

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**AVALIAÇÃO ANUAL DO CONTRATO DE GESTÃO
HOSPITAL METROPOLITANO SUL DOM HÉLDER CÂMARA**



**AVALIAÇÃO ANUAL DO 3º ANO DO CONTRATO
PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2013**

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo avaliar o Hospital Dom Helder durante todo o ano de 2013, apresentando o cumprimento de metas dos indicadores de produção, qualidade.

Quadro 1

Organização Social	Fundação Prof. Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Inauguração	01 de julho de 2010
Contrato de gestão	nº 006/2010
Localização	BR 101 Sul, S/N km 28 – Centro CEP 54510000, no município de Cabo de Santo Agostinho
Área de Abrangência	Cabo e Santo Agostinho, Ipojuca, Sirinhaém e Jaboatão (Micro Recife), Escada, Primavera, Barreiros, Tamandaré, Rio Formoso e São José da Coroa Grande (Micro Palmares)
Perfil	Emergência 24 horas nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Traumatologia- Ortopedia para adultos e Cardiologia
Capacidade	117 leitos de enfermagem, 50 leitos ortopédicos, 25 Cardiologia Clínica, 16 Cirurgia Cardiovascular, 18 leitos de clínica Médica, 08 leitos de Cirurgia Geral, 28 leitos de UTI, 24 leitos de observação na Emergência, 05 salas de cirurgia.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico	Laboratório de Análise Clínica, RX, Tomografia Computadorizada, Endoscopia, Ultrassonografia, Ecocardiograma
Ambulatório de Egresso	Cardiologia, Cirurgia Cardíaca, Arritmia Marcapasso, Valvulopatia, Ortopedia (mão), Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Psicologia e Serviço Social.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo elaborado pelo Hospital Odilon Behrens- BH/MG, validado pelo MS.

O relatório trimestral de monitoramento dos contratos de gestão é realizado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, avaliação trimestral e elaboração de relatórios trimestrais.

2. AVALIAÇÃO DO ANO DE 2013 - HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

2.1 Produção Assistencial

As metas atuais estão pautadas na análise da capacidade instalada da unidade, na característica do HDHC de ser porta referenciada, levando em conta que o Hospital recebe ainda um percentual de pacientes por demanda espontânea. As metas contratuais em Saídas Hospitalares, Atendimentos de Urgência e Atendimento Ambulatorial, anual são de:

Atendimentos previstos no ano:

Saídas – 9.516

Urgência – 28.800

Ambulatorial – 42.000

2.2 Saídas Hospitalares

Abaixo a Tabela 1 apresenta o total de saídas hospitalares durante o período avaliados. Os dados apresentam volume de produção cujo percentual no ano avaliado foi de **94,81%**.

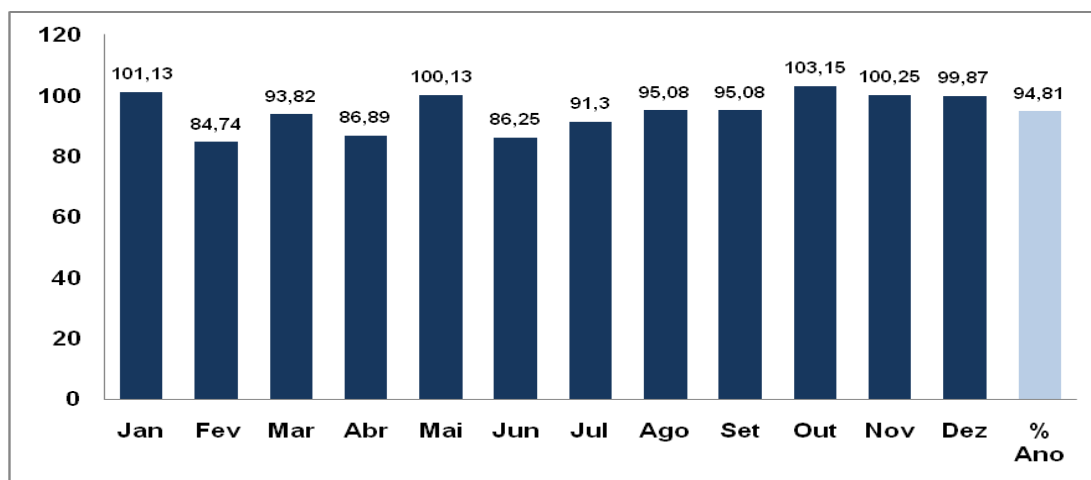
Tabela 1. Saídas Hospitalares 2013

Período	Contratado	Realizado	%
Janeiro	793	802	101,13
Fevereiro	793	672	84,74
Março	793	744	93,82
Abril	793	689	86,89
Maio	793	794	100,13
Junho	793	684	86,25
Julho	793	724	91,30
Agosto	793	754	95,08
Setembro	793	754	95,08
Outubro	793	818	103,15
Novembro	793	795	100,25
Dezembro	793	792	99,87
Total	9.516	9.022	94,81

Fonte: Relatórios Gerenciais

No Gráfico 1 abaixo, podemos visualizar o percentual de Saídas Hospitalares durante todo o ano:

Gráfico 1 – Saídas Hospitalares 2013 (%)



Fonte: Relatórios Gerenciais

2.3 Atendimentos da Urgência

Abaixo a Tabela 2 apresenta o total de atendimentos de urgência durante o ano de 2013. Os dados apresentam volume de produção cujo percentual foi de **102,47%**.

