

RELATÓRIO INFORMATIVO

Nº 4.028/2023

Análise de Documentos de Controle e Avaliação

Contrato de Gestão nº 01/2022.

Análise da Organização Social frente ao cumprimento das metas assistenciais de produção, desempenho e qualidade.

(Competência janeiro a abril de 2023)

**Órgão: Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé
Município: Três Lagoas - MS**

Organização Social de Saúde: Instituto Ação, Cidadania e Qualidade Ambiental

**Campo Grande – MS
2023**

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL E ÓRGÃO GESTOR

HOSPITAL REGIONAL DA COSTA LESTE MAGID THOMÉ

CNES: 2945622

CNPJ: 02955271000126 - Mantenedora

Endereço: Engenheiro Samir Thomé, nº S/N – Distrito Industrial.

Telefone e fax: (11)4823-1800

CEP: 79648-000

Município: Três Lagoas - MS

Qualificação: Organização Social de Saúde, reconhecida por meio do Decreto “E” nº 29, de 29 de outubro de 2015.

Contrato de Gestão: nº 001/2022/SES - Nº Cadastral 17726, publicado no DOE 10.803 em 12 de abril 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

Secretário de Estado: Maurício Simões Côrrea

CNPJ: 02.955.271/0001-26 SES

CNPJ: 03.517.102/0001-77 FESA

Condição de Gestão: Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde

Endereço: Avenida do Poeta, s/nº, Bloco VII – Parque dos Poderes, Campo Grande/MS

CEP: 79.031-902

Ato de Nomeação: Decreto “P” nº 8/2023

Início do Exercício: 1º de abril de 2023

DIREÇÃO DA UNIDADE E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DIRETOR GERAL

Nome: Henrique de Souza Schutz

Formação Profissional: Enfermeiro com MBA em Gestão Hospitalar e Auditoria

Ato de Nomeação: Contrato 73/2022 com Instituto Acqua

Vigência: 09/09/2022

E-mail: henrique.schultz@institutoacqua.org.br

DIRETOR TÉCNICO MÉDICO

Nome: Juan Carlin Passos

CRM/MS: 12508/MS

Ato de Nomeação: Contrato 10/2022 com Instituto Acqua

Início da vigência: 30/05/2022

E-mail: juan.passos@institutoacqua.org.br

DIRETOR FINANCEIRO E OPERACIONAL

Nome: Andrei dos Santos Bastos

Formação Profissional: Graduado em Economia.

Ato de Nomeação: Contrato 04/2023

Vigência: 01/02/2023

E-mail: andrei.bastos1@gmail.com

DIRETORA TÉCNICA DA ENFERMAGEM:

Nome: Juliana Rodrigues Salim

COREN/MS: 173897

Ato de Nomeação: Contrato 24/2022

Início da vigência: 23/05/2022 a 31/01/2023

E-mail: juliana.salim@institutoacqua.org.br

Nome: Ariane Fernanda Muniz Cassuchi

COREN/MS: 279728

Ato de Nomeação: Contrato 03/2023

Início da vigência: 01/02/2023

E-mail: ariaemuniz@gmail.com



LISTA DE SIGLAS

AC	Alta Complexidade
ACQUA	Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecção Relacionados à Assistência à Saúde
CECAA	Coordenação Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria
CG	Contrato de Gestão
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CORE	Complexo Regulador
CPRE	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGCSUS	Diretoria Geral de Controle no Sistema Único de Saúde
EA	Eventos Adversos
GM	Gabinete do Ministério
HRCLMT	Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
ISC	Infecção Sítio Cirúrgico
MC	Média Complexidade
MBA	Master of Business Administration
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Termo Aditivo
US	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



Sumário

1. DESIGNAÇÃO.....	5
2. EQUIPE.....	5
3. INTRODUÇÃO.....	5
4. MÉTODO.....	7
5. DESENVOLVIMENTO.....	7
5.1 Produção Ambulatorial.....	10
5.1.1 Considerações sobre a Produção Ambulatorial.....	17
5.2 Produção Hospitalar.....	18
5.2.1 Considerações sobre a Produção Hospitalar.....	25
5.3 Metas de Desempenho e Qualidade.....	27
5.3.1 Considerações sobre a Avaliação de Desempenho e Qualidade.....	49
6 RESULTADO DA AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL.....	50
ANEXOS.....	51
ANEXO I –Relatório Mensal de Atividades do mês de abril anexado na nota fiscal nº737 apresentada em maio.....	51
ANEXO II – Entrevista com os usuários do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé.....	54
ANEXO III - Entrevista com os colaboradores do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé.....	55

1. DESIGNAÇÃO: Comunicação Interna GCCG/SES Nº 74 de 29.06.2023.

2. EQUIPE: Josiel Elisandro Werle (matrícula nº 499056021) e Taiana Manvailier de Menezes (matrícula nº 431154023).

3. INTRODUÇÃO

O presente relatório refere-se ao acompanhamento do alcance das metas assistenciais referentes aos meses de **janeiro, fevereiro, março e abril de 2023 (1º quadrimestre de 2023)** do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé (HRCLMT) localizado no município de Três Lagoas, o qual é gerenciado pela Organização Social de Saúde Instituto ACQUA - Ação, Cidadania Qualidade Urbana e Ambiental, para subsidiar a tomada de decisão da Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão nº 01/2022 e do gestor do Contrato.

Os Termos Aditivos vigentes do Contrato de Gestão nº 01/2022 são:

1º Termo Aditivo de 14 de julho de 2022 com objetivo de aquisição de equipamentos e materiais permanentes de itens indicados como **RESULTADO: NÃO LICITADO/DESERTO/FRACASSO** das iniciativas de aquisição por parte da Secretaria de Estado de Saúde, para o HRCLMT, com o valor de R\$ 14.054.428,31 (quatorze milhões, cinquenta e quatro mil, quatrocentos e vinte e oito reais e trinta e um centavos).

2º Termo Aditivo de 15 de setembro de 2022 com objetivo de construção do denominado “Bloco C Ala Materno Infantil” no HRCLMT, com valor de R\$ 17.302.192,46 (dezessete milhões, trezentos e dois mil, cento e noventa e dois reais e quarenta e seis centavos). Houve encaminhamento em 22/02/2023 do Ofício nº 924/CECAA/GAB/SES/2023, solicitando a suspensão do início das obras do denominado “BLOCO C” até pronunciamento da SES/MS.


Em relação à Equipe de Controle e Acompanhamento (ECA), a nomeação dos membros ocorreu em 19 de setembro de 2022 por meio da Resolução “P” SES n 623, publicado no Diário Oficial de Mato Grosso do Sul nº 10.947 de 22 de setembro de 2022, com efeitos a contar a partir de 10 de agosto de 2022.

Cabe informar que o presente relatório ainda utilizou as informações referidas pela direção do hospital em seus Relatórios de Prestação de Conta das Metas. Ressalta-se que, tal como informado pelo Ofício nº 1437/CECAA/GAB/SES/2023, endereçado ao Diretor-Geral Henrique Schultz e ao Presidente do Instituto ACQUA Sr. Samir Rezende Siviero, a partir de maio de 2023, para efeitos de avaliação do percentual de cumprimento de metas de produção,

serão consideradas as produções apresentadas para processamento, de acordo com os critérios e padrões adotados pelo SUS.

Em relação as atividades assistenciais, segue período de início das atividades desde a inauguração do Hospital.

Figura 1. Descrição do início de atividades assistenciais no HRCLMT desde a sua inauguração.



Abril	08/04/2022 - Assinatura do CG 01/2022
Junho	24/06/2022 – Início dos atendimentos (somente pediátrico)
Julho	05/07/2022 – Início das consultas especializadas
Setembro	15/09/2022 – Início dos atendimentos para adultos
	15/09/2022 – Abertura dos leitos de UTI (10 adulto e 10 pediátrico) e 82 leitos*
	22/09/2022 – Primeira internação em UTI Pediátrica
	22/09/2022 – Substituição do Diretor-Geral Demétrios do Lago Pareja para Henrique de Souza Schultz
	28/09/2022 – Primeira cirurgia
Outubro	29/09/2022 – Convênio com HNSA para realização de Tomografias
	Início da Hemodiálise na UTI
	Início dos procedimentos de facoemulsificação
Novembro	24/10/2022 – Início dos exames de Tomografia Computadorizada no HRCLMT
Dezembro	Início dos procedimentos de CPRE
Janeiro	Início dos atendimentos ambulatoriais de cirurgia bariátrica
Fevereiro	27/12/2022 – Início das RNM
Março	-
Abril	Termino da Instalação da Hemodinâmica
Maio	Início de consultas em cardiologia para elegibilidade de cateterismo vascular cardíaco
	-
Abril	Início da oferta de Consultas em Cirurgia Torácica
Maio	Início de procedimentos em Hemodinâmica (teste)
Maio	Habilitação dos Leitos de UTI (adulto e pediátrico) pelo Ministério da Saúde

* na inauguração o HRCLMT disponibilizou apenas 12 leitos de internação pediátrica, com a inauguração dos demais leitos o HRCLMT passou a disponibilizar 11 leitos de enfermaria pediátrica conforme disposto no CG.

Fonte: Informações repassadas pela direção do HRCLMT e nos Relatórios de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA.

4. MÉTODO

Para elaboração do relatório analisou-se os seguintes documentos:

- a) Contrato de Gestão nº 01/2022;
- b) Dados da planilha de monitoramento diário do HRCLMT;
- c) Relatórios Informativos nº 3.961/2023 (competência janeiro/23), nº 3.978/2023 (competência fevereiro/23), nº 3.998/2023 (competência março/23) e nº 4.002/2023 (competência abril/23) da equipe de controle e acompanhamento local;
- d) Relatório de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA dos meses de janeiro, fevereiro, março e abril;
- e) Ofício n. 1314/CECAA/GAB/SES/2023, de 13/03/2023, que solicita a reapresentação do Relatório de Prestação de Contas assistencial da competência Janeiro/23 por apresentar inconsistências, como contabilização triplicada de procedimentos, inclusão de procedimentos financiamento FAEC, dentre outras adequações.
- f) Ofício nº 091/2023/ HRTL/ACQUA – DG de 22/02/2023, que trata da apresentação da produção da competência janeiro/2023.
- g) Ofício nº 231/2023/HRTL/ACQUA – DG de 04/05/2023, que trata da reapresentação da produção da competência fevereiro/2023.
- h) Ofício nº 307/2023/HRTL/ACQUA – DG de 31/05/2023, que trata da reapresentação da produção do quadrimestre conforme acordado em reunião; e
- i) Dados disponíveis no Tabwin até a data de 21 de junho de 2023;

5. DESENVOLVIMENTO

Da verificação da prestação de contas da empresa EGS, foi informado em seus relatórios dados que, por vezes, destoam do apresentado no relatório de Prestação de Contas das Metas do HRCLMT. Ademais as informações têm um atraso de mais ou menos 35 dias, ou seja, a prestação de contas do mês de janeiro/2023 foi apresentada em fevereiro/2023 com dados de dezembro/2022, assim sucessivamente. Cabe destacar que a apresentação dos dados ocorre de uma forma simples, sem análises ou interpretações, conforme exemplo no anexo I.

Ainda em relação aos sistemas de informação, foi constatado pela ECA, Relatório Informativo nº 3.998/2023, competência março, a existência de pacientes no censo hospitalar que não se encontravam fisicamente no hospital, conforme segue relato:

“Unidade de internação clínica cirúrgica: durante a visita do dia 23/03, estava descrito no censo hospitalar (relatório emitido pelo sistema local) 23 pacientes internados, porém verificou-se que 07 pacientes haviam recebido alta no período da manhã ou no dia anterior; havia 01 paciente internado na unidade desde 20/03/2023 que não contava no censo (paciente NSQ); logo, constatou-se *in loco* (aproximadamente 14h00min) 14 pacientes efetivamente internados; observou-se, também no dia 24/03/2023, a desatualização do censo hospitalar referente a 04 pacientes que haviam recebido alta; repassado situação à secretária do Diretor Geral; no dia 24/03/2023 verificou-se vazamento de água em aparelho de ar condicionado de um quarto com 02 leitos.”

Quanto à equipe multiprofissional, o hospital informa em seus relatórios a oferta dos serviços de fonoaudiologia e terapia ocupacional, no entanto não possui nenhum profissional cadastrado no CNES (consulta em 17/05/2023) com estes CBOs, mesmo tendo informado no relatório de prestação de contas que não houve procura de profissionais para as vagas abertas em processo seletivo.

Além disso, em visitas técnicas realizadas pela ECA identificou-se, em visita *in loco*, a ausência do segundo profissional médico escalado no pronto socorro para atendimento pediátrico, como já apontado no relatório referente ao terceiro quadrimestre/2022. E que o segundo profissional só é localizado após questionamentos. Assim como em outros setores do hospital, clínica de internação e Unidade de Terapia Intensiva.

No Relatório nº 4002/2023 foi apontado tal situação pela ECA:

“Foi informado que há um aparelho celular da instituição que fica com o médico plantonista hospitalista e que todas os responsáveis/coordenadores das unidades de internação possuem esse contato; portanto, quando precisam do atendimento médico, ligam e o profissional vai até a unidade; mesmo se houver troca de profissional, esse aparelho é repassado ao profissional que assume o plantão”.

Apesar de informado no relatório nº 3.960/2023 que trata da avaliação assistencial do 3º quadrimestre de 2022 e, previsto em cláusula contratual, ainda não foi constatado que o hospital instalou placa informativa sobre a gratuidade do atendimento, assim como o telefone da ouvidoria da SES-MS. Tal ausência infringe a cláusula 3.1.5 c.1) “*na sala de recepção e espera: [...] placa do SUS informando a gratuidade do atendimento, telefone da ouvidoria SUS e do serviço hospitalar de atendimento ao cliente*” do CG nº 01/2022. Conforme constatado pela ECA, o hospital possui um sistema próprio de ouvidoria, com responsável que recebe as demandas e realiza os encaminhamentos necessários.

Em relação ao serviço de laboratório o Instituto ACQUA fez a contratação da empresa Prest Lab, com a seguinte constatação da ECA:

“**Laboratório:** em visita realizada no dia 28/03/2023 juntamente com a equipe da GCCG, verificou-se que o serviço de apoio diagnóstico laboratorial está situado no 3º andar do Hospital e é de responsabilidade da empresa Prest Lab (sede em Suzano/SP); parte dos equipamentos são do HRCLMT e parte são locados pela empresa Easy Diagnóstico. A Responsável Técnica pelo laboratório é a biomédica Clarinda, contratada pela Prest Lab, sendo os demais colaboradores contratados (06 técnicos em patologia clínica contratados e informaram que contratarão mais 07 técnicos) pelo HRCLMT. Foi informado que parte dos exames (como por exemplo hormônios, antibiogramas, hemoglobina glicosilada) são liberados/realizados por outra empresa (Diagnósticos do Brasil), em que o fluxo de envio de amostras é realizado de segunda a sexta-feira; importante relatar que com relação aos exames hormonais e aos bioquímicos mencionados, há cadastrado no CNES do HRCLMT (competência 03/2023 – anexo II) que a empresa Prest Lab Medicina Diagnóstica Suzano (CNES 73032) realiza tais exames. Já, com relação aos exames microbiológicos não há cadastro de serviço próprio ou terceirizado no CNES do hospital. Ainda, há informação no cadastro do CNES da Prest Lab de que apenas os exames anatomopatológicos e citopatológicos são realizados pela DB Diagnósticos do Brasil Sorocaba (CNES 3384977) (anexo III e IV). Para fins de elucidação da situação supracitada, solicitou-se os laudos dos respectivos exames (figura 6), cujos achados são os que se seguem: os laudos fornecidos pela Prest Lab possuem um cabeçalho com o logo da Prest Lab e do Instituto ACQUA, rodapé informando as unidades da Prest Lab e quando algum determinado procedimento foi realizado em um laboratório diferente da Prest Lab (como a Diagnósticos do Brasil – terceirizada da Prest Lab) há informação (logo abaixo da descrição do resultado) do nome e conselho profissional do profissional responsável pelo exame e nome da respectiva empresa. Os resultados, em média, são liberados em 2 horas, hemograma 20 minutos e hemocultura em 5 a 7 dias (mas também liberam resultados parciais após 48h de cultura). Foi informado que a manutenção dos equipamentos (de propriedade da SES) são realizados pela engenharia clínica do HRCLMT. A RT Clarinda também responde pela Agência Transfusional (AT) do HRCLMT e, cabe destacar que na data da visita, o ar condicionado da AT estava quebrado, sendo necessário acondicionar as plaquetas em bancada do laboratório e não na própria da AT.”

