

RELATÓRIO DE GESTÃO

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

3º QUADRIMESTRE

2024

RELATÓRIO DE GESTÃO: Hospital Regional de Guarabira
3º quadrimestre de 2024

Relatório de Gestão apresentado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba com fins de expor os resultados quantitativos e qualitativos alcançados no 3º quadrimestre de 2024, comparando-os às metas propostas no plano de trabalho e firmadas em contrato.

GUARABIRA – PB

2024

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Internações na Clínica Médica Adulto verificado no período.	14
Gráfico 2 – Número de Internações na Clínica Cirúrgica Adulto verificado no período.	14
Gráfico 3 – Número de Internações na Obstetrícia verificado no período.	14
Gráfico 4 – Número de Internações na Pediatria verificado no período.	145
Gráfico 5 – Total de Internações na UTI Adulto verificado no período	165
Gráfico 6– Total de Internações na UCIN verificado no período.	175
Gráfico 7– Total de Internações verificado no período..	176
Gráfico 8– Número de Partos Normais verificado no período.	177
Gráfico 9– Número de Partos Cirúrgicos verificado no período..	17
Gráfico 10–Total de Partos realizados verificado no período.	17
Gráfico 11 – Número de atendimentos ambulatoriais de Cirurgia Geral realizadas no período... ..	18
Gráfico 12 – Número de atendimentos de ortopedia realizados no período	19
Gráfico 13– Número de atendimentos de cardiologia realizados no período	19
Gráfico 14 – Total de atendimentos ambulatoriais realizados no período.....	19
Gráfico 15 – Quantidade de exames laboratoriais realizadas no período.....	20
Gráfico 16 – Quantidade de Radiografias simples realizadas no período.	21
Gráfico 17– Quantidade de Endoscópica realizadas no período	21
Gráfico 18 – – Quantidade de Ultrassonografias Gerais realizadas no período.	21
Gráfico 19 – Quantidade de Mamografias realizadas no período	22
Gráfico 20 – Quantidade de Eletrocardiograma realizadas no período	22
Gráfico 21– Total de procedimentos de SADT realizados no período.	22
Gráfico 22–Número Procedimentos de Cirurgia Geral realizados no período	23
Gráfico 23 – Número de Procedimentos de Cirurgia Urológica realizados no período.	24
Gráfico 24 – Número de Procedimentos de Ginecológica realizados no período	24
Gráfico 25 – Número de Outros Procedimentos de cirurgias realizados no período	24
Gráfico 26 – Total de Cirurgias realizadas no período.	25
Gráfico 27 – Total de internações, partos, consultas, exames, procedimentos e cirurgias realizados no período.	26
Gráfico 28 – Relação Pessoal Leito observado no período.....	28
Gráfico 29– Indicador de Renovação/Giro de leitos (pacientes/leito) verificado no período	29
Gráfico 30– Taxa de Partos Cesáreos verificada no período	30

Gráfico 31 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar (em dias) verificado no período.....	32
Gráfico 32 – Taxa de Ocupação Operacional verificada no período.....	33
Gráfico 33 – Taxa de Mortalidade Institucional verificada no período.....	34
Gráfico 34 - Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva verificada no período.....	35
Gráfico 35 – Densidade de incidência de IRAS verificada no período.....	37
Gráfico 36 – Escala Net Promoter Score© (NPS).....	38
Gráfico 37 – Escala de Taxa de Mortalidade Neonatal.....	39
Gráfico 38 – Taxa de Mortalidade Materna	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados gerais do Hospital Regional de Guarabira – PB, Brasil, 2024.....	11
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Capacidade Instalada e operacional do HRG.....	12
---	----

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
HRG	Hospital Regional de Guarabira
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.
- **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).

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>. Acesso em 10 set. 2024.

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>. Acesso em 10 set. 2024.

- **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 10 set. 2024.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Improving early childhood development: WHO Guidelines. Genebra: WHO, 2020. Available from: <file:///D:/Desktop/9789240002098-eng.pdf>. Acesso em 10 set. 2024.

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>. Acesso em 10 set. 2024.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO HRG.....	12
1.2. OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO.....	11
1.2.1 CAPACIDADE INSTALADA E OPERACIONAL	13
2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	13
2.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	13
2.2 NÚMERO DE PARTOS EM OBSTETRÍCIA.....	16
2.3 ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E EGRESSOS.....	18
2.4 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	20
2.5. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM CIRURGIAS NÃO-OBSTÉTRICAS.....	23
2.6. TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
3. INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO.....	27
3.1 RELAÇÃO PESSOAL/LEITO (RPL)	27
3.2 RENOVAÇÃO OU ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (IR).....	28
3.3 TAXA DE PARTO CESÁREO (TxPC).....	29
3.4 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (TMPh)	30
3.5 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOc)	32
3.6 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TxMI)	33
3.7 TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (TxSCE)	34
3.8 DENSIDADE DE INCIDÊNCIA EM INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).....	36
3.9 ESCALA NET PROMOTER SCORE© (NPS)	37
3.10 TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL	38
3.11 TAXA DE MORTALIDADE MATERNA.....	39
4. GESTÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA.....	41
5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

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, fotografias e informações apresentadas em quadros) no período em questão. A partir do mês de setembro de 2024, de fato, começa-se a se ter um retrato da administração da PBSAÚDE no HRG. 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 2º quadrimestre de 2024, 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.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO HRG

O HRG, localizado na AV. Prefeito João Pimental Filho, nº 447 – Centro, Guarabira - PB, CEP: 54200-000, realiza atendimentos em nível ambulatorial e hospitalar, além de urgência/emergência, nas seguintes áreas de especialidades médicas: Cardiologia, Anestesiologia, Cirurgia geral, Cirurgia vascular, Clínica médica, Ginecologia, Mastologia, Gastroenterologia, Proctologia, Infectologia, Medicina Intensiva Adulto e Neonatal, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neonatologia, Radiologia, Urologia, Ultrassonografia, Endocrinologia e Endoscopia Digestiva.

1.2. OS PROCESSOS DE TRABALHO E DE CUIDADO

O HRG 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, João Pessoa – PB, Brasil, 2024.

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Localização: AV. Prefeito João Pimental Filho, nº 447 – Centro.

Município: Guarabira.

UF: Paraíba.

Categoria Do Hospital: Hospital Regional.

CNES: 2603802

CNPJ: 08.778.268/0003-69

Esfera Administrativa: Gerido pela Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB Saúde).

Contrato de Gestão: nº 0289/2024.

Fonte: Documento administrativo da PBSAÚDE.

▪ 1.2.1 Capacidade Instalada e Operacional

No mês de dezembro 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 – 2024				
	Capacidade Hospitalar Instalada	Leitos Operacionais	Leitos Operacionais de Isolamento	Leitos Bloqueados	Capacidade Hospitalar Operacional
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%
Enfermaria Clínica VI	12	12	-	-	100,00%
Alojamento Obstétrico	26	26	-	-	100,00%
Pré-Parto**	3	3	-	-	100,00%
UCI Neonatal	5	5	-	-	100,00%
UTI Adulto	6	5	-	-	100,00%
Total	90	84	6		100,00%
		90			

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

*Unidade com leitos transitórios que, na teoria, não são contabilizados como leitos operacionais, mas recebem estrutura assistencial, inclusive com equipe de saúde.

**Setores em que houve a abertura de leitos extras.

2 GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

2.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Análise Crítica

Fato

Houveram 2.087 internações, atingindo 117,25% da meta pactuada. (gráficos 1-4).

Causas

Em todos os meses do 3º quadrimestre se atingiu a meta total de internações pactuadas.

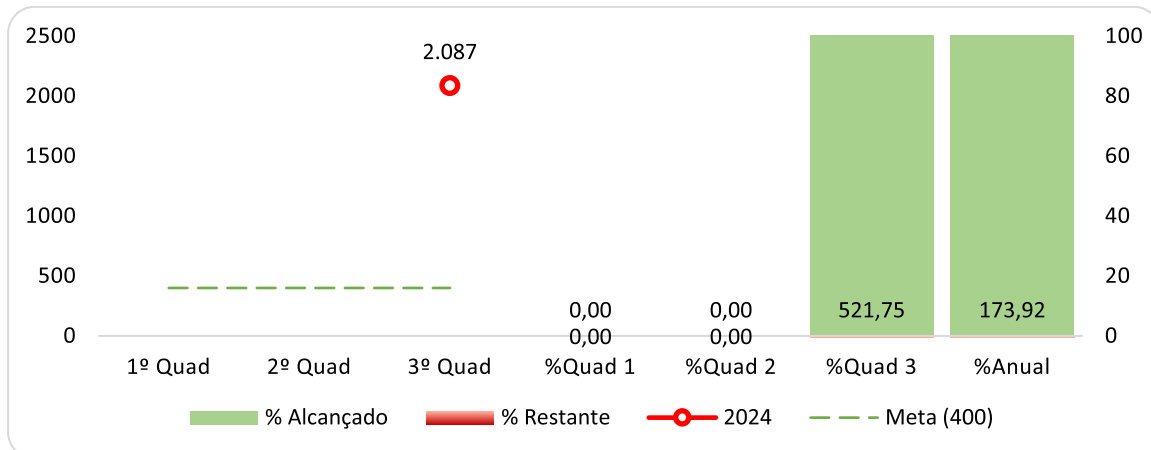
Quatro serviços/setores não alcançaram a meta pactuada para no último quadrimestre de 2024, sendo a UTI Adulto, Obstetrícia, Pediatria e UCIN. Por se tratar de um hospital de com perfil “porta aberta”, ao analisarmos estes dados, percebemos a diminuição das internações levando em conta o cenário dos setores de Pediatria e UCIN, onde nosso atendimento é de livre demanda, apesar de termos metas relacionadas a esses indicadores, muitas vezes eles têm uma sazonalidade diferente em vários períodos do ano. Então esses indicadores não mostraram ser um período de alta demanda para obstétrica, impactando diretamente na UCIN e pediatria.