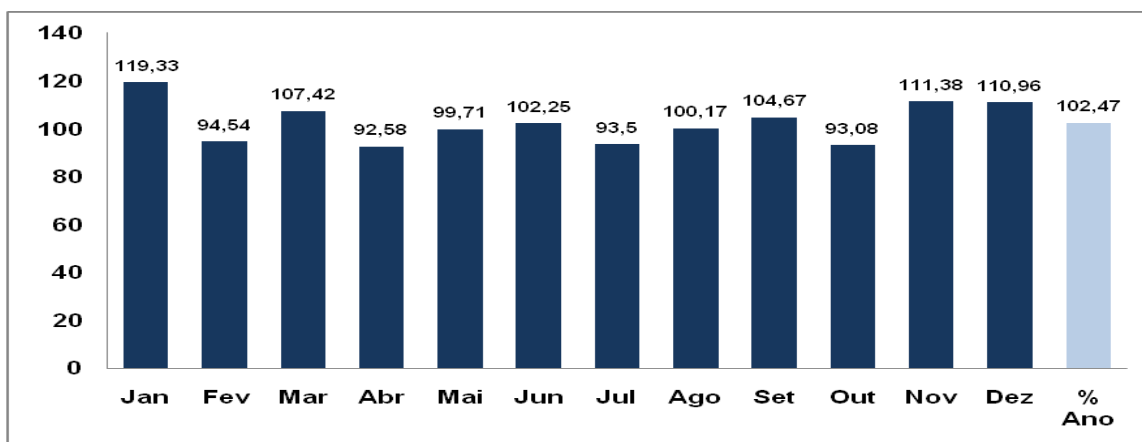
Tabela 2. Atendimentos de Urgência 2013

Período	Contratado	Realizado	%
Janeiro	2.400	2.864	119,33
Fevereiro	2.400	2.269	94,54
Março	2.400	2.578	107,42
Abril	2.400	2.222	92,58
Mai	2.400	2.393	99,71
Junho	2.400	2.454	102,25
Julho	2.400	2.244	93,50
Agosto	2.400	2.404	100,17
Setembro	2.400	2.512	104,67
Outubro	2.400	2.234	93,08
Novembro	2.400	2.673	111,38
Dezembro	2.400	2.663	110,96
Total	28.800	29.510	102,47

Fonte: Relatórios Gerenciais

No gráfico 2 verificamos o percentual de Atendimentos de Urgência:

Gráfico 2 . Atendimentos de Urgência 2013 (%)



Fonte: Relatórios Gerenciais

2.4 Atendimento Ambulatorial

A tabela 3 apresenta o volume de consultas ambulatoriais caracterizada por atendimento multidisciplinar. O percentual de execução dos atendimentos ambulatoriais no período foi de **107,73%**.

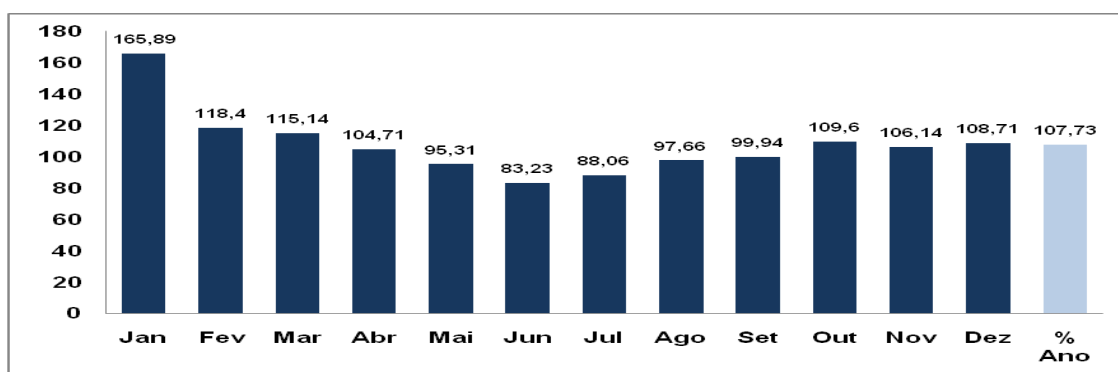
Tabela 3. Atendimento Ambulatorial

Período	Contratado	Realizado	%
Janeiro	3.500	5.806	165,89
Fevereiro	3.500	4.144	118,40
Março	3.500	4.030	115,14
Abril	3.500	3.665	104,71
Mai	3.500	3.336	95,31
Junho	3.500	2.913	83,23
Julho	3.500	3.082	88,06
Agosto	3.500	3.418	97,66
Setembro	3.500	3.498	99,94
Outubro	3.500	3.836	109,60
Novembro	3.500	3.715	106,14
Dezembro	3.500	3.805	108,71
Total	42.000	45.248	107,73

Fonte: Relatórios Gerenciais

O Gráfico 3 abaixo, mostra o percentual de Atendimento Ambulatorial:

Gráfico 3. Atendimento Ambulatorial (%)



Fonte: Relatórios Gerenciais

2.5 Resumo da Produção Assistencial

O Hospital não sofrerá ajustes nos valores financeiros quando o percentual realizado está dentro da faixa de variação proporcional entre 85% e 100% do volume contratado, conforme consta no Contrato de Gestão, Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, Item II-1 Avaliação e Valoração dos Desvios nas Quantidades de Atividade Assistencial - Entre 85% a 100% do volume contratado o valor a receber é 100% do peso percentual da atividade.

Tabela 4. Percentual da Produção Assistencial no Trimestre

Atividade	Meta	% Realizado	Resultado
Saídas	9.516	94,81	Meta cumprida
Urgência	28.800	102,47	Meta cumprida
Ambulatório	42.000	107,73	Mata cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

3. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

3.1 Taxa de Ocupação Operacional - TO (%)

É a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período. O valor de referência utilizado é o determinado pela **Portaria n.º 1101/GM- MS, de 12 de junho de 2002**, que estabelece como parâmetro a Taxa de Ocupação de 80% a 85%.

Taxa de ocupação acima de 85% não é recomendável porque aumenta o risco de eventos adversos, de infecção hospitalar e impede a manutenção correta de equipamentos o que leva a um menor tempo de vida útil dos mesmos. Deve ser levado em consideração também o desgaste da equipe técnica, e a garantia de leitos para urgência.

