

RELATÓRIO DE GESTÃO HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Abril 2025

RELATÓRIO DE GESTÃO: Hospital Regional de Guarabira – Abril 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 abril 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.....	177
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.	188
Gráfico 5 – Total de Internações na UCI verificado no período.	18
Gráfico 6 – Total de Internações na obstetrícia verificado no período.	19
Gráfico 7 – Total de Internações verificado no período.....	19
Gráfico 8 – Número de Partos Normais verificado no período.....	200
Gráfico 9 – Número de Partos Cirúrgicos verificado no período.....	21
Gráfico 10 – Total de Partos realizados verificado no período.	211
Gráfico 11 – Número de atendimentos ambulatoriais de Cirurgia Geral realizadas no período.	222
Gráfico 12 – Número de atendimentos de Cardiologia realizadas no período.....	222
Gráfico 13 – Número de atendimentos de Ortopedia realizados no período.....	23
Gráfico 14 – Número de atendimentos realizados no período.	233
Gráfico 15 – Quantidade de exames Laboratoriais realizadas no período.	24
Gráfico 16 – Quantidade de Raio-X realizadas no período.....	254
Gráfico 17 – Quantidade de Endoscopia realizadas no período.....	25
Gráfico 18 – Quantidade de Ultrassonografia realizadas no período.....	255
Gráfico 19 – Quantidade de mamografia realizadas no período.	265
Gráfico 20 – Quantidade de Eletrocardiograma realizadas no período.....	26
Gráfico 21 – Quantidade de Exames realizadas no período.....	266
Gráfico 22 – Número Procedimentos de Cirurgia Geral realizados no período.....	277
Gráfico 23 – Número de Procedimentos de Cirurgia Urológica realizados no período.....	287
Gráfico 24 – Número de Procedimentos de Ginecológica/Obstetrícia realizados no período.	28
Gráfico 25 – Número de Outros procedimentos cirúrgicos realizados no período.	288
Gráfico 26 – Número de Procedimentos de cirurgias realizados no período.	298
Gráfico 27 – Total de internações, partos, consultas, exames, procedimentos e cirurgias realizados no período.....	29
Gráfico 28 – Relação Pessoal Leito observado no período.	321

Gráfico 29 – Indicador de Renovação/Giro de leitos (pacientes/leito) verificado no período.	332
Gráfico 30 – Taxa de Partos Cesáreos verificada no período.....	343
Gráfico 31 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar (em dias) verificado no período.....	354
Gráfico 32 – Taxa de Ocupação Operacional verificada no período.	36
Gráfico 33 – Taxa de Mortalidade Institucional verificada no período.	387
Gráfico 34 - Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva verificada no período.	398
Gráfico 35 – Densidade de incidência de IRAS verificada no período.....	39
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.....	443
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 abril 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/reusp/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/reusp/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. Geneva: WHO, 2020. Available from: <file:///D:/Desktop/9789240002098-eng.pdf>. Access 2022 Nov. 24

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. 2024.

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.....	19
3.3	ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E DE EGRESSOS.....	211
3.4	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT).....	233
3.5	PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EM CIRURGIAS NÃO-OBSTÉTRICAS.....	276
3.6	TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
4	INDICADORES DO PLANO DE TRABALHO.....	310
4.1	RELAÇÃO PESSOAL/LEITO (RPL).....	310
4.2	RENOVAÇÃO OU ÍNDICE DE ROTATIVIDADE (IR).....	321
4.3	TAXA DE PARTO CESÁREO (TxPC).....	332
4.4	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (TMPH).....	343
4.5	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOC).....	35
4.6	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TxMI).....	376
4.7	TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (TxSCE).....	387
4.8	DENSIDADE DE INCIDÊNCIA EM INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS).....	398
4.9	ESCALA NET PROMOTER SCORE [®] (NPS).....	40
4.10	TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL.....	421
4.11	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA.....	432
5	CONCLUSÕES.....	476
	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 abril 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 Estadual gerenciada pela Fundação Paraibana de Gestão em Saúde (PB Saúde).

Contrato de Gestão: nº 0289/2024

CNES: 2603802

CNPJ: 08.778.268/0003-69

Fonte: Documento administrativo da PBSAÚDE.

1.2.1 Capacidade Instalada e Operacional

No mês de abril o HRG contava com uma capacidade hospitalar instalada de 92 leitos (100%) e dispunha de 91 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 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	12	12	-	-	91,67%
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	92	85	6	1	100,00%
			91		

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 abril de 2025:

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

TÍTULO	TIPO DE MODALIDADE	MODALIDADE	PUBLICO ALVO	CH	INSCRITOS	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES
Treinamento sobre Risco de Queda e LPP	Palestra	Presencial	Equipe de Enfermagem	04 horas	10	10
Treinamento para manuseio do Tomógrafo	Palestra	Presencial	Equipe da Radiologia	04 horas	12	12
Treinamento da IHAC	Palestra	Presencial	Equipe Multiprofissional	04 horas	10	10
Treinamento da IHAC	Palestra	Presencial	Médicos	04 horas	04	04
Treinamento no Agendamento do Retornos das Cirurgias	Palestra	Presencial	Equipe de enfermagem	04 horas	40	40
Treinamento de Humanização no Atendimento	Palestra	Presencial	Equipe do CDI	04 horas	06	06
Treinamento da IHAC	Palestra	Presencial	Enfermeiros da UCIN e Obstetrícia	04 horas	10	10

Fonte: Núcleo de Educação Permanente do HRG.

3. GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Análise Crítica

Fato

Houve 493 internações, ultrapassando em 10,78% a meta pactuada (gráfico 1-7).

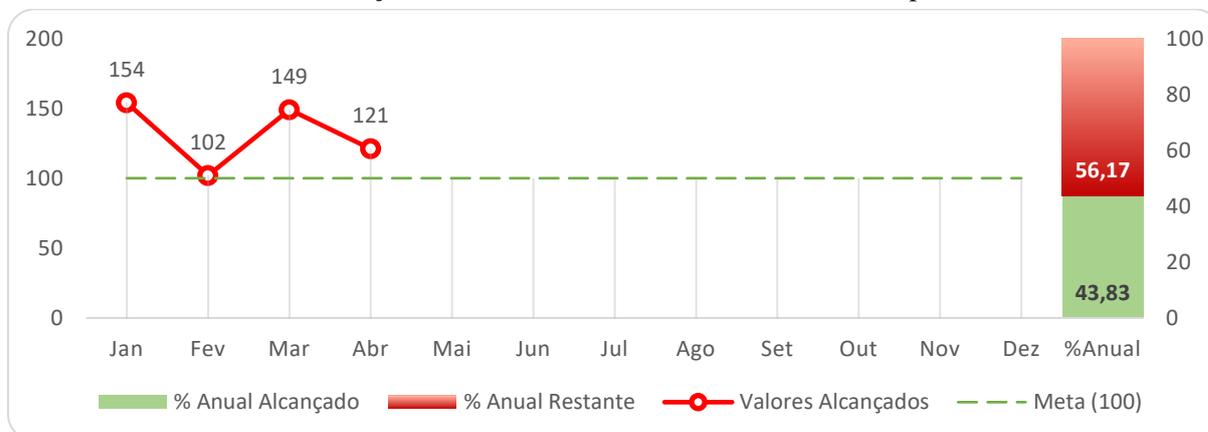
Causas

Apenas dois componentes não alcançaram a meta pactuada para o mês de abril, sendo eles a Pediatria e UTI Adulto. Os demais componentes, conseguiram atingir a meta, com um destaque importante para a Clínica Médica com um quantitativo de 121 internações (21% acima do pactuado), a Clínica Cirúrgica com 97 internamentos (21,25% além da meta pactuada) e a Obstetrícia atingindo 224 internações (10,34% além do contrato), alcançando a meta após janeiro e fevereiro sem alcançá-la, e mantendo a meta alcançada do mês de março. Em contrapartida, vale 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

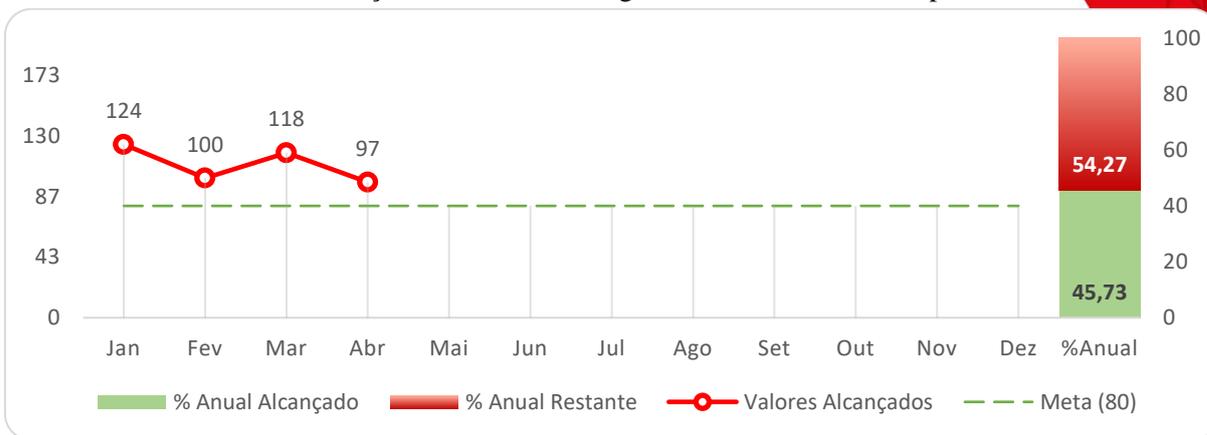
Manter o monitoramento das metas e continuar acompanhando a evolução dos resultados. Implementar ações que visem a melhoria da assistência e do cuidado, como: Continuação da avaliação multiprofissional, com foco no giro de leitos da UTI Adulto e Clínica Médica, acompanhada por dados para evidenciar a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

