

RELATÓRIO DE GESTÃO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Fevereiro 2025

RELATÓRIO DE GESTÃO: Hospital Regional de Guarabira – fevereiro de 2025

Relatório de Gestão apresentado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba com fins de expor os resultados quantitativos e qualitativos alcançados no mês de fevereiro de 2025, comparando-os às metas propostas no plano de trabalho e firmadas em contrato.

GUARABIRA – PB
2025

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Internações na Clínica Médica Adulto verificado no período.....	18
Gráfico 2 – Número de Internações na Clínica Cirúrgica Adulto verificado no período.....	18
Gráfico 3 – Número de Internações na pediatria verificado no período.	18
Gráfico 4 – Total de Internações na UTI adulto verificado no período.	19
Gráfico 5 – Total de Internações na UCI verificado no período.	19
Gráfico 6 – Total de Internações na obstetrícia verificado no período.	19
Gráfico 7 – Total de Internações verificado no período.....	20
Gráfico 8 – Número de Partos Normais verificado no período.....	21
Gráfico 9 – Número de Partos Cirúrgicos verificado no período.....	21
Gráfico 10 – Total de Partos realizados verificado no período.	22
Gráfico 11 – Número de atendimentos ambulatoriais de Cirurgia Geral realizadas no período.	23
Gráfico 12 – Número de atendimentos de Cardiologia realizadas no período.....	23
Gráfico 13 – Número de atendimentos de Ortopedia realizados no período.....	23
Gráfico 14 – Número de atendimentos realizados no período.	24
Gráfico 15 – Quantidade de exames Laboratoriais realizadas no período.	245
Gráfico 16 – Quantidade de Raio-X realizadas no período.....	25
Gráfico 17 – Quantidade de Endoscopia realizadas no período.....	25
Gráfico 18 – Quantidade de Ultrassonografia realizadas no período.....	26
Gráfico 19 – Quantidade de mamografia realizadas no período.	26
Gráfico 20 – Quantidade de Eletrocardiograma realizadas no período.....	26
Gráfico 21 – Quantidade de Exames realizadas no período.....	27
Gráfico 22 – Número Procedimentos de Cirurgia Geral realizados no período.....	28
Gráfico 23 – Número de Procedimentos de Cirurgia Urológica realizados no período.....	28
Gráfico 24 – Número de Procedimentos de Ginecológica/Obstetrícia realizados no período.....	28
Gráfico 25 – Número de Outros procedimentos cirúrgicos realizados no período.	29
Gráfico 26 – Número de Procedimentos de cirurgias realizados no período.	29
Gráfico 27 – Total de internações, partos, consultas, exames, procedimentos e cirurgias realizados no período.....	30
Gráfico 28 – Relação Pessoal Leito observado no período.	32

Gráfico 29 – Indicador de Renovação/Giro de leitos (pacientes/leito) verificado no período.	33
Gráfico 30 – Taxa de Partos Cesáreos verificada no período.....	34
Gráfico 31 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar (em dias) verificado no período.....	35
Gráfico 32 – Taxa de Ocupação Operacional verificada no período.	36
Gráfico 33 – Taxa de Mortalidade Institucional verificada no período.	38
Gráfico 34 - Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva verificada no período.	39
Gráfico 35 – Densidade de incidência de IRAS verificada no período.....	40
Gráfico 36 – Escala Net Promoter Score© (NPS).....	41
Gráfico 37 – Taxa de mortalidade neonatal verificado no período.	42
Gráfico 38 – Taxa de mortalidade materna verificado no período.....	44
Gráfico 39 - Índice de Liquidez Corrente no período.	44
Gráfico 40– Índice de Despesas Administrativas no período.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados gerais do Hospital Regional de Guarabira, Guarabira – PB, Brasil, 2025 .	14
Quadro 2 – Ações de saúde, capacitação/treinamento, eventos, palestras, projetos destaques ou reuniões realizados pelo HRG no mês de fevereiro de 2025.....	16

LISTA DOS APÊNDICES

Apêndice 1 – Descritivo de Perdas e Avarias – Coordenação Central de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia Hospitalar	47
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAF	Central de Abastecimento de Farmácias
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DATASUS	Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde
HSGER	Hospital do Servidor General Edson Ramalho
NAE	Núcleo de Ações Estratégicas
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PBSAÚDE	Fundação Paraibana de Gestão em Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SES-PB	Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba
SIA/DATASUS	Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/DATASUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
URPA	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

TERMOS E DEFINIÇÕES¹

- **Alta Hospitalar:** Ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com o seu estado de saúde inalterado.
- **Capacidade Hospitalar Instalada:** É a capacidade dos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.
- **Capacidade Hospitalar Operacional:** É a capacidade dos leitos em utilização e dos leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.
- **Dia Hospitalar:** Período de 24h compreendidos entre dois censos hospitalares consecutivos.
- **Entrada:** É a entrada do paciente na unidade de internação, por internação, incluindo as transferências externas ou por transferência interna.
- **Internação Cirúrgica:**² Admissão de paciente para a realização de procedimento de natureza cirúrgica, seja ela eletiva, de urgência ou emergência. Quando o paciente necessita de uma cirurgia e esta é agendada, diz-se que ele se encontra no período perioperatório.³
- **Internação Clínica:** Admissão do paciente para a realização de procedimentos de natureza clínica.
- **Internação Hospitalar:** Paciente que é admitido para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou superior a 24 horas. Todos os casos de óbito ocorridos dentro do hospital são considerados internações hospitalares, independentemente do tempo de permanência do paciente na unidade. Obs.: Internação Hospitalar não é o mesmo que Dia Hospitalar.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento e Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar**. 2. Ed. Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

² PEDROLO, FT *et al.* The experience of care for the surgical patient: the nursing students' perceptions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 35, n. 1, pp. 35-40, 2001. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LW8hf4mHYQhK8ZHNGFTMyBh/abstract/?lang=en>. Access 2022 Nov. 22.

³ CHRISTÓFORO, BEB; CARVALHO, DS. Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 43, n. 1, pp. 14-22, 2009. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/?format=pdf&lang=en>. Access 2022 Nov 18.

- **Leitos Bloqueados:** É o leito que, habitualmente, é utilizado para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não pode ser utilizado por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).
- **Leitos Operacionais:** É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.
- **Leitos Transitórios:**⁴ Leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal). Acrescentam-se, aqui, os leitos da Hemodinâmica e os da Unidade de Decisão Clínica.
- **Paciente Adulto:** Todo paciente com idade igual ou acima de 18 anos.
- **Paciente/Dia:** Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um Dia Hospitalar.
- **Paciente Pediátrico:**⁵ Todo paciente com idade até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Incluem-se os neonatos, infantes, escolares, juvenis e adolescentes.
- **Período Perioperatório:**⁶ O momento em que se decide que a cirurgia – seja ela eletiva, de urgência ou de emergência – será realizada, até momento que precede o ato cirúrgico, quando o paciente é encaminhado ao centro cirúrgico.
- **Saídas Hospitalares:** É a soma do total de altas hospitalares, transferências externas, evasões hospitalares e óbitos.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar (ANS). **QUALISS:** Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Taxa de Ocupação Operacional Geral. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>. Acesso em: 18 Nov. 2022.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving early childhood development: WHO Guidelines. Genebra: WHO, 2020. Available from: <file:///D:/Desktop/9789240002098-eng.pdf>. Access 2022 Nov. 22.

⁶ CHRISTÓFORO, BEB; CARVALHO, DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 43, n. 1, pp. 14-22, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>. Acessado 18 Nov. 2022.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	CARACTERIZAÇÃO DO HRG	14
1.2	OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO	14
1.2.1	Capacidade Instalada e Operacional	15
2	AÇÕES DE DESTAQUE	16
3	GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	17
3.1	INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	17
3.2	NÚMERO DE PARTOS EM OBSTETRÍCIA	20
3.3	ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E DE EGRESSOS	22
3.4	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT).....	24
3.5	PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM CIRURGIAS NÃO-OBSTÉTRICAS	27
3.6	TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
4	INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO.....	31
4.1	RELAÇÃO PESSOAL/LEITO (RPL).....	31
4.2	RENOVAÇÃO OU ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (IR)	32
4.3	TAXA DE PARTO CESÁREO (TxPC).....	33
4.4	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (TMPH)	34
4.5	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOC).....	35
4.6	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TxMI).....	37
4.7	TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (TxSCE)	38
4.8	DENSIDADE DE INCIDÊNCIA EM INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)	39
4.9	ESCALA NET PROMOTER SCORE® (NPS).....	40
4.10	TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL	42
4.11	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA	43
5	CONCLUSÕES	47
	APÊNDICES	47

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PBSAÚDE) é uma instituição voltada para a gestão e produção de cuidados integrais de saúde, possuindo caráter estatal, com natureza jurídica de direito privado, sendo dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Foi criada nos termos do Decreto Estadual nº 40.096, de 28 de fevereiro de 2020, na forma autorizada pela Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020. A PBSAÚDE compõe de forma inalienável o Sistema Único de Saúde (SUS) paraibano e tem por missão gerenciar serviços de saúde e executar ações de prevenção, promoção e tratamento de doenças e agravos.

Suas atividades são resultantes de convênios ou contratos firmados com entes públicos ou privados a fim de garantir uma assistência de qualidade e segura. A PBSAÚDE tem por visão ser referência como modelo de gestão em serviços de saúde e por valores prezar pela ciência, inovação, ética, transparência, impessoalidade, integração, trabalho em equipe, eficiência, sustentabilidade, respeito à diversidade de gênero, etnia e sociocultural, além da inclusão social em sintonia com as políticas públicas. Preza por entregar resultados consistentes e manter o equilíbrio econômico-financeiro, essenciais para a sua perenidade e sustentabilidade organizacional, apresentando periodicamente seus resultados através de relatórios de gestão.

Por meio do contrato de gestão nº 0289/2024, celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), a Fundação tem o objetivo de executar as atividades de gestão e prestação de serviço de saúde, bem como realizar ações, programas e estratégias das políticas de saúde no Hospital Regional de Guarabira – HRG.

O presente relatório de gestão expõe os resultados quantitativos (resultados numéricos de metas e indicadores apresentados em tabelas e gráficos) e qualitativos (atividades desenvolvidas, atas e informações apresentadas em quadros) no período em questão. Além disso, o documento descreve o diagnóstico situacional, as ações executadas e os planos de ação para atender aos compromissos propostos no plano de trabalho, firmados em contrato.

Pretende-se com este instrumento atender aos seguintes objetivos:

- Apresentar o desempenho do HRG no mês de fevereiro de 2025 no contexto das metas estratégicas e indicadores firmados em plano de trabalho, e as análises do comportamento destas variáveis;
- Apresentar as ações em atenção em saúde e a análise de seus indicadores;
- Apresentar o relatório de gestão das ações administrativas e financeiras.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO HRG

O Hospital Regional de Guarabira Antônio Paulino Filho (HRG) foi fundado na década de 1950 pelo Governo Federal, através do Serviço Especial de Saúde Pública, mais conhecido como Fundação SESP. Com o tempo, a gestão do hospital foi transferida para o Governo Estadual.

O Hospital Regional de Guarabira está localizado no município de Guarabira- PB. Caracterizado como Hospital Geral que contempla atendimento de demanda regulada e espontânea, conforme perfil, na assistência à saúde de média e alta complexidade. Filiado à SES/PB, integra a Rede de Atenção às Urgências do Estado, com atendimento de Urgência, Emergência e Ambulatorial em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ortopedia, Obstetrícia e Traumatologia. Referenciado para 23 municípios paraibanos, além da cidade de Guarabira, localizados na 2ª região de saúde da Paraíba, contemplando 307.134 habitantes.

Os usuários são majoritariamente admitidos por meio de regulação interna para os casos de urgência e emergência através da Central Estadual de Regulação Hospitalar – CERH e para os eletivos, também pelo complexo regulador via SISREG ou e-mail, conforme o Plano Estadual de Regulação.

1.2 OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO

O Hospital Regional de Guarabira encontra-se inscrito e ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), conforme descrição a seguir:

Quadro 1 – Dados gerais do Hospital Regional de Guarabira, Guarabira – PB, Brasil, 2025

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
Localização: Rua Prefeito João Pimentel Filho nº 447, Centro
Município: Guarabira.
UF: Paraíba.
Categoria Do Hospital: Hospital Geral com atendimento ambulatorial de média complexidade e hospitalar em média e alta complexidade.
Tipo de atendimento: Urgência/Emergência, Eletivos e Ambulatorial.
Gestão: Estadual
Esfera Administrativa: Unidade gerenciada pela Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB Saúde).
Contrato de Gestão: nº 0289/2024
CNES: 2603802
CNPJ: 08.778.268/0003-69

1.2.1 Capacidade Instalada e Operacional

No mês de fevereiro o HRG contava com uma capacidade hospitalar instalada de 90 leitos (100%) e dispunha de 90 leitos operacionais, com capacidade hospitalar operacional de 100% (Tabela 1).

Tabela 1 – Capacidade Instalada e operacional do HRG.

