contexto, os resultados dos indicadores contratualizados foram adquirindo, ao longo do período previsto no Termo Aditivo, novas configurações dadas pelas condições das duas etapas da proposta.

Há ainda que se ater ao cenário geopolítico do estado do Rio de Janeiro que tem se apresentado em profunda crise. Ainda que a unidade absorva toda a demanda de Niterói, orientada pela Central de Regulação da FMS, a unidade vem recebendo em sua Emergência, muitos pacientes provenientes de outros municípios em razão da falta ou escassez de atendimento. Os dados apresentados neste relatório poderão expor tal afirmativa.

## **PARTE I**

# **RESULTADOS DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS**

Quadro 1: Serviço de Urgência e Emergência

Painel de Indicadores Hospital Getúlio Vargas Filho	2013					2014											
	Ag o	Se t	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Tempo de espera para a classificação de risco			7	10	7	6	8	9	7	8	9	10	12	8	7	8	7
Tempo de espera para atendimento médico (Vermelho)																	
Tempo de espera para atendimento médico (Amarelo)																	
Tempo de espera para atendimento médico (Verde)																	
Tempo de espera para atendimento médico (Azul)																	
Taxa de Ocupação Sala Vermelha			63,7 %	43,5 %	23,0 %	16,0 %	19,0 %	22,0 %	46,0 %	92,0%	99,0%	95,0%	98,0%	39,0 %	23,0 %	33,0 %	46,0 %
Taxa de Ocupação Sala Amarela			71,5 %	23,1 %	49,0 %	46,0 %	34,0 %	37,0 %	47,0 %	116,0 %	102,0 %	110,0 %	112,0 %	62,0 %	34,0 %	36,0 %	25,0 %
Tempo de Permanência Sala Vermelha						11	41	48	72	120	96	72	48	72	48	72	48
Tempo de Permanência Sala Amarela						24	22	24	24	48	48	24	24	24	24	24	24
Taxa de reconsulta em 36 horas					2%	6%	6%	7%	5%	6%	5%	5%	6%	6%	5%	4%	5%

2015												2016											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
7	6	15	12	30	15	11	10	10	8	11	9	11			9	7	5	5	7	10	8	8	7
													0	7	0	0	0	15	0	0	10	9	0
													32	46	42	22	73	61	9	9	45	33	36
													62	97	76	66	150	146	57	60	103	77	83
													0	121	130	130	193	197	100	115	111	98	89
30,0 %	28,0 %	26,0 %	52,0 %	100,0 %	45,0 %	51,0 %	30,0 %	34,0 %	19,0 %	33,0 %	41,0 %	13,0 %	23,0 %	65,0 %	66,0%	97,0%	97,5%	98,5%	35,0 %	42,0%	15,0 %	36,0 %	26,6 %
27,0	42,0	31,0	49,0	71,0%	66,0	80,0	41,0	51,0	51,0	46,0	53,0	40,0	54,0	81,0	216,0	121,0	275,0	438,0	84,4	100,0	87,2	72,0	26,8

# IDEIAS

%	%	%	%		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
96	72	48	72	72	72	96	48	24	72	72	96	72	2	3	4	6	5,48	5,3	2	3	1,7	2	1,75	
24	24	24	24	24	24	24	24	72	24	24	24	24	48	72	96	144	132	127	48	72	41	48	42	
6%	5%	5%	5%	6%	5%	1%	5%	5%	7%	5%	6%	5%	4%	7%	8%	6%	5%	5%	6%	5%	6%	6%	5%	

2017												2018											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
7	7	6	9	10	7	9	8	9	7	9	8	9	8	10	10	9	9	8	9	8	8	9	7
63	0	67	13	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	21	23	43	49	38	23	18	20	23	26	23	26	26	51	57	66	41	37	24	29	31	32	27
76	47	63	132	141	101	63	42	47	55	63	49	57	53	121	148	167	94	50	59	68	84	75	61
37	39	23	228	122	73	14	26	56	45	53	57	63	48	63	87	61	78	72	37	45	51	75	58
28,2 %	22,3 %	35,7 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0 %
30,8 %	93,4 %	50,3 %	123,3 %	169,0 %	163,6 %	145,0 %	116,1 %	107,0 %	102,5 %	165,0 %	69,0 %	48,0 %	67,0 %	89,3 %	180,0 %	170,0 %	167,0 %	191,6 %	125,4 %	115,3 %	71,0 %	48,0 %	49,0 %
2,73	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66	24	24	55	67	54	52	55	52	62	91	49	31	58	65	70	65	48	70	48	46	34	31	36
5%	4%	4%	5%	6%	4%	5%	7%	6%	5%	5%	5%	4%	5%	5%	5%	6%	5%	4%	4%	4%	4%	3%	5%

Painel de Indicadores Hospital Getúlio Vargas Filho	2013					2014												
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
<b>Índice de faltosos</b>																		
<b>Proporção de consulta de 1ª vez</b>													70%	70%	62%	76%	30%	36%

2015												2016											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
59%	71%	0%	58%	51%	37%	70%	63%	65%	64%	70%	68%		54%	61%	33%	37%	30%	26%	26%	34%	39%	9%	42%
10%	18%	3%	5%	14%	19%	14%	19%	27%	18%	21%	30%	24%	12%	13%	15%	21%	27%	5%	26%	28%	29%	15%	21%

2017												2018											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
28%	35%	36%	37%	35%	52%	39%	36%	40%	39%	37%	37%	33%	33%	35%	34%	38%	38%	33%	33%	33%	38%	52%	37%
14%	28%	26%	18%	20%	25%	20%	24%	26%	24%	26%	27%	32%	25%	27%	30%	24%	29%	32%	28%	31%	26%	42%	20%

Quadro 3: Serviço de Internação Clínica

Painel de Indicadores Hospital Getúlio Vargas Filho	2013					2014											
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
<b>Taxa de Ocupação Internação -Clínica Médica</b>			86,90%	150%	72%	71%	60%	109%	76%	131%	114%	85%	82%	88%	76%	76%	62%
<b>Tempo Médio de Permanência - Internação Clínica Médica</b>			5,7	10,6	9,0	5,0	5,0	9,0	5,0	7,0	7,0	8,0	6,0	6,0	7,0	6,0	5,0
<b>Taxa de mortalidade hospitalar</b>			1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Taxa de mortalidade institucional (&gt;24h)</b>			0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%

2015												2016											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
80%	68%	69%	93%	100%	100%	100%	100%	77%	93%	94%	91%	83	70%	78%	129%	148%	160%	184%	130%	133%	86%	81%	86%
4,0	3,0	5,0	6,0	5,0	6,0	7,0	5,0	7,0	7,0	7,0	6,0	6,5	6,0	7,0	3,0	3,0	7,2	8,5	5,9	4,0	4,3	4,0	5,9
0,0%	0,7%	1,0%	2,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,7%	0,3%	0,9%	1,3%	0,6%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,3%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

2017												2018											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
80%	82%	87%	92%	102 %	101 %	101,8 %	95,8 %	85%	91,1 %	93,7 %	82,3 %	88,9 %	89%	98,5 %	100 %	97%	99,80 %	97,50 %	88%	96%	92%	89%	91 %
5,8	5,8	5,4	5,9	5,1	5,7	5,7	5,8	4,9	6,7	6,1	4,2	5,0	7,1	5,2	4,7	5,5	4,5	5,8	4,0	5,6	5,6	5,0	5,4
0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	2,7%	0,0%	2,3%	2,5%	2,0 %	0,0%	0,5%	2,2%	1,2%	0,8 %	1,1%	1,2%	0,4 %	81,0%	1,8%	2,0 %	0,0 %	0,5 %	1,2 %	1%
0,0 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	1,7%	0,0%	0,5%	0,0%	0,6 %	0,0%	0,5%	1,6%	1,2%	0,8 %	1,1%	1,2%	0,4 %	0,4%	0,9%	0,0 %	0,0 %	0,5 %	1,2 %	1%

## Quadro 4: Centro de Terapia Intensiva

Painel de Indicadores Hospital Getúlio Vargas Filho	2013					2014							2015							2016										
	A g o	S e t	O u t	N o v	D e z	J a n	F e v	M a r	A b r	M a i	J u n	J u l	A g o	S e t	O u t	N o v	D e z	J a n	F e v	M a r	A b r	M a i	J u n	J u l	A g o	S e t	O u t	N o v	D e z	
<b>Taxa de Ocupação CTI</b>																														
<b>Tempo Médio de Permanência CTI</b>																														

2017												2018											
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
		40%	84%	94%	76%	66%	53,8%	60,6%	62%	83%	50,3%	88,9%	64,6%	57,4%	66%	90%	78,7%	85%	62,20%	63%	51%	56%	49%
		4,3	11,6	13,0	10,0	8,9	11,1	10,7	11	8	6,7	8,7	11,3	5,9	3,8	4,9	9	10,6	9,6	6,7	5,1	8,7	6,6





**PARTE II**  
**DADOS GERAIS E PRODUÇÃO ASSISTENCIAL**

## 1. DADOS GERAIS

### 1.1. DADOS DA UNIDADE

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS FILHO
<b>Localização:</b> Rua Teixeira de Freitas, s/n – Fonseca - Tel: (21)2627-1525
<b>Município:</b> Niterói
<b>UF:</b> Rio de Janeiro
<b>Categoria do Hospital:</b> Pediátrico com Emergência Clínica, Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirurgico e Ambulatório de Especialidade
<b>Região Metropolitana II:</b> Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim
<b>CNES:</b> 012599
<b>CNPJ:</b> 32556060002800
<b>Esfera Administrativa:</b> Gerido pelo Instituto IDEIAS – Organização Social sem fins lucrativos, desde 01 de agosto de 2013. Contrato de Gestão nº 01/2013

Reconhecido como Hospital de destacada importância no Plano Diretor Hospitalar Municipal, o Hospital Getúlio Vargas Filho, fundado em 1953, localizado no bairro do Fonseca, zona norte de Niterói, é atualmente o Hospital de referência em atendimento pediátrico de emergência e internações clínico-pediátricas do município e demais municípios da Região Metropolitana II, configurando-se hoje como uma unidade central na atenção à infância.

A unidade tem se consolidado nos últimos meses como estratégica na assistência pediátrica regional através inauguração da nova emergência, em junho de 2016. A emergência do HGVF foi estruturada atendendo as diretrizes da Política Nacional da Rede de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, considerando a avaliação do risco na definição de prioridade dos atendimentos, através do dispositivo de Classificação de Risco.

Em abril de 2017, ao HGVF ainda foram incorporados o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica que atuam como suporte para os atendimentos de maior complexidade aos pacientes que necessitem de cuidados continuados e intensivos oriundos da emergência e internação da própria unidade ou referenciados através da Central deRegulação.

A nova configuração tecnológica da unidade lhe confere condições para fazer frente às necessidades de saúde dadas pela evolução epidemiológica no Brasil nas últimas décadas, caracterizada pela redução da incidência e mortalidade de doenças infecciosas e a coexistência de algumas condições agudas e crônicas. Desta forma, o sistema de saúde, através de suas unidades assistências, deve estar adequado para prover cuidados à pacientes com necessidades de cuidados emergenciais, assim como, pacientes com necessidades de cuidados prolongados e intensivos.

O HGVF, que até 2017 caracterizava-se por atender demanda de baixa e média complexidade, teve seu perfil assistencial rapidamente alterado verificando um aumento tanto na complexidade quanto no volume dos atendimentos. Vale lembrar que, além da emergência clínica (porta aberta), do UTI e Centro Cirurgico, o HGVF possui ambulatório de especialidades médicas e leitos de internação.

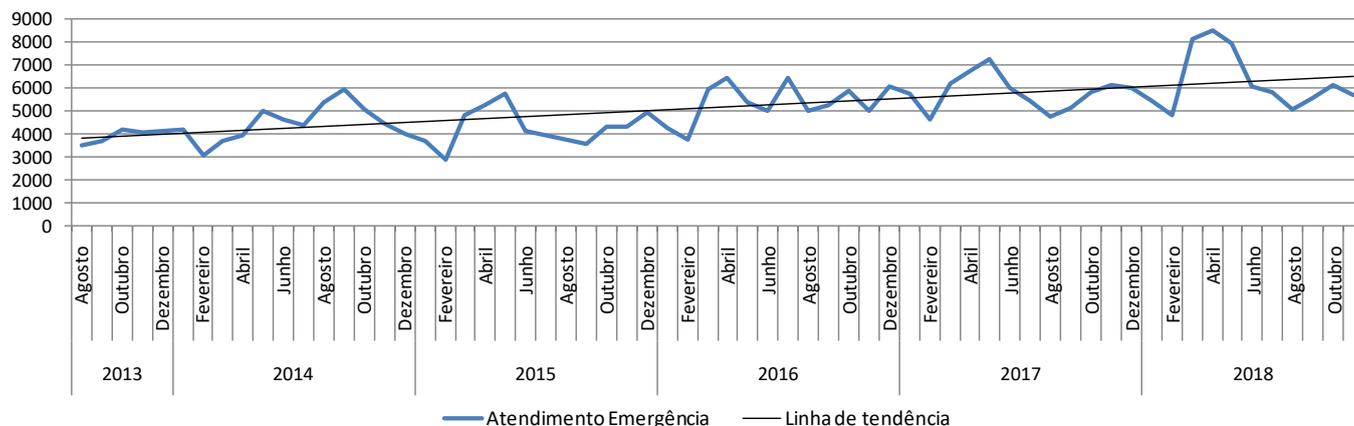
Em relação às metas assistenciais pactuadas verifica-se no quadro demonstrativo exposto a seguir, que na emergência a meta foi alcançada em todo o período analisado, assim como na internação. No ambulatório a produção de consultas está diretamente relacionada aos agendamentos realizados pela Central de Regulação, não estando assim sob a governabilidade da unidade de saúde.