Deve-se levar em consideração que dois hospitais da rede de suporte das regiões vizinhas, que 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. É importante lembrar que a Unidade Hospitalar se encontra em reforma de todo seu complexo, o que impacta diretamente na execução das ações e serviços prestados.

Ação

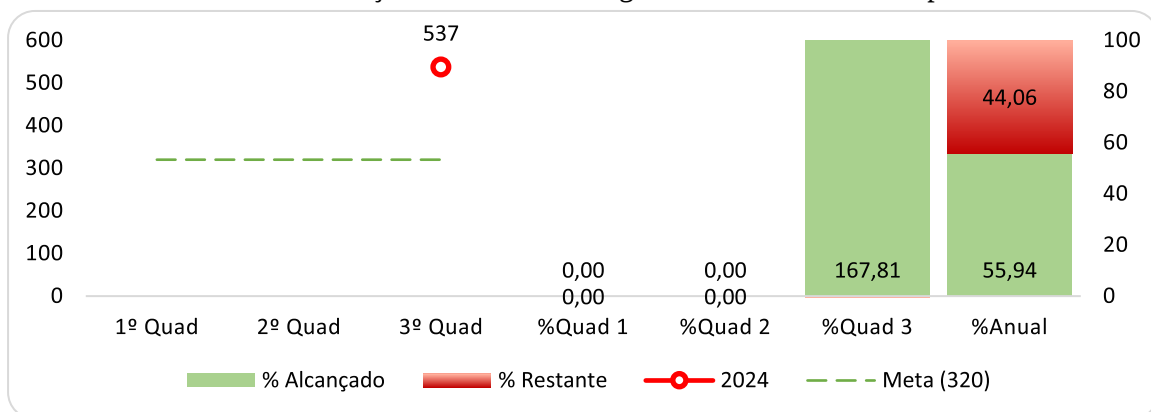
Buscar, junto as coordenações, ações que visem a manutenção dos valores dentro da meta pactuada, para seguir com os valores em progressão nos próximos quadrimestres.

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



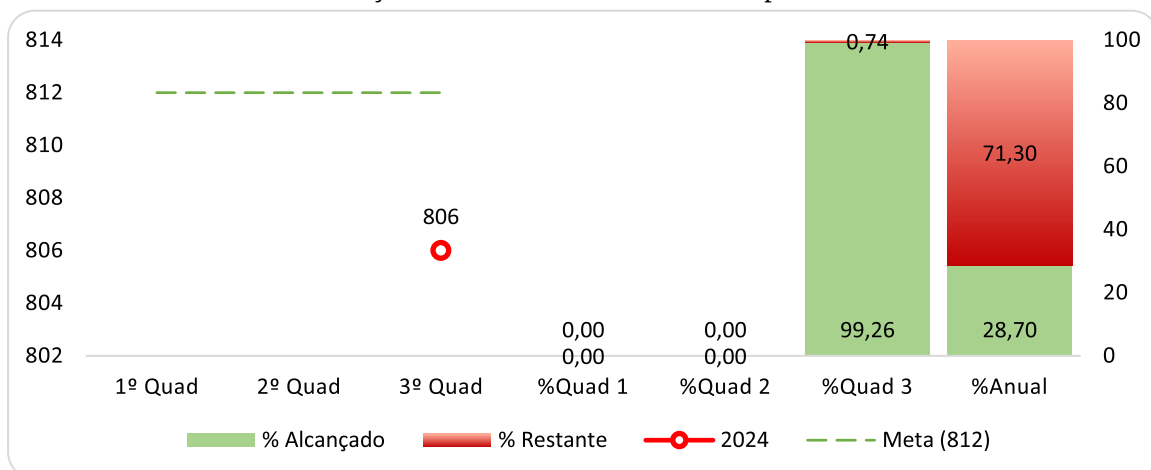
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

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



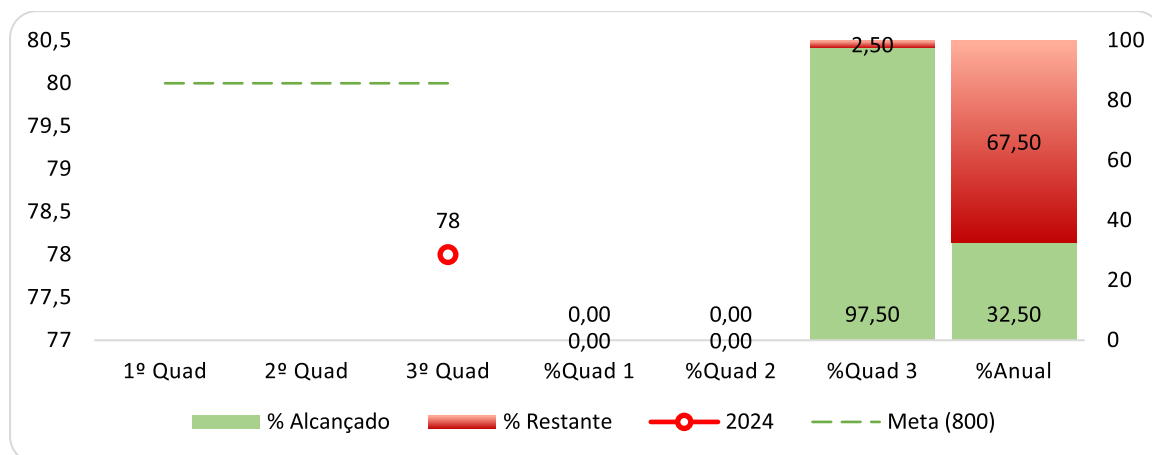
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

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



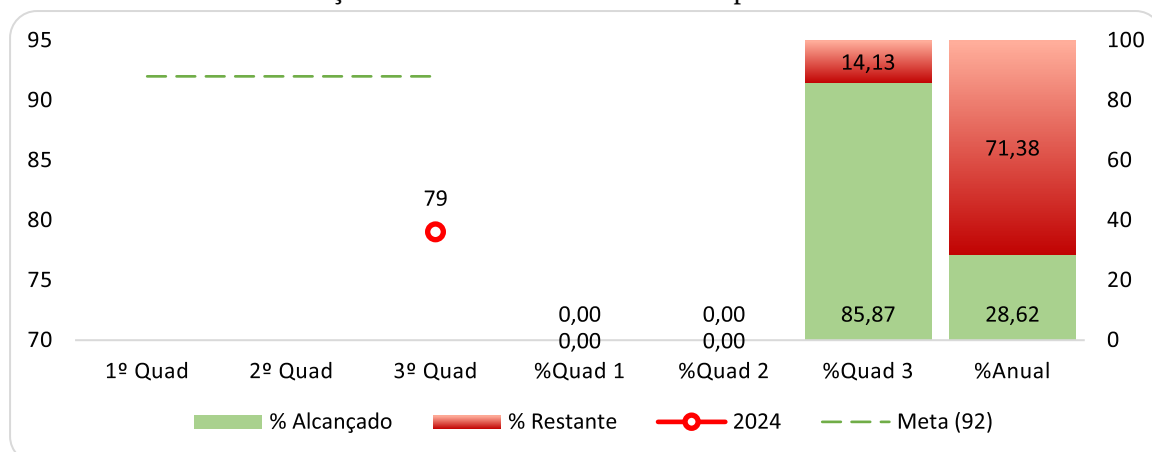
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

Gráfico 4 – Número de Internações na Pediatria verificado no período



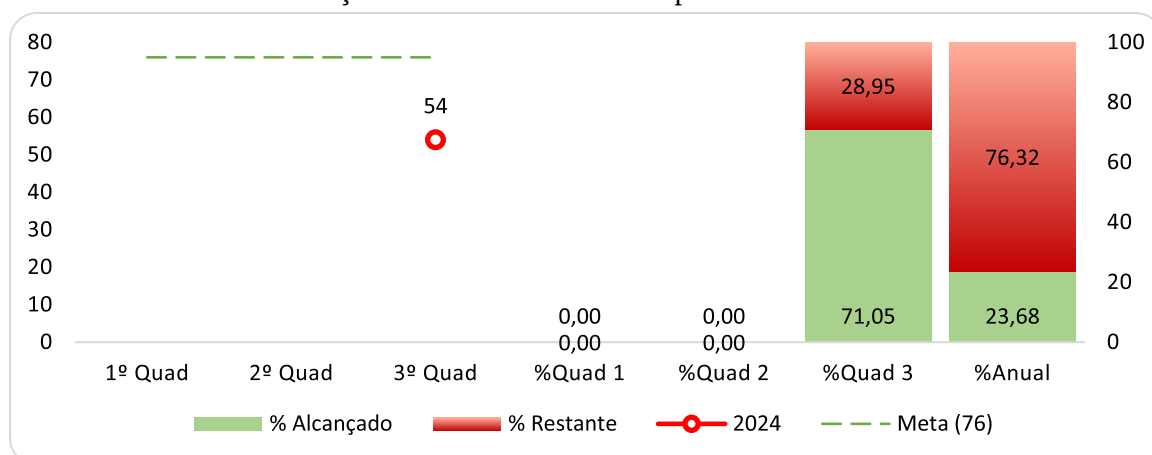
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

Gráfico 5– Total de Internações na UTI Adulto verificado no período.