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



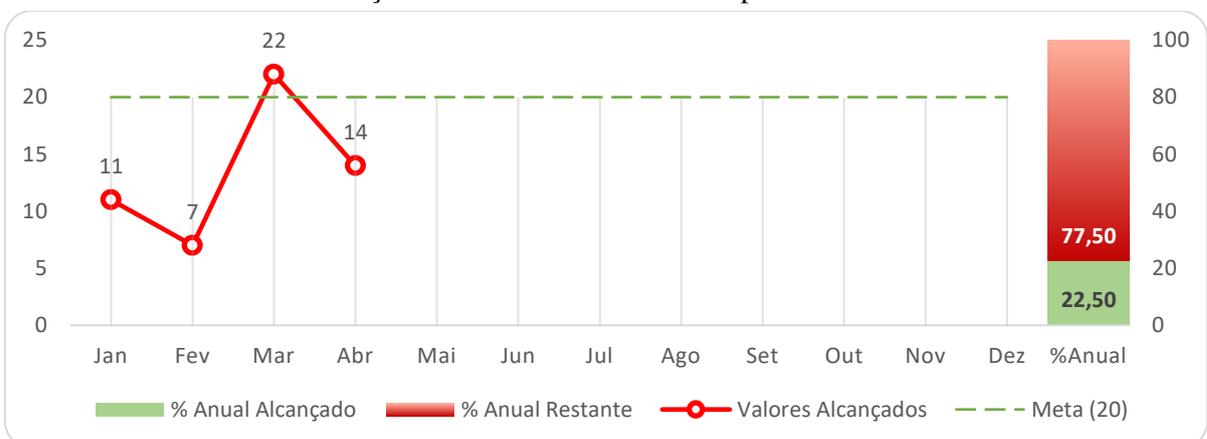
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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



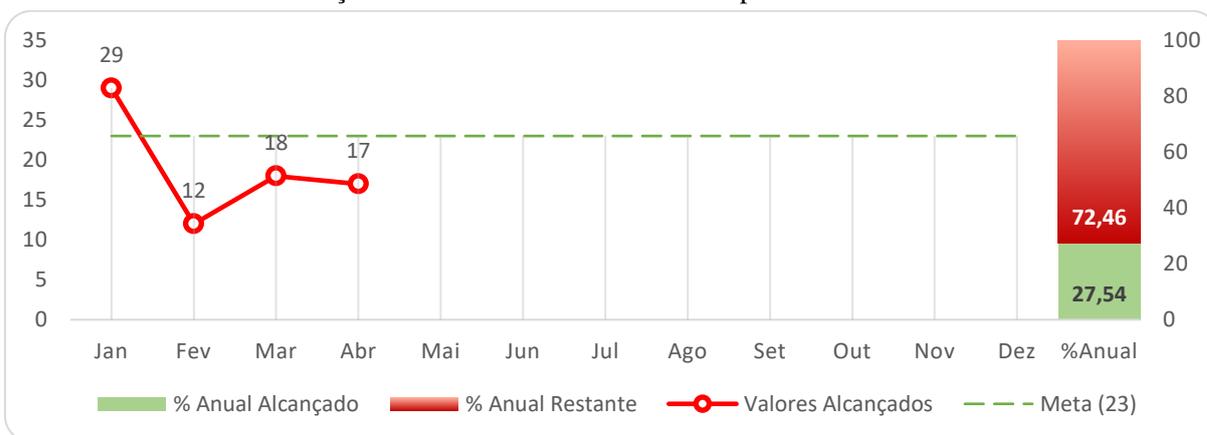
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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



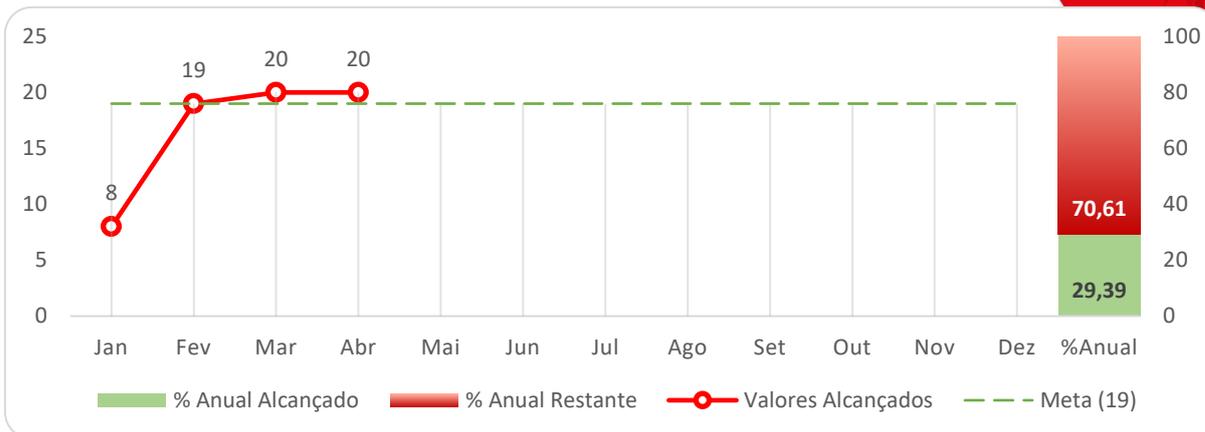
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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



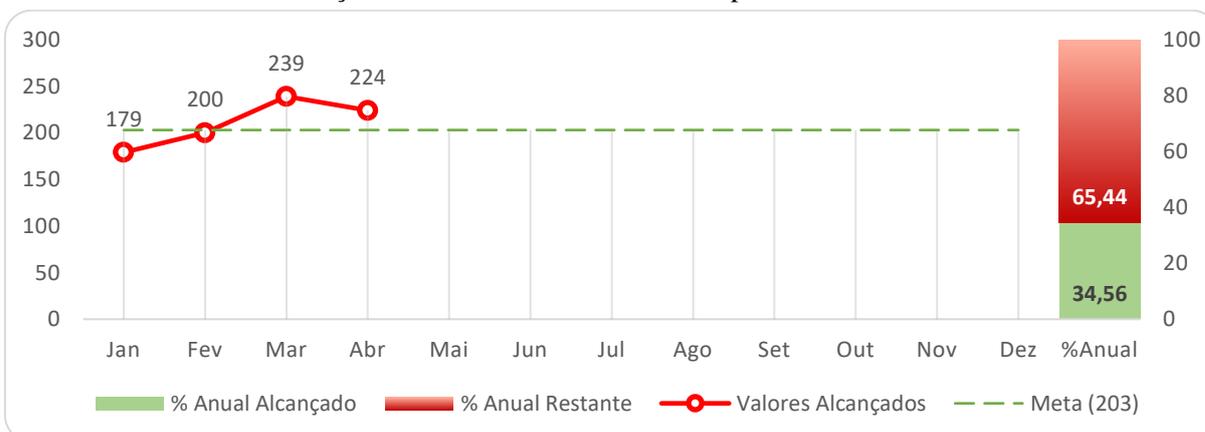
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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



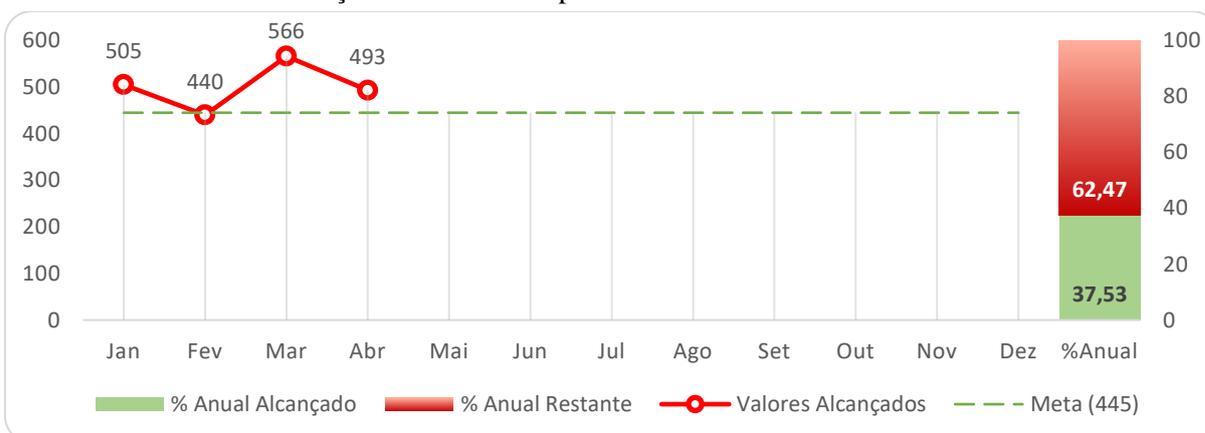
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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 215 partos, ultrapassando 5,9% a meta pactuada (gráficos 8-10).