SERVIÇO	CARACTERÍSTICAS
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	Estruturado para atender a partir do Dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco 10 leitos de Sala Amarela, sendo 02 de isolamento 02 leitos de Estabilização
<b>AMBULATÓRIO</b>	Estruturado para atendimentos médicos e multiprofissionais nas seguintes áreas: Alergologia Dermatologia Pneumologia Nefrologia Ortopedia Cardiologia Neurologia Hematologia Cirurgia Geral Cirurgia Plástica Pós-consulta Otorrinolaringologia Anemia Falciforme
<b>ENFERMARIA</b>	25 leitos (02 isolamentos) - a partir de janeiro de 2015, quando foram desativados 05 leitos em função da obra realizada para a construção da “nova emergência”.
<b>CTI PEDIÁTRICO</b>	10 leitos, sendo 01 de isolamento.
<b>CENTRO CIRURGICO</b>	02 Salas Cirúrgicas ativas

## 1.2 ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

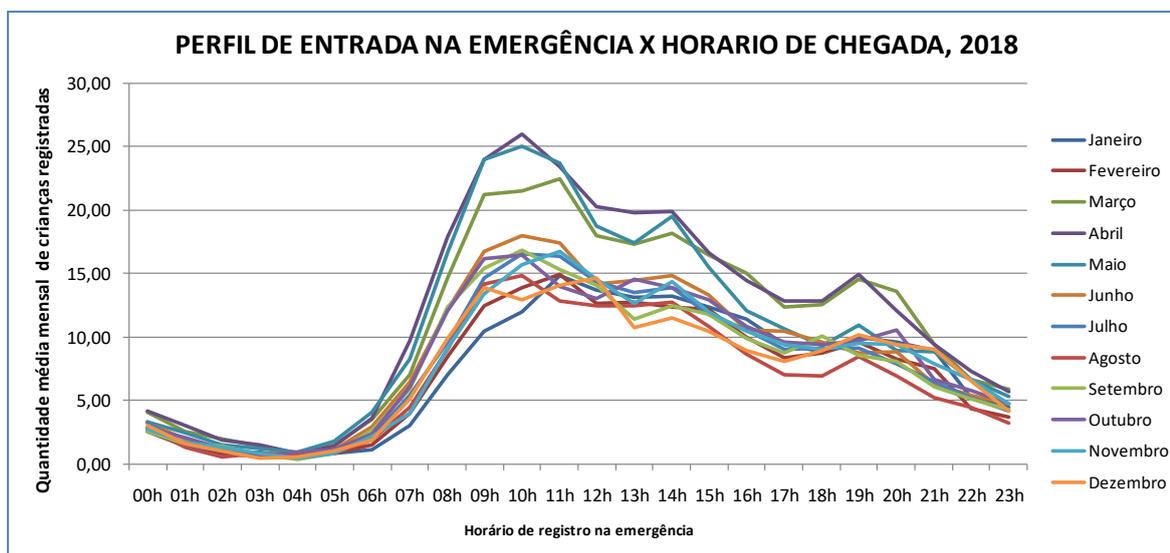
ATENDIMENTO EMERGÊNCIA HGVS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013								3546	3723	4217	4123	4156
2014	4254	3107	3755	3960	5045	4674	4453	5451	5967	5081	4457	4070
2015	3713	2923	4859	5326	5775	4151	3968	3794	3619	4346	4369	4988
2016	4286	3785	5976	6482	5394	5022	6504	5062	5325	5928	5050	6097
2017	5782	4665	6232	6804	7268	6028	5465	4793	5181	5840	6189	6068
2018	5495	4831	8157	8548	8016	6125	5830	5090	5599	6147	5709	5564

### Atendimento Emergência



A série histórica 2013-2018 mostra tendência de aumento no número de atendimentos na emergência, ainda apontando picos de atendimento no período de sazonalidade das doenças do aparelho respiratório (Abril-Junho). Vale a pena salientar o aumento significativo na quantidade de atendimentos na emergência de 2015 para 2016 (25%), marca da inauguração da nova emergência, mas que ainda nos anos subseqüentes, mesmo sem aumento da capacidade instalada, o HGVF ainda mantém aumento de quase 10% no número de atendimentos, demonstrando a consolidação dos processos de trabalho na Emergência. Assim observa-se que mesmo com o aumento significativo dos atendimentos na Emergência houve, contudo tendência de diminuição do tempo de espera para o atendimento médico dos pacientes (que será descrito com mais detalhes ao longo do relatório), demonstrando uma potencial melhora na efetividade dos serviços prestados.

### PERFIL DE ENTRADA NA EMERGÊNCIA X HORARIO DE CHEGADA, 2018



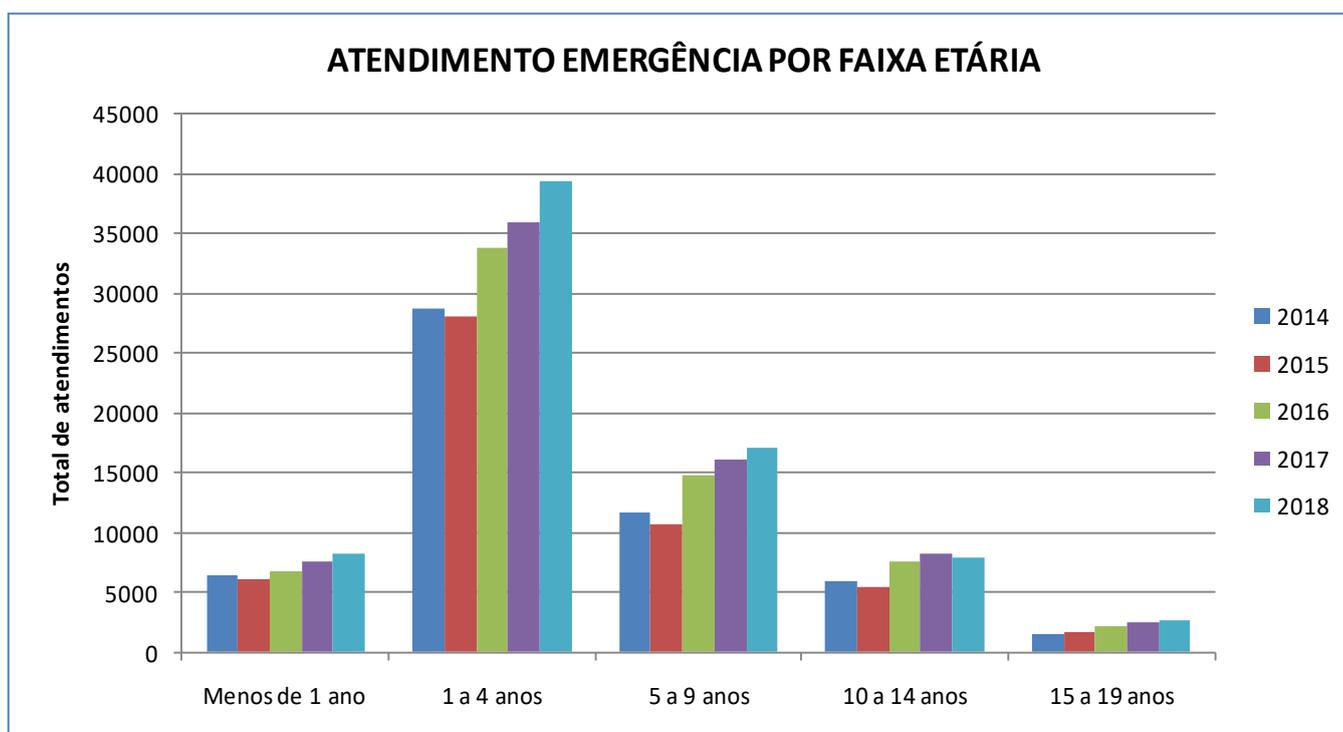
O hospital possui uma emergência 24h, porta aberta, com perfil de entrada que se repete pelos anos, com pico de chegada entre as 9h e 15h, com tendência de diminuição a partir daí. A observação de tal constatação, realizada em Fevereiro de 2017, possibilitou rearranjos nas equipes e otimização do atendimento ao paciente.

### 1.3 ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA(EMERGÊNCIA)

A faixa etária de 0 a 04 anos foi a que gerou um maior número de atendimentos de emergência no período analisado, e deste total, destacamos o crescente aumento relacionado aos atendimentos de crianças na faixa etária de 0 a 01 ano nos últimos meses.

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA					
	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Menos de 1 ano</b>	6.475	6.001	6.665	7.564	8.208
<b>01 a 04 anos</b>	28.677	28.097	33.880	36.019	39.468
<b>05 a 09 anos</b>	11.717	10.648	14.728	16.094	17.005
<b>10 a 14 anos</b>	5.917	5.474	7.566	8.134	7.830
<b>15 a 18 anos</b>	1.436	1.575	2.093	2.517	2.652

Fonte: Sistema de Informações Klinikos



## 1.4 ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

Atendimento Ambulatorial 2013															
ESPECIALIDADES	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. GERAL	C. PLÁST	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATO	NEFRO	NEURO	ORL	ORTOPEDIA	PNEUMO	TOTAIS
AGOSTO	357	48	113	117	17	76	68	51	69	85	237	0	92	56	1386
SETEMBRO	52	50	100	62	16	48	45	44	53	75	209	*	64	67	885
OUTUBRO	104	95	134	*	11	65	37	83	0	70	191	*	66	112	968
NOVEMBRO	91	38	107	*	26	65	21	65	61	89	138	*	83	114	898
DEZEMBRO	103	31	96	*	23	77	44	42	53	89	156	*	45	87	846

Atendimento Ambulatorial 2014															
ESPECIALIDADES	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. GERAL	C. PLÁST	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATO	NEFRO	NEURO	ORL	ORTOPEDIA	PNEUMO	TOTAIS
JANEIRO	146	66	86	26	27	67	96	89	0	0	150	*	64	0	817
FEVEREIRO	95	80	85	17	26	51	57	55	65	118	139	*	77	113	978
MARÇO	106	64	79	14	31	83	66	54	64	111	138	*	69	67	946
ABRIL	105	72	122	23	28	72	38	63	41	92	108	35	75	131	1005
MAIO	101	73	112	22	48	95	86	11	63	93	207	94	0	176	1181
JUNHO	143	77	84	14	31	75	45	75	64	82	148	98	76	118	1130
JULHO	160	105	102	20	17	63	102	89	71	104	0	139	68	197	1237
AGOSTO	88	77	96	30	35	87	111	74	71	91	153	139	67	0	1119
SETEMBRO	145	78	105	15	71	47	102	102	79	79	181	152	82	139	1377
OUTUBRO	230	98	103	34	0	152	126	113	54	107	165	160	79	146	1567
NOVEMBRO	144	17	0	24	45	102	0	62	50	73	189	104	62	104	976
DEZEMBRO	108	28	120	16	45	68	112	67	59	64	149	96	61	111	1104

Atendimento Ambulatorial 2015															
AMBULATORIO	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. GERAL	C. PLÁST	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATO	NEFRO	NEURO	ORTOPEDIA	ORL	PNEUMO	TOTAIS
JANEIRO	125	57	75	20	63	79	59	59	0	9	104	53	37	0	740
FEVEREIRO	106	57	67	9	33	43	81	41	63	63	146	42	100	97	948
MARÇO	146	85	96	22	85	125	36	78	78	82	0	77	139	129	1178
ABRIL	162	79	81	15	50	91	63	93	49	56	146	36	106	119	1146
MAIO	*	73	82	19	48	111	103	21	52	79	158	13	113	146	1018

JUNHO	14	55	91	0	28	114	59	65	66	62	148	69	137	132	1040
JULHO	146	71	114	0	35	138	97	111	0	75	0	60	158	167	1172
AGOSTO	147	26	79	0	79	72	84	93	74	70	172	77	124	120	1217
SETEMBRO	183	70	119	0	0	149	121	64	68	67	191	68	153	198	1451
OUTUBRO	67	75	89	0	68	121	105	31	46	71	160	90	79	122	1124
NOVEMBRO	66	4	65	0	30	121	25	0	75	78	148	55	134	185	986
DEZEMBRO	143	45	87	0	44	93	90	46	57	74	0	44	111	183	1017

Atendimento Ambulatorial 2016														
AMBULATORIO	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. PLÁST	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATIO	NEFRO	NEURO	ORTOPEDIA	ORL	PNEUMO	TOTAIS
JANEIRO	114	51	70	77	93	106	63	0	0	150	58	48	0	830
FEVEREIRO	116	46	64	68	57	76	20	68	83	32	54	110	60	854
MARÇO	107	68	87	83	100	83	93	84	91	199	98	132	198	1.423
ABRIL	101	82	32	54	113	107	85	47	71	147	89	121	173	1.222
MAIO	0	57	117	51	125	93	54	67	98	145	0	130	214	1.151
JUNHO	131	87	100	37	157	16	88	60	91	169	116	192	223	1.467
JULHO	0	82	106	49	0	129	93	45	59	26	47	99	129	864
AGOSTO	0	83	110	69	111	107	109	49	57	137	80	55	179	1.146
SETEMBRO	0	43	89	34	136	116	13	114	95	180	106	189	141	1.256
OUTUBRO	0	55	72	55	130	76	44	69	94	161	91	186	162	1.195
NOVEMBRO	0	60	96	33	114	60	85	54	78	154	66	145	143	1.088