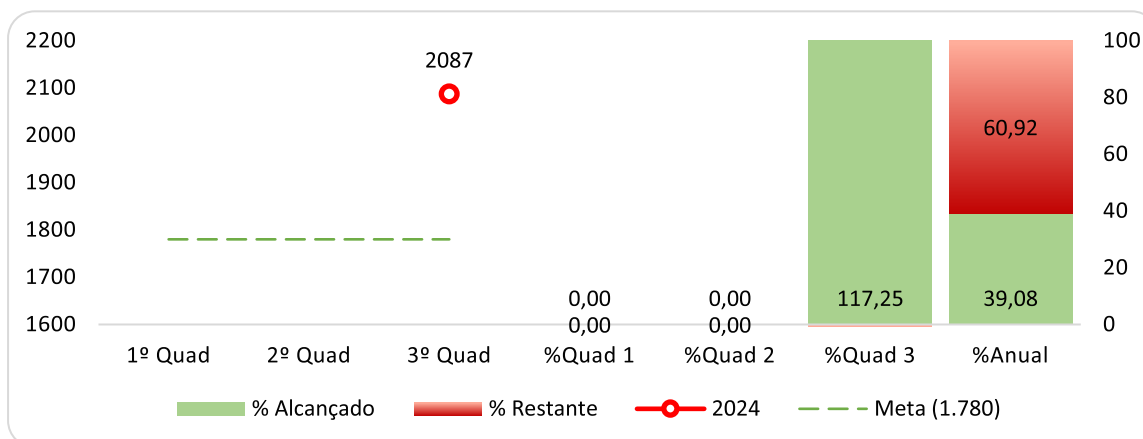
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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



Fonte: Planilhas diárias HRG.

Gráfico 7 – Total de Internações verificado no período.



Fonte: Planilhas diárias - HRG.

2.2 NÚMERO DE PARTOS EM OBSTETRÍCIA

Análise Crítica

Fato

Houveram 740 partos realizados, atingindo 91,13% da meta estabelecida, e os partos cesáreos superaram a meta estabelecida em 8,8% (gráficos 5-7).

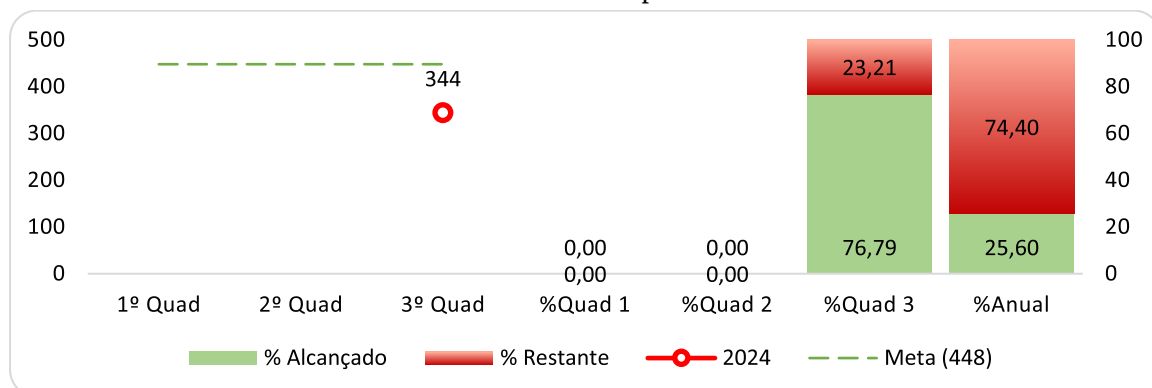
Causas

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, dois hospitais de suporte das regiões vizinhas que 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 a diminuição dos indicadores de partos normais, de forma que nós atingimos apenas a quantidade pactuada de partos cesáreos. Além disso, tem as escolhas de mudança na via de parto diante da não evolução do período expulsivo, e/ou intercorrências a fim de promover segurança e bem-estar ao binômio mãe e filho.

Ação

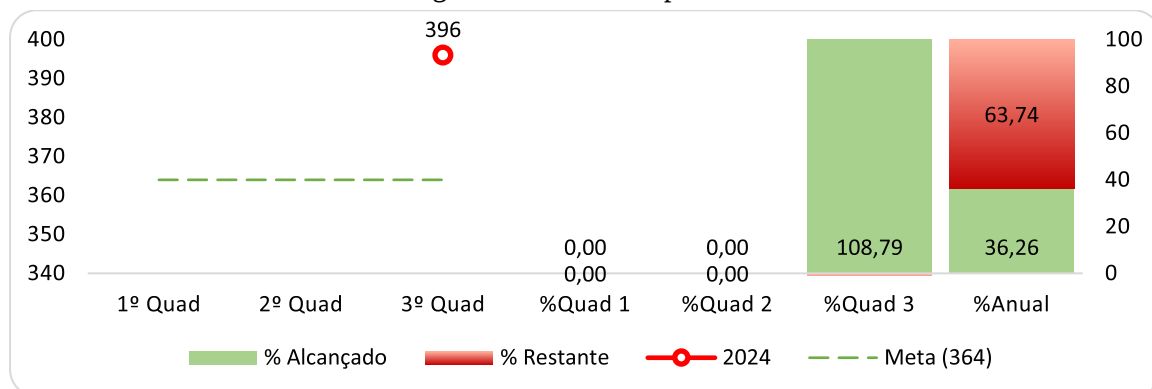
Observar a série histórica e buscar a melhora do indicador de modo a cumprir a meta pactuada, buscando formas de atrair as gestantes da região.

Gráfico 8 – Número de Partos Normais verificado no período.



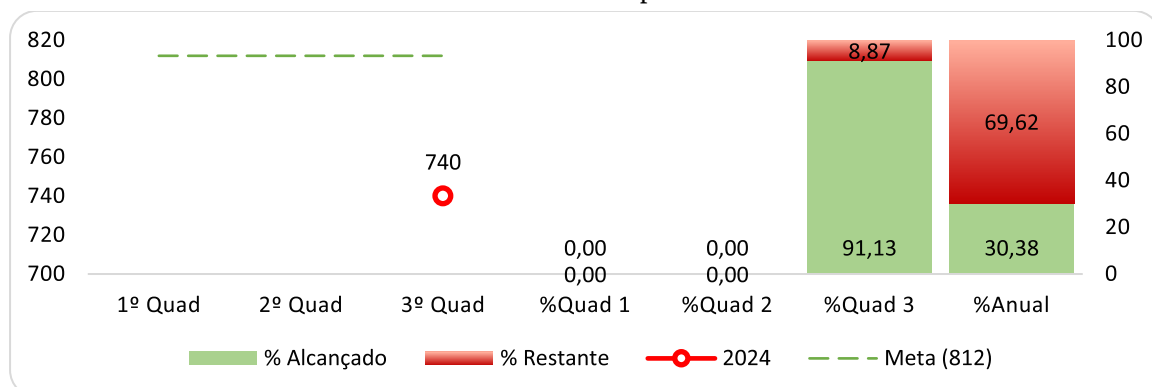
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

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.

2.3 ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E EGRESSOS

Análise Crítica

Fato

Foram realizadas 1.855 consultas, ultrapassando em 161,02% a meta estabelecida, o destaque dos atendimentos ficou com a Ortopedia, que realizou atendimentos 945 consultas, superando a meta em 168,5% (gráficos 8-11).

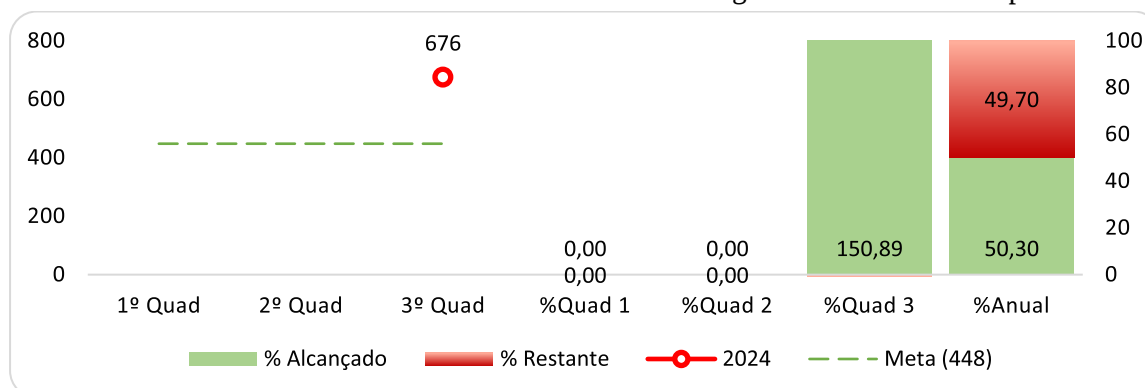
Causas

Percebe-se que, em todos os meses do 3º quadrimestre, o total de atendimento ambulatorial foi atingido do pactuado. Resultado de um alinhamento da coordenação dos setores junto aos órgãos reguladores. Esse número expressivo demonstra a importância do serviço, beneficiando muitas pessoas que receberam o cuidado necessário de forma ágil e eficaz., contribuindo ainda mais para os valores observados.

Ação

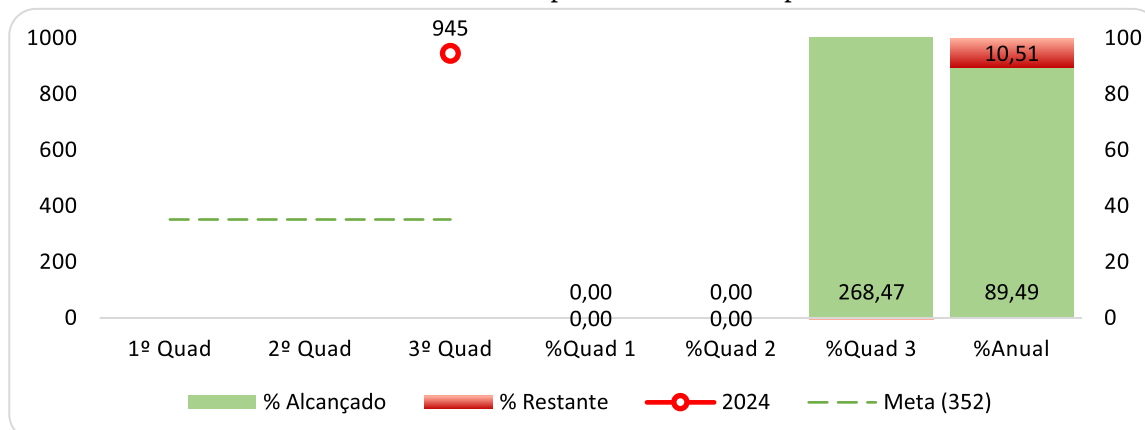
Acompanhar a manutenção do fluxo ambulatorial e o cumprimento das metas pactuadas. Manter o monitoramento dos indicadores hospitalares, visando a melhoria das ações e serviços ofertados no Hospital Regional de Guarabira. Realizar avaliações periódicas para verificar o cumprimento das metas e ajustar as estratégias conforme necessário para enfrentar novos desafios ou aproveitar novas oportunidades.