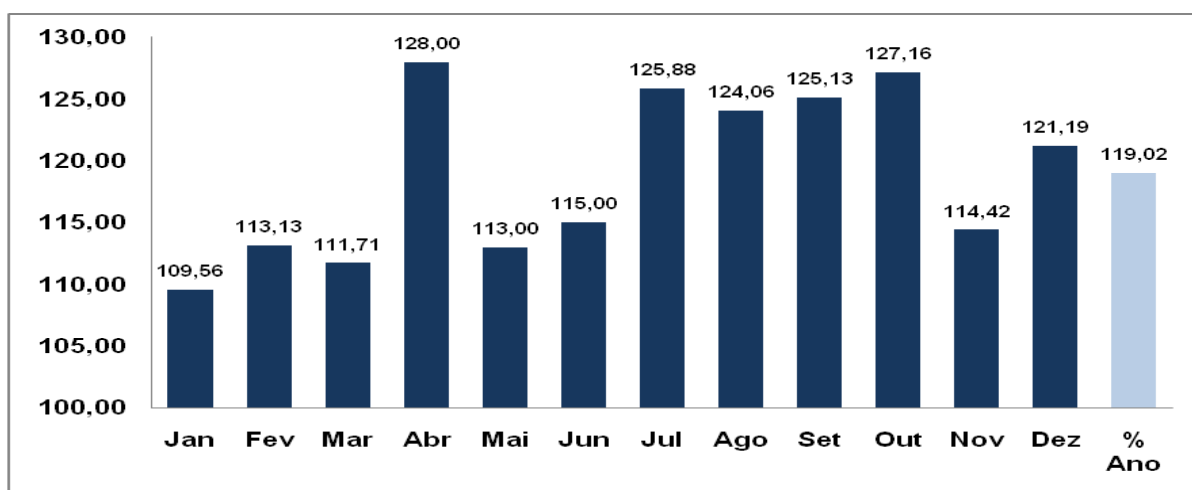
É importante salientar que a taxa de ocupação não é uma meta e sim um parâmetro de avaliação para acompanhamento da Unidade em relação à capacidade instalada.

Destacamos que o percentual acima de 100% corresponde aos pacientes que permaneceram internados na Urgência por falta de leitos na internação, o que causa

impacto nesta Unidade, com superlotação e conseqüentemente a impossibilidade de receber novos pacientes demandados para o Hospital pela Central de Regulação do Estado, SAMU e Corpo de Bombeiros, conforme previsto em Contrato, em decorrência da baixa rotatividade dos leitos determinado pelo elevado Tempo de Permanência.

O Gráfico 4 abaixo mostra a evolução da Taxa de Ocupação Operacional, durante todo o período, informando sempre um percentual acima de 100%, devido aos fatores já descritos anteriormente:

Gráfico 4 – Taxa de Ocupação Operacional - TO (%)



Fonte: Relatórios Gerenciais

3. 2 Tempo Médio de Permanência – TMP (dias)

Caracteriza-se pela relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos e transferências externas. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. Para calcular o Tempo Médio de Permanência por UTI o total de saídas, do denominador, inclui as transferências internas.

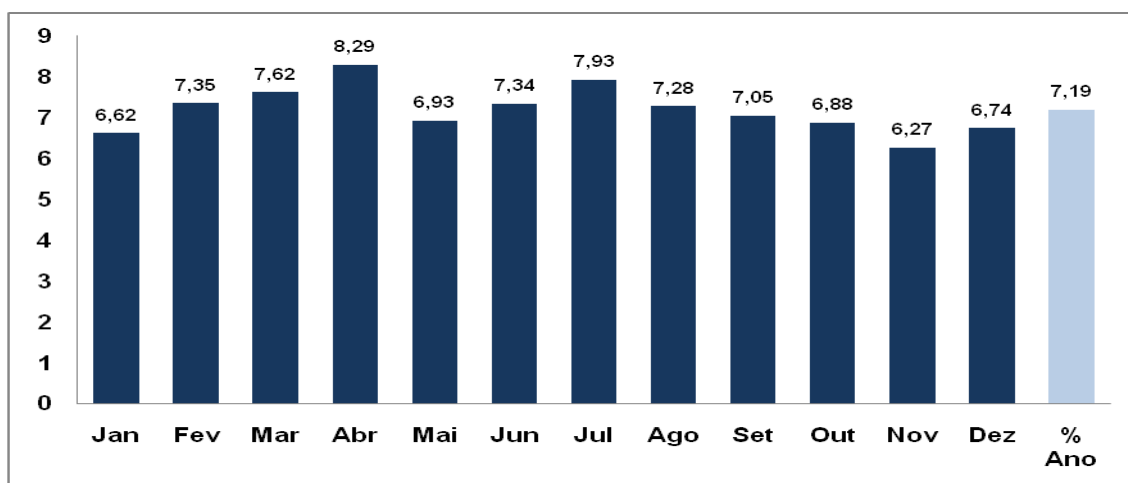
São utilizados os valores de referência definidos pela **Portaria n.º 1101/GM-MS de junho de 2012 (Clínica Médica: 5,2 dias e Clínica Cirúrgica: 4,8 dias)**.

É importante salientar que o tempo médio de permanência não é uma meta e sim um parâmetro de avaliação para acompanhamento da Unidade em relação ao tem'p que o paciente permanece internado, como resolutividade do hospital.

O elevado tempo de permanência nas Unidades de Internação impacta a rotatividade dos leitos gerando internação na Urgência o que ocasiona a Taxa de Ocupação acima de 100%, nesta Unidade podendo comprometer na qualidade do atendimento, além de maior custo, no processo da assistência, pessoal e insumos.

O gráfico a seguir mostra o TMP durante todo o ano de 2013:

Gráfico 5. Tempo Médio de Permanência – TMP (dias)



Fonte: Relatórios Gerenciais

3.3 Índice de Rotatividade (Giro)

O Índice de Rotatividade serve para acompanhar a eficiência do gerenciamento dos leitos, mede a rotatividade do leito hospitalar (quantos pacientes utilizaram o mesmo leito no mês). Para calcular o índice de rotatividade utilizamos o número de saídas do mês como numerador divide pelo resultado do número de leitos operacional-dia/número de dias do mês.