No decorrer do quadrimestre foi solicitado a direção do hospital a reapresentação dos dados informados na prestação de contas, uma vez que possuíam divergência de informações, assim como contagens duplicadas. No mês de janeiro foi solicitada a reapresentação do relatório por completo. No mês de fevereiro foi solicitado esclarecimentos quanto aos indicadores de qualidade, com resposta no Ofício nº 231/2023/HRTL/ACQUA – DG de 04/05/2023.

E, no dia 18 de maio de 2023 foi realizada reunião entre a Gerência de Controle dos Contratos de Gestão, a Superintendência de Governança Hospitalar e a alta direção do hospital para alinhamento do fluxo de apresentação de informações, assim como solicitou a reapresentação dos dados de produção ambulatorial e hospitalar, especificados por procedimentos realizados, referente aos meses do primeiro quadrimestre de 2023. Os dados solicitados foram encaminhados via Ofício nº 307/2023/HRTL/ACQUA – DG de 31/05/2023 e utilizado como referência para a avaliação das metas de produção ambulatorial e hospitalar.

Ademais, os responsáveis pela prestação de contas, enviada pelo hospital, devem atentar-se ao prazo estipulado na cláusula 10.2.1 do CG nº01/2022 para envio do relatório, pois o atraso em receber as informações prejudica o fluxo de trabalho do setor de monitoramento e acompanhamento das metas.

“A apresentação dos documentos assistenciais, administrativos, contábeis, financeiros e jurídicos, a título de acompanhamento e controle das execuções das ações e serviços de saúde na Unidade, deve ocorrer mensalmente, todo quinto dia útil do mês subsequente da execução/realização das ações, por exemplo: a apresentação de documentos do mês de janeiro deve ser entregue até o quinto dia útil do mês de fevereiro, e assim sucessivamente”;

A saber, a entrega dos relatórios ocorreu nas seguintes datas:

Competência	Deveria ser entregue	Foi entregue
Janeiro	08/02/2023	15/02/2023
Fevereiro	07/03/2023	31/03/2023
Março	10/04/2023	27/04/2023
Abril	08/05/2023	12/05/2023

5.1 Produção Ambulatorial

Para efeitos de avaliação do cumprimento das metas de produção ambulatorial, considerando a característica do procedimento (classificação SIGTAP – alta complexidade) e apresentação para faturamento por APAC, a produção de Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável foi incluída na meta de Procedimentos com financiamento FAEC, que em sua maioria possui procedimentos de alta complexidade.

Alguns procedimentos foram alocados em determinados grupos/procedimentos para serem computados dentro das metas propostas, com a seguinte distribuição:

Janeiro/2023

- 34 procedimentos de Facoemulsificação alocados em procedimentos FAEC;
- 38 consultas pré-bariátrica alocados em procedimentos FAEC;
- 09 consultas de cirurgião bariátrico em procedimentos FAEC; e
- 99 consultas de anestesista em consultas/atendimento/acompanhamentos.
- 136 procedimentos oftalmológicos (Biometria Ultrassônica, Biomicroscopia, fundoscopia, tonometria) em método diagnóstico em especialidades.

Fevereiro/2023

- 83 procedimentos de Facoemulsificação alocados em procedimentos FAEC;
- 78 consultas pré-bariátrica alocados em procedimentos FAEC;
- 11 consultas de cirurgião bariátrico em procedimentos FAEC; e
- 154 consultas de anestesista em consultas/atendimento/acompanhamentos.
- 288 procedimentos oftalmológicos (Biometria Ultrassônica, Biomicroscopia, fundoscopia, tonometria) em método diagnóstico em especialidades.

Março/2023

- 15 procedimentos de Facoemulsificação alocados em procedimentos FAEC;
- 108 consultas pré-bariátrica alocados em procedimentos FAEC;
- 13 consultas de cirurgião bariátrico em procedimentos FAEC; e
- 103 consultas de anestesista em consultas/atendimento/acompanhamentos.
- 60 procedimentos oftalmológicos (Biometria Ultrassônica, Biomicroscopia, fundoscopia, tonometria) em método diagnóstico em especialidades.

Abril/2023

- 15 procedimentos de Facoemulsificação alocados em procedimentos FAEC;
- 65 consultas pré-bariátrica alocados em procedimentos FAEC;
- 11 consultas de cirurgião bariátrico em procedimentos FAEC; e
- 100 consultas de anestesista em consultas/atendimento/acompanhamentos.
- 64 procedimentos oftalmológicos (Biometria Ultrassônica, Biomicroscopia, fundoscopia, tonometria) em método diagnóstico em especialidades.

A seguir, tabela 1, a produção ambulatorial referida pelo hospital no primeiro quadrimestre de 2023.

Tabela 1. Produção ambulatorial referida pelo hospital, vinculada às metas estabelecidas no Contrato de Gestão nº 01/2020, nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	JAN	FEV	MAR	ABR	META		PESO	CUMPRIMENTO %
						QUADR	QUADR		
Coleta de material	10	50	38	52	70	40	210		525%
Consultas/atendimentos/acompanhamentos	3.500	1.754	3.049	7.219	5.279	14.000	17.301		124%
Fisioterapia	320	1.293	1.658	1.943	2.334	1.280	7.228		565%
Fonoaudiologia	320	0	0	0	0	1.280	0		0%
Psicologia	130	225	325	214	182	520	946		182%
Serviço Social	1.500	183	1.587	224	456	6.000	2.450		41%
Terapia Ocupacional	180	0	0	0	0	720	0		0%
Nutrição	180	234	195	123	169	720	721		100%
Enfermagem	150	1.763	2.006	2.565	2.692	600	9.026		1504%
Angiologia	40	0	0	0	0	160	0		0%
Cardiologia	200	150	195	132	182	800	659		82%
Cirurgia Cardiovascular	40	13	7	2	12	160	34		21%
Cirurgia Vascular	50	31	34	28	17	200	110		55%
Cirurgia Geral	60	134	149	196	239	240	718	1	299%
Cirurgia Torácica	20	0	0	0	3	80	3		4%
Clinico	300	0	0	0	2	1.200	2		0%
Coloproctologia	20	0	13	9	25	80	47		59%
Gastroenterologista	80	47	48	63	36	320	194		61%
Neurologista Clínico	60	32	30	41	33	240	136		57%
Otorrinolaringologia	20	82	63	75	47	80	267		334%
Pediatria (egresso)	50	16	17	44	21	200	98		49%
Cirurgia Pediátrica	40	38	76	75	51	160	240		150%
Pneumologia	20	16	16	15	14	80	61		76%
Urologia	50	33	30	42	37	200	142		71%
Endocrinologia	20	11	18	13	14	80	56		70%
Geriatria	20	2	4	2	1	80	9		11%
Oftalmologia	30	149	167	171	37	120	524		437%

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

DIRETORIA-GERAL DE CONTROLE NO SUS
COORDENADORIA ESTADUAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Diagnóstico em laboratório clínico	9.000	1.977	2.139	3.914	3.323	36.000	11.353	32%
Diagnóstico por radiologia	500	265	460	745	786	2.000	2.256	113%
Diagnóstico por US (MC)	500	374	92	0	86	2.000	552	28%
US geral	100	0	0	259	0	400	259	65%
Doppler 3 vasos	70	0	0	0	11	280	11	4%
ECO transtorácico MC	130	193	100	85	121	520	499	96%
ECO transesofágico AC	12	0	0	0	0	48	0	0%
ECO transesofágico AC	15	0	0	0	0	60	0	0%
Diagnóstico por US (AC)	5	0	0	0	0	20	0	0%
Diagnóstico por Tomografia (AC)	480	252	129	204	204	1.920	789	41%
Diagnóstico por radiologia intervencionista (AC)	5	0	0	0	0	20	0	0%
Diagnóstico por Ressonância Magnética (AC)	110	54	69	91	91	440	305	69%
Diagnóstico em Oftalmologia (AC)	10	0	0	0	0	40	0	0%
Diagnóstico por endoscopia	100	0	0	0	0	400	0	0%
Colonoscopia	250	27	36	45	27	1.000	135	14%
Esofagogastroduodenoscopia	180	43	21	0	60	720	124	17%
Broncoscopia	20	0	0	0	0	80	0	0%
Laringoscopia	20	0	0	0	0	80	0	0%
Método diagnóstico em especialidade	150	314	513	179	220	600	1.226	204%
Holter	15	34	22	16	13	60	85	142%
Teste ergométrico	55	52	48	46	47	220	193	88%
Método diagnóstico em especialidade (AC)	15	0	0	0	0	60	0	0%
Pequenas cirurgias (pele, tecido subcutâneo e mucosa)	180	9	9	7	9	720	34	5%
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	15	0	0	0	0	60	0	0%
Cirurgia do aparelho geniturinário	3	0	0	0	0	12	0	0%
Cirurgia do aparelho circulatório	1	0	0	0	0	4	0	0%
Procedimentos financiamento FAEC	100	81	172	136	91	400	480	120%
TOTAL	19.451	9.931	13.535	18.975	17.042	77.804	59.483	76,45%
						Total com aplicação do peso	64.175	82,48%

Fonte: Dados de produção apresentados no ofício nº 307/2023/HRTL/ACQUA – DG de 31/05/2023.

OBS: Total da produção quadrimestral com peso aplicado no total geral. AC – Alta Complexidade; MC – Média Complexidade;

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.




A seguir, tabela 2, relaciona as informações disponibilizadas da Produção Ambulatorial no Tabwin na data de 21 de junho 2023 e as informações apresentadas pela direção do HRCLMT. O qual apresenta a divergência de 42.633 procedimentos a menos no quadrimestre avaliado.

Tabela 2. Informações apresentadas pela direção do HRCLMT e a Produção Ambulatorial disponível no Tabwin, no primeiro quadrimestre de 2023.

TIPO DE ATENDIMENTO	Meta do Quadrimestre	Informado no Relatório	Tabwin	Tabwin versus Informado
Coleta de Material	40	210	4	-206
Diagnóstico por Laboratório Clínico	36.000	11.353	2.840	-8513
Diagnóstico por Radiologia	2.000	2.256	395	-1861
Diagnóstico por Ultrassonografia - Total	3.328	1.321	1.062	-259
Diagnóstico por Tomografia	1.920	789	112	-677
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	20	0	0	0
Diagnóstico por Ressonância	440	305	34	-271
Diagnóstico em Oftalmologia	40	0	0	0
Diagnóstico por Endoscopia	2.280	259	182	-77
Método diagnóstico em Especialidades	940	1.504	1.153	-351
Consultas/atendimentos às urgências em geral	29.600	41.016	10.960	-30056
Cirurgias do aparelho da visão	-	147	106	-41
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	60	0	0	0
Cirurgia do aparelho geniturinário	12	0	0	0
Cirurgia do aparelho circulatório	4	0	0	0
Procedimentos Financiamento FAEC	400	289	0	-289
Pequenas cirurgias (pele, tecido subcutâneo e mucosa)	720	34	2	-32
TOTAL	77.804	59.483	16.850	-42.633

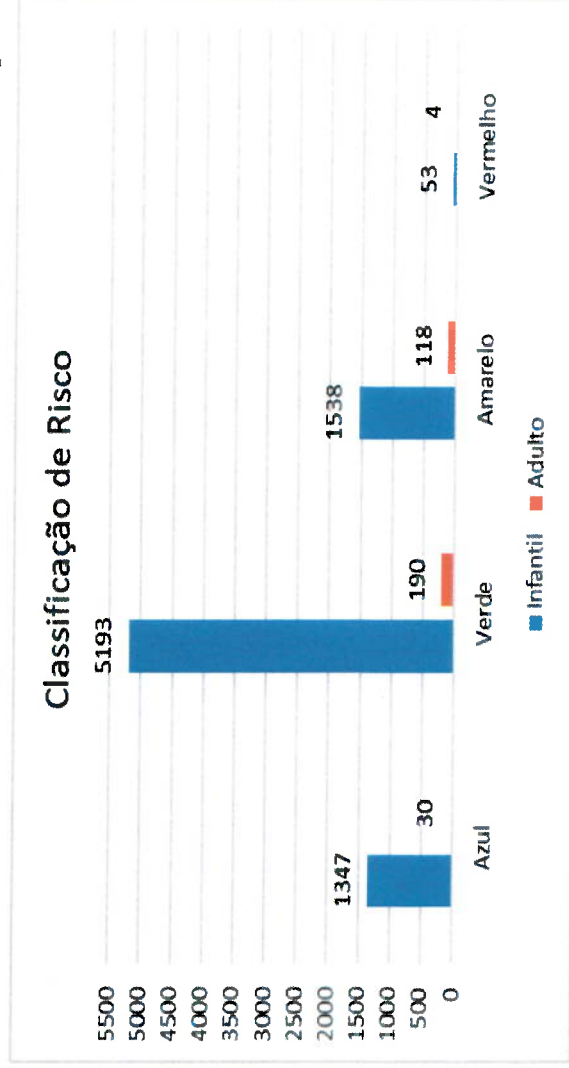
Fonte: Dados de produção ambulatorial apresentados no ofício nº 307/2023/HRCL/ACQUA – DG de 31/05/2023 e DATASUS (acesso em 21/06/2023).

Obs: Procedimentos sem aplicação dos pesos. * Os procedimentos de Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável e os atendimentos relacionados a equipe multiprofissional de acompanhamento pré-bariátrica, inclusive consultas médicas especializadas com o cirurgião bariátrico, foram alocados nos procedimentos financiamento FAEC. Utilizou-se para extração das informações dos arquivos Produção Ambulatorial com o seguinte log: Linha=Sub Grupo de Procedimentos; Coluna=Ano/Mês internação; Incremento=Quantidade apresentada. Com os meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

Em relação as classificações de risco, houve 8.473 atendimentos no quadrimestre, dos quais 8.131 pediátricos e 342 adultos. Desses atendimentos 6.760 (79,78%) foram classificados como não prioritários (cor azul e verde), como apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição por classificação de risco adulto e pediátrico, segundo cor, referida pelo hospital, no primeiro quadrimestre/2023.



Fonte: Dados de produção apresentada no Relatório de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA, dos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023

Ademais, foi constatado pela equipe local no relatório nº 3.978/2023, competência fevereiro, a seguinte informação:

“Destaca-se que o sistema de informação local ainda está direcionando o preenchimento da Classificação de Risco baseado em alguns sinais e sintomas, condicionando esses achados à gravidade de cada caso e ao tempo de espera para atendimento (azul, verde, amarelo ou vermelho) diferentemente do proposto no POP; não estão alinhados nem no tempo de espera nem nos sinais e sintomas e sua respectiva classificação de gravidade;”

O qual demonstra a necessidade do Instituto ACQUA alinhar os processos internos dentro do hospital.

De acordo com a produção ambulatorial disponível no sistema METABASE do hospital, 46,77% (1.658/3.545) dos pacientes atendidos são do município de Três Lagoas, os demais atendimentos seguem a distribuição da tabela 2. Tal ocorrência pode estar relacionado ao pronto socorro pediátrico ser porta aberta, o qual oportuniza maior acesso da população local. Entretanto, é evidente o atendimento dos municípios pertencentes a macrorregião de Três Lagoas.

Tabela 2. Município de residência dos pacientes atendidos no ambulatório do HRCLMT no primeiro quadrimestre de 2023.

Microrregião	Município Residência	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Paranaíba	Aparecida do Tabuado	42	12	22	32	108
	Inocência	27	17	36	26	106
	Paranaíba	103	94	82	45	324
	Cassilândia	113	95	76	96	380
Três Lagoas	Três Lagoas	407	583	372	296	1658
	Água Clara	48	48	50	51	197
	Brasilândia	48	43	43	45	179
	Selvíria	13	20	43	32	108
	Santa Rita do pardo	6	20	32	28	86
	Bataguassu	14	14	9	9	46
Nova Andradina	Ivinhema	53	19	2	2	76
	Outros	41	70	115	51	277
Total		915	1035	882	713	3545

Fonte: Dados de produção ambulatorial disponíveis no sistema METABASE, sob responsabilidade da direção do HRCLMT (acesso em 23/05/2023).