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



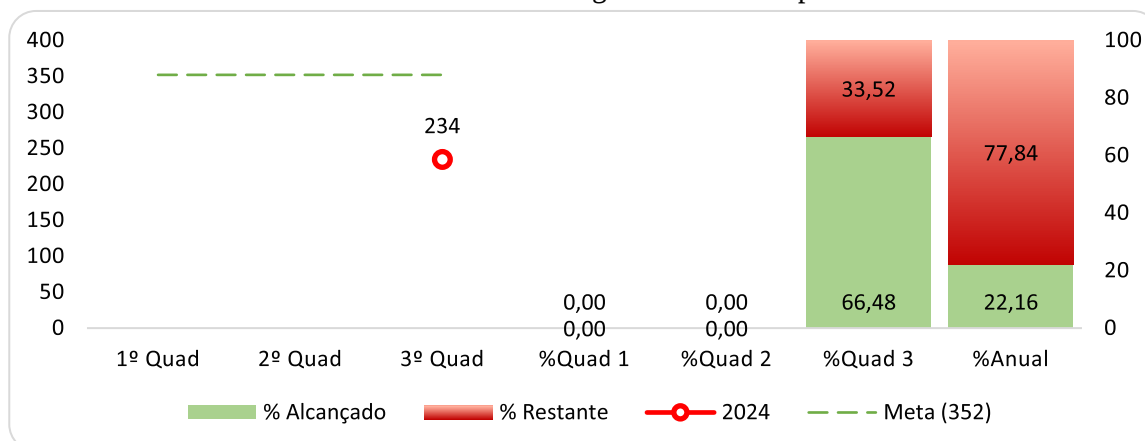
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

Gráfico 12 – Número de atendimentos de ortopedia realizados no período.



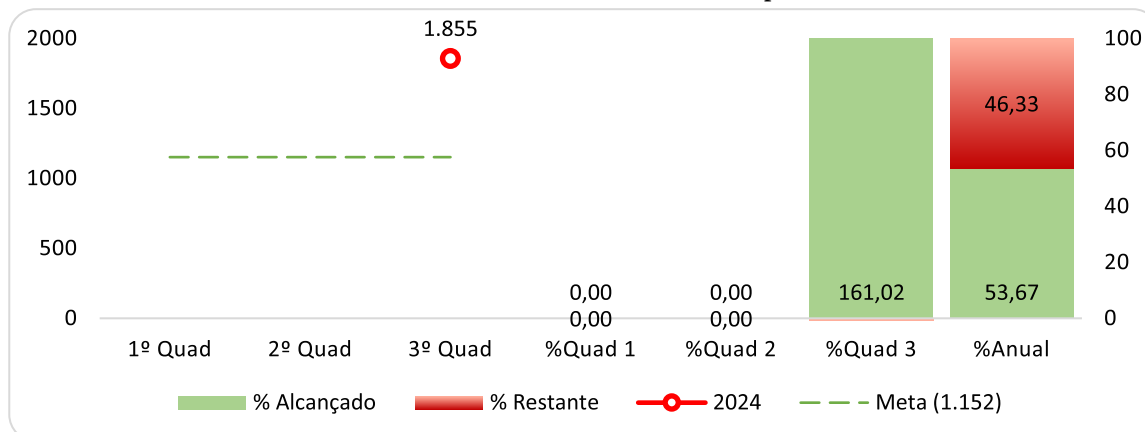
Fonte: Planilhas diárias - HRG.

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



Fonte: Planilhas diárias - HRG.

Gráfico 14 – Total de atendimentos ambulatoriais realizados no período.



Fonte: Planilhas diárias - HRG.

2.4 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)

Análise Crítica

Fato

Em todos os meses do 3º quadrimestre, as metas totais foram atingidas, tendo um total de 38.012 exames realizados, superando em 127,45% a meta estabelecida. (gráficos 12-17).

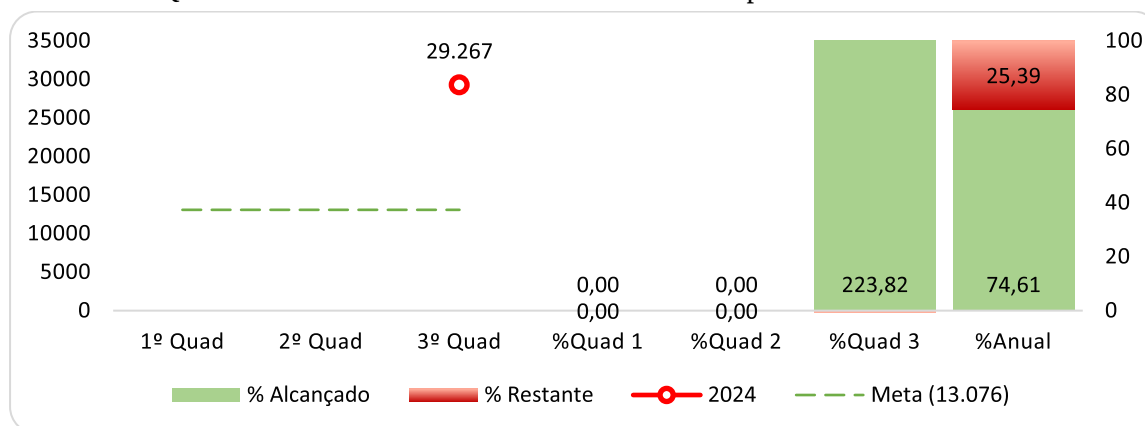
Causa

O número expressivo em exames realizados é fruto da oferta do Apoio Diagnóstico e a demanda existente, demonstra a importância do serviço, que beneficia a população que recebe o cuidado necessário de forma ágil e eficaz. Fruto da demanda x oferta

Ação

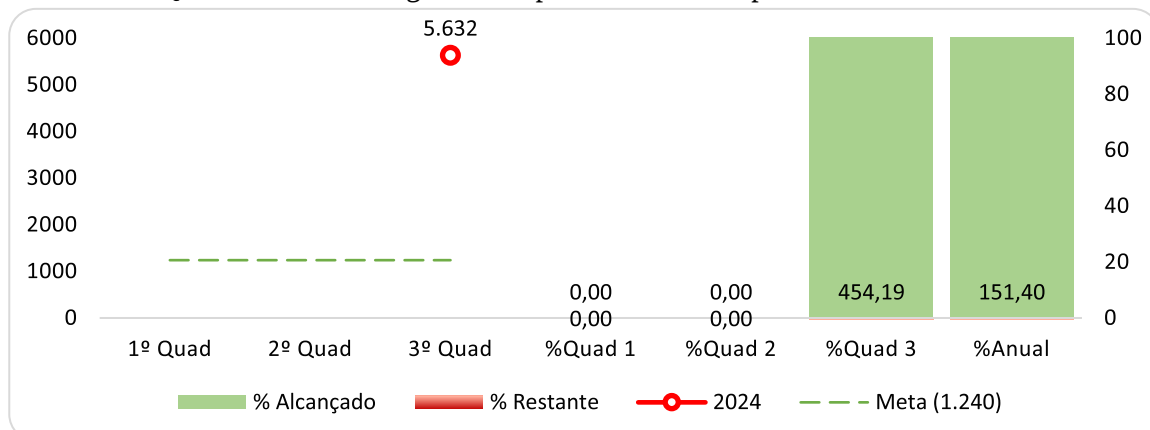
Manter o monitoramento constante das ações e serviços ofertados pela Unidade Hospitalar. Manter a atual estratégia de ação de busca ativa e agendamentos e manter a gestão de máquinas e equipamentos a fim de assegurar o pleno funcionamento destes, evitando desídia a população.

Gráfico 15– Quantidade de exames laboratoriais realizadas no período.



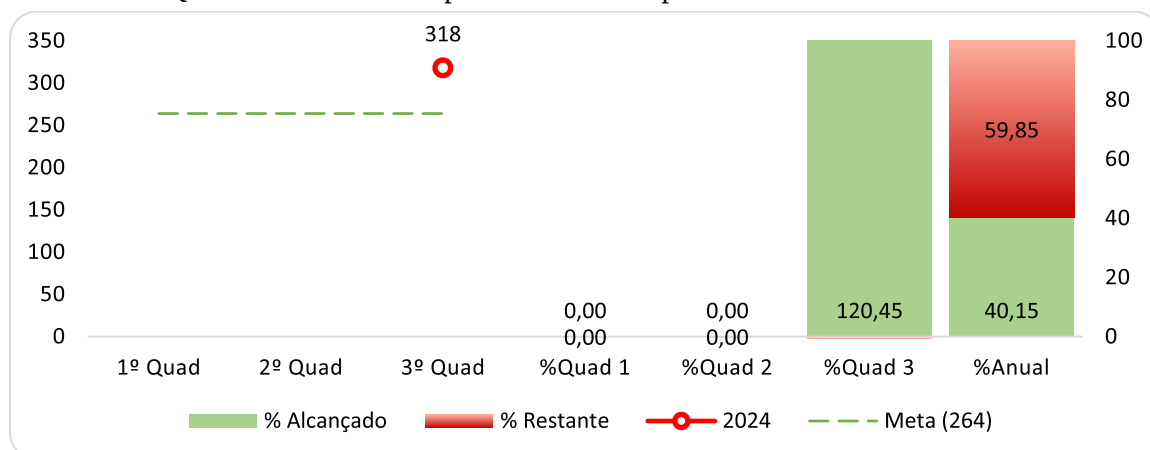
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 16– Quantidade de Radiografias simples realizadas no período.



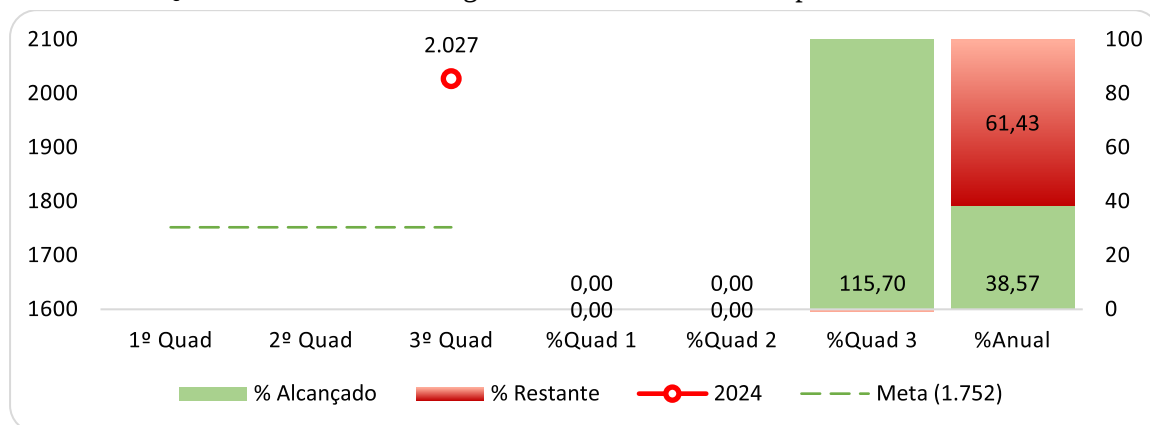
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 17 – Quantidade de Endoscópica realizadas no período.



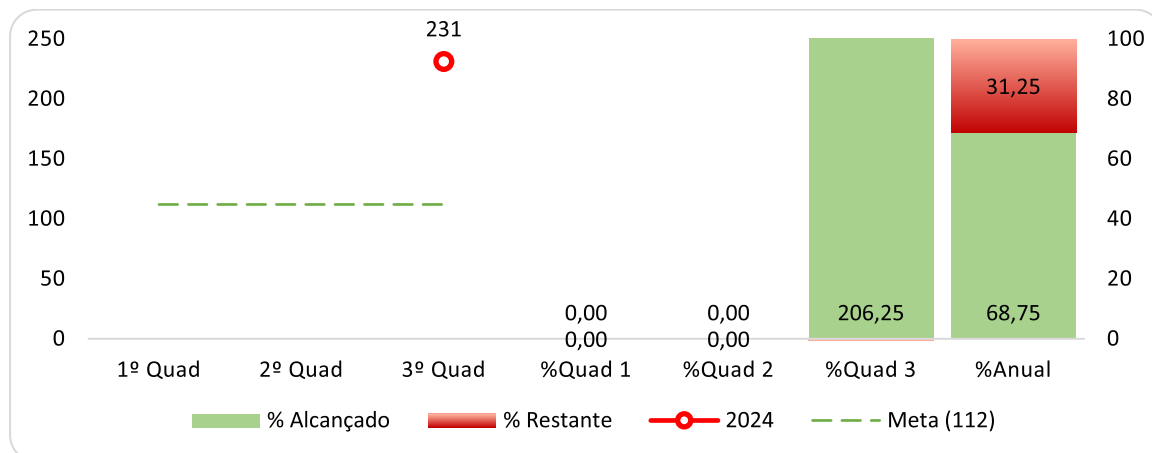
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 18– Quantidade de Ultrassonografias Gerais realizadas no período.



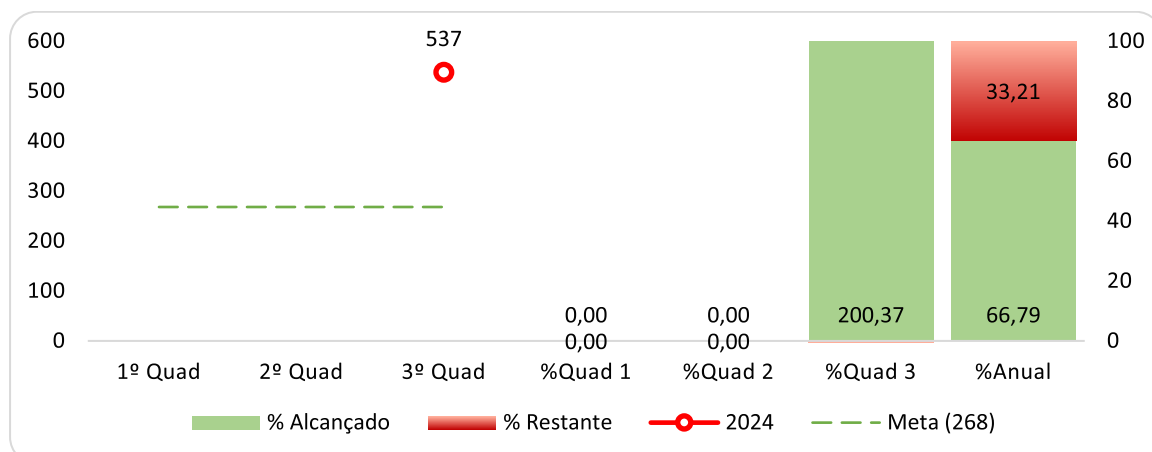
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 19 – Quantidade de Mamografias realizadas no período



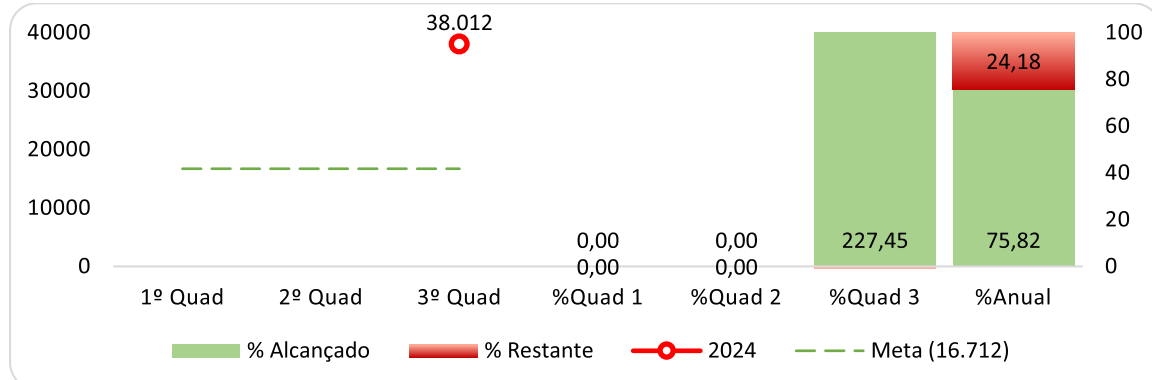
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 20 – Quantidade de Eletrocardiograma realizadas no período



Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 21 – Total de procedimentos de SADT realizados no período.



Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

2.5. PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM CIRURGIAS NÃO-OBSTÉTRICAS

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 598 procedimentos assistenciais em cirurgias, com um valor de 18,65% além da meta estabelecida. (gráficos 18-22).

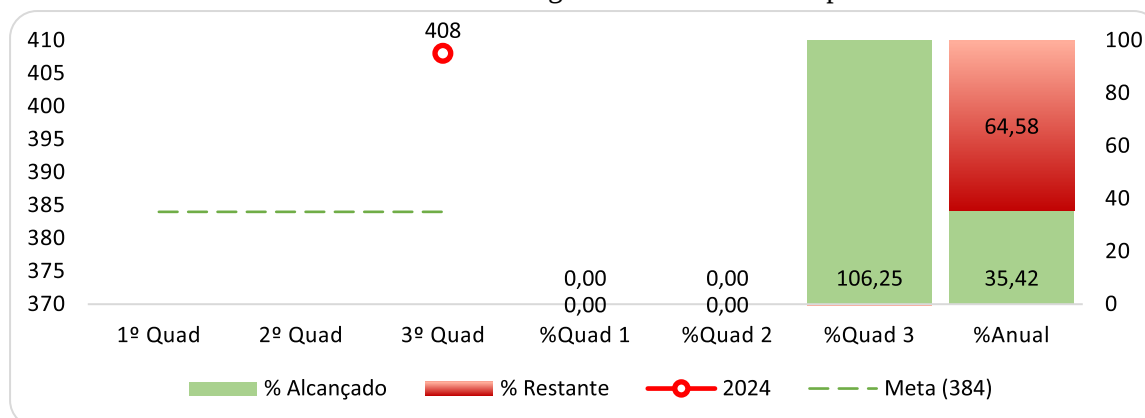
Causa

A produção assistencial em cirurgia conseguiu a obtenção dos valores quadrimestrais dentro da meta pactuada em todas as especialidades cirúrgicas.

Ação

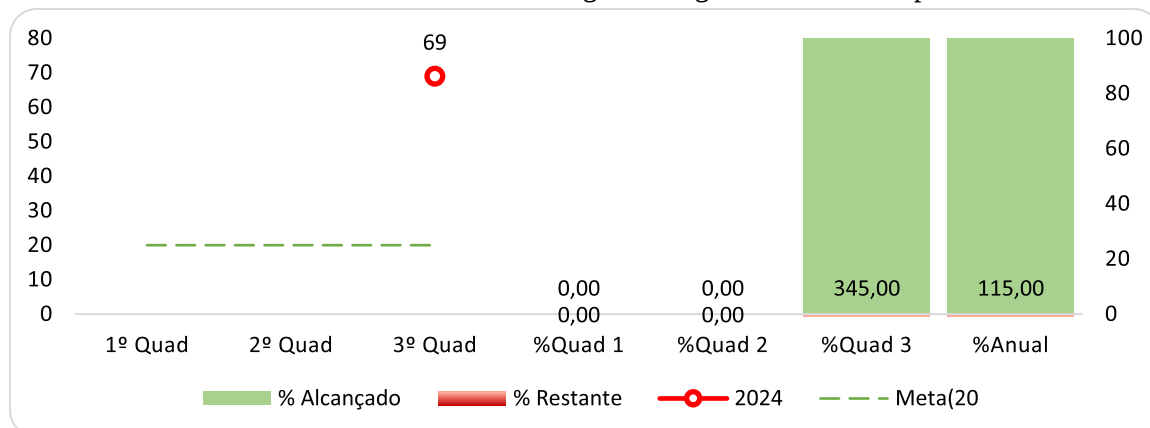
Realizar diagnóstico situacional do comportamento dos componentes assistenciais das cirurgias e acompanhar a evolução dos indicadores para elaborar planos de ações pertinentes.

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



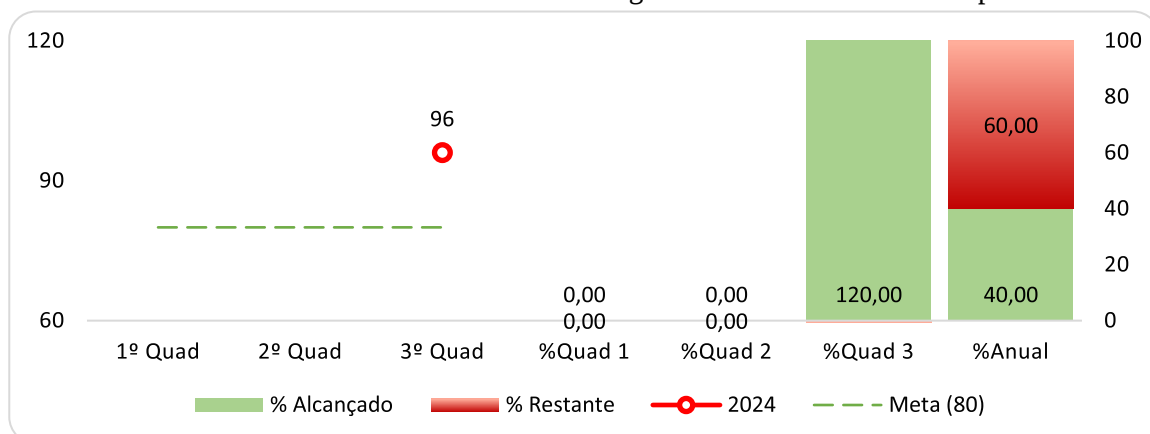
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

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



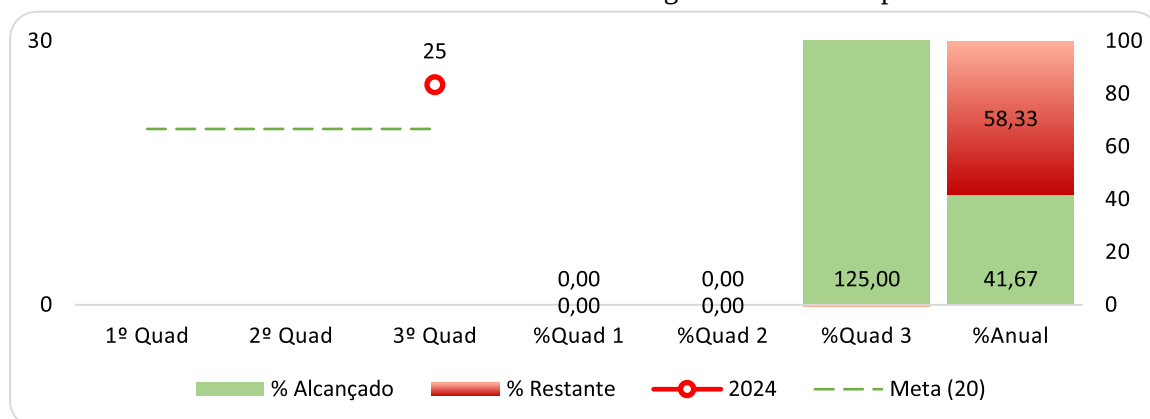
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

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



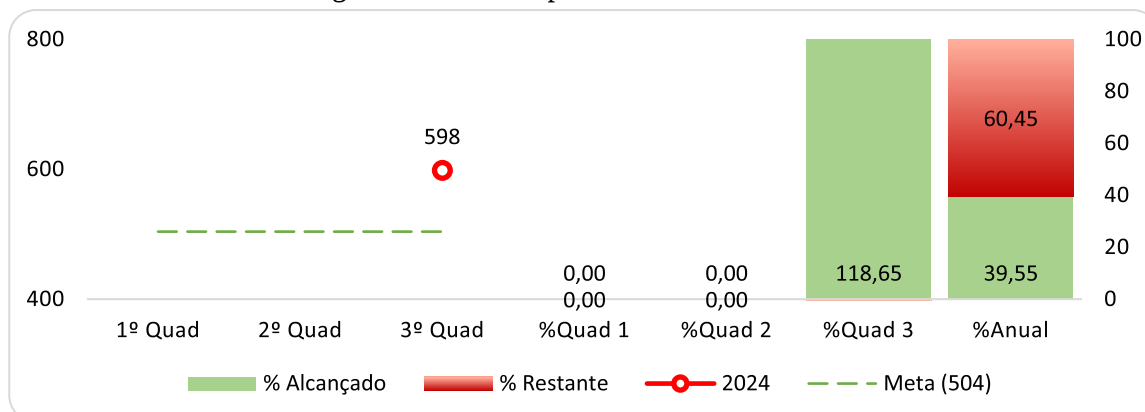
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 25 – Número de Outros Procedimentos de cirurgias realizadas no período.



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

Gráfico 26 – Total de Cirurgias realizadas no período.



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

2.6. TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Análise Crítica

Fato

Ao total, contabilizaram-se 43.285 ações e serviços em saúde, valor de 106,51% acima da meta quadrimestral (gráfico 23).

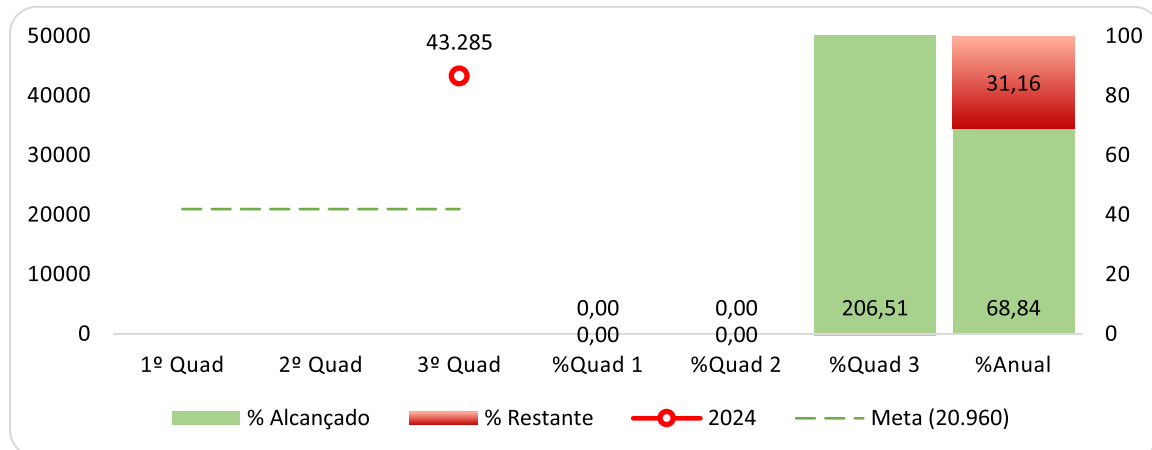
Causa

Os resultados gerais mantêm-se positivos, com meta quadrimestral atingida. O empenho mantido no cumprimento de todas as metas pactuadas é o principal motivo para o expressivo número de ações e serviços produzidos.

Ação

Manter a atuação junto as coordenações, NAE e direção para garantir a manutenção dos valores dentro das metas pactuadas e corrigir os fatores que estão levando a não obtenção dos valores pactuados.

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



Fonte: Planilhas Diárias – HRG.

3. INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO

3.1 RELAÇÃO PESSOAL/LEITO (RPL)

Mensura a quantidade de funcionários contratados por leitos operacionais. 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:

$$RPL = \frac{\sum \text{de funcionários constantes no hospital no período}}{N^{\circ} \text{ de leitos operacionais no período}}$$

Análise Crítica

Fato

Foi verificado índice médio de 6,89 no quadrimestre analisado (gráfico 24).

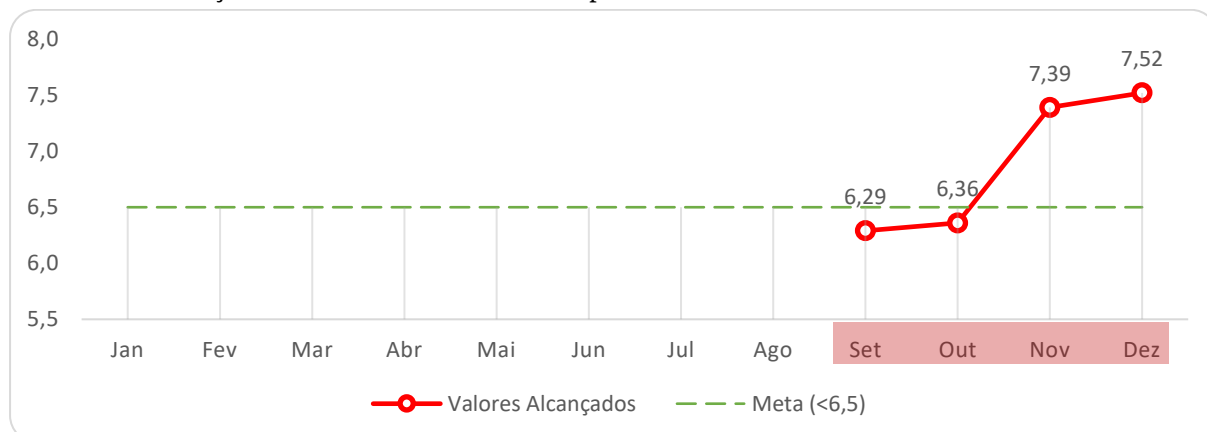
Causa

O indicador permanece relativamente acima do pactuado. O aumento do indicador se deu pela contratação de pessoal pelas empresas terceirizadas para o Serviço de Nutrição e Lavanderia. Neste sentido, a Pbsaúde segue tomando as devidas precauções a fim de encontrar o equilíbrio entre aumentar o quadro de funcionários e o quantitativo de leitos operacionais, mantendo a RPL dentro dos limites pactuados. Ficando o indicador com média geral de 6,89 no 3º quadrimestre de 2024.

Ação

Continuar expandindo os serviços, mas observando a evolução do indicador.

Gráfico 28– Relação Pessoal Leito observado no período.



Fonte: RH do HRG – PBSAÚDE.

3.2 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:

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

*Segundo referência⁷, leitos transitórios não devem ser contabilizados neste cálculo.

Análise Crítica

Fato

Observou-se que a média quadrimestral foi atingida com o valor médio de 5,59, dentro da meta pactuada, com registro de 1.784 saídas no referido período. (gráfico 25).

Causa

A implantação da visita horizontal no setor da Clínica Médica, impactou positivamente no setor, principalmente no serviço de Urgência e UTI do Hospital Regional de Guarabira. A Visita Horizontal acontece três vezes por semana (segunda, quarta e sexta), com a participação da equipe multidisciplinar, enfermeiros e médico do setor, e tem como objetivo visualizar as pendências que

⁷ CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 1ª ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

podem ser agilizadas e aumentar a quantidade de altas de forma segura, através da melhoria do processo.

Ação

Continuar buscando e corrigindo os fatores que estejam contribuindo para a oscilação do indicador nos setores que estão apresentando os menores giro de leitos, para que o valor possa ser melhorado a cada mês.

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



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

3.3 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 verificado valor abaixo do pactuado no primeiro quadrimestre, com um valor médio de 53,48% onde deveria ser $\leq 46\%$ (gráfico 26).

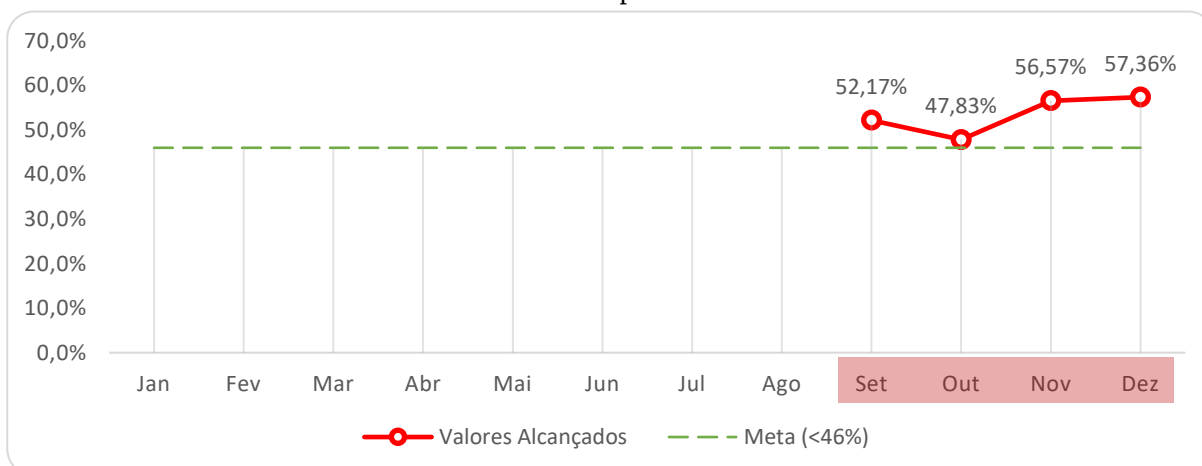
Causa

A maternidade do HGR funciona porta aberta para o município de Guarabira e cidades vizinhas. Além do respeito à liberdade de escolha da via de parto pelas gestantes, a unidade segue em constante adequação para que as gestantes optem pelo procedimento natural.

Ação

Visando a melhoria dos índices, está sendo criado um plano de ação para a redução anual na taxa de cesárea. Serão realizados treinamentos envolvendo Anestesiologistas, Fisioterapeutas e Enfermeiros para aprimorar a assistência com exercícios de mobilidade e respiratórios, além de analgesia no parto, ações que irão contribuir para a melhora do indicador.

Gráfico 30 – Taxa de Partos Cesáreos verificada no período.



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

3.4 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 indicador⁸⁻⁹.

Análise Crítica

Fato

O indicador apresentou valor médio de 3,63 dias de permanência, dentro do pactuado para o quadrimestre, tendo em vista a meta ser ≤ 4 dias. (gráfico 27).

Causa

O indicador seguiu dentro do valor pactuado em todos os meses do quadrimestre. O resultado reflete o bom giro de leitos e uma boa assistência aos pacientes, evidenciando um ótimo tempo na resolução dos casos que necessitam de atendimento na unidade. O HRG por ser uma unidade porta aberta e que garante a continuidade do cuidado (abrange 26 municípios da região), faz-se admissões desde vagas reguladas até demanda espontânea.

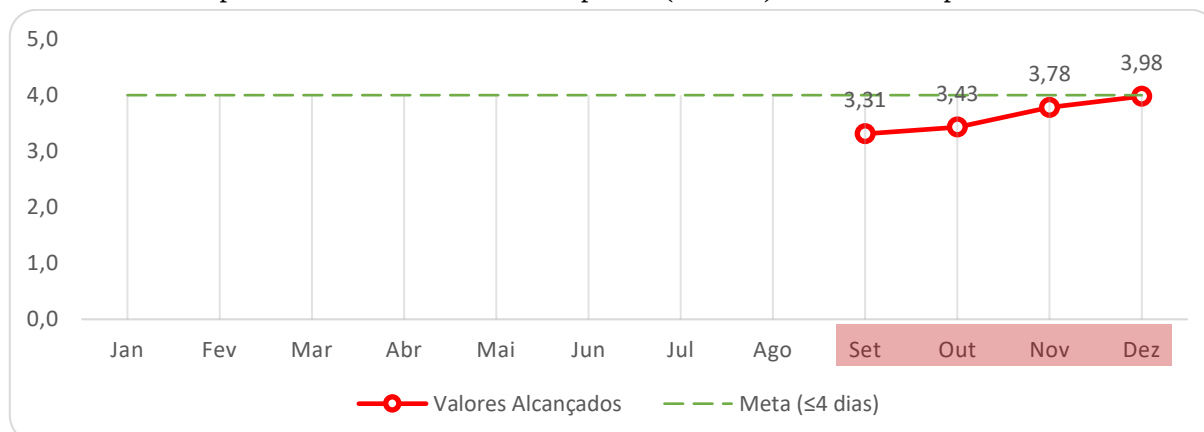
Ação

Dar continuidade a busca e correção de fatores que estejam prolongando o tempo de permanência dos pacientes internos. Continuar buscando, junto a regulação estadual, uma maior transferência dos pacientes de cuidados prolongados para os hospitais de referência. 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.

⁸ 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 Set., 2024.

⁹ _____. **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 Set., 2024.

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



Fonte: Planilhas diárias do HRG.

3.5 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^{10,11} 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 verificado um valor médio de 69,85%, pouco abaixo do pactuado (gráfico 28).

Causa

O serviço está passando por reforma estrutural e durante o quadrimestre observado dois meses ficaram acima do valor pactuado. Este resultado foi reflexo principalmente da baixa ocupação no setor do alojamento obstétrico, UCIN e Pediatria.

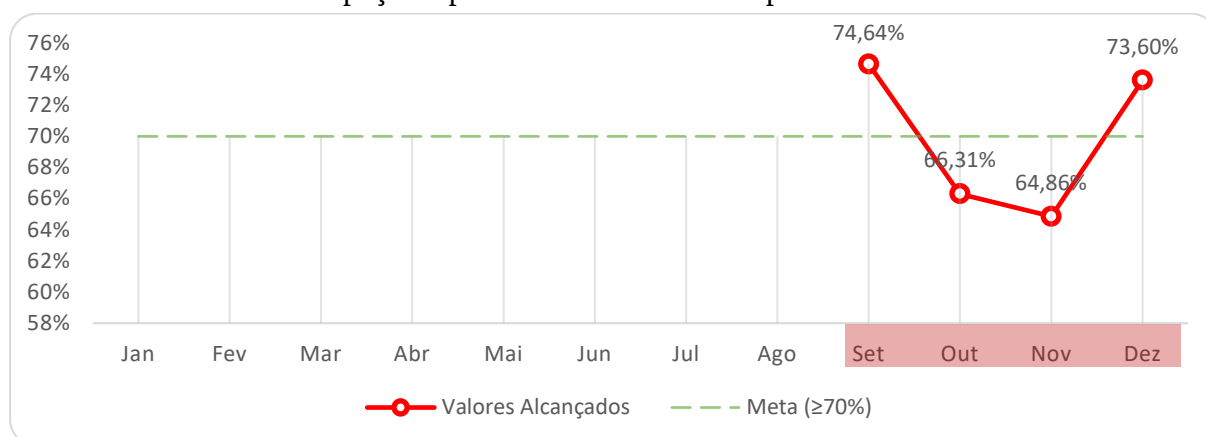
¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Saúde Suplementar (ANS). **QUALISS**: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Taxa de Ocupação Operacional Geral. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>. Acesso em: 13 Set., 2024.