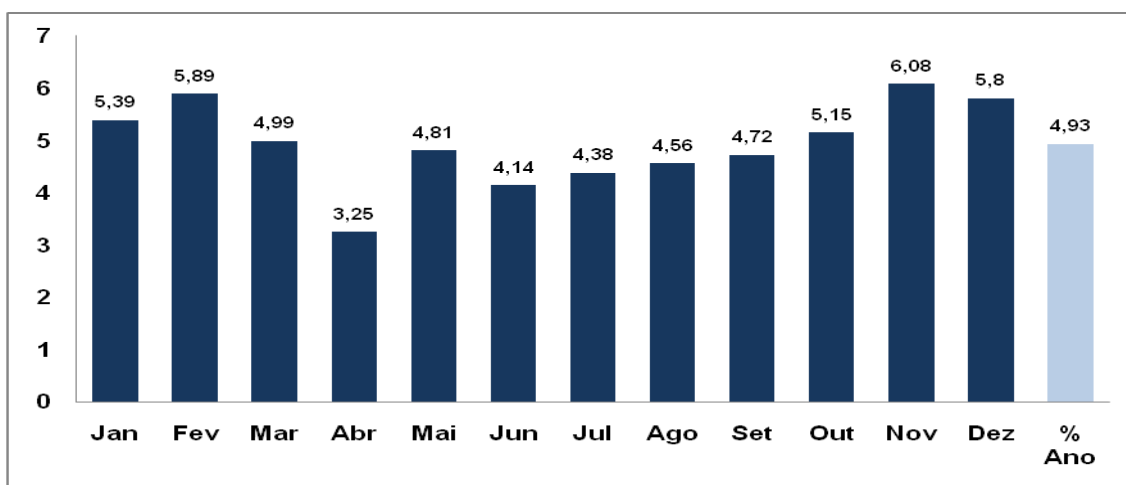
O parâmetro utilizado como referência para comparação é o apresentado pelo **Programa do CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar** cujas entidades

mantenedoras são a **Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, apoiados pela Fundação Getúlio Vargas, cujo valor é de **5,20 paciente/leito**.

Em 2013 o HDH teve uma taxa de rotatividade média de **4,93 pacientes/leito**, um ótimo desempenho, apesar do longo tempo de permanência em algumas clínicas.

O gráfico a seguir mostra a rotatividade dos leitos durante todo o ano de 2013:

Gráfico 6. Índice de Rotatividade de Leitos



Fonte: Relatórios Gerenciais

4. INDICADORES DE EFETIVIDADE

A avaliação de resultado / efetividade tem como objetivo acompanhar o resultado da assistência hospitalar através de alguns indicadores que podem evidenciar situações de alerta exigindo análise mais detalhada da assistência.

4.1 Taxa de Mortalidade Institucional

É obtida pelo número de óbitos após 24h de internação dividida pelo número de saídas (altas, transferências externas e óbitos) no mesmo período. A **Portaria 1101/GM- MS/2002** descreve em nota que a **Taxa de Mortalidade Hospitalar no Brasil apresenta uma média de 2,63%, com variação de 0,8% a 4,05%**.

Na tabela 5, observa-se que o número de óbitos institucionais apresenta **taxa de 6,23% no ano**, acima do valor de referência da Portaria. Esta taxa reflete o perfil dos pacientes atendidos no Hospital. *“As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007.”*

A tabela 5 mostra um resumo sobre a mortalidade institucional, conforme podemos observar:

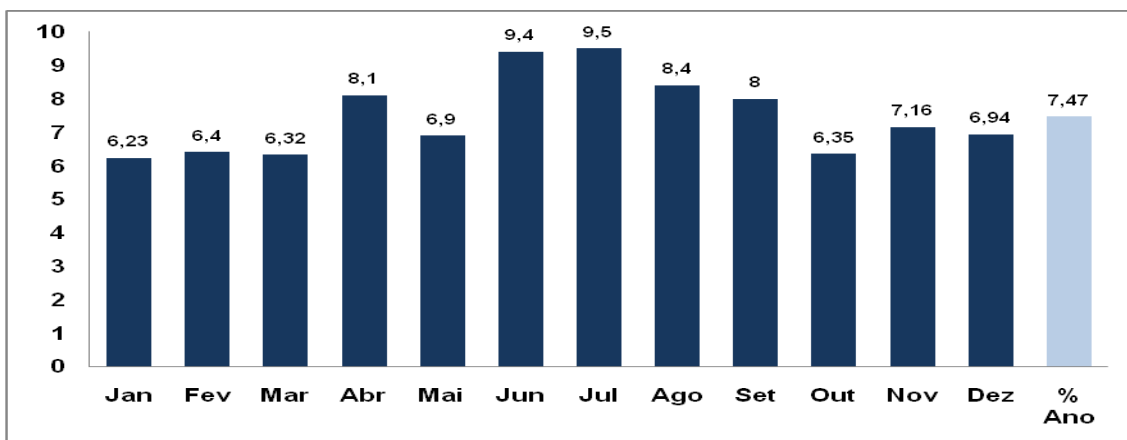
Tabela 5. Taxa de Mortalidade Institucional

Período	Óbitos > 24h	Nº Saídas	%
Janeiro	50	802	6,23
Fevereiro	43	672	6,4
Março	47	744	6,32
Abril	56	689	8,1
Maiο	55	794	6,9
Junho	64	684	9,4
Julho	69	724	9,5
Agosto	64	754	8,4
Setembro	61	754	8
Outubro	52	818	6,35
Novembro	57	795	7,16
Dezembro	55	792	6,94
Total	673	9.022	7,47

Fonte: Relatórios Gerenciais

No Gráfico 7, podemos observar que o percentual de Taxa de Mortalidade Institucional no ano de 2013:

Gráfico 7. Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: Relatórios Gerenciais

4.2 Taxa de Cirurgias de Urgência

Elevadas taxas de cirurgias de urgência pode gerar fila de espera para cirurgia eletiva, entretanto é necessário considerar o perfil do paciente atendido no HDH que em algumas patologias o fator tempo é crucial para o sucesso do tratamento.