5.1.1 Considerações sobre a Produção Ambulatorial

1. O HRCLMT refere ter realizado 59.483 procedimentos ambulatoriais, o que corresponde a 82,48% de cumprimento das metas (com aplicação dos pesos conforme anexo V – Sistemática de Avaliação);

2. Assim como no quadrimestre anterior, neste quadrimestre a produção de Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável foi incluída no cálculo da produção ambulatorial em procedimentos com financiamento FAEC, conforme já esclarecido anteriormente. Tal produção atende a solicitação da SES de acordo com a CI n°247/DGAS/SES de 15 de agosto de 2022 autorizada e aprovada pela mesma secretaria;

3. Em relação a classificação de risco dos pacientes atendidos no Pronto Atendimento, apesar de ocorrer aumento na demanda de pacientes, estes são de baixo risco, 79,78% classificados como azul ou verde, ou seja, poderiam ser atendidos em serviços de menor complexidade;

4. Das 18 especialidades médicas estabelecidas no Contrato, o HRCLMT não disponibilizou nenhuma vaga de consulta médica na especialidade de angiologia até o fim do quadrimestre. No mês de abril iniciou a oferta de consultas na especialidade de cirurgia torácica;

6. Para avaliação do percentual de cumprimento das metas, utilizou-se a fórmula descrita no Anexo V – Sistemática de Avaliação, no entanto entende-se que houve uma supressão do critério de Peso no denominador, ou seja, qualquer procedimento com $\text{Peso} \geq 2$ acarreta aumento no percentual de cumprimento, apesar deste não corresponder ao quantitativo físico da meta estabelecida. Se considerarmos a aplicação de Peso no numerador e no denominador, como é usual em outros contratos, o percentual de cumprimento da meta cai para 72,95%.

7. Ao levar em consideração a produção apresentada e disponível nos sistemas oficiais o hospital cumpriu 25,06% (já com aplicação dos pesos conforme anexo V – Sistemática de Avaliação) da meta do contrato.

8. É necessário que o hospital apresente planos de melhoria dos sistemas de informação, pois ainda apresenta inconsistências de informação, que por vezes podem levar a interpretações equivocadas de indicadores.

5.2 Produção Hospitalar

Tabela 3. Produção hospitalar referida pelo hospital, vinculada às metas estabelecidas no Contrato de Gestão nº 01/2020, nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

TIPO DE ATENDIMENTO	META MENSAL	PESO	JAN	FEV	MAR	ABR	META QUADR	PROD QUADR	CUMPRIMENTO %
Coleta de material	10		49	44	95	31	40	219	547,5%
Consultas/atendimentos/acompanhamentos	15		0	0	0	0	60	0	0,0%
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	250		112	107	69	141	1000	429	42,9%
Pequenas cirurgias (pele, tecido subcutâneo e mucosa)	30		0	0	1	1	120	2	1,7%
Cirurgias de VAS, face, cabeça e pescoço	3		16	12	14	6	12	48	400,0%
Cirurgia do aparelho circulatório	50	1	2	1	0	1	200	4	2,0%
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	50		41	43	69	46	200	199	99,5%
Cirurgia do aparelho geniturinário	15		7	3	17	12	60	39	65,0%
Cirurgia Torácica	5		0	0	0	0	20	0	0,0%
Outras cirurgias (procedimentos com cirurgias sequenciais)	30		0	4	7	3	120	14	11,7%
Diag por endoscopia (AC)	5		0	0	0	0	20	0	0,0%
Tratamentos clínicos (AC)	100		0	1	0	0	400	1	0,3%
Cirurgias de VAS, face, cabeça e pescoço (AC)	2		0	0	0	0	8	0	0,0%
Cirurgia do aparelho circulatório (AC)	30	2	0	0	0	0	120	0	0,0%
Cirurgia Torácica (AC)	4		0	0	0	1	16	1	6,3%
Outras cirurgias (AC)	10		0	0	0	0	40	0	0,0%
Procedimentos financiamento FAEC	10		14	7	10	15	40	46	115,0%
TOTAL	619		241	222	282	257	2476	1002	40,5%
Total com aplicação do peso								1050	42,4%

Fonte: Dados de produção apresentados no ofício nº 307/2023/HRTL/ACQUA – DG de 31/05/2023.

OBS: Total da produção quadrimestral com peso aplicado no total geral. AC – Alta Complexidade; MC – Média Complexidade

A seguir, tabela 4, relaciona as informações disponibilizadas da Produção Hospitalar no Tabwin na data de 21 de junho 2023 e as informações apresentadas pela direção do HRCLMT. O qual apresenta a divergência de 700 procedimentos a menos no quadrimestre avaliado.

Tabela 4. Informações apresentadas pela direção do HRCLMT e a Produção Hospitalar aprovada e rejeitada no Tabwin, nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

TIPO DE ATENDIMENTO	Meta do Quadrimestre	Informado no Relatório	Apresentado para Processamento	Apresentado versus Informado
Coleta de material	40	219	0	-219
Consultas/atendimentos/acompanhamentos	60	0	9	9
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.000	429	177	-252
Pequenas cirurgias (pele, tecido subcutâneo e mucosa)	120	2	0	-2
Cirurgias de VAS, face, cabeça e pescoço	12	48	23	-25
Cirurgia do aparelho circulatório	200	4	0	-4
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	200	199	71	-128
Cirurgia do aparelho geniturinário	60	39	9	-30
Cirurgia Torácica	20	0	0	0
Outras cirurgias (procedimentos com cirurgias sequenciais)	120	14	0	-14
Diagnóstico por endoscopia (AC)	20	0	0	0
Tratamentos clínicos (AC)	400	1	3	2
Cirurgias de VAS, face, cabeça e pescoço (AC)	8	0	0	0
Cirurgia do aparelho circulatório (AC)	120	0	0	0
Cirurgia Torácica (AC)	16	1	0	-1
Outras cirurgias (AC)	40	0	0	0
Procedimentos financiamento FAEC	40	46	10	-36
TOTAL	2.476	1.002	302	-700

Fonte: Dados de produção hospitalar apresentados no ofício nº 307/2023/HRTL/ACQUA – DG de 31/05/2023 e DATASUS (acesso em 21/06/2023). Utilizou-se para extração das informações dos arquivos RD e RJ com o seguinte log: Linha=Sub Grupo de Procedimentos; Coluna=Ano/Mês internação; Incremento=Frequência. Com os meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

Dos 302 procedimentos apresentados para faturamento, 05 (1,65%) foram rejeitados. Sendo os principais motivos: registros incompatíveis e procedimento não autorizado.

Em relação à taxa de ocupação média do hospital, no quadrimestre ela alcançou 50,03%, ou seja, abaixo do esperado para utilização da capacidade total da instituição. A distribuição por clínica segue o disposto no quadro 2. Para o cálculo utilizou-se das informações apresentadas no monitoramento diário, uma vez que no ofício nº 231/2023/HRTL/ACQUA – DG de 04/05/2023 a instituição informou que o sistema METABASE não realiza a contabilização de transferências internas dos pacientes, mas no monitoramento diário há o registro da informação.

Quadro 2. Taxa de Ocupação, por setor, referente aos meses do primeiro quadrimestre/2023, com informações referidas pelo hospital.

Setores	Taxa de Ocupação (%)			
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Clínica Cirúrgica (28 leitos)	19,01	21,05	36,06	24,76
Clínica Médica (15 leitos)	64,09	83,57	63,44	59,11
Clínica Pediátrica (11 leitos)	17,60	50,97	81,90	94,24
UTI Adulto (10 leitos)	46,45	72,49	59,03	59
UTI Pediátrica (10 leitos)	18,39	35,00	56,77	89,33
Taxa de Ocupação Geral	31,56	46,87	54,28	55,41

Fonte: Dados de produção apresentados pela direção do HRCLMT no monitoramento diário dos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

No quadrimestre avaliado, apresentou um total de 46 óbitos com mais de 24h e 6 óbitos com menos de 24h de assistência prestada no hospital. De acordo com o sistema METABASE houve 938 saídas hospitalares, o que corresponde a uma taxa de óbito geral de 4,90% (óbitos com mais de 24h de assistência prestada). Quanto aos setores de UTIs, é descrito conforme quadro 3 abaixo.

Quadro 3. Demonstrativo de saídas, óbitos com mais de 24h e taxa de óbitos nas UTIs do HRCLMT no primeiro quadrimestre de 2023.

Setor	Saídas	Óbitos	Taxa de óbitos (%)
UTI Adulto	155	31	20
UTI Pediátrica	92	6	6,52

Fonte: Dados informados no Relatório de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA e no sistema de informação do HRCLMT.

Os procedimentos cirúrgicos realizados no primeiro quadrimestre de 2023 são descritos na tabela 5.

Tabela 5. Procedimentos cirúrgicos realizados nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023

Procedimentos	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Colecistectomia videolaparoscópica	18	12	28	20	78
Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	7		9	8	24
Hernioplastia umbilical	7		13	4	24
Amigdalectomia com adenoide	8	8	7	1	24
Hernioplastia		24			24
Apendicectomia	7	1	6	6	20
Amigdalectomia	7	1	5	4	17
Postectomia	7	3	7	9	26
Orquidopexia unilateral			6	2	8
Laparotomia exploradora	2	2	2	1	7
Cirurgias múltiplas		2	4	2	8
Traqueostomia	1	3	2		6
Cirurgias sequenciais		2	3	1	6
Hernioplastia inguinal (bilateral)			3	3	6
Implante de marcapasso temporário transvenoso	2	1		1	4
Hernioplastia epigástrica		2	1		3
Hernioplastia incisional			2	1	3
Colecistectomia			3		3
Hemorroidectomia			1	2	3
tratamento cirúrgico de hidrocele			2	1	3
Ressecção endoscópica de próstata			2		2
Drenagem de abscesso			1	1	2
Drenagem de abscesso anu-retal		1			1
Fistulectomia/fistulotomia anal			1		1
Hernioplastia recidivante				1	1
Adenoidectomia				1	1
Total	66	62	108	69	305

Fonte: Relatório de Prestação de Contas das Metas dos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2023.

No que diz respeito aos cancelamentos de cirurgias, apresentou no período analisado 35 cirurgias canceladas, os motivos são descritos na tabela 6. No relatório de prestação de contas o hospital não informou tais ocorrências, as informações são do monitoramento diário.

Tabela 6. Motivos para cancelamentos de cirurgias nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

Motivos	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Alteração de SSVV	1	2			3
Alterações Clínicas		2	8	2	12
Suspensa pelo Cirurgião		1	1	1	3
Não especificou motivo			4	1	5
Ocorreu cirurgia de emergência			2		2
Outros Motivos	1		3	5	9
Falta de exames			1		1
Total	2	5	19	9	35

Fonte: Dados de produção apresentados no monitoramento diário com informações repassadas pelo hospital.

Quanto ao grau de dependência do paciente, de acordo com a escala de Fugulin, disponível no sistema METABASE, realizada nos meses de janeiro a abril/2023, os pacientes com cuidados mínimos foram os prevalentes, seguidos de cuidados intermediários. Cabe destacar que houve quantidade expressiva (272) de avaliações sem informações. Na clínica cirúrgica não foi possível fazer a identificação da classificação dos pacientes, pois estavam unificados com o centro cirúrgico. A distribuição dos setores apresenta-se na tabela 7.

Tabela 7. Classificação dos pacientes pela escala de Fugulin, segundo clínica, nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril/2023.

Escala de Fugulin	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Clínica Médica					
Cuidados Mínimos	36	30	30	23	119
Cuidados Intermediários	14	12	10	14	50
Cuidados de Alta Dependência	4	10	6	2	22
Cuidados Semi Intensivos	1	0	1	0	2
Cuidados Intensivos	0	0	0	1	1
Não Informado	8	12	9	5	34
Clínica Cirúrgica					
Cuidados Mínimos					0
Cuidados Intermediários					0
Cuidados de Alta Dependência					0
Cuidados Semi Intensivos					0
Cuidados Intensivos					0
Não Informado					0
Clínica Pediátrica					
Cuidados Mínimos	16	32	32	11	91
Cuidados Intermediários	6	15	9	37	67
Cuidados de Alta Dependência	2	2	1	4	9
Cuidados Semi Intensivos	0	0	1	1	2
Cuidados Intensivos	0	1	0	0	1

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

Não Informado	11	13	69	14	107
UTI Pediátrica					
Cuidados Mínimos	0	12	0	0	12
Cuidados Intermediários	0	9	2	2	13
Cuidados de Alta Dependência	0	6	1	1	8
Cuidados Semi Intensivos	1	13	2	2	18
Cuidados Intensivos	0	33	5	5	43
Não Informado	4	59	25	25	113
UTI Adulto					
Cuidados Mínimos	1	4	3	1	9
Cuidados Intermediários	1	4	3	1	9
Cuidados de Alta Dependência	0	1	0	2	3
Cuidados Semi Intensivos	1	3	1	2	7
Cuidados Intensivos	5	4	0	4	13
Não Informado	2	1	11	4	18

Fonte: Dados de produção disponíveis no sistema METABASE, acesso em 23/05/2023.

Quanto aos indicadores das UTIs, apresentou o comportamento conforme as tabelas 8 e 9. Cabe destacar que alguns itens foram calculados pelo setor de monitoramento e acompanhamento, sendo eles:

Internações novas: retirado do monitoramento diário;

Mortalidade observada: Número de óbitos com + 24h / número total de saídas (óbitos, altas, transferências internas e externas); para esse indicador foi confrontado os dados do monitoramento diário, sistema METABASE e Relatório de Prestação de Contas das Metas;

Número de paciente-dia: retirado do monitoramento diário;

Tabela 8: Indicadores da UTI adulto do HRCLMT de acordo com a Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, para o primeiro quadrimestre de 2023.

Indicador – UTI Adulto	Jan	Fev	Mar	Abr
Duração média da internação (dias)	4,55	6,83	-	-
Internações novas (n) ¹	32	41	41	40
Mortalidade (nº de óbitos) > 24h	10	6	10	5
Mortalidade (nº de óbitos) < 24h	1	1	5	3
Mortalidade esperada SAPS 3 (%)	41,6	47	37	45,87
Mortalidade observada (%)	27,77	14,28	27,02	12,5
Número de saídas da UTI- total de saídas (alta + óbito + transferências) (n) ¹	36	42	37	40
Número de pacientes-dia (n) ¹	144	195	186	177
Reinternações na UTI < 24 h (n)	0	0	0	0
SMR (mortalidade observada/esperada)	0,49	0,3	0,73	0,27
Taxa de ocupação (%) ¹	46,45	72,49	59,03	59
Total de internações no período (n)	32	41	41	40
Taxa de mortalidade absoluta	30,55	16,66	40,54	20
Taxa de utilização de VM (%)	29,37	27,55	54,64	26,55
Densidade de incidência de PAV	0	0	10	0

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	0	0	0	0
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	28,67	31,12	28,96	34,46
Densidade de Incidência de Infecções do Trato urinário (ITU) e relacionada a cateter vesical	0	0	9,8	10,2
Taxa de Sondagem vesical de demora (SVD)	44,06	35,2	55,74	55,37

Fonte: Dados informados no Relatório de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA.

Obs: (-) sem informações.

1. Dados de produção apresentados pela direção do HRCLMT no monitoramento diário.

Tabela 9: Indicadores da UTI Pediátrica do HRCLMT de acordo com a Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, para o primeiro quadrimestre de 2023.

Indicador – UTI Pediátrica	Jan	Fev	Mar	Abr
Duração média da internação (dias)	8,13	7,23	-	-
Internações novas (n) ¹	9	11	32	45
Mortalidade (nº de óbitos) > 24h	0	0	1	5
Mortalidade (nº de óbitos) < 24h	0	0	0	0
Mortalidade esperada APACHE II (%)	4	4	4	4
Mortalidade observada (%)	0	0	3,33	12,5
Número de saídas da UTI- total de saídas (alta + óbito + transferências) (n) ¹	9	13	30	40
Número de pacientes-dia (n) ¹	61	98	176	268
Reinternações na UTI < 24 h (n)	0	0	0	0
SMR (mortalidade observada/esperada)	0	0	0,83	3,12
Taxa de ocupação (%) ¹	18,39	35	56,77	89,33
Total de internações no período (n)	9	11	32	45
Taxa de mortalidade absoluta	0	0	3,33	12,5
Taxa de utilização de VM (%)	62,3	55,1	21,02	28,73
Densidade de incidência de PAV	0	0	0	0
Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central	0	0	0	0
Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC)	22,95	35,71	5,11	30,22
Densidade de Incidência de Infecções do Trato urinário (ITU) e relacionada a cateter vesical	0	0	0	0
Taxa de Sondagem vesical de demora (SVD)	26,23	8,16	3,98	25,37

Fonte: Dados informados no Relatório de Prestação de Contas das Metas do Instituto ACQUA.

Obs: (-) sem informações.

1. Dados de produção apresentados pela direção do HRCLMT no monitoramento diário

Embora da taxa de mortalidade padronizada da UTI adulto estar abaixo de 1 (um), é necessário maior esclarecimento sobre a forma de cálculo do indicador SAPS 3, que estima a gravidade dos pacientes atendidos e a taxa de mortalidade esperada no setor analisado.