Atendimento Ambulatorial 2017															
AMBULATORIO	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. PLÁST	C. GERAL	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATO	NEFRO	NEURO	ORTOPEDIA	ORL	PNEUMO	TOTAIS
JANEIRO	0	35	73	90	-	136	95	87	0	24	27	65	41	0	673
FEVEREIRO	30	55	91	66	-	94	62	48	63	76	137	91	140	104	1057
MARÇO	119	60	98	98	-	127	112	59	65	115	154	115	167	137	1616
ABRIL	106	31	99	66	-	107	80	65	40	88	118	94	132	133	1346
MAIO	130	38	133	62	-	134	108	29	83	95	189	22	139	186	1561
JUNHO	155	24	96	68	-	110	84	126	49	114	169	125	131	166	1561
JULHO	135	49	29	55	-	0	66	83	56	104	135	118	139	171	1298
AGOSTO	106	55	134	73	101	179	117	111	67	91	0	114	187	169	1504
SETEMBRO	127	47	101	60	80	154	80	84	56	84	148	109	123	163	1534
OUTUBRO	85	40	134	75	94	149	113	42	63	92	149	114	169	149	1661
NOVEMBRO	98	40	54	51	79	130	59	92	70	88	176	89	120	126	1396
DEZEMBRO	32	45	89	70	133	106	117	75	65	112	151	111	128	134	1504

Atendimento Ambulatorial 2018															
AMBULATÓRIO	ALERGIA	A. FALC	CARDIO	C. PLÁST	C. GERAL	DERMATO	ENDOCRINO	FOLLOW UP	HEMATO	NEFRO	NEURO	ORTOPEDIA	ORL	PNEUMO	TOTAIS
JANEIRO	138	58	124	48	157	142	106	63	11	46	FÉRIAS	97	34	67	1091
FEVEREIRO	76	36	73	62	76	50	91	61	76	71	143	102	136	116	1169
MARÇO	148	41	81	63	172	82	119	88	61	123	135	111	130	143	1497
ABRIL	116	66	92	68	226	138	80	120	67	74	156	70	117	145	1535
MAIO	162	18	86	82	191	126	97	10	106	120	145	65	111	107	1426
JUNHO	160	38	79	68	207	150	51	130	77	81	164	125	106	118	1554
JULHO	20	52	49	60	182	0	94	120	49	86	138	139	73	172	1234
AGOSTO	196	62	108	39	233	192	139	155	70	134	0	145	183	162	1818
SETEMBRO	180	58	104	58	226	187	113	109	69	121	159	132	166	146	1828
OUTUBRO	151	51	74	75	236	153	76	72	74	133	149	115	152	186	1697
NOVEMBRO	119	51	81	51	180	101	79	64	87	88	131	98	84	121	1335
DEZEMBRO	45	52	88	66	180	118	67	78	89	82	135	96	108	103	1307

Fonte: SAME e Faturamento HGVF

### 1.5 Atendimento Equipe Multidisciplinar

Atendimento Equipe Multiprofissional						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fisioterapia		4432	5984	7200	7837	9996
Fonoaudiologia		1393	1793	2013	1659	1690
Psicologia		4215	5561	5975	4654	3813
Odontologia		1313	1694	1780	1697	1692
Enfermagem		8306	9765	9611	9843	10914
Serviço Social		4655	5696	6544	9843	6968

Fonte: SAME e Faturamento HGVF, com exceção do Serviço de Nutrição no qual a fonte é o relatório do próprio setor.

### 1.6 Serviços de Apoio Diagnóstico

A realização de exames de imagem atende as necessidades clínicas dos pacientes atendidos estando assim sujeitas a variações. O HGVF oferece os seguintes serviços de apoio diagnóstico: laboratório de Análises Clínicas e Raio-X, Ultrassonografia e Ecocardiografia, para o atendimento aos pacientes na Emergência, Internados e no Ambulatório de Especialidades. Observa-se (quadros a seguir) aumento da produção no período analisado, coerente com o

aumento de atendimentos.

### 1.7 Serviço de Laboratório

Verifica-se um aumento na demanda de exames relacionada ao aumento do número de atendimentos na emergência.

Análises Clínicas						
Exame	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Exames laboratoriais</b>		41.612	57.633	67.801	92.348	109.828

Fonte: Relatório Laboratório JVA Serviços Médicos e Diagnósticos – EIRELI

### 1.8 Serviço de Imagem e Métodos Gráficos

Também nos exames de imagem é possível observar um aumento na demanda. Este acréscimo de pedidos pode ser atribuído também à complexidade e aumento de volume de atendimentos da unidade.

Serviço de Imagem e Métodos Gráfico						
Exame	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ecocardiograma</b>		323	595	558	503	577
<b>Eletrocardiograma</b>		182	392	395	286	289
<b>Eletroencefalograma</b>		0	0	0	12	216
<b>Ultrassonografia</b>		640	956	1.305	1.458	1.053
<b>Raio X</b>		17.083	17.658	20.259	22.972	27.758

Fonte: SIASUS e Relatório Laboratório JVA Serviços Médicos e Diagnósticos – EIRELI

**PARTE III**  
**INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**  
**DE DESEMPENHO**

## 2. INDICADORES DA EMERGÊNCIA

### 2.1 Tempo de Espera para Classificação de Risco

#### FICHA I – Tempo de Espera para Classificação de Risco

**Meta:** < 10 minutos

**Método de Cálculo:**

Soma dos tempos de espera dos pacientes medido entre acolhimento e a classificação de risco pelo enfermeiro dividido pelo número de pacientes acolhidos.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

Suscetível às variações e distorções dadas pelo grande volume de pacientes de baixa complexidade.

**Objetivo e Uso:**

Indicador operacional que possibilita a mensuração do tempo entre a chegada do usuário à emergência e a avaliação da equipe de enfermagem do risco da sua patologia e estabelecimento a prioridade do atendimento, procurando garantir o adequado fluxo de atendimento a pacientes considerando a gravidade.

Sua mensuração e monitoramento possibilita a avaliação da agilidade do atendimento, que é estabelecido por meio do uso de Protocolo de Classificação de Risco priorizando o atendimento sob a ótica de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Indicador pode ainda ajudar na avaliação da qualidade da assistência a partir da celeridade ao diagnóstico e tratamento específico para a condição do paciente.

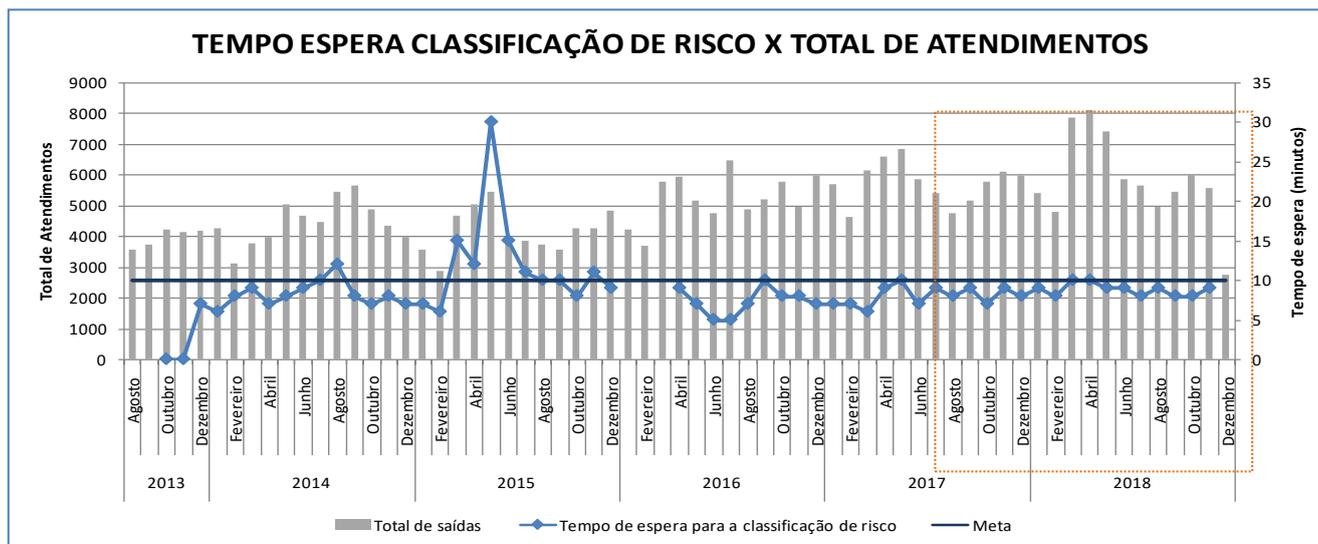
Monitora a qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde.

**Análise e Resultado:**

De acordo com a série histórica o HGVF alcançou a meta estabelecida em contrato e observa-se manutenção desta, o que demonstra a organização do processo de trabalho no acolhimento ao usuário que chega e a sua consolidação. Vale ainda destacar que independente da variação no volume de atendimentos na emergência, a criança é classificada dentro dos 10 minutos esperados. Considerando-se os usos desse indicador para gestão dos serviços na Emergência, recomenda-se a permanência do indicador como meta de desempenho.

**Fontes de Dados:** Registro do Acolhimento.

Gráfico 1. Série histórica Tempo de Espera para Classificação de risco



Fonte: Registro do Acolhimento/Supervisão de Enfermagem

## 2.2. Tempo de Espera para Atendimento Médico

### Ficha II - Tempo de Espera para Atendimento Médico

#### Meta:

Vermelho - 0 min.

Verde - até 60 min.

Amarelo - até 30 min.

Azul - até 120 min.

#### Método de Cálculo:

Soma dos tempos de espera dos pacientes, medido entre a classificação de risco atendimento médico/ pelo nº total de pacientes atendidos.

#### Limitações do Indicador (aspectos gerais):

- 1) Podem ocorrer problemas no registro de entrada e não entre a classificação e o atendimento, podendo o usuário ser atendido dentro do tempo previsto, entretanto, o registro ser feito no sistema após os primeiros cuidados.
- 2) A distribuição dos tempos de espera é assimétrica, ao longo do dia, ou seja, uma pequena percentagem de atendimentos pode apresentar tempos de espera mais alongados. Há também variações sazonais podendo ocorrer significativas diferenças do número de atendimento ao longo do ano, impactando do tempo de espera. Assim recomenda-se associar esse indicador da **média** ao indicador da **mediana**.

#### Objetivo e Uso:

O atendimento na EMERGÊNCIA considera o grau de sofrimento ou de agravos e riscos à saúde de cada usuário na priorização do atendimento e utiliza o critério de CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, priorizando, portanto, o atendimento a pacientes de maior gravidade.

A Classificação dar-se por graduação potencial de risco à saúde seguindo as seguintes ponderações por cores: vermelho, emergência caracterizado por casos muito graves necessitando de atendimento imediato; amarelo, urgência; verde, menos urgente; azul, não caracterizado como atendimentos de urgência.

O Indicador do tempo de espera analisa, pois, o desempenho nos serviços de Urgência e Emergência e monitoramento da qualidade da assistência, subsidiando a tomada de decisão para ações pela efetividade do cuidado.

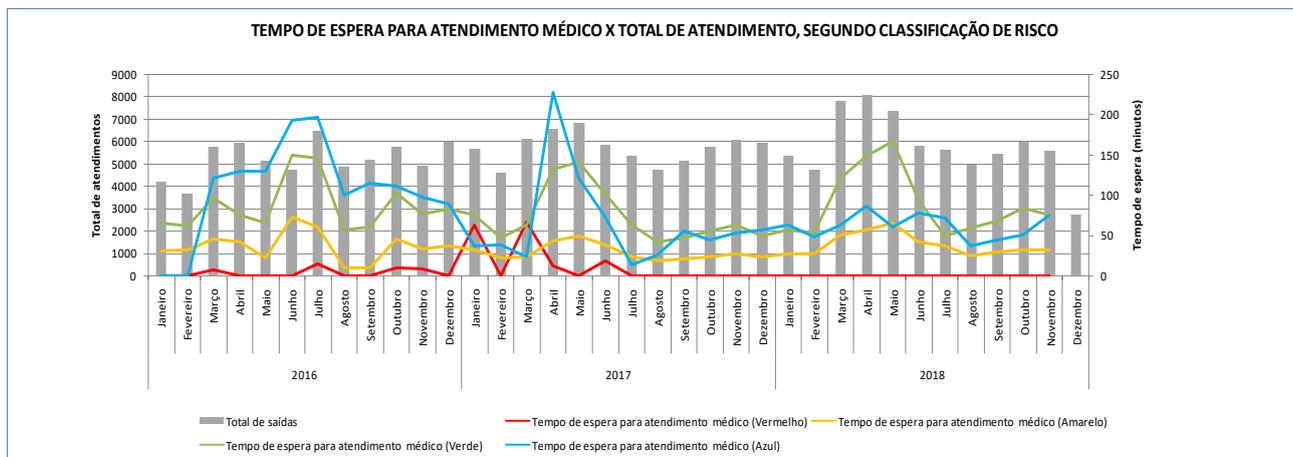
## Análise e Resultado:

De acordo com análise de série histórica, observa-se, para as crianças classificadas no risco vermelho, estabilização do atendimento imediato. Ressalta-se que nos meses de Março, Julho, Outubro e Novembro de 2016 e Janeiro, Março, Abril e Junho de 2017 o tempo de esperado para pacientes classificados como vermelho tiveram seus registros realizados acima da média, todavia conforme vem sendo registrado nos relatórios bimestrais de prestação de contas reitera-se que esses pacientes têm recebido o atendimento em tempo imediato com registro tardio no sistema. Em relação aos classificados como risco amarelo e verde, fica claro a influência da demanda no tempo para o atendimento médico, com aumento deste nos períodos de Abril a Junho, marcado pela alta incidência das doenças do aparelho respiratório. Ainda sobre o cuidado ofertado aos usuários com risco amarelo e verde, cabe ainda salientar que o hospital se mantém dentro da meta estabelecida em contrato durante pouco mais da metade do ano, extrapolando o tempo esperado apenas nos meses supracitados.