Em 2013 a unidade apresentou um percentual de **77,58% cirurgias de urgência**, de um total de **5.398 cirurgias**, com seu maior índice em novembro (87,32%) e menor em março (65,01%), conforme demonstrado na Tabela 6:

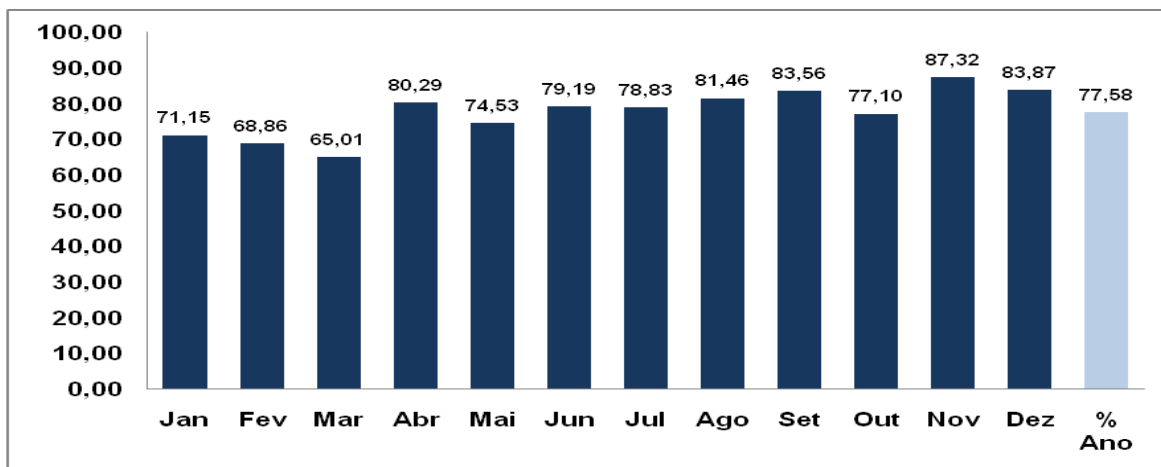
Tabela 6. Taxa de Cirurgias de Urgência

Período	Nº Cirurgias de Urgência	Nº Total de Cirurgias	%
Janeiro	323	454	71,15
Fevereiro	283	411	68,86
Março	314	483	65,01
Abril	330	411	80,29
Mai	354	475	74,53
Junho	350	442	79,19
Julho	324	411	78,83
Agosto	347	426	81,46
Setembro	376	450	83,56
Outubro	377	489	77,10
Novembro	420	481	87,32
Dezembro	390	465	83,87
Total	4.188	5.398	77,58

Fonte: Relatórios Gerenciais

O Gráfico 8 mostra o percentual de cirurgias de urgências:

Gráfico 8. Taxa de Cirurgia de Urgência



Fonte: Relatórios Gerenciais

5. INDICADORES DE GESTÃO

É uma ferramenta de gestão que permite diagnosticar o estágio de desenvolvimento gerencial e planejar ações visando à melhoria contínua. Este instrumento de avaliação possibilita a qualquer tipo de organização, de qualquer porte, setor e estágio de gestão, avaliar o seu sistema gerencial e o seu desempenho em relação às melhores práticas adotadas por organizações de alto desempenho.

5.1 Índice de Rotatividade de Funcionários

O gráfico apresenta o Índice de Rotatividade de Funcionários – Turnover, que mede a rotatividade de entradas e saídas de pessoal é calculado através do N° de Demissões + N° de Admissões / 2 / N° de Funcionários ativos X 100.

Para a organização a rotatividade de pessoal é onerosa, pois a cada saída de funcionário, normalmente, segue uma admissão de outro funcionário e esta rotatividade tem como consequência uma elevação do custo de mão-de-obra.

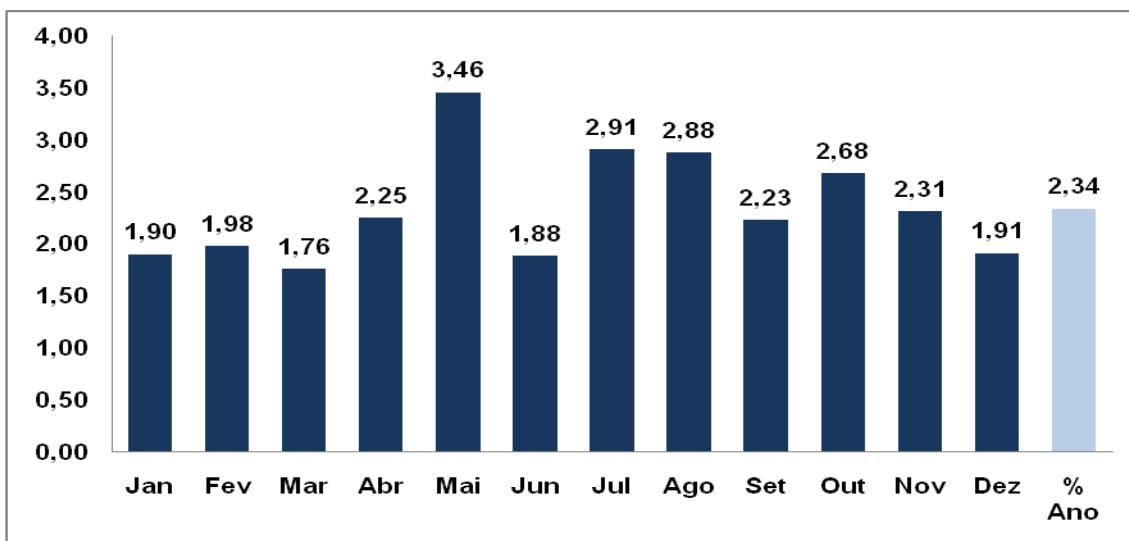
Entretanto vale ressaltar que essa ação interfere diretamente na possibilidade de melhorar a qualidade do recurso e a produtividade com resultados diretos para a assistência aos pacientes.

Os valores de referência utilizados são os indicados pelo **PROHASA é de 2% e do CQH é de 1,86%, com variação de 0,91% a 2,82%.**

A administração do hospital demonstra que no ano de 2013 vem desempenhando rotatividade de funcionários dentro do preconizado, um percentual de **2,19%**, porém, teve um percentual elevado em maio com 3,46, mas nada significativo que impeça o bom desempenho da instituição.