Cabe destacar que no mês de abril a taxa de mortalidade observada/esperada da UTI pediátrica foi de 3,12, sendo a referência valor ≤ 1 . Recomenda-se que o Comitê de Mortalidade do Hospital junto ao Núcleo de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde investiguem causas relacionadas aos óbitos ocorridos bem como tracem planos de melhoria visando a prevenção e redução de EA/óbitos aos pacientes.

5.2.1 Considerações sobre a Produção Hospitalar

1. O HRCLMT apresentou em seus relatórios 1002 procedimentos hospitalares, após aplicação dos pesos conforme anexo V – Sistemática de Avaliação, essa produção corresponde a 42,4% do cumprimento das metas. Destaca-se que dentre esses apenas 48 procedimentos são de alta complexidade;

2. Em relação a produção disponível nos sistemas oficiais do SUS, tabela 4, o hospital realizou 315 procedimentos. Cabe destacar que a produção hospitalar pode ser apresentada até três meses após a finalização da AIH;

3. O percentual de AIHs rejeitadas no SIHD2 foi de 1,65%, o que demonstra o alinhamento do hospital com a apresentação da produção hospitalar para faturamento aos moldes do Sistema Único de Saúde, uma vez que no 3º quadrimestre de 2022 havia 43,5% de rejeição das AIHs.

4. O HRCLMT apresentou uma crescente taxa de ocupação dos leitos de internação no período avaliado, contudo não está operando em sua capacidade ideal de atendimento, que segundo estabelecido em contrato é superior a 90%.

5. A taxa de mortalidade das UTIs sugere a necessidade de maior atuação da Comissão de Revisão e Análise de óbitos hospitalares, que segundo avaliação descrita no Indicador nº 12 de desempenho e qualidade requer atuação mais eficiente.

6. As informações apresentadas no sistema METABASE fornecido pelo Instituto ACQUA, carece de melhor avaliação por equipe técnica, uma vez que as informações apresentadas não representam a realidade, conforme direção do hospital. Exemplo é a contabilização das internações da UTI, segundo informações repassadas pela direção do hospital no ofício nº 231/2023/HRTL/ACQUA – DG de 04/05/2023, o sistema conta apenas as internações diretas na UTI, não contabilizando o paciente que estava na enfermaria e necessitou de leito em UTI, assim como não conta o paciente que saiu da UTI e foi para o leito de enfermaria, tal fato gera interpretações equivocadas dos indicadores produzidos na UTI.

7. Em relação a taxa de mortalidade institucional geral do quadrimestre (4,9%), essa apresentou aumento em relação ao 3º quadrimestre de 2023 que foi de 3,79%. Contudo a análise dessa informação está prejudicada, uma vez que o hospital não apresenta as informações em seu relatório de prestação de contas e o sistema METABASE apresenta inconsistências, conforme explicado no item 6.

8. Quanto o acompanhamento dos indicadores obrigatórios da UTI, esses carecem de melhoria, uma vez que não apresentam todos os itens obrigatórios (ausência de média de permanência dos meses de março e abril), assim como não apresenta com clareza como foram extraídos e calculados os dados.

9. Quanto aos procedimentos cirúrgicos o hospital apresenta média de 76,25 procedimentos por mês, sendo que o mês de março apresentou o maior número de procedimentos (108). O procedimento com maior frequência é a colecistectomia videolaparoscópica.

5.3 Metas de Desempenho e Qualidade

No quadro 4 são descritos os indicadores e o resultado alcançado pelo hospital para atingir a meta proposta, assim como sugestões da equipe de controle e acompanhamento para melhoria do indicador, por fim para cada indicador, segue o valor atribuído.

Quadro 4. Ações executadas pelo HRCLMT para cumprimento dos indicadores de desempenho e qualidade descritos no Anexo IV.a – Contrato de Gestão nº 01/2022, conforme informações dos relatórios técnicos informados pelo Instituto ACQUA no primeiro quadrimestre de 2023.

INDICADORES DE DESEMPENHO E QUALIDADE	
Indicador Nº 1. Política de Saúde da Criança: comprovação de encaminhamento com referência (consulta agendada na atenção primária) para todas as crianças, inclusive neonatos, na alta hospitalar.	
Resultado Alcançado: Conforme anexos apresentados no relatório de Prestação de Contas do hospital os pacientes de alta médica são encaminhados à rede de atenção ou para o ambulatório de pediatria do próprio hospital. Apresentou monitoramento do retorno dos pacientes, com 83% de atendimento dos pacientes encaminhados no mês de janeiro. Nos demais meses do quadrimestre não apresentou tal monitoramento.	
<u>Relatório nº3.961/2023 da competência janeiro, identificou em visita <i>in loco</i>, que da amostra de oito prontuários de pediatria analisados, somente cinco possuíam encaminhamentos.</u>	
<u>Relatório nº3.978/2023 da competência fevereiro, identificou em visita <i>in loco</i>, que da amostra de cinco prontuários de pediatria analisados, somente quatro possuíam encaminhamentos.</u>	
<u>Relatório nº3.998/2023 da competência março, identificou em visita <i>in loco</i>, que da amostra de oito prontuários de pediatria analisados, somente cinco possuíam encaminhamentos. Ademais, havia um prontuário com encaminhamento padrão, o qual constava até a previsão de exames das mamas.</u>	
<u>Relatório nº4.002/2023 da competência abril, identificou em visita <i>in loco</i>, que da amostra de oito prontuários de pediatria analisados, somente quatro possuíam encaminhamentos.</u>	
Considerando a análise <i>in loco</i> da ECA, o hospital realizou o encaminhamento de 62,06% das crianças com alta hospitalar, portanto não cumpriu o indicador, que solicita o encaminhamento de todas as crianças.	
Valor esperado 50 pontos	Valor Atribuído: 00 pontos
Indicador Nº 2. Política de Atenção às Urgências e Emergências - verificar, conforme determina a Portaria GM nº. 2.048, de 05/11/2002 a presença de:	

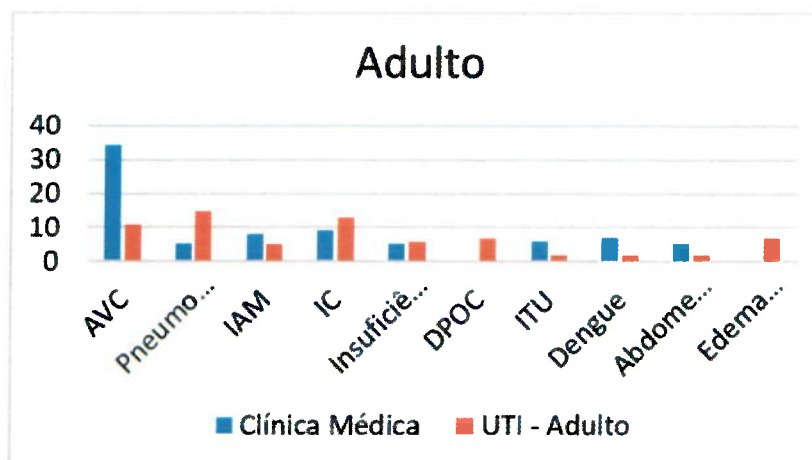
- a) acolhimento com classificação de risco (adulto e pediátrico);
- b) implantação de protocolos clínicos para as quatro patologias mais prevalentes em urgência e emergência (a unidade hospitalar deve implantar, no mínimo, um protocolo por quadrimestre);
- c) tempo médio de espera para consulta médica inferior a 30 minutos, para os casos de pacientes classificados com risco amarelo;
- d) disponibilizar atendimento médico em pediatria, presencial, no serviço de urgência e emergência no período de maior demanda.

Resultado Alcançado: A) O Hospital realiza a classificação de risco com a presença do enfermeiro.

B) No mês de janeiro, fevereiro e março não houve implantação de nenhum protocolo.

No mês de abril apresentou a implantação do protocolo de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico no paciente adulto, no dia 18/04/2023 com a participação de 26 médicos.

Apresentou o seguinte gráfico para justificar a implantação do protocolo, como sendo o agravo com maior frequência nas solicitações de vagas. O gráfico refere-se ao período de cinco meses, segundo informado no relatório de abril.



C) Apresentou no relatório de atividades no mês de janeiro indicador com tempo de espera igual a 04 minutos para a classificação amarela. No relatório nº3.961/2023 da competência janeiro foi identificado na amostra de 14 prontuários a presença de nove classificações com a cor amarela, sendo quatro adultos com tempo médio de espera de 3h10m (do acolhimento/classificação de risco até o atendimento médico) e 5 pediátricos, contudo somente 1 prontuário possuía horário de atendimento médico, com tempo de espera de 1h26m.

No mês de fevereiro o HRCLMT relatou que a espera do paciente amarelo foi de 05 minutos. No relatório nº3.978/2023 da competência fevereiro foi identificado na amostra de 17 prontuários a presença de 11 classificações com a cor amarela, sendo 10 adultos, porém apenas três com

registro do horário de atendimento, com tempo médio de espera de 40m (do acolhimento/classificação de risco até o atendimento médico) e 1 pediátrico, contudo sem registro do horário de atendimento.

No mês de março o HRCLMT relatou que a espera do paciente amarelo foi de 08 minutos. No relatório nº3.998/2023 da competência março foi identificado na amostra de 15 prontuários a presença de 03 classificações com a cor amarela, com tempo de espera acima de 30 minutos (do acolhimento/classificação de risco até o atendimento médico).

No mês de abril o HRCLMT relatou que a espera do paciente amarelo foi de 11 minutos. No relatório nº4.002/2023 da competência abril foi identificado na amostra de 14 prontuários a presença de 06 classificações com a cor amarela, porém apenas 04 com horário possível de análise, sendo um pediátrico com 13 segundos de espera e três adultos com 2h19 de espera (do acolhimento/classificação de risco até o atendimento médico).

Portanto, diante das evidências levantada pela ECA, não atingiu o indicador.

D) Apresentou escala com a presença de dois médicos por turno para atendimento do pronto socorro pediátrico nos meses que compreende o quadrimestre. Contudo em visitas técnicas da ECA, conforme já descrito, constatou a presença de apenas um médico, sendo o segundo localizado somente após questionamentos.

Valor esperado 100 pontos (a=25 b=25 c=25 d=25)

Valor Atribuído:75 pontos (a=25
b=25 c=0 d=25)

Indicador Nº 3. Sistematização da Assistência de Enfermagem:

- a) Apresentar o Programa de Sistematização da Assistência de Enfermagem a todo corpo de enfermagem do hospital.
- b) Implantação e monitoramento SAE dentro das Unidades de Internação.
- c) Implementação e monitoramento da SAE nas unidades de internação com apresentação mensal do indicador da quantidade de pacientes que tiveram sua assistência sistematizada pelo enfermeiro, utilizando a seguinte fórmula.



Resultado Alcançado: A) O programa foi apresentado em outubro/2022. Não anexou novas atas de presença referentes aos novos servidores da enfermagem admitidos no hospital nos meses de janeiro, fevereiro e março, conforme atualização no CNES. A coordenadora responsável pelo Programa de Educação Permanente informou nos relatórios de prestação de contas que não há treinamento específico de SAE para os novos colaboradores.

No mês de abril realizou campanhas de conscientização nos setores de internação com a equipe de enfermagem, anexou lista de presença com a participação de 51 profissionais.

B) Apresentou anexos de instrumentos usados na SAE preenchidos pelos enfermeiros nos setores de internação. Entretanto não atende aos itens propostos no Programa de SAE da própria instituição, como o Item 4.1 Processo de Enfermagem 1º Etapa – Coleta de dados/histórico de enfermagem e 5º Etapa – Avaliação, do referido programa.

No mês de março e abril apresentou instrumentos diferente em relação a janeiro e fevereiro, utilizou instrumento em formato de check list preenchidos, porém não é possível verificar a execução de todas as etapas com os anexos enviados. Tais fatos foram constatados pela ECA na análise dos prontuários.

No mês de janeiro enviou fichas sem preenchimento da anamnese:

Prontuário: 11866 Paciente: [redacted]
 Atendimento: 20046 Idade: 45 ANOS E MESES SEXO: MASCULINO
 Dt. Atual: 09/03/2023 Dt. de nasc: 01/08/1957
 Setor e Leito: UTI ADULTO UTI ADUL... Dt. de Atend: 12/01/2023
 Mês: [redacted] Convênio SUS

SAE Anamnese

Comorbidades Prévias -
 Fatores de Risco -
 Uso Medicamentoso -
 Quais -
 Adesão -
 Dor - Localização - Intensidade -
 Alergia a medicamentos - Qual -
 Paciente com dificuldade de comunicação? - Se sim, qual? -
 Precauções -
 Alterações Laboratoriais - Quais -
 Dispositivos em uso -

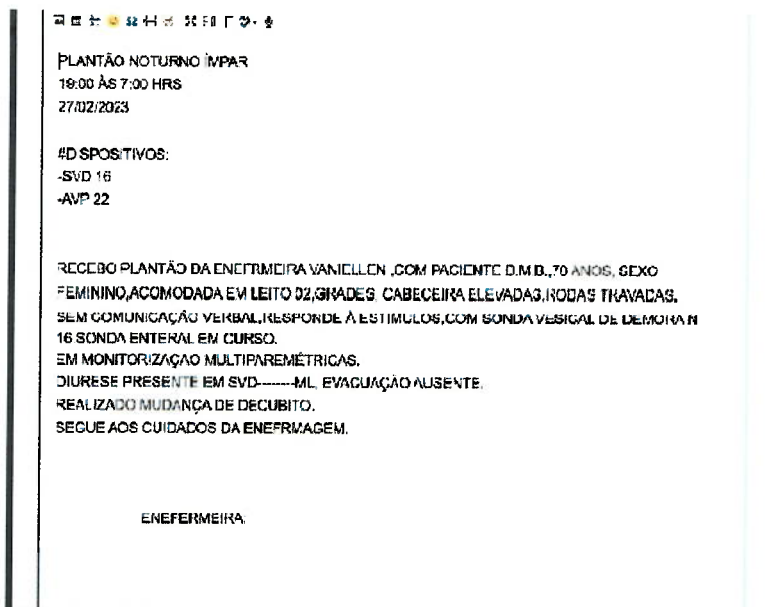
Instrumento Exame Físico de Enfermagem

Sinais Vitais	PA: 124x86	FC: 102	FR: 17
Temperatura: 34,6	Sat.O2: 95	Outras medidas:	Peso -
Altura -	Glicemia -		

Alimentação
 Dieta via -
 Tipo -
 Acatção -
 Oxigenação -
Cabeça, pescoço e pele
 Crânio -
 Couro cabeludo -
 Olhos -
 Nariz -
 Lábios e mucosa oral -

Documento assinado digitalmente e de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001
 Usuário: MELISSA ANES DE SOUZA - 31/01/2023 21:18
 Estado de Assinatura: Válida

No mês de fevereiro enviou evoluções realizadas, segue exemplo:



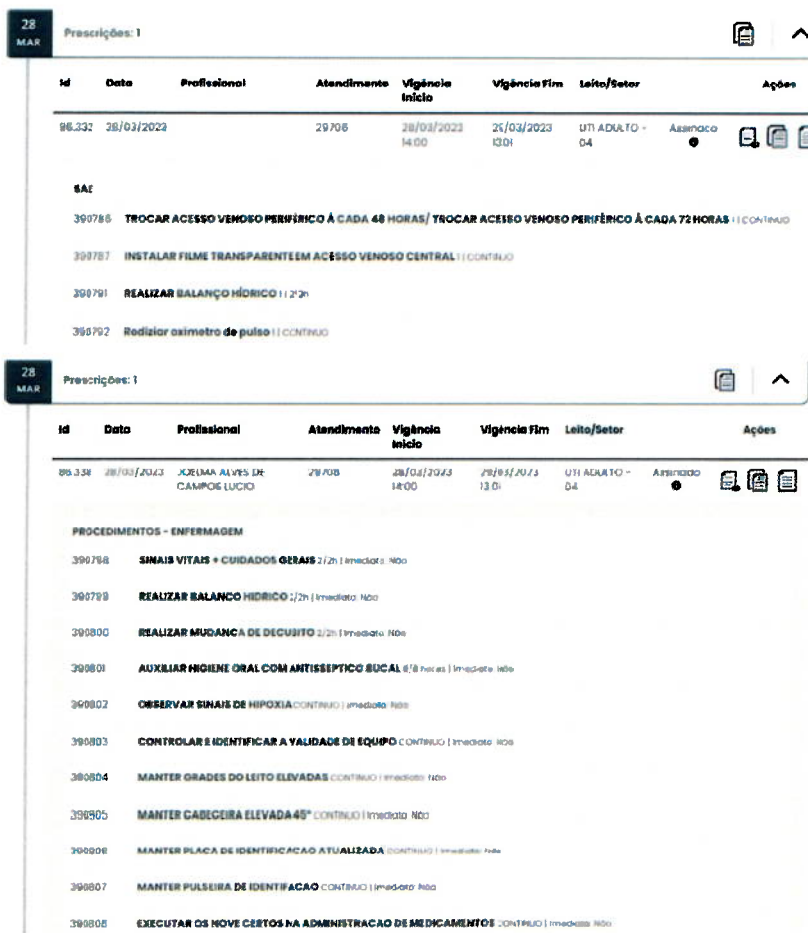
PLANTÃO NOTURNO IMPAR
 19:00 ÀS 7:00 HRS
 27/02/2023

#DPOSITIVOS:
 -SVD 16
 -AVP 22

RECEBO PLANTÃO DA ENFERMEIRA VANILLEN, COM PACIENTE D.M.B., 70 ANOS, SEXO FEMININO, ACOMODADA EM LEITO 02, GRADES CABECEIRA ELEVADAS, RODAS TRAVADAS, SEM COMUNICAÇÃO VERBAL, RESPONDE À ESTÍMULOS, COM Sonda Vesical de Demora M 16 Sonda Enteral em Curso. EM MONITORIZAÇÃO MULTIPARÂMETRICAS. DIURESE PRESENTE EM SVD-----ML. EVAGUAÇÃO AUSENTE. REALIZADO MUDANÇA DE DECUBITO. SEGUIE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

ENEFERMEIRA.