¹¹ CQH. **3º Caderno de Indicadores CQH**. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). 1ª ed. São Paulo: Van Moorsel Gráfica e Editora, 2009.

Ação

Identificar e corrigir fatores que estejam contribuindo para a não obtenção da meta estabelecida junto à direção hospitalar.

Gráfico 32 – Taxa de Ocupação Operacional verificada no período.



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

3.6 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 um valor médio dentro do pactuado para o quadrimestre, com uma taxa média de 4,77% (gráfico 29).

Causa

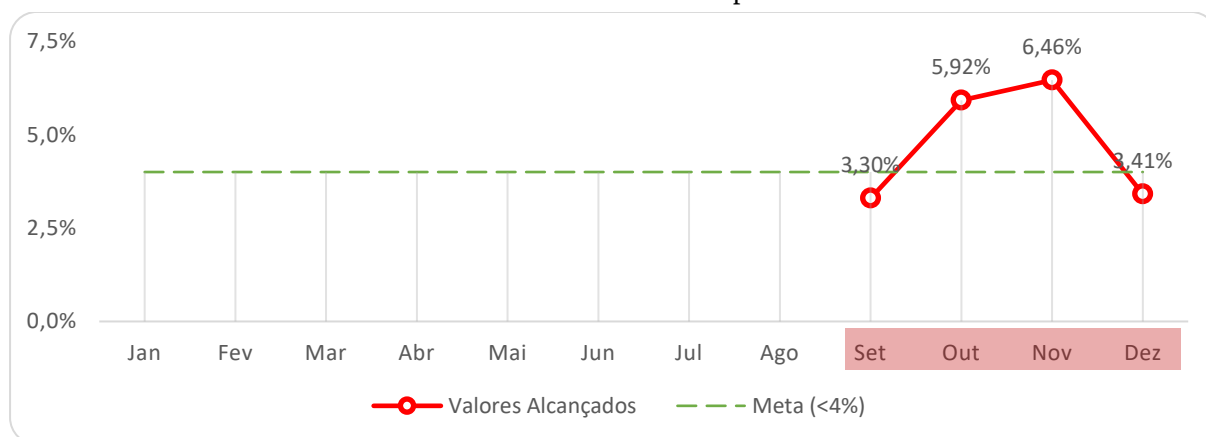
Em análise realizada pela comissão de óbitos, observa-se um índice alto de pacientes que chegam ao serviço em estado grave, apresentando sinais de infecção, principalmente oriundos dos municípios vizinhos.

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 dos fatores que contribuem para a elevação da taxa de mortalidade institucional, 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.

3.7 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 verificado um valor médio de 5,82% para o quadrimestre analisado, dentro valor pactuado. (gráfico 30).

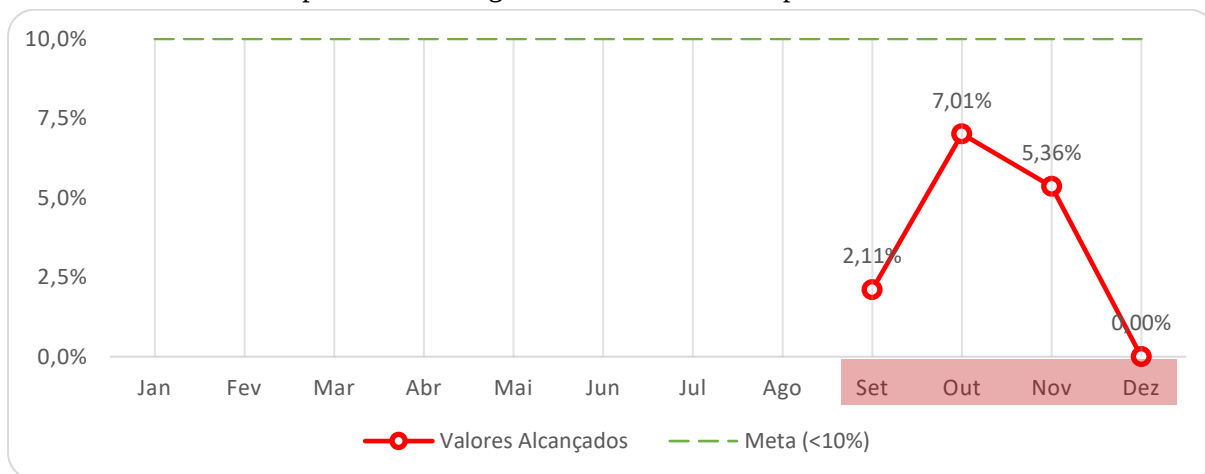
Causa

O valor permaneceu dentro da meta pactuada. O que se destaca entre as suspensões são o preparo inadequado do paciente para a cirurgia.

Ação

Continuar identificando, na ferramenta de alimentação da suspensão das cirurgias eletivas, quais foram os motivos de suspensão de cirurgias que independeram do paciente. A partir da identificação dos fatores, ajustar os que podem ser modificados e que venham a refletir na diminuição das suspensões.

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



Fonte: Planilhas diárias do Centro Cirúrgico do HRG.

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

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

Foi observado uma densidade de 4,51, dentro da meta pactuada para o quadrimestre (gráfico 31).

Causa

Realiza-se buscas ativas pelo setor do SCIH, analisando resultado de exames de cultura. O valor registrado mantém-se dentro da meta estabelecida, devido estratégias com ações de capacitação e auditoria em saúde.

Ação

Seguir com análise dos dados mês a mês, corrigindo os fatores que possam levar aumento das IRAS. 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.

3.9 ESCALA NET PROMOTER SCORE© (NPS)

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:

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

O serviço prestado é classificado em: Zona de excelência (pontuação entre 75% 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

O indicador não atingiu o valor pactuado para o quadrimestre, com taxa média de 65,69%, onde deveria estar $\geq 80\%$ (gráfico 32).

Causa

O 3º quadrimestre ficou na zona de qualidade, porém vem em melhoria e em dezembro conquistou a zona de excelência com 78% de satisfação dos consumidores. No referido quadrimestre, observamos o aumento da demanda de respostas desta ouvidoria, após ações educativas levando ao conhecimento dos usuários as formas de acesso a esta ouvidoria.

Ação

Continuar acompanhando os resultados, com objetivo de prestar uma assistência de saúde humanizada, fortalecendo a comunicação dos setores e coordenações, para nos manter atingindo a meta estabelecida.

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



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HRG.

3.10 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 verificado uma média 1,6 da meta pactuada (gráfico 33).

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 – Escala de Taxa de Mortalidade Neonatal.



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HRG.

3.11 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

Durante o quadrimestre três meses foi obtida a meta pactuada, porém no mês de dezembro houve 01 óbito materno, o que deixou a taxa em 507,61% (gráfico 34).

Causa

Houve apenas um (01) óbito durante o período. O indicador apresentou um pico, por ser muito sensível o cálculo. O óbito em questão foi de uma paciente acompanhada pelo alto risco de outra maternidade, que deu entrada em nossa unidade com fortes dores, sendo tentado regulação para outras três maternidades onde teve solicitação negada. O HRG seguiu dando suporte, paciente ao entrar em trabalho de parto (37 semanas) foi encaminhada para cesárea, onde evoluiu com PCR, sendo realizado o protocolo de reanimação com êxito, porém cerca de 2h após o parto a paciente evoluiu em PCR irreversível.

Ação

Implementar ações que visam a redução deste indicador e a melhoria do cuidado prestado.

Gráfico 38– Taxa de Mortalidade Materna



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do HRG.

4. GESTÃO ECONÔMICA E FINANCEIRA

A Gerência Executiva Financeira e Contábil informou que a entrega do Relatório Financeiro da unidade em questão será realizada posteriormente. O atraso deve-se a problemas técnicos no Sistema Operacional FORTES, que permaneceu instável por vários dias, impactando o fechamento dos dados. Além disso, os dados financeiros ainda estão em fase de análise e validação pela Direção Superior da PBSaúde.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de gestão possibilitou conhecer o desempenho do HRG no terceiro quadrimestre de 2024, onde revelou desempenhos positivos em relação às metas contratualizadas, com um total de 43.285 ações e serviços de saúde realizados neste período. Com exceção da Obstetrícia, todos os componentes superaram as metas quadrimestrais estabelecidas. Vale ressaltar que a Unidade se encontra em fase de transição e reforma estrutural de todo seu complexo.

Embora alguns indicadores estratégicos não tenham atingido os resultados esperados, a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde está comprometida em desenvolver um Plano de Ação, utilizando ferramentas de qualidade para aprimorar o desempenho da unidade e otimizar os resultados, no que tange reformas setoriais e modernização de todos os equipamentos de informática, o que contribuirá na celeridade dos processos.

O Núcleo de Ações Estratégicas (NAE-HRG) tem atuado diariamente no monitoramento das metas e indicadores do plano de trabalho com diligente atenção, desde a área estatística à produção e gestão de documentos, como protocolos e normas internas. Reuniões continuam sendo realizadas, para a melhora do fluxo hospitalar e para a obtenção das metas, junto a direção e coordenações. No início de cada mês há uma reunião com a direção para apresentação do relatório mensal e correção de rotas, a fim de aperfeiçoamento dos serviços ofertados.

O NAE vem atuando junto as coordenações e a direção de maneira incisiva para que as metas possam ser atingidas e para que haja sempre a progressão no número e qualidade dos serviços ofertados pelo HRG, com ações que visam não apenas aprimorar os serviços oferecidos, mas também expandir o modelo de gestão para outros estabelecimentos de saúde na Paraíba.