No gráfico 9, podemos observar a rotatividade de funcionários no período:

Gráfico 9. Índice de Rotatividade de Funcionários



Fonte: Relatórios Gerenciais

6. INDICADORES DA QUALIDADE – PARTE VARIÁVEL

Os indicadores da parte variável da qualidade definidos para o HDH no Contrato de Gestão incluem: Qualidade da Informação, Atenção ao Usuário, Controle de Infecção Hospitalar e Mortalidade Operatória

6.1 Qualidade da Informação - Valoração de 25% em cada trimestre

- **Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar (saídas). A meta a ser cumprida foi modificada, a partir deste trimestre, do segundo ano do Contrato de Gestão, nos seguintes termos: **apresentação de 90% da totalidade das AIH referentes às saídas em cada mês de competência.**

Durante todo o período a unidade apresentou ótimo desempenho de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com seu maior índice em outubro (108,19%).

Em todo o ano de 2013 o HDH apresentou um total de **10.094 AIH**, destas, **9.496** estavam **no mês de competência**, resultando em **105,35% de AIH**, das **9.022 saídas hospitalares**, portanto **meta cumprida**.

Abaixo é possível avaliar o quantitativo de AIH apresentadas:

Tabela 7. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Mês	Saídas Hospitalares	AIH Apresentado	AIH mês de competência	%	Resultado
Janeiro	802	904	802	100,00	Meta cumprida
Fevereiro	672	719	692	102,97	
Março	744	824	786	105,64	
Abril	689	759	722	104,78	
Maio	794	902	850	107,05	
Junho	684	785	718	104,97	
Julho	724	813	775	107,04	
Agosto	754	845	805	106,76	
Setembro	754	845	812	107,69	
Outubro	818	933	885	108,19	
Novembro	795	857	825	103,77	
Dezembro	792	908	824	104,04	
Total	9.022	10.094	9.496	105,25	Meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

- **Porcentagem de Declaração de Diagnóstico Secundário por Especialidade**, parâmetro de no mínimo 22% em Clínica Cirúrgica e 14% em Clínica Médica.

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID – 10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a

perda de informações importantes, dificultando assim a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais.

A tabela 8 demonstra o resultado de declaração de diagnóstico secundário, para as Clínicas Cirúrgica e Médica:

Tabela 8. Diagnósticos Secundários

Mês	Diagnósticos Secundários 22% CG/ 14% CM	Resultado
Janeiro	CG: 90,06 CM: 70,48	Meta cumprida
Fevereiro	CG: 86,36 CM: 62,84	Meta cumprida
Março	CG: 86,57 CM: 54,41	Meta cumprida
Abril	CG: 83,09 CM: 59,13	Meta cumprida
Mai	CG: 86,22 CM: 59,33	Meta cumprida
Junho	CG: 84,54 CM: 57,22	Meta cumprida
Julho	CG: 91,09 CM: 72,26	Meta cumprida
Agosto	CG: 90,32 CM: 64,23	Meta cumprida
Setembro	CG: 88,61 CM: 69,52	Meta cumprida
Outubro	CG: 80,60 CM: 60,27	Meta cumprida
Novembro	CG: 84,66 CM: 54,09	Meta cumprida
Dezembro	CG: 80,30 CM: 59,48	Meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

- **Taxa de Identificação da Origem do Paciente**

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda.

O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos.

A meta é atingir 90% de CEP válido. A meta foi atingida no período avaliado, pois a unidade apresentou **97,8% de CEP Válido**.

Abaixo verificamos mensalmente o percentual de CEP Válido:

Tabela 9. Percentual de CEP válidos

Mês	CEP Válido	Resultado
Janeiro	98,6	Meta cumprida
Fevereiro	98,0	Meta cumprida
Março	98,0	Meta cumprida
Abril	94,4	Meta cumprida
Mai	96,1	Meta cumprida
Junho	96,7	Meta cumprida
Julho	98,0	Meta cumprida
Agosto	98,1	Meta cumprida
Setembro	97,5	Meta cumprida
Outubro	99,7	Meta cumprida
Novembro	99,6	Meta cumprida
Dezembro	99,7	Meta cumprida
Total	97,8	Meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

6.2 Atenção ao Usuário – Valoração de 25% em cada trimestre.

- **Resolução das queixas**

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente.

Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado. A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas. Durante todo o ano, foram recebidas **59 queixas, com 100% de resolução**.

A unidade **atingiu a meta pactuada**, conforme descrito na Tabela 10 abaixo:

Tabela 10. Queixas Recebidas e Resolvidas

Mês	Queixas Recebidas	Queixas Resolvidas	Resultado
Janeiro	8	8	Meta cumprida
Fevereiro	6	6	Meta cumprida
Março	2	2	Meta cumprida
Abril	6	6	Meta cumprida
Mai	5	5	Meta cumprida
Junho	4	4	Meta cumprida
Julho	4	4	Meta cumprida
Agosto	4	4	Meta cumprida
Setembro	6	6	Meta cumprida
Outubro	6	6	Meta cumprida
Novembro	4	4	Meta cumprida
Dezembro	4	4	Meta cumprida
Total	59	59	Meta cumprida

Fonte: Relatórios Gerenciais

- **Pesquisa de Satisfação do Usuário**

Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos no ambulatório do hospital, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório**. A meta a ser atingida é o envio das planilhas de consolidação dos dois grupos.

O HDH enviou as planilhas consolidadas referentes à Pesquisa de Satisfação do Usuário, porém, no mês de abril, na ala de internação, o hospital aplicou apenas 1% de pesquisas. A Direção da unidade informou que neste período estava sem Ouvidor, e a partir de maio um novo Ouvidor iniciou seu trabalho no serviço, conseqüentemente, comprometeu o serviço no que diz respeito à realização das pesquisas. Apesar da “falha” do serviço, a Direção se comprometeu em realizar periodicamente as pesquisas, para que não houvesse mais uma indicação de desconto financeiro, além do que, este indicador tem por objetivo avaliar o desempenho do hospital, que por sua vez, deve procurar sempre a melhoria do atendimento ao usuário. **Portanto, o Hospital Dom Hélder Câmara cumpriu a meta referente a este indicador em onze meses do ano, exceto no mês de abril, sofrendo indicação de desconto no valor de R\$ 133.810,19 (cento e trinta e três mil, oitocentos e dez reais e dezenove centavos) - meta não cumprida.**

6.3 Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser cumprida é a entrega do relatório mensal elaborado pela CCIH que contenham o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas quando se fizerem necessárias. Meta cumprida.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar os indicadores incluem: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI e Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sangüínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI.