Check list enviado no mês de março com presença da prescrição de enfermagem, ausência da avaliação:



28 MAR Prescrições: 1

Id	Data	Profissional	Atendimento	Vigência Início	Vigência Fim	Leito/Setor	Ações
96.332	28/03/2023		29708	28/03/2023 14:00	25/03/2023 13:01	UTI ADULTO - 04	Assinado

SAC
 390786 TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 48 HORAS/ TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO A CADA 72 HORAS | CONTINUO
 390787 INSTALAR FILME TRANSPARENTE EM ACESSO VENOSO CENTRAL | CONTINUO
 390791 REALIZAR BALANÇO HÍDRICO | 2h
 390792 Reduzir aximetra de pulso | CONTINUO

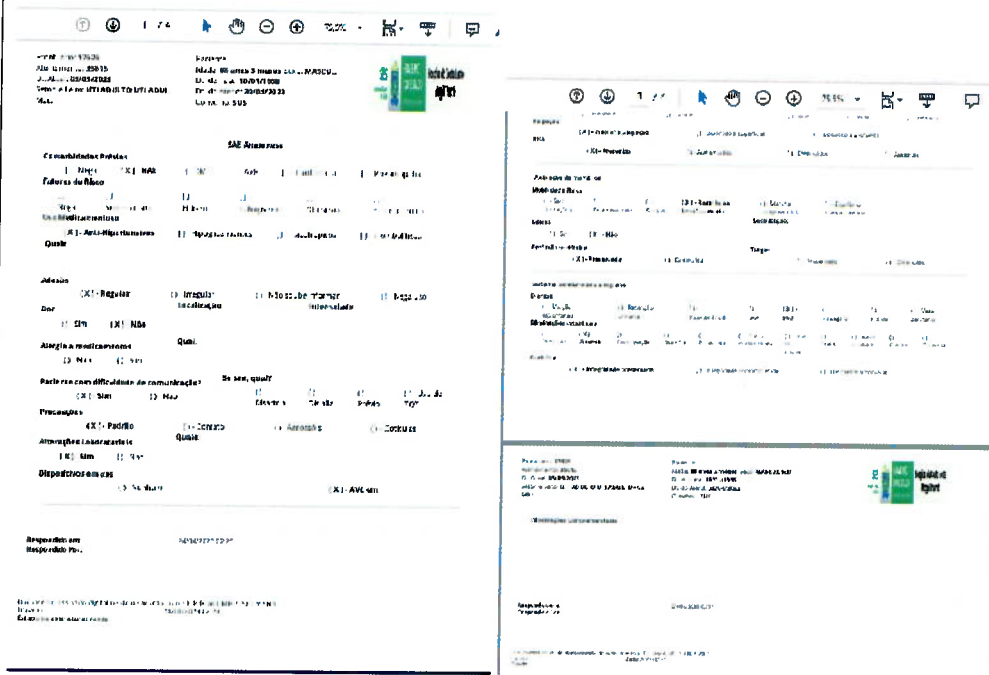
28 MAR Prescrições: 1

Id	Data	Profissional	Atendimento	Vigência Início	Vigência Fim	Leito/Setor	Ações
96.338	28/03/2023	JULIANA ALVES DE CAMPOS LUCIO	29708	28/03/2023 14:00	28/03/2023 13:01	UTI ADULTO - 04	Assinado

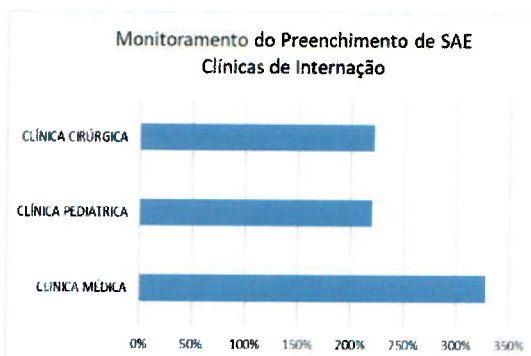
PROCEDIMENTOS - ENFERMAGEM
 390788 SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS 2/2h | Imediato Não
 390789 REALIZAR BALANÇO HÍDRICO 2/2h | Imediato Não
 390800 REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO 2/2h | Imediato Não
 390801 AUXILIAR HIGIENE ORAL COM ANTISSEPTICO BUCAL 8/8 horas | Imediato Não
 390802 OBSERVAR SINAIS DE HIPOXIA CONTINUO | Imediato Não
 390803 CONTROLAR E IDENTIFICAR A VALIDADE DE EQUIPO CONTINUO | Imediato Não
 390804 MANTER GRADES DO LEITO ELEVADAS CONTINUO | Imediato Não
 390805 MANTER CABECEIRA ELEVADA 45° CONTINUO | Imediato Não
 390806 MANTER PLACA DE IDENTIFICAÇÃO ATUALIZADA CONTINUO | Imediato Não
 390807 MANTER PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO CONTINUO | Imediato Não
 390808 EXECUTAR OS NOVE CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONTINUO | Imediato Não

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

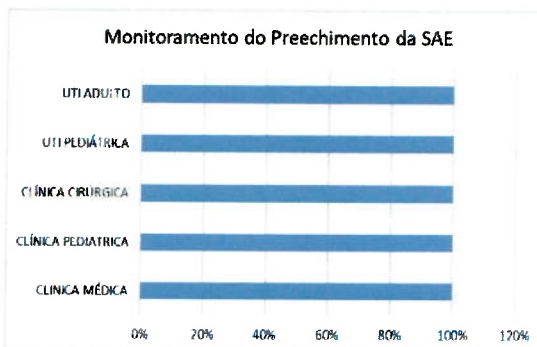
Check list enviado no mês de abril, primeira página e última página, ausência da prescrição de enfermagem e da avaliação:



C) Em janeiro/2023 apresentou monitoramento com porcentagens acima de 100%.



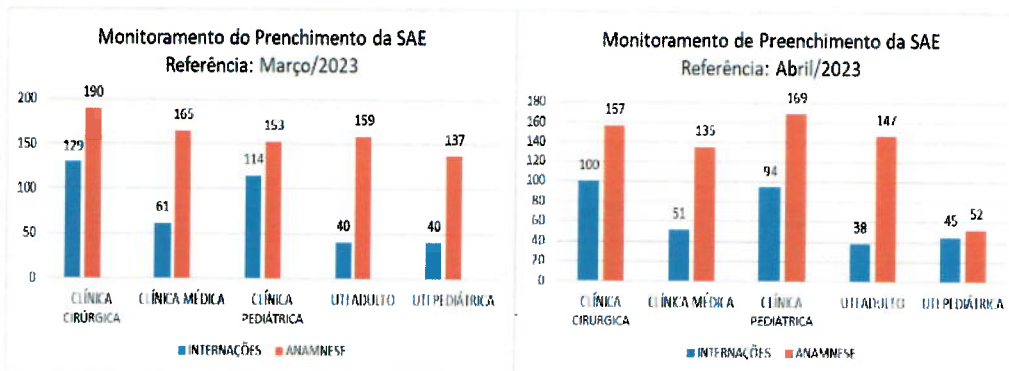
No mês de fevereiro/2023 apresentou monitoramento com 100% de pacientes com SAE realizada.



No mês de março e abril/2023 apresentou o quantitativo de SAE realizadas e o total de pacientes

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

internados por clínica.



No Ofício nº 231/2023/HRTL/ACQUA – DG informou que para fins de cálculo do monitoramento utiliza a seguinte fórmula:

Quantidade de anamnese preenchida (primeira avaliação da SAE) / quantidade de pacientes admitidos por clínica x 100.

Contudo, entende-se que a metodologia de cálculo apresentada pode mostrar-se equivocada, fato comprovado nos gráficos acima, o qual todos apresentam mais de 100% de adesão a SAE.

Isto posto, sugere-se que o cálculo que representa a efetiva aplicação da SAE seria:

(Quantidade de SAE realizadas no período/paciente-dia no período) x 100

Como a SAE deve ser realizada a cada 24h, é presumido que um mesmo paciente seja avaliado mais de uma vez durante a sua internação, de tal maneira a avaliação por paciente-dia demonstra de forma mais precisa a efetivação da SAE, que deve ser feita diariamente e não somente na ADMISSÃO como proposto pelo hospital.

Nos relatórios da ECA, mais de 80% dos prontuários analisados possuíam a realização da SAE. Como análise geral, o hospital cumpre a implementação e monitoramento da SAE, entretanto é necessário melhorar a qualidade das informações apresentadas e a forma de monitoramento.

Valor esperado 100 pontos (a= 25 b=25 c= ≥80% =50; <80% a ≥60%=25; <60%=0)	Valor Atribuído:100 (a=25 b=25 c=50)
--	--------------------------------------

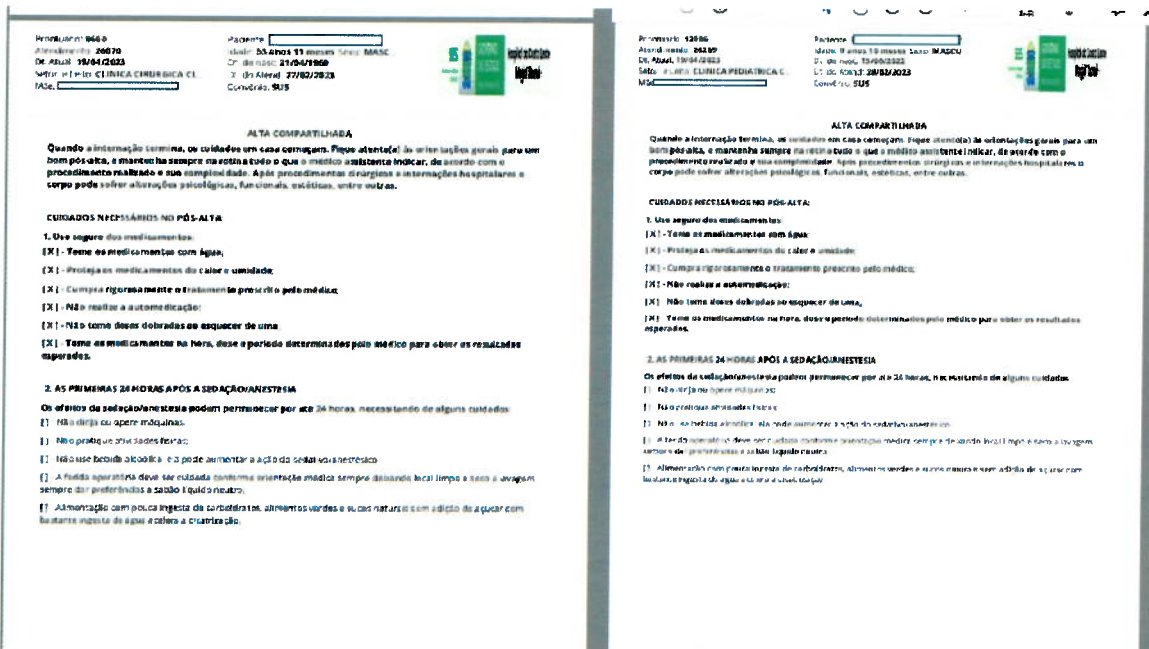
Indicador Nº 4. Alta compartilhada: Equipe de saúde realiza orientações ao paciente e seu cuidador/familiar referentes aos cuidados necessários após a alta e também entrega os encaminhados para acompanhamento na Unidade ao qual o mesmo será referenciado. Essas orientações são ofertadas tanto por escrito quanto verbalmente. Com objetivo de continuidade assistencial dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Resultado Alcançado: Não apresenta comprovação da realização da alta compartilhada. Na amostra de prontuários analisadas no relatório nº3.961/2023, competência janeiro, não foi identificado orientações ao paciente e/ou cuidador/familiar referente aos cuidados pós alta.

No relatório nº 3.978/2023, competência fevereiro, a ECA identificou que apenas 2 dos 17 prontuários analisados possuíam documentos denominados “alta compartilhada” com orientações gerais.

No relatório nº 3.998/2023, competência março, a ECA não identificou na amostra analisada documentos que comprovassem a alta compartilhada.

No mês de março e abril/2023 a direção do HRCLMT apresentou instrumentos em formato de check list padrão como “alta compartilhada”, segue imagens



Tal encaminhamento apresenta-se padronizado para todos os pacientes, independente da faixa etária ou clínica do paciente, não apresenta a execução de um plano terapêutico singular de cada paciente ou plano de alta.

No relatório nº 4.002/2023, competência abril, a ECA identificou a ficha citada acima nos 14 prontuários analisados. Na oportunidade questionaram a auditoria interna do HRCLMT, quanto a ficha padronizada e a existência de orientações para realização de diversos procedimentos, inclusive exame das mamas, em paciente pediátrico masculino. Diante do exposto foi justificado que o profissional executante não selecionou nenhum campo do check list, por esse motivo saiu a lista completa dos procedimentos, assim como a ficha foi criada para atender a meta quatro do contrato de gestão.

O setor de monitoramento, acompanhamento e avaliação entende que a meta ainda não foi cumprida, pois não é uma entrega com qualidade ao paciente/acompanhante. Ademais, a simples criação de uma ficha denominada “alta compartilhada”, não atende as necessidades individuais dos usuários.

Valor esperado 50 pontos

Valor Atribuído: 00 pontos

METAS DO EIXO DE GESTÃO

Indicador Nº 5. Situação econômica e financeira da Organização Social de Saúde.

a) Encaminhamento mensal dos seguintes documentos do sistema contábil-financeiro, assinados por profissional registrado no Conselho Regional de Contabilidade e pelo Responsável Legal da Organização Social:

- Balancete contábil,
- Razão contábil,
- Demonstração do Fluxo de Caixa;
- Extratos bancários das contas movimento e aplicação financeira;
- Relação de bens móveis adquiridos no mês com as respectivas notas fiscais.

b) A comprovação da boa situação financeira da Organização Social de Saúde mediante a aferição do índice de liquidez e de endividamento com a aplicação das seguintes fórmulas:

$$ILG = (AC+RLP) / (PC+PNC) \geq 1$$

$$ILC = (AC) / (PC) \geq 1$$

$$ISG = AT / (PC+PNC) \geq 1$$

$$EG = (PC + PNC/AT) \times 100 = \text{menor percentual}$$

$$ECP = [PC / (PNC + PC)] \times 100 = \text{menor percentual}$$

Em que:

ILG = Índice de Liquidez Geral

ILC = Índice de Liquidez Corrente

ISG = Índice de Solvência Geral

AT = Ativo Total

AC = Ativo Circulante

RLP = Realizável em Longo Prazo

PC = Passivo Circulante

PNC = Passivo não Circulante

EG = Endividamento Geral

ECP = Endividamento de Curto Prazo.

Resultado Alcançado: Levantada pela equipe do setor de Monitoramento Econômico Financeiro no Relatório Informativo nº. 4.037 Análise de Documentos de Controle, com o seguinte trecho:

“Apesar de verificar na análise do Balancete de Verificação divergências entre saldos das contas contábeis do período de 31 de dezembro de 2022 para o dia 01 de janeiro de 2023, observou-se

que as alterações podem ser decorrentes dos ajustes contábeis, conforme solicitações emanadas por meio dos relatórios emitidos anteriormente. Esse tipo de inconsistências não foi observado nos saldos finais e iniciais dos meses, janeiro, fevereiro, março e abril de 2023. Por esse motivo, aceitou-se a documentação para análise e aferição dos demais indicadores e atribuiu a pontuação de 50 pontos conforme previsto no item 5.a.

Da aferição dos índices de liquidez, solvência e de endividamento, verificou-se que os índices não demonstraram uma boa situação financeira da Organização Social de Saúde, conforme estabelecido no Item 5.b da meta qualitativa, ANEXO IV - Indicadores de Desempenho e Qualidade, Metas do Eixo de Gestão, Contrato de Gestão nº 01/2022, proporcionando uma pontuação de zero pontos para o item 5.b.”

Valor esperado 100 pontos (a= 50 b= $\geq 1=50$; $\leq 1=0$)	Valor Atribuído: 50 pontos
--	----------------------------

Indicador N° 6. Qualificação técnica da Direção da Unidade Hospitalar:

A Organização Social deve manter a Direção da Unidade Hospitalar (alta direção) com a qualificação técnica (formação profissional e experiência) que foi utilizada para pontuação no processo de Chamamento Público ou substituir por outras certificações ou capacitações técnicas ou equivalentes.

Resultado alcançado: Dos 4 cargos da Alta Direção (geral, financeira, médica e de Enfermagem) o ACQUA apresentou especialização em gestão ou área correlata de apenas um profissional, abaixo do quantitativo apresentado no chamamento (dois profissionais).

Apresentou a titulação do Diretor Geral Henrique de Souza Schultz – MBA em gestão hospitalar. Enviou a certificação do Diretor Financeiro Andrei dos Santos Bastos, contudo a certificação é de curso de aperfeiçoamento de 359h, não atende ao requisito do chamamento público no item 3.1 b “ *Curso de Pós-Graduação em nível de especialização – cópia autenticada do certificado de conclusão do curso de pós-graduação ou da declaração de curso acompanhado do histórico escolar, em nível de especialização, com carga horária mínima de 360 horas, e que esteja de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.*”

Valor esperado 50 pontos	Valor Atribuído: 00 pontos
--------------------------	----------------------------

Indicador N° 7. Taxa de ocupação dos leitos hospitalares e da UTI

Ou, quando o Hospital não atingir a taxa de ocupação $\geq 85\%$, considerar a pontuação máxima (20 pontos) desde que a instituição cumpra 90% ou mais da quantidade de internações contratadas em cada clínica/especialidade, no quadrimestre avaliado.

Objetivo: Avaliar a ocupação e gestão dos leitos e o ajuste dos mesmos ao quantitativo e perfil

das internações contratadas.

Resultado Alcançado: Apresentou o seguinte comportamento na Taxa de Ocupação Geral:

Janeiro: METABASE: 35,9%; Monitoramento Diário: 31,56%

Fevereiro: METABASE: 47,24%; Monitoramento Diário: 46,87%

Março: METABASE: 57%; Monitoramento Diário: 54,28%

Abril: METABASE: 60,52%; Monitoramento Diário: 55,41%

No quadrimestre a Taxa de Ocupação Geral do Hospital foi de 50,03%, ou seja, abaixo do esperado para o cumprimento da meta e por consequência o não uso da capacidade total do hospital para atendimento da população.

Nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril apresentou a seguinte justificativa para a taxa de ocupação abaixo do esperado:

“Ressaltamos que os leitos são regulados via Sistema de Regulação Estadual (CORE), realizando atendimento da demanda espontânea apenas no pronto socorro pediátrico. Desta forma, os indicadores desta meta sofrem influência externa, ou seja, se não há demanda, nossa taxa de ocupação é diretamente comprometida.”

Contudo no indicador nº 8 é apresentado o quantitativo de solicitações negadas, que corresponde a 54,84% das solicitações recebidas pelo hospital. De tal maneira não é possível atribuir a baixa taxa de ocupação a ausência de encaminhamentos via CORE.

A distribuição da taxa de ocupação por clínica é apresentada no quadro 2.

Valor esperado 50 pontos (<40%=0; ≥40% a 59%=10; ≥60% a 84%=35; >85% =50)

Valor Atribuído: 10 pontos (≥40% a 59%)

Indicador Nº 8. Política de Regulação do Acesso:

- a) implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com equipe e Regimento Interno instituídos;
- b) rotina e protocolos estabelecidos para as principais atividades do NIR, conforme Manual de Implantação e Implementação do NIR - Ministério da Saúde (2017);
- c) registro, monitoramento e vigilância, mensal e quadrimestral, dos indicadores de processo, resultado e desempenho, referentes à gestão da ocupação dos leitos e agendas, conforme Manual do NIR;
- d) apresentação de Relatório na Câmara Técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Campo Grande/MS, relativos à agenda, demanda/fila de espera, fluxos e protocolos de referência e contra referência ao HRMS.

Fonte de evidência: Relatório de Prestação de Contas Assistencial e ata de reunião da Câmara Técnica de Atenção Ambulatorial e Hospitalar da Microrregião de Campo Grande/MS.

Resultado Alcançado: A) A implantação do NIR ocorreu em julho/2022 e atualização em

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

agosto/2022. No relatório 3.998/2023, competência março, apresentou portarias de números 04 e 05/2023 para a ECA, com atualização dos membros, entretanto as mesmas não foram apresentadas nos relatórios de prestação de contas.

B) Apresenta rotina do NIR com POP expedido em setembro/2022;

POP de atendimento administrativo de vagas expedido em agosto/2022;

Protocolo de transporte seguro (sem data de expedição, anexado no relatório de outubro/2022);

POP de regulação interna, POP passagem de plantão, POP de cadastro de paciente no sistema CORE, POP de AIH, POP de rotina Técnica do NIR, POP de regulação interna dos leitos de UTI adulto e pediátrico e POP de remoção de cadáver pelo maqueiro, todos com data de expedição em novembro/2022;

Check List de transferência interna do paciente expedido em dezembro/2022.

No entanto só apresentou lista de presença do processo de implantação do Protocolo de transporte seguro em dezembro/2022.

No mês de abril apresentou nova lista de presença com atualização do protocolo de transporte seguro.

Em relato da coordenadora do NIR do HRCLMT (citado no Relatório nº3.961/2023, competência janeiro) informa que o único protocolo implantado no hospital é o de Transporte Seguro. Ademais, mesmo se identificando que no PS existem diversos fluxos e instrumentos para recepcionar os pacientes que chegam ao hospital, a coordenadora do NIR informou que esses fluxos são responsabilidades da coordenação do PS.

C) Não apresentou registro de monitoramento e vigilância quadrimestral dos indicadores referente ao 3º quadrimestre de 2022.

No 1º quadrimestre de 2023 apresentou a distribuição das solicitações aceitas e rejeitadas mensalmente, conforme figura 1.

A média de vagas solicitadas para o hospital foi de 289,5 por mês, já em relação as vagas aceitas foi de 130,7 solicitações em média.

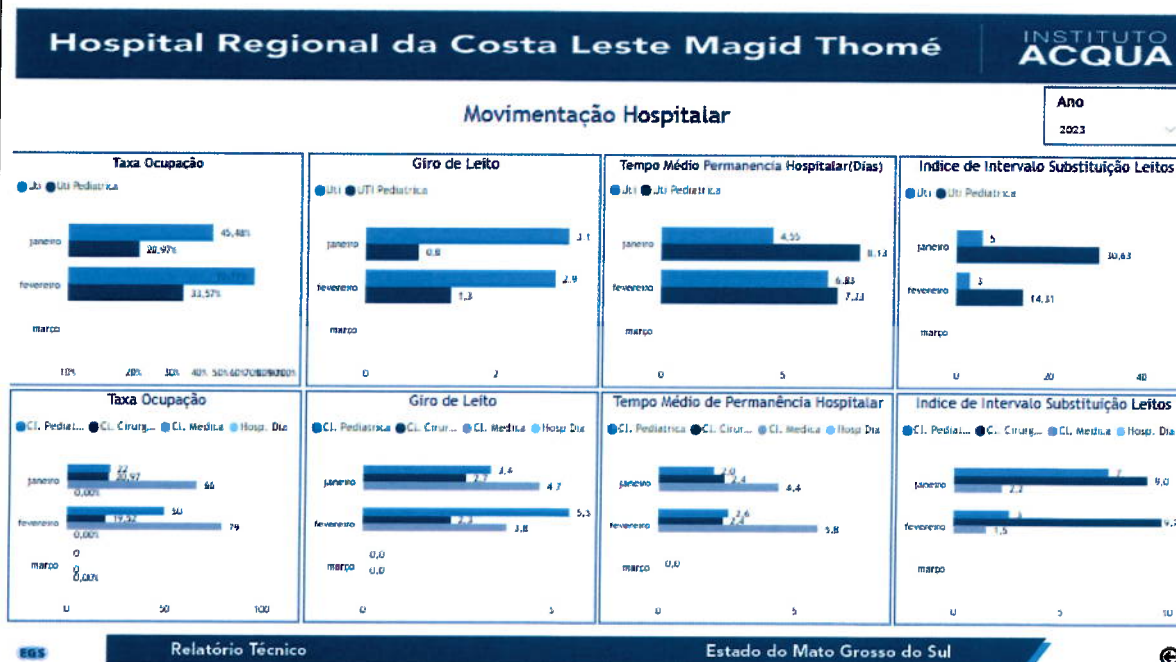
Figura 1: Monitoramento das solicitações enviadas via CORE ao HRCLMT no 1º quadrimestre

Núcleo Interno de Regulação

Núcleo Interno de Regulação - NIR	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	Total
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS ACEITAS	134	129	133	127	6	529
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RECEBIDAS	206	249	256	447	13	1.171
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS REJEITADAS	69	114	115	291	6	595
TOTAL DE SOLICITAÇÕES DE VAGAS RESPONDIDAS ≤ 2 HORAS	169	219	234	364	11	997
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MACRO	38	59	31	101	0	229
TOTAL DE VAGAS NÃO AUTORIZADAS MICRO	30	52	84	182	6	354
TOTAL DE VAGAS ZERO ENCAMINHADAS	6	6	4	10	0	26
TOTAL DE VAGAS ZERO RECEBIDAS	6	6	9	29	0	50

Das solicitações recebidas, apenas 45,16% foram aceitas pelo hospital. Recebeu 50 vagas zero e encaminhou 26 pacientes em vaga zero para outras instituições.

Apresentou, somente no relatórios de fevereiro, no Indicador nº 7 a Movimentação hospitalar, no entanto entende-se que tal indicador é melhor alocado nas atribuições do NIR, como monitoramento.



Em uma análise, realizada pelo setor de monitoramento, acompanhamento e avaliação, da média de permanência dos pacientes nas enfermarias, o hospital apresenta comportamento dentro do

<p>esperado em relação ao restante do estado.</p> <p>A média de permanência no estado¹ apresenta o seguinte comportamento:</p> <p>Clínica Médica 5,7 (2,8 desvio padrão)</p> <p>Clínica Cirúrgica 3,8 (1,4 desvio padrão)</p> <p>Clínica Pediátrica 6,7 (3,2 desvio padrão)</p> <p>D) Município não possui câmara técnica, portanto a meta não possível de alcance.</p>	
<p>Valor esperado 50 pontos (a=10; b=20; c=10 d=10)</p>	<p>Valor Atribuído: 40 pontos (a=10; b=20; c=00 d=10)</p>
<p>Indicador N° 9 Política de Regulação do Acesso: manter painel de indicadores da capacidade instalada e portal da transparência, disponível no endereço eletrônico, com atualização mensal e quadrimestral.</p>	
<p>Resultado Alcançado: Apresenta um painel de bordo (METABASE) com informações oportunas para acompanhamento de alguns indicadores do hospital. Entretanto com já exposto anteriormente é necessário remodelar a ferramenta para que apresente dados mais precisos da realidade do hospital.</p> <p>No site do instituto ACQUA apresentou relatórios financeiros e os contratos de serviços com seus respectivos termos aditivos, dentro do período analisado.</p>	
<p>Valor esperado 50 pontos</p>	<p>Valor Atribuído: 50 pontos</p>
<p>Indicador N° 10 Funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):</p> <p>a) apresentação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar e das atas mensais de reunião da Comissão;</p> <p>b) implantação do Protocolo de Antibiótico Profilaxia Cirúrgica (taxa de adesão ao Protocolo de Antibiótico Profilaxia);</p> <p>c) vigilância das infecções de sítio cirúrgico (rotina implantada para busca ativa de sinais sugestivos de infecção em pacientes que fizeram cirurgias e cesarianas, registro e notificação à Vigilância Sanitária e apresentação mensal do indicador ISC);</p> <p>d) vigilância e apresentação mensal e quadrimestral dos indicadores de monitoramento obrigatório da UTI, conforme Instrução Normativa n. 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA ou outra que venha substituí-la.</p>	
<p>Resultado Alcançado: A) Apresentou o programa no mês de setembro/2022. Apresentou Ata e lista de presença das reuniões mensais, sendo elas:</p>	

¹ Realizado levantamento da permanência e frequência das AIHs no TabiWin no período de janeiro/2021 até janeiro/2023 com os hospitais que realizam atendimento de caráter público no estado de Mato Grosso do Sul, utilizou-se a seguinte fórmula: Média de permanência = permanência / frequência.

19 de janeiro;
 23 de fevereiro – sem médico;
 23 de março – sem médico;
 03 de maio – referente ao mês de abril, excepcionalmente neste mês a reunião não ocorreu no mês de referência (abril), data alterada em decorrência de implantação de protocolos no hospital.

B) Apresenta o Protocolo de Medidas de Prevenção da Infecção de Sítio Cirúrgico, que aborda a antibiótico profilaxia pré-cirúrgica, expedido em setembro/2022. Não apresentou dados de monitoramento da prescrição e administração da profilaxia nos meses de janeiro, fevereiro e março. Conforme Relatório nº 3.978/2023, competência fevereiro, a monitorização está em fase de implantação e com controle manual.

No mês de abril apresentou monitoramento com 74% dos pacientes recebendo antibiótico profilático antes do procedimento cirúrgico, informaram ter verificado a dose correta e o tempo certo.

No mês de abril referem ter realizado a implantação do Protocolo de Higienização das Mãos, no entanto não apresentou lista de presença dos participantes.

C) Apresentou a busca ativa de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos no mês anterior ao da vigilância, conforme segue:

Meses	Pacientes com vigilância pós alta	Casos de ISC
Janeiro	80	00
Fevereiro	80	00
Março	70	00
Abril	118	01
Total 1º quadrimestre	348	01

O caso de infecção do sítio cirúrgico ocorreu na cirurgia geral, conforme relatório informado pelo hospital.

D) Apresentado conforme tabelas 8 e 9. **Não apresenta todos os indicadores preconizados na Instrução Normativa n. 4, de 24 de fevereiro de 2010 da ANVISA.** Apresentou as taxas de adesão aos BUNDLES da UTI conforme segue:

Indicador – UTI Adulto	Jan	Fev	Mar	Abr
Higienização das Mãos	75%	80%	66,67%	86,66%
Bundle de inserção de CVC	60%	100%	0%	100%
Bundle de manutenção de CVC	81,08%	66,66%	52,08%	100%
Bundle de inserção de SVD	100%	70%	100%	100%
Bundle de manutenção de SVD	80%	66,66%	52,08%	100%
Bundle de prevenção de PAV	62,5%	70%	72,91%	84,21%
Indicador – UTI Pediátrica	Jan	Fev	Mar	Abr
Higienização das Mãos	86,66%	58,33%	70%	100%

Bundle de inserção de CVC	100%	100%	100%	0%
Bundle de manutenção de CVC	85,71%	100%	0%	100%
Bundle de inserção de SVD	90%	80%	0%	0%
Bundle de manutenção de SVD	90%	80%	0%	75%
Bundle de prevenção de PAV	28,57%	75%	100%	32,25%

Apresentou no mês de março uma taxa global de 0,85% de infecção relacionada a assistência de saúde, já no mês de abril apresentou uma taxa de 0,67%.

Ademais, iniciou um processo de acompanhamento dos exames de culturas solicitados no hospital. No mês de abril apresentou um gráfico com 91 amostras de culturas coletadas, das quais 11 foram positivas, isolando *Candida Tropicalis*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Staphylococcus Aureus* e *Escherichia coli*.

Cabe destacar a evolução da atuação da comissão ao longo do quadrimestre, com apresentação de boletins informativos com as atividades desenvolvidas e o monitoramento de indicadores pertinentes à assistência.

Valor esperado 50 pontos (a=10; b=10; c=10; d=20)

Valor Atribuído: 40 pontos
(a=10; b=10; c=10; d=10)

Indicador Nº 11 Funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP):

- a) apresentar o Programa de Segurança do Paciente e atas de reunião mensal;
- b) implantação e monitoramento do Protocolo de Identificação do Paciente, com apresentação mensal de indicador;
- c) implantação e monitoramento do Protocolo de Cirurgia Segura, com apresentação mensal de indicador;
- d) implantação e monitoramento do Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, com apresentação mensal de indicador;
- e) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de úlceras por pressão, com apresentação mensal de indicador;
- f) implantação e monitoramento do protocolo de prevenção de quedas, com apresentação mensal de indicador;
- g) notificação e investigação dos Eventos Adversos (EA), bem como, encaminhamentos após identificação de oportunidades de melhoria para mitigação de danos e para evitar recorrência dos EA.

Obs: Os seis Protocolos de Segurança do Paciente devem ser implantados, no mínimo, um por quadrimestre.

Resultado Alcançado: A) O Programa de Segurança do Paciente foi apresentado em setembro/2022.

As reuniões mensais ocorreram nas seguintes datas:

18 de janeiro – sem participação da equipe médica; apresentou cronograma de implantação de atividades ao longo do ano de 2023;

15 de fevereiro – sem participação da equipe médica;

Março não apresentou ata de reunião. Informou que a partir do referido mês o NSP será Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente; e

20 de abril – sem participação da equipe médica.

B) a implantação do Protocolo de Identificação do Paciente ocorreu no mês agosto/2022, o monitoramento apresentou o seguinte comportamento:

Janeiro com 85%;

Fevereiro com 85%;

Março 70% (presença de pulseira de identificação), apresentou ainda que somente 44% dos pacientes internados possuíam identificação no leito, segundo ata do mês de abril;

Abril 70% (presença de pulseira de identificação), de acordo com o boletim mensal emitido pelo NSP, a taxa de identificação no leito teve 67% de conformidade.

C) Apresentou o Protocolo de Cirurgia Segura, com data de emissão em agosto/2022, apresentou a ata de implantação em 30 e 31 de março/2023 com a participação de 81 profissionais, nenhum da equipe médica.

Conforme o boletim mensal apresentado no mês de abril/2023 durante todos os meses do 1º quadrimestre houve adesão de 100% no preenchimento do check list de cirurgia segura. Entretanto não anexou comprovantes do preenchimento do check list. Sugere-se que nos próximos relatórios apresentem os formulários.

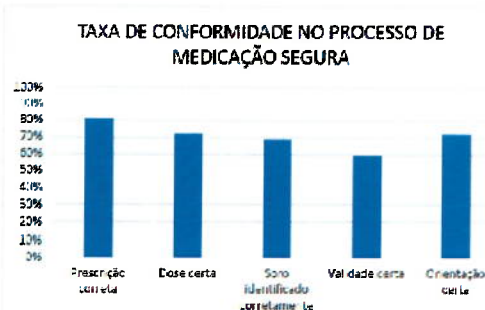
D) Apresentou o Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos com emissão em agosto/2022. Conforme Relatório mensal de atividades do núcleo de segurança do paciente o protocolo foi trabalhado na “1º trilha na segurança do paciente” realizado na lagoa maior (área externa ao hospital). Apresentou lista de presença da realização no dia 22/01/2023, com a participação de 43 profissionais, dos quais 27 são da equipe assistencial, não havendo relato da participação da equipe médica.

No mês de fevereiro fez a implantação do protocolo dentro dos muros do HRCLMT com a participação de 170 pessoas, com a participação de equipe médica.

O monitoramento apresentou-se da seguinte maneira:

Março

MEDICAÇÃO SEGURA



Fonte: auditorias realizadas em mar/2023.

Análise Crítica:

Tendo em vista que a cadeia de segurança medicamentosa é um dos erros mais recorrentes quando se trata de segurança do paciente, observamos que nas taxas demonstradas de conformidade nas auditorias precisamos ainda realizar planos de melhorias contínuas, principalmente quando analisamos a validade certa, pois, os pacientes auditados continuam na beira leito medicamentos sem identificação da abertura e da validade.

Abril

MEDICAÇÃO SEGURA



Fonte: auditorias realizadas em abr/2023.

Análise Crítica:

Tendo em vista que a cadeia de segurança medicamentosa é um dos erros mais recorrentes quando se trata de segurança do paciente, observamos que nas taxas demonstradas de conformidade nas auditorias precisamos ainda realizar planos de melhorias contínuas, principalmente quando analisamos a validade certa, pois, os pacientes auditados continuam na beira leito medicamentos sem identificação da abertura e da validade. Observa-se também que a dose certa é um item que também se faz necessária uma verificação mais precisa por parte dos profissionais.

E) Apresentou o Protocolo Assistencial Lesão por Pressão, aguarda implantação dentro do prazo

F) Apresentou o Protocolo Assistencial do Risco de Quedas, aguarda implantação dentro do prazo

G) No mês de janeiro houve 83 eventos notificáveis, dos quais 8 foram considerados eventos adversos. Apresentou a tratativa de evento adverso, o qual o paciente foi encaminhado para centro cirúrgico com AVP com sinais de flebite; entretanto o monitoramento dos casos de flebite realizado pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde e do próprio Núcleo de Segurança do Paciente refere que não houve nenhum caso de flebite no mês de janeiro.

No mês de fevereiro houve 81 eventos notificáveis, dos quais 25 foram classificados como dano de grau leve ao paciente, conforme ANVISA.

No mês de março houve 68 notificações analisadas, das quais 29 apresentaram impactos ao paciente (5 danos leves, 1 dano moderado).

No mês de abril não foi possível contabilizar a quantidade de notificações, tampouco foi informado pelo hospital. Das notificações recebidas, 16 foram consideradas como eventos adversos com danos leves ao paciente.

Apresentou tratativas de eventos adversos notificados em todos os meses.

Ademais, apresentou os seguintes protocolos:

Protocolo de Comunicação Efetiva implantado em outubro/2022, com o seguinte comportamento de adesão:

<p>Janeiro 53% de conformidade;</p> <p>Fevereiro 83% de conformidade;</p> <p>Março – Prescrições verbais: 85%; Orientações na alta: 100%; O paciente está sendo incluído no processo de cuidado: 90%; e SBAR de transferência: 50%</p> <p>Abril - Prescrições verbais: 100%; Orientações na alta: 95%; O paciente está sendo incluído no processo de cuidado: 95%; e SBAR de transferência: 65%</p> <p>Protocolo Assistencial Higiene das Mãos com emissão em agosto/2022 e implantação no mês de abril/2023 e alcançando 45% de taxa de adesão nos 5 momentos de higienização das mãos.</p> <p>Apesar de referir a implantação no mês de abril, não apresentou lista de presença dos profissionais participantes.</p>	
<p>Valor esperado 100 pontos (a=10; b=15; c=15; d=15; e=15; f=15; g=15)</p>	<p>Valor Atribuído: 100 pontos (=10; b=15; c=15; d=15; e=15; f=15; g=15)</p>
<p>Indicador Nº 12 Funcionamento da Comissão de Revisão e Análise de Óbito Hospitalar.</p> <p>a) constituição da equipe, com aprovação de Regimento Interno e apresentação de atas mensais de reunião;</p> <p>b) rotina e protocolos para revisão, análise, notificação, investigação e classificação dos óbitos hospitalares quanto à evitabilidade dos mesmos, conforme Manual do Ministério da Saúde dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil, Fetal e por Violências;</p> <p>c) registro, monitoramento e vigilância dos indicadores de mortalidade institucional.</p>	
<p>Resultado Alcançado: A) A constituição da comissão ocorreu em agosto/2022, composta por presidente, vice-presidente e dois membros.</p> <p>Apresentou a ata de <u>reunião de janeiro</u> (17/01/2023) com análise de prontuários de dois óbitos de dezembro e um de janeiro, nenhum foi considerado com critérios para investigação.</p> <p>No <u>mês de fevereiro</u> a reunião ocorreu no dia 14/02/2023, com a presença de duas pessoas {assistente social (membro) e médica (vice-presidente)}, com análise do prontuário 12261 (V.S.), óbito em janeiro, informando em ata que no dia 28 de fevereiro iria realizar as oitivas com os médicos assistentes da paciente, entretanto não apresentou a tratativa.</p> <p>No <u>mês de março</u> a reunião ocorreu no dia 21/03/2023, com participação do presidente, vice-presidente e um membro. Informado na ata que ainda estão em tratativas do óbito prontuário 12261 (V.S.). Referem ter avaliado todos os óbitos encaminhados, porém não informam a abertura de novas investigações.</p> <p>No <u>mês de abril</u> a reunião ocorreu em 18/04/2023, com a participação da presidente e um membro. Refere que dois óbitos foram considerados para análise da comissão e iniciaram com as</p>	

oitivas dos profissionais assistente dos pacientes.

B) Apresentaram o Protocolo de Londres e a Rotina de Análise dos Óbitos em dezembro/2022.

C) Apresentou um monitoramento com as causas de óbitos que ocorreram no hospital durante o primeiro quadrimestre/2023. Segue imagem do quadro apresentado no relatório de prestação de contas. Não apresentou nenhuma análise crítica das informações ou encaminhamentos tomados diante das constatações de óbitos anteriores.

O setor de monitoramento entende que a Comissão de Revisão e Análise de Óbitos necessita de maior atuação dentro da instituição, seja com a apuração dos óbitos e nos encaminhamentos para melhora da assistência frente as constatações que venham a fazer das análises dos óbitos.



MORTALIDADE

CAUSA	CAUSA MORTAL												TOTAL
	Jan/23	Fev/23	Mar/23	Abr/23	Mai/23	Jun/23	Jul/23	Ago/23	Setem/23	Out/23	Novem/23	Dezem/23	
Abstração Aguda Vascular	0	1	0	0									2
Acidente Vascular Cerebral	1	0	0	0									1
Distúrbio Alfa Ventricular Total	1	0	0	0									1
Crise de Epilepsia	0	0	0	1									1
Choque Hemorrágico Hipovolêmico	0	0	1	0									1
Choque Cardiovascular	0	0	0	1									1
Choque Cardiogênico	0	1	2	1									4
Choque Hipovolêmico	1	0	1	1									3
Choque Neurogênico	1	0	0	0									1
Choque Múltiplo	0	0	1	0									1
Choque Séptico	1	1	2	4									8
Choque Séptico Torácico Pulmonar	2	1	1	1									5
Hemorragia Digestiva Alta	1	0	0	0									1
Insuficiência cardíaca	0	1	0	0									1
Insuficiência cardíaca aguda	0	0	1	1									2
Insuficiência Respiratória Aguda	1	0	1	0									2
Insuficiência Respiratória Aguda Grave	1	0	0	0									1
Insuficiência Renal Crônica em Equilíbrio	0	0	0	1									1
Outras formas de Choque	1	0	0	0									1
Outras septicemias	0	1	0	0									1
Outro tipo de insuficiência renal Aguda	1	0	0	0									1
Síndromes vasculares do tronco cerebral	0	0	1	0									1
Síndrome Respiratória Aguda	0	0	0	1									1
Sepsis Pulmonar	0	0	2	0									2
Septicemia	1	0	1	0									2
Neoplasia Maligna boca com esôfago invasiva	0	0	0	1									1
Outra Neoplasias	0	0	0	1									1
Tamponamento cardíaco com perfuração da parede do ventrículo direito	0	1	0	0									1
TOTAL	11	7	11	14									43

Valor esperado 20 pontos (a=05; b=10; c=5)

Valor Atribuído: 20

Indicador N° 13 Programa de Educação Permanente (elaboração anual), que deve incluir minimamente os seguintes temas a todos os funcionários relacionados à assistência:

1. Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência à saúde;
2. Comunicação em Saúde;
3. Protocolos de Segurança do Paciente;
4. Higienização das mãos;
5. Programa Nacional de Humanização.
 - a) Realizar, no mínimo, duas capacitações das descritas acima por quadrimestre.
 - b) Verificar o percentual de pessoal capacitado, relacionados à área assistencial, no quadrimestre avaliado.

NOSSA MISSÃO: Fortalecer o SUS na atenção à saúde da população em Mato Grosso do Sul, através da observância dos princípios legais da administração pública e respectivas normas, para promover a excelência da gestão e satisfação dos usuários do sistema público de saúde.

Resultado Alcançado: A) No mês de janeiro realizou ações voltadas a Segurança do Paciente, além de outros treinamentos de acordo com a rotina e demanda do hospital.

No mês de fevereiro desenvolveu atividades voltadas para a Comunicação, prescrição e administração de medicamentos.

No mês de março as atividades abordaram os temas de Prevenção e controle das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, Comunicação em saúde e Protocolos de segurança do paciente.

No mês de abril as atividades contemplaram a Comunicação em saúde, Higienização das mãos e o Programa Nacional de Humanização. Referiu que nos dias 25 e 26 de abril realizou a implantação no protocolo de higienização das mãos, com a presença de 293 colaboradores dos quais 150 da equipe assistencial. Apresentou as listas de presença da realização das atividades.

B) Apresentou o seguinte monitoramento, assim como análise crítica e plano de ação para melhorar a adesão aos treinamentos.

B	C	D	E	F	G	H	I
OBJETIVO ESTRATÉGICO						PERSPECTIVA	
TREINAMENTOS QUADRIMESTRE						Cursos	
INDICADOR						PERIODICIDADE DA ANÁLISE	
COLABORADORES						01/01/2023 - 30/04/2023	
FORMULA						PERIODICIDADE DA ANÁLISE	
Participação Efetiva /Treinamentos						Mensal	
META ESTADUAL - EQUIPE ASSISTENCIAL							
Categoria	Nº Colaboradores	Nº Participação sem repetição de colaborador				%	
		JAN	FEV	MAR	ABRIL	ATINGIDOS NO QUADRIMESTRE	% ATINGIDOS NO QUADRIMESTRE
Assistente Social	6	3	3	Total 4	Total 1	6	100%
Farmacêutico	8	3	5	Total 3	Total 7	8	100%
Enfermagem	63	33	15	3	18	69	110%
Fisioterapeuta	17	3	8	0	3	14	82%
Nutricionista	3	1	2	0	0	3	100%
Médicos	56	0	14	3	5	22	39%
Psicologia	2	1	1	0	0	2	100%
Técnicos de enfermagem	140	00	20	12	10	100	99%
TOTAL	295	132	68	18	44	262	89%
PORCENTAGEM DE PARTICIPAÇÃO QUADRIMESTRAL							
Total de Treinamentos Realizados Janeiro - Abril 2023							
	JANEIRO	FEV	MAR	ABR	TOTAL GERAL QUADRIMESTRE		
Integração	5	3	2	3	13		
Treinamentos - Meta	1	1	3	9	14		
Treinamentos Gerais	25	41	22	14	102		
Total de Horas	76:05:00	104:07:00	58:00:00	25:30:00	263:42:00		
PLANO DE AÇÃO							
Analisar a participação dentro do quadrimestre e implantar ferramentas que garantam a participação de todos os colaboradores nos treinamentos, avaliando sequencialmente se o treinamento foi efetivo e como pode ser reabordado aqueles que não houve adesão significativa em sua apresentação. O plano de ação visa atingir o maior número possível de colaboradores de forma que os possíveis erros não atinjam o paciente.							
ANÁLISE CRÍTICA							
A planilha mostra boa adesão dos colaboradores dentro do quadrimestre. Onde consta total e um número demonstra a quantidade de profissionais que participaram do treinamento no mês, porém incluído texto para não ocorrer manipulação da porcentagem atingida. É possível observar que é necessário readaptação das ações para atingir algumas classes de profissionais. Os dados apresentados são referente as participações dentro do quadrimestre nas repetitivas temáticas da meta estadual.							
RESPONSÁVEL PELA COLETA DO INDICADOR							
Laurielene Deodato - Auxiliar Administrativo NEP							
RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE CRÍTICA							
Dhiamila Vieira - Enf. Coordenadora NEP							

A partir das informações repassadas no mês de abril com avaliação do quadrimestre, o hospital realizou um total de 53 minutos de capacitação por colaborador, considerando todas as capacitações realizadas para a equipe assistencial.

Cabe destacar a boa atuação do NEP, com o desenvolvimento de treinamentos, buscando desenvolver atividades que atraíam os funcionários, assim como as análises das informações.

Valor esperado 80 pontos (a= realizou duas capacitações = 40; b= >70% da média das capacitações de funcionários da área assistencial = 40; se apresentar ≤39% =0; >40% a 49% = 10; >50% a 59% = 20; >60% a 69% = 30

Valor Atribuído: 80 pontos (a= 40; b= 40)

METAS DO EIXO ESTRUTURAL

METAS DO EIXO AVALIAÇÃO

Indicador Nº 14 Avaliação da satisfação dos usuários do SUS - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: quadrimestral. Considerar uma amostra de pacientes e ou responsáveis a serem entrevistados, contemplando todas as clínicas e especialidades do Hospital.