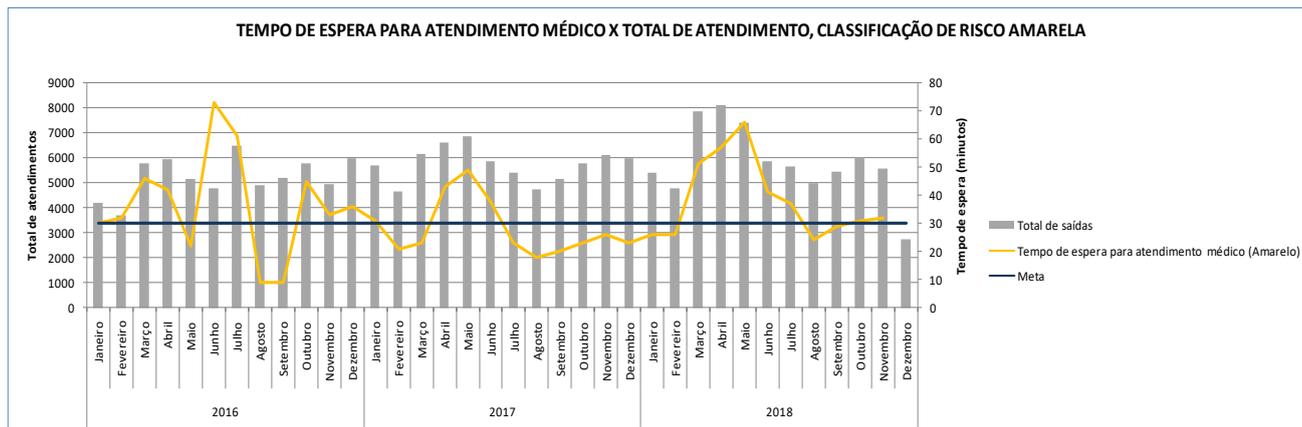
Partindo desta análise, cabe propor a reflexão sobre quais caminhos seguir para organizar um hospital com características tão sazonais, alcançando a meta de atendimento no tempo esperado, mesmo nos meses com maior volume de atendimento.

**Fontes de Dados:** Sistema de Informações Intus.

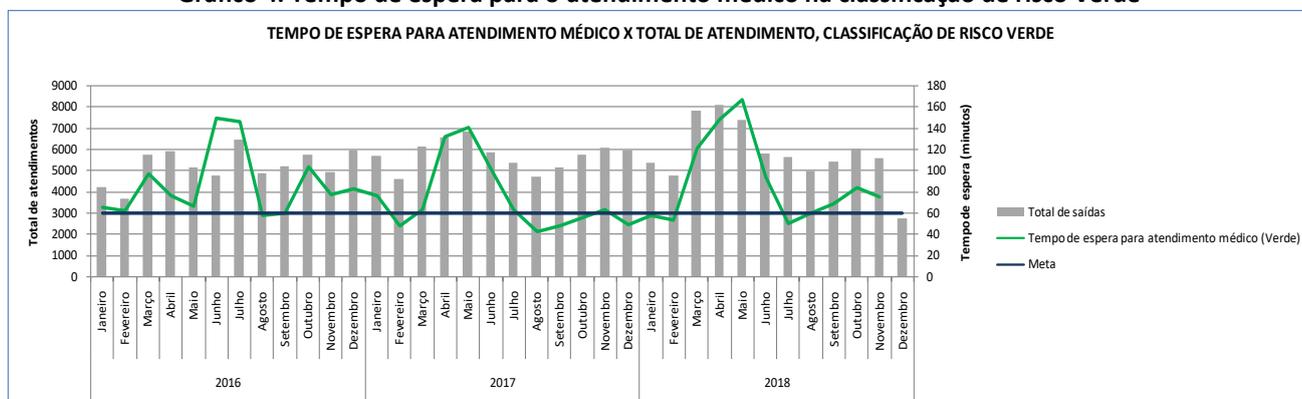
**Gráfico 2. Tempo de espera para atendimento médico na emergência.**



**Gráfico 3. Tempo de espera para o atendimento médico na classificação de risco Amarela**



**Gráfico 4. Tempo de espera para o atendimento médico na classificação de risco Verde**



Fonte: Sistema de Informação Intus

### FICHA III – Taxa de Ocupação da Sala Amarela

**Meta:** Entre 85 e 100%

**Método de Cálculo:**

Número de pacientes em observação na sala amarela dividido pelo número de leitos de observação X 100.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

Podem ocorrer problemas no registro em função da alimentação do sistema e da coleta de dados do censo hospitalar dificultando a avaliação dos dados.

**Objetivo e Uso:**

1. Avaliar a eficiência na gestão dos leitos da sala amarela.
2. Garantir um atendimento ágil e seguro aos pacientes classificados como amarelos mantendo o espaço destinado ao atendimento desses pacientes com leitos disponíveis permitindo assim que possam ser admitidos e atendidos com maior celeridade.

**Análise e Resultado:**

Conceitualmente o indicador “taxa de ocupação da sala amarela” objetiva medir e avaliar a ocupação do número de “pacientes em observação”, ou seja daqueles pacientes estabilizados e/ou que passaram pela consulta médica mas que ainda precisam ser melhor observados (leitos de observação) com cuidados especiais (pacientes críticos ou semi-críticos). De acordo com parâmetros nacionais<sup>1</sup> estima-se este “tempo de observação” em no máximo até 24 horas. Visto que, idealmente um paciente deve permanecer em observação apenas pelo tempo necessário, por exemplo, para que seja observado o efeito de um tratamento ou ainda, seja tomada uma decisão sobre a internação ou não do mesmo.

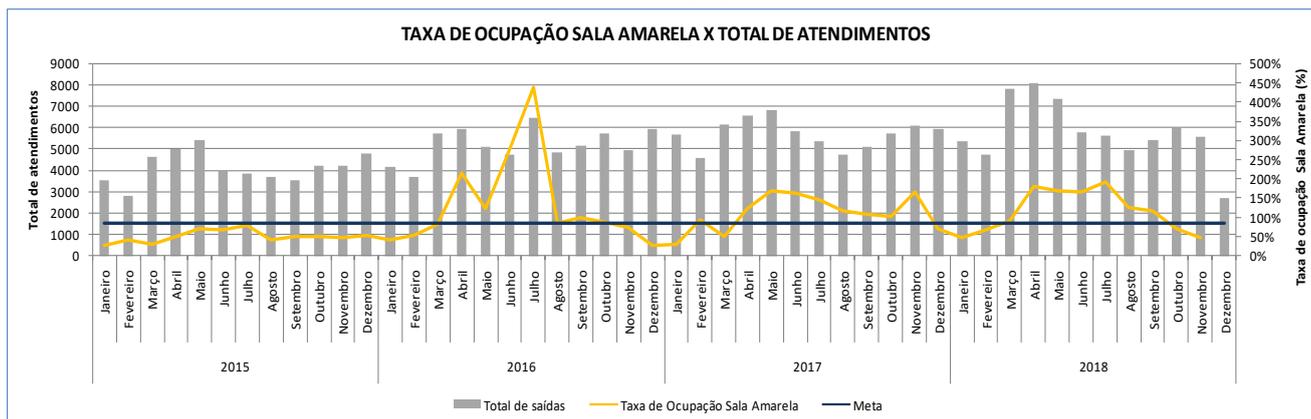
Todavia, cumpre destacar que o HGVF possui 10 leitos disponíveis na *sala amarela* e, sobretudo, considerando-se o aumento de atendimento do hospital, esses leitos são muito comumente utilizados como leitos de internação e não como leitos de observação, o que acaba, no cálculo deste indicador mascarando o verdadeiro resultado, já que os leitos em grande medida ficam ocupados por pacientes internados, inclusive o numerador que vem sendo utilizado para o cálculo desta taxa é número de paciente-dia internados nos leitos<sup>2</sup>.

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar.

<sup>1</sup> Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 312 de abril de 2002.

<sup>2</sup> Conforme Censo Hospitalar do HGVF.

**Gráfico 5. Taxa de Ocupação da sala amarela**



Fonte: Censo Hospitalar

## 2.4 Tempo de Permanência na Sala Amarela

### Ficha IV – Tempo de Permanência na Sala Amarela

**Meta:** < 24 horas

**Método de Cálculo:**

Soma dos tempos de permanência dos pacientes classificados como amarelo dividido pelo número de saídas (alta/óbito/remoção) de pacientes.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

A alimentação do sistema ou a coleta de dados do censo hospitalar devem ser estar fidedignas no momento da realização do censo para que reflitam de forma precisa as informações referentes a pacientes-dia e saídas.

**Objetivo e Uso:**

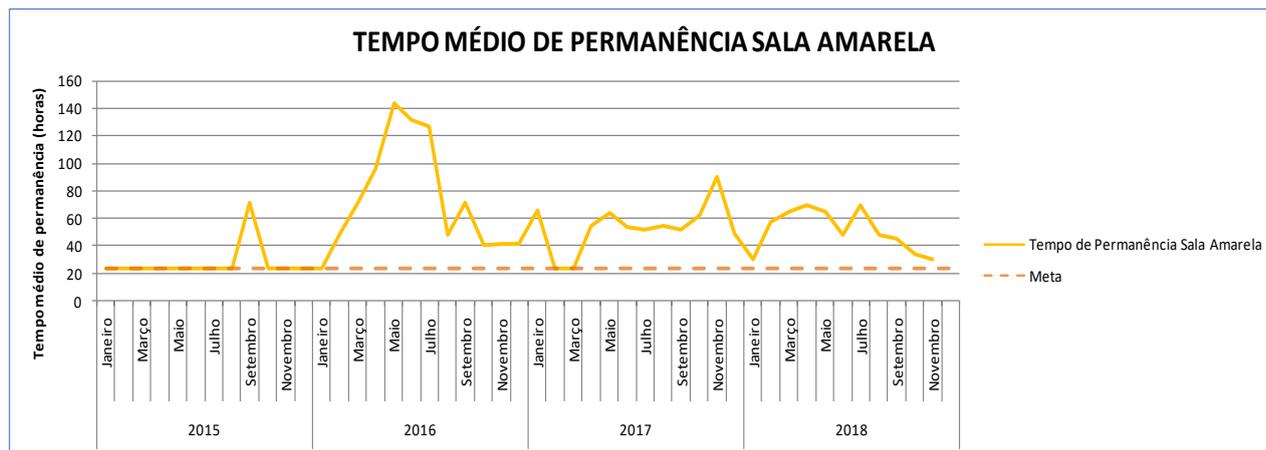
- 1) Avaliar o uso racional dos leitos da sala amarela.
- 2) Garantir um atendimento ágil e seguro aos pacientes classificados como amarelos mantendo o espaço destinado ao atendimento desses pacientes com leitos disponíveis permitindo assim que possam ser admitidos e atendidos com celeridade que os casos exigem.
- 3) Auxiliar na tomada de decisão considerando o uso do espaço e as demandas clínicas dos pacientes assistidos na unidade.

**Análise e Resultado:**

Conceitualmente, conforme já caracterizado na análise crítica do desempenho do indicador “Taxa de Ocupação Sala Amarela”, os leitos da Sala Amarela constituem-se em leitos de internação clínica, o que não condiz com a meta de permanência < **de 24 horas** a qual deve ser utilizada para “pacientes em observação”.

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar.

**Gráfico 6. Tempo de Permanência na Sala Amarela**



## 2.5 Taxa de Ocupação da Sala Vermelha

### Ficha V – Taxa de Ocupação da Sala Vermelha

**Meta:** < 50%

**Método de Cálculo:** Número de pacientes em observação na sala vermelha dividido pelo número de leitos de observação X 100.

#### Limitações do Indicador (aspectos gerais):

A taxa de ocupação com pacientes internados na Sala Vermelha obedece aos critérios de gravidade dos pacientes, os quais devem ser transferidos ou encaminhados para outras áreas assim que forem estabilizados clinicamente. Contudo, muitas vezes, mesmo após a estabilização dos pacientes os mesmos permanecem na *sala vermelha* em função de dificuldades inerentes a transferência para outras unidades (como por exemplo, a disponibilidades de leitos). O fato pode gerar impactos no indicador de tempo de permanência nessa sala e consequentemente nas taxas de ocupação.