6.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar em UTI

Segundo o Manual de Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde da **ANVISA**, cada estabelecimento de saúde deverá reavaliar as práticas assistenciais prestadas aos pacientes e implantar um programa de redução de infecção, de acordo com suas características.

A natureza dos procedimentos necessários para manter a vida em uma UTI predispõe os pacientes internados nessas unidades à aquisição de infecções.

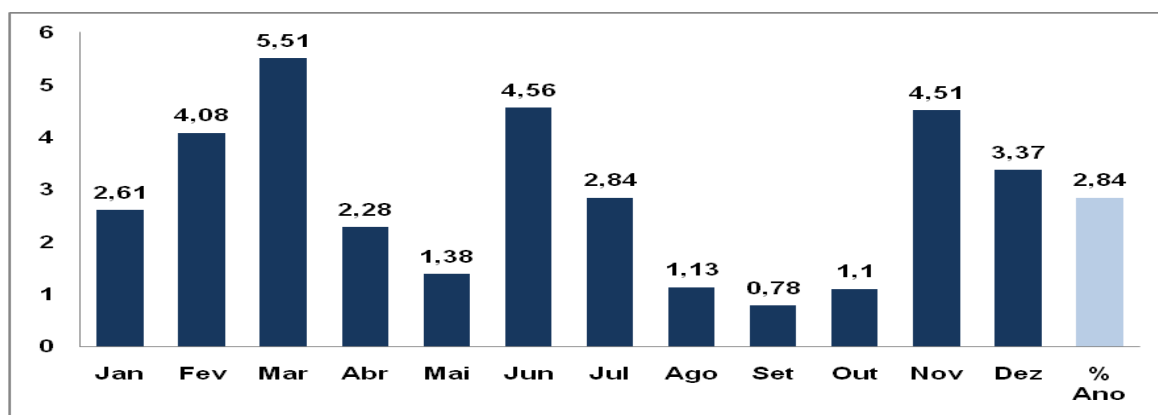
Segundo os dados do Sistema de Vigilância Americano – **NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System)**, entre **2,2% a 4,1% dos pacientes adquirem pelo menos uma infecção durante a hospitalização**, alguns fatores contribuem para este risco, tais como:

- A quebra de barreiras naturais que separam o microorganismo do ambiente interno, invasão da pele por cateteres, drenos, tubo orotraqueal e a perda da barreira protetora da glote, sonda vesical dentre outros;
- O estado de imunodepressão representado pela gravidade da doença;
- Risco aumentado de transmissão de microorganismos entre pacientes.
-

A **Portaria Nº1101/GM-MS, de 12 junho de 2002**, diz que o valor de referência é obtido pela série histórica da unidade, a partir da qual é definido parâmetro de qualidade.

Durante o ano de 2013 a unidade teve um percentual de **2,84% de infecção hospitalar em UTI Geral**.

Gráfico 10. Taxa de Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Adulto



Fonte: Relatórios Gerenciais

6.3.2 Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sangüínea associada a Cateter Venoso Central

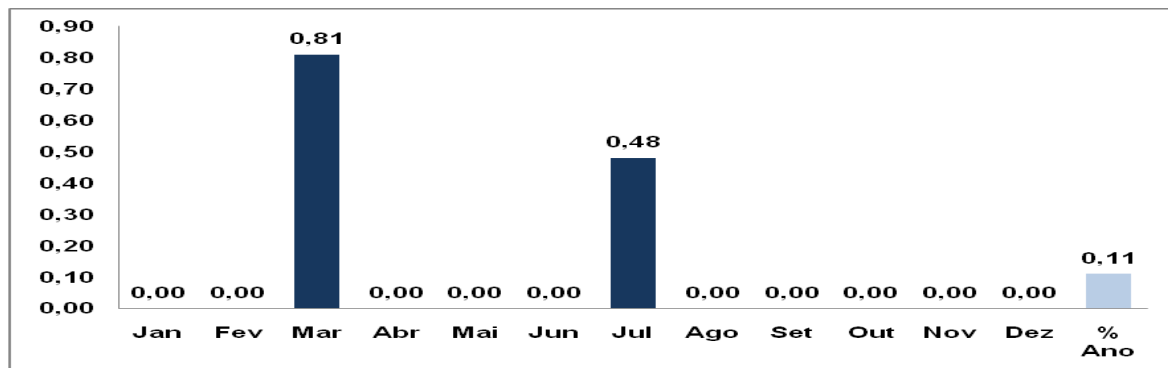
A Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (APCIH), na publicação - Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos, traduzido da **Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)**, comenta o seguinte:

“A infecção associada ao uso do cateter venoso central se correlaciona com o maior risco de desenvolvimento de infecção, é um indicador estratégico para a Instituição que deve ser monitorado sistematicamente, pelos graves danos que podem causar ao paciente. Considerados fatores de risco: duração do cateterismo, colonização cutânea, manipulação freqüente da linha venosa, utilização do cateter de PVC, tipo de curativo, doença básica e gravidade do estado clínico. Diz, ainda, que aproximadamente 20% a 40% dos pacientes com CVC desenvolvem infecção local, 3% a 10% desenvolvem bacteremia e 13% a 28% tem maior probabilidade de óbito. Destacando que parte dessas infecções podem ser prevenidas, desde que sejam estabelecidas medidas de controle.”

Em 2013, o HDH obteve um ótimo resultado, de acordo com preconizado pela **ANVISA (valor de referência é de 4,9-18,1%)**, apresentando no ano **0,11%** de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central, apresentando apenas infecção, em dois meses: março (0,81%) e julho (0,48%).