Resultado Alcançado: No quadrimestre avaliado obteve 94,07% de satisfação dos usuários atendidos, baseado na amostra de 58 entrevistas realizadas com pacientes ou acompanhantes. Distribuição está no anexo II.

Valor esperado 50 pontos (avaliação positiva ≥80%)

Valor Atribuído: 50 pontos

Indicador Nº 15 Avaliação da satisfação dos colaboradores - realizada pela Auditoria. Periodicidade da avaliação: quadrimestral.

Resultado Alcançado: No quadrimestre avaliado o hospital alcançou 73,94% de satisfação dos colaboradores. Responderam ao questionário 132 funcionários. Com intuito de normalizar as questões não respondidas, essas foram descontadas da pontuação máxima que poderia ser alcançada pelo hospital. Portanto, dos 13.200 pontos possíveis, foram válidos 13.110 (90 pontos são de questões não respondidas), das respostas recebidas o hospital alcançou 9.694 pontos. Distribuição encontra-se no anexo III.

Os principais motivos de insatisfação foram: descontentamento com a motivação para o trabalho, inexistência de local para acolher as queixas, salário abaixo do mercado, ausência de disponibilização das normas rotinas e protocolos para consulta.

Valor esperado 25 pontos (avaliação positiva ≥80%)

Valor Atribuído: 00 pontos

Indicador Nº 16 Implantação da gestão participativa (dirigentes e trabalhadores) Fonte: registro de reunião quadrimestral entre a Direção Administrativa (alta gestão) e colaboradores chaves (Responsáveis Técnicos e líderes) para apresentação do Relatório de Visita Técnica, elaborado pela Auditoria Estadual, bem como para definição de atribuições e responsabilidades por serviço hospitalar e/ou profissional, visando o cumprimento das metas contratadas.

<p>Resultado Alcançado: No <u>mês de janeiro</u> apresentou lista de presença datada de 18/01/2023 com o seguinte título “Apresentação do Relatório quadrimestral elaborado pela equipe de auditoria (junho, julho e agosto)” com a participação dos colaboradores e da alta gestão.</p> <p>No <u>mês de fevereiro</u> apresentou lista de presença datada de 22/02/2023 de reunião com a presença da alta gestão do hospital.</p> <p>No <u>mês de março</u> não apresentou ata de reunião da alta gestão.</p> <p>No <u>mês de abril</u> não apresentou ata de reunião da alta gestão.</p> <p>A pontuação foi atribuída em decorrência do indicador solicitar uma reunião quadrimestral.</p>	
Valor esperado 25 pontos	Valor Atribuído: 25 pontos
<p>Indicador N° 17 Cálculo e divulgação dos seguintes indicadores:</p> <p>a) Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI;</p> <p>b) Mortalidade geral da UTI com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado;</p> <p>c) Taxa de Ocupação maior ou igual a 90%.</p>	
<p>Resultado Alcançado: A e B) conforme tabelas 8 e 9, cumpriu o indicador. Cabe destacar que no Relatório nº4.002/2023, competência abril, a ECA identificou que o score utilizado na UTI pediátrica difere do apresentado no relatório de prestação de contas. Segundo informação da coordenadora da UTI pediátrica, utiliza-se o score PRISM 3 e 4 e não o Apache.</p> <p>C) Apresentou uma taxa de ocupação na UTI adulto de 60,29% e na UTI pediátrica de 51,26% no quadrimestre. Portanto não atingiu o esperado para o indicador.</p>	
Valor esperado 50 pontos (a=15; b=15; c=20)	Valor Atribuído: 30 pontos (a=15; b=15; c=0)
TOTAL	670 PONTOS

5.3.1 Considerações sobre a Avaliação de Desempenho e Qualidade

Após análise das metas de desempenho e qualidade recomenda-se que o HRCLMT deverá:

1. Aperfeiçoar o monitoramento da adesão a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
2. Implementar a Alta Compartilhada com equipe multidisciplinar;
3. Apresentar os documentos contábeis sem divergências/inconsistências;
4. Manter a qualificação da Direção Hospitalar apresentada no Chamamento Público;

5. Melhorar a gestão dos leitos hospitalares, bem como aumentar a produção ambulatorial e hospitalar;
6. Aperfeiçoar a apresentação dos dados de produção (ambulatorial/hospitalar) nos relatórios de Prestação de Contas, visto que possuem muitas informações divergentes;
7. Em relação aos monitoramentos das taxas de infecção hospitalar questiona-se a veracidade das informações, uma vez que apresenta na planilha de óbitos pacientes com diagnóstico de septicemia e choque séptico.
8. Melhorar o percentual de satisfação dos colaboradores.

6 Resultado da Avaliação Assistencial

Em relação à Produção Ambulatorial, foram realizados 59.483 procedimentos vinculados à meta no primeiro quadrimestre. Com a aplicação dos pesos conforme disposto em contrato, o hospital alcança 82,48% da meta.

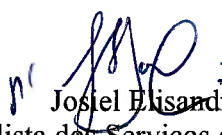
Em relação à Produção Hospitalar, foram realizados 1002 procedimentos no quadrimestre, que corresponde a 42,4% de alcance das metas, já com a aplicação dos pesos.

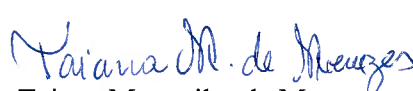
Em relação às metas de desempenho e qualidade, o hospital alcançou 670 pontos o que corresponde a uma faixa de desempenho equivalente a 80% de alcance das metas.

Por fim, a evolução do alcance das metas desde a sua inauguração

	<i>Produção Ambulatorial</i>	<i>Produção Hospitalar</i>	<i>Desempenho e Qualidade</i>
2º Quadri/2022	23,34%	7,80%	550 pontos (60%)
3º Quadri/2022	48,29%	26,21%	695 pontos (80%)
1º Quadri/2023	82,48%	42,40%	670 pontos (80%)

Campo Grande, 24 de julho de 2023.


Josiel Elisandro Werle
Especialista dos Serviços de Saúde/Enfermeiro


Taiana Manvailer de Menezes
Auditora dos Serviços de Saúde/Enfermeira

ANEXOS

ANEXO I –Relatório Mensal de Atividades do mês de abril anexado na nota fiscal nº737 apresentada em maio.



RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES
HOSPITAL REGIONAL DA COSTA LESTE MAGID THOMÉ

O presente documento tem como objetivo apresentar os dados produzidos através da ferramenta - disponibilizada com o Software - EGS, que é um software corporativo para a gestão estratégica e do desempenho qualitativo e quantitativo, onde reúne um conjunto de soluções que facilitam o fluxo de dados entre os gestores dos serviços e o nível central. Com plataforma 100% web proporcionando a gestão estratégica com: Painel de Indicadores, estatísticas, atendimento de metas do projeto, número de consultas, internações, exames, ocorrências de procedimentos, dentre outros.

DADOS REFERENTE AO CONTRATO:

- CONTRATO DE GESTÃO Nº 81/2022
- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 70/2022
- NF 737 *nota apresentada em maio*
- Competência ABRIL /2023 com tratamento e análise de dados produzidos pelo faturamento do mês precedente.

Dados de maio 20

METAS DE PRODUÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Descrição	Meta Mensal	Resultado	%
LARINGOSCOPIA	20		
TESTE ENDOMETRIOD	55	46	83,64
COLITA DE MATERIAL	18		
CIRURGIA DO APARELHO OESOFÁGICO, ÚLÇERA ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	15		
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	8.288	3.874	46,75
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO	1		
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	608	289	47,53
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES	180	20	11,11 <i>120 RPC</i>
ECO TRANSVAGINAL	120	65	54,17
COLONOSCOPIA	350	66	18,86
BRONCOSCOPIA	20		
HÓSTER	15	16	106,67
PROCTIAS CIRURGIA E CIRURGIA DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA	180	7	3,89
CONSULTAS/ATENDIMENTOS/COMPANHAMENTOS	2.600	737	28,35 <i>724 RPC</i>
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO	3		
DIAGNÓSTICO EM RADIOLOGIA	500	745	149,00
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA	100	19	19,00 <i>0 RPC</i>
DOPLER DE VASOS	20		
ECO TRANSESOFÁGICO	18		
SEFARODIAGNÓSTICO/ODONTOLOGIA	180		
TOTAL	16.874	6.824	40,49

EGS - EMPRESA DE GESTÃO EM SAÚDE EIRELI, CNPJ: 07.233.881/0001-87,
RUA CAMPOS SALES, 187 - COOP. 307 - VILA BOGANA, MATA, SP
(011 - 909920202 / 011 - 904984433 / 011-05145400)


Renato de Souza Sobrinho
Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thomé
Instituto ACCUR
ATÉSTO em CO, CO, RA e RECONHECIMENTO dos
materiais e serviços, que constam neste documento.


Patricia Miranda dos Santos
Hospital Regional Da Costa Leste -
Magid Thomé - Instituto ACCUR
Atesto em CO, CO, RA e RECONHECIMENTO dos materiais e
serviços que constam neste documento

Patricia Miranda dos Santos
Supervisora Administrativa
Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thomé
Instituto ACCUR



METAS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
NEUROLOGISTA CLINICO	80	41	51,25
PEDIATRIA (ESPECIALIZADA)	30	44	146,67
FISIACOLOGISTA	20	15	75,00
ENDOCRINOLOGISTA	30	13	43,33
OFTALMOLOGIA	30	171	570,00
CIRURGIA GERAL	80	198	247,50
CLINICO	300		
GASTROENTEROLOGISTA	80	43	53,75
OTORRINOLARINGOLOGISTA	80	75	93,75
CIRURGIA PEDIATRICA	40	75	187,50
URDOLOGIA	50	49	98,00
ODONTOLÓGICA	20	2	10,00
CIRURGIA TORACICA	20		
COLUNTOLOGISTA	20	8	40,00
TOTAL	780	746	95,77

482 PC

METAS DE PRODUÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE


Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	13		
PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTANEO E MUCOSA	30	1	3,33
CIRURGIA APARELHO CIRCULATORIO	09		
CIRURGIA DO APARELHO GASTROINTESTINAL	15	17	113,33
OUTRAS CIRURGIAS (PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS)	09	7	77,78
COLETA DE MATERIAIS	10	99	990,00
TRATAMENTOS CLINICOS (CIRURGIAS ESPECIALIDADES)	290		
CIRURGIAS DE Membros SUPERIORES, FACE, GARGANTA E PESCOÇO	5	14	280,00
CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTIVO, ORGÃO ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL	09	09	100,00
CIRURGIA TORACICA	5		
TOTAL	446	203	45,52


METAS DE PRODUÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	480	179	37,29
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	110		
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES	15		
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	5		
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENÇÃO	8		
DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	10		
TOTAL	628	179	28,66

EGS - EMPRESA DE GESTÃO EM SAÚDE EIRELI CNPJ: 07.233.887/0001-87.
RUA CAMPOS SALES, 187 - COM. 307 - VILA BOCAINA, AMUÍ, SP
(011 - 08000202 / 011 - 084084433 / 011-45145400)

Patricia Miranda dos Santos
Supervisora Administrativa
Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thomé - Instituto ACCQA


Patricia Miranda dos Santos
Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thomé
Instituto ACCQA
Atesto em 05/05/23 o recebimento dos materiais e serviços que constam neste documento.


Patricia Miranda dos Santos
Hospital Regional da Costa Leste -
Magid Thomé - Instituto ACCQA
Atesto em 07/05/23 o recebimento dos materiais e serviços que constam neste documento.

ROS

Relatório de Prestação de Contas

METAS DE PRODUÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

quatro repetido

Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA	400	179	37,25
DIAGNOSTICO POR RESONANCIA MAGNETICA	110		
METODOS DIAGNOSTICOS EM ESPECIALIDADES	15		
DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA	8		
DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENZIONISTA	5		
DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	10		
TOTAL	628	179	28,64

METAS DE PRODUÇÃO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
TRATAMENTOS CLINICOS	100		
QUIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO	30		
OUTRAS QUIRURGIA	10		
QUIRURGIA DE NASAS ABERTAS SUPERIORES, FACE, CABEÇA E PESCOÇO	7		
QUIRURGIA TORACICA	4		
DIAGNOSTICO POR ENDOSCOPIA	5		
TOTAL	166		

METAS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS - CARDIOVASCULAR

Descrição	Meta Mensal	Realizado	%
CARDIOLOGIA	200		
QUIRURGIA VASCULAR	50		
ANGIOLOGIA	40		
QUIRURGIA CARDIOVASCULAR	40		
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	12		
TOTAL	342		

EGS - Empresa de Gestão em Saúde

Maria Aparecida Martins Zutin



Patricia Miranda dos Santos
Hospital Regional da Costa Leste -
Magid Thome - Instituto ACCOJA

feito em 07/09/2013 e recebimento dos materiais/
servicos que constam neste documento

Patricia Miranda dos Santos

Supervisora de Administração

Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thome
Instituto ACCOJA

EGS - EMPRESA DE GESTÃO EM SAÚDE EIRELI. CNPJ: 07.223.681/0001-87.
RUA DIAMPOS SALES, 167 - CONJ. 307 - VILA BOGALHA, MAUA, SP
(011 - 099660302 / 011- 994984433 / 011-45145400)

do Tercer de Saúde do Sul
Hospital Regional da Costa Leste - Magid Thome
Instituto ACCOJA
MAGID THOME
09/09/2013
Relatório de Prestação de Contas

RPC: Relatório de Prestação de Contas das Metas enviado pela direção do HRCLMT.

ANEXO II – Entrevista com os usuários do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé

1. Quem orientou vc a procurar o hospital?			
Médico/Enfermeiro UBS			53
Médico particular/convênio			1
por conta própria			4
outros (especificar)			0
2. Quanto tempo vc esperou para ser atendido no hospital?			
prontamente atendido			28
até 15 minutos			18
até 30 minutos			10
mais de 30 minutos			2
3. O funcionário da recepção prestou as informações solicitadas e necessárias?			
sim			58
não			0
3.1 Como foi seu atendimento na recepção?			
Bom			58
Regular			0
Ruim			0
4. Como foi o atendimento da equipe de Enfermagem?			
Bom			57
Regular			1
Ruim			0
5. Como foi o atendimento médico?			
Bom			56
Regular			1
Ruim			1
6. Foram fornecidas informações ao paciente sobre:			
	Sim	Não	Não sabe/ Não respondeu
a. seu estado de saúde	56	0	2
b. medicamentos administrados	55	1	2
c. tratamentos prescritos pós alta	55	1	2
7. Você comprou algum material/medicamento ou pagou algum exame/taxa durante a internação?			
sim			0
não			58
8. Como você avalia:			
	Boa	Regular	Ruim
a. a quantidade e quantidade da alimentação fornecida pelo hospital?	52	4	2
b. a limpeza do ambiente hospitalar?	57	1	0
c. a conservação dos móveis e estrutura física deste hospital?	58	0	0
9. O motivo que ocasionou sua internação foi resolvido?			
sim			52
não			6

ANEXO III - Entrevista com os colaboradores do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé

1. Como você avalia:	Normal	Pouca	Alta	Não respondeu	
a. carga de trabalho	103	0	26	3	
					Não respondeu/ Não sabe
	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	
b. dimensionamento da equipe	24	66	28	13	1
c. distribuição das tarefas	22	78	25	6	1
d. segurança para execução do trabalho	40	75	14	3	0
e. acomodações e mobiliários	41	68	14	8	1
f. higiene do ambiente	51	65	14	2	0
g. disponibilidade de materiais e equipamentos	44	65	21	2	0
h. salário	2	24	41	65	0
i. relacionamento com a chefia	71	49	11	1	0
j. valorização do trabalho	31	68	26	6	1
2. Você se sente motivado neste serviço?					
sempre	59				
às vezes	63				
nunca	8				
Não sabe/não respondeu	2				
3. Você participa das reuniões de equipe?					
sempre	74				
às vezes	47				
nunca	7				
não há reuniões	4				
4. Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões/reclamações/dificuldades?					
sim	102				
não	27				
Não sabe/não respondeu	3				
5. Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para algum amigo/familiar?					
sim	114				
não	18				
6. As normas/rotinas/protocolos estão disponíveis para consulta e foi realizada reunião para discussão e apresentação dos mesmos?					
sim	100				
não	32				
7. Você participou de reunião de trabalho ou de capacitação sobre a implantação do Protocolo citado acima?					
sim	93				
não	38				
Não sabe/não respondeu	1				