#### Objetivo e Uso:

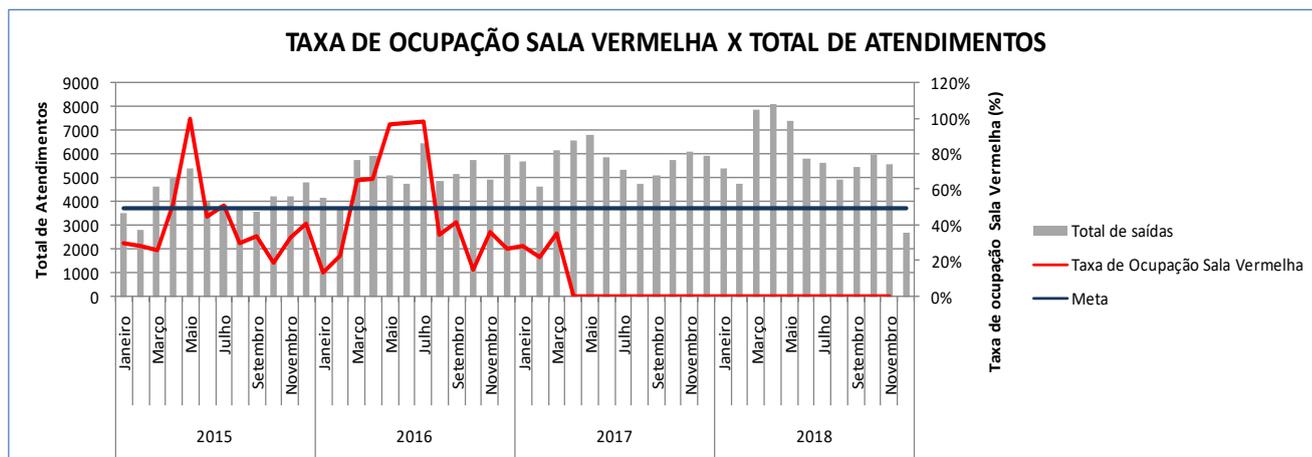
1. Avaliar a eficiência na gestão dos leitos da sala vermelha.
2. Garantir um atendimento ágil e seguro aos pacientes classificados como vermelhos mantendo o espaço destinado ao atendimento desses pacientes com leitos disponíveis permitindo assim que possam ser admitidos e atendidos com celeridade que os casos exigem.

#### Análise e Resultado:

Atualmente a sala vermelha destina-se à assistência para estabilização de pacientes críticos, possuindo 02 leitos de estabilização livres para permitir o fluxo na emergência. Do período de fevereiro de 2016 até março de 2017 os pacientes na sala vermelha estiveram sujeitos à disponibilidade de leitos para transferência para outras unidades de saúde, quando, em março de 2017 foi reinstalado o Centro de Tratamento Intensivo o quadro de ocupação desta sala passa a assumir novo papel: os dois (02) leitos de sala vermelha passam a ser destinados apenas à estabilização de pacientes graves, dando suporte tanto aos pacientes que entram pela Emergência classificados como vermelho, como pacientes internos que agravam e necessitam desse suporte.

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar.

Gráfico 7. Taxa de Ocupação da sala vermelha



Fonte: Censo Hospitalar

## 2.6 Tempo de Permanência na Sala Vermelha

### Ficha VI – Tempo de Permanência na Sala Vermelha

**Meta:** < 24 horas

**Método de Cálculo:**

Soma dos tempos de permanência dos pacientes classificados vermelho dividido pelo número de saídas (alta/óbito/remoção) de paciente com o mesmo risco.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

Como este indicador está diretamente relacionado à disponibilidade de leitos para transferência dos pacientes graves para outras unidades de saúde, ele acaba não estando sob o controle absoluto da unidade ou mudanças nos processos de trabalho. Nesse sentido, seu resultado, não mede somente o trabalho executado na unidade avaliada.

**Objetivo e Uso:**

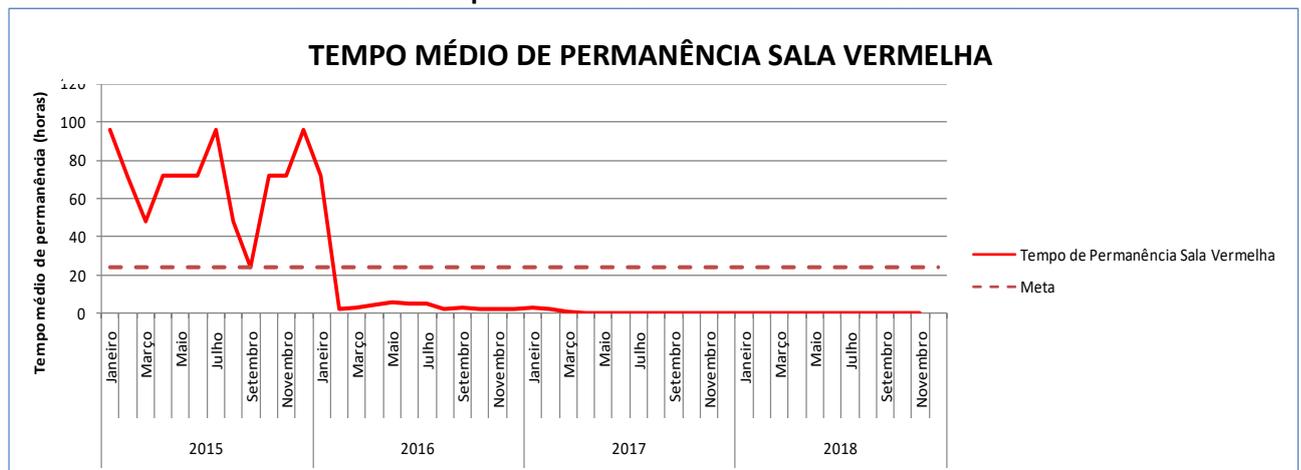
- 1) Avaliar o uso racional dos leitos da sala vermelha, auxiliando na tomada de decisão considerando o uso do espaço e as demandas clínicas dos pacientes assistidos na unidade.
- 2) Garantir um atendimento ágil e seguro aos pacientes classificados como vermelhos mantendo o espaço destinado ao atendimento desses pacientes com leitos disponíveis permitindo assim que possam ser admitidos e atendidos com celeridade que os casos exigem.

**Análise e Resultado:**

Tal como contextualizado acima, na análise do indicador de "ocupação da sala vermelha", em função do pleno funcionamento do Centro de Tratamento Intensivo a partir de março 2017, os dois leitos de estabilização para atendimento aos pacientes graves passaram, desde então, a serem ocupados por período inferior a 24.

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar.

**Gráfico 8. Tempo Médio de Permanência na Sala Vermelha**



## 2.7 Taxa de Reconsulta em 36 Horas

### Ficha VI – Tempo de Permnência na Sala Amarela

**Meta:** < 10%

**Método de Cálculo:**

Número de pacientes com mais de um registro de atendimento em 36 horas dividido pelo total de pacientes atendidos no mesmo período X 100.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

Como muitos dos pacientes atendidos possuem uma frágil estrutura de suporte, fora do ambiente hospitalar, com dificuldade de garantia de cuidados adequados, é difícil avaliar se a reconsulta é fruto de questões externas ou internas à unidade de saúde.

O perfil do paciente não é considerado como fator determinante da reconsulta em período curto de tempo.

**Objetivo e Uso:**

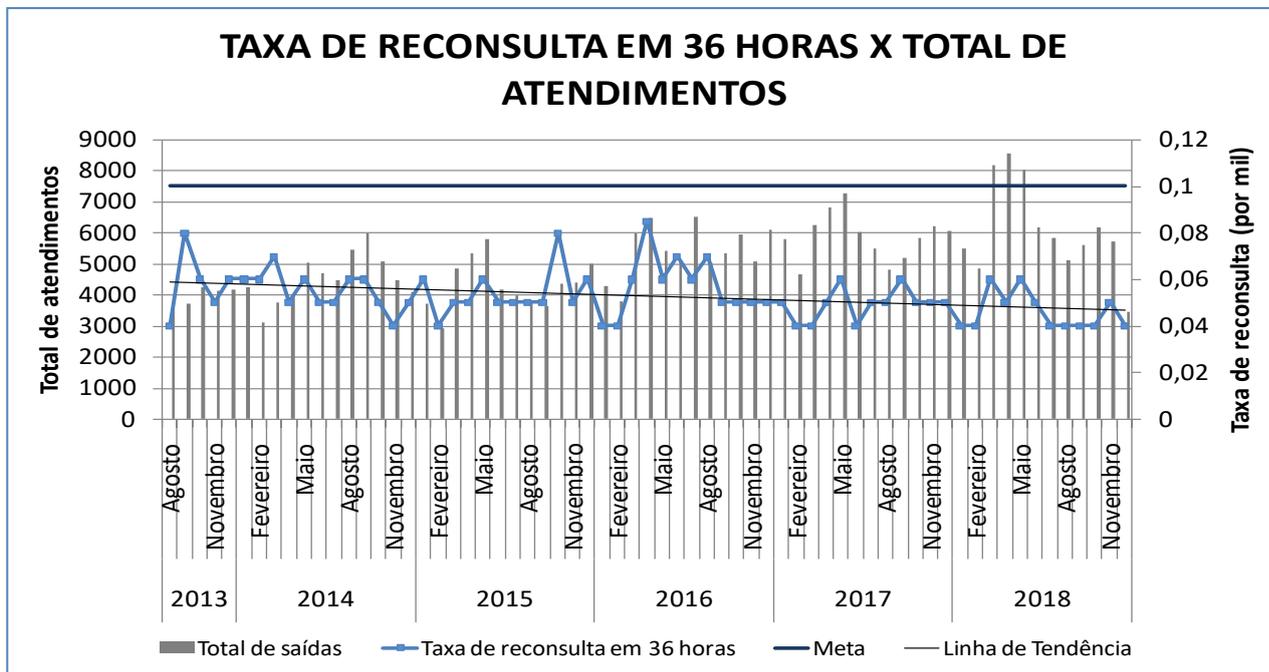
- 1) Reflete o impacto dos cuidados hospitalares na condição do paciente durante a consulta emergencial. Avalia a adequação da assistência prestada e a condição do diagnóstico.
- 2) Auxiliar na avaliação do procedimento de liberação da emergência (precocidade, adequação, etc).
- 3) Avaliar a resolutividade das equipes da emergência.

**Análise e Resultado:**

A meta estabelece que até 10% de retorno à emergência/urgência com o mesmo motivo clínico em menos de 36 horas, é um índice aceitável. Nos meses analisados o indicador permaneceu em conformidade com a meta pactuada, demonstrando a efetividade do atendimento e a capacidade resolutiva das equipes que atendem na emergência do HGVF. Destaca-se que mesmo nos períodos de maior demanda o indicador se manteve em conformidade com a meta, o que aponta para a manutenção na qualidade do atendimento ofertado. Em análise de série histórica, observa-se que esta é uma meta que vem sendo alcançada desde o início do contrato, em 2013, e que há ainda uma tendência de diminuição desta taxa ao longo do tempo, o que corrobora para a afirmação de que o hospital vem consolidando seus processos de trabalho e sua efetividade na assistência.

**Recomendações:** : Manter Indicador e Meta

Gráfico 9. Série histórica taxa de reconsulta na emergência



### 3. INDICADORES DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

#### 3.1 Proporção de Consultas de Primeira Vez

##### INDICADOR VIII – Proporção de Consulta de 1ª Vez

**Meta:**

Fevereiro a Junho de 2016 < ou 25%  
 Julho a Dezembro de 2016 < ou 30%  
 Janeiro a Julho de 2017 < ou 40%

**Método de Cálculo:**

Número de consultas de primeira vez dividido pelo total de consultas realizadas em dado período X 100.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

As vagas e a distribuição das consultas ambulatoriais entre as unidades da rede de Niterói são reguladas pela CREG. A unidade não possui governabilidade sobre o agendamento das consultas de primeira vez que ficam a encargo, então, da Central de Regulação.

**Objetivo e Uso:**

Avaliar acesso a consultas de especialistas.

**Análise e Resultado:**

Foram pactuados 20 atendimentos por turno, sendo que na maioria das especialidades são fornecidas de 40 a 60% de consultas de primeira vez a cada mês. As vagas ofertadas de primeira vez são reguladas

pela Coordenação do Sistema de Regulação Municipal de Niterói CREG, que é responsável pela distribuição das vagas entre as unidades da rede de saúde.

Embora o não cumprimento da meta não possa ser atribuído à gestão do HGVF, o mesmo tem feito grande esforço e investimento no sentido melhorar esse cenário e ampliar o aproveitamento das vagas ofertadas, através de articulação com a rede de saúde e com a CREG, por meio de agendas estratégicas.

**Fontes de Dados:** *Check in* Ambulatório.

Gráfico 10. Série histórica da proporção de consultas de primeira vez



## 3.2 Índice de Faltosos

### INDICADOR IX – Índice de Faltosos

**Meta:** < 30

**Método de Cálculo:**

Número de pacientes faltosos dividido pelo total de pacientes agendados.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

**Objetivo e Uso:**

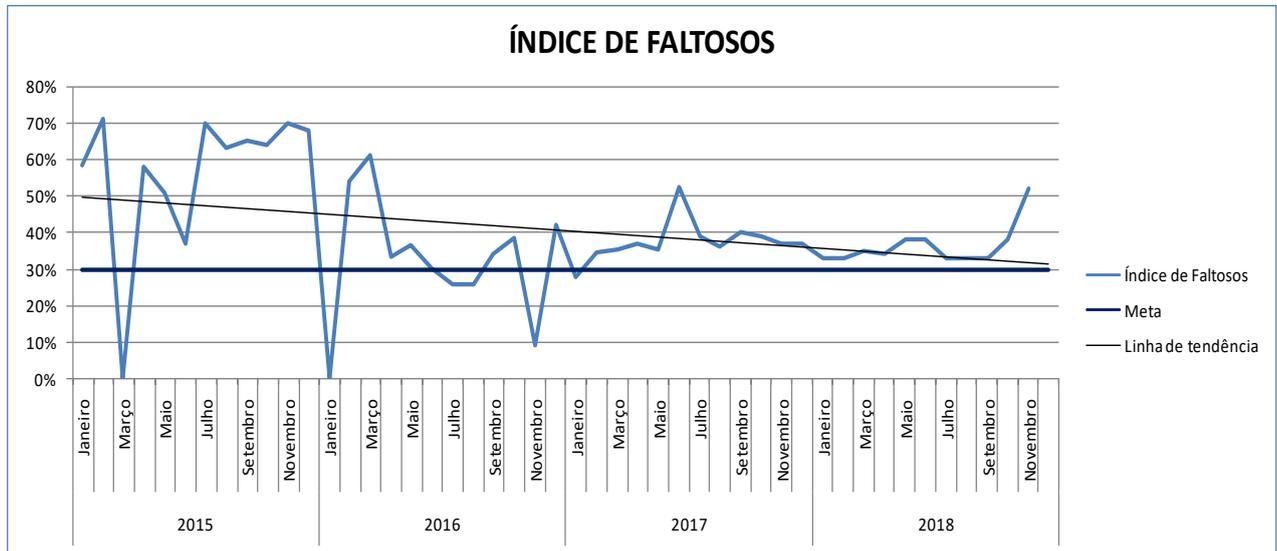
- 1) Avaliar o uso pleno dos recursos disponíveis (recursos estruturais e financeiros).
- 2) Avaliar demanda X oferta de serviços.
- 3) Ter dados que embasem o planejamento de consultas ambulatoriais especializadas.
- 4) Avaliar a produtividade do ambulatório.

**Análise e Resultado:**

A partir da análise dos dados e do contexto e realidade desta unidade, a elevação deste indicador pode estar relacionada a falhas do sistema de informações, carência de recurso humano e articulação com a rede para confirmação das consultas, causas externas, principalmente quando se trata de população moradora de áreas de risco, entre outras possíveis causas que só poderão ser elucidadas com a realização de análise mais refinada e em parceria com a coordenação do ambulatório.

Fontes de Dados: *Check in* Ambulatório.

Gráfico 11. Série histórica do índice de faltosos

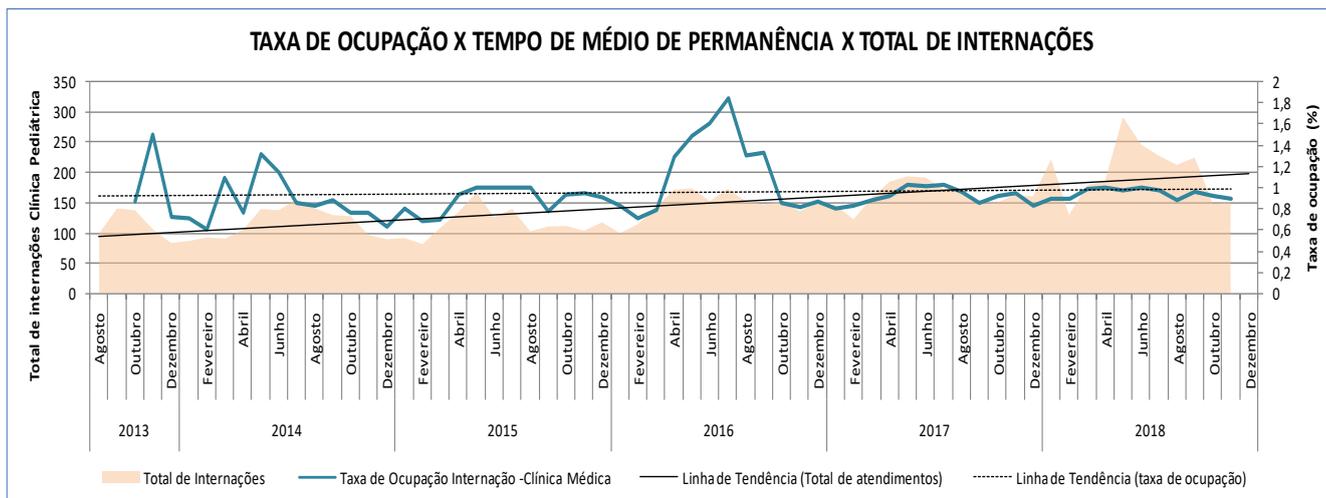


## 4. INDICADORES DA CLÍNICA MÉDICA

### 4.1 Taxa de Ocupação da Clínica Médica

INDICADOR X – Taxa de Ocupação da Clínica Médica
<b>Meta:</b> > ou = 85%
<b>Método de Cálculo:</b> Número de pacientes/dia dividido pelo número de leitos/dia X 100.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b>  A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e leitos-dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar. Assim a rotina de atualização dos leitos no sistema deve ser constante, evitando distorções na taxa de ocupação.
<b>Objetivo e Uso:</b> Auxiliar e avaliar a gestão dos leitos, utilizando-o de forma racional e apropriada.
<b>Análise e Resultado:</b> Os atendimentos de emergência são principal porta de entrada da unidade, o que conseqüentemente gera maior demanda por internação. Atualmente a unidade conta com apenas 25 leitos na Clínica Médica (sendo 2 leitos de isolamento).  A equipe de gestão da unidade tem desenvolvido estratégias que garantam a segurança e a qualidade assistencial, como por exemplo, realização periodica de gestão da clínica, bem como a implantação de protocolos assistenciais e clínicos, considerando-se inclusive a demanda por internações aumentada, em especial, por crianças na faixa etária de 0 a 01 ano.  É preciso, contudo, ter cautela com este resultado e estar atento à qualidade assistencial que pode ser prejudicada quando a ocupação ultrapassa os 85%.  A partir da análise dos dados, observa-se que há uma tendência de aumento do número de internações ao longo do tempo sem aumento da capacidade instalada. Isso só se tornou possível com os esforços já mencionados anteriormente, que possibilitam que a unidade gire melhor seus leitos.
<b>Fontes de Dados:</b> Censo Hospitalar

Gráfico 12. Série histórica da taxa de ocupação na clínica médica



#### 4.2 Tempo Médio de Permanência da Clínica Médica

##### INDICADOR XI – Tempo Médio de Permanência na Clínica Médica

**Meta:** > ou = a 6 dias

**Método de Cálculo:**

Número de pacientes/dia dividido pelo número de saídas em determinado período (30 dias).

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e saída reflitam de forma precisa a média de permanência.

Este indicador possui relação direta com a complexidade dos casos atendidos na unidade. Em pediatria verifica-se que os casos que permanecem internados, em geral, apresentam alguma gravidade demandando maior nível de cuidado e períodos maiores de internação.

**Objetivo e Uso:**

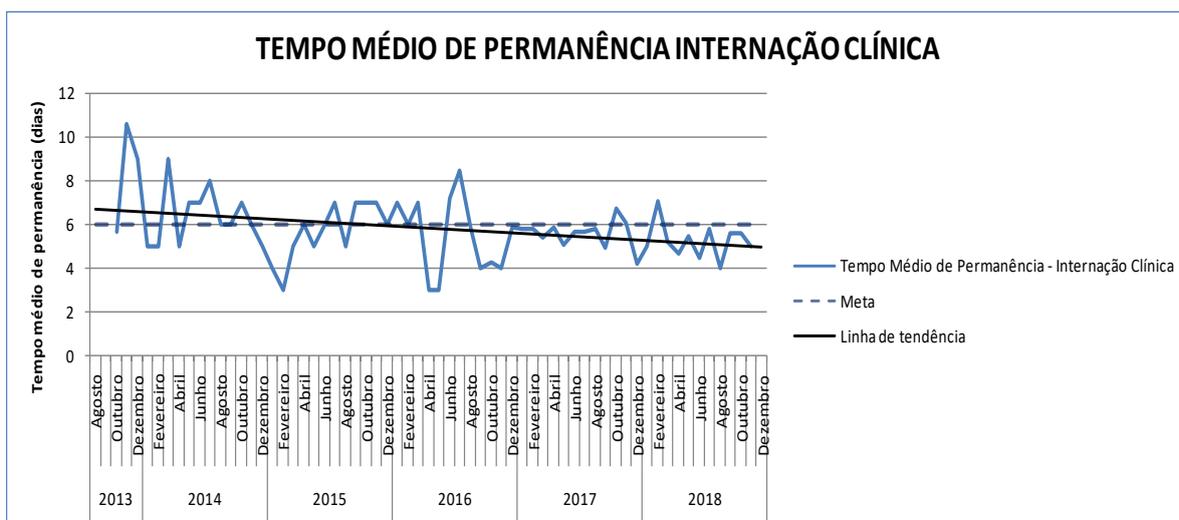
- 1) Avaliar o desempenho hospitalar e as boas práticas clínicas através da análise do tempo que o paciente permanece internado na unidade hospitalar.
- 2) Avaliar a gestão eficiente do leito operacional (rotatividade) e o uso racional e apropriado dos recursos.

**Análise e Resultado:**

Este resultado aponta para a efetividade das boas práticas na atenção clínica. A partir da análise histórica, observa-se que ao longo do tempo o hospital se organizou para otimizar a assistência, alcançou a meta e se mantém até o momento.

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar

Gráfico 13. Série histórica do tempo médio de permanência da Clínica Médica



### 4.3 Taxa de mortalidade hospitalar

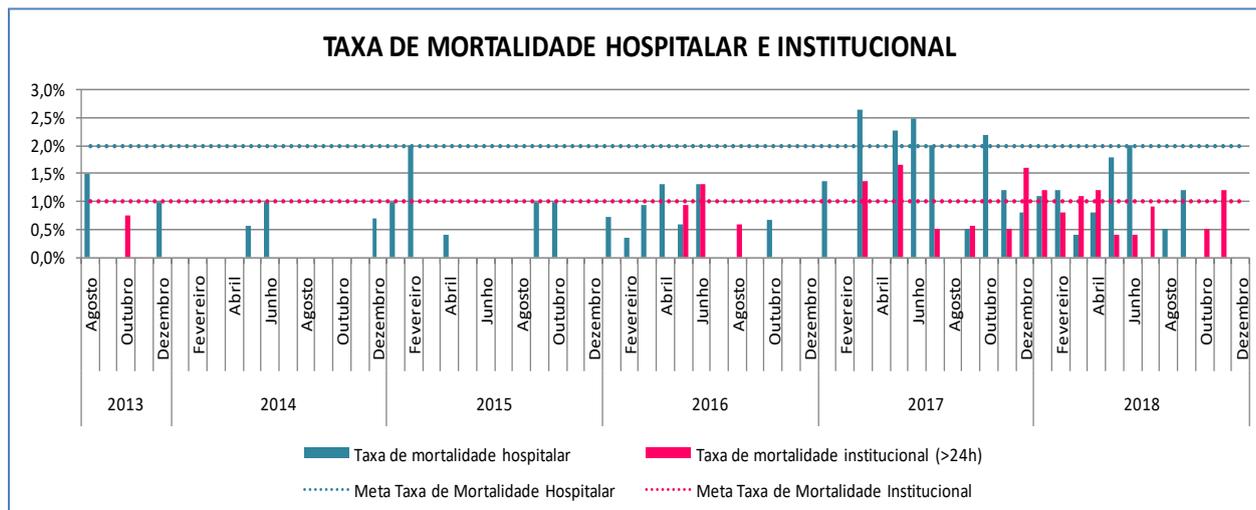
INDICADOR XII – Taxa de Mortalidade Hospitalar
<b>Meta:</b> < 2%
<b>Método de Cálculo:</b> Número de óbitos dividido pelo total de saídas X 100.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> O aumento da complexidade dos pacientes atendidos em uma unidade de saúde e a fragilidade da rede de serviços de atenção primária podem impactar na taxa de mortalidade. Sendo assim o mesmo deixa de refletir a qualidade do cuidado e precisa ser analisado à luz destes outros fatores também. Este indicador precisa estar associado a um indicador demorbidade.
<b>Objetivo e Uso:</b> 1) Avaliar a qualidade da assistência à saúde, com vistas ao planejamento de ações que contribuam par uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde. 2) Comparar o desempenho hospitalar com unidades com características similares (benchmarking).
<b>Análise e Resultado:</b> A Taxa tem se mantido nos índices aceitáveis e de composição da meta. Todavia destaca-se que no período de abril e maio de 2017 observou-se uma maior gravidade dos casos atendidos, sendo compatível com a mudança do perfil assistencial da unidade, que a partir de março de 2017 passou a contar com o CTI. É possível observar de forma clara a mudança no perfil da mortalidade marcada pelas mudanças no perfil de assistência do hospital.  Acrescenta-se que, em parte, a meta vinha sendo alcançada mês a mês em função da permanência no HGVF do uso de protocolos e serviços operacionais, em especial as atividades desenvolvidas pela Comissão de Infecção Hospitalar e pela qualidade hospitalar, garantindo a prevenção de infecções e de eventos adversos.
<b>Fontes de Dados:</b> Censo Hospitalar

#### 4.4 Taxa de Mortalidade Institucional (>24horas)

<b>INDICADOR XIII – Taxa de Mortalidade Institucional (&gt;24horas)</b>
<b>Meta:</b> < 1%
<b>Método de Cálculo:</b> Número de óbitos pacientes internados a mais de 24 horas dividido pelo total de saídas X 100.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b>  As taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar . O aumento da complexidade dos pacientes atendidos em uma unidade de saúde e a fragilidade da rede de serviços de atenção primária podem impactar na taxa de mortalidade. Sendo assim o mesmo deixa de refletir a qualidade do cuidado e precisa ser analisado à luz destes outros fatores também. Este indicador precisa estar associado a um indicador de morbidade.
<b>Objetivo e Uso:</b> A taxa de mortalidade institucional é dada pela relação entre o número de óbitos que ocorreram após pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que tiveram saída do hospital no mesmo período. Mede a efetividade da assistência, considerando que o tempo de 24 horas é suficiente para que as medidas terapêuticas surtamefeito. Avalia a qualidade da assistência à saúde, com vistas ao planejamento de ações que contribuam par uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde.  Compara o desempenho hospitalar com unidades com características similares (benchmarking).
<b>Análise e Resultado:</b>  A taxa mortalidade institucional do HGVF tem mantido seus valores mais baixos do que a taxa geral de mortalidade. Por outro lado, as taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar. Estudos têm apontado para uma ampla variação de taxas de mortalidade institucional entre os hospitais brasileiros cuja avaliação está relacionada ao conjunto de serviços ofertados pelas unidades, perfis e complexidade clínica dos pacientes admitidos <sup>3</sup> . Destaca-se no caso do HGVF que durante o período do contrato, foi aberto a Unidade de Terapia Intensiva (março de 2017), o que pode contribuir para mudanças no perfil de mortalidade da instituição, em consequencia do aumento da gravidade dos pacientes atendios na UTI.
<b>Fontes de Dados:</b> Censo Hospitalar

<sup>3</sup> Referenciados em ANS. Ministério da Saúde. Ficha técnica, novembro de2012.

Gráfico 14. Série histórica Taxa de Mortalidade Hospitalar/Institucional



Fonte: Censo Hospitalar

## 5. INDICADORES DA UTI

### 5.1 Taxa de Ocupação da UTI

#### INDICADOR XIV – Taxa de Ocupação da CTI

**Meta:** 85%

**Método de Cálculo:**

Número de pacientes/dia dividido pelo número de leitos/dia X 100.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e leitos-dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar na CTI. Assim a rotina de atualização dos leitos nos sistemas deve ser constante, evitando distorções na taxa de ocupação.

**Objetivo e Uso:**

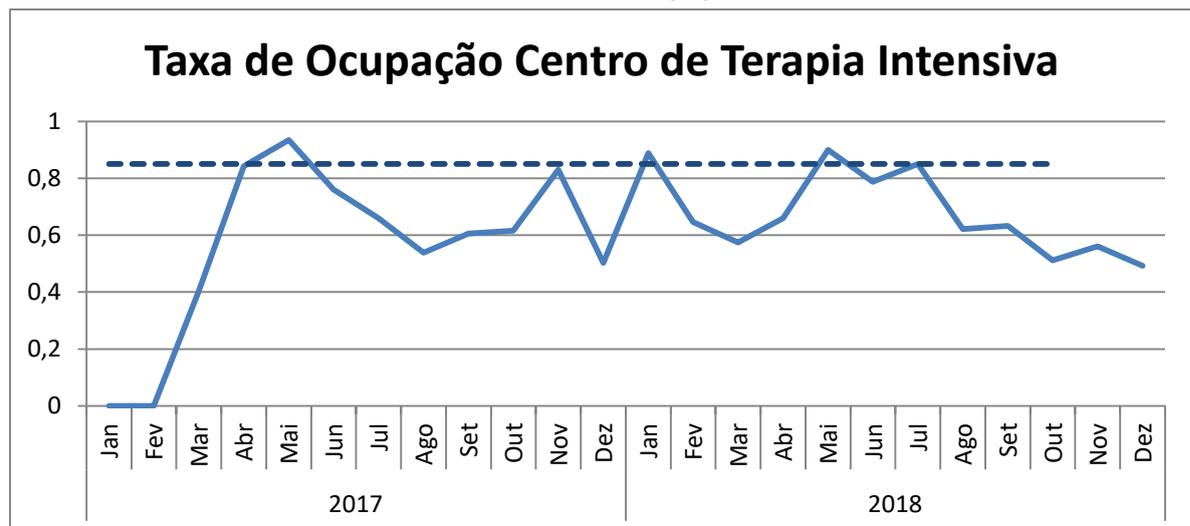
Auxiliar na avaliar a gestão dos leitos de CTI, utilizando-o de forma racional e apropriada, permitindo a disponibilidade de leitos complexos para pacientes necessitados de cuidado intensivo.

**Análise e Resultado:**

A Taxa de ocupação do CTI apresentou-se abaixo do esperado, na maior parte do tempo, na medida em que, a utilização dos leitos de UTI ficam reservados apenas para aqueles que clinicamente necessitam de aporte de maior complexidade, e, pelos mesmos meios de gestão da clínica e uso de protocolos assistenciais e clínicos, os pacientes tendem ocupar por menos tempo o leito (vide indicador tempo médio de permanência UTI).

**Fontes de Dados:** Censo Hospitalar

Gráfico 15: Taxa de Ocupação do CTI

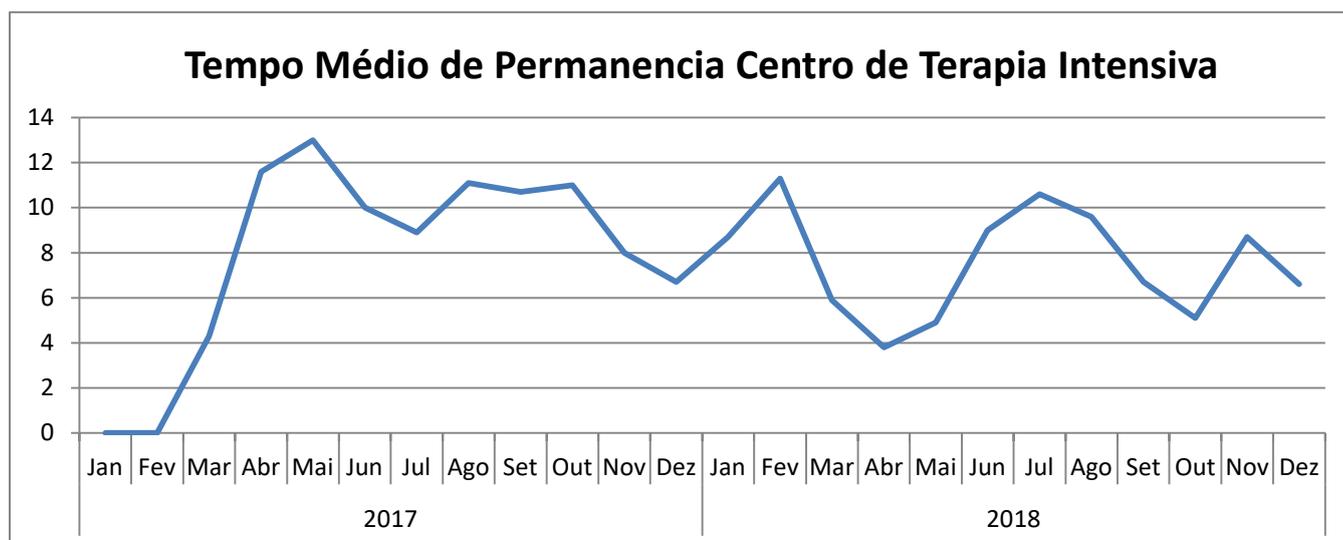


## 5.2 Tempo Médio de Permanência naUTI

INDICADOR XV – Tempo Médio de Permanência na CTI
<b>Meta:</b> <ou = 8 dias
<b>Método de Cálculo:</b> Número de pacientes/dia dividido pelo número de saídas em determinado período.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e saída reflitam de forma precisa a média de permanência na CTI. Este indicador possui relação direta com a complexidade dos casos atendidos na unidade. Em pediatria verifica-se que os casos que permanecem internados, em geral, apresentam alguma gravidade demandando maior nível de cuidado e períodos maiores de internação.
<b>Objetivo e Uso:</b> 1) Avaliar o desempenho hospitalar e as boas práticas clínicas através da análise do tempo que o paciente permanece internado na UTI. 2) Avaliar a gestão eficiente do leito operacional de UTI (rotatividade) e o uso racional e apropriado dos recursos.
<b>Análise e Resultado:</b> As médias de permanência em CTI pediátricos tendem a ser mais elevadas do que aquelas das UTI de adulto. De acordo com parâmetros nacionais e estudos estatísticos os tempos médios de permanência em UTI pediátricas tem sido de 7,4 a 9,9 dias <sup>4</sup> . Recomenda-se, considerando-se a relação direta do indicador com a complexidade dos casos atendidos na unidade, o monitoramento permanente do tempo de internação geral e por grupos homogêneos de diagnóstico no CTI, permitindo assim a análise por complexidade e sua relação com o tempo de permanência.
<b>Fontes de Dados:</b> Censo Hospitalar

<sup>4</sup> ANS. Ministério da Saúde. Ficha técnica Tempo Médio de Permanência em UTI Pediátrica, novembro de 2012.

Gráfico 16: Taxa de Ocupação do CTI

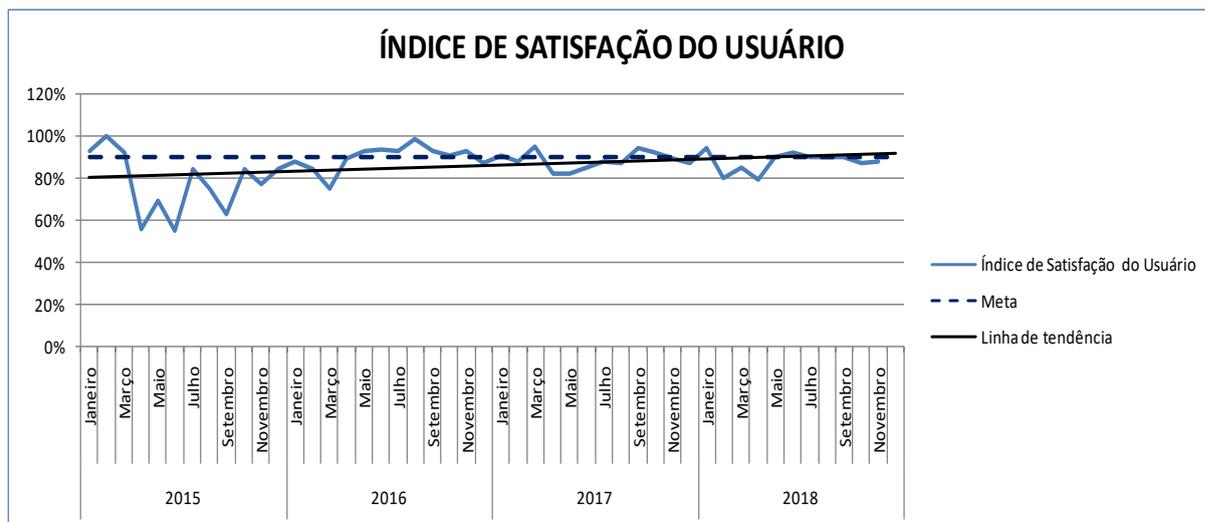


## 6. INDICADORES DE QUALIDADE

### 6.1 *Índice de Satisfação do Usuário*

INDICADOR XVI – Índice de Satisfação do Usuário
<b>Meta:</b> > ou = 90%
<b>Método de Cálculo:</b> Usuários satisfeitos / nº de questionários x 100.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> A avaliação da satisfação do usuário do HGVF é medida através de questionário padronizado que é aplicado no momento da alta na internação, ao fim da consulta no ambulatório e na emergência. Para a avaliação deste indicador devem ser entrevistados 10% dos usuários do ambulatório, 10% dos usuários da internação e 1% dos usuários da emergência. Como o cálculo do indicador é realizado em todos os serviços da unidade (internação, ambulatório e emergência), ele pode ser alterado conforme variações dadas pelo aumento no volume de atendimentos de emergência e seu tempo de espera.
<b>Objetivo e Uso:</b> Avaliar a satisfação do através de questionário padronizado, onde vários atributos são avaliados incluindo aspectos subjetivos como relação com a equipe de trabalho e outros objetivos como infraestrutura e qualidade da alimentação.
<b>Análise e Resultado:</b> Na análise histórico, é possível observar que a partir de 2016 de forma geral o hospital se mantém acima da meta, desempenhando um papel considerado satisfatório do ponto de vista da clientela atendida
<b>Fontes de Dados:</b> Serviço de Orientação ao Usuário – SOU/HGVF

Gráfico 17. Série histórica do Índice de Satisfação

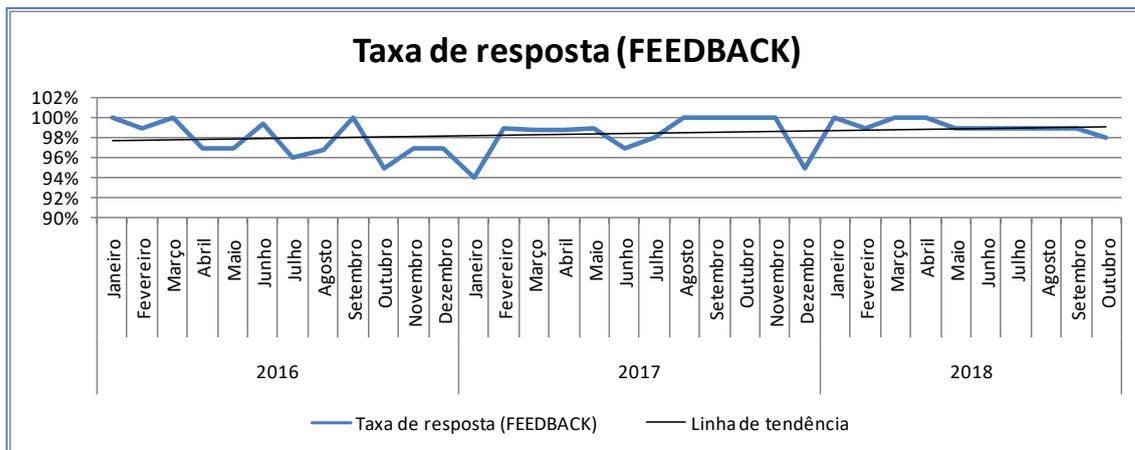


Fonte: Serviço de Orientação ao Usuário – HGVF

## 6.2 Taxa de Resposta (FEEDBACK)

INDICADOR XVII – Taxa de Resposta (FEEDBACK)
<b>Meta:</b> > 80%
<b>Método de Cálculo:</b> Nº de respostas (retorno) / nº total de usuários ouvidos x 100.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> Não se aplica
<b>Objetivo e Uso:</b> Subsidiar a avaliação da gestão e os serviços prestados utilizando-se a perspectiva do Usuário.
<b>Análise e Resultado:</b> A meta estabelece que mais de 80% dos usuários devem receber resposta referente ao seu registro na ouvidoria. Durante o período analisado a taxa se manteve acima da meta pactuada, com média e mediana de 99% dos registros realizados pela ouvidoria obtiveram feedback no prazo esperado demonstrando que o serviço de ouvidoria do HGVF tem funcionado como potente instrumento, capaz de ampliar de forma célere e responsável a voz dos usuários e colaboradores junto a gestão. Os resultados apresentados pelo Serviço de Ouvidoria são analisados pela gestão da unidade e suas análises são utilizadas para tomada de decisão e proposição de melhorias na qualidade assistencial.
<b>Fontes de Dados:</b> Serviço de Orientação ao Usuário – SOU/HGVF

Gráfico 18. Série histórica da Taxa de Resposta



Fonte: Serviço de Orientação ao Usuário – HGVF

### 6.3 Taxa de Revisão de Prontuário pela Comissão de Prontuário

INDICADOR XVIII – Taxa de Revisão de Prontuário pela Comissão de Prontuário
<b>Meta:</b> 30%
<b>Método de Cálculo:</b> Nº de prontuários revisados / nº de internações e atendimentos ambulatoriais
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> Não se aplica
<b>Objetivo e Uso:</b> Promover melhorias no processo de trabalho das equipes e da qualidade e clareza das informações e dados previstos no processo de feitura dos prontuários.
<b>Análise e Resultado:</b> Todos os prontuários do HGVF são revisados pela médica coordenadora do SAME, que em caso de não conformidade, encaminha ao responsável para revisão. Além disso, a Comissão de Revisão de Prontuário é realizada mensalmente, com representantes da equipe multidisciplinar. Desta forma, 100% dos prontuários foram revisados no período.
<b>Fontes de Dados:</b> SAME e Comissão de Revisão de Prontuário

### 6.4 Taxa de Infecção Hospitalar

INDICADOR XIX – Taxa de Infecção Hospitalar
<b>Meta:</b> <2%
<b>Método de Cálculo:</b> Nº de infecções hospitalares / nº de pacientes dia
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> Não se aplica

**Objetivo e Uso:** Avaliar o volume de acometimento de pacientes internados a Infecções de ambiente hospitalar. Avaliar a efetividade das ações adotadas na unidade para controle de infecções hospitalares. Reduzir os fatores de risco a partir do controle da infecção hospitalar.

**Análise e Resultado:**

Destaca-se que o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar tem conseguido manter as taxas dentro da meta estipulada apesar dos problemas estruturais que potencializam os riscos de infecções, do aumento da demanda de pacientes consequentemente de internações e da implantação de novos setores no hospital.

Os resultados podem ser atribuídos principalmente à realização diária de busca ativa das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde - IRAS, do controle do uso racional de antibióticos, da sinalização das indicações de precaução dos pacientes internados e também à parceria com os responsáveis pelos setores e à vigilância microbiológica. A busca diária permite que o serviço consiga tomar medidas para o controle das IRAS mais rapidamente e a colaboração dos coordenadores é fundamental. Além disso, são realizados treinamentos periódicos com os profissionais de saúde, limpeza e cozinha a fim de promover a educação continuada. Abaixo gráficos de monitoramento da Comissão de Infecção Hospitalar doHGUF.

**Fontes de Dados:** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-HGVF

## 6.5 Taxa de Revisão de Óbitos

### INDICADOR XX – Taxa de Revisão de Óbitos

**Meta:** 100%

**Método de Cálculo:**

$N^{\circ}$  de revisão de óbitos em prontuário /  $n^{\circ}$  de óbitos x 100.

**Limitações do Indicador (aspectos gerais):**

O indicador Taxa de Revisão de Prontuário deve estar associado a outros indicadores que avaliem a atuação da Comissão e o efeito de suas análises na melhoria dos processos assistenciais.

**Objetivo e Uso:** Avaliar a qualidade da assistência prestada. Analisar o perfil da gravidade e prevalência dos óbitos, considerando o conceito de óbito evitável. Analisar a causa-raiz dos óbitos da unidade.

**Análise e Resultado:**

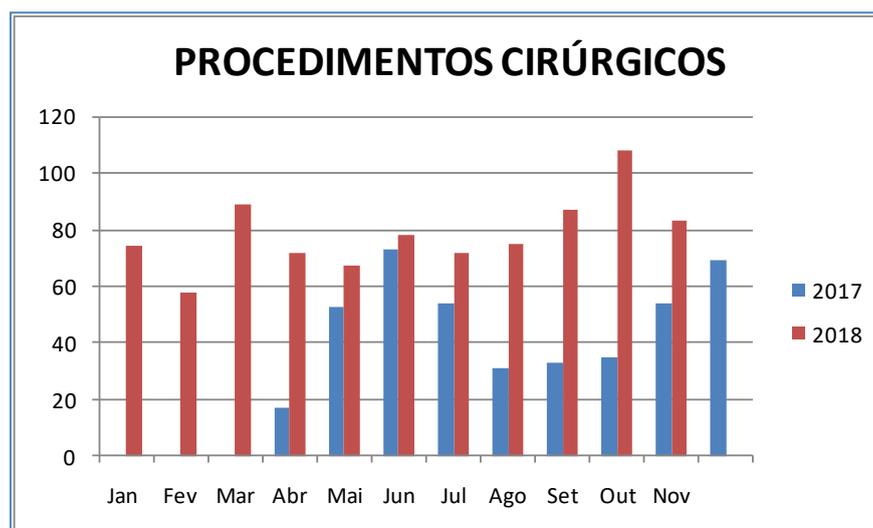
Todos os óbitos são revisados\_ pela Comissão de Revisão de Óbitos.

**Fontes de Dados:** Comissão de Revisão de Óbitos

## 6.6 Número de Cirurgias Realizadas

INDICADOR XXI – Números de Cirurgias Realizadas	
<b>Meta:</b>	Etapa 1: 70-90 Etapa 2: 90-120
<b>Método de Cálculo:</b>	Soma das cirurgias realizadas mensalmente.
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b>	O indicador que avalia a produtividade cirúrgica não auxilia na avaliação da efetividade do serviço assim como não avalia a qualidade do processo.
<b>Objetivo e Uso:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Analisar a produção cirúrgica da unidade.</li> <li>2) Avaliar o desempenho da equipe cirúrgica e o uso dos recursos disponíveis.</li> <li>3) Auxiliar no planejamento e controle do serviço de cirurgia.</li> </ol>
<b>Análise e Resultado:</b>	<p>O Centro Cirúrgico foi reinaugurado na segunda quinzena de abril de 2017. Desde então, até Novembro de 2018, o centro cirúrgico apresentou média de 67,8 procedimentos e mediana de 72 procedimentos.</p> <p>Quando comparado 2017 com 2018, há um aumento percentual médio anual de cerca de 68% no número de procedimentos, com média de 46,5 e mediana de 53 em 2017, e média de 78,5 e mediana de 75 em 2018.</p>
<b>Fontes de Dados:</b>	Coordenação de Enfermagem

Gráfico 19. Procedimentos Cirúrgicos



## 6.7 Acompanhamento do Cadastro no CNES

INDICADOR XXII – Acompanhamento do Cadastro CNES
<b>Meta:</b> 100%
<b>Método de Cálculo:</b> Nº de profissionais cadastrados / nº total de profissionais x 100
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> É um indicador que não atende a critérios para avaliação de qualidade e produtividade (resultados) do serviço.
<b>Objetivo e Uso:</b> 1) Prestação de informações completas para gestão do sistema Atestar regularidade do serviço de saúde 2) Garantir o conhecimento público sobre o universo brasileiro de estabelecimentos que cuidam da saúde da população.
<b>Análise e Resultado:</b> Inclusão de 100% dos colaboradores e 100% de exclusões realizadas no período.
<b>Fontes de Dados:</b> Recursos Humanos – IDEIAS

## 6.8 Percentual de Profissionais Treinados no Trimestre

INDICADOR XXIII – Percentual de Profissionais Treinados no Trimestre
<b>Meta:</b> 50% no trimestre
<b>Método de Cálculo:</b> Nº de profissionais treinados / nº total de profissionais x 100
<b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b>
<b>Objetivo e Uso:</b> 1) Avaliar o investimento na qualificação dos recursos humanos 2) Analisar o investimento no desenvolvimento em novas habilidades, além do desenvolvimento de mecanismos de educação para práticas cidadãs.
<b>Análise e Resultado:</b> A educação permanente acontece de forma adequada no HGVF e considerando que este é um indicador trimestral, é possível afirmar que com a série de treinamentos que acontecem ao longo dos meses, a meta de 50% no trimestre é no geral alcançada.
<b>Fontes de Dados:</b> Coordenação de Qualidade

## 6.9 Reuniões Periódicas do Conselho Gestor

INDICADOR XXIV – Reuniões Periódicas do Conselho Gestor
<p><b>Meta:</b> 1 reunião por trimestre</p>
<p><b>Método de Cálculo:</b> Uma reunião por trimestre.</p>
<p><b>Limitações do Indicador (aspectos gerais):</b> Não avalia o conteúdo discutido e nem a efetiva participação dos participantes do Conselho Gestor.</p>
<p><b>Objetivo e Uso:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Avaliar a participação e controle dos processos de gestão e do contrato de gestão.</li> <li>2) Estimular o controle social, promovendo o acompanhamento das ações de saúde prestadas à população.</li> </ol>
<p><b>Análise e Resultado:</b></p> <p>O Conselho Gestor do HGVF foi efetivamente implantado em novembro de 2016. Desta forma, consideramos apenas as reuniões realizadas após esse período, mas vale ressaltar que até a sua consolidação ocorreram várias agendas junto ao Conselho Municipal de Saúde de Niterói.</p> <p>As reuniões do Conselho Gestor são realizadas mensalmente todas as 2ª sextas-feiras, às 14 horas.</p> <p>Destaca-se no mês de maio a construção coletiva do primeiro Informativo sobre o hospital baseado em necessidade por informações advindas das comunidades atendidas pelo hospital. O informativo, então traz informações sobre os serviços ofertados, processos de acesso e contextualiza o papel do Conselho Gestor.</p> <p>De Agosto de 2017 a Novembro de 2018 ocorreram 3 reuniões em 2017 e 2 reuniões em 2018. No entanto, cabe uma avaliação no período a fim de elucidar possíveis aspectos do contexto que possam ter inviabilizado que as reuniões acontecessem na periodicidade esperada.</p>
<p><b>Fontes de Dados:</b> Atas das reuniões e Coordenação da Qualidade</p>

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANS. Ministério da Saúde. Ficha técnica, novembro de 2012.

HGVF. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, maio de 2017.

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde de, 2013.

Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para Cirurgia Segura. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/prot\\_cirurgia\\_segura.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/prot_cirurgia_segura.pdf)

Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Brasília, 2010.

Ministério da Saúde. ANVISA-FIOCRUZ. Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - Anexo 03 da Portaria MS nº 2.095 (24/09/2013) - Protocolo para Cirurgia Segura. Acesso em 16 jan. 2016. Disponível em file:///C:/Users/lucia/Downloads/anexo\_03\_da\_portaria\_ms\_n-\_2.095\_(24-09-2013)\_-\_protocolo\_para\_cirurgia\_segura-.pdf 3. BRASIL.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 312 de abril de 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.