SETOR	GESTÃO DE LEITOS – 2025				Capacidade Hospitalar Operacional
	Capacidade Hospitalar Instalada	Leitos Operacionais	Leitos Operacionais de Isolamento	Leitos Bloqueados	
Sala Vermelha	3	3	-	-	100,00%
Sala Amarela	9	6	3	-	100,00%
Especialidade Cirúrgica	10	10	-	-	100,00%
Enfermaria Clínica	22	20	2	-	100,00%
Enfermaria Pediátrica	6	6	-	-	100,00%
Alojamento Obstétrico	26	26	-	-	100,00%
Pré-Parto	3	3	-	-	100,00%
UCI Neonatal	5	5	-	-	100,00%
UTI Adulto	6	5	1	-	100,00%
Total	90	84	6		100,00%
		90			

Fonte: Núcleo de Ações Estratégicas da PBSAÚDE e Gestão de Leitos do HRG.

2 AÇÕES DE DESTAQUE

Foram realizadas e acompanhadas pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP), as seguintes ações no mês de fevereiro de 2025:

Quadro 2 – Ações de saúde, capacitação/treinamento, eventos, palestras, projetos destaques ou reuniões realizados pelo HRG no mês de fevereiro de 2025.

TÍTULO	TIPO DE MODALIDADE	MODALIDADE	PÚBLICO ALVO	CH	INSCRITOS	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES
Treinamento sobre Ventilação Mecânica	Palestra	Presencial	Equipe Multiprofissionais	04 horas	10	10
Capacitação para IDO (Indivíduo Ocupacional Exposto)	Palestra	Presencial	Equipe da Radiologia	04 horas	12	12
Humanização e Ética Profissional	Palestra	Presencial	Enfermeiros	04 horas	10	10
Treinamento Nutricional na UTI	Palestra	Presencial	Coordenadora da Nutrição	04 horas	04	04
Reunião a respeito da IHAC	Palestra	Presencial	Equipe de enfermagem	04 horas	40	40
Treinamento sobre Bomba de Infusão	Palestra	Presencial	Enfermeiros	04 horas	06	06
Treinamento Cirurgia Segura	Palestra	Presencial	Enfermeiros do Bloco Cirúrgico	04 horas	10	10

Fonte: Núcleo de Educação Permanente do HRG.

3 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Análise Crítica

Fato

Houveram 440 internações, totalizando 98,88 % da meta pactuada (gráfico 1-7).

Causas

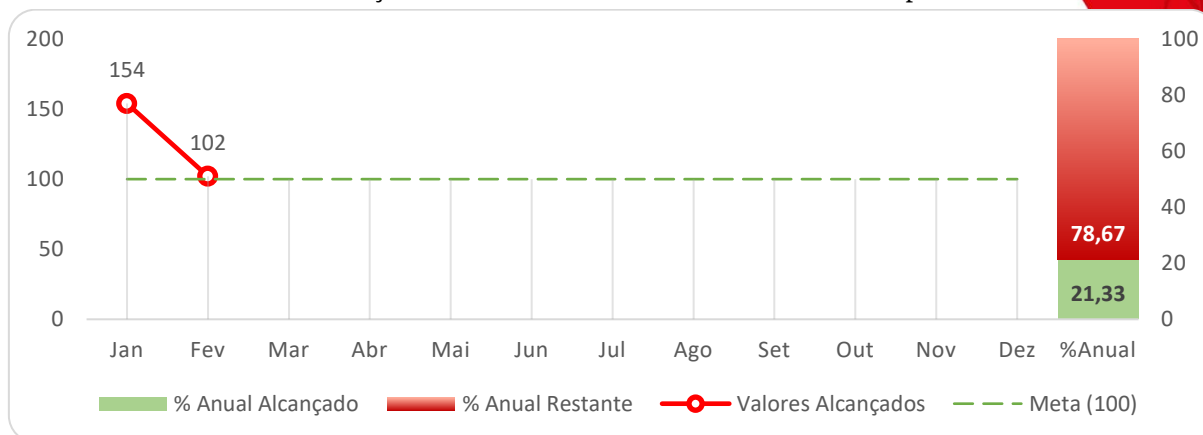
Três componentes não alcançaram a meta pactuada para o mês de fevereiro, sendo estes a Pediatria, UTI Adulto e Obstetrícia, percebemos a diminuição das internações quando comparado ao mês anterior. Com tudo, apesar de não termos atingido as metas pactuadas nesses três setores, na obstetrícia obtivemos um total de 200 admissões, valor superior ao mês anterior. A Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica e A UCIN atingiram as metas, em 102%,125% e 100% respectivamente. Totalizando 440 internações e 98,88% do componente global da internação. É importante ressaltar que dois (02) hospitais da rede das regiões vizinhas, reativaram seus atendimentos direcionados ao parto, sendo eles, na cidade de Belém que ampliou o quadro de obstetras, e na cidade de Bananeiras que iniciou com a realização de partos no mês de outubro, gerando impacto direto no nosso indicador.

Em contrapartida, ressaltar que o Hospital Regional de Guarabira se encontra em reforma de todo seu complexo, o que impacta diretamente na execução das ações e serviços prestados.

Ação

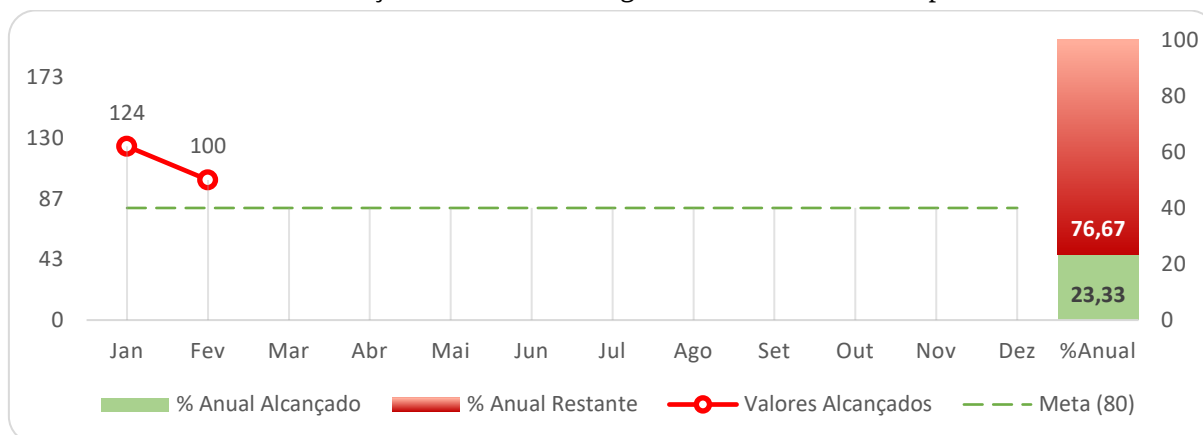
Manter o monitoramento das metas e continuar acompanhando a evolução dos resultados. Implementar ações que visem a melhoria da assistência e do cuidado, como: Continuação da visita horizontal, com foco no giro de leitos da UTI Adulto e Clínica Médica, acompanhada por dados para evidenciar a melhoria e auxiliar nas análises.

Gráfico 1 – Número de Internações na Clínica Médica Adulto verificado no período.



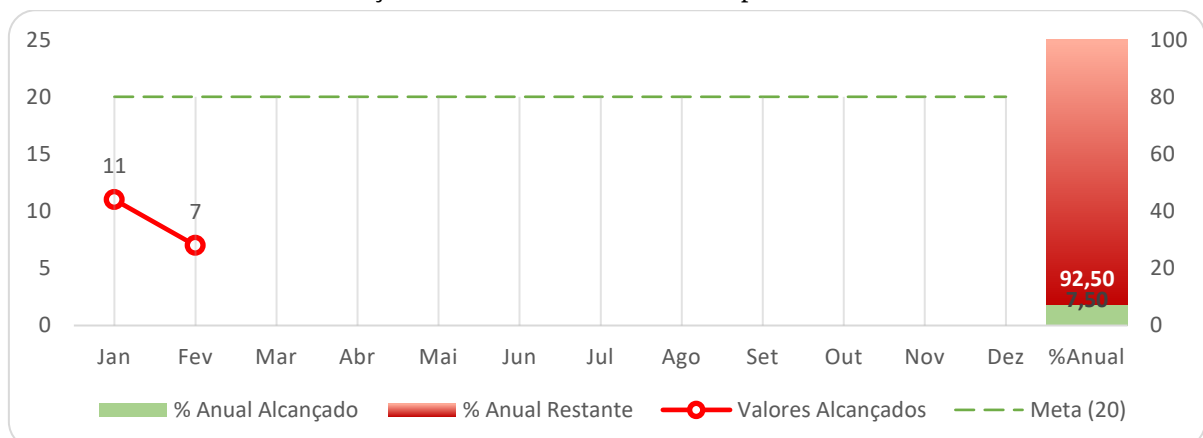
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 2 – Número de Internações na Clínica Cirúrgica Adulto verificado no período.



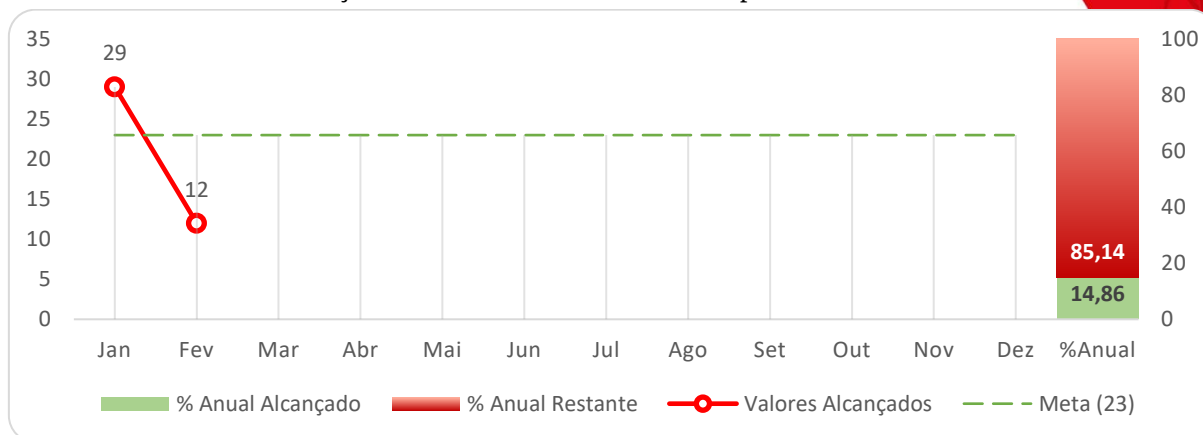
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 3 – Número de Internações na Pediatria verificado no período.



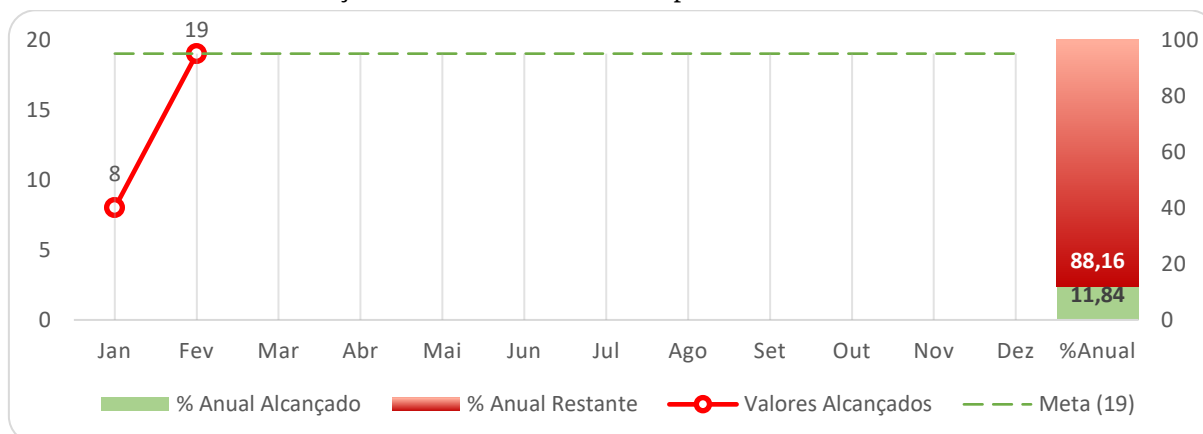
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 4 – Total de Internações na UTI Adulto verificado no período.



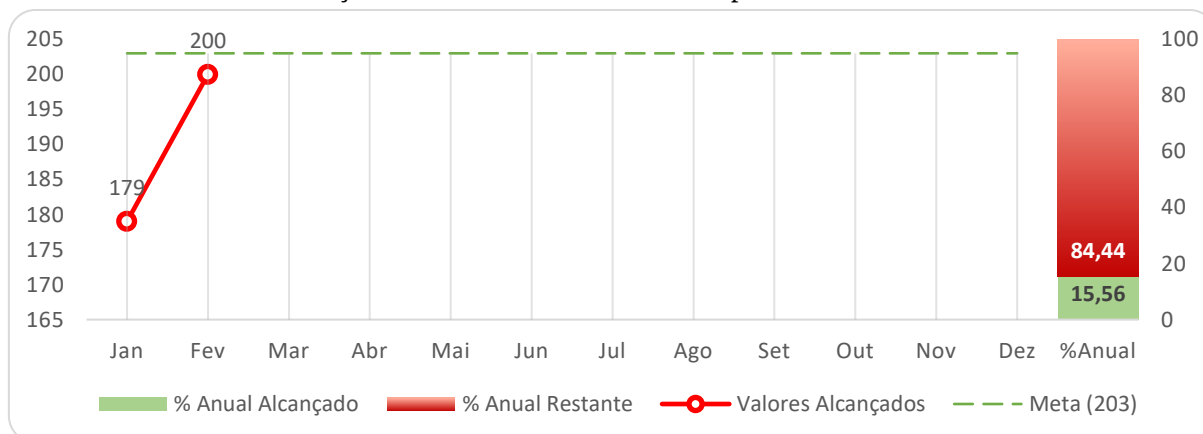
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 5 – Total de Internações na UCIN verificado no período.



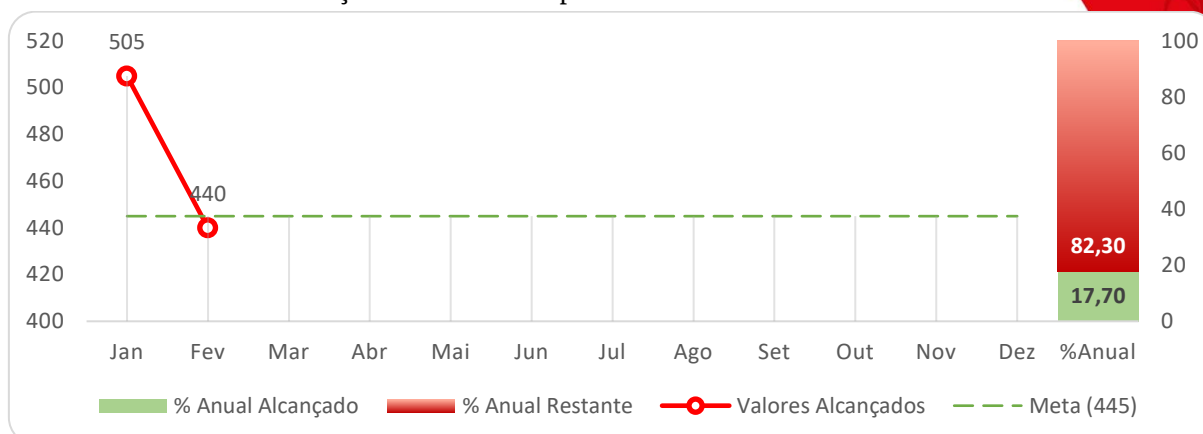
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 6 – Total de Internações na Obstetrícia verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 7 – Total de Internações verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias HRG.

3.2 NÚMERO DE PARTOS EM OBSTETRÍCIA

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 181 partos, atingindo 89,16% da meta pactuada (gráficos 8-10).

Causas

Foi realizado um total de 103 partos cirúrgicos, ficando 13,18% acima da meta pactuada. Em relação aos números, tivemos a meta de partos cirúrgicos alcançados e normais não alcançados. Esta redução se deu ao início de atendimentos obstétricos na rede de apoio, onde dois hospitais de suporte das regiões vizinhas reativaram seus atendimentos direcionados ao parto, sendo eles, na cidade de Belém que ampliou o quadro de obstetras e na cidade de Bananeiras que iniciou com a realização de partos no mês de outubro, gerando impacto direto no nosso indicador da obstetrícia e UCIN. Isso pode ter impactado diretamente nos indicadores dos partos normais, pelo fato que as pacientes estão sendo assistidas nas cidades domiciliares, levando à diminuição dos indicadores de partos normais, de forma que nós atingimos apenas a quantidade pactuada de partos cesáreos.

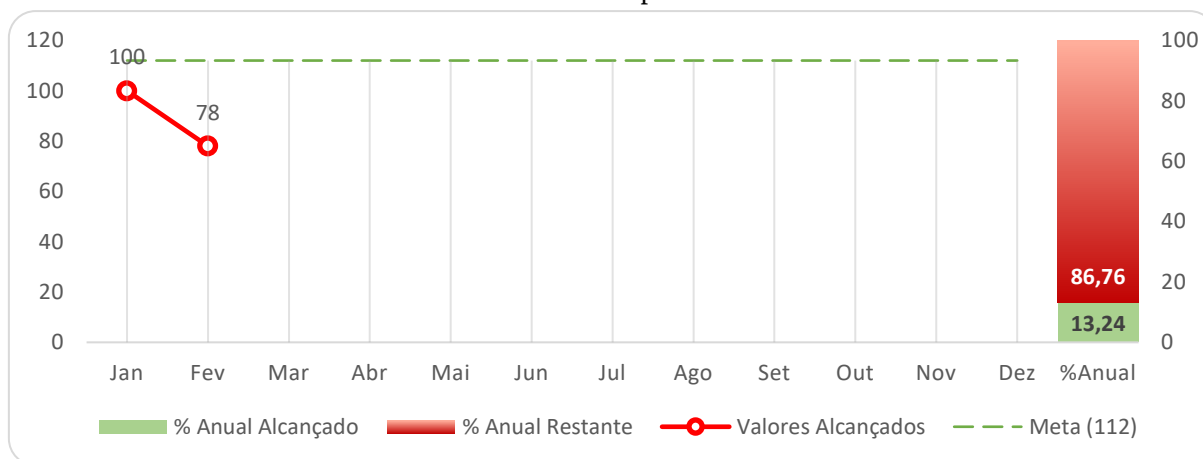
A mudança da via de parto (parto normal para cesáreo) foi das principais intercorrências para garantir o bem estar do binômio mãe e filho, pois ao ser identificado algum sinal que pode levar ao sofrimento fetal, a conduta muda e a parturiente é encaminhada com urgência para a

sala de cirurgia. Os protocolos de expectativa para o parto normal são seguidos, porém os casos que não evoluem são indicativos de parto cirúrgico.

Ação

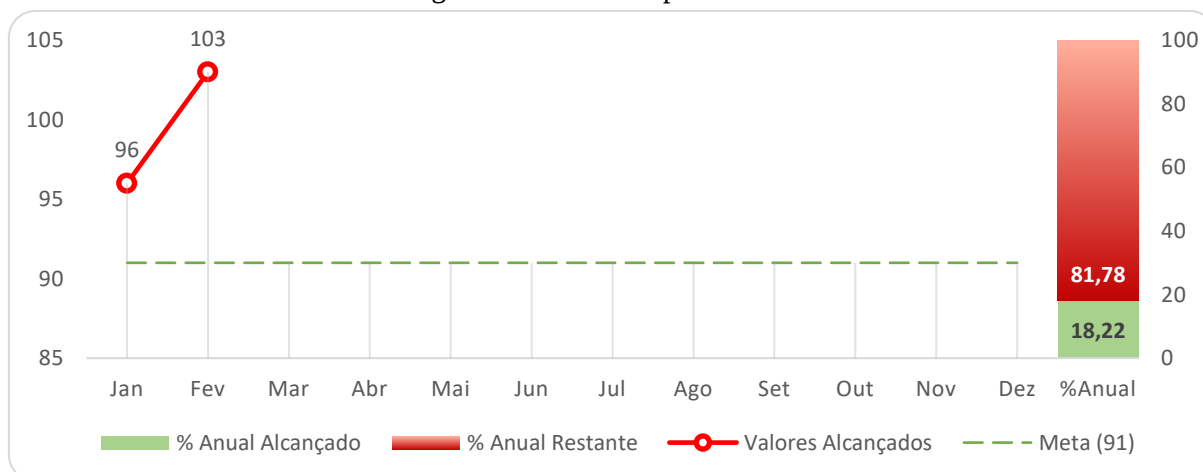
Observar a série histórica e buscar a melhora dos valores dentro da meta pactuada, buscando formas de atrair as gestantes da região.

Gráfico 8 – Número de Partos Normais verificado no período.



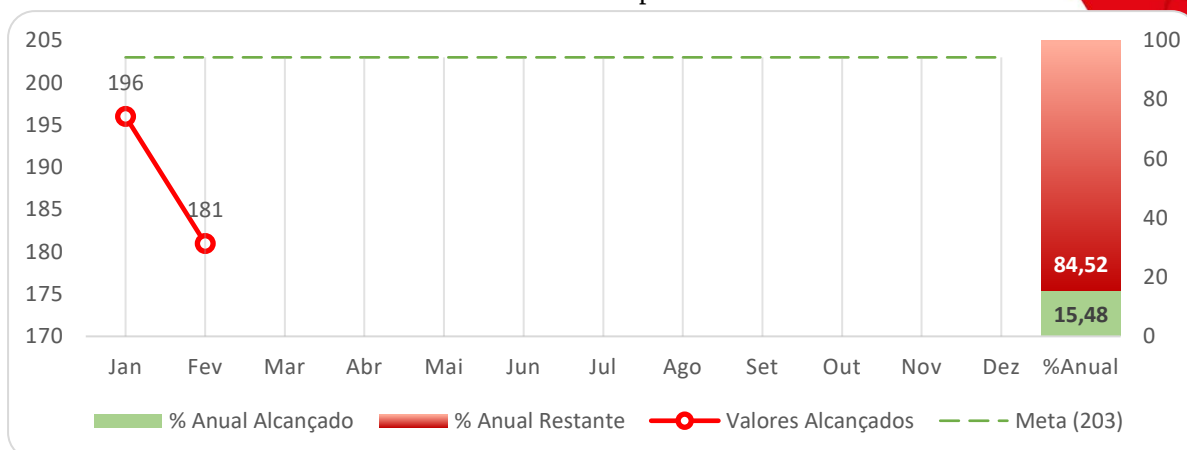
Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 9 – Número de Partos Cirúrgicos verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 10 – Total de Partos realizados verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias HRG.

3.3 ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 492 atendimentos, atingindo 70,8% acima da meta contratual, (gráficos 11-14).

Causas

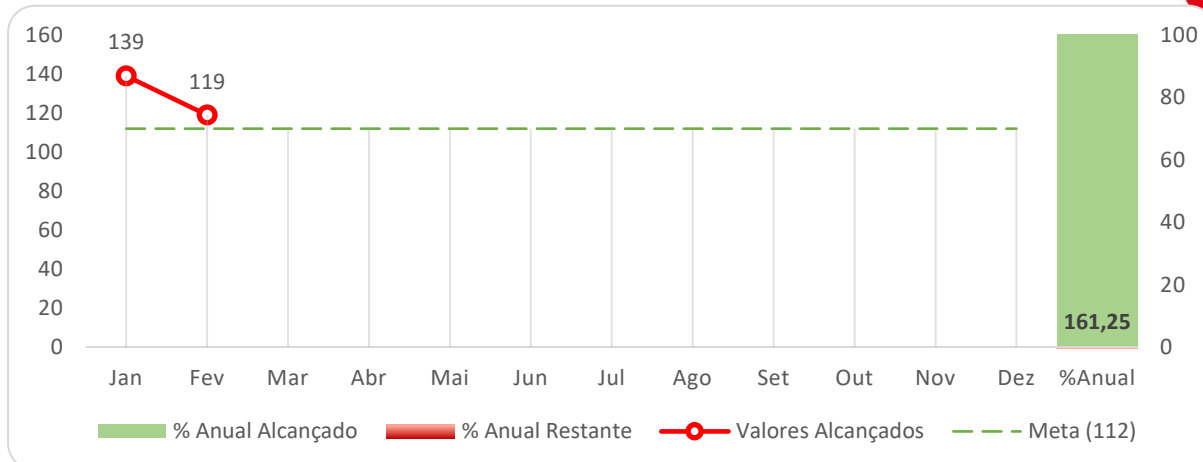
Podemos observar a execução de 492 atendimentos ambulatoriais, com destaque para a Ortopedia que ultrapassou a meta prevista em 206,8%. O ambulatório alcançou 270 consultas ortopédicas, ultrapassando a meta de 88 atendimentos. Esse número expressivo demonstra a importância do serviço, beneficiando muitas pessoas que receberam o cuidado necessário de forma ágil e eficaz. O atendimento em Cardiologia totalizou 103 consultas, com um aumento comparado ao mês anterior atingindo a meta estabelecida e a Cirurgia Geral com um total de 119, ultrapassando a meta pactuada em 6,25%. Podemos verificar que os resultados alcançados para este componente, apresentou melhora significativa referente aos meses anteriores.

Ação

Acompanhar a manutenção do fluxo ambulatorial e o cumprimento das metas pactuadas. Manter o monitoramento dos indicadores hospitalares, visando a melhoria das ações e serviços ofertados no Hospital Regional de Guarabira. Realizar avaliações periódicas para verificar o

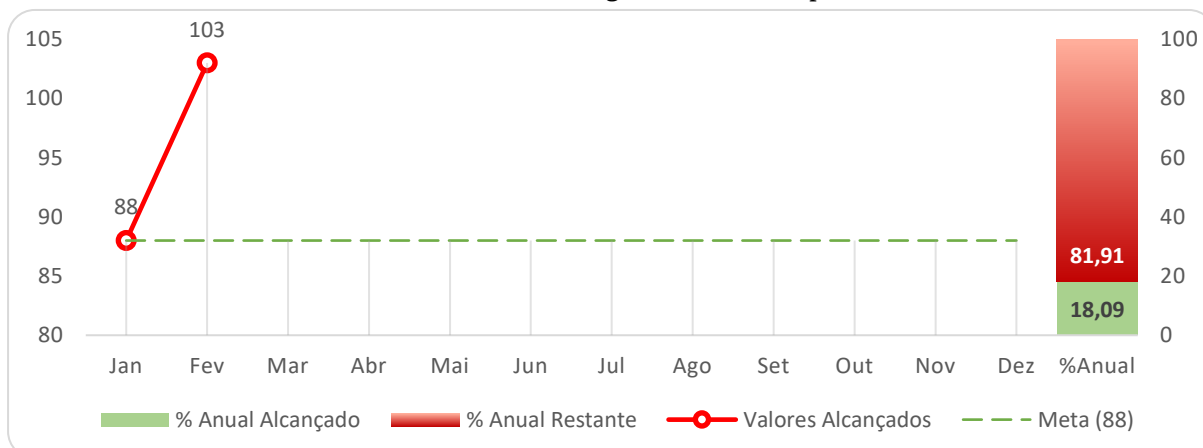
cumprimento das metas e ajustar as estratégias conforme necessário para enfrentar novos desafios ou aproveitar novas oportunidades.

Gráfico 11 – Número de atendimentos ambulatoriais de Cirurgia Geral realizadas no período.



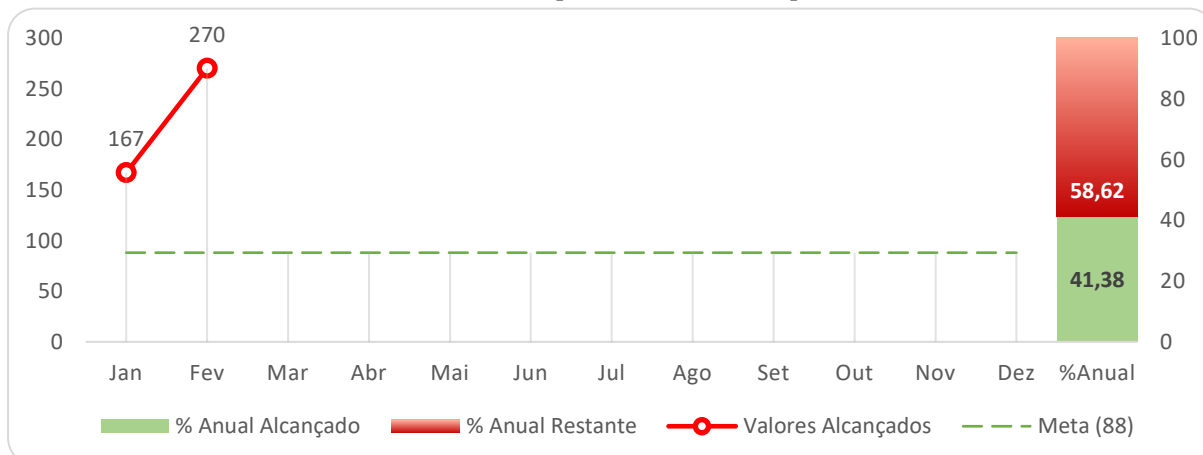
Fonte: Planilhas diárias – HRG.

Gráfico 12 – Número de atendimentos de Cardiologia realizadas no período.



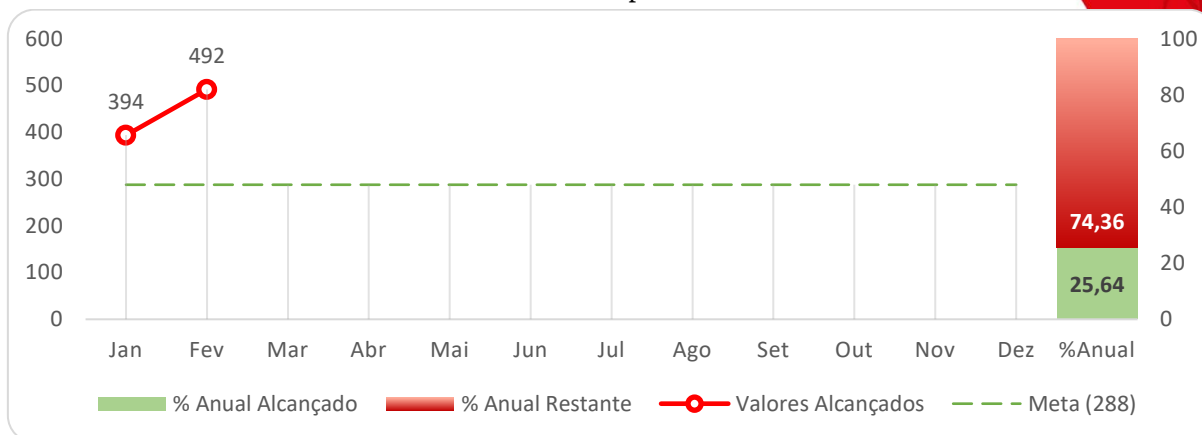
Fonte: Planilhas diárias – HRG.

Gráfico 13 – Número de atendimentos de Ortopedia realizados no período.



Fonte: Planilhas diárias – HRG.

Gráfico 14 – Número de atendimentos realizados no período.



Fonte: Planilhas diárias – HRG.

3.4 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 10.509 exames, ultrapassando 151,53% da meta pactuada. (gráficos 15-21).

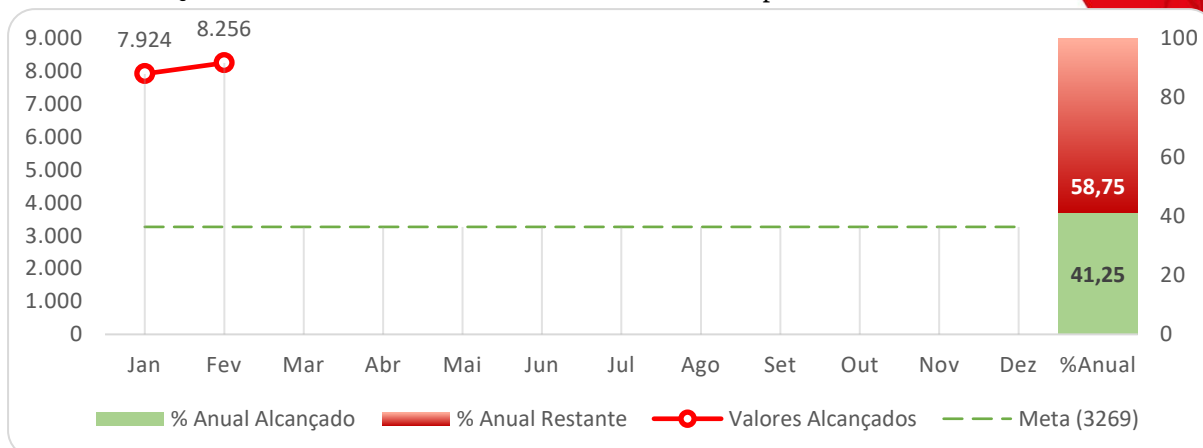
Causa

Obtivemos um percentual de apoio diagnóstico realizados acima da média pactuada para o mês, isso justifica-se pela demanda x oferta do serviço, como por exemplo o exame de Raio-X que atingiu 315,4% acima do pactuado para o mês de fevereiro, o setor de Endoscopia realizou 63 exames, ficando abaixo da meta de 66 procedimentos. Esse desempenho foi impactado devido a manutenção do equipamento broncoscopio, que foi para a manutenção dia 17/02, atingindo significativamente a meta estabelecida pela unidade hospitalar. Vale ressaltar que o aparelho chegou no dia 10/03 para do início as realizações das endoscopias.

Ação

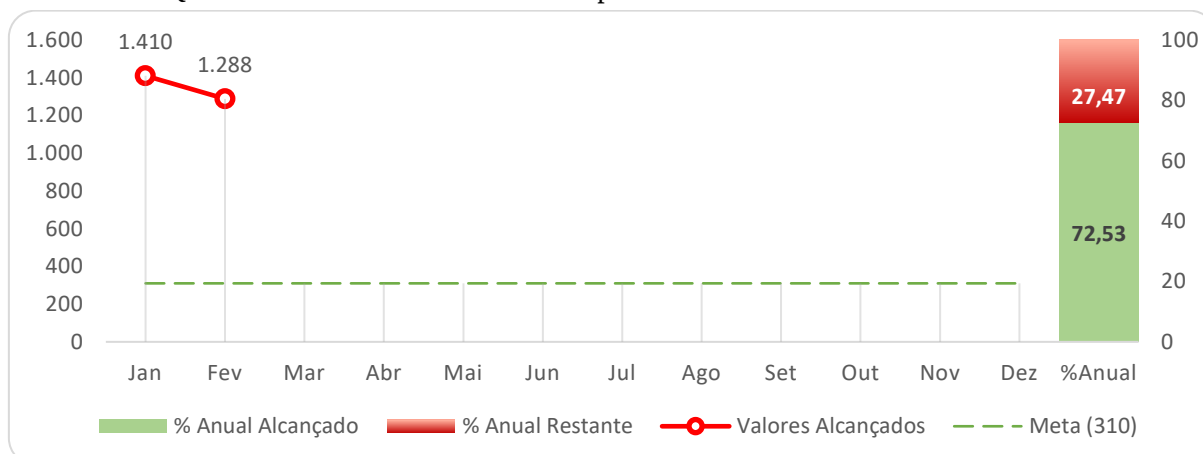
Manter o monitoramento constante das ações e serviços ofertados pela Unidade Hospitalar. Manter a estratégia de busca ativa e agendamentos e manter a gestão de máquinas e equipamentos a fim de assegurar o pleno funcionamentos destes, evitando desídia a população.

Gráfico 15 – Quantidade de exames Laboratoriais realizadas no período.



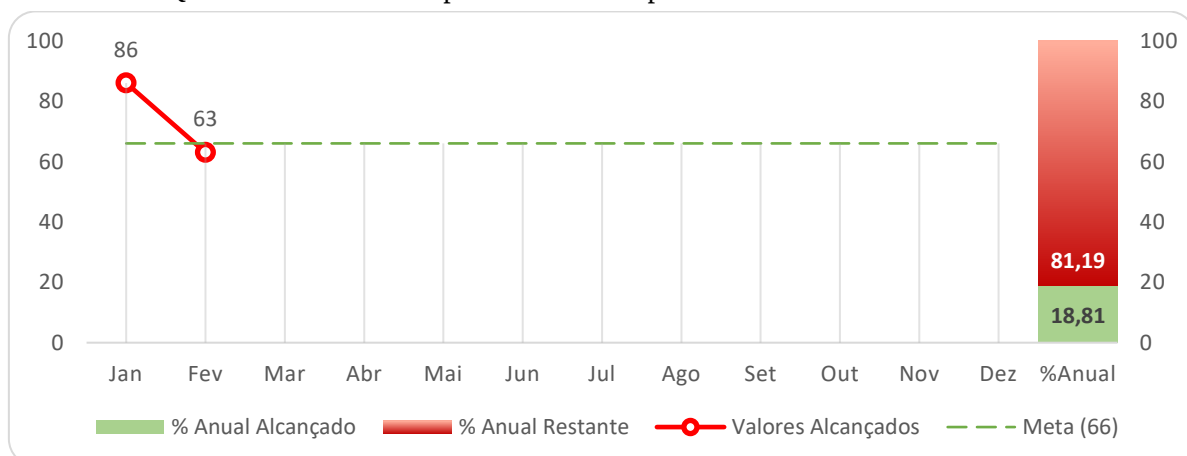
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 16 – Quantidade de Raio-X realizadas no período.



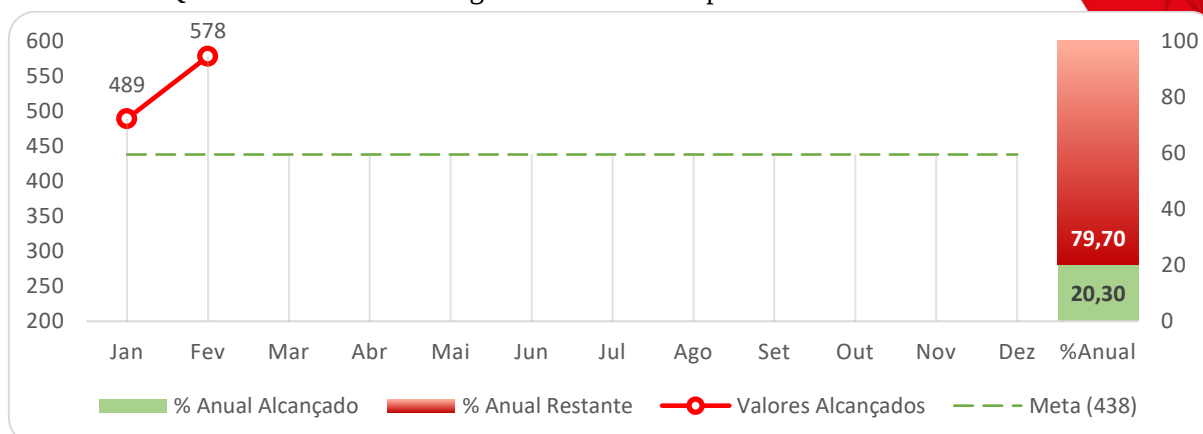
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 17 – Quantidade de Endoscopia realizadas no período.



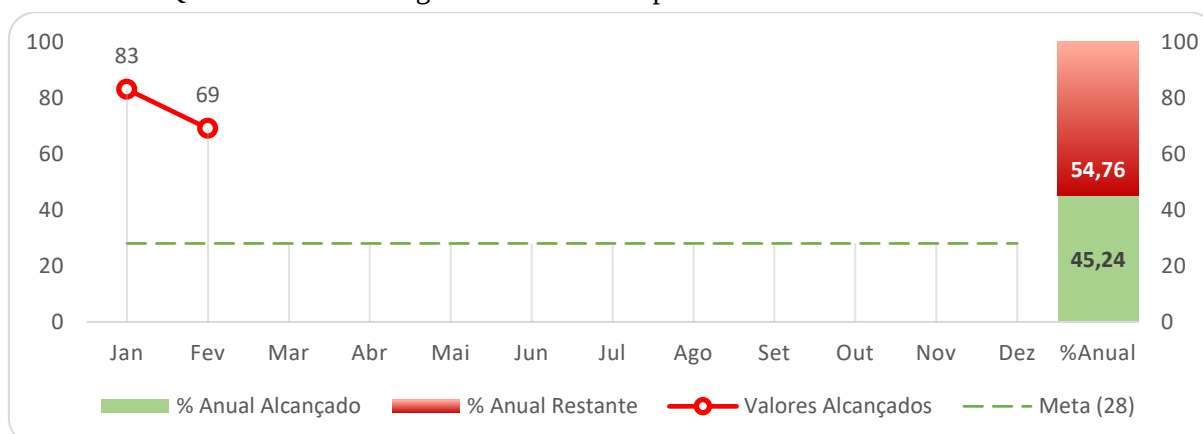
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 18 – Quantidade de Ultrassonografia realizadas no período.



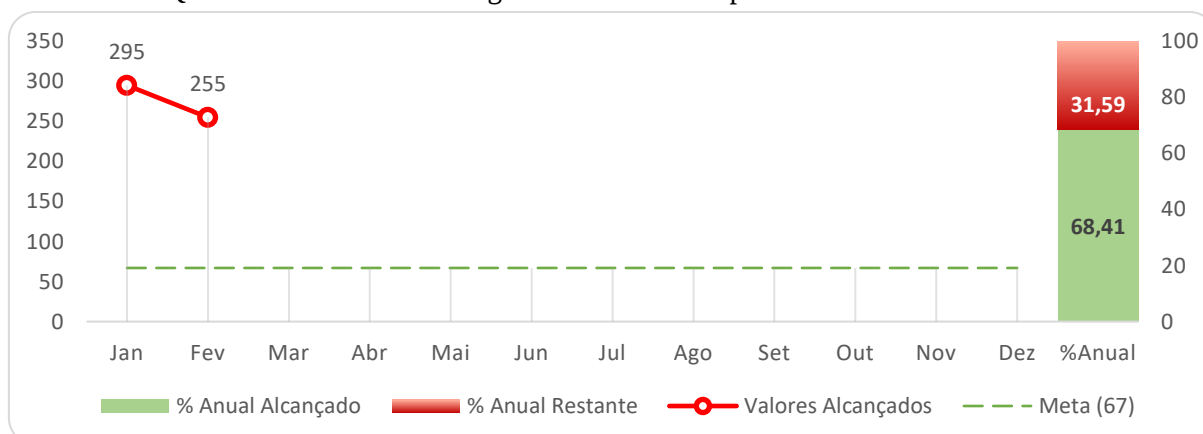
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 19 – Quantidade de mamografia realizadas no período.



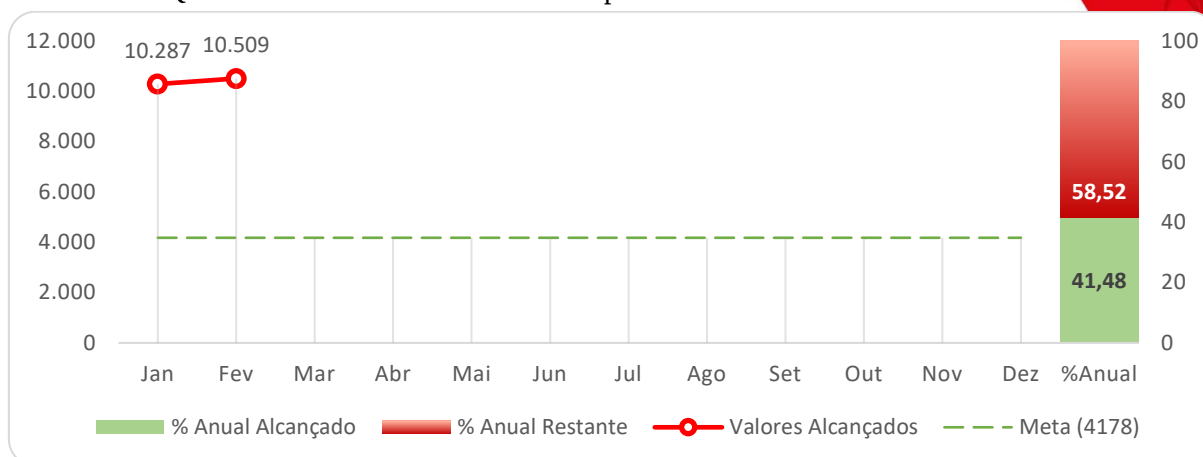
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 20 – Quantidade de Eletrocardiograma realizadas no período.



Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 21 – Quantidade de Exames realizadas no período.



Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

3.5 PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM CIRURGIAS

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 137 procedimentos assistenciais em cirurgias, contabilizando 8,7% a mais da meta contratual. (Gráficos 22-26).

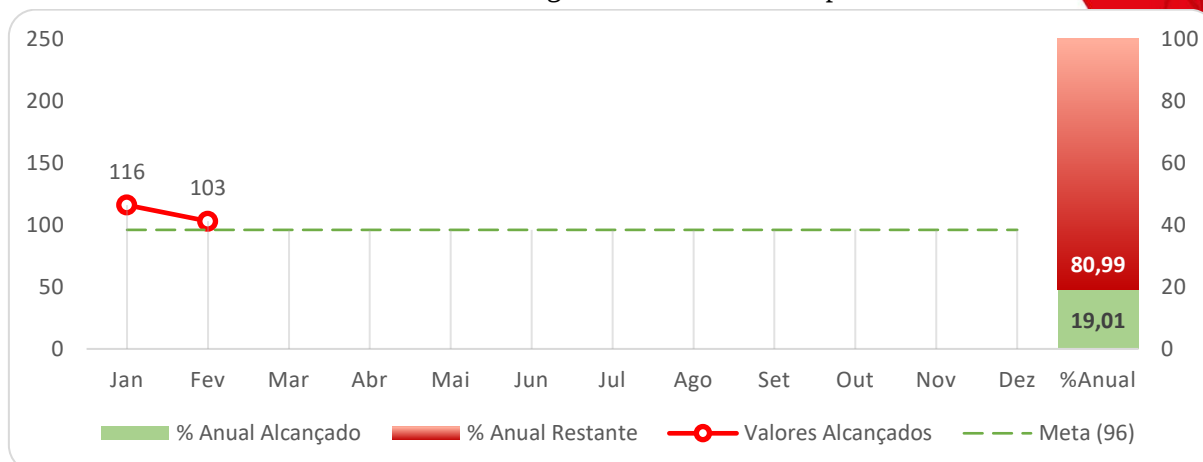
Causa

Obtivemos um quantitativo de 137 procedimentos realizados, destes apenas um (01) componente não obteve a meta pactuada, sendo ele -Outros Procedimentos Cirúrgicos. Todas as especialidades atingiram o quantitativo pactuado em contrato. Esses dados refletem um desempenho positivo e um comprometimento com as metas estabelecidas, evidenciando a eficiência e a dedicação da equipe envolvida.

Ação

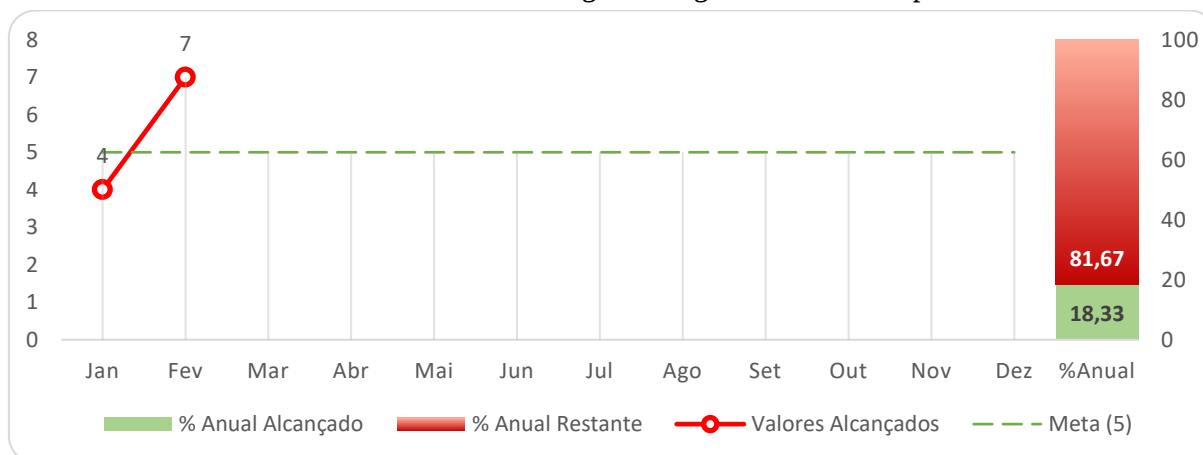
Continuar promovendo e incentivando as atuais estratégias a fim de atingir as metas mensais e a qualidade da assistência prestada aos nossos pacientes. Manter o monitoramento contínuo das metas e indicadores estratégicos.

Gráfico 22 – Número Procedimentos de Cirurgia Geral realizados no período.



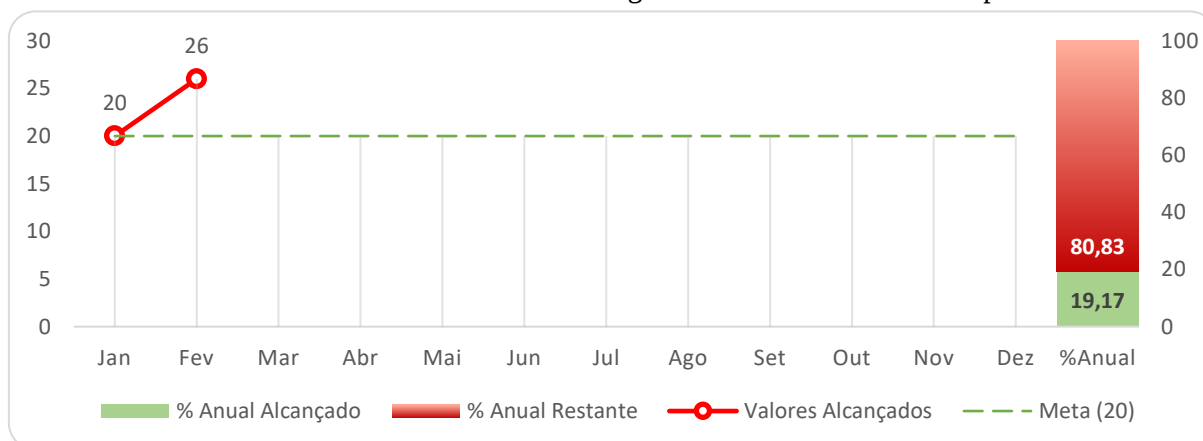
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 23 – Número de Procedimentos de Cirurgia Urológica realizados no período.



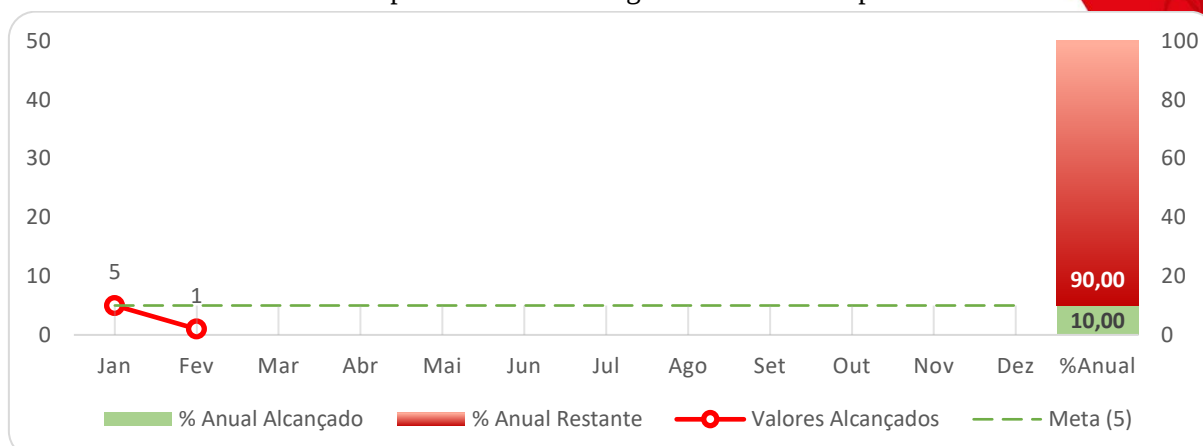
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 24 – Número de Procedimentos de Ginecológica/Obstetrícia realizados no período.



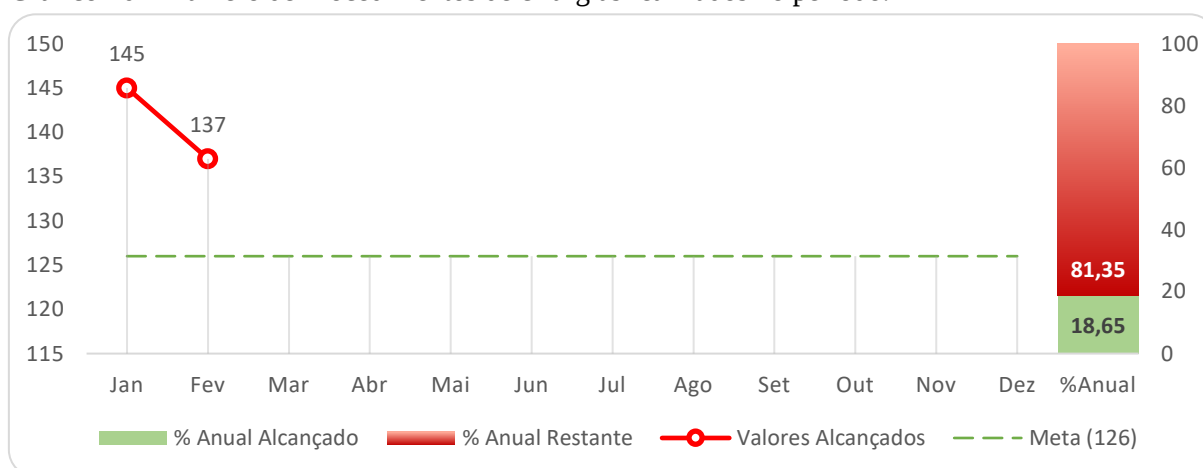
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 25 – Número de Outros procedimentos cirúrgicos realizados no período.



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 26 – Número de Procedimentos de cirurgias realizadas no período.



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

3.6 TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Análise Crítica

Fato

Ao total, contabilizaram-se 11.759 ações e serviços de saúde executados no mês de fevereiro. Superando a meta total contratualizada em 124% (gráfico 27).

Causa

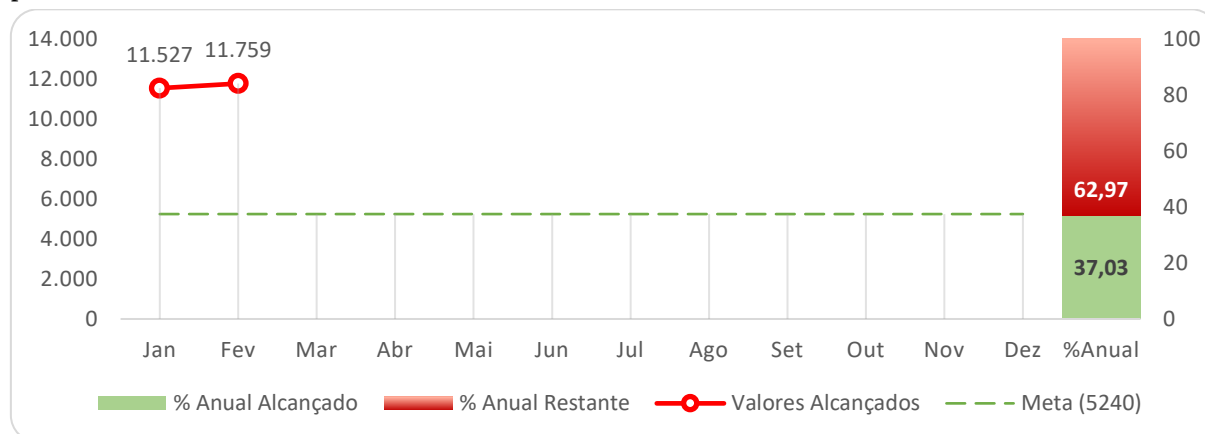
Os resultados gerais foram positivos, mesmo um componente não ter atingido a meta mensal. É importante observar que estamos em período de implementação de serviços pela

Fundação Paraibana de Gestão em Saúde, bem como em processo de reforma em todo o complexo hospitalar.

Ação

Avaliar e redefinir, quando necessário, os fluxos de trabalho, continuar acompanhando os resultados e atuar nas fragilidades encontradas de modo a incentivar os colaboradores e as melhorias na qualidade da assistência à saúde, com repercussão nas metas e indicadores estratégicos.

Gráfico 27 – Total de internações, partos, consultas, exames, procedimentos e cirurgias realizados no período.



Fonte: Planilhas Diárias – HRG.

4 INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO

4.1 RELAÇÃO PESSOAL/LEITO (RPL)

Mensura a quantidade de funcionários contratados por leitos operacionais. Essa métrica é especialmente importante para otimizar a gestão de recursos, garantir a qualidade do atendimento e atingir as metas de controle. Em face da falta de padronização quanto à fórmula de mensuração deste indicador, adotamos a recomendação a seguir. O ideal é o indicador estar sempre dentro do limite da meta:

$$RPL = \frac{\sum \text{de funcionários constantes na folha de pagamento do hospital no período}}{\text{Nº de leitos operacionais no período}}$$

Análise Crítica

Fato

O resultado do indicador no mês de fevereiro foi de 7,12, mantendo comparado ao mês anterior, não cumprindo a meta estabelecida que é $\leq 6,5$ por leito (gráfico 28).

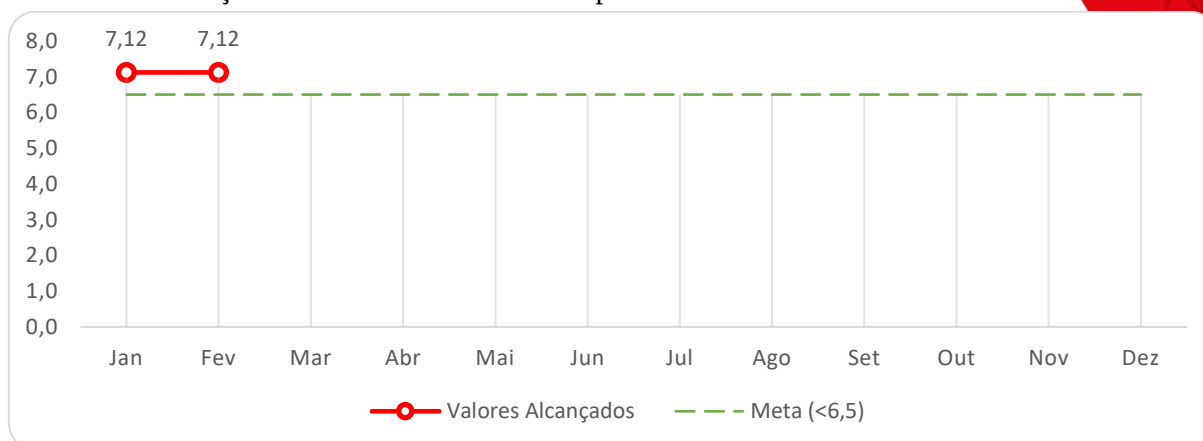
Causa

O Indicador Relação do Pessoal / Leito objetiva a análise adequada do dimensionamento para atender cada leito hospitalar, assegurando a melhor relação custo-efetividade por leito. Observa-se um valor acima do estimado ($\leq 6,5$) caracterizado por novas contratações no mês de novembro de colaboradores (93 funcionários) por empresas terceirizadas do serviço de nutrição e lavanderia (Nutrihouse e Elis), o que acarretou a ultrapassagem do quantitativo do indicador.

Ação

Continuar gerenciando os valores do indicador a fim de mantê-lo dentro dos limites almejados. Acompanhar junto com a área assistencial a métrica para o quantitativo de leitos, como também reiterar a solicitação do pedido de atualização cadastral, solicitando atualização mensal.

Gráfico 28 – Relação Pessoal Leito observado no período.



Fonte: RH do HRG – PBSAÚDE.

4.2 RENOVAÇÃO OU ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (IR)

Também chamado de giro de leitos, expressa quantos pacientes ocuparam um mesmo leito no período. Quanto maior o índice, melhor:

$$IR = \frac{\sum \text{saídas hospitalares no período}}{\text{Média de leitos operacionais no período}^*}$$

Análise Crítica

Fato

Observou-se um índice com um valor de 5,18 (gráfico 29).

Causa

Em fevereiro não conseguimos atingir o índice de giro de leitos, com um total de 399 saídas no período (Altas e Óbitos, Transferências externas). Os profissionais multidisciplinares e equipe médica estão realizando as visitas de maneira individual na Clínica Médica. Ocorrendo ao final das visitas reuniões com todos os profissionais na segunda, quarta e sexta. Com principal intuito de analisarem em conjunto as mudanças e pontuar a necessidade de cada paciente.

Ação

Manter o monitoramento dos indicadores estratégicos e de processo. Melhorar a comunicação interna da unidade no que tange a alta ou transferência do paciente, utilizando estratégias bem definidas para otimizar as saídas de pacientes da instituição e reduzir o tempo de ociosidade dos nossos leitos.

Gráfico 29– Indicador de Renovação/Giro de leitos (pacientes/leito) verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.3 TAXA DE PARTO CESÁRIO (TxPC)

Mensura o percentual de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados no período. Quanto menor, melhor:

$$TxPC = \frac{N^{\circ} \text{ de partos cesáreos}}{\text{Total de partos realizados no período}} \times 10^2$$

Análise Crítica

Fato

Foi verificada taxa de 56,91%, não atingindo a meta que é $\leq 46\%$ (gráfico 30).

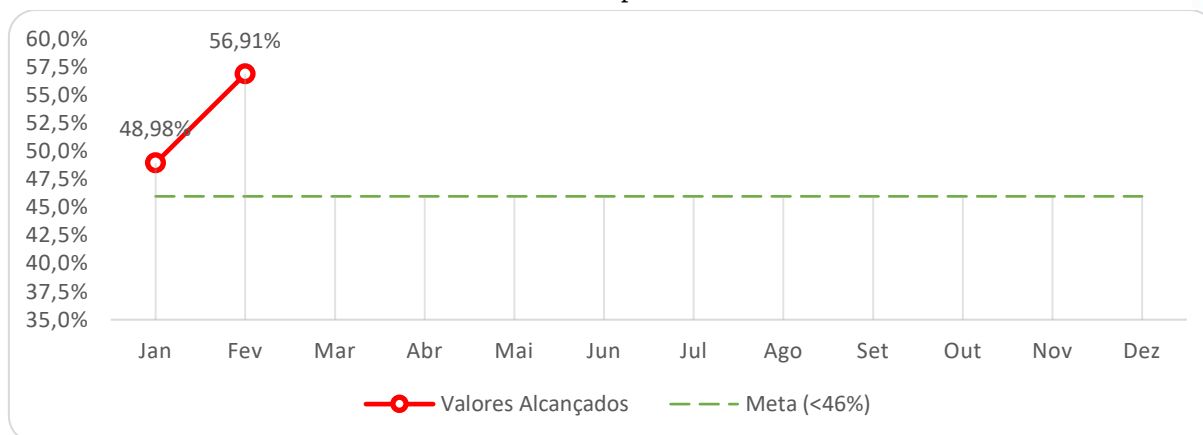
Causa

O indicador apresentou-se acima do pactuado, com um pequeno aumento em relação ao mês anterior. A maternidade do HRG funciona porta aberta para o município de Guarabira e cidades vizinhas. Com isso, o percentual de cesáreos pode aparecer fora da meta pactuada, apesar de estarmos em constante adequação para que as gestantes optem pelo procedimento natural.

Ação

Implementar, junto a coordenação do setor, medidas que possibilitem que o indicador esteja sempre dentro do pactuado, apesar das características inerentes ao serviço.

Gráfico 30 – Taxa de Partos Cesáreos verificada no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.4 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (TMPH)

Representa o tempo médio de permanência (em dias) que os pacientes ficam internados no hospital. Quanto menor, melhor:

$$TMPH = \frac{\sum \text{de pacientes/dia no período}}{\sum \text{das saídas internas das UTIs} + \sum \text{das saídas hospitalares no período}^*}$$

*De acordo com referência, “caso o hospital possua Unidades de Terapia Intensiva Especializadas, como UTI/Unidade Coronariana, UTI Neurológica/Neurointensiva, entre outras que atendem adultos [e pediátricos], os pacientes-dia e as saídas internas e hospitalares destas unidades deverão ser incluídas no cálculo do indicador”⁷⁻⁸.

Análise Crítica

Fato

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar (ANS). **QUALISS**: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Média de Permanência UTI Adulto. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-07.pdf>. Acesso em: 13 Jan. 2025.

⁸ _____. **QUALISS**: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Média de Permanência UTI Pediátrica. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-08.pdf>. Acesso em: 13 Jan. 2025.

O indicador apresentou o valor de 4,02 não atingindo a meta que é ≤ 4 dias firmados em contrato (gráfico 31).

Causa

O indicador obteve um resultado de 4,02, com média mensal para o mês de fevereiro de 3,95 dias de permanência, o índice refletiu uma diminuição no giro de leitos referente ao mês anterior. O HRG por ser uma unidade porta aberta e que garante a continuidade do cuidado, onde abrange mais 23 municípios na região, realiza admissões desde vagas reguladas até demanda espontânea.

Ação

Dar continuidade a busca e correção de fatores que estejam prolongando o tempo de permanência dos pacientes na unidade. Continuar buscando, junto a regulação estadual, a transferência dos pacientes de cuidados prolongados para os hospitais de referência do município. Observar o perfil dos pacientes que estão internos no serviço e identificar os que estejam fora do perfil assistencial do hospital, que podem ocasionar um tempo de permanência mais prolongado.

Gráfico 31 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar (em dias) verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.5 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOc)

Avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais no hospital como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional no hospital. O ideal é manter entre 85% e 90%:

$$TxOc = \frac{\sum \text{de pacientes/dia no período}}{\sum \text{de leitos operacionais no período}} \times 10^2$$

*Brasil (2002) informa que o cálculo da TxOc deve levar em conta os leitos instalados. Todavia, referências^{9,10} orientam que este indicador considere os leitos operacionais (pois se no denominador forem utilizados os leitos instalados, as taxas de ocupação serão subestimadas) e exclua o total de leitos transitórios.

Análise Crítica

Fato

Foi verificada taxa de 74,06%, atingindo a meta que é $\geq 70\%$. (gráfico 32).

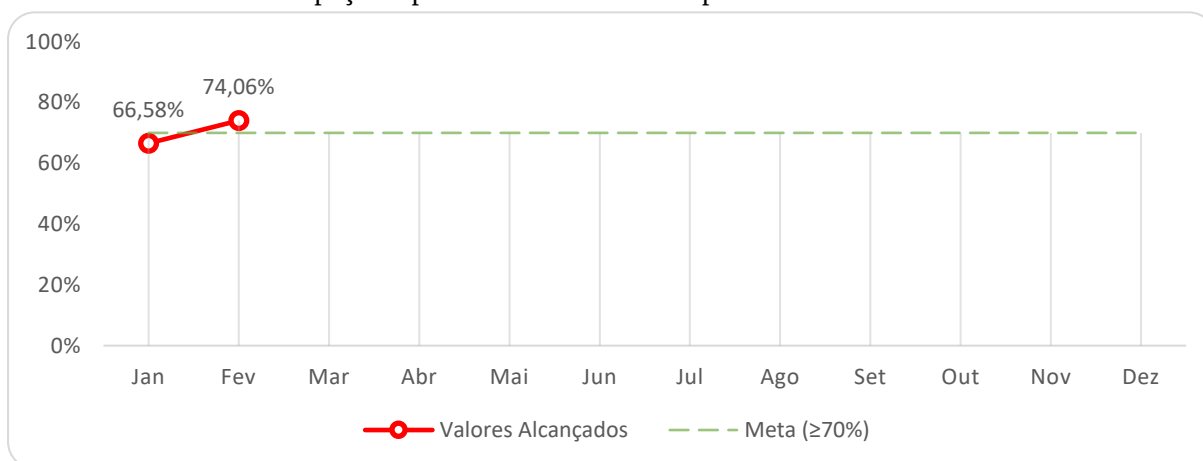
Causa

A taxa de ocupação hospitalar do mês de fevereiro ficou 4% acima da meta contratual. Este resultado foi reflexo de um aumento na taxa de ocupação na enfermaria da obstetrícia e UCIN, apresentando uma melhora comparado ao mês anterior.

Ação

Continuar acompanhando a evolução do indicador, bem como planejar ações junto à gestão a fim de alcançar resultados positivos em todas as unidades de internação.

Gráfico 32 – Taxa de Ocupação Operacional verificada no período.



Fonte: Planilha de Consolidado-SES e planilhas diárias do HRG.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar (ANS). **QUALISS**: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Taxa de Ocupação Operacional Geral. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>. Acesso em: 18 Nov. 2022.

¹⁰ CQH. **3º Caderno de Indicadores CQH**. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 1ª ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

4.6. TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TxMI)

Acompanha os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação. Quanto menor o valor, melhor:

$$TMI = \frac{\sum \text{de óbitos ocorridos após 24h de internação no período}}{\sum \text{de saídas hospitalares no período}} \times 10^2$$

Análise Crítica

Fato

Verificou-se taxa de 8,52%, não atingido a meta pactuada que é $\leq 4\%$ (gráfico 33).

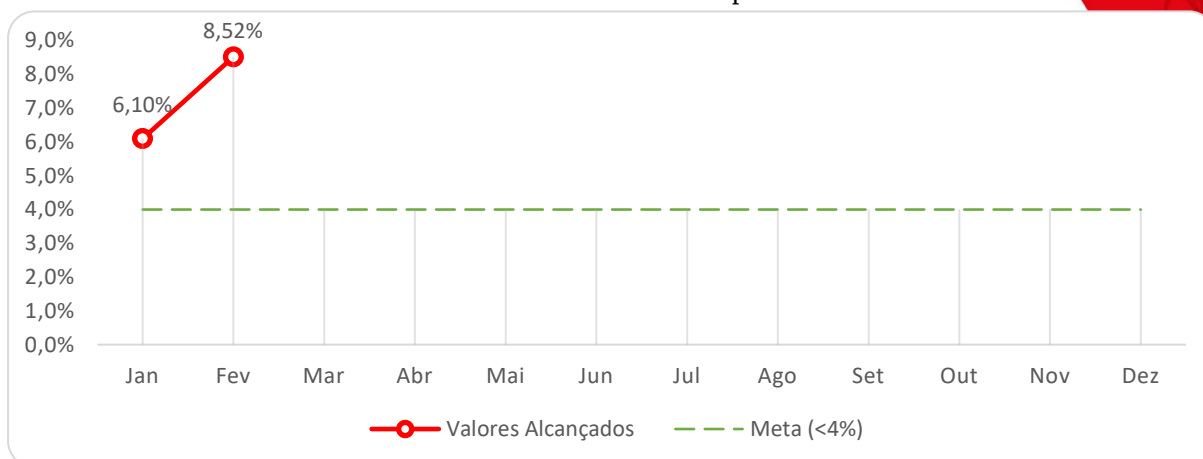
Causa

Dentre os óbitos ocorridos no referido mês, observa-se uma média maior na faixa etária de 70 à 89 anos. Em análise realizada pela comissão de óbitos, observa-se um índice alto de pacientes que chegam ao serviço em estado grave, apresentando sinais de infecção, principalmente oriundos dos municípios vizinhos. Pode-se ressaltar que a mortalidade é um indicador suscetível a certas características individuais, como idade do paciente e condição clínica. Além disso, a medida de mortalidade institucional não necessariamente reflete problemas na qualidade da assistência hospitalar, pois ela depende da complexidade dos serviços disponibilizados pela instituição e da complexidade dos pacientes atendidos.

Ação

Fazer uma análise junto as coordenações da UTI e Urgência sobre dos fatores que contribuem para a elevação da taxa de mortalidade institucional, manter o monitoramento do indicador, realizar análise de 100% dos óbitos acima de 24h, discutir os dados nas reuniões mensais da comissão de óbitos, com o intuito de identificar as oportunidades de melhoria e realizar plano de ação para corrigir as inconformidades apresentadas.

Gráfico 33 – Taxa de Mortalidade Institucional verificada no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.7 TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (TxSCE)

Acompanha as cirurgias eletivas suspensas por motivos que não dependeram do paciente. Quanto menor, melhor:

$$TxSCE = \frac{\sum \text{de cirurgias eletivas suspensas p/ motivos que não dependem do paciente}}{\sum \text{de cirurgias eletivas agendadas no período}} \times 10^2$$

Análise Crítica

Fato

Foi verificada taxa de 0,00%, mantendo a meta pactuada. (gráfico 34).

Causa

Não houve suspensões cirúrgicas no período.

Ação

Continuar observando os motivos que levaram as suspensões e corrigir. Manter o monitoramento dos indicadores e adoção de medidas estratégicas para manter o a redução deste indicador.

Gráfico 34 - Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva verificada no período.



Fonte: Planilhas diárias do Centro Cirúrgico do HRG.

4.8 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA EM INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS)¹¹

Verifica a densidade de incidência em infecção relacionadas à assistência à saúde na instituição. O resultado informa o risco de contrair IRAS por 1.000 pacientes-dia. Quanto menor, melhor:

$$IRAS = \frac{\sum \text{dos casos de IRAS}}{\sum \text{dos pacientes com dispositivos/dia}} \times 10^3$$

Análise Crítica

Fato

Registrou-se densidade de 3,75/1.000 pacientes-dia (gráfico 38).

Causa

Foi evidenciado um total de 06 infecções relacionada à assistência à saúde – IRAS, sendo distribuído em 03 ISC no Centro Obstétrico, 03 PAV na UTI, totalizando 06 infecções relacionada à assistência à saúde no mês de fevereiro. No mês de outubro foi iniciado as coletas de culturas dos pacientes que apresentassem critérios de investigação para a coleta. No setor da UTI como rotina de admissão e nos setores da Clínica Médica, e Urgência solicitados para

¹¹ **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IRAS.** 2017. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/12/2020_1_Ebook_M2_IRAS.pdf. Acesso em: 11 junho. 2024.

pacientes internos. Diante dos dados coletados das culturas, está sendo traçado o perfil microbiológico do HRG. Com isso, foi implementada uma estratégia de auditoria sistemática para avaliar a adesão dos profissionais à higienização das mãos na UTI. Essa auditoria tem como objetivo identificar padrões de conformidade, apontar oportunidades de melhoria e embasar ações educativas e corretivas.

Ação

Realizar busca ativa de culturas positivas para identificação das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) nos setores críticos, auditorias, notificação de infecções relacionadas à assistência à saúde, elaboração de protocolos e execução de treinamentos para aperfeiçoar o conhecimento e ações dos profissionais da unidade.

Gráfico 35 – Densidade de incidência de IRAS verificada no período.



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HRG.

4.9 ESCALA NET PROMOTER SCORE® (NPS)¹²

Verifica o nível de satisfação dos consumidores em relação aos serviços prestados pela empresa. Os consumidores podem ser detratores (nota de 0 a 6 – quando estão descontentes com serviço ou atendimento), neutros (nota de 7 a 8 – quando a relação com a instituição é regular, mas há pontos a melhorar) e promotores (nota de 9 a 10 – revelando altas chances de recomendar a instituição). O cálculo do NPS® é:

¹² REICHHELD FF. The one number you need to grow. **Harv Bus Rev**, Boston, v. 81, n. 12, p. 46-54, Dec 2003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14712543/>. Cited 2023 Feb. 13.

$$NPS^{\circ} = \frac{\sum de promotores - \sum de detratores}{\sum respondentes} \times 10^2$$

O serviço prestado é classificado em: Zona de excelência (pontuação entre 75,00% e 100%), zona de qualidade (pontuação entre 50% e 74%), zona de aperfeiçoamento (pontuação entre 0 e 49%) e zona crítica (pontuação negativa).

Análise Crítica

Fato

No mês de fevereiro, registrou-se índice de 66,67% de satisfação do usuário, sendo classificado como Zona de Excelência (Gráfico 39).

Causa

Durante o mês de fevereiro foram realizadas 201 pesquisas de satisfação. O índice após ser designado um profissional apenas para as pesquisas de satisfação, com um aumento referente ao mês anterior, onde orienta os usuários sobre a importância da avaliação.

Ação

Manter o monitoramento dos indicadores. Orientar a Ouvidoria sobre como abordar aos usuários nas entrevistas de satisfação a serem realizadas, sem realizar influência direta ou indireta, onde o intuito será sempre manter a qualidade e a eficiência do serviço ofertado.

Gráfico 36 – Escala Net Promoter Score© (NPS).



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HRG.

4.10 TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL

É a estimativa do risco de morte a que está exposta uma população de nascidos vivos em determinada área e período. Tendo como principal objetivo acompanhar a taxa de óbitos ocorridos em pacientes recém nascidos entre 0 a 27 dias de vida. Quanto menor, melhor:

$$TMN = \frac{\sum \text{do total de óbitos de recém nascidos até 27 dias de vida completos}}{\sum \text{de nascidos vivos no período}}$$

Análise Crítica

Fato

Foi verificada taxa de 0,00, se mantendo dentro da meta pactuada (gráfico 40).

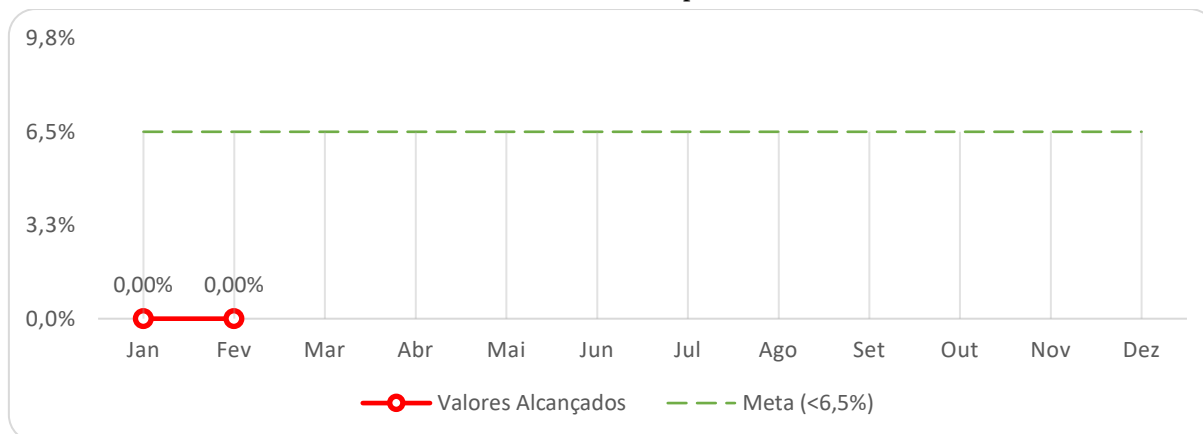
Causa

O indicador apresentou-se dentro do pactuado, com uma taxa de 0,00. Ressalta-se que taxas elevadas estão geralmente associadas a condições insatisfatórias de assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Ação

Manter o monitoramento do indicador tendo em vista que a Unidade em tela se encontra em fase de transição e em implementação dos serviços.

Gráfico 37 – Taxa de mortalidade neonatal verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.11 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

É utilizado para conhecer o nível de morte materna, permitindo estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão, em relação ao número de nascidos vivos. Tendo como principal objetivo acompanhar o percentual de óbitos ocorridos em gestantes admitidas na unidade hospitalar. Quanto menor, melhor:

$$TMM = \frac{\sum \text{de óbitos femininos por causas ligadas a gravidez, ao parto ou ao puerpério no período}}{\sum \text{de nascidos vivos no período}} \times 10^5$$

Análise Crítica

Fato

Em fevereiro houve um óbito materno. (gráfico 41).

Causa

Uma paciente considerada idade fértil, foi admitida com uma gestação ectópica e quadro de choque hipovolêmico, onde evoluiu para o óbito.

Ação

Garantir que todas as equipes estejam adequadamente treinadas e preparadas para situações críticas, com ênfase em emergências obstétricas e reanimação neonatal. Melhorar a comunicação entre as unidades de saúde e otimizar o processo de regulação para garantir que pacientes em situações críticas sejam transferidos adequadamente. Disponibilizar apoio psicológico para os familiares da paciente, proporcionando um espaço para o luto e compreensão do ocorrido. Implementar ações que visam a redução deste indicador e a melhoria do cuidado prestado.

Gráfico 38 – Taxa de mortalidade materna verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

4.12 ÍNDICE DE LIQUIDEZ CORRENTE (ILC)

Relaciona os valores previstos para entrar e sair do caixa empresarial no curto prazo. Mede, portanto, a capacidade de uma empresa de quitar suas dívidas em curto prazo. Quanto maior, melhor:

$$ILC = \frac{\sum \text{do total do ativo circulante}}{\sum \text{do total do passivo circulante}}$$

Análise Crítica

Fato

Os valores mantiveram-se dentro da meta estabelecida.

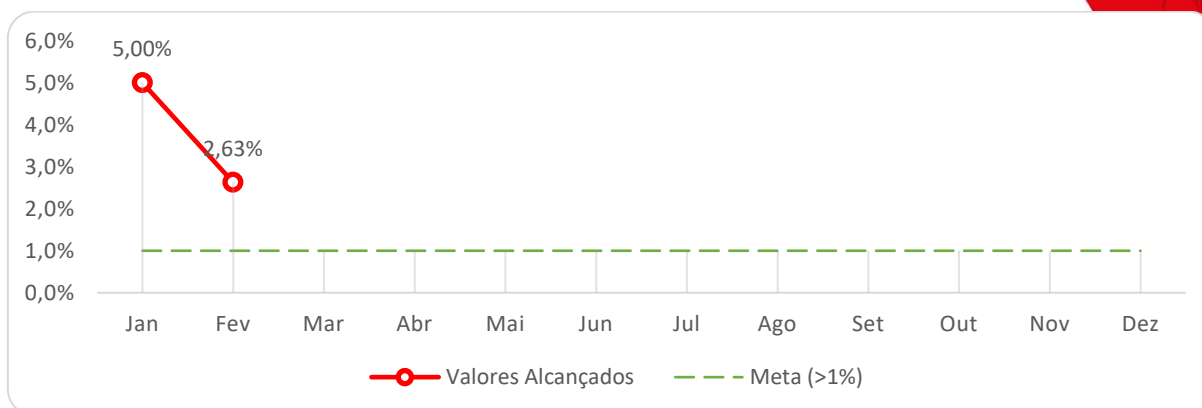
Causa

Gestão responsável dos recursos e rígido controle orçamentário a Gerência Executiva de Finanças e Contabilidade - GEFC da PBSAÚDE comunicou que os dados apresentados são preliminares, podendo sofrer reajustes.

Ação

Continuar com o gerenciamento eficaz e acompanhamento dos resultados dos dados estratégicos.

Gráfico 39 – Índice de Liquidez Corrente no período



Fonte: Gerência Executiva Financeira

4.13 ÍNDICE DE DESPESAS ADMINISTRATIVAS (IDA)

Despesas administrativas são os gastos gerais de uma empresa que não estão ligados diretamente à produção. São exemplos destes gastos: conta telefônica, recepção, limpeza e departamento jurídico. Quanto menor, melhor:

$$IDA = \frac{\sum \text{das despesas administrativas no exercício}}{\sum \text{da receita operacional bruta no período}} \times 10^2$$

Análise Crítica

Fato

A taxa apresentou acima da meta estabelecida (menor igual a 10%).

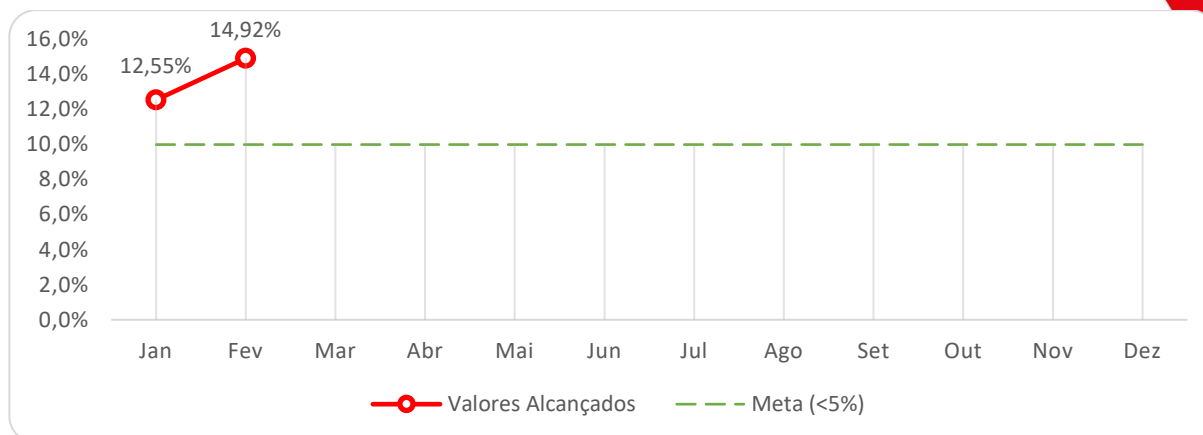
Causa

A Gerência Executiva de Finanças e Contabilidade - GEFC da PBSAÚDE comunicou que o índice ficou um pouco acima, pelo fato de a OPME ser a despesa mais relevante, dentro da base cálculo.

Ação

Continuar com o gerenciamento eficaz e acompanhamento dos resultados dos dados estratégicos.

Gráfico 40 - Índice de Despesas Administrativas no período



Fonte: Gerência Executiva Financeira

5 CONCLUSÕES

O Hospital Regional de Guarabira (HRG) é uma referência em atendimentos de Urgência e Emergência e Maternidade, atendendo pacientes de 23 municípios da região do Brejo paraibano além da cidade sede, Guarabira. Em fevereiro de 2025, o hospital registrou um desempenho notável, com 11.759 ações e serviços de saúde realizados. Atualmente, o HRG está passando por uma reforma abrangente, o que tem impactado temporariamente o cumprimento das metas e indicadores estabelecidos com a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde.

As melhorias em curso são fundamentais para expandir os serviços oferecidos, garantir uma assistência de qualidade para a população de Guarabira e áreas circunvizinhas, e reduzir o tempo de espera para diversos procedimentos, que agora poderão ser realizados diretamente no hospital, evitando a necessidade de transferências para outras unidades. Em relação aos indicadores estratégicos, os resultados são positivos, evidenciando o compromisso da Fundação com a população paraibana.

A Fundação está continuamente desenvolvendo e implementando planos de ação para realizar ajustes pontuais, uma vez que os índices a serem melhorados apresentam condições favoráveis. Ajustes na quantidade e na regulação dos leitos têm como objetivo reduzir a ociosidade e melhorar os índices de giro de leitos, taxa de ocupação e tempo médio de permanência. O Núcleo de Ações Estratégicas (NAE) da Pbsaúde está trabalhando diariamente para monitorar as metas e indicadores do plano de trabalho com atenção meticulosa. O NAE se ocupa da área estatística, da produção e gestão de documentos, como protocolos e normas internas, e oferece suporte aos setores para aprimorar processos, realizar auditorias internas e conduzir reuniões com coordenadores da instituição para identificar e corrigir inconformidades. O NAE também visa promover a qualidade hospitalar, reconhecendo o HRG como um centro de referência em urgência e emergência, além de maternidade e um importante veículo para a promoção da saúde no âmbito das políticas públicas do SUS. A gestão do HRG e da Pbsaúde está à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas relacionadas a este relatório.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Descritivo de Perdas e Avarias – Coordenação Central de Abastecimento Farmacêutico e Farmácia Hospitalar

A farmácia clínica, em parceria com o SCIH, mantém o processo de controle de prescrição e recebimento de antimicrobianos, mediante o preenchimento de fichas no novo sistema pelos prescritores. Com a ficha de antimicrobianos, conseguimos traçar o perfil de utilização desses medicamentos e monitorar o tempo de tratamento dos pacientes. O que possibilitou verificar a viabilidade antes de dar início ao tratamento.

Esses acompanhamentos também abordam a viabilidade de altas, transferências e mudanças na conduta terapêutica (cada profissional sugere a melhor conduta a ser feita na sua competência). Além disso, as visitas diárias à UTI têm se mantido, com crescente colaboração da SCIH e dos plantonistas, o que facilita a comunicação e as intervenções farmacêuticas. Com os bons resultados que as visitas vêm promovendo, a farmácia clínica também foi implementada na emergência, juntamente com a equipe multi. No qual foi iniciado no final do mês de janeiro.

Relatório de Medicamentos vencidos - fevereiro de 2025

MEDICAMENTO	LOTE/ VALIDADE	QUANTIDADE
ACETILCISTEINA 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA (AMPOLA 3 ML)	L:2306811 V:02/25	4 UNI
ENOXAPARINA 60 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL SUBCUTÂNEA	L:A1A1610P1 V:02/25	7 UNI
LIDOCAINA 20 MG/ML (2%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	L:LL069/23 V:02/25	4 UNI
ENOXAPARINA 40 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL SUBCUTÂNEA	L:A1A1510C V:02/25	2 UNI
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	L: D01823M V: 02/25	71 UNI
NISTATINA 100.000 UI/G + OXIDO DE ZINCO 200 MG/G POMADA	L:B23B1327 V: 02/25	5UNI
HEPARINA 5000 UI/0,25 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL SUBCUTÂNEA	L: 23020258 V:02/25	15 UNI
METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 2 ML)	L:MT23B010 V: 02/25	8 UNI
ATROPINA 0,25 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA	L:AT23B013 V 02/25	4 UNI
FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	L: AU00223 V 02/25	2 UNI
ANLODIPINO 5 MG COMPRIMIDO	L:2302829 V 02/25	103

Fonte: Relatório da Farmácia – HRG.