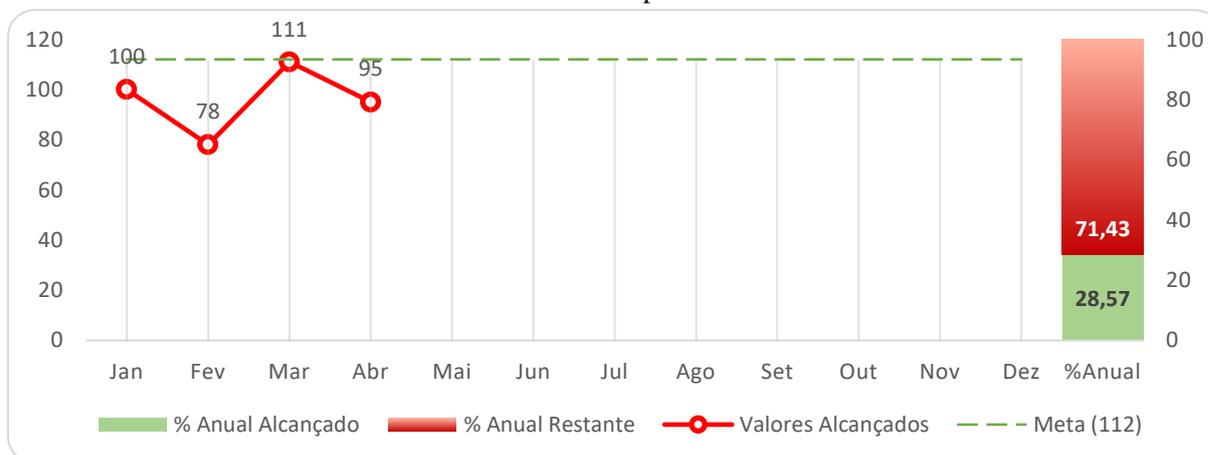
Causas

Foram realizados um total de 120 partos cirúrgicos, ficando 31,86% acima da meta pactuada. Em relação aos partos normais, foram contabilizados um total de 95, não atingindo o pactuado. 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

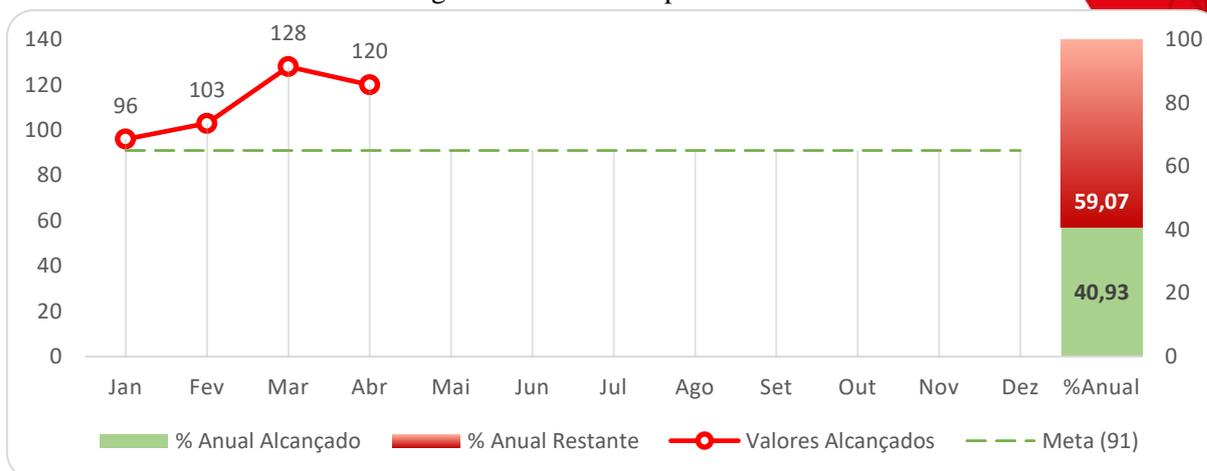
Observar a série histórica e buscar a melhora dos valores dentro da meta pactuada, buscando formas de atrair as gestantes da região.

Gráfico 8 – Número de Partos Normais verificado no período.



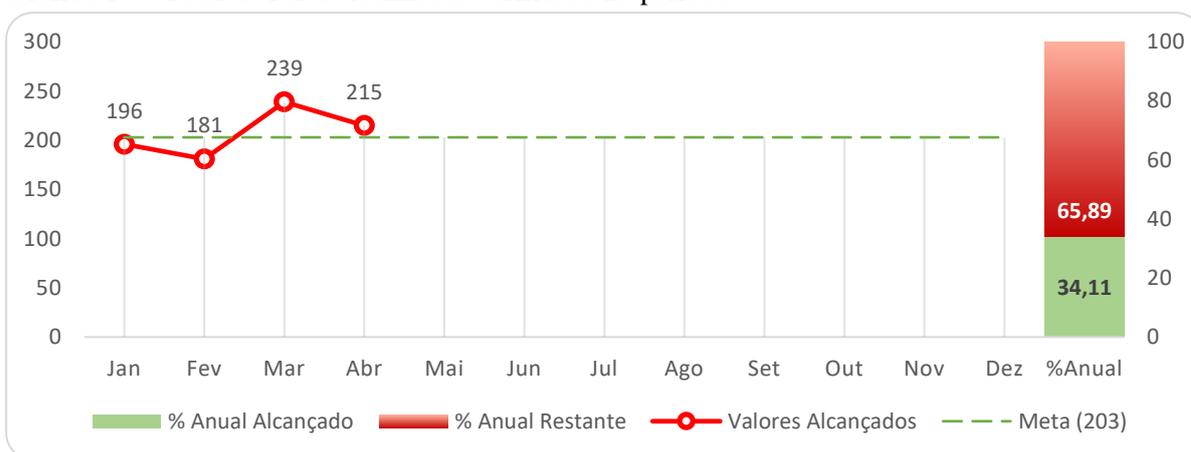
Fonte: Planilhas diárias HRG.

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 E DE EGRESSOS

Análise Crítica

Fato

Foram realizados 395 atendimentos, atingindo 37,15% acima da meta contratual (gráficos 11-14).

Causas

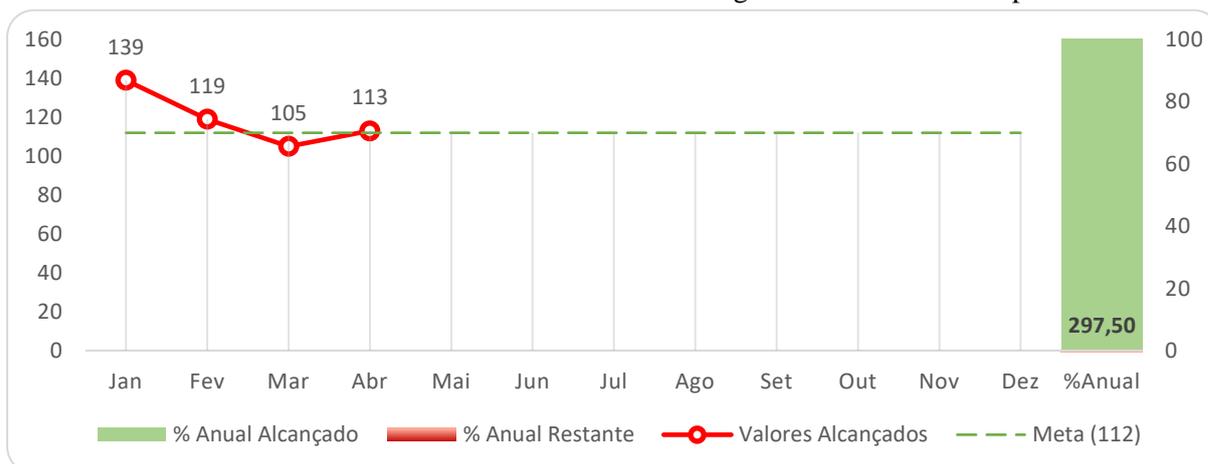
Podemos observar a execução de 395 atendimentos ambulatoriais, com destaque para a Ortopedia que realizou 192 consultas e ultrapassou a meta prevista em 118,18%. Esse número

expressivo demonstra a importância do serviço, beneficiando muitas pessoas que receberam o cuidado necessário de forma ágil e eficaz. O ambulatório em Cardiologia totalizou 90 consultas, atingindo a meta estabelecida e a Cirurgia Geral cumpriu a meta pactuada, realizando 113 atendimentos.

Ação

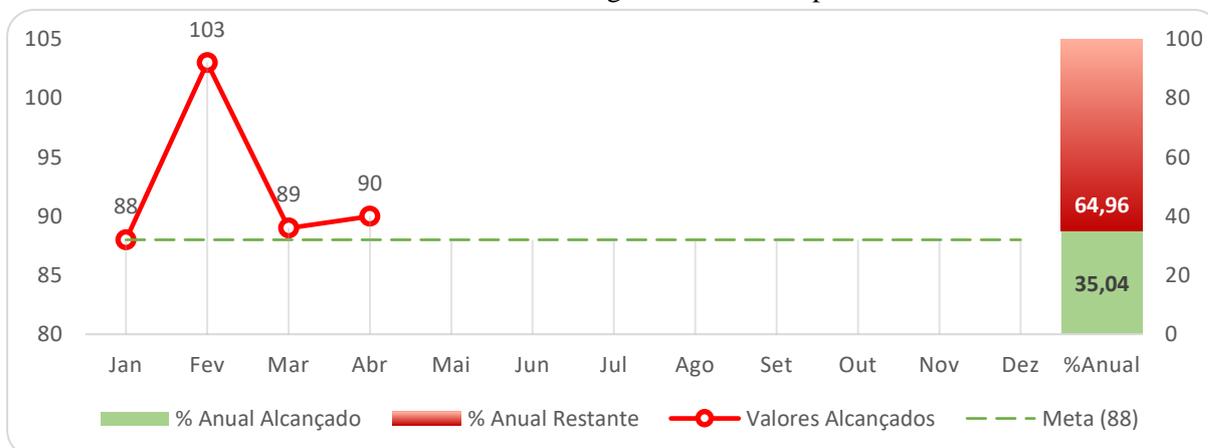
Acompanhar a manutenção do fluxo ambulatorial e o cumprimento das metas pactuadas. Manter o monitoramento dos indicadores hospitalares, visando a melhoria das ações e serviços ofertados no Hospital Regional de Guarabira. Realizar avaliações periódicas para verificar o cumprimento das metas e ajustar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

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



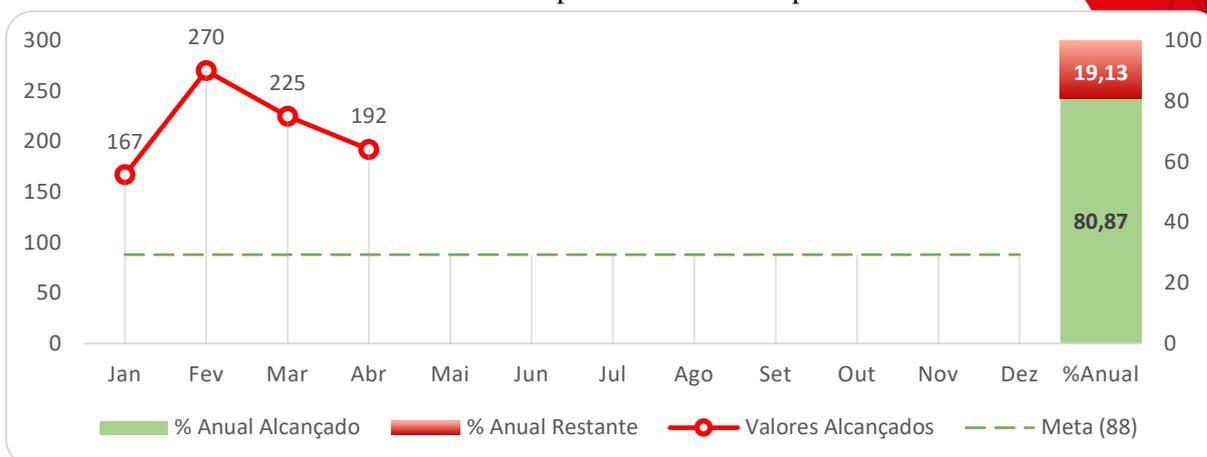
Fonte: Planilhas diárias – HRG.

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



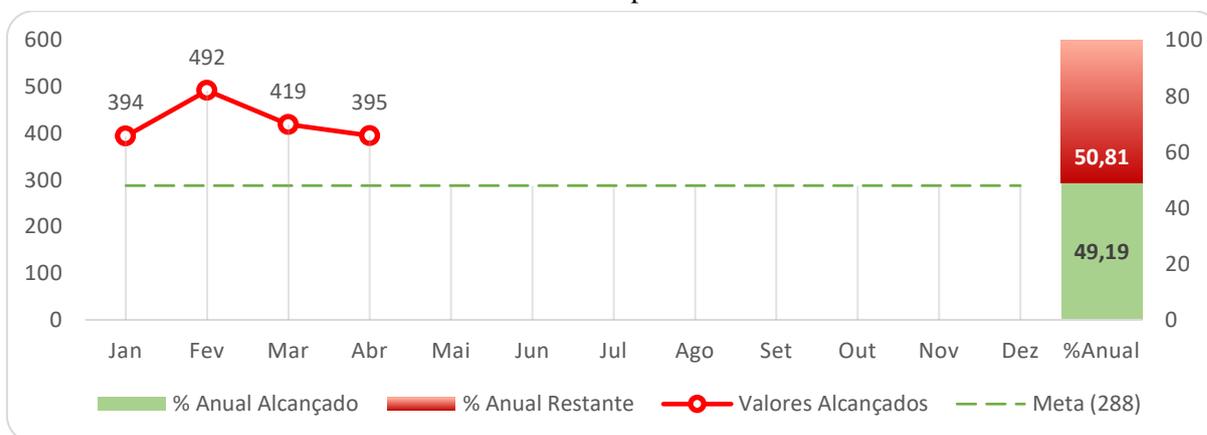
Fonte: Planilhas diárias – HRG.

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 12.727 exames, ultrapassando 204,6% da meta pactuada. (gráficos 15-21).

Causa

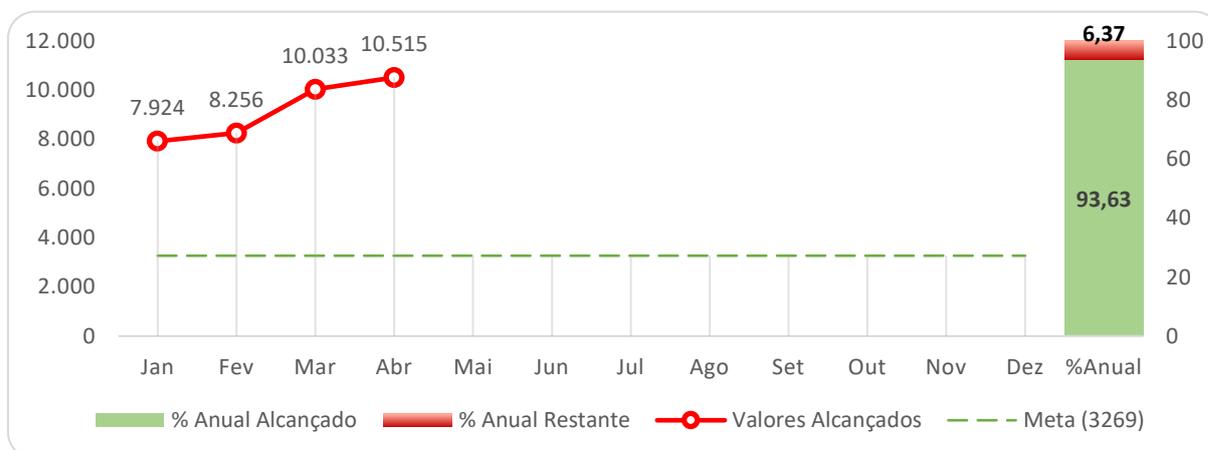
Obtivemos um percentual de apoio diagnóstico realizados acima da média pactuada para o mês, isso justifica-se pela demanda x oferta do serviço, como por exemplo o Raio-X que realizou 1.557 exames e atingiu 402,6% acima do pactuado para o mês de abril, a execução de

230 eletrocardiogramas, ficando 243,28% além do pactuado. No mês de abril não obtivemos a meta no serviço de Endoscopia, justificado pela ausência do Endoscópio que está cedido a outra unidade de saúde – Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

O serviço de Ultrassonografia não alcançou a meta estabelecida de 438 atendimentos, alcançando um total de 405 exames realizados. Esse resultado foi devido ao feriado prolongado da Páscoa e aos dias 02, 09 e 23/04 que não houve a realização do exame, afetando assim a produção mensal. Em abril, foi contratado mais um médico para otimizar a execução dos exames.

A meta da Mamografia não foi atingida devido a uma diminuição no quantitativo de mamografias referenciada pelo sistema de regulação, além disso, no mês de abril houveram 02 feriados prolongados, que refletiu no quantitativo executado. Vale salientar que devido a reforma estrutural do Hospital, o mamógrafo passou 04 dias sem funcionar até ser mudado para o novo prédio.

Gráfico 15 – Quantidade de exames Laboratoriais realizadas no período.

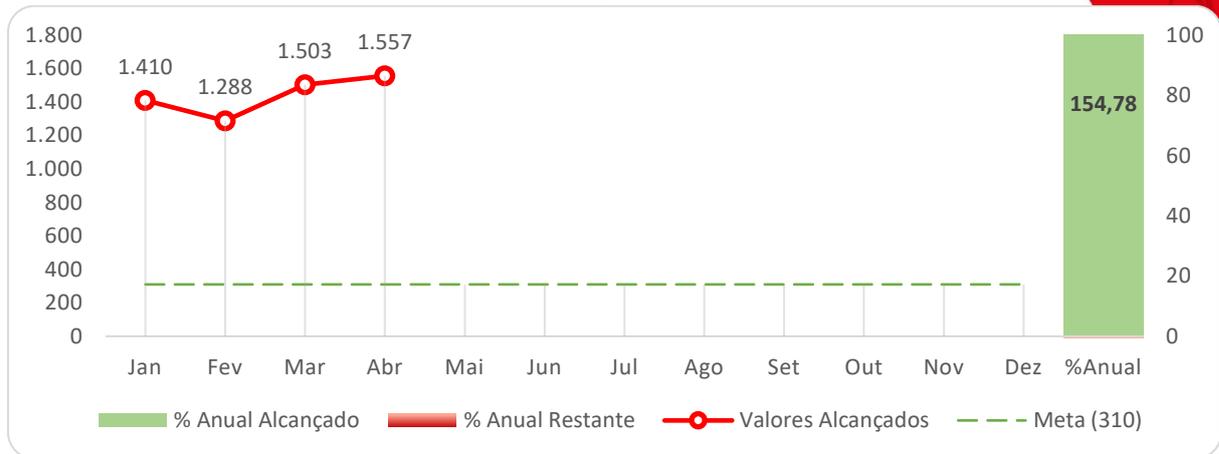


Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Ação

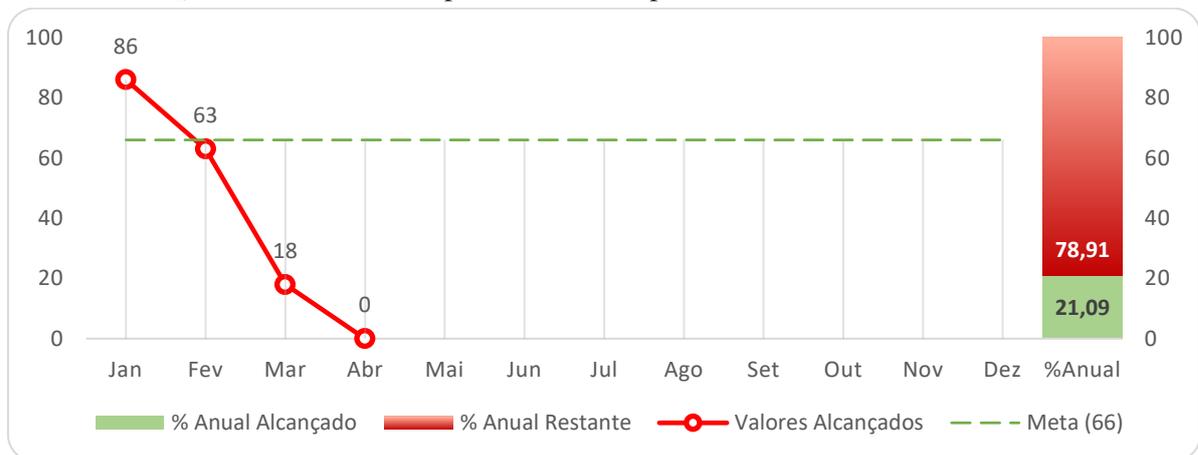
Manter o monitoramento constante das ações e serviços ofertados pela Unidade Hospitalar. Manter a estratégia de busca ativa e agendamentos e manter a gestão de máquinas e equipamentos a fim de assegurar o pleno funcionamento destes, evitando desídia a população.

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



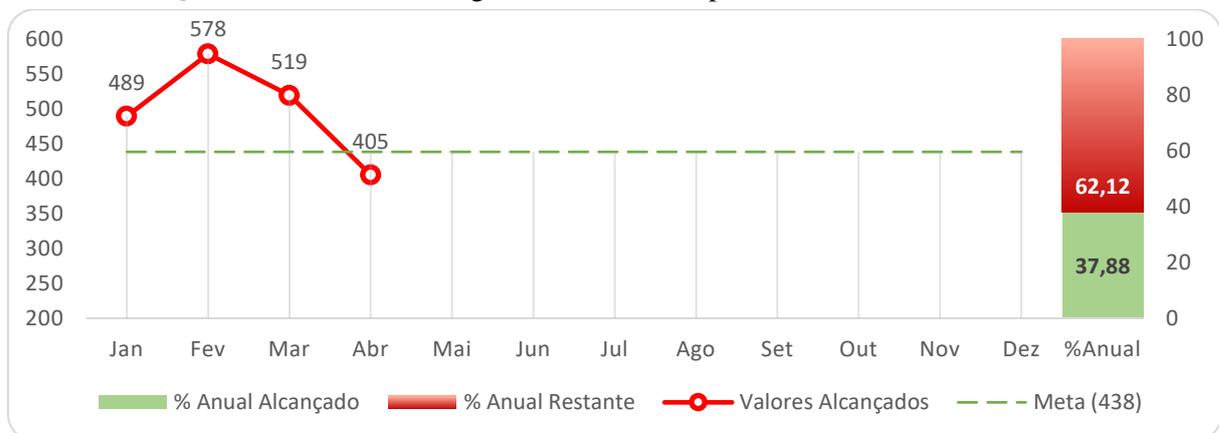
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 17 – Quantidade de Endoscopia realizadas no período.



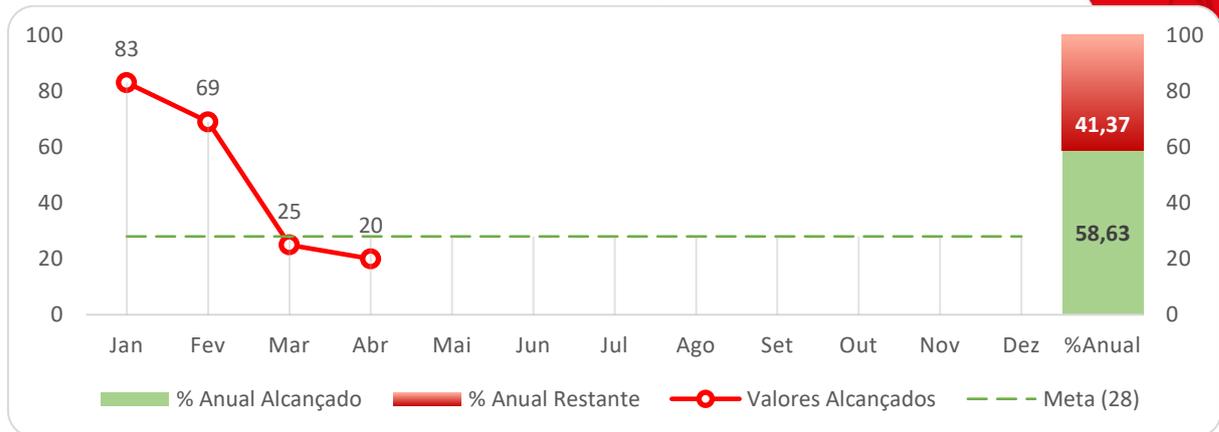
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 18 – Quantidade de Ultrassonografia realizadas no período.



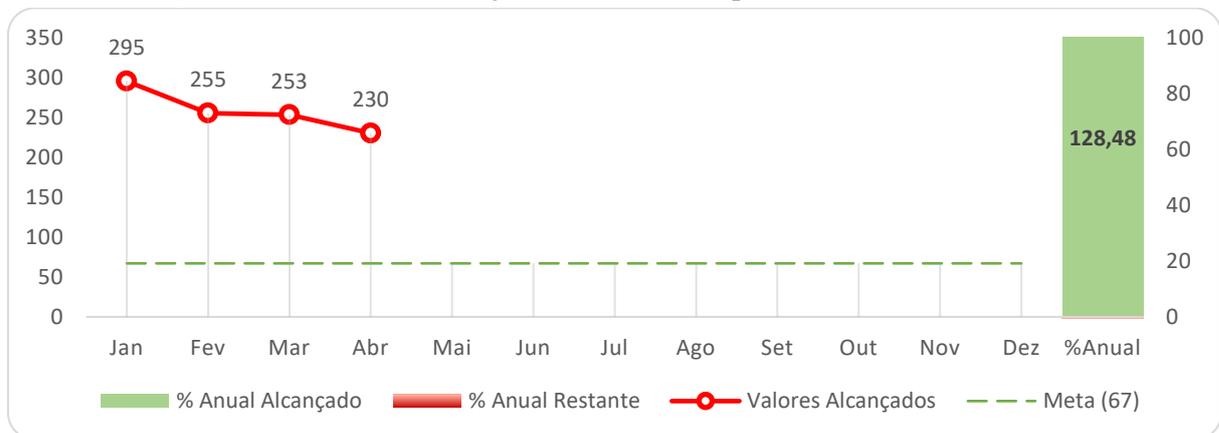
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

Gráfico 19 – Quantidade de mamografia realizadas no período.



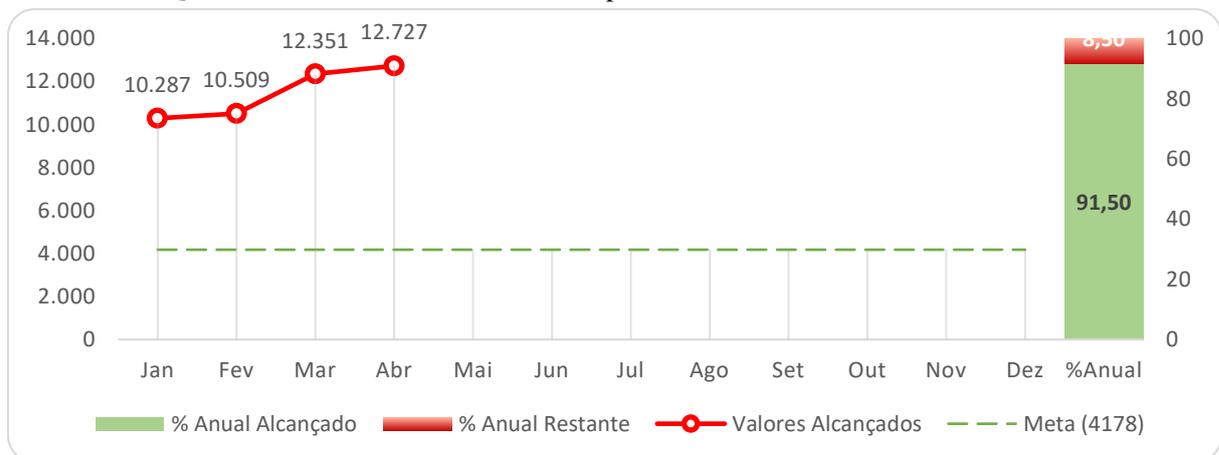
Fonte: Coordenação do CDI – HRG.

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 executados 132 procedimentos assistenciais em cirurgias, contabilizando 4,76% a mais do que a meta contratual. (Gráficos 22-26).

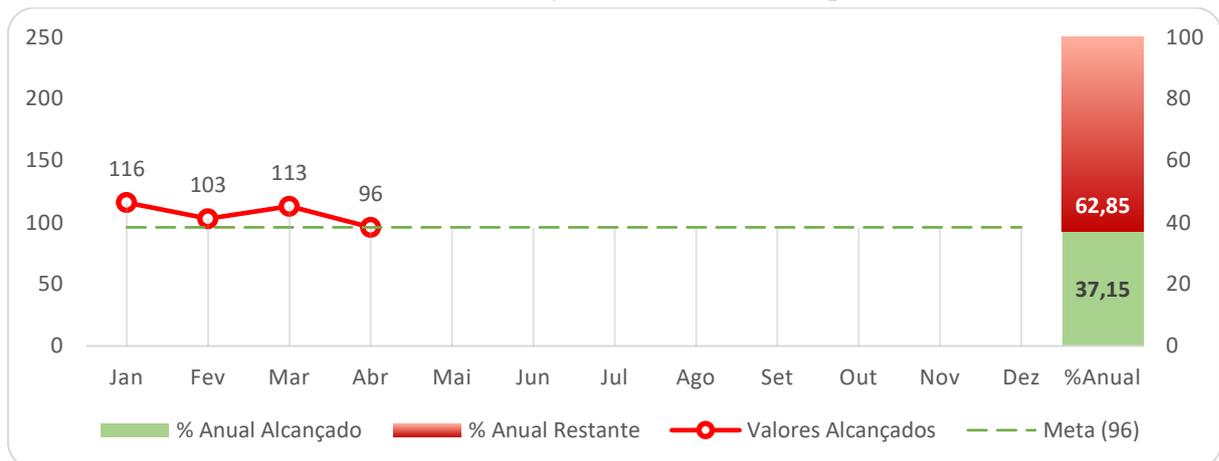
Causa

Todas as especialidades atingiram o quantitativo pactuado em contrato, com destaque para a Cirurgia Urológica que atingiu 80% acima da meta estabelecida. Esses dados refletem um desempenho positivo e um comprometimento com as metas estabelecidas, evidenciando a eficiência e a dedicação da equipe envolvida.

Ação

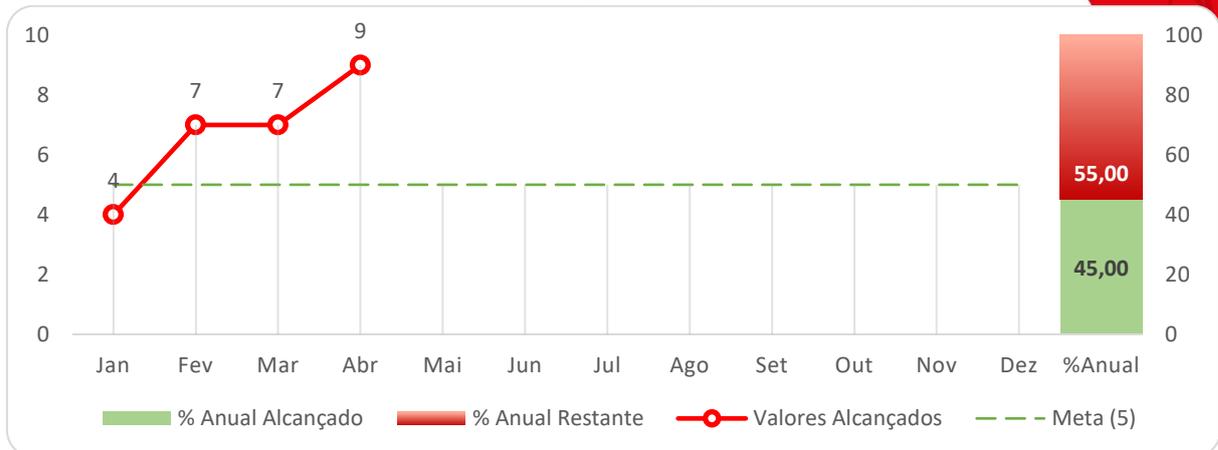
Continuar promovendo e incentivando as atuais estratégias a fim de atingir as metas mensais e a qualidade da assistência prestada aos nossos pacientes. Manter o monitoramento contínuo das metas e indicadores estratégicos.

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



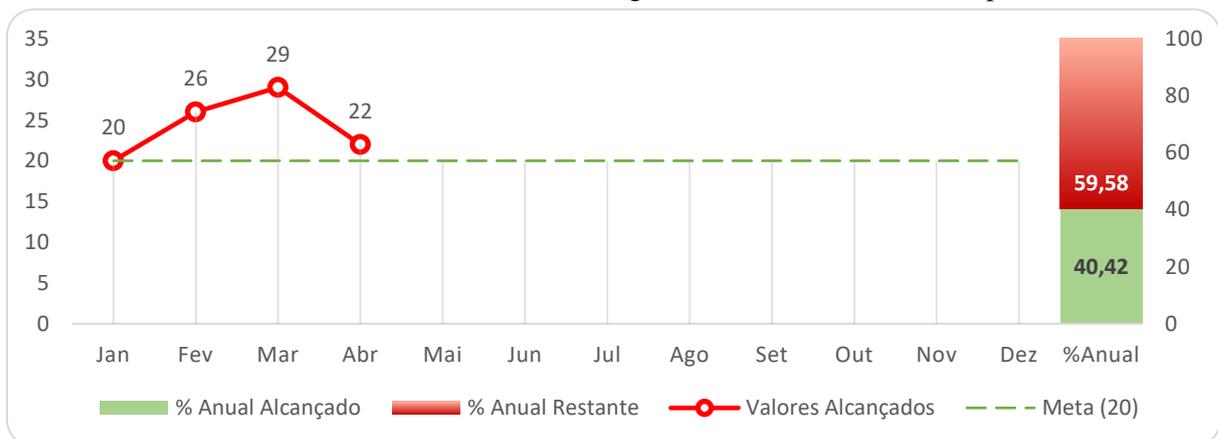
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

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.



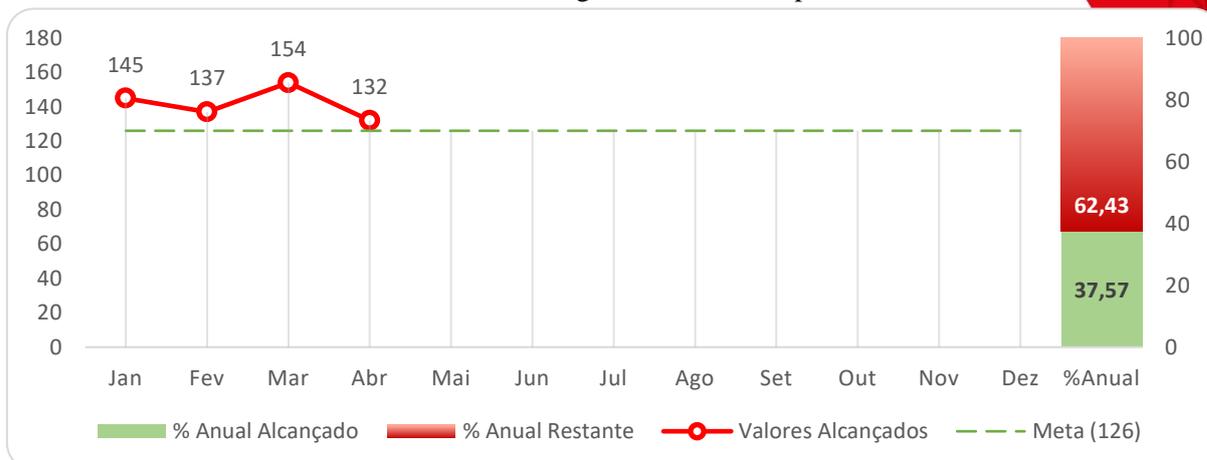
Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

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



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

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



Fonte: Coordenação do Centro Cirúrgico – HRG.

3.6 TOTAL GESTÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Análise Crítica

Fato

Ao total, contabilizaram-se 13.962 ações e serviços de saúde executados no mês de abril. Superando a meta total contratualizada em 166,45% (gráfico 27).

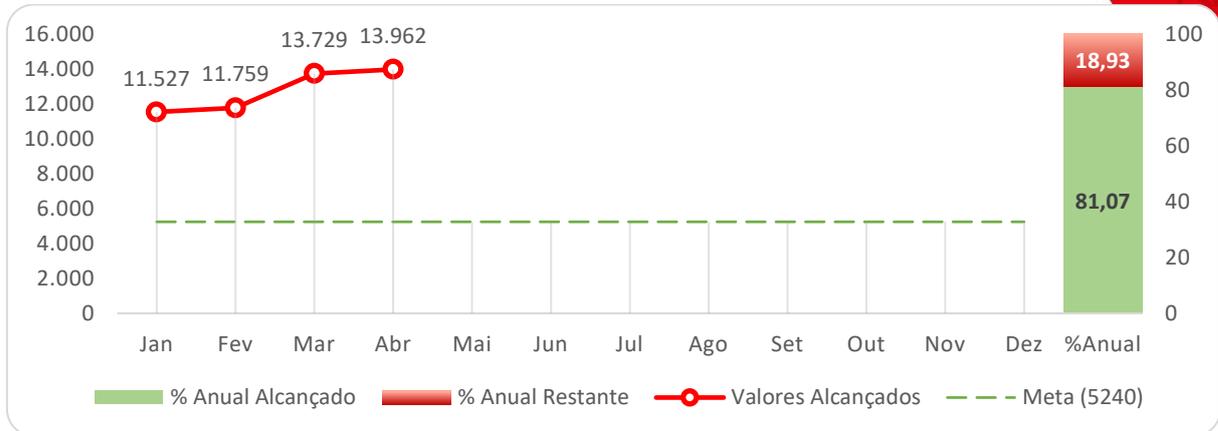
Causa

Os resultados gerais foram positivos, onde todos os componentes atingiram 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:

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

Análise Crítica

Fato

O resultado do indicador no mês de abril foi de 7,17, não cumprindo a meta estabelecida que é $\leq 6,5$ por leito (gráfico 28).

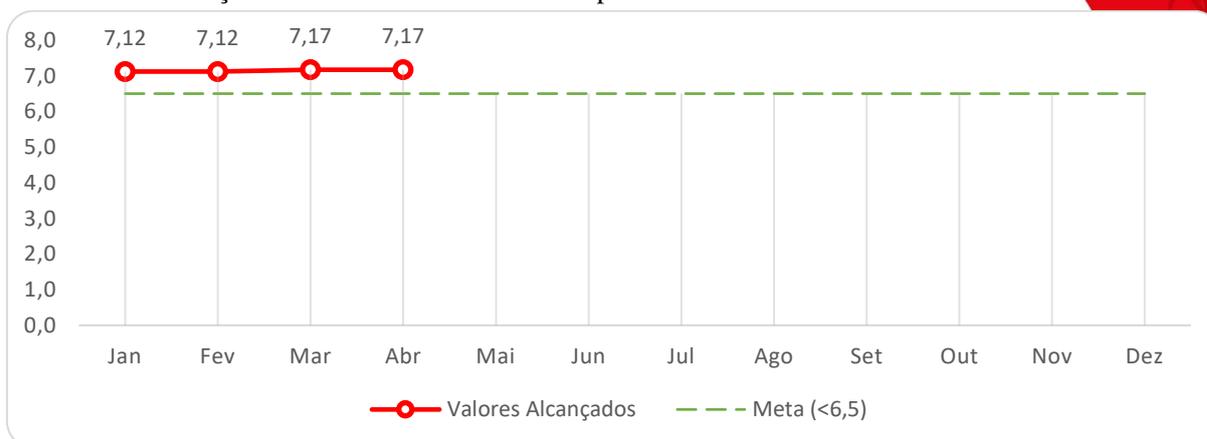
Causa

Observa-se um valor acima do estimado ($\leq 6,5$) caracterizado por novas contratações no mês de novembro (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 5,83 (gráfico 29).

Causa

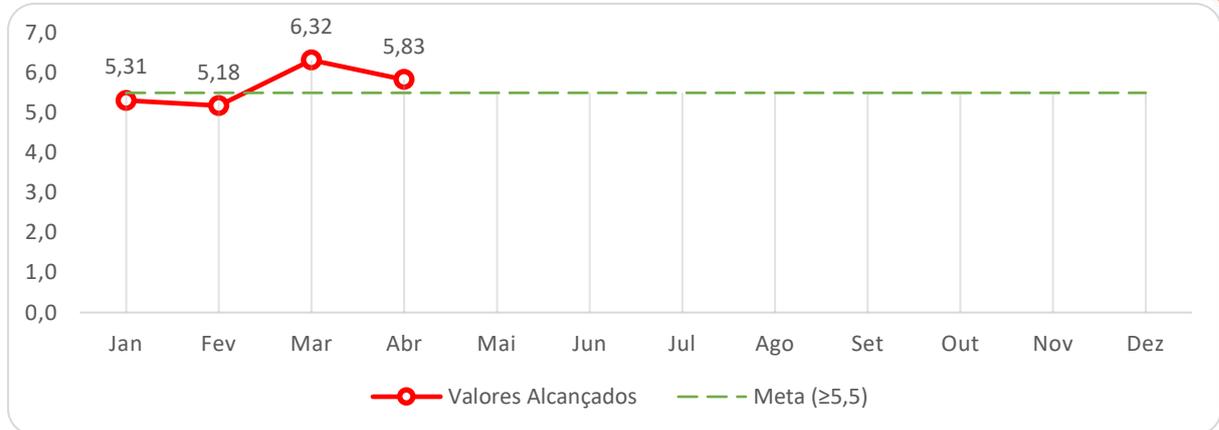
Em abril conseguimos atingir o índice de giro de leitos, com um total de 449 saídas no período (Altas e Óbitos, Transferências externas). Com um avanço positivo em relação aos meses anteriores. Os profissionais multidisciplinares e equipe médica estão realizando as visitas de maneira individual na Clínica Médica. Ocorrendo ao final das visitas reuniões com todos os profissionais diariamente. Com o 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 55,81%, não atingindo a meta que é $\leq 46\%$ (gráfico 30).

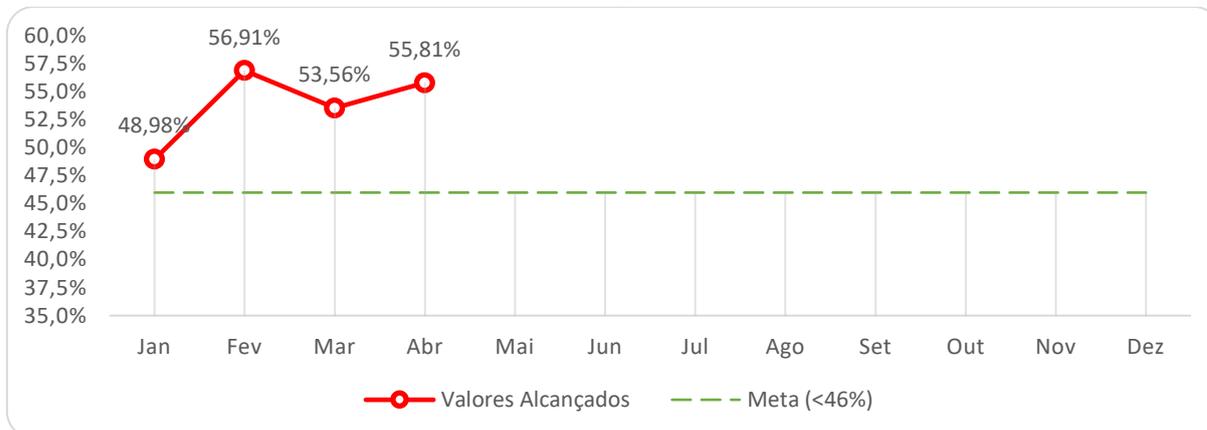
Causa

A maternidade do HRG funciona porta aberta para o município de Guarabira e cidades circunvizinhas. Deve ser considerado a escolha da via de parto da parturiente e a mudança da via de parto ao ser identificado algum sinal que pode levar ao sofrimento fetal. 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 normal.

Ação

Implementar, junto a coordenação do setor, medidas que possibilitem um aumento da adesão ao parto normal, de forma 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 tempo médio de permanência de 3,77 dias, atingindo a meta que é ≤ 4 dias firmados em contrato (gráfico 31).

Causa

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. Além de alinhar 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 73,34% de ocupação dos leitos, atingindo a meta que é $\geq 70\%$. (gráfico 32).

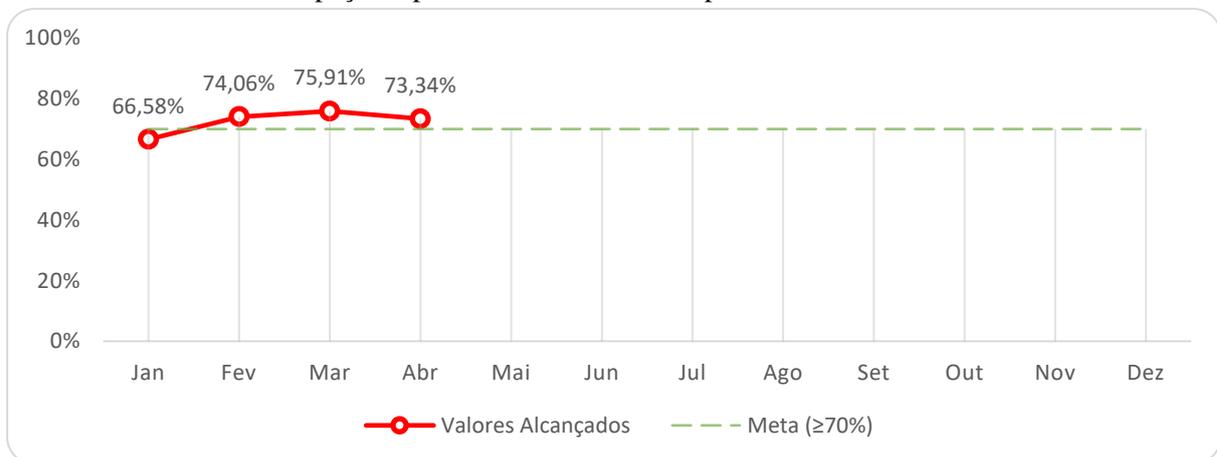
Causa

Em abril o indicador ficou 3,34% acima da meta contratual. Este resultado foi reflexo da Enfermaria Clínica que obteve 97,98% dos leitos ocupados e ao aumento na ocupação de leitos na Enfermaria Clínica, Cirúrgica e Pediátrica, ao comparar com o 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 que a taxa ficou muito próximo do pactuado, onde atingimos 4,08% e a meta pactuada que é $\leq 4\%$ (gráfico 33).

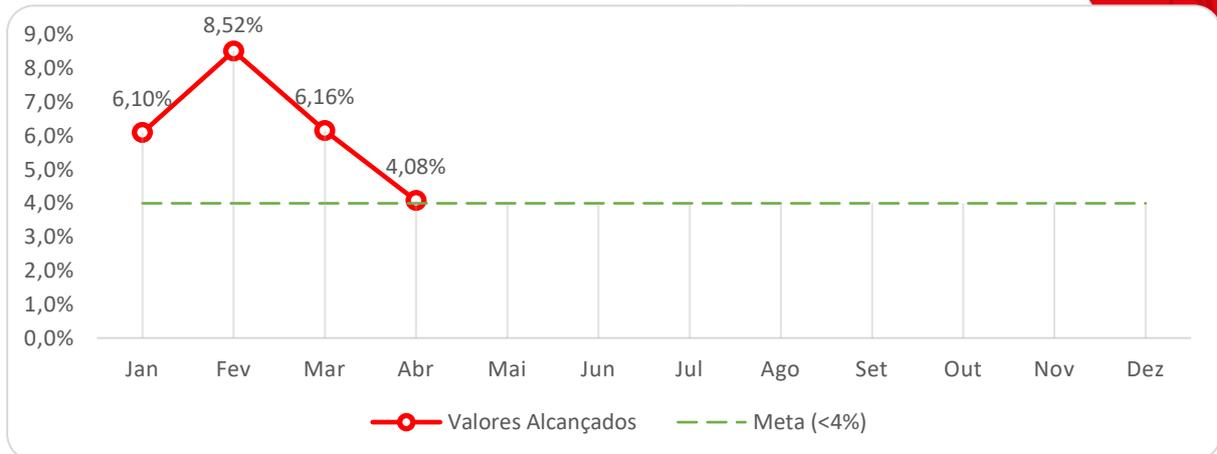
Causa

Observa-se um declínio na taxa de mortalidade e 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 circunvizinhos. 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 1,52%, mantendo a meta pactuada. (gráfico 34).

Causa

No mês de abril houveram duas suspensões de cirurgias dentre as 132 programadas, contudo permaneceu dentro da meta pactuada. As suspensões justificam-se por causa da falta de leito e a outra por falta de material específico.

Ação

Continuar observando os motivos que podem levar a suspensões cirúrgicas e corrigi-los. Manter o monitoramento dos indicadores e adoção de medidas estratégicas para manter o indicador dentro do pactuado.

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 2,96/1.000 pacientes-dia (gráfico 38).

Causa

No mês de abril foram solicitadas 50 culturas, entre de admissão e investigação, das 05 fecharam critérios para IRAS. Diante dos dados coletados das culturas, está sendo traçado o perfil microbiológico do HRG.

¹¹ VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS IRAS. 201?. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/12/2020_1_Ebook_M2_IRAS.pdf. Acesso em: 11 junho. 2024.

Ação

Continuar a realizar busca ativa de culturas positivas para identificação de possíveis 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.

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 a fim de garantir que as técnicas de lavagem das mãos sejam seguidas corretamente, de modo a prevenir a propagação de infecções.

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 abril, registrou-se índice de 80,54%, onde se caracteriza como um serviço em Zona de Excelência (gráfico 36).

Causa

Durante o mês de abril foram realizadas 221 pesquisas de satisfação, com um aumento comparado aos meses anteriores. Há um profissional designado para as pesquisas de satisfação, onde orienta os usuários sobre a importância da avaliação. Com isso, vem se conseguindo um aumento de respostas ao comparar com os meses anteriores.

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. O intuito do HRG será sempre manter a qualidade e a eficiência do serviço ofertado e que este trabalho seja avaliado de forma coerente pelo usuário.

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).

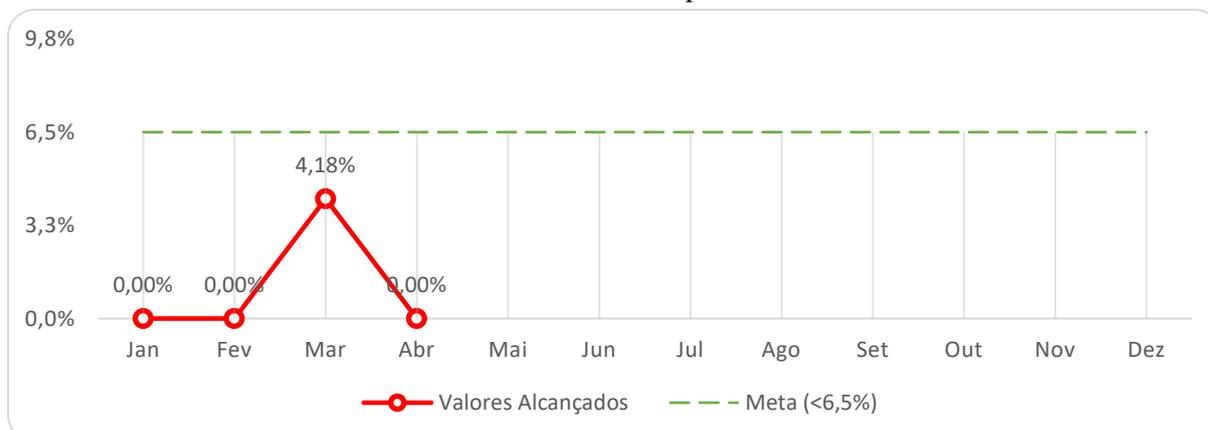
Causa

Não houve Óbito Neonatal neste mês de abril.

Ação

Manter o monitoramento do indicador tendo em vista que a Unidade em tela se encontra em fase de 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

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

Causa

Não houve morte materna no mês de abril.

Ação

Garantir que todas as equipes estejam adequadamente treinadas e preparadas para situações críticas, com ênfase em emergências obstétricas e reanimação. 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

O índice apresentado para o período foi de 2,89, onde mantém dentro do pactuado ($\geq 1,0$).

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. Informou também que o indicador calculado está de acordo com a definição aplicada para o índice

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 apresentada foi de 7,24% para o período, permanecendo dentro da meta contratualizada (menor igual a 10%).

Causa

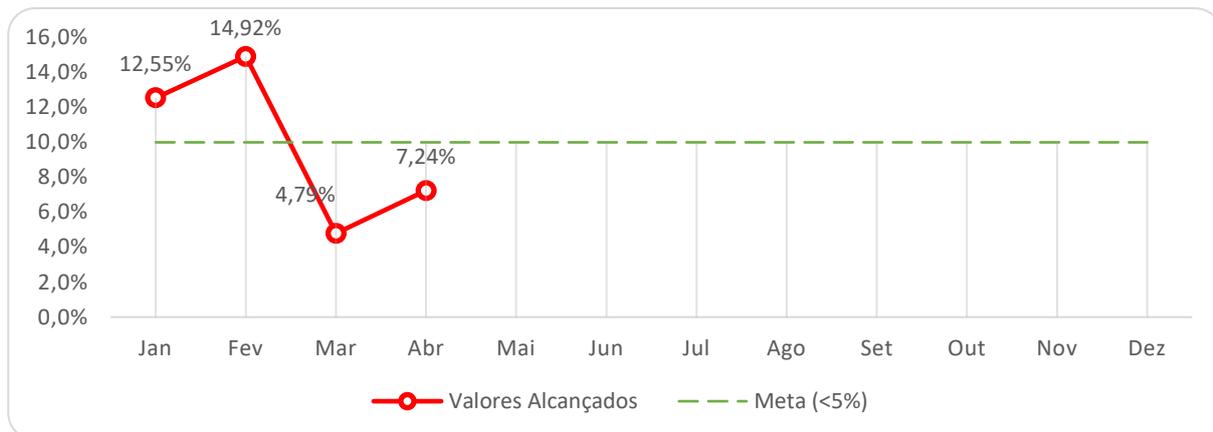
A Gerência Executiva de Finanças e Contabilidade - GEFC da PBSAÚDE comunicou que o índice permaneceu dentro da meta pactuada, onde o indicador calculado está de acordo

com a definição aplicada para o índice. Informou também os dados apresentados são preliminares podendo sofrer reajustes.

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 abril de 2025, o hospital registrou um desempenho notável, com 13.962 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

O presente relatório expõe as demandas de trabalho e obstáculos ao longo do mês.

O trabalho em equipe continua ativo e presente, sempre prezando pelo aprimoramento e buscando melhorar o fluxo, em prol de um funcionamento superior aos setores do hospital, de forma a gerar uma boa comunicação e resolução das demandas que compete a este setor.

- Situação Atual e Conformidade Estrutural

Conforme relatado anteriormente, a farmácia hospitalar ainda opera em ambiente físico fora da conformidade com as normas da RDC no 67/2007 da ANVISA, enfrentando limitações de espaço e estrutura para o armazenamento adequado de medicamentos, materiais médico-hospitalares (MMH) e correlatos como está denominado na resoluções. Esse cenário temporário, entretanto, deve ser resolvido com a conclusão das obras em andamento, que proporcionarão instalações adequadas, conforme as exigências, favorecendo o fluxo e os processos de trabalho.

- Processo de Abastecimento e Consumo de Insumos

Mesmo com alguns ajustes na rotina, principalmente por questões de locomoção, continuamos dando seguimento a rotina de abastecimento da farmácia conforme necessidade, portanto os pedido agora são feitos três vezes por semana (caso haja alguma intercorrência nesse intervalo de dias que seja de extrema urgência o setor está de prontidão a nos abastecer) são pequenas mudanças necessárias para nossa atual realidade.

- Controle de Antimicrobianos

A farmácia clínica, em parceria com o SCIH, mantém o processo de controle de prescrição, mediante o preenchimento de fichas no novo sistema pelos prescritores. Os novos setores NAE e SCIH vieram para auxiliar os profissionais e que cumpram as orientações adequadamente. 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. Contribuímos também com planilhas enviadas para SCIH mensalmente (controle de álcool utilizado no hospital e antibióticos

utilizados na UTI ao longo do mês), o que vem possibilitar um melhor controle do real consumo. Como sugestão gostaria de deixar registrado a importância de planilhas como a citada acima não apenas da UTI, mas sim com todos os setores do hospital.

- Ações de Farmácia Clínica e Visitas Clínicas

As visitas têm conseguido promover uma boa resposta, tanto dos pacientes como entre as equipes, conseguimos ter um feedback bacana ao longo desses meses. Principalmente em casos com maior complexidade, possibilitando um olhar mais detalhado e crítico entre os profissionais promovendo um melhor entendimento do caso. Esses acompanhamentos também abordam a viabilidade de altas, transferências, realização de exames pendentes 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.

- Desafios

Precisamos lidar diariamente com a falta de atenção de algumas equipes na hora de prepararem seus pedidos, o que acaba gerando um certo transtorno de rotina da farmácia. É preciso que as equipes se proponham a se comprometer com o serviço para então uma melhor desenvolvimento na rotina. Continuamos com a conscientização dos setores ao fazerem seus pedidos de acordo com a necessidade. Para então assim conseguirmos extinguir os estoques excessivos e desnecessários nas clinicas, Com tudo tivemos alguns avanços e uma boa resposta de alguns setores no último mês. Encerramos este relatório reafirmando o compromisso com as metas e prazos aqui estabelecidos, com foco na melhoria contínua dos serviços.

Segue o relatório de medicamentos vencidos e excesso mês de abril:

Relatório de Medicamentos vencidos - abril de 2025

MEDICAMENTO	LOTE/ VALIDADE	QUANTIDADE	VALOR
HIDRALAZINA 20MG/ML INJ. (1ML)	23100087 04/25	441	4842,18
ETILEFRINA 10MG/ML INJ. (1ML)	2317441 04/25	100	399,00
MORFINA 0,2MG/ML INJ.(1ML)	2415389 04/25	54	208,44
AMIODARONA 50MG/ML INJ. (3ML)	AD-013/23 04/25	164	268,96
FUROSEMIDA 40MG/ML INJ. (2ML)	20208123 04/25	13	14,24
LIDOCAÍNA 20MG/ML INJ (20ML).	LL-125/23 04/25	02	11,4
MEROPENÉM 1G	AB-029/22M 04/25	6	89,81
MIDAZOLAM 5MG/ML INJ (10ML)	2314554 04/25	6	16,80
VITAMINA K 10MG/ML INJ. (1ML)	23030173 04/25	2	3,20
FENTANILA 0,05MG/ML INJ . (10ML)	AS-028/23M 04/25	2	5,76
PROMETAZINA 25MG/ML INJ. (2ML)	BL-018/23 04/25	2	3,50

ÁGUA DESTILADA 10ML	25010397D 04/25	5	0,57
TOTAL:			5863,86

Fonte: Relatório da Farmácia – HRG.