O gráfico abaixo mostra o ótimo desempenho da instituição no ano de 2013:

Gráfico 11. Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sangüínea associada a Cateter Venoso Central



Fonte: Relatórios Gerenciais

7.4 Mortalidade Operatória – Valoração de 25% em cada trimestre.

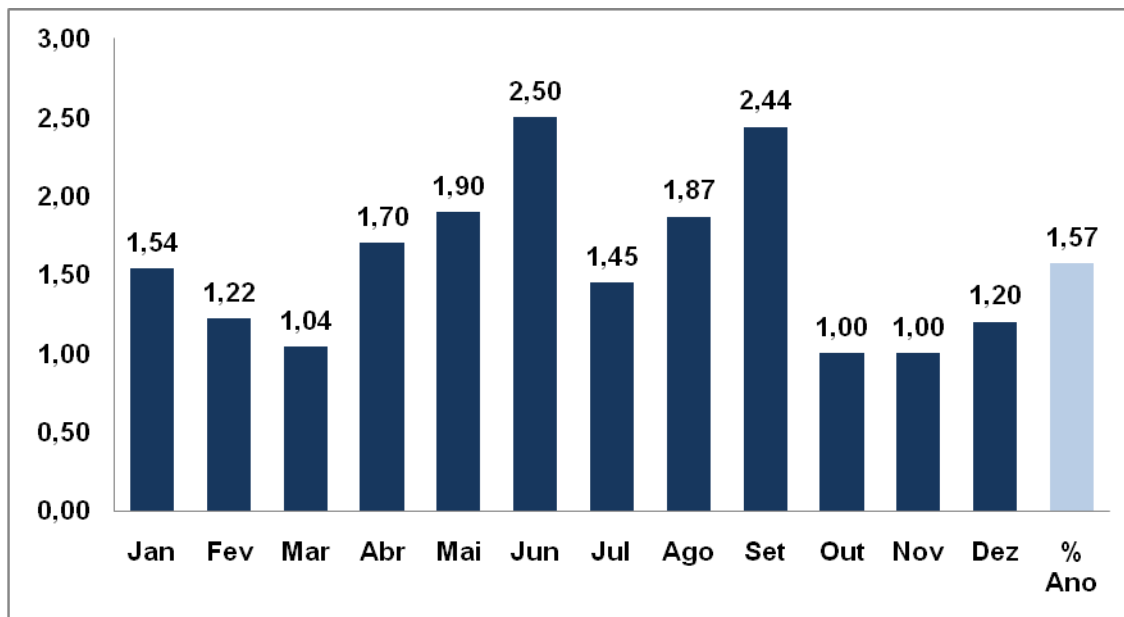
Taxa de mortalidade operatória-(TMO), o número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias após o procedimento cirúrgico, dividido pelo número total de atos cirúrgicos no período. Referência **2%**, **segundo a Portaria Nº 1101/GM-MS/2002, quando o óbito ocorre durante o ato cirúrgico e 1% quando ocorre no pós - operatório, em Hospital Geral.**

O relatório mensal enviado pela Instituição apresenta os registros dos dados relacionados à Mortalidade Operatória, como também os óbitos estratificados por classe conforme Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA).

A Taxa de Mortalidade Operatória mostra-se com um ótimo desempenho, apesar do nível de gravidade e complexidade dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos e percentuais de cirurgias realizadas pela urgência, elevados. A taxa registrada no ano foi de **1,57%**, estando em consonância com o preconizado pela **Portaria Nº 1101/GM-MS/2002.**

Abaixo podemos observar a taxa de mortalidade operatória no período:

Gráfico 12. Taxa de Mortalidade Operatória



Fonte: Relatórios Gerenciais

7. Comissões Existentes

O Hospital possui as seguintes comissões:

- **Comissão de Óbito** atuante, que tem como objetivo analisar 100% dos óbitos/mês de mulher em idade fértil, mortalidade operatória e no período todos os óbitos com suspeita de dengue;
- **Comissão de Prontuários Médicos**, que avalia 10% dos prontuários conforme pactuado, analisando dados de identificação do paciente, relatos de anamnese, exame físico, exames complementares e seus resultados, evolução diária, legibilidade da letra, relato médico dos procedimentos realizados e o sumário de alta;
- **Comissões de Ética Médica, de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), e Comissão Intrahospitalar de Doadores de Órgãos e Tecidos (CIDHOT).**

8. CONCLUSÃO

Os indicadores hospitalares são instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada.

A Organização Social de Saúde Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP Hospitalar se apresentou como excelente parceira na gestão do **Hospital Metropolitana Sul Dom Hélder Câmara no 3º Ano do Contrato de Gestão**, desenvolveu ações que demonstram zelo com o patrimônio público, primando pela qualidade dos serviços prestados calcado nos princípios da eficácia e eficiência que norteiam a administração pública.

Considerando que o princípio da eficiência pressupõe que a realização de determinada atividade aconteça com presteza e perfeição para que produza efetivos resultados na consecução das finalidades propostas e tendo em vista o desempenho da Unidade ao longo da execução contratual no ano, atestamos a eficiência dos serviços prestados, evidenciando, portanto, o interesse público da continuidade do contrato em tela, face dos resultados alcançados.

Pelo exposto acima, percebe-se que o Hospital ora analisado, conseguiu cumprir a totalidade das metas contratadas condicionadas ao repasse financeiro variável, e que não inviabilizaram a execução do **Contrato de Gestão Nº 006/2010**.

Na avaliação anual de 2013, Hospital **cumpriu as metas estabelecidas no contrato, exceto em Qualidade da Informação (Pesquisa de Satisfação do Usuário, referente ao mês de abril), sendo efetuado desconto financeiro no valor de R\$ 133.810,19 (cento e trinta e três mil oitocentos e dez reais e dezenove centavos)**

. Da análise concluímos que o contrato vem sendo executado, através de uma gestão eficaz oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS.

Nancy Nunes de Macedo Oliveira
Assessora – DGMMAS/SEAS/SES



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE